

В.В. Чорна

**ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ЗМІЦНЕННЯ
МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я – ПЕРЕДУМОВА СТІЙКОГО
ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я СУСПІЛЬСТВА**

МОНОГРАФІЯ

Вінниця
Нілан-ЛТД
2024

УДК 159.923(477)

*Рекомендовано Вченою радою
Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова
Протокол №2 від 04.10.2024 року*

Рецензенти:

Сергета І.В. - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри загальної гігієни та екології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова

Лотоцька О.В. - доктор медичних наук, професор закладу вищої освіти кафедри загальної гігієни та екології Тернопільського національного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України

Гуцук І.В. - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я та фізичного виховання, Навчально-наукового інституту Соціально-гуманітарного менеджменту Національного університету «Острозька академія»

Збереження та зміцнення ментального здоров'я – передумова стійкого громадського здоров'я суспільства. Монографія / В.В. Чорна/ - Вінниця: Нілан-ЛТД, 2024. – 344 с.

ISBN 978-617-558-179-7

Збереження психічного, духовного та ментального здоров'я в сучасному світі при зростанні психоемоційного навантаження, інформаційного впливу, стресів, війни є одним із складних процесів в житті людини.

Недосконалість, застарілість чинної нормативної бази санітарного та містобудівного законодавства з проектування, будівництва закладів охорони психічного здоров'я, яка не відповідає сучасним європейським стандартам і не враховує кращі світові практики, потребує імплементації міжнародного досвіду для створення профілактичної медицини як складової системи громадського (у тому числі ментального/психічного) здоров'я населення України з метою створення безпечних умов життєдіяльності пацієнтів і збереження громадського здоров'я населення України, особливо у воєнний та післявоєнний періоди.

Реалії сьогодення свідчать про нагальну потребу у відбудові пошкоджених/зруйнованих 1740 об'єктів ЗОЗ (1537 пошкоджені, з них 203 – зруйновані повністю) внаслідок повномасштабного вторгнення рф в Україну. Станом на початок 2024 р. відбудовано 509 медичних закладів і 357 відбудовано частково. У «Плані відновлення України упродовж 2023-2025 рр.», затвердженому Урядом України, передбачено ремонт ЗОЗ, які зазнали пошкоджень, та повну відбудову тих, які були повністю знищені (міністр ОЗ України В.К. Ляшко, 2024).

Книга буде корисною для здобувачів вищої медичної освіти на додипломному й післядипломному рівнях, викладачів будівельних ЗВО, фахівців проєктних організацій, які користуються підручниками й навчальними посібниками.

УДК 159.923(477)

ISBN 978-617-558-179-7

© В.В.Чорна, 2024

Висловлюю щиро подяку директору Державної Установи «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва Національної академії медичних наук України», проф., чл.-кор. Національної академії медичних наук України Польці Н.С., заступнику директора з наукової роботи, д. мед. н., проф. Турос О. І., д.мед.н., проф. Черниченко І.О., д. мед. н., проф. Махнюк В.М., д.мед.н. Гозак С.В., д.б.н. Литвиченко О.М. ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України» за безцінні наукові поради, консультативну допомогу й толерантність в написанні докторської дисертації та всім, хто доклав зусиль для створенні цієї книги.

ЗМІСТ

Передмова.....	6
РОЗДІЛ 1 Заклади охорони здоров'я психіатричного профілю – пріоритетний напрям для забезпечення психологічного/ментального здоров'я громадян під час війни та у повосенний період.....	8
1.1 Гігієнічні, історичні аспекти становлення психіатричної служби в Україні.....	8
1.2 Багатовимірне середовище закладів охорони здоров'я психіатричного профілю – досвід країн Європейського союзу.....	13
1.3 Моніторинг провідних факторів формування комфортного зовнішнього та внутрішнього середовищ у закладах охорони здоров'я психіатричного профілю... ..	21
<i>Висновки до розділу 1</i>	26
РОЗДІЛ 2 Нормативно-правове забезпечення у галузі охорони психічного здоров'я та моделі надання медичної ментальної/психічної допомоги населенню в країнах світу.....	28
2.1 Законодавче забезпечення населення країн ЄС та України у сфері психіатричної допомоги, правовий і соціальний захист в психіатричних закладах охорони здоров'я	28
2.2 Деінституціалізація системи охорони психічного здоров'я населення: реалії, трансформація, перспективи	44
<i>Висновки до розділу 2</i>	49
РОЗДІЛ 3 Фактори та соціальний контекст формування умов праці медичного персоналу та перебування пацієнтів у сучасних психіатричних закладах охорони здоров'я.....	51
3.1 Порівняльна оцінка санітарно-гігієнічного стану та умов функціонування чинних ЗОЗ ПП України за результатами авторської Програми та ретроспективними статистичними даними	51
3.2 Формування змін у психофізіологічному стані медичного персоналу під впливом чинників внутрішньолікарняного середовища психіатричних закладів охорони здоров'я	60
3.3 Забезпечення матеріально-технічною базою закладів охорони здоров'я психіатричного профілю за умовами перебування пацієнтів.....	67
3.4 Профілактика стигматизації та виховання інтегрованості майбутніх медичних працівників до пацієнтів із психічними розладами в умовах стаціонару.....	75
<i>Висновки до розділу 3</i>	80

РОЗДІЛ 4 Порівняльний аналіз стану здоров'я медичних працівників психіатричних закладів охорони здоров'я та провідних чинників, що його зумовлювали в мирний час та під час воєнного стану.....84

4.1 Визначення показників захворюваності і поширеності психічних розладів серед населення України і забезпеченість психолого/психіатричної служби медичними працівниками у порівнянні з країнами Європейського Союзу.....84

4.2 Характеристика психофізіологічних змін у медичних працівників психіатричного та загального профілю закладів охорони здоров'я в мирний час та під час воєнного стану98

4.3 Обґрунтування критеріїв змін психофізіологічного стану медичного персоналу закладів охорони здоров'я психіатричного та загального профілів у залежності від стажу їх трудової діяльності в мирний час та під час воєнного стану.....112

4.4 Формування факторів розвитку емоційного вигорання у медичних працівників закладів охорони здоров'я в мирний час та під час воєнного стану.....118

4.5 Предиктори психологічного добробуту медичних працівників психіатричних закладів охорони здоров'я в мирний час та під час воєнного стану.....127

4.6 Порівняльна гігієнічна оцінка психофізіологічних змін у медичних працівників закладів охорони здоров'я щодо впливу на стан їх здоров'я у період мирного часу та під час воєнного стану.....131

Висновки до розділу 4.....148

РОЗДІЛ 5 Посттравматичний стресовий розлад - актуальна загроза нашого часу як наслідок повномасштабної війни... ..151

5.1. Історичні особливості формування посттравматичного стресового розладу.....151

5.2 Ознаки посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців в умовах професійної діяльності154

5.3 Психотравматизація дітей та молоді в екстремальних умовах та під час повномасштабної війни в Україні.....170

5.4 Посттравматичний стресовий розлад серед здобувачів вищої освіти як наслідок повномасштабної війни176

5.5 Профілактичні шляхи попередження посттравматичного стресового розладу.....182

Висновки до розділу 5.....185

РОЗДІЛ 6 Обґрунтування заходів з оптимізації умов життєдіяльності пацієнтів в закладах охорони здоров'я психіатричного профілю.....	187
6.1 Оновлення нормативної містобудівної бази України з проектування закладів охорони здоров'я щодо психіатричної допомоги населенню з урахуванням закордонного досвіду, вимог реформи системи охорони психічного здоров'я та воєнного стану.....	187
6.2 Гігієнічне обґрунтування заходів з оптимізації умов в стаціонарах закладів охорони здоров'я психіатричного профілю для перебування пацієнтів із психічними розладами	200
6.3 Мультидисциплінарний алгоритм – пріоритетний профілактичний підхід у сфері забезпечення оптимальних умов для надання психологічної та психіатричної допомоги населенню в Україні з урахуванням Міжнародних і Європейських стандартів.....	207
<i>Висновки до розділу 6</i>	<i>211</i>
РОЗДІЛ 7 Гармонізація національного містобудівного законодавства з європейським у сфері проектування та експлуатації сучасних закладів охорони здоров'я	213
7.1 Осучаснення законодавства щодо психологічної та психотерапевтичної допомоги населенню - закон України «про психіатричну допомогу» правові засади збереження психічного здоров'я населення у воєнний та повоєнний періоди України.....	213
7.2 Імплементация міжнародного досвіду в національну нормативну базу з питань санітарно-гігієнічних вимог до проектування закладів охорони здоров'я психіатричного профілю	221
7.3 Впровадження Європейського досвіду цифрової трансформації у закладах охорони здоров'я України, як пріоритетного напрямку надання психологічної та психіатричної допомоги населенню в сучасних умовах.....	225
<i>Висновки до розділу 7.....</i>	<i>232</i>
РОЗДІЛ 8 Відновлення та розвиток системи охорони здоров'я України та втілення напрямків зміцнення ментального/психічного здоров'я ВООЗ.....	234
<i>Висновки до розділу 8.....</i>	<i>248</i>
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	249
ДОДАТОК А.....	300
ДОДАТОК Б.....	321

ПЕРЕДМОВА

Застаріла чинна нормативна база санітарного та містобудівного законодавства України у сфері проектування закладів охорони громадського (психічного/ментального) здоров'я (далі – ГЗ) при будівництві, реконструкції, капітальному ремонті, яка не відповідає міжнародним стандартам сьогодення, потребує швидкої імплементації нормативних документів у сфері проектування закладів охорони здоров'я для створення профілактичної медицини як складової системи громадського (у тому числі ментального/психічного) здоров'я населення України з метою збереження, зміцнення його громадського здоров'я, особливо у военний та післявоєнний періоди.

Існує нагальна потреба у відбудові пошкоджених/зруйнованих близько 1700 об'єктів закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) внаслідок повномасштабного вторгнення РФ в Україну. Станом на початок літа 2024 р. повністю відновили 474 медичних заклади і 383 відновлено частково. У «Плані відновлення України упродовж 2023-2025 рр.», затвердженому Урядом України, передбачено ремонт ЗОЗ, які зазнали пошкоджень, та повну відбудову тих, які були повністю знищені.

За даними Міністерства охорони здоров'я (далі – МОЗ) України, у зв'язку з наслідками повномасштабної війни кожна п'ята людина в Україні матиме важкі психічні травми, а кожна десята відчує тривогу, депресію, психосоматичні розлади середнього та важкого ступеня, які можуть тривати від 7 до 10 років. Близько 15 млн українців, із них понад 7,7 мільйонів внутрішньо переміщених осіб, потребують психологічної консультації і 3-4 млн українців потребують медикаментозного лікування лікарями психіатричного профілю [1].

У Європейській програмі на 2020-2025 рр. «Спільні дії для міцнішого здоров'я» Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ) щодо охорони психічного здоров'я населення передбачено створення системи соціалізації людей з проблемами ГЗ; захисту людей від надзвичайних ситуацій, наприклад, з незаконним повномасштабним вторгненням РФ на територію України, та універсального охоплення послугами охорони здоров'я всього населення планети за принципом «нікого не залишити осторонь». У Європі рівень зайнятості людей із психічними розладами становить від 18,0% до 30,0% (CarrRobert, 2017) [2].

У результаті реформування сфери психіатричної допомоги країн світу з найбільшим розвитком економіки спостерігається скорочення кількості психіатричних лікарень та зменшення кількості днів перебування в умовах лікарні (у Литві – 20,8 днів, у Польщі – 20,3 днів, в Україні – 48,7-53,5 днів). У цих країнах перевагу надають створенню «терапевтичного, цілющого середовища», амбулаторіям загальної практики – сімейної медицини, психіатричним відділенням лікарень загального профілю [3]. Досвід США, Англії, Швеції щодо так званої середовищної

психіатрії повертає 90% пацієнтів до самостійного життя в суспільстві (Ulrich R.S., Bogren L., Gardiner S., 2018) [4]. В українських закладах охорони психічного здоров'я створенню належного «терапевтичного середовища» увага не приділяється. Питання проєктування закладів психіатричного профілю та імплементації міжнародних вимог вітчизняні науковці не досліджували. Поодинокі праці вчених присвячені впливу умов внутрішньолікарняного середовища на здоров'я медичного персоналу та пацієнтів із психічними розладами: вплив фізичних факторів – природного і штучного освітлення (Yuen L.D. (2021), D'Agostino A., 2020, Chang C. H., 2018,) [5-7], рівнів шуму (de Lima Andrade E. (2021), Jue K., 2019) та ін. [8, 9].

Застаріле національне санітарне та містобудівне законодавство у сфері проєктування та нового будівництва, реконструкції, капітального ремонту наявних психіатричних закладів охорони здоров'я не відповідає сучасним європейським вимогам щодо його соціальної і здоров'язберігальної компетентності, особливо в умовах воєнного стану. Важливими складовими здоров'язберігальної компетентності є сприятливі спеціальні і психосоціальні компетенції – позитивна самооцінка, самоконтроль, керування стресами, мотивацією, розв'язання конфліктів, протистояння негативним соціальним впливам при надзвичайних ситуаціях.

Вимоги до проєктування, будівництва, оздоблення, оснащення та експлуатації закладів охорони здоров'я кожного рівня внесені в профільні нормативні документи санітарного законодавства України. Для первинної ланки це ДСанПіН 2.3-183-2013 «Санітарно-протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу» (із змінами) Наказ МОЗ України від 02.04.2013 р. № 259, спільний Наказ МОЗ, Мінрегіону, будівництва та житлово-комунального господарства України від 06.02.2018 р. № 178/24 «Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги», Наказ МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги». Постанова КМУ від 28.02.2023 р. № 174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» регулює порядок функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їхніх меж. У сучасних умовах реформування галузі охорони здоров'я в Україні є надзвичайно важливим розроблення нових держаних санітарних правил, які встановлюватимуть основні санітарно-гігієнічні вимоги до проєктування, будівництва, оздоблення, оснащення та експлуатації психіатричних закладів охорони здоров'я, які надають психологічну, психіатричну медичну допомогу населенню, що й обумовлює актуальність цієї монографії.

РОЗДІЛ 1

ЗАКЛАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПСИХІАТРИЧНОГО ПРОФІЛЮ – ПРІОРИТЕТНИЙ НАПРЯМ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО/МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН ПІД ЧАС ВІЙНИ ТА У ПОВОЄННИЙ ПЕРІОД

1.1. Гігієнічні, історичні аспекти становлення психіатричної служби в Україні

У суспільстві найчастішими причинами негативного ставлення до пацієнтів із психічними розладами були і є низька обізнаність, нерозуміння та страх перед психічним розладом. На психічні розлади хворіли не тільки бідні люди, але й імператори (Калігула і Нерон), угорська принцеса Єлизавета, Іван Грозний і Петро I, на епілепсію страждали Цезар і Наполеон, лідери держав [10].

За часів Середньовіччя пацієнтів із психічними розладами оголошували «божевільними» або «особами на межі розуму і його відсутності», «юродивими», «інакодумцями», «буйними», «святими» тощо [11-13].

У часи Київської Русі перші дослідження в психіатрії проводились за двома напрямками: «практична психіатрія» та «наукова психіатрія». Київський князь Володимир вперше у 996 році видає Статут (закон), який передбачав нагляд за пацієнтами із психічними розладами, князь також відкриває притулки при Києво-Печерському монастирі для цієї категорії хворих. При церквах обладнані окремі приміщення для перебування, а не для лікування пацієнтів із психічними розладами. Окремі будівлі для лікування/перебування пацієнтів із психічними розладами починають будувати в Київській Русі в XI столітті.

Будівництво «братських шпиталів» почалося в XIV-XVI столітті для пацієнтів із психічними розладами, де вони перебували довший період порівняно з пацієнтами із загальними захворюваннями. За часи Запорізької Січі (до 1883 року) та Українського Козацтва хворі на психічні розлади лікувались/перебували як в приміщеннях великих монастирів Максаківському, Міжгірському, Самаро-Миколаївському, Лебединському, так і в звичайних сільських будинках, у яких були розташовані 600 шпиталів. Прийнятий закон у 1669 році «Про неосудність» передбачав примусове лікування пацієнтів із психічними розладами, а з 1690 року започатковано проведення психіатричної експертизи щодо «неспокійних пацієнтів». На заміну приміщень при монастирях після введення «Положення про створення губерній» у 1775 році почали будувати психіатричні заклади для лікування пацієнтів із психічними розладами [14-20].

У період VII-VIII століття в європейських країнах приміщення для лікування пацієнтів із психічними розладами нагадували в'язницю, такі хворі не отримували належного лікування, а лише стримування/репресії стосовно них (побиття, зв'язування, опускання в холодні ванни). Ці приміщення не відповідали санітарно-гігієнічним вимогам – було недостатньо природного освітлення тощо [21].

У 1781 році на базі Максаківського монастиря Новгород-Сіверської єпархії Чернігівської губернії побудовано перший спеціалізований медичний заклад на 24 ліжка для пацієнтів з розладами. 1796 року в м. Харкові почали приймати перших пацієнтів у психіатричній лікарні на 225 ліжок (Сабурова дача), із них 125 ліжок було відведено для лікування пацієнтів воєнного відомства. З метою збільшення ліжкового фонду до 400 ліжок у 1830 році була здійснена добудова до наявного двоповерхового приміщення. У 1920 році цей заклад облаштовують під Український психоневрологічний інститут, а з 1932 року – під Українську психоневрологічну академію. З 1955 року до теперішнього часу це Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3. Розвиток наукової психіатрії в Україні розпочався у 1877 році, коли при Харківському університеті професор П.І. Ковалевський створив першу самостійну кафедру психіатрії і неврології. Розпад Російської імперії надав на деякий час самостійний розвиток українській психіатричній медицині [22-27].

На Буковині в м. Чернівцях у 1833–1886 роках побудовано перші психіатричні лікарні з невеликою місткістю, на 50 ліжок [28, 29].

У 1790 році на Галичині при крайовій лікарні у м. Львові були побудовані перші відділення для пацієнтів із психічними розладами (чоловіків і жінок). З 1876 року пацієнтів переводять у спеціально збудовану будівлю в передміському селі Кульпарків, як заклад «для божевільних», у якому їх доглядали й утримували. За період 1941-1944 рр. лікарня зазнала руйнування і лише після закінчення війни її відреставрували, оснастили необхідним обладнанням, інвентарем. Ця лікарня працює і досі.

Перша лікарня для пацієнтів із психічними розладами в Полтаві була заснована у 1803 році, де лише за пацієнтами проводили нагляд. За ініціативою лікаря О.Я. Матвеева у 1829 році було запропоновано скасувати знущання над пацієнтами із психічними розладами у вигляді ланцюгів та шкіряних нарукників, а замість них почали застосовувати сорочки для фіксації «збуджених важкохворих». У 1882 році за ініціативою медичної комісії Полтавської губернської земської управи почалося будівництво трьох двоповерхових корпусів психіатричної лікарні на 50 ліжок, яка до цього часу функціонує та продовжує приймати пацієнтів із психічними розладами. Під

керівництвом психіатрів А.Ф. Мальцева в м. Полтава, Н.В. Країнського – в м. Харькові, А.А. Говсеєва – в м. Єкатеринославі з 1888 р. були побудовані трудові майстерні для соціалізації пацієнтів із психічними розладами, трудотерапії. Для пацієнтів – мешканців сільської місцевості, які перебували в домашніх умовах, впроваджують патронаж медичними працівниками.

Рішення щодо необхідності впровадження серед широких верств населення України психогігієни та надання роз'яснення населенню її основ ухвалюють на I з'їзді Українських психіатрів (1887 р.).

У приватних психіатричних лікарнях м. Харькова у XIX столітті окрім гігієнічних, лікувальних умов були створені умови для «терапевтичного середовища», які є основним положенням в країнах ЄС. Наприклад, у приватній психіатричній лікарні на 35 ліжок доктора І.Я. Платонова (1885 р.) створено умови з науковим підходом до лікування та відповідним комфортом. Головний принцип лікування пацієнтів із психічними розладами – це використання «терапевтичного ландшафту» як одного з напрямків у лікуванні. Він передбачав, що кожна кімната пацієнта має виходити в сад, де все обладнано в естетичному та екологічному аспектах для пацієнта: квітники, фонтани тощо. У приміщеннях приватної психіатричної лікарні І.Я. Платонова були розташовані роялі, більйардні столи та інші предмети дозвілля. Унікальним було те, що в цій лікарні був облаштований «Цандерівський кабінет механотерапії», де пацієнти із психічними розладами мали можливість займатися спортом на велосипедних тренажерах, тренажерах для греблі тощо [30].

Наприклад, у психіатричних лікарнях Республіки Польщі в умовах сьогодення використовують майстерні для гончарства, малювання, перукарської справи, для жінок – майстерні крою і шиття, вишивки тощо. Прикладом програми Art Therapy Programme у психіатричній клініці Psychiatric University є використання арттерапії у багатьох лікарнях європейських країн і сьогодні.

У Південно-Західному регіоні (м. Вінниця) у 1897 році була відкрита спеціалізована психіатрична лікарня ім. О.І. Ющенка для пацієнтів з розладами психіки та поведінки на 720 ліжок для надання спеціалізованої психіатричної допомоги, яка до цього часу приймає і лікує таких пацієнтів. Лікарня на той час мала сучасне обладнання і була модерною, проте поступалася відомим європейським лікарням за умовами комфортабельності. Будівля була зруйнована двічі: під час Громадянської війни і після Другої світової війни у 1946 р. У період Другої світової війни в приміщенні лікарні працювало казино. У 1975 р. після відкриття двох відділень лікарня приймала до 2000 пацієнтів. На сьогодні під час повномасштабної війни військовослужбовці отримують лікування та реабілітацію в психоневрологічній лікарні ім. О.І. Ющенка. [31].

Більшість дореволюційних будівель психіатричних закладів розміщувались у непристосованих будівлях, які раніше використовувалися за іншим призначенням – колишні казарми для військових, конюшні, релігійні культові будівлі, будівлі для зберігання зброї. Саме з цієї причини взагалі не були передбачені санітарно-гігієнічні умови для перебування/лікування пацієнтів із психічними розладами в таких непристосованих приміщеннях.

Перший етап розвитку психіатрії почався у 1905 році після II з'їзду психіатрів, де було прийнято рішення збільшити кількість ліжок в Українській Народній Республіці шляхом будівництва нових лікарень для пацієнтів із психічними захворюваннями. Заклад для дітей із психічними розладами вперше відкрито в м. Києві у 1906 р. професором Ш.А. Сікорським. До 1912 року пацієнтів із психічними захворюваннями приймали в 31 державній психіатричній лікарні із загальною кількістю ліжок 8912. За період з 1880 до 1903 року показники смертності пацієнтів із психічними розладами, які перебували у психіатричних лікарнях, зменшилися з 24% до 11,2% [32].

З 1920 до 1980 року відбувся другий великий етап щодо збільшення будівництва психіатричних лікарень, а забезпеченість населення психіатричними ліжками за цей період склала 13,5 на 10 тис. населення і досягла 70205 ліжок. Розвиток науково-дослідницької, лікувально-профілактичної, судово-психіатричної роботи в галузі неврології і психіатрії бере початок з 1920 року. Центральний науково-дослідницький інститут психоневрології відкрито в період з 1922–1923 рр., Український інститут клінічної психіатрії та соціальної психогієни в м. Харкові відкрито у 1926 р., у 1932 р. на базі цих інститутів організована Всеукраїнська психоневрологічна академія на 1500 ліжок [33, 34].

На Дніпропетровщині з 1933 р. почала приймати пацієнтів із психічними розладами Ігреська психіатрична лікарня на 850 ліжок, а в 1941 р. кількість ліжок збільшилася до 1500. Психіатрична лікарня здійснювала свою роботу на трьох рівнях: лікарня, патронаж і колонія. Головним напрямком психіатричної лікарні була реабілітація пацієнта до «свідомого трудового життя» шляхом трудотерапії: 57% пацієнтів працювали в кузні, швейній та лозово-плетінній майстернях, які були при психіатричній лікарні, показник зайнятих пацієнтів перевищував середній показник в загальноукраїнських масштабах. Пацієнти із психічними розладами брали участь у сільськогосподарських роботах на плантаціях при лікарні (загальною площею 330 га).

З початком Другої світової війни керівники Третього Рейху масово знищували пацієнтів із психічними розладами через те, що вважали їх «неповноцінними, нездатними для життя в суспільстві, непрацездатними особами» [35-37].

Будівництво і реконструкцію психіатричних лікарень в Україні проводили за принципом «коридорного» однотипного розташування приміщень і не враховували гігієнічні аспекти щодо терапевтичного комфорту пацієнтів із психічними розладами: палати були розраховані на велику кількість ліжок, умови для приватності відсутні (не було дверей), ліжка розміщені у холах, тумбочок та шаф недостатньо для кожного пацієнта, умови для особистої гігієни не були створені (туалет у кінці коридору, душові кімнати працюють за графіком). Ці умови і до сьогодні існують у психіатричних лікарнях.

Розширення діагностичних та експертних можливостей впровадження системи судово-психіатричних оцінювальних критеріїв пацієнтів із психічними захворюваннями стався на третьому етапі розвитку психіатрії (1951-1991 рр.), але й запроваджуються примусові заходи лікування в психіатричних закладах загального та спеціального (суворого) режиму за типом в'язниці суворого перебування [38, 39].

При всіх медичних інститутах в Україні були відкриті кафедри психіатрії та неврології. Психіатричні лікарні в радянські часи будувались за принципом централізації, тобто за наказом «зверху» щодо постійного збільшення кількості ліжок, використовуючи їх для розправи з вільнодумством, через політичні, соціальні чи релігійні погляди людей та ув'язнювали їх у психіатричні лікарні як «неблагонадійних» для суспільства. У радянські часи принцип ізоляції і віддалення будівель психіатричних лікарень від населених місць знайшов відображення у нормативних документах, які були перезатвердженні у період незалежної України. У період з 1962 до 1974 рр. в СРСР ліжковий фонд зріс з 222600 до 390000, тобто на 57,1% [40].

За даними Г. Грінченко (1960-1980 рр.) функцією психіатричних лікарень було здійснювати репресивні дії щодо представників політичної опозиції, дисидентів, ідеологічно-несумісних зі світоглядом лідерів держав шляхом їх примусового лікування. Люди зі статусом «пацієнти із психічними розладами» не мали визначеного терміну ув'язнення та примусово утримувались на лікуванні. Світова спільнота критикувала і не визнавала радянську політику щодо лікування пацієнтів із психічними розладами [41-43].

З 1948 р. була заснована Всесвітня федерація психічного здоров'я (далі – ВФПЗ) та в 1950 р. – Всесвітня психіатрична асоціація (далі – ВПА), які захищали і захищають до наших днів права пацієнтів із психічними розладами та розладами поведінки, а також лікарів-психіатрів. У 1983 р. ВПА за репресивні дії до пацієнтів, порушення професійної етики лікарями психіатрами прав пацієнтів, які перебували на лікуванні у радянських психіатричних лікарнях, виключила радянську асоціацію психіатрів із ВПА.

З 1991 р. – з початку незалежності України, і дотепер відбувається четвертий етап розвитку, але надання психіатричної допомоги відбувається в будівлях, які були побудовані ще у XVII-XVIII століттях, і в яких відсутні принципи «терапевтичного/цілющого середовища», як в європейських країнах. Започатковані реформи в Україні щодо охорони психічного здоров'я як сільського, так і міського населення, мали на меті покращення взаємозв'язку з лікарями-психіатрами, із сімейними лікарями центрів первинної медико-санітарної допомоги, що відповідає моделі міжнародних підходів щодо забезпечення доступності профілактичних заходів розвитку психічних захворювань. Але на сьогодні відмічається недостатній взаємозв'язок між головними фахівцями у сфері охорони ГЗ [44-47].

Отже, будівництво психіатричних лікарень у радянський час проводилось за «коридорним» принципом однотипного розташування приміщень, палати розраховані на велику кількість пацієнтів, умови для приватності відсутні, характер лікування мав ознаки каральної психіатрії, що призводило не до одужання, а ще більшого загострення хвороби. Тому стає очевидною актуальність подальшого вивчення цієї важливої проблеми будівництва/реконструкції нових закладів охорони здоров'я психіатричного профілю (далі – ЗОЗ ПП).

1.2. Багатовимірне середовище закладів охорони здоров'я психіатричного профілю – досвід країн Європейського союзу

В умовах сьогодення в країнах Європейського Союзу (далі – ЄС) психіатрична допомога громадянам надається на первинному рівні – амбулаторна психіатрична допомога, на вторинному рівні – у психіатричних відділеннях лікарень загального профілю, денних стаціонарах психіатричних відділень лікарень загального типу, кризових відділеннях короткострокового перебування лікарень загального типу [48-53].

У країнах ЄС перевагу з 2000 р. надають консультативно-психіатричній службі в лікарнях загального профілю. Подальшого впровадження та розширення своїх послуг кконсультаційна психіатрія заслуговує на різних рівнях надання медичної допомоги для покращення ментального здоров'я суспільства. Саме консультативно-психіатрична служба в країнах світу широко доступна всім верстам суспільства, водночас медичні послуги надаються з використанням мультидисциплінарного підходу з взаємозв'язком фахівців амбулаторно-поліклінічної служби, психологічної служби (психолог), психіатричної (психіатр та медична сестра із психічного здоров'я) та соціальної (соціальний працівник) [54-57].

Заклади охорони здоров'я психіатричного профілю у країнах ЄС мають сучасний, комфортний дизайн будівель, медичних приміщень, палат, який враховує вимоги конфіденційності/приватності пацієнтів, орієнтований на створення терапевтичного/цілющого середовища, забезпечення ефективного лікування, умов для їхньої соціалізації, що сприяє швидкому поверненню до родини, суспільства, громади, повноцінного життя [58-62].

Архітектурне середовище в психіатричних стаціонарних закладах підтримує баланс між забезпеченням безпеки та наданням терапевтичної атмосфери для пацієнтів із психічними розладами під час лікування. Головним є особистий простір, де надається пріоритет конфіденційності та контролю над середовищем, різноманітні громадські зони, що сприяють діяльності та взаємодії, зони для відвідувань і духовних/споглядальних роздумів, зона для творів мистецтва та ін. Архітектурно-планувальні рішення закладів охорони здоров'я психіатричного профілю спрямовані на забезпечення раціональної функціональності, адаптації до інклюзивності, сучасних методів лікування, догляду, реабілітації, а також створення «терапевтичного/цілющого ландшафтного середовища» передбачаючи естетичне, художнє, функціональне, екологічне середовища. Вплив ландшафтного середовища на психологічні аспекти пацієнтів у лікарні щодо покращення позитивних емоційних станів, знаття емоційного напруження, стресу [63-67].

У покращенні психічного здоров'я пацієнта в стаціонарних умовах, так і медичного персоналу за результатами дослідження Faerden A. (2023), Grignoli N. (2021), Brambilla A. (2019) архітектурно-планувальні рішення при будівництві, реконструкції ЗОЗ відіграють важливу роль щодо дотримання приватності, зміни дизайну середовища [68-70].

У країнах ЄС специфіка архітектурно-планувальних рішень будівництва ЗОЗ ПП є динамічною системою, в центрі якої є користувач/пацієнт, оскільки саме він є основним споживачем і найбільш чутливим до впливу навколишнього лікарняного середовища.

На думку Ai Y. (2022), Liu J. (2019), Jiang F. (2019), Ayalew F. (2019) проектування, будівництво, реконструкція нових ЗОЗ ПП, психіатричних відділень у лікарнях загального профілю, денних стаціонарів у психіатричних відділеннях лікарень загального типу, центрів психічного здоров'я повинно враховувати всі умови для ефективної роботи медичного персоналу, які б задовольняли їхні професійні потреби та сприяли мотивації; створювали відповідні умови для візуального нагляду за пацієнтами, під час загострення стану пацієнтів, для захисту від агресивних дій пацієнтів; які б зменшували емоційне виснаження; нівелювали прояви стигматизації [71-74].

За даними дослідження Zhang Y.W. (2022), de Lima Andrade E. (2021), Jue K. (2019), важливу роль у профілактиці виникнення інфекційних хвороб, пов'язаних із наданням медичної допомоги (далі – ППНМД), відіграють архітектурно-планувальні заходи щодо вибору земельної ділянки під будівництво, зонування території, внутрішнє планування медичних приміщень з урахуванням екологічних, демографічних, соціально-економічних, медичних аспектів [75, 8, 9].

Будівництво лікарень у районах зелених масивів (з площею зелених насаджень не менше 60%) було запропоновано de Lima Andrade E. (2021), Jue K. (2019), де головна умова – розміщення подалі від промислових зон, аеропортів, залізничного транспорту, автомагістралей, які є потужними додатковими джерелами шуму, вібрації, викидів шкідливих речовин тощо [8, 9].

Великого значення у своїх наукових працях Sten Gromark and Björn Andersson (2020) надають садово-парковій зоні, зеленим насадженням, які мають лікувально-оздоровчий ефект. Спеціалізовані заклади, наприклад, психіатричні, пропонується будувати у приміській зоні, де вплив шуму найменший. При цьому потрібно врахувати радіус обслуговування, а доступ до громадського транспорту не повинен перевищувати 30 хвилин [76-78].

При попередньому проектуванні (передпроект) враховується думка лікарів-психіатрів щодо характеристики поведінкових моделей пацієнтів, особливо пацієнтів з гострими симптомами: психотичними, поведінковими, емоційними, когнітивними змінами, які уникають комунікації з будь-ким, реакція яких непередбачувана, нелогічна, незрозуміла, ірраціональна. При будівництві відділень невідкладної допомоги психіатричних закладів усі ці критерії враховуються у поєднанні з вимогами щодо дотримання особистих прав пацієнтів. Вченими Федосюк Р.М. (2017, 2018), Jiang S. (2017), Brambila A. (2019), Jiang S. (2020) запропоновано у проблемі будівництві багатопрофільних лікарень враховувати питання окремих входів у кожне відділення (психіатричні, акушерські, педіатричні, психосоматичні), про що свідчать їхні роботи [80-83].

ЗОЗ ПП – це багатовимірне середовище, яке залежить від набору приміщень, функціональності та простору закладу. Добре спроектований ЗОЗ підвищує комфорт та безпеку не тільки для пацієнтів, а й для медичного персоналу. Це можливо реалізувати шляхом скорочення відстані від медичного посту до палати, оскільки медичний персонал (далі – МП) за технологією лікування постійно рухається, виконуючи призначення лікаря, що зменшує фізичне навантаження, втому, рівень стресу й підвищує працездатність [84-86].

У наукових працях Ulrich R.S. (2018) проведено моніторинг умов перебування й лікування пацієнтів у психіатричних лікарнях Швеції. ЗОЗ ПП

Швеції були побудовані в різні роки і відрізнялися підходами до проектування, оздоблення, оснащення тощо. Результати проведеного моніторингу дозволили науковцю виявити вагомий вплив на зменшення проявів стресу і агресивності пацієнтів планування внутрішньолікарняного середовища: одномісні достатньої площі палати з окремими ванними кімнатами і туалетами, загальні приміщення, зокрема кухні, кімнати для активної діяльності, окремий вихід до саду, де облаштовано місце для сидіння, забезпечують належні умови приватності пацієнтів і покращують їхній стан [4].

У працях багатьох науковців, серед яких Haines A. (2017), Liu Z. (2021, 2022), є підтвердження щодо впливу архітектурно-планувальних рішень будівництва ЗОЗ на психофізіологічний стан пацієнтів та МП [87-89].

У нових шведських спеціалізованих лікарнях для пацієнтів із психічними розладами більшість палат розташовують навколо центральної робочої зони медичного посту, що дозволяє медичним працівникам спостерігати за пацієнтами, мати постійний контакт з ними і більше часу проводити за межами медичних кабінетів. Отже, створюється візуальний нагляд за дверима кімнат пацієнтів, душових, санвузлів, кухні, садових альтанок [4].

Питання трудового навантаження на МП у ЗОЗ ПП висвітлюються у роботах Ibáñez-López F..J. (2022), Park S. (2020) і негативні наслідки на здоров'я [90, 91].

Тему облаштування внутрішньолікарняного середовища розкрито у дослідженні Yousefzadeh A. (2022), Hiwar W. (2021). Внутрілікарняне середовища в ЗОЗ ПП: вентиляція, параметри мікроклімату, якості повітря за бактеріальними показниками, щільності наповнення палат хворими і застосування різноманітного ряду біоаерозолів у приміщеннях лікарень для зменшення бактеріального забруднення повітря, медичних поверхонь у лікарняному середовищі впливають на стан пацієнта, час перебування, ускладнення хвороби [92, 93].

За рекомендаціями Cho M. (2023), Vae S. (2020), Stichler J.F. (2014), до неспецифічної профілактики ІПНМД належать показники місткості ЗОЗ ПП: площа, висота палат, дотримання ізоляції пацієнтів за типом боксованих палат або одномісних палат, розведення потоків пацієнтів та медичного персоналу, руху «чистих» і «брудних» матеріалів. Невиправдане збільшення терміну перебування пацієнтів в умовах стаціонарного лікування призводить до формування стійких госпітальних антибіотикорезистентних штамів мікроорганізмів та виникнення ІПНМД [94-96].

Вплив архітектурно-планувальних рішень ЗОЗ ПП на здоров'я пацієнтів висвітлено в працях Emmanue l.U. (2020), Machry H. (2022). Процес проектування ЗОЗ має бути невід'ємною частиною механізму запобігання ІПНМД і контролю.

Вимоги до проектування нових або реконструкції чинних ЗОЗ ПП удосконалюються з кожним роком. Архітектурно-планувальні рішення ЗОЗ ПП під час пандемії COVID-19, а саме: переповнення палат пацієнтами, недостатність палат-ізоляторів, універсальних санітарно-гігієнічних кімнат, кімнат для проведення деконтамінації засобів індивідуального захисту (далі – ЗІЗ), відсутність обладнання кожного ліжка апаратами штучного дихання спонукали до збільшення ІПНМД [97, 98].

У своїх дослідженнях Houghton С. (2020) відмічав дефіцит ЗІЗ МП, обладнання низької якості та його незручність у використанні, недостатню кількість ізоляторів, санітарно-технічних приміщень, збільшення робочого навантаження, що призводить до розвитку втоми, відчуття страху заразити своїх рідних. В анкетах МП відмітили чинники, які сприяли покращенню їхньої роботи під час пандемії COVID-19: підтримка з боку керівництва, культура на робочому місці, навчання та підвищення кваліфікації, доступ до ЗІЗ, бажання забезпечити належний догляд за пацієнтом, який наляканий і стигматизований [99].

У роботі науковця Peters А. (2022) зазначено, що екологічна гігієна базується як на технічних, так і на людських компонентах, і включає всі аспекти медичного середовища, які не стосуються самого пацієнта, медичного працівника. Потенційний вплив гігієни внутрішнього середовища має прямий вплив на безпеку пацієнтів і для покращення екологічної гігієни внутрішнього середовища у ЗОЗ та зниження показників ІПНМД слід враховувати механічні, хімічні, фізичні, психофізіологічні аспекти середовища [100].

У дослідженнях Weber С. (2021), Cusack L. (2023) встановлено, що для поглибленої реорганізації психіатричних відділень, використовуючи мультидисциплінарний підхід до проектування європейських ЗОЗ ПП, необхідно залучати у робочу групу архітекторів, керівників медичних закладів, медичних сестер, соціальних працівників, пацієнтів та їхніх родичів [101, 102].

Головною умовою профілактики виникнення ІПНМД у дослідженнях Hobday R.A. (2013), Hunt J. (2015), є дотримання санітарно-гігієнічних та інженерно-технічних вимог: ефективна природна та штучна вентиляція (припливно-витяжна, кондиціонування), створення регламентованих параметрів мікроклімату, природного та штучного освітлення, шумового режиму, забезпечення централізованим водопостачанням та каналізуванням, очищення та знезараження стічних вод, утилізація твердих побутових, специфічних (медичних) відходів. Сучасний підхід до проектування ЗОЗ ПП сприятиме зменшенню кількості патогенів у повітрі палат та медичних приміщень шляхом дотримання нормативів природного освітлення, інсоляції, провітрювання [103,104].

У наукових дослідженнях Hurd D. (2019), Ioannou M. (2021) доведено покращення стану пацієнтів із психічними захворюваннями, швидкий і тривалий антидепресивний ефект у пацієнтів ЗОЗ ПП за умови достатнього природного та штучного освітлення, інсоляції не менше 3 годин в палатах і використання терапії яскравим світлом при психічних захворюваннях [105, 106].

За результатами опитування пацієнтів і медичних працівників ЗОЗ у працях Chang C-H. (2018), Vanuk J. R. (2022) встановлено зменшення кількості стресових ситуацій, істотний позитивний вплив на перебіг процесу лікування, скорочення термінів одужання, зменшення тривалості медикаментозного лікування за належного природного і штучного освітлення приміщень (спальні кімнати, кабінети лікарів та медичних сестер). Навпаки, за дефіциту денного світла у медичних приміщеннях спостерігали прояви зорового напруження, збільшення помилок у роботі, поширення окремих ознак синдрому емоційного вигорання медичних працівників [107, 108].

За національними стандартами в різних країнах, зокрема в Чеській Республіці, Естонії, Німеччині, Італії, Нідерландах, Польщі, Словаччині, критерії забезпечення сонячним світлом/тривалості інсоляції приміщень коливається від 1,5 години до 4 годин, що має виражений лікувальний ефект за твердженнями Lo Verso V. (2016), Darula S. (2015) [109, 110].

Високі рівні звуку в ЗОЗ за даними авторів Applebaum D. (2016), Wilson C. (2017), Walker L. (2019) та ін. створюють негативний емоційний вплив, прояви агресії до МП пацієнтів. Непередбачений, неконтрольований шум у стаціонарах збільшує стрес як у пацієнтів, так і в МП, викликає або загострює агресивну поведінку у пацієнтів і сприяє загостренню перебігу захворювання, погіршує результати лікування. Вплив звуку різних рівнів викликає роздратування, порушує сон, негативно впливає на стан пацієнтів і МП та може бути ризиком виникнення супутніх захворювань у пацієнтів із психічними розладами: гіпертонія, серцево-судинні захворювання, погіршення когнітивної діяльності. Застосування звукопоглинальних технологій при проектуванні й будівництві ЗОЗ ПП покращує захист від шуму, забезпечує нормативний акустичний режим в палатах та медичних приміщеннях [111-113].

Про негативний вплив на здоров'я пацієнтів у стаціонарних умовах ЗОЗ ПП з неефективними системами вентиляції, кондиціонування повітря, опалення мова йде в дослідженнях Shajahan A. (2019), Lenzer B. (2020), Brigand G. (2022). Науковці зауважують покращення стану пацієнтів при дотриманні вимог щодо ефективної роботи цих систем, їх адаптації та покращення життєвих функцій [114-116].

Недотримання вимог параметрів вологості, температури повітря через неефективну роботу вентиляції створювало умови для передавання вірусів та виникнення інфекцій, що встановлено за даними науковців Thornton G.M. (2020), Giampieri A., (2022) під час пандемії COVID-19 [117, 118].

Негативно впливає обмеження та ізоляція на пацієнтів із психічними розладами за даними Flannery R.B. (2018), Tsunematsu K. (2021), Ventura C.A. (2021) та ін. У США на державному рівні прийнята модель щодо основних стратегій із запобігання насильства, використання ізоляції, обмеження прав пацієнтів із психічними розладами. Цю модель запозичили інші країни – Фінляндія, Австралія, Велика Британія, для створення позитивного лікувального ефекту у пацієнтів, зменшення тривалості їхнього перебування в умовах стаціонару й запобігання негативним наслідкам, зокрема стресу, агресії, суїцидальним думкам [119-121].

Про важливість елементів інтер'єру ЗОЗ ПП йдеться в наукових працях Kalantari S. (2017), а саме про кольорове рішення внутрішнього середовища психіатричних лікарень. У США у 1997 р. був затверджений список елементів інтер'єру, які складають позитивний терапевтичний ефект та підвищують якість життя пацієнтів із психічними захворюваннями в ході лікування. Застосування дизайнерських сучасних поєднань у проектуванні ЗОЗ ПП, зокрема світла й кольору, фактурних і природних матеріалів, сприяють покращенню психофізіологічного стану пацієнта незалежно від терміну перебування, діагнозу, гостроти захворювань, віку та супутніх медичних станів [122].

Досить часто практикують прикрашання стін закладу художніми роботами самих пацієнтів (арттерапія), водночас пацієнт не тільки самостверджується, але й отримує лікувальний ефект внаслідок зменшення рівня тривоги, агресії. Така терапія покращує процес лікування, реабілітації, соціальну інтеграцію та добробут пацієнтів із психічними розладами [123-130].

За результатами досліджень Rehn J. (2020), Chryssikou E. (2020) проектування та облаштування приміщень ЗОЗ ПП повинно бути одним із пріоритетних напрямків реформи охорони психічного здоров'я. Важливим кроком є оновлення нормативних вимог до ЗОЗ ПП з метою їх відповідності сучасним європейським стандартам. Умови в психіатричних закладах повинні повною мірою відповідати терапевтичному середовищу та сприяти створенню найкращих умов для забезпечення лікувально-охоронного режиму, покращенню лікувально-профілактичної роботи, запобігання виникнення ППНМД. Науковці європейських країн стверджують, що умови в одномісних палатах ЗОЗ ПП повинні нагадувати «типову житлову» атмосферу, в якій пацієнти можуть відчувати себе розслаблено й комфортно. При будівництві ЗОЗ з одномісними

палатами, за даними авторів, витрати будуть більше лише на 5%, проте будуть забезпечені комфортні умови перебування як для пацієнтів, так і для медичних працівників [131, 132].

На думку Kamal S., архітектори європейських країн при проєктуванні психіатричних лікарень звертають увагу на такі принципи безпеки:

- використання фактурних, кольорових матеріалів, які забезпечують більш затишну, майже домашню атмосферу;
- забезпечення достатнього природного освітлення та розташування джерел штучного освітлення на безпечній відстані;
- використання м'яких меблів з дерева та безпека при їх використанні (міцне кріплення, шафи лише з полицями);
- дотримання вимог безпеки при облаштуванні ванних кімнат;
- постійний нагляд за хворими з наявністю суїцидальних думок з боку МП у відділеннях невідкладної допомоги.

Неправильне функціонально-просторове архітектурне планування та використання невідповідних елементів дизайну інтер'єру, меблів призводить до більшої частоти суїцидальних спроб [133].

Під час проєктування ЗОЗ ПП архітектори зосереджують увагу на безпеці пацієнтів. Так, за результатами досліджень виділяють п'ять рівнів дизайну з огляду на безпеку пацієнтів, які визначені в матриці оцінки ризику:

I рівень – прямий нагляд з боку МП, що постійно присутній. Тобто мають бути передбачені лише зони перебування пацієнтів, де вони знаходяться під постійним наглядом.

II рівень – висока спостережливість. Це зони (коридори, консультаційні кабінети, кімнати для активних занять), де пацієнти проходять повний нагляд і залишаються наодинці лише на дуже короткі періоди часу. Коридори часто мають високі стелі та стандартні світильники. У таких зонах МП може не завжди бути присутнім.

III рівень – періодичне спостереження. До цих зон належать: телевізійні та оглядові кімнати, зали та денні кімнати, де пацієнти із психічними розладами проводять час з мінімальним наглядом. Рішення щодо необхідності проєктування таких приміщень обговорюють з працівниками закладу.

IV рівень – мінімальне спостереження. Зони, де пацієнти проводять велику кількість часу на самоті з мінімальним наглядом МП або в умовах відсутності такого нагляду, наприклад, кімнати для пацієнтів (напівприватні та приватні), душові й туалети для пацієнтів.

V рівень – приміщення для огляду, обстеження та приймальні, у яких персонал взаємодіє з новоприйнятими пацієнтами, що можуть перебувати в

сильно збудженому стані. У цих приміщеннях повинно бути мінімум меблів, усе повинно бути надійно закріплено на місці. Комп'ютери, телефони, шнури та кабелі слід тримати якомога далі від пацієнтів. Під час проєктування сигналізації в таких приміщеннях передбачається обов'язково [134-136].

У європейських країнах метою будівництва/реконструкції ЗОЗ ПП є створення комфортного перебування пацієнтів як на території, так і в умовах стаціонару, так званого «терапевтичного/цілющого архітектурно-планувального/ ландшафного середовища», а також безпечного, приватного – до їх повного одужання та повернення до родини, у суспільство. Тому є нагальна потреба у розробці дієвих заходів, спрямованих на вирішення цієї проблеми в ЗОЗ ПП України [137-142].

1.3. Моніторинг провідних факторів формування комфортного зовнішнього та внутрішнього середовищ у закладах охорони здоров'я психіатричного профілю

Українськими вченими Дубінським С.В. (2016), Князевичем В.М. (2018), Погоріляком Р.Ю. (2018), Данько В.В. (2019), Іртищевою І.О. (2020) розглянуто питання забезпечення доступності та якості медичної допомоги як базової основи формування міцного здоров'я і добробуту населення, наразі розробляються заходи щодо удосконалення системи управління ЗОЗ на інноваційних засадах, зокрема й ЗОЗ приватної форми власності [143-147].

Науковці Чугунова В.В. (2015), Тімашова В.М. (2017) та Орапа М. (2019) у своїх дослідженнях психічне здоров'я розглядають як складник поняттєвої сфери здоров'я та перспективний напрямок розвитку служби охорони психічного здоров'я в Україні. Проводиться психосемантичне дослідження концептів «Здоров'я» та «Хвороба», приділяється увага менеджменту приватної психіатричної допомоги та його удосконаленню як підґрунтя соціальної адаптації пацієнтів із психічними розладами [148-150].

Недостатньо уваги вітчизняних вчених приділено питанням: архітектурно-планувальних рішень будівництва нових ЗОЗ ПП, дизайну інтер'єрів, формуванню зовнішнього та внутрішнього середовищ вітчизняними фахівцями/науковцями, хоча новітні підходи до будівництва, внутрішнього оздоблення, дизайну інтер'єрних просторів психіатричних лікарень відіграють важливу роль як у самопочутті, лікуванні пацієнтів, так і в психофізіологічному стані медичних працівників лікарняного закладу.

Більшість психіатричних лікарень будувалася в радянські часи і тому ергометричні, естетично-композиційні, візуальні та інші питання для

комфортності пацієнта та медичних працівників ЗОЗ не враховувалися.

Науковці Целуйкін О.В. (2015) і Булах І.В. (2016-2020) у своїх працях звертали увагу на те, що основним акцентом при будівництві ЗОЗ ЗП є розміщення лікарень у природно-ландшафтній місцевості, використання індивідуальних проектних рішень для кожного окремого лікувального закладу та відмова від традиційного типово-індустріального проектування та будівництва ЗОЗ [151-155].

Байда Л., Іванова О. (2019) запропонували універсальний дизайн в ЗОЗ для осіб з інвалідністю, щоб пацієнт був в центрі уваги, враховуючи всі його потреби. Універсальний дизайн має свої переваги: формує інклюзивне суспільство, зменшує стигму та дискримінацію, допомагає пацієнтам бути мобільними й соціально незалежними. Універсальний дизайн в медичних закладах, на думку авторів, базується на таких принципах: рівноправне використання, гнучкість у використанні, просте та інтуїтивне використання, сприйняття інформації, незалежно від фізичного зусилля та сенсорних можливостей користувачів відчувати розмір та простір. Науковцями в архітектурно-планувальних рішеннях, дизайні інтер'єрів враховані індивідуальні можливості пацієнтів (освітлення, підбір столів, стільців за висотою, кольорове кодування на стінах, підлозі) [156].

Питання щодо проектування та будівництва сучасних багатофункціональних наркологічних закладів (диспансерів, лікарень, реабілітаційних/трудотерапевтичних центрів) в Україні висвітлено у дослідженнях Поцелуєвої Н.В. (2016). Ці заклади повинні мати функціонально-організаційний зв'язок між собою. При проектуванні ЗОЗ необхідно такі центри розміщувати у великих містах, наприклад, у м. Києві – міська наркологічна клінічна лікарня «Соціотерапія». Цей комплекс знаходиться в пристосованій, а не в новозбудованій багатофункціональній будівлі. Поцелуєва Н.В. наголошує на відсутності в Україні нових багатофункціональних наркологічних центрів, що є великою проблемою для пацієнтів з цією патологією. Фактори, які можуть впливати при будівництві сучасних багатофункціональних наркологічних закладів, з погляду науковця, такі: соціально-економічні, природно-кліматичні, містобудівні, інженерно-технічні, функціонально-планувальні, архітектурно-естетичні, конструктивні [157-159].

Дизайнерські та архітектурно-планувальні рішення реабілітаційних центрів ЗОЗ, центрів соціально-психологічної реабілітації як для дітей, так і для дорослих, на прикладі закордонного досвіду, за даними досліджень Шкляра С. (2023), Луценка А.О. (2022), Костюченко О.А. (2018), Гнатюка Л.Р. (2018), Обиначної З.В. (2018), Булаха І.В. (2017), повинні забезпечувати внутрішній

комфорт як для пацієнтів, які проходять реабілітацію, так і для МП. Архітектурно-планувальні рішення мають охоплювати економічні, соціальні, екологічні (пацієнт і природний ландшафт), санітарно-гігієнічні, інженерно-технічні аспекти під час планування та будівництва ЗОЗ [160-172].

Велігоцька Ю.С. (2020), Булгакова Т. (2021), Радченко В. (2023) досліджували питання впливу дизайну інтер'єрів ЗОЗ на пацієнта. У їхніх працях акцентується увага на дотриманні необхідних аспектів для комфортності пацієнтів: естетичного, екологічного, функціонального (технічний та лаконічний дизайн для легкого пересування пацієнтів, МП), психологічного. Також науковці наголошують, що необхідно обов'язково враховувати при обладнанні будівель шумовий фон (використання шумозахисних матеріалів), природне та штучне освітлення приміщень; при обладнанні внутрішнього дизайну – естетично-композиційні (візуально-графічні засоби, символи, об'ємно-графічні, кольорові елементи), ергометричні, візуальні орієнтири, санітарно-гігієнічні вимоги та пожежну безпеку. Для штучного освітлення запропоновано використовувати сучасні технології освітлення, які орієнтовані на енергоефективне, високопродуктивне використання (світлодіодні світильники). Науковці пропонують індивідуальний підхід на заміну типовому радянському будівництву ЗОЗ з використанням сучасних просторових та архітектурно-інтер'єрних рішень, а саме: використання модульних конструкцій, сучасних будівельних матеріалів – антимікробні покриття для стін та підлоги для захисту від ППНМД [173-175].

Питання щодо зовнішніх (природно-кліматичних, містобудівних, соціально-демографічних, економічних та екологічних) та внутрішніх (санітарно-гігієнічних, психофізіологічних, естетичних, медико-технологічних, інженерно-технічних) факторів, що впливають на формування архітектури дитячих лікувальних закладів онкологічної спеціалізації на особливості психофізіології дітей через світло-кольоровий дизайн інтер'єрів вивчали вчені Отрощенко Д.В. (2014), Чернявський К.В. (2013) [176-178].

Увага науковців Ковальова Ю.М. (2013), Андрущенко Л.М. (2013) приділена увагу проектуванню, будівництву ЗОЗ психіатричного профілю, зокрема запропоновано використовувати поєднання світла й кольору, фактурних і природних матеріалів, які мають властивість покращення психофізіологічного стану пацієнтів із психічними розладами та МП ЗОЗ [179-181].

Питання якості внутрішньолікарняного середовища приміщень ЗОЗ ЗП за фізичними факторами, зокрема освітленістю палат, висвітлено українськими вченими Акіменко В. Я. (2017, 2018, 2019), Сердюком А. М. (2018), Бердник О. В. (2016). Науковці встановили вірогідний взаємозв'язок між психофізіологічним станом людини і дією природного та штучного світла. Чим

менше природного світла в приміщеннях палат ЗОЗ, тим більше пацієнт відчуває занепокоєння, втому, депресивні та тривожні ознаки, панічні атаки [182-188].

Гігієнічні аспекти розміщення в сучасних умовах щільної містобудівної ситуації вбудованих в житлові будинки ЗОЗ первинної ланки та стоматологічних ЗОЗ із використанням високотехнологічного обладнання, розміщення зони спеціального призначення на прибудинковій території під автостоянки для медпрацівників та пацієнтів у своїх дослідженнях вивчали українські вчені Махнюк В. М. (2018, 2020), Чайка А. В. (2021) [189-191].

Дію багатьох професійно-шкідливих чинників на МП під час надання ними медичної допомоги пацієнтам висвітлено у працях Кундієва Ю. І. (2011), Сагош О. Д. (2015), Яворовського О. П. (2017, 2020, 2021), Салманова А. (2017), Буряка О. (2021). Науковці вивчали професійно-шкідливі фактори в умовах поліклінічної та стаціонарної допомоги в ЗОЗ ЗП, а саме: фізичні (ультразвукове, електромагнітне, лазерне, радіаційне випромінювання, шум, вібрація, підвищений атмосферний тиск, невідповідність природного та штучного освітлення робочого місця, невідповідність показників мікроклімату (температура, вологість, швидкість руху повітря); хімічні (антибіотики, анестетики, хіміотерапевтичні та інші препарати, засоби особистої гігієни, дезінфекційні та антисептичні засоби при обробці рук та приміщень); біологічні (резистентність вірусів); важкість праці (робота у вимушеному положенні, стереотипні робочі рухи, надлишкове напруження аналізаторних систем) [192-200].

В Україні за офіційними статистичними даними близько 1,1 млн (60%) МП всіх спеціальностей працюють в небезпечних, шкідливих умовах праці. Правдивість статистичних даних щодо професійних захворювань в галузі медицини відсутня, але за результатами досліджень Кундієва Ю. І. (2014, 2016), Лашкула З. В. (2014), Дужого І. Д. (2017), Литвинюка О. П. (2018), Бондара Л. П. (2018) та інших науковців описана професійна захворюваність МП в лікарняних закладах та з'ясовано ставлення лікарів до проблем профілактики. Більшість МП приховують свої професійні захворювання через страх втратити роботу [201-206].

Тимошиною Д. П. (2015), Нагорною А. М. (2016), Баркевич В. А. (2017) та іншими науковцями професійна захворюваність працівників в галузі охорони здоров'я досліджувалась як в основній із виробничих сфер, у якій фіксуються найбільш численні випадки з виробничого травматизму та травми зі смертельними наслідками. Нагорною А. М. проведено аналіз професійної захворюваності по Україні за 15 років (з 2001 по 2015 рр.), за цей період сталося 1092 випадки (1,2%) серед МП, що є найвищим показником серед інших галузей [207-209].

За даними українського вченого Яворовського О. П. (2020), перше місце серед причин професійних захворювань займають причини організаційного характеру – 59% (порушення правил техніки безпеки та посадових обов'язків), друге місце – 37,8% – психофізіологічні причини (незадовільні фізичні дані або стан здоров'я МП), при цьому травми зі смертельними наслідками найчастіше виникають через психофізіологічні причини і складають до 78,2%, а через причини організаційного характеру смертельні випадки складають 20,6% [210].

За результатами науковців Сидоренка А. С. (2021), Березовського А. П., (2021), Буряка О. (2021), Хиць А. Р. (2021), під час пандемії COVID-19 до основних травмонебезпечних галузей економіки в Україні та видів робіт в Україні належала охорона здоров'я – 74%, зареєстровано 78 тис. випадків захворювання МП на COVID-19, із них 708 – летальних (з причини високої концентрації збудника SARS-CoV-2 в інфекційних лікарнях, недостатності ЗІЗ та ін.) [211-213].

Як зазначає Сидоренко А. С. (2021), МП ЗОЗ під час пандемії COVID-19 виконував провідну роль в лікуванні, профілактиці, вакцинації пацієнтів, при цьому постійно стикався з ризиком інфікування [211].

За результатами досліджень Яворовського О. П. (2020), Федорчук-Мороза В. І. (2020), під час пандемії COVID-19 забезпеченість обладнанням лікарень України становила до 71,2%, а ЗІЗ – окулярами, костюмами біозахисними, масками медичними, респіраторами від 50% до 59,4% [214, 215].

У дослідженнях Яворовського О. П. (2020), Андрейчука М. А. (2021) встановлено, що комбінований вплив на умови праці МП завдавався не лише збудником вірусу SARS-CoV-2, а й фізичними, хімічними, психофізіологічними чинниками, недостатнім забезпеченням ЗІЗ. Також встановлено, що інфікування серед медичних працівників збільшувалось у 3,8 рази, а ризик смертельних випадків – у 1,5 рази [216, 217].

БООЗ для безпечного та комфортного перебування як МП, так і пацієнтів на SARS-CoV-2 було запропоновано в ЗОЗ країн світу використовувати чисте повітря з розрахунку не менше 160 л/с на одного хворого. Під час пандемії в Україні не були враховані такі вимоги до вентиляційних систем у відділеннях, які приймали пацієнтів на SARS-CoV-2 [218-220].

При пандемії COVID-19 під час розслідування комісіями обставин і причин випадків професійних захворювань і смертельних випадків серед МП були виявлені грубі порушення санітарно-гігієнічних та протиепідемічних вимог внутрішньолікарняного режиму, а саме: невикористання ЗІЗ, порушення розмежування «чистої» та «брудної» зони, порушення гігієни рук та дихальних шляхів, відсутність щеплення від інфекційних захворювань, невчасне

проходження тестування ПЛР тощо.

Розглянуті в нашому дослідженні питання потреби будівництва нових сучасних ЗОЗ ПП з урахуванням новітніх природно-кліматичних, екологічних (пацієнт і природний ландшафт), містобудівних, архітектурно-планувальних рішень, дизайну інтер'єрів, інженерно-технічних, естетичних рішень для створення комфортного зовнішнього (прилікарняного) простору та оптимальних умов внутрішньолікарняного середовища, що відіграють важливу роль як в самопочутті, лікуванні пацієнтів, так і в психофізіологічному стані медичних працівників ЗОЗ ПП, жодним з українських науковців не порушувалися і залишаються на сьогодні надзвичайно актуальними.

Висновки до розділу 1

Отже, узагальнення вітчизняних та закордонних літературних даних виявило, що розміщення/будівництво «братських шпиталів» для пацієнтів із психічними розладами, де вони перебували ізолювано від здорових осіб, в Україні почалося в XIV-XVI столітті. Це були перші створені ЗОЗ ПП, які розміщувалися у вкрай непристосованих умовах (казарми, конюшні, приміщення монастирів) і не відповідали санітарно-гігієнічним вимогам перебування пацієнтів в стаціонарних закладах.

Приватні психіатричні лікарні будували невеликої місткості й лише для забезпечених громадян. Окрім гігієнічних і лікувальних умов, у них були створені умови для «терапевтичного середовища»: на території – ландшафтний дизайн, сад, фонтани, квітники; у будівлі – майстерні гончарства, малювання, перукарів, крою і шиття, вишивки, кабінет механотерапії «тренажерний зал» тощо. Такий підхід і сьогодні є прикладом для будівництва психлікарень в Європі.

У європейських країнах будівництво/реконструкція ЗОЗ ПП досягається шляхом системного та комплексного підходу до створення садово-паркової зони, яка має лікувально-оздоровчий ефект; оптимального ергономічного дизайну внутрішньолікарняного середовища, комфорту для пацієнтів та МП; належного санітарно-гігієнічного, протиепідемічного, екологічного та безпекового середовища, та сприяє покращенню організації лікувально-охоронного, реабілітаційного режиму, лікувально-профілактичної роботи, запобіганню ПНМД.

Заслугове на увагу та запозичення досвід країн ЄС щодо використання мультидисциплінарного підходу до проектування сучасних ЗОЗ ПП в аспекті залучення до робочих груп з проектування/реконструкції окрім архітекторів й

керівників медичних закладів, МП, в тому числі медичних сестер, що важливо для створення ефективного терапевтичного середовища не тільки для пацієнтів, а й МП.

Законодавство Європейського Союзу орієнтовано на децентралізацію системи охорони психічного здоров'я, нарощування потенціалу й компетентних кадрів із впровадженням системи акредитації та сертифікації фахівців у галузі психічного здоров'я, а також реструктуризацію державного фінансування спеціалізованих медичних послуг з охорони психічного здоров'я, що визначено заходами Комплексного плану дій в галузі охорони психічного здоров'я, розробленого ВООЗ.

У вітчизняній науковій літературі українські вчені висвітлюють питання щодо забезпечення доступності та якості медичної допомоги як базової основи формування міцного здоров'я і добробуту населення, розробляють заходи щодо удосконалення системи управління ЗОЗ на інноваційних засадах, ЗОЗ приватної форми власності. Досліджено зовнішні та внутрішні фактори лікарняного середовища, що можуть впливати на особливості психофізіології дітей в дитячих лікувальних закладах онкологічної спеціалізації. Українські вчені-гігієністи зосереджують увагу на якості внутрішньолікарняного середовища приміщень закладів охорони здоров'я ЗОЗ ЗП за фізичними, хімічними та біологічними факторами, їх комбінованому впливі на професійну захворюваність МП ЗОЗ, а також вивчають питання ставлення лікарів до проблем профілактики.

Лише вченими-наркологами порушено питання щодо потреби у будівництві нових багатофункціональних будівель наркологічних клінічних лікарень на базі індивідуальних проєктних рішень для кожного окремого лікувального закладу та відмову від традиційного типово-індустріального проєктування та будівництва ЗОЗ.

Питання потреби будівництва нових сучасних ЗОЗ ПП з урахуванням новітніх оптимальних умов внутрішньолікарняного середовища, що відіграють важливу роль як для самопочуття, лікування пацієнтів, так і для психофізіологічного стану МП ЗОЗ ПП, жодним із українських науковців не було висвітлено, а тому дослідження за цим напрямком є актуальним і потребує подальшого розвитку.

РОЗДІЛ 2

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА МОДЕЛІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ МЕНТАЛЬНОЇ/ПСИХІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В КРАЇНАХ СВІТУ

2.1. Законодавче забезпечення населення країн ЄС та України у сфері психіатричної допомоги, правовий і соціальний захист в психіатричних закладах охорони здоров'я

У всьому світі зберігається значний розрив між потребою в лікуванні та його доступністю для пацієнтів із психічними розладами. Як приклад, у країнах із низьким і середнім рівнем доходу 85% осіб з тяжкими психічними розладами взагалі не отримують лікування, а в країнах із високим рівнем доходу цей показник складає до 50% через дефіцит медичних ресурсів/кадрів. Однією з основних причин інвалідності у світі є порушення психічного/ментального здоров'я населення, що призводить до великого навантаження на фінансово-економічну та соціальну політику будь-якої держави. Психічні розлади є головною причиною інвалідності, за даними ВООЗ цей показник становив 44% випадків соціальних виплат і пенсій у Данії, 43% – у Фінляндії та Шотландії і 37% – у Румунії, що є соціальним тягарем для багатьох країн світу. У країнах ЄС смертельні випадки через психічні захворювання склали до 19,5%. За даними ретроспективного аналізу за період 1990-2019 рр. показник смертності осіб із психічними захворюваннями зріс на 34%.

Слід зазначити про проблему працевлаштування людей із психічними розладами в контексті Конвенції ООН, розробленої європейськими та міжнародними інституціями. У законодавчих документах про права людей з інвалідністю у більшості країн з високим рівнем доходу дозволяють працевлаштування на роботу таких осіб. На противагу цьому, більшість пацієнтів із психічними розладами обмежені від будь-якої діяльності або участі в правовому механізмі в країнах із середнім і низьким рівнем доходу. Негативне ставлення, стереотипи, дискримінація, стигматизація щодо людей із психічними розладами спостерігається в житті, на роботі, незважаючи на посилення антидискримінаційного законодавства. У стратегії країн ЄС особливу увагу надають удосконаленню практики розумного/правового працевлаштування таких осіб, при цьому враховуючи непередбачуваність психічних розладів. Основний фокус у стратегії боротьби з дискримінацією у сфері зайнятості

зосереджений на обізнаності, вивченні заходів і передових методів для покращення психічного здоров'я на робочому місці [221].

У країнах світу у сфері психічного/ментального здоров'я нормативно-правове забезпечення передбачене міжнародними, внутрішньодержавними програмами, національними законами, законодавчими нормами, міжнародними і регіональними стандартами. У цих документах задекларовані гарантії на якісну, кваліфіковану, вчасну медичну допомогу при виникненні захворювання, особливо пацієнтам із психічними розладами, шляхом надання мультидисциплінарних послуг (послуг фізичної терапії, ерготерапії, отриманні освіти та допомоги в ранньому розвитку дитини, забезпеченні житлом, нутритивної підтримки).

У 1948 році уряди держав-членів Ради Європи підписали Конвенцію щодо захисту прав людини і основоположних свобод, у якій передбачено забезпечення і розвиток прав людини та основоположних свобод, що має відображення в основних статтях цієї Конвенції: Стаття 1 «Зобов'язання поважати права людини»; Стаття 2 «Право на життя»; Стаття 3 «Заборона катування: нікого не може бути піддано катуванню або нелюдському чи такому, що принижує гідність, поведженню або покаранню»; Стаття 4 «Заборона рабства і примусової праці: не можна тримати в рабстві або в підневільному стані, не можна змусити виконувати примусову чи обов'язкову працю»; Стаття 5 «Право на свободу та особисту недоторканність». Встановлюючи правозахисний стандарт, зокрема й для осіб, які мають психічні розлади, Конвенція передбачає, що «всі люди народжуються вільними та рівними у своїй гідності та правах» [222].

Конвенція містить закріплення права кожної людини на достатній життєвий рівень, зокрема їжу, одяг, житло, працевлаштування, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який необхідний для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї, право на забезпечення в разі безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, старості чи іншого випадку втрати засобів для існування через незалежні від неї обставини [223].

Починаючи з 1975 року в резолюції ВООЗ, Ради ЄС, Ради Європи важливе значення відводиться зміцненню психічного/ментального здоров'я щодо гуманітарної сфери (Гельсінська декларація 994_055), підписана 35 державами у столиці Фінляндії Гельсінкі, в тому числі й Україною (у складі колишнього СРСР). У декларації йдеться про заборону експериментів на людях, вона безпосередньо стосується клінічної дослідної роботи, зазнала вісім переглядів, останній у 2000 році. ВООЗ пропонує усім урядам посилити співпрацю для покращення ефективності імплементації положень Гельсінської декларації (1975 рік) [224, 225].

У Меранській декларації (2008) відображено вдалий досвід країн Європи і запропоновано урядам новостворених незалежних держав при реформуванні системи охорони психічного/ментального здоров'я врахувати головні напрями. Головним з пріоритетів національної політики кожної держави є: забезпечення психічного/ментального добробуту в галузі охорони психічного/ментального здоров'я; адекватне й справедливе фінансування служби охорони психічного/ментального здоров'я на різних етапах життя людини (дитина, дорослий, похилий вік, інвалід); підтримка й розвиток інноваційних проєктів та систем у галузі охорони психічного/ментального здоров'я; організація мультидисциплінарного та біопсихосоціального підходу, підвищення компетентності медичних, соціальних кадрів, які надають допомогу; боротьба та профілактика стигми в суспільстві до пацієнтів із психічними розладами; доступність до загальномедичних, соціальних, освітніх послуг для пацієнтів із психічними розладами; надання якісної первинної медичної допомоги сімейними лікарями, психологами, психіатрами, соціальними працівниками за місцем постійного проживання та проведення профілактичних заходів [226].

Комітетові Міністрів у «Рекомендації ПАРС 818 (1977) про ситуацію із психічними захворюваннями» пропонується вжити такі заходи:

- переглянути та ухвалити нові законодавчі акти, які стосуються психічних захворювань;
- заснувати незалежні комісії з питань психіатричної допомоги для забезпечення права на захист осіб із психічними захворюваннями;
- забезпечити право осіб із психічними захворюваннями в судовому процесі, у якому ухвалюється рішення щодо визнання їх недієздатними [227].

Гавайська декларація Всесвітньої психіатричної асоціації (1983 р.) є головною декларацією у сфері психічного/ментального здоров'я для країн ЄС, метою якої є покращення психічного/ментального здоров'я населення світу. У цій декларації зазначено, що фахівці в сфері психічного/ментального здоров'я зобов'язані надавати медичну допомогу пацієнтам із психічними захворюваннями згідно з отриманими науковими знаннями і прийнятими етичними принципами. Статтю 6 Гавайської декларації передбачено, що пацієнт із психічними розладами повинен бути звільнений від примусового лікування у зв'язку з відсутністю показів до лікування, а за умови продовження терапії лікар-психіатр, лікар-психолог, клінічний психолог, лікар-психотерапевт повинен отримати добровільну (усну/письмову) згоду пацієнта або членів його сім'ї і піклувальників. Обов'язки лікаря-психіатра, лікаря-психолога, клінічного психолога, лікаря-психотерапевта в лікуванні пацієнтів із психічними розладами повинні бути такі: довіра, конфіденційність, контакт з родичами, постійне

інформування пацієнта про його хворобу, методи лікування, при цьому не порушувати права пацієнтів і не проводити дослідів над пацієнтами із психічними розладами (2010 р.) [228].

Головні принципи медичної етики викладено в додатку до Резолюції 37/194, які стосуються ролі працівників охорони здоров'я, а особливо лікарів-психіатрів, лікарів-психологів, клінічних психологів, лікарів-психотерапевтів, у захисті ув'язнених та затриманих осіб від тортур, жорстокого, нелюдського поводження, що принижує гідність пацієнтів. Наголошено, що працівники охорони здоров'я зобов'язані охороняти громадське фізичне, психічне здоров'я ув'язнених або затриманих та забезпечувати лікування захворювань такої ж якості та рівня, як для осіб, які не ув'язнені / затримані [229].

У 1989 році на VIII Всесвітньому конгресі психіатрів прийнято Хартію (положення та погляди) ВПА права та юридичний захист пацієнтів із психічними захворюваннями. Положення Хартії підтверджують і доповнюють Гавайську декларацію (995_872), відображають основну частину головних керівних принципів щодо прав пацієнтів із психічними розладами, а саме на лікування, свободу та не мають бути об'єктом дискримінації через їхні захворювання. Такі пацієнти повинні отримувати професійну, гуманну, гідну допомогу без примусу проти їх волі відповідно до вимог медичної деонтології. Згідно з вимогами «Декларації (995_872) прав людей, які страждають на психічні захворювання (1983 р.)», таких пацієнтів не повинні використовувати як робочу силу, погано поводитися з ними і принижувати [230].

Положення щодо заборони примусового втручання в госпіталізацію людини із психічними розладами ухвалила Генеральна асамблея ВПА на VIII Всесвітньому конгресі з психіатрії в Атенах (Греція) (1989 р.). Госпіталізація, лікування повинно проводитися за погодженням (згодою усною або письмовою) пацієнта, якщо тільки пацієнт не страждає серйозними психічними захворюваннями, при цьому примусове втручання має проводитись відповідно до правила найменшого обмеження [230].

У 1992 році Генеральною Асамблеєю ООН ухвалена резолюція 46/119 «Захист осіб із психічними захворюваннями та поліпшення психіатричної допомоги» щодо захисту пацієнтів із психічними розладами [231] для виключення дискримінації в психіатричних закладах. У резолюції викладені 25 принципів права пацієнтів із психічними розладами: здійснення всіх цивільних, політичних, економічних, соціальних і культурних дій; адвоката; жити і працювати у суспільстві; проходження медичного огляду для виявлення у нього психічних розладів (за бажанням або за погодженням членів сім'ї і піклувальників); конфіденційність та медичну етику з боку лікаря; грошову

винагороду від психіатричного закладу за будь-яку працю; індивідуальне лікування за згодою пацієнта або членів його сім'ї і піклувальників.

Резолюцією 46/119 ухвалено принципи захисту осіб із психічними захворюваннями та покращення психіатричної допомоги. За Принципом 16 «Примусова госпіталізація» особа може бути примусово госпіталізована до психіатричного закладу як пацієнт у примусовому порядку, або особа вже госпіталізована як пацієнт у добровільному порядку, може триматися як пацієнт у психіатричному закладі у примусовому порядку тоді, коли уповноважений (омбудсмен) та кваліфікований профільний фахівець встановить, що ця особа страждає на психічне захворювання і що існує серйозна загроза заподіяння особою безпосередньої або неминучої шкоди собі чи іншим особам. У випадку особи з тяжким психічним захворюванням, ослабленими розумовими здібностями, якщо відмова від госпіталізації або тримання цієї особи в психіатричному закладі може призвести до серйозного погіршення її здоров'я чи унеможливить застосування належного лікування (можливе за умови госпіталізації до психіатричного закладу), госпіталізація проводиться відповідно до принципу найменш обмежувальної альтернативи. Примусова госпіталізація чи затримання для обстеження, попереднього лікування, для розгляду госпіталізації або затримання контрольним органом [232, 233].

У рекомендаціях ПАРЄ 1235 «Психіатрія і права людини» (1994 р.) зазначено, що лікування повинно проводитися на основі розмежування між недієздатними пацієнтами із психічними розладами. Пацієнт повинен мати вільний доступ до захисника-омбудсмена, незалежного від установи [234].

У Саламанській декларації (1994 р.) передбачено принципи, політики щодо практичної діяльності в галузі освіти осіб з особливими освітніми потребами, які також стосуються осіб із психічними захворюваннями.

Уряди держав-членів закликають до ухвалення у формі закону або політичної декларації принципу інклюзивної освіти; створення децентралізованих і спільних механізмів планування, моніторингу та оцінювання освітніх послуг для дітей і дорослих з особливими освітніми потребами; заохочування участі батьків, громад та організацій осіб з інвалідністю у процесах планування й ухвалення рішень, що стосуються задоволення спеціальних потреб [235].

Мадридська декларація (1996 р.) про етичні стандарти психіатричної практики була ухвалена Генеральною асамблеєю ВПА і в преамбулі Декларації наголошено, що психіатри повинні керуватися насамперед повагою, турботою під час перебування пацієнта із психічними захворюваннями у медичному закладі [236].

Європейська соціальна хартія (1996 р.) визначила права осіб з інвалідністю на самостійність, соціальну інтеграцію та участь у житті суспільства. Із цією метою зобов'язуються:

1) вжити необхідних заходів для забезпечення особам з інвалідністю орієнтування, освіти та професійної підготовки;

2) сприяти їхньому доступові до роботи, яку вони вільно обирають, і заохочувати роботодавців приймати на роботу осіб з інвалідністю, забезпечувати їм звичайне виробниче середовище та пристосовувати умови праці до потреб осіб з інвалідністю;

3) сприяти їхній всебічній соціальній інтеграції й участі в житті суспільства та забезпечувати реалізацію права на справедливий винагорода тощо [237].

Пацієнт із психічними розладами під час будь-яких процедур має право вимагати присутність осіб, які захищають його права, будь-які заходи (приймання ліків, процедури, ізоляція, методи фіксації, електрошокова терапія), які проводили з пацієнтом, повинні бути зафіксовані в історії хвороби. Пацієнт має право використовувати телефон, читати газети, слухати радіо, дивитися телевізор за бажанням і будь-які його зауваження повинні бути записано в історію хвороби. У психіатричному закладі повинні бути умови для забезпечення перевірки/інспектування з достатньою регулярністю компетентними органами [238].

Існує поняття «AAAQ», вказане в Загальному Коментарі № 14 (2000 р.) Комітету з економічних соціальних і культурних прав, метою якого є допомога країнам у здійсненні «Права на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я (стаття 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права)». Цей документ передбачає права на здоров'я, охоплюючи спектр як соціально-економічних факторів, що створюють умови, які дають змогу людям вести здоровий спосіб життя, так і основних складників збереження здоров'я, таких як їжа та режим харчування, житлові умови, доступ до придатної для пиття води й адекватних санітарно-гігієнічних умов, безпечних і нешкідливих умов праці та сприятливе для здоров'я людини довкілля. Відповідно до пояснень Комітету право на охорону здоров'я включає взаємопов'язані принципи: наявність – існування медичних установ у достатній кількості; доступність фізична, економічна, інформаційна; відсутність дискримінації до будь-яких пацієнтів; прийнятність – медичні заклади повинні дотримуватись медичної етики; якість – медичні послуги повинні бути якісними і науково-обґрунтованими.

Для осіб із сільської місцевості доступність до надання психологічної медичної допомоги обмежена. Пацієнти із психічними розладами із сільської місцевості повинні витратити ресурси на проїзд, час на дорогу для отримання консультації, діагностики, члени їхніх сімей і піклувальники витрачають час для відвідування своїх хворих родичів, які довготривало та по декілька разів на рік перебувають на лікуванні в психоневрологічних стаціонарах. Недостатність фахівців у закладах охорони психічного/ментального здоров'я: в центрах первинної медико-санітарної допомоги (амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини), стаціонарних умовах (у психіатричних відділеннях лікарень загального профілю) впливає та якість медичної допомоги в усьому світі, а особливо в країнах із середнім і низьким рівнем доходу. Уряди країн світу з високим рівнем доходу витрачають великі ресурси на модернізацію системи охорони психічного/ментального здоров'я: телемедичні послуги за допомогою Internet мережі, інтернет-платформ, веб-додатків, додатків на смартфонах, планшетах, комп'ютерах/ноутбуках для пацієнтів із психічними розладами; «громадську/екологічну психіатрію», «проактивну інтегровану психологічну медицину/консультаційну психіатрію» («Proactive Integrated Consultation-Liaison Psychiatry (PICLP)» у Великобританії, консультаційну психіатрію у США (CL) в центрах первинної медико-санітарної допомоги (амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини), максимально наближених до місця проживання [239, 240].

ВООЗ (2003 р.) запропоновані та адаптовані модулі для впровадження у сфері збереження та зміцнення психічного/ментального здоров'я країн світу: законотворчість, фінансування, напрямки покращення психічного/ментального здоров'я населення, підготовка фахівців (mhGAP), інформаційно-освітня робота, наукові дослідження в галузі психічного/ментального здоров'я. Інтереси пацієнтів із психічними розладами в країнах світу з високим рівнем доходу захищають Національна служба охорони здоров'я, надавачі медичних послуг, громади чи організації, правозахисники, представники або асоціації сімей та осіб, представники різних конфесій [241, 242].

Найважливішим кроком Європейської Комісії стало прийняття Зеленої книги «Покращення психічного здоров'я населення – стратегія психічного здоров'я для Європейського Союзу» (2005 р.). Пріоритетом у резолюції Європарламенту є профілактика депресивних, тривожних станів, ПТСР, суїцидів серед молоді. Зелена книга визначає такі пріоритети: охорона психічного/ментального здоров'я пацієнтів із психічними розладами – покращення якості життя, освіти, захисту прав і гідності, працевлаштування, соціальної інклюзії [243]; зміцнення психічного/ментального здоров'я –

добробут людини, реалізація власного потенціалу, подолання звичайних життєвих стресів, продуктивна праця, можливість робити внесок у життя спільноти, що зазначено в спільній доповіді ВООЗ, Департаменту психічного/ментального здоров'я та токсикоманії у співпраці з Вікторіанським фондом зміцнення, збереження здоров'я і Мельбурнським університетом [244].

На Європейській конференції ВООЗ (2006 р.) на рівні міністрів охорони здоров'я розроблено європейський план дій з охорони психічного/ментального здоров'я, у якому визначено пріоритетні завдання для держав-членів:

- 1) збереження, зміцнення психічного/ментального здоров'я населення, профілактика психічних розладів, надання консультативних, діагностичних послуг, лікування та реабілітація осіб із психічними розладами і повернення їх до звичайного життя;

- 2) проведення спільних дій, спрямованих на зменшення стигматизації суспільства щодо пацієнтів із психічними розладами, зменшення дискримінації та нерівності, а також розширення прав і можливостей осіб із психічними розладами та членів їхніх сімей, надання їм підтримки з метою залучення їх до активної участі в цьому процесі;

- 3) розроблення та впровадження комплексних, інтегрованих моделей у систему охорони психічного/ментального здоров'я для покращення якості медичних послуг;

- 4) забезпечення задоволення потреб у кваліфікованому персоналі (лікарів-психологів, клінічних психологів, лікарів-психотерапевтів, психіатрів, медичних сестер в галузі охорони психічного здоров'я) [245, 246].

У програмі охорони психічного здоров'я ВООЗ (2007 р.) на X Конференції європейських національних координаторів була створена робоча група з членством України щодо розробки «Плану спільних дій для підвищення ефективності національних програм реформування систем охорони психічного/ментального здоров'я нових незалежних держав». На конференції європейських національних координаторів у Мерано (Італія, 2008), робочою групою ухвалена «Меранська декларація ВООЗ про психічне здоров'я в країнах, що утворилися після розпаду СРСР». У декларації передбачена експертна оцінка і рекомендації ВООЗ щодо подальшої стратегії та тактики покращення системи охорони психічного/ментального здоров'я у новостворених незалежних державах: Україні, Грузії, Азербайджані, Киргизстані, Узбекистані, Таджикистані, Туркменістані, Молдові та інших [247].

Головні напрямки урядів усіх країн у звіті ВООЗ (2008 р.) щодо «Первинної медичної допомоги зараз більше, ніж колись» спрямовані на реформу охорони психічного/ментального здоров'я на первинній ланці (центри

первинної медико-санітарної допомоги – амбулаторії загальної практики): універсальні реформи охоплення; реформи надання послуг; реформи державної політики, які забезпечували зміцнення, збереження здоров'я громади; реформи керівництва. При проведенні реформ для покращення психічного/ментального здоров'я Португалія і Бразилія враховували чинники, які впливали на якість надання медичної допомоги: командна робота з професійною мотивацією, внутрішня та зовнішня комунікація, посилення навчальної безперервної діяльності, інвестиції в засоби й обладнання, прихильність до інформаційної системи та комп'ютеризації, належна оплата за виконану працю, складання договорів про медичне обслуговування між організаціями, що здійснюють фінансування, та постачальниками, технічне та політичне керівництво, якість та акредитація об'єктів державним агентством [248].

У документі ВООЗ (2009 р.) «Удосконалення систем охорони здоров'я та послуг для психічного здоров'я» відображені основні інструменти проведення реформи у сфері охорони психічного/ментального здоров'я в контексті загального розвитку системи охорони здоров'я [249].

На 65 Всесвітній асамблеї охорони здоров'я (2012 р.) через збільшення психічних захворювань у світі було ухвалено резолюцію ВНА 65.4 щодо глобального тягаря психічних розладів, а також визначено потребу розроблення комплексного й координованого плану головних напрямків у сфері охорони психічного/ментального здоров'я, який базується на мультисекторальному підході. Головні напрямки цієї програми спрямовані на зміцнення психічного/ментального здоров'я, профілактику психіатричних захворювань, діагностику, лікування, реабілітацію, догляд і відновлення.

Головні напрями ВООЗ для досягнення глобальних цілей щодо психічного/ментального здоров'я описано в «Комплексному плані заходів у сфері психічного здоров'я на 2013-2030 рр.» щодо дій держав-членів, зокрема посилення ефективності керівництва та управління психічним/ментальним здоров'ям; надання комплексних, інтегрованих та соціальних послуг щодо психічного/ментального здоров'я в громадах; реалізація стратегії просування та профілактики психічного/ментального здоров'я; використання електронно-інформаційних систем.

Комплексний план заходів тісно пов'язаний з іншими глобальними планами заходів і стратегіями, схваленими Асамблеєю охорони здоров'я, у тому числі з такими документами, як *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol* (Глобальна стратегія зменшення рівнів зловживання алкоголем), *Global plan of action for workers' health 2008–2017* (Глобальний план заходів для захисту здоров'я працівників на 2008–2017 рр.), *Action plan for the global strategy for the*

prevention and control of noncommunicable diseases 2008–2013 (План заходів для реалізації глобальної стратегії профілактики й контролю неінфекційних захворювань на 2008–2013 рр.) та Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2030 (Глобальний план заходів для профілактики й контролю неінфекційних захворювань на 2013–2030 рр.) [250].

Інформація, доказові дані, дослідження у сфері охорони психічного/ментального здоров'я відображаються в «Атласі психічного здоров'я» ВООЗ щорічно щодо основних показників здоров'я. Результати проведених досліджень надають можливість розробляти політику й заходи, здійснювати моніторинг реалізації заходів, виявляти дисбаланс у сфері досліджень. Більшість досліджень в «Атласі психічного здоров'я» ВООЗ проводиться в країнах із високим рівнем доходу для підготовки стратегій реагування на потреби й пріоритетні виклики у сфері психічного/ментального здоров'я у країн із низьким і середнім рівнями доходу. Періодичні оцінювання в країнах із низьким і середнім рівнями доходу у сфері психічного/ментального здоров'я доволі примітивні чи відсутні і тому виникають труднощі з розумінням потреб населення, складанням відповідних планів, програм. Для виконання глобальних цілей, викладених у «Комплексному плані заходів у сфері психічного здоров'я на 2013-2030 рр.» ВООЗ важливим є розроблення й оновлення політики, планів, законодавчих нормативних документів, положень міжнародних інструментів у сфері психічного/ментального здоров'я; збільшення рівня охоплення послугами первинної медичної допомоги пацієнтам із психічними розладами і збільшення кількості нових закладів у сфері психічного/ментального здоров'я у два рази; розроблення щонайменше двох функціональних мультисекторальних програм зі зміцнення, збереження психічного/ментального здоров'я населення для зменшення щонайменше на третину рівня самогубств, для швидкого реагування в наданні послуг у сфері психічного/ментального здоров'я, психосоціальної підтримки в умовах надзвичайних ситуацій, катастроф, військових конфліктів; забезпечення рутинного збирання інформації щодо головних індикаторів у сфері психічного/ментального здоров'я та звітування один раз на два роки через національні медичні й соціальні інформаційні системи, збільшення у два рази кількості наукових, епідеміологічних досліджень у сфері психічного/ментального здоров'я у 80% країн світу до 2030 р. [250].

Глобальна фінансова криза у світі є яскравим прикладом макроекономічного фактора, що призводить до зменшення фінансування сфери психічного/ментального здоров'я, до підвищення показників поширеності психічних розладів і самогубств, появи нових вразливих груп населення

(безробітних, без місця проживання). За даними ВООЗ 177 держав-членів, у зв'язку з недостатнім фінансуванням системи охорони психічного/ментального здоров'я у світі покращення його не відбувається швидко, що позначається на здоров'ї населення країн із середнім і низьким рівнем доходу [251].

Особливу увагу звертають на стигматизацію й дискримінацію осіб із психічними розладами, що триває ще із давніх часів і викликає наявність соціальної небажаності, дискримінації суспільства до цих людей в більшості країн світу.

В останнє десятиліття ВООЗ відзначає зростання глобального тягаря психічних хвороб серед усіх захворювань, що є однією з основних причин інвалідності у світі і, як наслідок, великим тягарем на фінансово-економічну та соціальну політику будь-якої держави. Встановлено, що багато країн будь-якого економічного рівня стикаються з проблемою збереження й зміцнення психічного/ментального здоров'я, а особливо серед маргінальних та уразливих груп населення, зважаючи на масштаби матеріального і людського збитку, що наноситься суспільству, страждання рідних пацієнтів та їхню інвалідність. За даними епідеміологічних досліджень від 5 до 7% населення світу страждає на психічні захворювання [252-254].

ВООЗ за експертною оцінкою класифікує організацію служб охорони психічного/ментального здоров'я в різних країнах за такими категоріями:

1. Служба охорони психічного/ментального здоров'я первинної медико-санітарної ланки, до якої належать медичні послуги, які надають сімейні лікарі, медичні сестри, психологи, психіатри, невропатологи, соціальні працівники за місцем проживання пацієнта, що залишатиметься у своєму звичному оточенні. Також на базі первинної медико-санітарної ланки можуть працювати центри з надання психологічної допомоги населенню (медико-психологічна допомога) з початковими ознаками тривожного та депресивного реагування, предикторами емоційного вигорання.
2. Служба охорони психічного/ментального здоров'я в лікарнях загального профілю включає послуги, які надаються в районних або центральних лікарнях загального профілю, лікарнях при навчальних закладах у загальних палатах і відділеннях невідкладної психіатричної допомоги психіатрами, лікарями-психологами, клінічними психологами, лікарями-психотерапевтами, медичними сестрами, соціальними працівниками, фахівцями, які пройшли спеціальний курс підготовки.
3. Спеціалізовані інституційні психіатричні клініки, які надають послуги для пацієнтів з гострими психічними розладами у відділеннях суворого режиму, відділеннях судової психіатрії, а також для пацієнтів з важко

виліковними психічними захворюваннями при постійному контролі правозахисних організацій.

За даними «Атласу психічного здоров'я 2020» ВООЗ, середні річні державні витрати у 2019 р. на 1 особу на послуги у сфері психічного здоров'я у США склали 7,49 доларів США. У 2019 р. середні світові витрати на послуги у сфері психічного здоров'я на 1 особу населення становили менше 2 доларів США (у країнах із низьким рівнем доходу менше ніж 0,25 доларів США). До 67% цих коштів виділяють на психіатричні лікарні попри те, що в них часто пацієнти із психічними розладами незадоволені якістю надання лікування при порушенні прав пацієнта. Інформація про політику щодо психічного/ментального здоров'я, законодавство та фінансування, наявність та використання служб психічного/ментального здоров'я, людських ресурсів відображено в «Атласі психічного здоров'я 2020» ВООЗ [255].

Міжнародна організація праці визнала COVID-19 (ILO Standarts and COVID-19 (coronavirus) FAQ: key provision sofinter national labour standarts reltvant to the evolving COVID-19 out dreak, 2020, Version 1.2) новим професійним захворюванням, що виникло внаслідок виконання професійних обов'язків на робочому місці в ЗОЗ. Під час пандемії COVID-19 за даними ВООЗ до професійних ризиків включено: інфікування COVID-19 при виконанні професійних обов'язків; шкоду здоров'ю через тривале використання ЗІЗ, що може стати ризиком виникнення теплового стресу, шкірних розладів та виникнення алергічної реакції; вплив дезінфекційних засобів через надмірне їх використання згідно з протоколом; психофізіологічні чинники, які негативно впливають на нервово-емоційний стан з виникненням тривожних станів, депресій, суїцидальних думок/спроб; ПТСР; хронічну втому; дискримінацію; психічне та фізичне насильство [256, 257].

Важливим досягненням у сфері покращення охорони психічного здоров'я США, Італії, Іспанії, Польщі, Бельгії, Угорщини, Швеції, Франції, Великої Британії є ухвалення «Загальних законодавчих норм щодо охорони психічного здоров'я», які сприяли проведенню успішної реформи: реформування психіатричних стаціонарів, деінституціоналізації спеціалізованої допомоги, покращення рівня первинної медико-санітарної допомоги за місцем проживання, перехід на мультидисциплінарну модель надання медичної допомоги. Головними цілями цієї реформи є: збереження, зміцнення здоров'я пацієнтів із психічними захворюваннями, профілактика, соціалізація, забезпечення належного догляду, поваги до прав пацієнтів, дотримання конфіденційності, інформування про лікування пацієнтів, формування довіри між персоналом та пацієнтом.

Законодавство ЄС у сфері збереження психічного здоров'я орієнтовано на децентралізацію системи охорони психічного/ментального здоров'я; розвиток служб охорони психічного/ментального здоров'я за місцем проживання із соціальною інтеграцією пацієнтів (здобуття освіти, працевлаштування, забезпечення проживання) на рівні територіальної громади, нарощуванням потенціалу і компетентних кадрів з впровадженням системи акредитації та сертифікації фахівців у галузі психічного/ментального здоров'я (програма mhGAP); реструктуризацію державного фінансування спеціалізованих медичних послуг з охорони психічного/ментального здоров'я, що повністю відповідає Комплексному плану дій ВООЗ в галузі охорони психічного здоров'я. У законодавчих нормативних документах, програмах, планах європейських країн щодо лікування осіб із психічними розладами прописані головні напрямки: забезпечення психологічного комфорту в терапевтичному/цілющому середовищі з метою «відновлення здоров'я пацієнта», духовного одужання, інтеграції пацієнтів у суспільство. У цих документах також задекларовано проведення децентралізації системи охорони психічного/ментального здоров'я, розвиток служб охорони психічного/ментального здоров'я за місцем проживання з соціальною інтеграцією пацієнтів (здобуття освіти, забезпечення проживання, працевлаштування) на рівні територіальної громади, нарощування потенціалу і компетентних кадрів з впровадженням системи акредитації та сертифікації фахівців у галузі психічного здоров'я (програма mhGAP). Досвід країн ЄС необхідно імплементувати в службу охорони психічного/ментального здоров'я України [258].

Ухвалений Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо надання психіатричної допомоги» від 2017 р. № 2205-VIII, передбачає приведення норм чинного законодавства у відповідність до міжнародних норм та європейської практики [259]. Зазначеним законом передбачено створення умов для осіб із психічними розладами для розвитку реабілітаційних заходів (система соціальних послуг, спрямованих на опанування особою знань та навичок, необхідних для її незалежного проживання в соціальному середовищі та усвідомлення своїх можливостей й обмежень, соціальних ролей, розуміння прав та обов'язків, уміння здійснювати самообслуговування).

Відсутність Закону щодо надання психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню та недосконалість національного законодавства України – один з негативних факторів у наданні своєчасної, кваліфікованої медичної допомоги та профілактики психіатричних захворювань. Для пересічного громадянина України психологічна служба відсутня. Існують окремі галузеві

психологічні служби (освіта, ДСНС, збройні сили) для надання окремим групам населення психологічної допомоги. У кожному окремому законі, наказі цих інституцій прописані принципи надання психологічної допомоги для кожної окремої галузі, державної інституції: освіта, ДСНС, МВС, пенітенціарна система, медицина, соцслужба. Збільшення захворюваності населення України на психічні розлади зумовлює необхідність скоординувати в єдину ланку всі інституції психологічної допомоги у відповідному законопроекті, де було б передбачено надання психологічної допомоги всьому населенню України [260].

Постановами Уряду України «Деякі питання створення госпітальних округів» від 2009 р. № 1074, «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році» (№ 1440), передбачено організацію надання психологічної/психіатричної допомоги на рівні округів. При створенні госпітальних округів за вимогами постанови КМУ лікарі отримуватимуть автономізацію медичного закладу, фінансову мотивацію за інтенсивність і якість праці, мотивацію професійного вдосконалення, покращення укомплектованості робочих місць, розвиток новітніх технологій, покращення матеріально-технічної бази закладу. Водночас пацієнт отримає доступність і зручність інтегрованої медичної допомоги, чітке визначення відповідальності, можливість самостійно вибирати лікаря, кращі умови перебування в лікарні, доступність до реабілітаційного та відновного лікування, отримання державних пакетів – «більше здоров'я за ті самі гроші», «маршрут пацієнта». Однак питання щодо організації психолого/психіатричної допомоги на рівні округів та первинної ланки не розкрито [261, 262].

У 2020 році набув чинності Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо визначення територій та адміністративних центрів територіальних громад» від 16.04.2020 р. № 562-IX (із змінами) для формування оптимальної мережі закладів первинної ланки, забезпечення доступності та якості медичної допомоги на всіх рівнях, належного оснащення, забезпечення кваліфікованими мотивованими медичними кадрами, надійного фінансування із різних джерел згідно з Постановою КМ України «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році» від 27 грудня 2022 р. № 1464 [263, 264].

У Розпорядженні КМ України «Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року» від 27.12.2017 р. № 1018-р особливої уваги надано показникам захворюваності та смертності населення від психічних розладів. У зазначеному розпорядженні КМ України визначено основні аспекти проблем у сфері охорони психічного здоров'я в

Україні, а саме:

- «слабка обізнаність населення щодо психічного здоров'я у суспільстві, що призводить до несвоєчасного звернення за професійною медичною допомогою;
- недосконалість національного законодавства у сфері психічного здоров'я та порушення прав людей з проблемами психічного здоров'я;
- відсутність системи профілактики психічних розладів, що базується на фактичних даних та ефективній популяризації психічного здоров'я;
- відсутність автономізації ЗОЗ ПП у сфері охорони психічного здоров'я;
- незадовільна укомплектованість робочих місць психологами, психотерапевтами, соціальними працівниками та іншим персоналом, що залучений до надання допомоги у сфері психічного здоров'я;
- надмірна зосередженість допомоги у сфері психічного здоров'я на стаціонарних ЗОЗ ПП, що спричиняє дефіцит доступу до психологічної та психотерапевтичної допомоги на рівні територіальних громад та унеможлиблює профілактику психічних захворювань;
- обмежене використання сучасних технологій, методів та процедур оцінки у сфері психічного здоров'я та надання допомоги особам з проблемами психічного здоров'я під час надання первинної медичної допомоги;
- відсутність розвитку новітніх технологій, вкрай незадовільна, застаріла матеріально-технічна база ЗОЗ ПП» [265, 266].

Для розв'язання проблем у сфері охорони психічного/ментального здоров'я Уряд України орієнтувався на досягнення у зазначеній сфері сусідньої Європейської країни – Румунії.

Надання медичної допомоги щодо охорони психічного/ментального здоров'я у Румунії проводиться у психіатричних відділеннях загальних та психіатричних лікарень. Амбулаторне лікування пацієнтів із психічними розладами здійснюють у центрах психічного здоров'я та центрах денного догляду (денні стаціонари психіатричного профілю). У 2014 році психіатричну допомогу почали надавати у приватній практиці за контрактом з «Національною системою охорони здоров'я». Пізніше були додані психосоціальні послуги, що увійшли до пакета медичних послуг. Доступ до психіатричної допомоги найчастіше здійснюється через лікаря загальної практики – сімейного лікаря, який рекомендує у разі потреби звернутися до лікаря-психіатра, центру психічного здоров'я або психіатричної лікарні. Хоча лікар-психіатр, як правило, несе відповідальність за лікування людей з важкими психічними та інтелектуальними порушеннями, лікар загальної практики – сімейний лікар

також залучений до допомоги особам з розладами психіки та поведінки. Надання медичної допомоги здійснюється комплексно: сімейні лікарі, психологи, психотерапевти, соціальні працівники та ін. Існує система формування й підтримки професійних компетентностей серед фахівців інших суміжних професій у сфері психічного здоров'я.

Кабінетом Міністрів України пропонуються такі шляхи та способи розв'язання проблеми щодо охорони психічного/ментального здоров'я населення:

- поліпшення доступності якісної, вчасної, кваліфікованої медичної допомоги шляхом децентралізації та розвитку позастанціонарних форм надання психологічної/психіатричної допомоги, створення системи кризового консультування; поліпшення надання допомоги щодо психічного здоров'я на рівні первинної медичної допомоги (в амбулаторіях загальної практики); реорганізація процесу надання психіатричної допомоги в закладах охорони здоров'я на рівні вторинної та третинної медичної допомоги; впровадження чіткого механізму перенаправлення між наявними службами (міжсекторальний взаємозв'язок), розвитку мультидисциплінарних команд та міжгалузевої співпраці;

- розвиток системи психологічної та соціальної допомоги на рівні територіальних громад через підготовку фахівців за міжнародними стандартами (mhGAP); створення умов для надання в територіальній громаді психосоціальної допомоги (розвиток соціально-емоційних життєвих навичок, створення безпечних і гідних умов праці) та реабілітації на всіх етапах життя;

- посилення диференційованості ЗОЗ ПП у сфері охорони психічного здоров'я дітей та підлітків, військовослужбовців, внутрішньо переміщених осіб та інших;

- підвищення ефективності адміністрування, міжвідомчої координації та міжсекторальної співпраці у сфері охорони психічного здоров'я шляхом перенаправлення осіб, які потребують соціальної, психологічної або психіатричної допомоги;

- забезпечення ефективної комунікації фахівців з надання послуг з охорони психічного здоров'я за допомогою створення єдиної електронної системи інформаційного забезпечення у сфері охорони психічного здоров'я, інтегрованої з іншими системами адміністрування потреб населення;

- проведення деінституціалізації – скорочення ліжко-місць в спеціалізованих психіатричних лікарнях на 25% та збільшення кількості ліжко-місць психіатричних відділень в лікарнях загального профілю та в денних стаціонарах.

В Україні за прийнятою «Концепцією державної цільової програми на період до 2030 року», Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо надання психіатричної допомоги» передбачено лише декларативні програми соціалізації пацієнтів з психоневрологічною патологією (працевлаштування, проживання), перехід на мультидисциплінарну форму в наданні реабілітаційних послуг (сімейний лікар, психіатр, лікар психолог, психотерапевт, медична сестра, соціальний працівник) та інші – не реалізовано в жодних підзаконних актах, та не забезпечено державним фінансуванням.

Цією Концепцією не передбачені заходи щодо вимог будівництва/реконструкції нових, альтернативних ЗОЗ ПП з урахуванням європейського досвіду впровадження архітектурно-планувальних рішень цих типів закладів [267].

2.2. Деінституціалізація системи охорони психічного здоров'я населення: реалії, трансформація, перспективи

Реформування у сфері психічного/ментального здоров'я у світовій практиці передбачало проведення деінституціалізації. Деінституціалізація – це нова альтернативна модель надання мультисекторальної психологічної, психіатричної допомоги з людиноорієнтованим підходом, який спрямований на відновлення здоров'я на рівні громад, що сприяє зменшенню поширеності захворювання, терміну перебування, створенню комфортних умов перебування в нових закладах, покращенню санітарно-гігієнічних умов, зменшенню застосування ізолювальних методів надання медичної допомоги особам із психічними розладами, зменшенню явища стигматизації й дискримінації.

Головним напрямком у проведенні деінституціалізації системи охорони психічного/ментального здоров'я в країнах світу було проєктування/реконструкція будівель чинних психіатричних лікарень, будівництво нових закладів для надання психологічної допомоги. Особливу увагу зосереджено на їхньому навколишньому та внутрішньому середовищу як для пацієнтів, так і для медичних працівників.

Екопсихосоціальна середовищна психіатрія в країнах ЄС була створена під час деінституціалізації системи охорони психічного/ментального здоров'я для збереження, зміцнення громадського здоров'я (ГЗ) населення шляхом надання медичної допомоги на різних рівнях, але спочатку – на первинному рівні у центрах медико-санітарної допомоги (амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини), на вторинному та третинному рівнях у стаціонарних умовах

(у психіатричних відділеннях лікарень загального профілю) психіатрами, невропатологами, клінічними психологами.

Значний досвід у реформі психічного/ментального здоров'я країни ЄС перейняли у США, Англії, Швеції, Бельгії щодо так званої середовищної психіатрії, яка 90% пацієнтів повертає до самостійного життя.

Деінституціалізація – це перенесені місця надання психіатричної допомоги зі спеціалізованих психіатричних лікарень тривалого перебування до неспеціалізованих закладів охорони здоров'я та поступове переспрямування фінансових і кадрових ресурсів для надання психологічної допомоги на рівні громад. У результаті було зменшено кількість спеціалізованих психіатричних закладів тривалого догляду, диспансерів та збільшено фінансування на створення нових центрів психічного здоров'я, центрів первинної медико-санітарної допомоги (амбулаторій загальної практики), стаціонарних умов (денні стаціонари, відділення для надання амбулаторних і стаціонарних послуг у лікарнях загального профілю), як це передбачено у «Комплексному плані заходів у сфері психічного здоров'я на 2013-2030 рр.» ВООЗ [250].

Для розширення міждисциплінарних послуг у сфері охорони психічного здоров'я на рівні громади для осіб на всіх етапах їхнього життя одним з альтернативних методів є надання виїзних послуг, послуг із догляду й допомоги вдома для пацієнтів із хронічними формами захворювання на психічні розлади. Міждисциплінарні послуги надання допомоги на рівні громад можуть надавати і неурядові чи релігійні організації, групи самопомоги, підтримки для сімей, діяльність яких підлягає моніторингу з боку урядових агентств.

Комфортні умови перебування осіб із психічними розладами, а також медичного персоналу повинно вирішуватись мультидисциплінарною комісією: архітекторами, гігієністами, медичними працівниками, місцевими самоурядовцями. Прагнення до деінституціалізації, що поєднує елементи ідеалізму та прагматизму, спрямоване на покращення добробуту пацієнтів із психічними розладами, оскільки велика кількість їх перебувала в державних лікарнях та була за межею бідності.

Служби охорони психічного/ментального здоров'я можуть бути як державними, так і приватними в різних країнах світу. До державних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання можуть належати мобільні мультидисциплінарні кризові бригади, які тісно співпрацюють з медичними установами первинної медико-санітарної ланки, зі спеціалістами районних або центральних лікарень загального профілю, відділеннями невідкладної психіатричної допомоги. До приватних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання можуть належати приватні будинки для пацієнтів із

психічними розладами, фахівці нетрадиційної медицини тощо.

Кожна країна пройшла свій шлях у реформуванні охорони психічного/ментального здоров'я з метою покращення, зміцнення громадського здоров'я в цілому шляхом усунення обмежень систем ОЗ з центральним керуванням для охоплення всіх міських та сільських громад у країнах незалежно від рівня економічного доходу [268, 269].

У країнах з низьким рівнем доходу особи, які мешкають в сільській місцевості, зустрічаються з проблемами своєчасного звернення, отримання кваліфікованої/спеціалізованої медичної допомоги. Програми і проекти, розроблені ВООЗ для країн з низьким або середнім рівнем доходу для покращення психічного/ментального здоров'я, спрямовані на розвиток, оснащення, обладнання інтернетом, електронними програмними продуктами для проведення проактивних і телемедичних консультацій, покращення санітарно-гігієнічних умов первинної медико-санітарної допомоги на національному рівні для більш доступного універсального охоплення населення якісними медичними послугами [270, 271].

Отже, реформа надання психіатричної допомоги передбачає вдосконалення законодавства і впровадження сучасних управлінських та економічних концепцій, які включають безперервну модель надання психіатричної допомоги на різних рівнях охорони психічного здоров'я.

Реформа охорони здоров'я Бразилії «Закон про психіатричну допомогу» (від 2001 р. № 10216) базується на таких головних принципах: адміністративні, організаційної моделі та моделі надання медичної допомоги шляхом покращення санітарно-гігієнічних умов для пацієнтів із психічними розладами, зміцнення та оновлення матеріально-технічної бази ЗОЗ ПП, електронного медичного контролю за зверненнями та своєчасним наданням консультацій, лікування, покращення задоволеності пацієнтів у наданні медичної допомоги [272].

У країнах Східної Європи: Болгарії, Чехії, Угорщині, Молдові, Румунії, Словаччині, процес деінституціалізації почався у 1990-2000 рр. шляхом значного скорочення кількості ліжок-місць у психіатричних лікарнях, які були збудовані раніше [273].

Закон у Республіці Польщі «З охорони психічного здоров'я» («Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego») був прийнятий у 1994 році [274, 275], у ньому надано визначення терміну «психічне здоров'я» – це основне особисте благо людини, а захист прав осіб із психічними розладами є обов'язком держави». За період 2017-2023 рр. у Республіці Польщі діяла Національна програма захисту психічного/ментального здоров'я, орієнтована на державну підтримку чинних 54 психіатричних відділень у лікарнях загального профілю, які були побудовані

більше 100 років тому, для проведення реконструкції та капітальних ремонтів з метою покращення матеріально-технічної бази, забезпечення сучасних нормативних санітарно-гігієнічних умов. У Польщі за останні роки побудовано та введено в експлуатацію 100 загальних лікарень з психіатричними відділеннями, 200 денних відділень, 27 центрів психічного здоров'я для пацієнтів, яким необхідна психолого/психіатрична допомога. За сприяння Європейського Союзу у Польщі з Європейського соціального фонду в галузі психічного/ментального здоров'я здійснюється підтримка багатьох проєктів, наприклад «Повернення до громади», будівництво нових сучасних закладів охорони психічного/ментального здоров'я і реконструкція старих закладів [276, 277].

У 2010 р. федеральним урядом Бельгії прийнята «Реформа 107» щодо надання медичної психолого/психіатричної допомоги на рівні територіальної громади. Реформа надала можливість розв'язання низки питань: організація надання медичної психолого/психіатричної допомоги на базі територіальної громади з метою раннього виявлення психічних розладів (бригади домашнього лікування – патронат); запровадження диференціації різних типів ЗОЗ ПП через зменшення кількості психіатричних лікарень та створення нових ЗОЗ ПП (заклади щодо тривалого догляду за пацієнтами із психічними розладами із хронічним перебігом); розширення переліку постачальників медичних послуг; покращення соціальної реабілітації пацієнтів із психічними розладами (реабілітація та соціальна допомога). Також в Бельгії передбачена тісна співпраця між всіма рівнями надання медичної психолого/психіатричної допомоги шляхом розвитку електронної інформаційної мережі, яка об'єднує міждисциплінарні і кризові групи, до складу яких входять працівники первинної медичної служби охорони психічного здоров'я, лікарі загальної практики, спеціалісти громадських центрів, агентств із працевлаштування, соціальних служб тощо. Завдяки зазначеній реформі поступово збільшувалась кількість мультидисциплінарних кризових груп (первинний та вторинний рівень медичної психолого/психіатричної допомоги) у кожному бельгійському регіоні.

Кінцевою метою «Реформи 107» є розв'язання проблеми збереження психічного здоров'я населення Бельгії, забезпечення лікування пацієнтів із психічними розладами в домашніх умовах або в лікарнях, в інтернатах залежно від ступеня хвороби, соціальної реабілітації/оздоровлення, працевлаштування та повернення їх в суспільство [278].

Реформа психічного/ментального здоров'я у Грузії почалась з прийняттям «Національної стратегії та плану дій на 2015-2020 рр.», яка започаткувала надання медичної психолого/психіатричної допомоги на рівні амбулаторних і

мобільних служб, команд/бригад в громаді та допомоги при кризових станах. Позитивна динаміка в Грузії відзначається завдяки зазначеному національному плану дій щодо збільшення ЗОЗ ПП на рівні первинної ланки охорони психічного/ментального здоров'я стосовно вторинного та третинного рівнів надання медичної психолого/психіатричної допомоги зі співвідношенням 42/58% (служби в громаді /інституційні служби) [279-281].

Зазначена нова модель надання медичної психолого/психіатричної допомоги з акцентом на рівні первинної ланки за принципом «рівний-рівному», яка впроваджена в більшості країн ЄС, є класичною моделлю фундаментальної профілактичної медицини психічного здоров'я населення в класичному розумінні.

В Україні прийнятий Закон «Про психіатричну допомогу» (2000 р.), що передбачає доступність лікування для всіх верст населення та постійний моніторинг щодо якості надання медико-соціально-психологічної допомоги на рівні стаціонару висококваліфікованими досвідченими фахівцями-психіатрами. У статті 1 цього Закону визначення «психіатрична допомога» розкриває лише медичний аспект цієї проблеми, а саме: «психіатрична допомога – це надання комплексу спеціальних заходів, спрямованих на обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими Законами України, профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медичну та психологічну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади». Проте у зазначеному Законі положення «Про правові та організаційні засади забезпечення громадян психіатричною допомогою, виходячи із пріоритету прав і свобод людини і громадянина, обов'язки органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з організації надання психіатричної допомоги та правового і соціального захисту, навчання осіб, які страждають на психічні розлади, здійснення соціального захисту та навчання пацієнтів, які страждають на психічні розлади» сьогодні не реалізовані на місцевому рівні жодним підзаконним актом. У цьому Законі відсутні дані щодо реабілітації, ресоціалізації, міжсекторальної та біопсихосоціальної моделі надання медичної психолого/психіатричної допомоги, немає даних щодо омбудсмена в закладі, співпраці з іншими фахівцями (лікарями-психологами, клінічними психологами). За європейськими принципами головними напрямками у наданні медичної допомоги у сфері ментального/психічного здоров'я є «наближення до пацієнта», «пацієнт завжди в центрі» з використанням сучасних методів діагностики, лікування, реабілітації, адаптації і впровадження стандартів надання психологічної та соціальної допомоги, децентралізація і розвиток позастаніонарних форм надання допомоги, створення системи

кризового, телемедичного, проактивного консультування на зразок європейських країн, впровадження механізму перенаправлення між наявними службами за допомогою єдиної електронної системи інформаційного забезпечення та адміністрування послуг у сфері ментального/психічного здоров'я, розвитку мультидисциплінарної моделі та мізгалузевої співпраці [282, 283].

Нова модель надання медичної психолого/психіатричної допомоги з акцентом на рівень первинної ланки (в центрах первинної медико-санітарної допомоги), позастаціонарні заклади з наданням допомоги на рівні громади, системи кризового, телемедичного, проактивного консультування, вторинної ланки (денні стаціонари, відділення психіатрії в лікарнях загального типу), яка впроваджена в більшості країн ЄС, за аналогією досвіду США, є класичною моделлю фундаментальної профілактичної медицини психічного/ментального здоров'я населення в класичному розумінні, яку ми пропонуємо імплементувати в систему охорони здоров'я України та відобразили у нормативних документах [284].

Висновки до розділу 2

У сфері психічного/ментального здоров'я нормативно-правове забезпечення в країнах світу передбачене міжнародними, внутрішньодержавними програмами, національними законами, законодавчими нормами, міжнародними й регіональними стандартами, у яких закладено гарантії на якісну, кваліфіковану, вчасну медичну допомогу при виникненні захворювання, особливо пацієнтам із психічними розладами, шляхом надання мультидисциплінарних послуг (послуг фізичної терапії, ерготерапії, отриманні освіти та допомоги в ранньому розвитку дитини, забезпеченні житлом, нутритивної підтримки).

Глобальні цілі ВООЗ, запропоновані для держав-членів, міжнародних, національних партнерів, Секретаріату у «Комплексному плані заходів у сфері психічного здоров'я на 2013-2030 рр.», передбачають до 2030 р. у 80% країн світу розроблення й оновлення політики, планів, законодавчих нормативних документів, положень міжнародних інструментів у сфері психічного/ментального здоров'я; збільшення рівня охоплення послугами первинної медичної допомоги пацієнтам із психічними розладами і збільшення кількості нових закладів у сфері психічного/ментального здоров'я у два рази; розроблення щонайменше двох функціональних мультисекторальних програм зі зміцнення, збереження психічного/ментального здоров'я населення для

зменшення щонайменше на третину рівня самогубств та для швидкого реагування в наданні послуг у сфері психічного/ментального здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайних ситуацій, катастроф, військових конфліктів; забезпечення рутинного збирання інформації щодо головних індикаторів у сфері психічного/ментального здоров'я та звітування один раз на два роки через національні медичні й соціальні інформаційні системи, збільшення у два рази кількості наукових, епідеміологічних досліджень з питань психічного/ментального здоров'я у зв'язку із зростанням глобального тягаря психічних захворювань серед усіх захворювань у всьому світі.

Відсутність Закону щодо надання психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню та недосконалість національного законодавства України – один з негативних факторів у наданні своєчасної, кваліфікованої медичної допомоги та профілактики психіатричних захворювань, відсутній також людиноорієнтований підхід до пацієнта на всіх етапах його життя, як в країнах ЄС.

РОЗДІЛ 3

ФАКТОРИ ТА СОЦІАЛЬНИЙ КОНТЕКСТ ФОРМУВАННЯ УМОВ ПРАЦІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ТА ПЕРЕБУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ У СУЧАСНИХ ПСИХІАТРИЧНИХ ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Порівняльна оцінка санітарно-гігієнічного стану та умов функціонування чинних ЗОЗ ПП України за результатами авторської Програми та ретроспективними статистичними даними

Порівняльна оцінка санітарно-гігієнічного стану та умов функціонування чинних ЗОЗ ПП України здійснювалася за авторською програмою та ретроспективними статистичними даними. Програма оцінки санітарно-гігієнічного стану та умов функціонування чинних ЗОЗ ПП України (далі – Програма) складалась із 6 блоків і заповнювалась керівниками ЗОЗ ПП України. Вивчено 125 гігієнічних архітектурно-планувальних показників санітарно-гігієнічного стану та умов функціонування чинних ЗОЗ ПП України.

У першому блоці Програми питання стосувались паспортних даних ЗОЗ ПП: адреса; тип забудови ЗОЗ ПП (типовий проект, розміщення у пристосованих умовах (колишні казарми для військових, царські конюшні, релігійні культові будівлі, архітектурна пам'ятка); кількість відділень; проектна потужність об'єкта (місткість, пропускна спроможність); рік введення в експлуатацію, кількість медичних приміщень денного стаціонару, кількість корпусів, поверховість корпусів, тип побудови корпусів (павільйонний, блочний, централізований, комбінований). На основі аналізу зазначеної інформації визначали гігієнічні параметри будівель ЗОЗ ПП, взаєморозміщення лікувальних корпусів та допоміжних підрозділів на земельній ділянці.

Питання другого блоку Програми «Санітарно-гігієнічна оцінка гігієнічних показників при розміщенні психіатричної лікарні» стосувалися таких аспектів: характеристики земельної ділянки: радіус обслуговування ЗОЗ ПП (м), віддаленість від прилеглих промислових підприємств, автомагістралей, магістральних вулиць, гаражів, автостоянок (наземних, підземних паркінгів), АЗС, СТО, житлової забудови за наявною містобудівною ситуацією (дотримання санітарно-захисних зон (м), загальна площа території; наявність огороження території ЗОЗ ПП, тип паркану, наявність зелених насаджень; наявність твердого покриття доріжок; наявність функціонального зонування території (лікувальна, трудотерапії, фізкультурні зони, зона відпочинку (майданчик для рухливих ігор, для тихого відпочинку, спортивно-ігрова зона), зона прогулянкових двориків для кожного відділення; господарська зона; наявність зовнішнього освітлення території.

У третьому блоці Програми питання такі: санітарно-епідеміологічна оцінка умов внутрішньолікарняного середовища ЗОЗ ПП – набір приміщень стаціонарного відділення (палати, фізіотерапевтичні кабінети, приміщення для трудотерапії, для перегляду телебачення, обідній зал); питома площа палати на одного пацієнта; забезпеченість меблями та обладнанням палат (ліжка, письмові столи, світильники, стільці, тумбочки, шафи для особистих речей); забезпеченість палат м'яким інвентарем (рушники, постільна білизна), наявність загальної сигналізації у відділенні і в палатах; наявність тривожної кнопки у санітарно-гігієнічних приміщеннях.

Четвертий блок Програми передбачав питання щодо характеристики водопостачання, каналізування, тепlopостачання, освітлення, вентиляції та санітарно-технічного стану обладнання приміщень будівель ЗОЗ ПП (медичних приміщень, їдалень, душових, обідніх залів).

П'ятий блок питань Програми стосувався умов організації фізкультурно-оздоровчих занять на території ЗОЗ ПП (в тому числі прогулянки на свіжому повітрі) та у відділеннях (концерти, релігійні заходи/обряди), денного сну.

Шостий блок питань Програми передбачав вивчення ставлення керівників ЗОЗ ПП до питань реформування у сфері охорони психічного/ментального здоров'я населення України: перспективи розвитку, реформування системи охорони психічного/ментального здоров'я населення України.

До початку повномасштабної війни в Україні функціонували 55 ЗОЗ ПП, із них 28,6% побудовані у XVIII-XIX столітті (з 1786 до 1945 рр.), 28,6% після Другої світової війни (1945-1991 рр.), 42,8% у часи незалежності України (1991-2013 рр.). Усі будівлі ЗОЗ ПП України випадків були побудовані за «коридорним» типом у 100% із розміщенням санітарно-гігієнічних приміщень у кінці коридору на віддаленні до 25 м від пацієнтів.

За результатами досліджень встановлено, що 50% ЗОЗ ПП розміщені в корпусах змішаного типу, тобто центральний корпус із добудовою павільйонного типу, 25% – павільйонного типу (окремі корпуси) та по 12,5% мали централізовану систему (все в одному корпусі) і блочну систему.

За поверховістю ЗОЗ ПП розподілено так: двоповерхові будівлі складала 50%; триповерхові – 37,5%; п'ятиповерхові – 12,5%.

Радіус обслуговування ЗОЗ ПП за наявною містобудівною ситуацією становив 1000 м у 58,3% випадків, 500 м у 25,0%, 300 м у 16,7%. Земельні ділянки ЗОЗ ПП, за наявною містобудівною ситуацією, розміщенні стосовно прилеглих промислових підприємств та автомагістралей на відстані 1000 м у 66,7%, 300 м у 33,3% випадків. Відповідно всі досліджені ЗОЗ ПП знаходяться за межами санітарно-захисних зон промислових підприємств та автомагістралей.

Транспортна розв'язка у 66,6% ЗОЗ ПП є зручною, і лише у 33,3% – була занадто віддалена від території закладу.

Забезпеченість огороженням по всьому периметру території мають 87,5% ЗОЗ ПП, у 12,5% випадків – територія частково відмежована від інших об'єктів. Водночас висота огорожі досягає до 1,5 м – у 12,5% ЗОЗ ПП, до 2 м – у 50%, понад 3 м – у 37,5%. У 37,5 % ЗОЗ ПП паркан є бетонним, у 37,5% – комбінованим (бетонний і сітчастий), у 12,5% – сітчастим, у 12,5% – лише озеленим (кущі).

На території ЗОЗ ПП виконано тверде покриття в'їздів/виїздів, пішохідних доріжок у 83,4%, у решти закладів (16,6%) тверде покриття відсутнє. Зовнішнім освітленням територія ЗОЗ ПП забезпечена у 75% випадків, у 8,3% – частково і у 16,7% – повністю відсутнє. Відстань від палатних корпусів ЗОЗ ПП до найближчих високорослих дерев з широкою кроною у 8,3% випадків складає до 7 м, у 41,7% – 5 м і в 50,0% – 3 м.

Майданчики для зустрічей пацієнтів ЗОЗ ПП з родичами та прогулянкові дворики для кожного відділення облаштовані у 83,4% випадків, фізкультурна зона облаштована у половини ЗОЗ ПП, зона трудотерапії облаштована лише у 25% випадків.

Українським нездовільним є те, що у 58,3% ЗОЗ ПП на земельній ділянці відсутня зона трудотерапії, що є необхідною для покращення лікувального процесу та соціалізації пацієнта із психічними розладами. Така ж ситуація спостерігалася і з фізкультурною зоною, а саме – у 41,7% ЗОЗ ПП вона взагалі відсутня. Саме прогулянки на свіжому повітрі та рухова активність пацієнтів із психічними розладами, які довготривало знаходяться на стаціонарному лікуванні, покращують якість їхнього життя (табл. 3.1).

Таблиця 3.1. Функціональне зонування земельної ділянки ЗОЗ ПП України, %

Функціональні зони	Наявні та облаштовані зони	Частково облаштовані зони	Відсутні зони
Зона трудотерапії	25	16,7	58,3
Фізкультурна зона	50	8,3	41,7
Зона відпочинку	83,1	0	16,9
Майданчик для зустрічей пацієнтів лікарні з родичами	83,4	8,3	8,3
Прогулянкові дворики для кожного відділення	83,4	8,3	8,3
Господарська зона	100	0	0

За гігієнічною оцінкою до складу зони відпочинку належать такі майданчики (табл. 3.2).

Спортивно-ігрова зона (стадіон) відсутня на території ЗОЗ ПП у 66,7% випадків. Майданчики для рухливих ігор та майданчики для тихого відпочинку пацієнтів відсутні у 58,4% ЗОЗ ПП.

Таблиця 3.2. Основні майданчики зони відпочинку для пацієнтів із психічними розладами на території ЗОЗ ПП, %

Різновид майданчиків	Облаштовані	Відсутні
Майданчик для рухливих ігор для пацієнтів	41,6	58,4
Майданчик для тихого відпочинку	41,6	58,4
Спортивно-ігрова зона (стадіони)	33,3	66,7

Забезпеченість спортивним обладнанням та спортивним реманентом (тенісні столи, волейбольні сітки) – лише у 25% випадків чинні майданчики для рухових ігор. У 25% ЗОЗ ПП обладнані майданчики для тихого відпочинку (шахи, доміно). Фізкультурно-оздоровчі заходи у 87,5% не проводяться через відсутність обладнання спортивно-ігрової зони. Навіть при обладнанні цих майданчиків у ЗОЗ ПП незадовільний стан мають 58,4% зазначених вище майданчиків [285-288].

Місткість палат відділень становить від 4 до 10 ліжок, на противагу вимогам ЄС, коли за «Architecture for psychiatric environment sand the rareptic spaces» передбачається перебування пацієнта із психічними розладами в одно- двомісній палаті [137-141, 288].

Простір між ліжками у палатах ЗОЗ ПП складає менш як 1 м у 75% (за норми не менше 1 м), це порушенням прав осіб із проблемами психічного здоров'я на особистісний простір, про що свідчать результати перевірок представників Української Гельсінської спілки з прав людини (рис. 3.1) [288].



Рисунок 3.1. Вигляд палати № 3 чоловічого відділення із звичайним режимом (Миколаївська обласна психіатрична лікарня № 1) [288].

Вікна палат мають сонцезахисні пристрої у вигляді штор у 66,7% випадків і у 8,3% обладнані жалюзі. У більшості ЗОЗ ПП (75%) вікна спальних кімнат мають ґрати, на протипагу вимогам ЄС, коли ґрати відсутні з метою профілактики стигматизації. Украй незадовільним є забезпеченість пацієнтів із психічними розладами твердим інвентарем (меблями), а саме: власний письмовий стіл є у 8,3% пацієнтів ЗОЗ ПП, власні стільці – у 58,4%, власні тумбочки – у 50,0%, шафи для зберігання особистого одягу – у 25% пацієнтів (табл. 3.3).

Щодо швидкого реагування з боку медичного персоналу для допомоги пацієнту із психічними розладами на випадок виникнення у нього кризового стану в умовах стаціонару встановлено, що сигналізація відсутня в 70,7% випадків у спальних палатах та у 91,6% санітарно-гігієнічних приміщень.

Таблиця 3.3. Забезпеченість закладів меблями, постільною білизною, сигналізацією, %

Інвентар	Забезпечені	Частково забезпечені	Не забезпечені
Письмовий стіл для пацієнта	8,3	16,7	75
Стілець для пацієнта	58,4	33,3	8,3
Тумбочка для речей пацієнта	50	33,3	16,7
Шафа для особистих речей пацієнта	25	25	50
Штори на вікнах палати	50	16,7	33,3
Постільна білизна	100	0	0
Рушники для пацієнта	83,3	16,7	0
Сигналізація у відділенні	33,3	41,6	25,4
Сигналізація в палатах	21	8,3	70,7
Сигналізація в санітарно-гігієнічних приміщеннях	8,3	0	91,6

Палати відділень ЗОЗ ПП у 100% не мають універсальних санітарно-гігієнічних приміщень із зоною для душу, як це передбачено вимогами ЄС [289].

Санітарні вузли відділень знаходяться у кінці коридору, що збільшує відстань від палат і призводить до перенапруження фізіологічних процесів пацієнта. Незадовільний стан санітарного вузла Миколаївської обласної психіатричної лікарні № 1 (рис. 3.2) встановлено при проведенні моніторингу за ініціативою Української Гельсінської спілки прав людини, громадських

організацій та за підтримки МОЗ України (2015 р.). Проведено моніторинг правових, санітарно-гігієнічних та санітарно-побутових умов трьох обласних психоневрологічних лікарень Миколаївської, Полтавської та Херсонської областей [404]. Висновки, які були оприлюднені щодо трьох закладів: порушено виконання Принципів захисту пацієнтів із психічними розладами та відсутнє поліпшення психіатричної допомоги згідно з резолюцією, прийнятою Генеральною Асамблеєю ООН 46/119 (1991 р.); порушено дотримання Закону України «Про психіатричну допомогу» у питанні примусової госпіталізації; відсутні типові Положення про стаціонарний психіатричний заклад, що ставить у залежність дотримання прав людини безпосередньо від внутрішніх документів та персоналу лікарень, що не відповідає міжнародним стандартам; необізнаність персоналу лікарень щодо міжнародних стандартів дотримання прав людей; домінування та приниження пацієнтів медичним персоналом при спілкуванні; відсутність інформування пацієнтів із психічними розладами щодо несприятливих наслідків призначених ліків, альтернативного лікування; неякісне та недостатнє харчування пацієнтів, суворий режим прийому їжі (за графіком); недотримання в цих закладах приватності для пацієнтів; невідповідні умови перебування пацієнтів у стаціонарі за площею на одного пацієнта (норма – 6 м²), недостатня кількість меблів для особистих речей; обмеження пацієнтів із психічними розладами у здійсненні гігієнічних процедур (санітарно-гігієнічні приміщення під замком), що створює залежність від медичного персоналу; обмежено час для перегляду телевізора, використання телефону; віддаленість душових та санвузлів від палат на відстань 48 м; відсутні можливості отримання пацієнтами із психічними розладами в стаціонарі душпастирської допомоги; відсутні умови для трудотерапії.

За результатами наших досліджень санітарні вузли у 50% ЗОЗ ПП відкриті, у 50% встановлено перегородки. Кабіни особистої гігієни для жінок обладнані у 41,7% випадків.



Рисунок 3.2. Вигляд туалетної кімнати змішаного відділення № 9 (Миколаївська обласна психіатрична лікарня № 1) [288].

За результатами гігієнічної оцінки встановлено, що для фізичного виховання у 16,6% випадків у ЗОЗ ПП обладнані окремі кімнати, у 50% випадків частково обладнані куточки, у решти ЗОЗ ПП (33,4 %) такі приміщення взагалі відсутні.

Трудотерапію проводять у 25% ЗОЗ ПП, де обладнані спеціальні майстерні і пацієнти набувають професійних навичок, у 16,7% випадків майстерні обладнано частково, що негативно відображається на процесі соціалізації таких пацієнтів. До прикладу, на рисунку 3.3 надано вигляд приміщення майстерні-кухні у ЗОЗ ПП Республіки Польщі для формування навичок самообслуговування у пацієнтів із психічними розладами.



Рисунок 3.3. Вигляд приміщення майстерні-кухні у психоневрологічній лікарні Юзефа Бабінського (м. Краків, Республіка Польща) для формування навичок самообслуговування у пацієнтів із психічними розладами [288].

За даними досліджень встановлено, що у 66,7% випадків у ЗОЗ ПП фізіотерапевтичні кабінети облаштовані та надаються фізіотерапевтичні послуги. Зазначені фізіотерапевтичні кабінети обладнані старими приладами: апарат для місцевої дарсонвалізації «Іскра-1», гальванізатор «Поток-1», опромінювач ОРК-21, УЗД, апарат низькочастотної електротерапії «Радіус-01», апарат для магнітотерапії «Алмаз-014», лампа солюкс стаціонарна, апарат фізіотерапії ГИНТ-11, апарат для УВЧ-терапії, опромінювач УФО-УГН-1, які потребують осучаснення.

За результатами обстеження інженерно-технічного стану приміщень ЗОЗ ПП у 100% забезпечені холодною проточною водою від централізованих мереж населеного пункту. Лабораторні дослідження якості води показали, що вона постачається на господарські та питні потреби у досліджених ЗОЗ ПП та відповідає вимогам ДСанПіН 2.2.4-171-10 «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною» [290].

Забезпеченість холодною проточною водою приміщень різного призначення ЗОЗ ПП подана у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4. Забезпеченість холодною проточною водою приміщень різного призначення ЗОЗ ПП, %

Приміщення	Забезпечені холодною проточною водою	Не забезпечені холодною проточною водою
Маніпуляційна	100	0
Ординаторські	50,0	50,0
Палати	25,0	75,0
Приміщення для трудотерапії	41,7	58,3
Приміщення для лікувально-терапевтичних процедур	25,0	75,0
Приміщення арттерапії	33,3	66,7
Приміщення для реабілітації	33,3	66,7
Приміщення для відвідувань родичами пацієнтів	41,7	58,3
Наглядова кімната	25,0	75,0
Приміщення ізолятора	58,3	41,7

У ЗОЗ ПП 75,0% палат, 75,0% приміщень для лікувально-терапевтичних процедур та 50,0% ординаторських не обладнані як холодною, так і гарячою проточною водою (відсутнє підведення води, відсутні рукомийники), що унеможливує дотримання пацієнтами елементарних правил гігієни та санітарно-протиепідемічного режиму в зазначених медичних приміщеннях.

У 25% обідніх залів не створені умови для гігієни рук пацієнтів (відсутні рукомийники), тому вони змушені мити руки в туалетах, що є вкрай незадовільним, фізично складним та незручним для пацієнтів.

У 100% ЗОЗ ПП приміщення арттерапії для пацієнтів із психічними розладами (музичний супровід, малювання тощо) є в наявності, проте лише у 33,3% випадків вони відповідно обладнані й використовуються за призначенням. Як правило, стіни цих приміщень оформляються роботами, виконаними самими пацієнтами. Широко використовуються пацієнтами відпочинкові зони (холи, рекреації), які обладнані комп'ютерним обладнанням та телевізорами.

Для порівняння, у ЗОЗ ПП Республіки Польщі для таких пацієнтів створені умови з диференціацією приміщень для трудотерапії, а саме: приміщення арттерапії, ерготерапії, музикотерапії тощо. Медичний працівник/соціальний працівник підбирає тип терапії для кожного пацієнта індивідуально із врахуванням його стану.

У 100% випадків ЗОЗ ПП зона для медичного персоналу обладнана за «коридорним типом» з наступними приміщеннями: ординаторська для лікарів, для відпочинку середнього медичного персоналу (далі – СМП) (включно із зоною прийому їжі), для переодягання й зберігання особистих речей. Ординаторська для лікарів, як правило, відокремлена від палатної зони і знаходиться на віддаленні (у кінці коридору), що відмежовує лікарів від пацієнтів упродовж робочої зміни на противагу СМП, який знаходиться у безпосередньому контакті з пацієнтами цілодобово.

Зона чергової медичної сестри у 100% ЗОЗ ПП облаштована поблизу процедурного кабінету з метою безпеки медичного персоналу на випадок виникнення кризових станів у пацієнтів. У ЗОЗ ПП інших країн аналогічна зона облаштована за системою «трикутної концепції», коли медичний сестринський пост знаходиться в центрі холу з рівним віддаленням від усіх палат для вільного візуального доступу (лінії огляду для медичного персоналу повинні бути уздовж коридорів, у рекреаційних та загальних приміщеннях, у внутрішніх двориках, запроєктованих для кожної кімнати) та обладнані тривожними кнопками [137-141].

Слід зазначити, що на противагу ЗОЗ ПП європейських країн у 100% випадків українських ЗОЗ ПП відсутні кімнати для психологічного розвантаження медичного персоналу, що сприяє психологічній стійкості та якіснішому виконанню професійних обов'язків і тому потребує імплементації у нормативну базу України.

Не менш важливим питанням є створення санітарно-гігієнічних умов для відвідування родичами пацієнтів із психічними розладами. За результатами досліджень встановлено, що у 100% ЗОЗ ПП зона для відвідування родичами облаштована в загальному холі кожного відділення, проте відсутня конфіденційність спілкування, тому що вона відокремлена від внутрішньолікарняного простору лише столом, стільцями і холодильним обладнанням.

У ЗОЗ ПП європейських країн передбачено окремі приміщення «готельного типу», де пацієнт з його відвідувачами у разі потреби можуть провести добу (з ночівлею), і у складі яких обов'язково є універсальне приміщення санітарно-гігієнічного призначення, телефон, інтернет тощо, що також потребує імплементації у нормативну базу України.

Актуальним питанням є розширення переліку приміщень українських ЗОЗ ПП приміщеннями для проведення релігійної служби для пацієнтів із психічними розладами та їхніх родичів за аналогією душпастирської допомоги в психіатричних лікарнях Республіки Польщі (рис. 3.4).

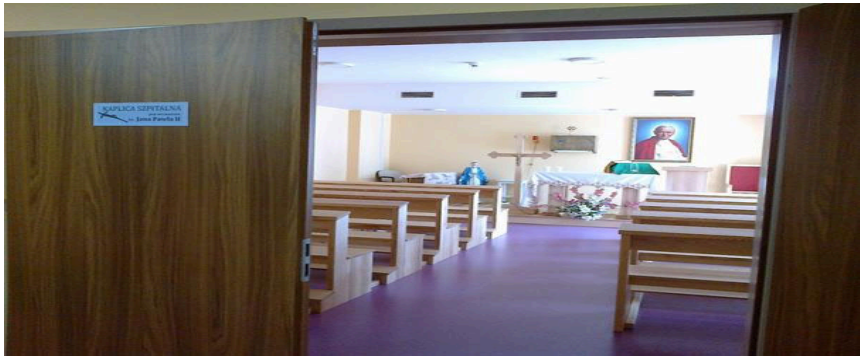


Рисунок 3.4. Вигляд приміщення для проведення релігійної служби у психіатричній лікарні у м. Горжице (Республіка Польща) [404].

Слід зазначити, що вимоги до проектування ЗОЗ ПП у країнах Європейського Союзу та різних країн світу викладені в офіційних посібниках для проектування та будівництва ЗОЗ ПП, зокрема – Mental health facilities designguide, International Health Facility Guidelines та ін., що майже зовсім відсутні в Україні [137-141].

За результатами гігієнічної оцінки проектних архітектурно-планувальних рішень та санітарно-гігієнічних умов чинних ЗОЗ ПП України нами встановлено, що надання психіатричної допомоги населенню відбувається на застарілій матеріально-технічній базі закладів охорони здоров'я, за відсутності зони трудотерапії, яка необхідна для соціалізації пацієнта, при недостатньо обладнаних фізкультурно-прогулянкових зонах, що необхідні для рухової активності на свіжому повітрі та підтримання якості життя. Українською нездовільною є забезпеченість пацієнтів із психічними розладами твердим інвентарем (меблями), холодною і гарячою проточною водою в палатах тощо, що потребує подальшого дослідження [292].

3.2. Формування змін у психофізіологічному стані медичного персоналу під впливом чинників внутрішньолікарняного середовища психіатричних закладів охорони здоров'я

За даними ретроспективного аналізу Державних статистичних форм МОЗ України № 18 «Звіт про фактори навколишнього середовища, що впливають на стан здоров'я людини» у Вінницькій області за період 2013-2022 рр., даних таблиці № 12, 17 «Дослідження фізичних факторів навколишнього середовища» ДУ «Вінницький обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» [292] встановлено наступне, що ДУ «Вінницький обласний центр контролю та

профілактики хвороб МОЗ України» постійно проводить моніторинг ЗОЗ (у палатах – місце постійного перебування пацієнтів та робочих місць медичних працівників) із застосуванням лабораторних вимірів освітлення, мікроклімату, рівня еквівалентного звуку та вібрації.

Зведені результати досліджень штучного освітлення у палатах, на посту чергової медичної сестри, в процедурних кабінетах, кабінетах лікарів ЗОЗ представлено в таблиці 3.5. За даними моніторингу встановлено, що найбільша питома вага досліджень штучного освітлення на робочих місцях МП не відповідали нормативним вимогам за ДБН В.2.5.-28:2018 «Природне і штучне освітлення» склала у 2017 р. – 11,8%, 2019 р. – 10,7% і 2015 р. – 8,05%. Найменші показники невідповідності нормативним вимогам реєстровано у 2013/2014 рр. – 3,58%/3,59% та у 2018 році – 3,78% порівняно з середнім показником за зазначений період, який склав 6,5% [293].

Недостатнє освітлення робочих місць є порушенням вимог ДБН В.2.5.-28:2018 «Природне і штучне освітлення» та ймовірно при проведенні медичних маніпуляцій може призвести до проявів зорового напруження, збільшення частоти помилок з боку медичного персоналу (уколів голкою, порізів тощо), що підвищуватиме ризик виникнення ІПНМП.

Таблиця 3.5. Показники штучного освітлення в медичних приміщеннях ЗОЗ Вінницької області за період 2013-2022 рр. (за даними Державної статистичної форми МОЗ України №18 «Звіт про фактори навколишнього середовища, що впливають на стан здоров'я людини»)

Рік	Загальна кількість вимірів штучного освітлення ЗОЗ	Питома вага показників штучного освітлення, що не відповідали нормативним вимогам, %	Кількість обстежених робочих місць МП ЗОЗ	Питома вага показників штучного освітлення, що не відповідали нормативним вимогам, %
2022	2790	6,3	494	6,88
2021	2611	4,50	437	5,3
2020	1777	3,03	262	5,7
2019	4828	8,69	747	10,7
2018	4016	4,60	819	3,78
2017	3926	9,50	777	11,8
2016	1008	3,47	202	4,95
2015	1280	6,56	273	8,05
2014	3554	3,88	919	3,59
2013	2602	2,77	586	3,58
Усього/середній показник (%)	28392	5,8	5516	6,5

Слід зазначити, що кількість обстежених робочих місць кожного року змінювалась у зв'язку із введенням Закону України «Про тимчасові особливості здійснення заходів державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності» зі змінами (статті 2 та 3) № 1728-VIII від 03.11.2016 р. та введенням мораторію на проведення органами державного нагляду (контролю) планових заходів із здійснення державного нагляду (контролю) закладами охорони здоров'я у період 2013-2022 рр. Із цієї причини реєструвалась найменша кількість обстежень – не більше 300 у 2015 р., 2016 р. та 2020 р. (рис. 3.5).

Одним із негативних фізичних факторів в ЗОЗ, який опосередковано діє на здоров'я людини, є рівень звуку.



Рисунок 3.5. Кількість обстежених робочих місць в ЗОЗ Вінницької області за 2013-2022 рр. та кількість вимірів штучного освітлення, що не відповідали нормативним вимогам, %.

В Україні акустичний режим території ЗОЗ регламентується «Державними санітарними правилами планування та забудови населених пунктів. ДСП № 173-96», затвердженими Наказом МОЗ від 19.06.1996 р. № 173, зареєстрованим в Мін'юсті 24.07.1996 р. за № 379/1404 (із змінами) (п.8.36-8.45) та Додатком № 16 до цього документа. Зокрема, на території лікарні, що безпосередньо прилягає до її будівлі, допустимі рівні звуку становлять: у денний час доби – 45 дБА, у нічний – 35 дБА.

Новим національним нормативним документом «Державні санітарні норми допустимих рівнів шуму в приміщеннях житлових та громадських будинків і на території житлової забудови», затвердженим Наказом МОЗ України від 22.02.2019 р. № 463, унормовані допустимі рівні звуку в приміщеннях палат з урахуванням кількості одночасного перебування пацієнтів: у палаті на одного пацієнта допустимі рівні звуку в денний час доби становлять

35 дБА, у нічний – 25 дБА; у палаті на двох і більше пацієнтів: у денний час доби – 40 дБА, у нічний – 30 дБА. Для робочих місць медпрацівників при цілодобовому режимі роботи допустимі рівні становлять 35 дБА [294].

Нормативним документом «Санітарні норми виробничого шуму, ультразвуку та інфразвуку ДСН 3.3.6.037-99», «Санітарні норми виробничого шуму, ультразвуку та інфразвуку», затвердженими постановою Головного державного санітарного лікаря України № 37 від 01.12.1999 р., нормується допустимий еквівалентний рівень звуку на робочих місцях медпрацівників у приміщенні прийому пацієнтів на рівні 50 дБА, що не збігається і навіть перевищує новітній норматив у 1,5 раза (35 дБА) за ДСН № 463-19 «Державними санітарними нормами допустимих рівнів шуму в приміщеннях житлових та громадських будинків і на території житлової забудови», затвердженими Наказом МОЗ України від 22.02.2019 р. № 463. Зазначені відмінності у вітчизняних нормативних документах є суттєвими і можуть вплинути на якість надання медичних послуг, оскільки при огляді пацієнтів необхідно виміряти тиск крові, визначити частоту серцебиття тощо, що потребує тиші у приміщенні. Потреба у коригуванні та приведення до однозначного читання нормативів необхідно для фахівців містобудування та інженерів із захисту шуму при проектуванні нових закладів охорони психічного здоров'я [295-298].

За цей десятирічний період найвищий показник питомої ваги еквівалентних рівнів звуку (еквівалентний рівень звуку) на робочих місцях медпрацівників ЗОЗ, що не відповідав гігієнічним вимогам ДСН № 463-19, зареєстровано у 2015 р. – 14,0%, у 2016 р. – 11,0%. Позитивним є те, що у 2017 р., 2018 р. та 2021 р. у 100 % (376) досліджених робочих місць еквівалентні рівні звуку відповідали нормативним вимогам ДБН В.1.1-31:2013 «Захист територій, будинків і споруд від шуму» (табл. 3.6) [294].

Таблиця 3.6. Показники еквівалентних рівнів звуку в медичних приміщеннях ЗОЗ Вінницької області за період 2013-2022 рр. (за даними Державної статистичної форми МОЗ України №18 «Звіт про фактори навколишнього середовища, що впливають на стан здоров'я людини»)

Рік	Число вимірів	Питома вага показників еквівалентного рівня звуку, що не відповідали нормативним вимогам, %	Число обстежених робочих місць	Питома вага показників еквівалентного рівня звуку, що не відповідали нормативним вимогам, %
2022	1086	1,1	191	2,1
2021	1224	0	204	0
2020	354	1,70	63	3,2
2019	516	4,65	108	3,7
2018	266	0	74	0
2017	333	0	98	0
2016	988	8,2	247	11,0
2015	325	15,0	90	14,0
2014	297	2,0	99	2,0
2013	297	2,0	87	2,3
Всього/середній показник (%)	5686	3,2	1261	4,3

За даними науковців Јуе К. (2017), які вивчали негативний вплив на пацієнтів високих рівнів звуку в ЗОЗ, неконтрольований, непередбачений шум у ЗОЗ збільшує стрес як у пацієнтів, так і в МП, викликає або провокує агресивну поведінку у пацієнтів і відповідно спричиняє загострення перебігу захворювання, погіршує результати лікування [8, 9]. Дані щодо кількості обстежених робочих місць та кількості вимірів параметрів еквівалентних рівнів звуку, що не відповідають вимогам за ДСН № 463-19, у період 2013-2022 рр. представлені на рисунку 3.6.

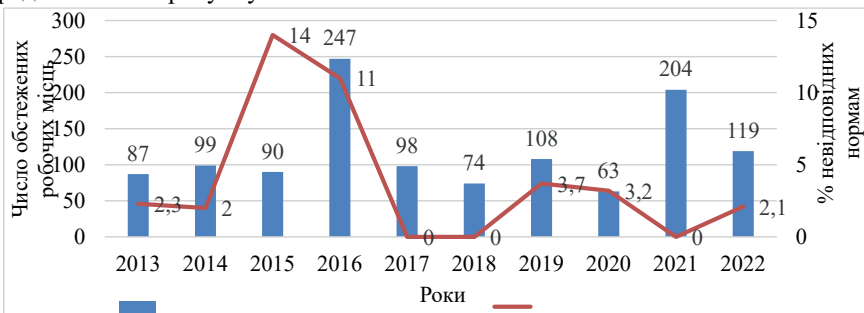


Рисунок 3.6. Кількість обстежених робочих місць в ЗОЗ Вінницької області за період 2013-2022 рр. та кількість вимірів еквівалентних рівнів звуку, що не відповідали нормативним вимогам, %.

Параметри мікроклімату у всіх ЗОЗ за період 2013-2022 рр. представлені в табл. 3.7.

Проведений аналіз таблиці № 12 «Дослідження фізичних факторів навколишнього середовища» за досліджуваний період показав, що в більшості ЗОЗ Вінницької області питома вага показників параметрів мікроклімату (температура повітря, вологість, швидкість руху повітря) не відповідали нормативним вимогам, і досягали максимального значення у 2016 р. – 12,9%, у 2015 р. – 11,3% та 2019 р. – 9,5% (при середньому показнику – 6,4%). У 2014 р. та 2022 р. спостерігалось зниження (до 3,2% та 3,6%, відповідно) питомої ваги показників мікроклімату, що не відповідали нормативним вимогам на обстежених робочих місцях (рис. 3.7) порівняно із середнім показником за зазначений період, який склав 6,4%. Значний вплив на санітарно-гігієнічний і протиепідемічний режим ЗОЗ створює невідповідність нормативних параметрів мікроклімату (температура повітря, вологість, швидкість руху повітря) внаслідок неефективності функціонування системи вентиляції.

Таблиця 3.7. Показники мікроклімату (температура повітря, вологість, швидкість руху повітря) в ЛПЗ Вінницької області у 2013-2022 рр. (за даними Державної статистичної форми МОЗ України №18 «Звіт про фактори навколишнього середовища, що впливають на стан здоров'я людини»)

Рік	Число вимірів у ЛПЗ	Питома вага показників невідповідних умов, %	Число обстежених робочих місць	Питома вага показників невідповідних умов, %
2022	4311	2,3	503	3,6
2021	3587	1,9	408	4,2
2020	2493	1,97	273	4,4
2019	6218	4,8	792	9,5
2018	6517	4,1	837	8,9
2017	6726	4,4	1059	6,7
2016	1935	10,1	217	13,0
2015	2544	9,9	311	11,0
2014	9354	1,7	1051	3,2
2013	5085	3,4	762	4,5
Усього	48770	3,8	6213	6,4

За результатами ретроспективного аналізу Державної статистичної форми МОЗ України № 18 «Звіт про роботу з контролю за факторами навколишнього середовища, що впливають на стан здоров'я населення» ДУ «Вінницький обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» за період 2013-2022 рр., що стосувались ЗОЗ Вінницької області, було проаналізовано результати протоколів вимірювань (форми 7.8/1-21) ДУ «Вінницький обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» за період 2020-2021 рр. На робочих місцях лікарів-психіатрів в ординаторських та робочих місцях МП (пост медичної сестри) медичних сестер відділень: № 1, № 2, № 3, № 6, № 7, № 10, № 11, № 12, № 14, № 15 та № 21 КНП «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Юшенка ВОР» встановлено, що рівні температури повітря, відносної вологості повітря та швидкості руху повітря у 100% випадків відповідали вимогам ДСН 3.3.6.042-99 «Санітарні норми мікроклімату виробничих приміщень». За висновками протоколів досліджень умови праці на робочих місцях лікарів-психіатрів в ординаторських та робочих місцях МП (пост медичної сестри) за фізичними факторами температура повітря, відносна вологість повітря та швидкість руху повітря належать до 2 класу (допустимі) за критеріями ДСанПіН №248 від 08.04.2014 р. «Гігієнічна класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу» [299. 300].



Рисунок 3.7. Показники мікроклімату у ЗОЗ Вінницької області за період 2013-2022 рр., що не відповідали нормативним вимогам, %.

За результатами ретроспективного аналізу Державної статистичної форми МОЗ України №18 «Звіт про роботу з контролю за факторами навколишнього середовища, що впливають на стан здоров'я населення» ДУ «Вінницький обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» за період 2013-

2022 рр., що стосувались вивчення впливу фізичних факторів на стан здоров'я пацієнтів та медичних працівників МП в умовах стаціонарів ЗОЗ Вінницької області, встановлено, що найвища питома вага досліджень фізичних факторів на робочих місцях МП, що не відповідали нормативним вимогам, зареєстровано: штучного освітлення у 2017 р. – 11,8%; еквівалентних рівнів звуку у 2015 р. – 14,0%; показників параметрів мікроклімату (температура повітря, вологість, швидкість руху повітря) у 2016 р. – 13,0%, що потребує впровадження заходів для покращення санітарно-гігієнічних умов на робочих місцях МП. Результати натурного експерименту ЗОЗ ПП Вінницької області, за яким на робочих місцях лікарів-психіатрів та СМП параметри мікроклімату не відповідали нормативним вимогам, що не кореспондується з результатами багаторічних досліджень (упродовж 10 років), наданими у державних звітних формах ДУ «Вінницький обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України», що викликає сумнів у їх вірогідності [301-308].

3.3. Забезпечення матеріально-технічною базою закладів охорони здоров'я психіатричного профілю за умовами перебування пацієнтів

Суттєво відрізняються умови життєдіяльності та лікування, реабілітації для пацієнтів із психічними розладами в ЗОЗ ПП в Україні порівняно з європейськими країнами. Соціалізація та реінтеграція пацієнтів із психічними розладами в європейських країнах на сьогодні набуває великої актуальності.

За результатами анкетування членів їхніх сімей і піклувальників, яке було проведено у січні 2020 р. до початку карантину на COVID-19 та до початку повномасштабної війни 2022 р., було з'ясовано проблемні питання соціалізації та реінтеграції пацієнтів із психічними розладами, що знаходились в умовах стаціонару.

За результатами нашого соціологічного опитування на думку більшості опитаних членів їхніх сімей і піклувальників пацієнти із психічними розладами потрапляють на лікування в умови стаціонару на лікування лише тоді, коли вони перебувають у кризовому стані.

Незадовільні умови внутрішньолікарняного середовища стаціонарів ЗОЗ ПП, на думку більшості членів їхніх сімей і піклувальників – 68,5%, спонукають пацієнтів та самих членів їхніх сімей і піклувальників звертатись за медичною допомогою лише в крайньому разі – при загостренні хвороби (кризові стани). Від загальної кількості опитаних з причини переоформлення групи інвалідності щодо захворювання із психічними розладами звертається 21,7% пацієнтів. Через психогенне навантаження сімейно-побутового характеру звертається лише 8,7%

пацієнтів (табл. 3.8).

Таблиця 3.8. Результати опитування членів сімей і піклувальників пацієнтів із психічними розладами щодо причин госпіталізації у ЗОЗ ПП, %

Члени сімей і піклувальники пацієнтів	Причини госпіталізації			
	Загострення хвороби (кризові стани)	Переоформлення групи інвалідності щодо захворювання із психічними розладами	Психогенне навантаження сімейно-побутового характеру	Причина не вказана
Родичі-чоловіки	74,1 %	18,5 %	3,7 %	3,7 %
Родичі-жінки	66,2 %	23,1 %	10,7 %	0 %
Всього від загальної кількості опитаних членів сімей і піклувальників	68,5 %	21,7 %	8,7 %	1,1 %

Серед родичів і піклувальників пацієнтів-чоловіків із психічними розладами 74,1% опитуваних вважали санітарно-гігієнічні умови внутрішньолікарняного середовища стаціонарів ЗОЗ ПП вкрай незадовільними, що впливало на когнітивно-поведінкову функцію пацієнтів щодо спротиву госпіталізації, а відтак вони потрапляли в стаціонар у вкрай важкому стані (кризовому).

До стаціонарів ЗОЗ ПП за даними опитування членів сімей і піклувальників пацієнтів із психічними розладами на стаціонарне лікування госпіталізовано 39,1%, з них без направлення лікаря (доставлені родичами) – 32,6% та 6,5% – госпіталізовані бригадою швидкої допомоги за викликом родичів і піклувальників, що свідчить про недоліки реформування у сфері психічного здоров'я.

За направленнями фахівців психіатричного профілю в стаціонари було госпіталізовано 38,1% пацієнтів із психічними розладами, з них 27,2% – психоневропатологом поліклініки, 10,9% – лікарем психоневрологічного диспансеру.

За направленням сімейного лікаря (амбулаторій загальної практики) первинної ланки медичної допомоги на госпіталізацію було направлено 22,8% пацієнтів із психічними розладами, що є вкрай низьким показником, оскільки реформою передбачено у 100% випадків здійснювати сімейним лікарем огляд та направлення до закладів зазначеного профілю (рис. 3.8).

При з'ясуванні причин спротиву пацієнтів із психічними розладами до госпіталізації 39,1% опитуваних членів їхніх сімей і піклувальників зазначили такі:

- незадовільні санітарно-побутові та гігієнічні умови внутрішньолікарняного середовища стаціонарів ЗОЗ ПП;

- режимні умови перебування пацієнтів із психічними розладами (за графіком прийом ліків, харчування, дозвілля, прогулянки в присутності медичних працівників, заборона використання телефонів та розмов з родичами);

- витрати за рахунок родичів на харчування, ліки, засоби особистої гігієни тощо;

- зневажливе ставлення до пацієнтів із психічними розладами з боку медичного персоналу, що є наслідком небажання родичів пацієнтів звертатись за медичною допомогою в будь-який час, а лише при загостренні хвороби.

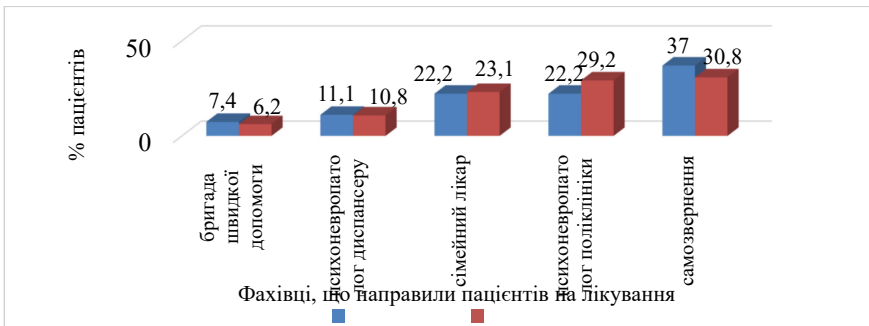


Рисунок 3.8. Результати опитування родичів пацієнтів із психічними розладами на питання «Хто направив Вашого родича на лікування в ЗОЗ ПП?», %.

За даними досліджень на стаціонарне лікування через загострення хвороби пацієнти із психічними розладами звертались упродовж календарного року 2 рази/рік у 55,4% випадків, 3 рази/рік у 12,0%. Водночас лікування проводилось лише фармакологічними засобами без застосування психосоціальних, реабілітаційних методів (трудова реабілітація/терапія).

Щодо частоти відвідування родичів і піклувальників своїх близьких у стаціонарі: щодня – 28,3% від загального числа опитаних (з них 29,6 % родичі-чоловіки, 27,7% родичі-жінки), два рази на тиждень – 33,7% (з них 29,6% родичі-чоловіки, 35,4% родичі-жінки), один раз на тиждень – 25,0% (з них 25,9% родичі-чоловіки, 24,6% родичі-жінки), два рази на місяць – 6,5% (з них 3,7% родичі-чоловіки, 7,7% родичі-жінки), один раз на місяць – 6,5% (із них 11,2% родичі-чоловіки, 4,6% родичі-жінки) (рис. 3.9). Члени сімей і піклувальники пацієнтів, які лише раз на місяць відвідували своїх родичів-пацієнтів, основною причиною вказали важку транспортну досяжність – час шляху до лікарні складав понад три години.

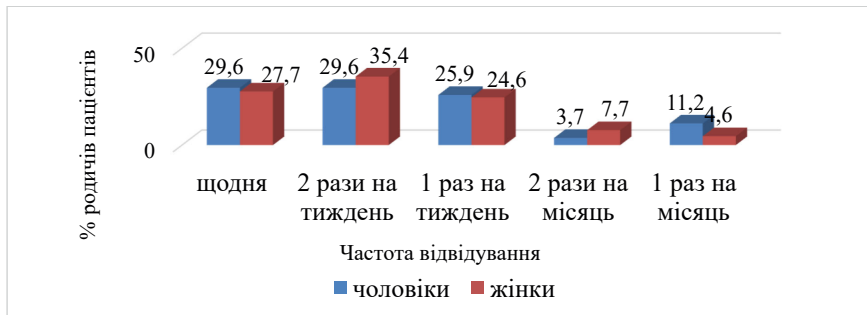


Рисунок 3.9. Результати опитування членів сімей і піклувальників пацієнтів із психічними розладами щодо частоти відвідувань у стаціонарі ЗОЗ ПП, %.

На питання «Як часто Ви зустрічаєтесь з лікарем Вашого родича?» від членів сімей і піклувальників пацієнтів із психічними розладами були отримані відповіді: щодня при відвідуванні свого хворого родича спілкувались з лікарем – 8,7% від загального числа опитаних (з них 7,4% – родичі-чоловіки та 9,2% – родичі-жінки); два рази на тиждень спілкувались з лікарем – 32,6% (з них 18,5% – родичі-чоловіки та 38,5% – родичі-жінки); один раз на тиждень – 42,4% (з них 55,6% родичі-чоловіки і 36,9% родичі-жінки), два рази на місяць – 9,8% (з них 3,7% – родичі-чоловіки та 12,3% – родичі-жінки) і 6,5% (з них 14,8% – родичі-чоловіки та 3,1% – родичі-жінки) – спілкувалися 1 раз на місяць (рис. 3.10).

Щодо часу, витраченого членами сімей і піклувальниками на очікування лікаря для спілкування щодо пацієнта-родича, то за результатами дослідження 68,5% з них від загального числа опитаних чекали до 30 хвилин; 29,3% – від 30 хвилин до однієї години; 2,2% – від однієї години до двох годин. Слід зазначити, що лікарі стаціонарів ЗОЗ ПП не належать до ургентних, екстрених лікарів. Зауважимо, що загальноновизнаними етичними принципами у повсякденній діяльності лікаря є: довіра, відкритість, прагнення бути корисним для пацієнта із психічними розладами, вміння поставити себе на місце пацієнта, подивитися на світ його очима.

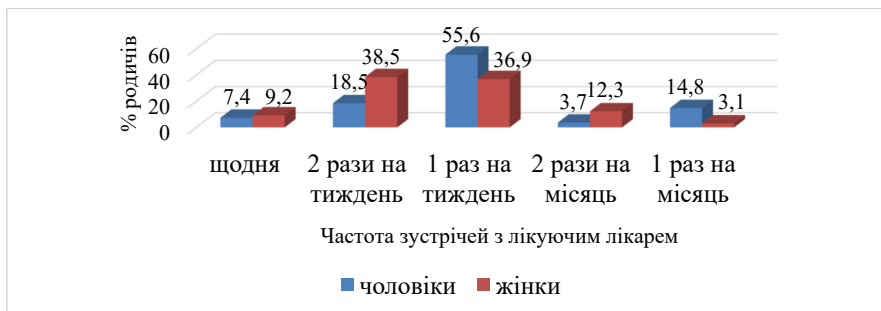


Рисунок 3.10. Результати опитування членів їхніх сімей і піклувальників пацієнтів із психічними розладами щодо частоти зустрічей з лікуючим лікарем стаціонару ЗОЗ ПП, %.

Час, витрачений лікарем на спілкування з членами сімей і піклувальниками стосовно стану пацієнта із психічними розладами, становив: до 10 хвилин у 52,2% випадків; від 10 до 20 хвилин у 42,4% випадків; від 20 до 30 хвилин у 5,4% випадків. За результатами дослідження жінки-родичі триваліше спілкувалися з лікарями, так від 10 до 20 хвилин – 43,1%, а серед чоловіків-родичів – 40,7%; від 20 до 30 хвилин спілкувалися тільки жінки-родичі – 7,7%.

За результатами дослідження встановлено, що 54,3% від загального числа опитаних членів сімей і піклувальників пацієнтів із психічними розладами погодились з тим, що їм було достатньо часу, щоб вирішити всі питання з лікуючим лікарем із приводу їхнього хворого родича, а 45,7% членів їхніх сімей і піклувальників зазначили, що часу було недостатньо. Тому в 32,6% членів їхніх сімей і піклувальників від загального числа опитаних склалася думка, що лікар повною мірою не розуміє проблеми пацієнта-родича.

Відповіді на питання «Що викликає у Вас сьогодні найбільшу турботу щодо умов перебування та медичного обслуговування у ЗОЗ ПП України?» членів сімей і піклувальників пацієнтів із психічними розладами зазначено в табл. 3.9.

Таблиця 3.9. Результати опитування членів сімей і піклувальників пацієнтів із психічними розладами щодо санітарно-побутових умов, якості лікування та ставлення медперсоналу до пацієнтів в умовах стаціонару ЗОЗ ПП, %

Категорія	Застаріле оснащення (постіль, меблі)	Незадовільні санітарно-гігієнічні та побутові умови	Низька якість медичної допомоги	Зневажливе ставлення медичного персоналу (порушення етики щодо пацієнтів)
Усього від загальної кількості опитаних	77,3	62,6	37,3	34,7
Родичі-чоловіки	76,9	61,5	42,3	34,6
Родичі-жінки	77,6	63,3	34,7	34,7

Перше рейтингове місце серед недоліків стаціонарів ЗОЗ ПП, які відзначили члени сімей і піклувальників, посідає застаріле оснащення та обладнання (постіль, меблі, шафи тощо), про що свідчать відповіді 77,6% родичів-жінок та 76,9% родичів-чоловіків. На другому місці – незадовільні санітарно-гігієнічні та побутові умови, так відповіді 63,3% родичів-жінок та 61,5% родичів-чоловіків. Третє рейтингове місце посідає низька якість медичної допомоги за відповідями 42,3% родичів-чоловіків та 34,7% родичів-жінок, що свідчить про вкрай незадовільні матеріально-технічну базу та санітарно-гігієнічні умови внутрішньолікарняного середовища стаціонарів ЗОЗ ПП.

З метою покращення ситуації, яка склалась в чинних стаціонарах ЗОЗ ПП щодо матеріально-технічного стану та санітарно-гігієнічних умов, розроблені заходи та запропоновані членам їхніх сімей і піклувальників пацієнтів із психічними розладами для оцінки їх ефективності.

Запропоновано до впровадження низку заходів для покращення роботи стаціонарів ЗОЗ ПП, щодо яких члени сімей і піклувальники пацієнтів із психічними розладами ЗОЗ ПП дали такі відповіді при опитуванні (табл. 3.10).

Таблиця 3.10. Перелік гігієнічних заходів для покращення санітарно-гігієнічних умов стаціонарів ЗОЗ ПП, які вважають необхідними члени сімей і піклувальники пацієнтів із психічними розладами, %

Заходи	Питома вага, родичі-чоловіки	Питома вага, родичі-жінки
1	2	3
Поліпшити матеріально-технічне забезпечення стаціонару ЗОЗ ПП	96,3	90,8
Покращити якість надання медичної допомоги, реабілітації, санітарно-курортне лікування, харчування	85,2	93,8
Гарантувати пацієнтам умови для комунікації з навколишнім середовищем (доступ до телефону, соціальних мереж тощо), доступ до інформації про їхній стан здоров'я та лікування призначеними препаратами	81,5	64,0
Впровадити реабілітаційні програми для пацієнтів: навчання новим трудовим навичкам (тренінги з розвитку соціально-побутових навичок, тренінги з розвитку навичок спілкування, тренінги з управління хворобою)	80,5	81,5
Дозволити пацієнтам брати участь (враховувати думку пацієнтів) у процедурі вивчення анамнезу захворювання та рішення щодо надання психіатричної допомоги, здійснення планів відновлення (за аналогією до вимог ЄС)	66,7	30,8
Підвищити кваліфікацію лікарів психіатричного профілю	63,0	66,2
Приймати на роботу за конкурсом і збільшити заробітну плату медичним працівникам	55,5	67,7
Забезпечити доступ до правосуддя осіб-користувачів психіатричної допомоги, використовувати режим відеоконференцій та облаштування кімнат для проведення виїзних судових засідань у психіатричних закладах для розгляду справ про примусову госпіталізацію, зміну чи скасування застосування примусових заходів медичного характеру	48,1	26,2
Для пацієнтів із хронічними психічними розладами передбачити створення умов середовищної терапії як в стаціонарі, так і в умовах територіальної громади	37,0	26,2
Скасувати чи обмежити режим в умовах стаціонару ЗОЗ ПП для пацієнтів	26,0	13,8
Започаткувати диференціацію ЗОЗ ПП за рівнем стану пацієнтів: кризові центри для пацієнтів із загостренням, відділення загального типу	14,8	9,2

Визначена однотайність між побажаннями як членів сімей і піклувальників чоловіків, так і членів сімей і піклувальників жінок пацієнтів ЗОЗ ПП щодо: поліпшення матеріально-технічного забезпечення стаціонарів ЗОЗ ПП за відповідями 96,3% родичів-чоловіків, 90,8% – родичів-жінок; покращення якості харчування, лікування, реабілітації (санітарно-курортне лікування) за відповідями 93,8% родичів-жінок та 85,2% родичів-чоловіків; впровадження реабілітаційних програм для пацієнтів (за аналогією до європейського досвіду), а саме: навчання новим трудовим навичкам (тренінги з розвитку соціально-побутових навичок, тренінги з розвитку навичок спілкування, тренінги з управління хворобою) за відповідями 81,5% – родичів-жінок та 80,5% родичів-чоловіків; гарантування пацієнтам умов для комунікації з навколишнім середовищем (доступ до телефону, соціальних мереж тощо) за відповідями 81,5% родичів-чоловіків та 64,0% родичів-жінок.

Члени сімей і піклувальників, які брали участь в будь-яких програмах щодо психокорекційних, психоосвітніх заходів, від загального числа опитаних склали лише 3,3%, а решта 96,7% не брали участі та не знали про такі заходи. Ми запропонували перелік програм для визначення тих, у яких вони хотіли б взяти участь і отримали такі результати (табл. 3.11).

Таблиця 3.11. Результати опитування членів сімей і піклувальників пацієнтів із психічними розладами щодо їхнього бажання взяти участь у реабілітаційних програмах, %

Назви реабілітаційних програм для членів сімей і піклувальників пацієнтів із психічними розладами	Родичі-чоловіки	Родичі-жінки
Освітня програма для членів сімей і піклувальників із профілактики психічних захворювань	85,2	76,9
Тренінги щодо профілактики синдрому хронічної втоми	81,5	56,9
Тренінги з розвитку навичок терпимого спілкування з хворими родичами	66,7	50,7
Тренінги щодо профілактики самоповаги	7,4	27,7
Тренінги з розвитку навичок спілкування з лікарем	7,4	3,1

За даними досліджень встановлено, що 85,2% чоловіків, які доглядають своїх хворих дружин, а також 76,9% жінок, які доглядають своїх хворих чоловіків, потребують спілкування, підтримки, участі в освітніх програмах із профілактики психічних захворювань; 81,5% чоловіків бажають взяти участь у

програмах щодо профілактики синдрому хронічної втоми (56,9% жінок); 66,7% чоловіків бажають взяти участь у тренінгах з розвитку навичок терпимого спілкування з хворими родичами, 50,7% родичів-жінок також найбільш часто обирають подібні програми. Крім того, на відміну від чоловіків, родичі жіночої статі досить часто (у 27,7% випадків) обирають тренінги щодо профілактики самоповаги.

Незадовільні санітарно-гігієнічні умови внутрішньолікарняного середовища стаціонарів ЗОЗ ПП, на думку більшості членів сімей і піклувальників – 68,5%, спонукають пацієнтів та самих членів їхніх сімей і піклувальників звертатись за медичною допомогою лише в крайньому разі – при загостренні хвороби (кризові стани) пацієнтів. Перше рейтингове місце серед недоліків стаціонарів ЗОЗ ПП у гігієнічному аспекті посідає застаріле оснащення та обладнання: постіль, меблі, шафи тощо (відповіді 77,6% родичів-жінок та 76,9% родичів-чоловіків), друге місце – незадовільні санітарно-гігієнічні та побутові умови (відповіді 63,3% родичів-жінок та 61,5% родичів-чоловіків), третє місце – низька якість медичної допомоги (відповіді 42,3% родичів-чоловіків та 34,7% родичів-жінок), що свідчить про вкрай незадовільні матеріально-технічну базу, санітарно-гігієнічні умови внутрішньолікарняного середовища стаціонарів ЗОЗ ПП та низьку якість медичної допомоги [416-422].

3.4. Профілактика стигматизації та виховання інтегрованості майбутніх медичних працівників до пацієнтів із психічними розладами в умовах стаціонару

Питання щодо вивчення ставлення з боку медичних працівників ЗОЗ ПП до пацієнтів із психічними розладами у всьому світі та в Україні на різних етапах розвитку суспільства, особливо в сучасному соціумі, продовжує бути надзвичайно актуальним. Саме пацієнти із психічними розладами є найбільш незахищеною категорією людей, оскільки знаходяться тривалий час в закритому внутрішньолікарняному просторі та за внутрішнім розпорядком не мають права на спілкування із зовнішнім світом (заборона використання мобільних телефонів та соцмереж). Саме через ці причини, на жаль, вони здебільшого підлягають соціальній дискримінації та соціальному утиску (стигматизації).

Низка життєвих проблем сьогодення, а саме: політична та фінансова нестабільність, епідемії і пандемії (коронавірусна інфекція COVID-19), повномасштабна війна в країні, яка триває понад два роки, та багато іншого є причиною збільшення поширеності захворюваності населення на психічні розлади.

Агресивні дії пацієнтів із психічними розладами щодо оточення в громадських місцях спричиняють до них упереджене ставлення суспільства. Таке ставлення суспільства до осіб з проблемами психічного здоров'я є результатом необізнаності про психічні розлади, а відтак формування негативного ставлення до таких осіб. Подібна упередженість з боку здорових людей до зазначеного контингенту осіб породжує у цих пацієнтів, членів їхніх сімей і піклувальників явище самознецінення особистості та крайньої невпевненості в собі. Усі зазначені вище чинники призводять до ще більшої соціальної дисфункції, яка насамперед проявляється недовірою до медичної допомоги на різних рівнях, що ускладнює ефективність лікування і впливає на тривалість перебування пацієнта із психічними розладами в умовах стаціонару ЗОЗ ПП [309-312].

В умовах стаціонарів ЗОЗ ПП прояви негативного ставлення з боку МП до пацієнтів із психічними розладами є частим серед медичних сестер, лікарів.

За результатами досліджень Kochański A. (2017) встановлено, що негативне ставлення медичних працівників до пацієнтів із психічними розладами є їхньою захисною реакцією на відсутність належних умов роботи та умов для перебування пацієнтів із психічними розладами, соціального захисту з боку держави та укорінення в соціумі явища приниження таких пацієнтів з боку родичів та знайомих [313].

Негативне ставлення з боку медичних працівників ЗОЗ до пацієнтів з різною соматичною патологією (інваліди, пацієнти СНІДом, онкохворі, пацієнти на туберкульоз та інші) характеризується комплексом несприятливих факторів, що потребує просвітницької роботи щодо гуманного ставлення до будь-якого пацієнта.

Підтримка пацієнтам із психічними розладами надається не тільки державними структурами, а й громадськими організаціями, профспілками в країнах з високим рівнем доходу [314].

Серед здобувачів закладів вищої медичної освіти України є поширеним явище стигматизації.

З усієї досліджуваної когорти 93,8% респондентів переконані, що особи, які мають психічні захворювання потребують особливого ставлення. Результати відповідей інтерв'юєрів з цього питання по кожному із досліджуваних медичних ЗВО представлені на рисунку 3.11.

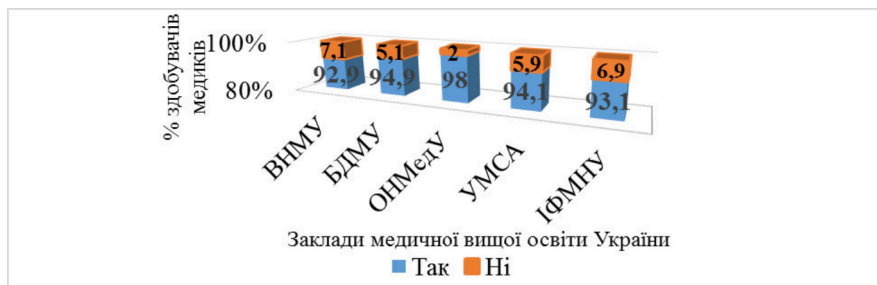


Рисунок 3.11. Результати відповідей здобувачів-медиків щодо визначення потреби особливого ставлення до пацієнтів із психічними розладами, %.

За результатами опитування у 87,9% випадків від загальної кількості респондентів була ствердна відповідь щодо загрози для суспільства від осіб, які мають психічні захворювання. Аналізуючи показники кожного з медичних ЗВО, виявлено, що найбільша кількість здобувачів-медиків з такою відповіддю була у ІФМНУ – 94,5%, найменша, але на достатньо високому рівні в ОНМедУ – 86,3% здобувачів.

За результатами опитування можна констатувати, що показник негативного ставлення до пацієнтів із психічними розладами зріс у 2,0-2,2 рази і становить від 86,3% до 94,5%.

Недосконалі, незадовільні санітарно-гігієнічні умови перебування в ЗОЗ ПП, які були збудовані понад 70 років тому (в окремих випадках понад сторіччя) і не зазнали капітальної реконструкції із покращенням умов в них, спричиняють збільшення ознак негативного ставлення з боку МП (здобувачів ЗВО) до пацієнтів із психічними розладами, і внаслідок цього призводять до повної дезінтеграції особистості, формування дисфункціональних станів та подальшого загострення психічного стану пацієнта.

На питання «Чи спостерігали під час навчання та проходження медичної практики явища негативного ставлення до пацієнтів із психічними розладами з боку медичного персоналу психіатричних лікарень?» отримано відповіді, які подано на рисунку 3.12.

За результатами дослідження 17,3% респондентів від загальної кількості відповіли ствердно, що в їх присутності МП негативно ставився до пацієнтів із психічними розладами (дискримінація).

Характеризуючи осередки здобувачів за географією зазначених ЗВО (подано на рисунку 3.12), найвищий показник – 23,5% зафіксовано у здобувачів ОНМедУ в умовах стаціонару ЗОЗ ПП м. Одеса, які були свідками дискримінації з боку МП до пацієнтів із психічними розладами.

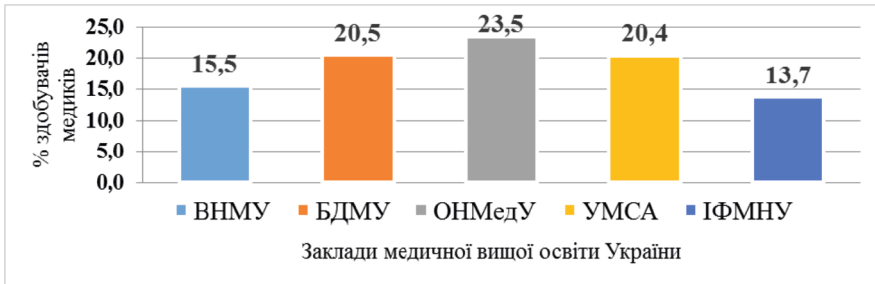


Рисунок 3.12. Питома вага здобувачів-медиків у різних медичних ЗВО, у присутності яких пацієнти із психічними розладами зазнавали дискримінації з боку медичного персоналу ЗОЗ ПП, %.

Прояви недопустимого ставлення до осіб із психічними захворюваннями є порушенням морально-етичних, правових принципів поведінки медичного працівника, в тому числі лікаря, і є негативним прикладом для майбутніх лікарів та потребує впровадження профілактичних заходів на рівні нових навчальних дисциплін «деонтологія медичного працівника ЗОЗ ПП».

За результатами досліджень респондентів на питання «Чи дозволяли ви собі ображати пацієнтів із психічними розладами, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у ЗОЗ ПП, під час вашого навчання?» здобувачі-медики ОНМедУ (2,9%) дозволяли собі негативне ставлення до пацієнтів із психічними розладами, значно менша кількість – у 3,2 рази здобувачів була у Буковинському державному медичному університеті (БДМУ), де виявлено 0,9%.

Основною ознакою негативного ставлення до пацієнтів із психічними розладами був прояв фізичної/вербальної агресії з їхнього боку.

За результатами вивчення емоційного статусу майбутніх лікарів при зустрічі з пацієнтами із психічними розладами було встановлено, що для більшої частини досліджуваних здобувачів ЗВО були притаманні співчуття (82,6%) та жалість (74,3%) до пацієнтів із психічними розладами.

Прояви співчуття до пацієнтів із психічними розладами здобувачів-медиків встановлено в ІФМНУ (87,7%), БДМУ (86,3%), УМСА (86,1%) (Українська медична стоматологічна академія), більшість здобувачів, які виявляли жалість до таких пацієнтів, також спостерігалась у цих ЗВО (рис. 3.13).

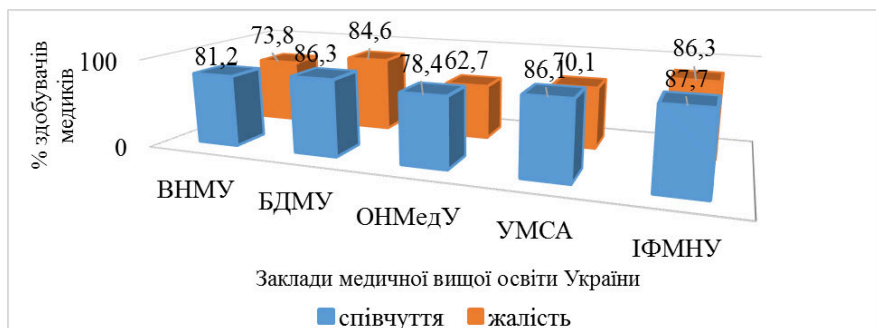


Рисунок 3.13. Частка здобувачів-медиків медичних ЗВО України, які проявляли емпатію до пацієнтів із психічними розладами, %.

У європейських країнах головними напрямками у сфері охорони психічного/ментального здоров'я є соціальна реінтеграція, надання допомоги у середовищній, терапевтичній, амбулаторній, домашній психіатрії.

Використовуючи європейський досвід на питання «Де, в яких умовах пацієнти із психічними розладами повинні проходити лікування?» було надано декілька варіантів відповіді: 1) лікування тільки в психіатричних лікарнях; 2) в психіатричних диспансерах; 3) в денному стаціонарі; 4) лікування вдома/в громаді.

За результатами опитування 90,8% майбутніх лікарів України вказали, що пацієнти із психічними розладами повинні проходити лікування у психіатричних диспансерах, 73,9% – в стаціонарних умовах, 59,2% – в денних стаціонарах, і тільки 47,5% здобувачів допустили, що такі пацієнти можуть лікуватись вдома/в громаді. На рисунку 3.14 показано співвідношення відповідей здобувачів різних ЗВО.

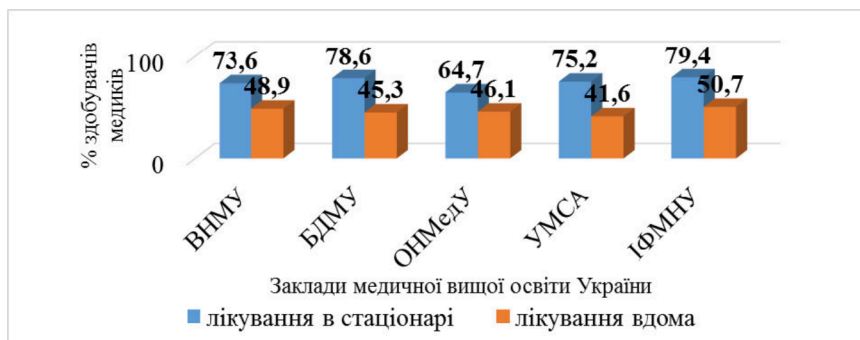


Рисунок 3.14. Частка здобувачів різних ЗВО щодо умов лікування пацієнтів із психічними розладами, %.

Успадкування радянської системи медичної освіти у сфері підготовки молодих спеціалістів для галузі охорони психічного здоров'я в Україні, яка, на жаль, не зазнала істотних структурних змін, відображається у поглядах майбутніх лікарів.

За результатами досліджень встановлено, що негативне ставлення майбутніх медичних працівників до пацієнтів із психічними розладами зростає у часі та перебуває на високому рівні – 86,3%-94,5% здобувачів медичних ЗВО від загальної кількості вважають пацієнтів із психічними розладами загрозою для суспільства. Цей показник у 2,0-2,2 рази вищий за аналогічний показник (43,0%) серед дорослих осіб, які підлягали соціологічному дослідженню 10 років тому. Причиною такого ставлення є захисна реакція з їхнього боку на відсутність належних умов перебування пацієнтів із психічними розладами. Адже пацієнти досі вимушені лікуватися в закладах, які були збудовані понад 70 років тому (в окремих випадках понад сторіччя) і не зазнали капітальної реконструкції у бік покращення умов. По суті ЗОЗ є «закритим центром тотального контролю» за типом виправних колоній, у яких продовжує діяти режимність та сувора ізоляція пацієнтів, хоча вони не є злочинцями. Ускладняється ситуація тим, що 90,8% майбутніх лікарів України вважають, що пацієнти із психічними розладами повинні продовжувати лікування саме в цих умовах – психіатричних диспансерах на протигагу запропонованим денним стаціонарам та вдома (патронаж) в умовах громади, як це повсюди впроваджено в країнах ЄС, що сприяє їх ментальному здоров'ю [315-321].

Висновки до розділу 3

За результатами гігієнічної оцінки проєктних архітектурно-планувальних рішень та санітарно-гігієнічних умов чинних ЗОЗ ПП України встановлено, що надання психіатричної допомоги населенню відбувається на застарілій матеріально-технічній базі закладів охорони здоров'я: 28,6% психіатричних закладів було побудовано в Україні у період з 1786 до 1945 рр., 28,6% – після Другої світової війни і 42,8% – за часів незалежності України. Під час дослідження ЗОЗ ПП виявлено, що не відповідало гігієнічним вимогам у 58,3% закладів функціональне зонування території через відсутність на земельній ділянці зони трудотерапії, яка необхідна для соціалізації пацієнтів, у 41,7% – фізкультурна та прогулянкова зони, які необхідні для рухової активності на свіжому повітрі, підтримання фізичної та емоційної якості життя.

За набором приміщень зона догляду та лікування пацієнтів ЗОЗ ПП, враховуючи специфіку їхнього довготривалого перебування в умовах стаціонару,

не відповідає гігієнічним вимогам: у 100% випадків за міжнародним принципом приватності пацієнта – палати розраховані на 4-10 ліжок, санітарні вузли загального користування без перегородок та на значному віддаленні від палат (у кінці коридору), що призводить до перенапруження фізіологічних процесів; у палатах відсутні універсальні санітарно-гігієнічні приміщення із зоною для душі; у 100% ЗОЗ ПП відсутні приміщення для зустрічей з родичами; у 100% випадків відсутні приміщення для проведення релігійної служби для пацієнтів із психічними розладами та їхніх родичів для покращення духовного стану; у 75% випадків відсутні (або не облаштовані) спеціальні майстерні трудотерапії, які дуже потрібні для соціалізації пацієнтів; у 66,7% випадків не обладнані та не використовуються за призначенням приміщення арттерапії.

Українською нездовільною є забезпеченість пацієнтів із психічними розладами твердим інвентарем (меблями), а саме: лише 8,3% пацієнтів ЗОЗ ПП мають власний письмовий стіл, 58,4% – власні стільці, 50,0% – власні тумбочки, 25% – шафи для зберігання особистого одягу.

У стаціонарах ЗОЗ ПП 75,0% палат, 75,0% приміщень для лікувально-терапевтичних процедур та 50,0% ординаторських не обладнані холодною і гарячою проточною водою (відсутнє підведення води, відсутні рукомийники), що унеможливило дотримання пацієнтами елементарних правил гігієни та санітарно-протиепідемічного режиму в зазначених приміщеннях, закладах.

За результатами ретроспективного аналізу Державної статистичної форми МОЗ України № 18 «Звіт про роботу з контролю за факторами навколишнього середовища, що впливають на стан здоров'я населення» ДУ «Вінницький обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» за період 2013-2022 рр., що стосувались вивчення впливу фізичних факторів на стан здоров'я пацієнтів та медичних працівників в умовах стаціонарів ЗОЗ Вінницької області, встановлено такі факти. Найвища питома вага досліджень фізичних факторів на робочих місцях медичних працівників, що не відповідали нормативним вимогам зареєстровано: у 2017 р. 11,8% – штучне освітлення; у 2015 р. 14,0% – еквівалентний рівень звуку; у 2016 р. 13,0% – показники параметрів мікроклімату (температура повітря, вологість, швидкість руху повітря), що потребує впровадження заходів для покращення санітарно-гігієнічних умов на робочих місцях медперсоналу. Результати натурального експерименту ЗОЗ ПП Вінницької області, за яким на робочих місцях лікарів-психіатрів та середніх медичних працівників не виявлено жодного відхилення від нормативним вимог досліджуваних параметрів мікроклімату (температура повітря, відносна вологість повітря та швидкість руху повітря) не кореспондують з багаторічними дослідженнями (упродовж 10 років), наданими в державних

звітних формах ДУ «Вінницький обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України», що ставить під сумнів їхню достовірність.

Незадовільні санітарно-гігієнічні умови внутрішньолікарняного середовища стаціонарів ЗОЗ ПП, на думку 68,5% членів сімей і піклувальників, спонукають хворих та самих членів їхніх сімей і піклувальників звертатись за медичною допомогою лише в крайньому випадку – при загостренні хвороби (кризові стани) цих пацієнтів. Перше рейтингове місце серед недоліків стаціонарів ЗОЗ ПП у гігієнічному аспекті посідає застаріле оснащення та обладнання: постіль, меблі, шафи тощо (відповіді 77,6% родичів-жінок та 76,9% родичів-чоловіків), друге місце – незадовільні санітарно-гігієнічні та побутові умови (відповіді 63,3% родичів-жінок та 61,5% родичів-чоловіків), третє місце – низька якість медичної допомоги (відповіді 42,3% родичів-чоловіків та 34,7% родичів-жінок), що свідчить про вкрай незадовільні матеріально-технічну базу та санітарно-гігієнічні умови внутрішньолікарняного середовища стаціонарів ЗОЗ ПП і низьку якість медичної допомоги.

На підсилення цих тверджень була одностайність у відповідях як членів сімей і піклувальників-чоловіків (96,3 %), так і членів сімей і піклувальників-жінок (90,8%) пацієнтів ЗОЗ ПП щодо необхідності проведення заходів поліпшення матеріально-технічного забезпечення стаціонарів ЗОЗ ПП, покращення якості харчування, лікування, реабілітації (санітарно-курортне лікування).

За нашими дослідженнями встановлено, що недоліком реформування галузі охорони психічного здоров'я щодо надання психологічної та психіатричної допомоги населенню є неефективність первинної ланки медичної допомоги, оскільки звернення пацієнтів із психічними розладами до сімейного лікаря зі скаргами на погіршення здоров'я та з метою отримання направлення на госпіталізацію було лише у 22,8% випадків, що є вкрай низьким показником, адже реформою передбачено звернення у 100% випадків.

За результатами досліджень встановлено, що негативне ставлення майбутніх медичних працівників до пацієнтів із психічними розладами зростає у часі та є на високому рівні – 86,3-94,5% здобувачів медичних ЗВО від загальної кількості вважають пацієнтів із психічними розладами загрозою суспільству.

Загострюється ситуація тим, що 90,8% майбутніх лікарів України вважають, що пацієнти із психічними розладами повинні продовжувати лікування саме в цих умовах – психіатричних диспансерах на противагу запропонованим денним стаціонарам та вдома (патронаж) в умовах громади, як це повсюди впроваджено в країнах ЄС.

Прояви недопустимого ставлення до пацієнтів із психічними захворюваннями мали місце серед студентів медичних ЗВО у 2,1% випадків – наслідування ними негативного прикладу медичного персоналу, зокрема 24,5% таких медпрацівників у ЗОЗ ПП м. Одеса, 21,4% – у ЗОЗ ПП м. Полтава та 20,9% – у ЗОЗ ПП м. Чернівці, що є порушенням морально-етичних, правових принципів поведінки лікаря, негативним прикладом для майбутніх лікарів та потребує впровадження профілактичних заходів на рівні нових навчальних дисциплін у сфері деонтології медичного працівника ЗОЗ ПП.

РОЗДІЛ 4

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СТАНУ ЗДОРОВ'Я МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПСИХІАТРИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ПРОВІДНИХ ЧИННИКІВ, ЩО ЙОГО ЗУМОВЛЮВАЛИ В МИРНИЙ ЧАС ТА ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

4.1. Визначення показників захворюваності і поширеності психічних розладів серед населення України та забезпеченість психолого/психіатричної служби медичними працівниками порівняно з країнами Європейського Союзу

За даними ВООЗ кожна восьма людина перенесла психічні та аддиктивні розладами (2019 р.), що складає 13-16% населення нашої планети, а під час пандемії COVID-19 ця проблема громадського здоров'я набула ще більш загрозливих розмірів. Загально визнано, пандемія призвела до значного збільшення рівня тривоги, депресії, дистресу та інших проблем, пов'язаних із психічним здоров'ям як серед інфікованих, так і неінфікованих осіб. Пацієнти та ті, хто перехворів на COVID-19, стикаються з підвищеним ризиком різноманітних неврологічних і психіатричних розладів і ускладнень [322].

Найчастішим психологічним захворюванням в країнах світу є депресія, яка, за даними ВООЗ, до 2030 року займатиме третє місце серед причин психічних розладів. Пацієнти з депресивними розладами, шизофренією порівняно із загальним населенням мають на 40-60% вищий ризик передчасної смерті від проблем із фізичним здоров'ям (ВІЛ, серцево-судинні захворювання, діабет), які часто не лікуються і це друга глобальна причина, через яку особи із психічними розладами проживають роки з інвалідністю. Особи з емоційними, поведінковими, фізичними проблемами не можуть вести нормальне життя. У світі, за даними ВООЗ (2023 р.), 450 млн хворіють на психічні розлади, приблизно один з чотирьох переініс психічні розлади в своєму житті. За даними ВООЗ, на депресію хворіють 264 млн людей у світі, тривожні розлади (загальний тривожний розлад, панічний розлад, посттравматичний стресовий розлад) 275 млн людей (у 2022 р. у 25,9% респондентів з України виявлено ПТСР), на шизофренію хворіють 24 млн у світі (1 людина із 300), біполярні розлади має 1% людей у світі, розлади харчування у 1% жінок зустрічаються з нервовою анорексією і 1,5% з нервовою булімією, 10-20% дітей хворіють на психічні розлади [250].

За даними ВООЗ, у 70-75% дітей, підлітків вперше встановлено психічні захворювання, депресії, тривожні ознаки, розлади, розлади харчової поведінки. Детермінантами таких високих показників є несприятливий морально-психологічний стан суспільства, несприятливий і агресивний вплив інформаційного середовища, забруднення довкілля, пандемії, воєнні конфлікти. Згідно з даними ВООЗ, в умовах воєнного конфлікту поширеність психічних розладів зростає до 22,1% в будь-який момент конфлікту або одразу після його закінчення. ВООЗ розробила «Програму mhGAP», яка, зокрема, передбачає, що більшість пацієнтів з легкими/помірними формами психічних розладів може отримувати допомогу на первинному рівні в центрах первинної медико-санітарної допомоги (амбулаторіях загальної практики) у сімейних лікарів.

Причини виникнення депресивних розладів за твердженнями Slomian J. (2019), Бортнікова О.Г. (2021) такі: травми в дитинстві (насильство, жорстке поводження), стресові ситуації в родині, на роботі, перенесені хвороби, пологи, алкогольні та наркотичні залежності тощо [323, 324].

У дівчат за результатами досліджень Whitney D.G. (2019) розлади психіки частіше проявляються у вигляді тривоги, депресії, розлади харчової поведінки, тоді як у хлопців це синдром дефіциту уваги, гіперактивності. Кожна п'ята дитина у США віком до 17 років зверталась зі скаргами щодо психічних, емоційних, тривожних розладів. 30% молодих американців віком від 18 до 25 років мають психічні захворювання, із них 7,7 мільйонів дітей із психічними розладами не отримують лікування в повному обсязі. Поширеність психічних розладів під час COVID-19 збільшилась – на 25% депресія і 20% тривожні розлади. Суїцидальні спроби у дівчат (2021 р.) становили 51%, які звернулись до відділення невідкладної допомоги США. Допомогу у шкільних центрах здоров'я отримали 3,7 млн підлітків США до пандемії, яка покращила як психічне, так і фізичне здоров'я підлітків (допомога на первинному рівні). Молодь, яка належить до расових та етнічних меншин, має вищий рівень психічних захворювань, але рідше отримує допомогу через несвоєчасне звернення, необізнаність у початкових симптомах депресії, тривожних розладів тощо [325].

Депресивні ознаки у дітей підліткового періоду віком від 10 до 24 років міської місцевості за результатами досліджень Бедлінського В.О. (2018), Напреєнко О. К. (2019), Kasturi S. (2023) складала 26,1%, а серед сільської місцевості – 24,9%. Якщо дитина пережила в своєму житті один раз депресивний епізод, то ймовірність повторного епізоду складає 60%, з кожним потворним епізодом буде проходити важче з переходом в хронічну форму захворювання [326-328].

Серед французьких студентів університетів під час пандемії COVID-19, за даними Wathélet M. (2020), Fisher J.R.. (2020), Solomou I. (2020), шляхом опитування поширеності суїцидальних думок відмітили – 11,4%, важкого дистресу – 22,4%, високого рівня стресу – 24,7%, важкої депресії – 16,1%, високого рівня тривоги – 27,5%. Із загальної кількості опитувальних студентів лише 12,4% звернулись за медичною допомогою [329-331].

Кожний п'ятий американець (5,6% серед дорослих), за даними Patel S.Y. (2022), щороку хворіє на психічні розлади, але особи, які мають низький рівень доходу, не отримують належних послуг і цей показник ще вищий. Поширеність психічних розладів, які пов'язані із вживанням психоактивних речовин у 2020 р. в США становила 40 млн осіб від 12 років і старше. У США самогубство є десятою головною причиною смерті серед осіб у віці від 10 до 34 років, при цьому серед афроамериканців до 13 років рівень самогубств у 2 рази вищий порівняно з американцями. У 2017 р. у відділення невідкладної допомоги звернулись 1,5 млн осіб, що було пов'язано із суїцидальними думками/спробами. За даними ВООЗ, щороку відбувається до 700 тис. самогубств, 90% з них пов'язані із психічними розладами, 77% самогубств припадає на країни з низьким і середнім рівнем доходу, а Україна ввійшла в перелік 15 країн, де найвищий рівень [332].

У країнах з різним рівнем доходу поширеність захворювань на психічні розлади залежить від багатьох факторів. Поширеність психічних розладів у Республіці Корея протягом життя серед дорослих у загальній популяції за епідеміологічними дослідженнями Rim S. J. (2023), Hwang I. (2024) дорівнювала 27,8% (серед чоловіків – 32,7 %, жінок – 22,9%) з причини вживання алкоголю та наркотичних засобів. Показник лікування цих пацієнтів становив 7,2%, що є суттєво низьким. Урядом Республіки Корея згідно з ухваленим Законом «Про покращення психічного здоров'я» (Стаття 10), кожні п'ять років проводяться національні опитування серед дорослих щодо психічного здоров'я для швидкого виявлення на ранніх стадіях захворювання та проведення ранньої профілактики психічних розладів [333, 334].

За даними ВООЗ кожна восьма людина у світі живе із психічними розладами: порушення мислення, порушення емоційної регуляції або поведінки. У 2019 році 970 млн людей у всьому світі мали психічні розлади, причому тривожні та депресивні розлади були найпоширенішими. У 2020 році через пандемію COVID-19 значно зросла кількість людей, які живуть із тривожними та депресивними розладами через зазначену інфекцію. Початкові оцінки показують ріст показника у межах одного року (2020 р.) на 26% для тривожних розладів і на 28% для великих депресивних розладів [335].

За результатами дослідження Yang W. (2020), Lu J. (2021), Yang X. (2024), серед жінок Китаю депресивні розлади зустрічаються частіше, ніж серед чоловіків. Однією із причин виникнення психічних розладів є втрата роботи, розлучення, тому їх більше в безробітних людей, а також у людей, які розлучилися чи овдовіли порівняно з тими, хто перебував у шлюбі чи спільному проживанні. Лише приблизно 9,5% респондентів із депресивними розладами проходили лікування на різних рівнях: 3,6% – у спеціалізованій психіатричній лікарні, 1,5% – у лікарні загального профілю, 0,3% – у закладах соціального профілю і 2,7% – у закладах нетрадиційної медицини [336-338].

Серед порушень санітарно-гігієнічних умов праці медичних працівників у ЗОЗ під час пандемії COVID-19 у своїх дослідженнях науковці Fenn D. (2020), Houghton C. (2020) відмічали такі: недостатня кількість ізоляторів, санітарно-технічних приміщень, дефіцит ЗІЗ, обладнання низької якості та незручність його використання, збільшення робочого часу та навантаження, недостатня кількість ізоляторів, які стали факторами, що спричинили у них ознаки втоми, відчуття страху інфікування себе та своїх рідних, як наслідок в цілому це призводило до психоемоційного навантаження (стрес, тривожні ознаки, депресивні стани) [339, 340].

Негативні зміни психофізіологічного стану медичного персоналу під час пандемії COVID-19 за результатами досліджень Young K.P. (2021), Lane N.E. (2022), Rad Meysam (2022) спостерігались у вигляді ознак втоми, нервово-емоційного напруження, посттравматичних стресових розладів, депресії, розвитку емоційного вигорання на робочому місці. Вигорання під час пандемії серед медичних працівників склало 42%, із них 78% серед лікарів-психіатрів. Легка тривога спостерігалась у 31%, клінічно значуща тривога у 33%, депресія легкого ступеня у 29%, 17% мали помірні і важкі симптоми депресії, у 5% медичних працівників були суїцидальні думки. Посттравматичний стресовий розлад встановлено у 14% опитаних медичних працівників [341-343].

Психічне здоров'я під час і після пандемії COVID-19 у багатьох людей, за даними науковців Alkodaymi M.S. (2022), погіршилось, а також відмічаються віддалені неврологічні та психіатричні наслідки у більшості людей країн світу. До пандемії у США було зареєстровано 11% осіб, які потребували медичної допомоги щодо психічного здоров'я, після COVID-19 кількість осіб з депресивними розладами, тривогами збільшилась до 40% серед дорослих і на 36% зросли звернення у відділення невідкладної допомоги щодо спроб самогубств. Високий показник хворих, які не отримали психіатричну допомогу, у США склав серед расових та етнічних меншин 80% дорослих азійських і тихоокеанських островів, 65% латиноамериканців, 63% афроамериканців [344].

Під час пандемії COVID-19 відмічалось погіршення психологічного здоров'я у 52,7% респондентів, за даними Carod-Artal F.J. (2020), Garg R.K (2020). Вплив пандемії як «важкий» відмітили 18,6% респондентів з появою симптомів депресії, 26,5% респондентів відмітили симптоми тривоги після перенесеної хвороби COVID-19, 7,9% респондентів відчували стурбованість щодо власного здоров'я та близьких, фінансових втрат через карантинні обмеження [345, 346].

За результатами досліджень Яворовського О. П. (2020), Андрейчина М. А. (2020, 2021) та інших науковців щодо комбінованого впливу чинників (фізичних, хімічних, психофізіологічних) на умови працездатності та самопочуття МП ЗОЗ під час пандемії COVID-19, встановлено такі факти. До фізичних чинників, невідповідність нормі яких негативно впливає на умови праці під час пандемії COVID-19 медичних працівників в обстежених лікарнях Житомирщини/Київщини, автори відмітили: ультрафіолетове випромінювання – 22,9%/48,7%, шум від обладнання – 20,8%/20,5%, іонізуюче випромінювання – 16,7%/18,0%. Серед архітектурно-планувальних рішень, невідповідність нормі яких впливала на якість організації робочого місця, МП зазначили: забезпеченість освітленням – 90,6%/51,3%; ефективність вентиляції медичних приміщень – 50,0%/30,8% відповідно. Порушення нормативних вимог всіх перерахованих чинників впливало на нервово-емоційний стан МП ЗОЗ, що проявлялось ознаками втоми у 22,9%/28,2% МП у середині зміни, та у 66,7%/79,5% в кінці робочої зміни [347-350].

За аналогічними дослідженнями китайських вчених Zheng R. (2021), Nicolaou C. (2021), Chew N. (2020), Vai W. (2021), пандемія COVID-19 мала значний психосоціальний вплив на МП ЗОЗ. Психічні розлади – депресивні стани, тривожні розлади під час виконання професійних обов'язків спостерігались у 47,1% МП ЗОЗ. Також слід зазначити, що додатковий вплив на виникнення стресу пов'язаний із погіршенням якості стосунків із сім'єю та сприйняттям стану свого здоров'я. За цих обставин симптомами у МП були тривога – 26,7%, млявість/втома – 26,6%, безсоння/порушення сну – 21,0% та інші [351-356].

За даними Young K. P. (2021), під час пандемії серед МП педіатричного профілю (1685 обстежених) спостерігались негативні зміни психофізіологічного стану від легких симптомів тривоги до суїцидальних думок: легкі симптоми тривоги – 31%, клінічно значуща тривога – 33%, депресія легкого ступеня – 29%, помірна і важка депресія – 17%, суїцидальні думки – 5% [357].

За результатами онлайн-опитування (250 тис. медичних працівників державних і місцевих ЗОЗ), яке відбулося з 29 березня до 16 квітня 2021 р. в Сполучених Штатах (Bryant-GenevierJ., 2021) встановлено таке. Серед 26 174

респондентів (53,0%) були наявні симптоми депресії (32,0%), тривоги (30,3%), посттравматичні стресові розлади (36,8%) та суїцидальні думки (8,4%). Науковцями спостерігалася найвища поширеність симптомів психічного стану серед МП віком ≤ 29 років [358].

Пандемія коронавірусної хвороби (COVID-19) у Франції спровокувала реструктуризацію та реорганізацію надання медичних послуг для підтримки служб екстреної допомоги, відділень інтенсивної терапії та відділень неперервної терапії, що позначилося на мобілізації всіх внутрішніх резервів (ресурсів) здоров'я МП екстреної допомоги та спровокувало потенційний ризик розвитку психологічного дистресу [359].

Oral R., (2016) присвятив свої роботи проблемі психічного здоров'я у дітей та підлітків. За його пропозиціями у загальноосвітніх навчальних закладах Вашингтону (округ Колумбія), Північної Кароліни психологами та соціальними працівниками надається психологічна допомога підліткам для покращення їхнього психічного та фізичного здоров'я [360].

ВООЗ особливу увагу приділяє визначенню стану психічного здоров'я у країнах-членах та в цілому в світі. Тому усі держави-члени взяли зобов'язання щодо реалізації «Комплексного плану дій щодо психічного здоров'я на 2013-2030 рр.», який спрямований на покращення психічного здоров'я шляхом зміцнення ефективного керівництва та управління, надання комплексної, інтегрованої допомоги на рівні громади, впровадження стратегій просування та профілактики. Згідно з «Атласом психічного здоров'я ВООЗ 2020» встановлено, що виконання Україною плану дій з цього напрямку здійснюється недостатньо.

В останній доповіді ВООЗ «Світова доповідь про психічне здоров'я: зміна психічного здоров'я для всіх» основним меседжем до всіх країн є прискорення реалізації плану дій. У зазначеному плані дій ставиться єдина мета для всіх країн – досягнення значного прогресу в покращенні психічного здоров'я свого населення, зосередившись на трьох «шляхах» трансформації:

- поглиблення цінності психічного здоров'я кожної окремої особи громадами та урядами;
- поєднання цієї цінності із зобов'язанням, залученням та інвестиціями всіх зацікавлених сторін у всіх секторах;
- зміна у бік покращення фізичних, соціальних та економічних характеристик навколишнього середовища в домівках, школах, на робочих місцях і в цілому в суспільстві для кращого захисту психічного здоров'я та запобігання психічним захворюванням;
- зміцнення психіатричної допомоги таким шляхом, щоб повний спектр потреб у сфері психічного здоров'я задовольнявся через місцеву мережу

доступних, недорогих і якісних послуг і підтримки [250].

ВООЗ продовжує працювати на міжнародному рівні та національному рівні кожної країни, а також у гуманітарних ситуаціях, щоб забезпечити уряди та партнерів стратегічним керівництвом, інструментами та технічною підтримкою для посилення профілактичної складової психічного здоров'я населення [361, 362].

За статистичними даними МОЗ України у 2012 році забезпеченість психіатричними ліжками в спеціалізованих стаціонарах України становила 39251, у 2014 році – 31857, що показує скорочення ліжок на 18,8% майже за три роки. Починаючи з 2015 р. в державній статистичній документації МОЗ України, зокрема у таблиці 1111 форми 47 «Звіт про мережу та діяльність медзакладів», вказування даних про кількість ліжко-місць у ЗОЗ ПП скасовано [363].

За інформацією АПУ на початок 2019 року в Україні існувало 58 психіатричних лікарень та 24 наркологічні стаціонарні заклади (22 наркологічні диспансери зі стаціонаром і 2 наркологічні лікарні) із загальним ліжковим фондом 26915 психіатричних і 3371 наркологічних ліжок. Середній термін перебування в психіатричному стаціонарі становив 48,7 днів; в наркологічному стаціонарі – 12,3 дні. За даними сайту НСЗУ пакет медичних гарантій «Психіатрична допомога дорослим та дітям» для надання стаціонарної психіатричної допомоги отримали 194 заклади, серед яких тільки 58 психіатричних лікарень. 136 пакетів медичних гарантій «Психіатрична допомога дорослим та дітям» отримали наркологічні лікарні (НСЗУ було анонсовано, що вона не фінансує надання стаціонарної наркологічної допомоги) та соматичні лікарні, більшість з яких на сьогодні взагалі не мають стаціонарних психіатричних відділень та не надають стаціонарну психіатричну допомогу [364, 365].

Наявні дані АПУ свідчать про суттєве зменшення ліжкового фонду у ЗОЗ ПП на 4942 ліжко-місця за період з 2014 р. до 2019 р., а саме з 31857 ліжко-місць (2014 р.) до 26915 ліжко-місць (2019 р.).

За результатами аналізу державної статистичної форми № 10 МОЗ України «Звіт щодо надання психіатричної допомоги населенню по Україні», яка надається закладами охорони здоров'я психіатричного профілю, протягом трьох років (2018-2020 рр.) встановлено негативну динаміку змін кадрового ресурсу ЗОЗ ПП (табл. 4.1) [366].

У структурних підрозділах ЗОЗ ПП, наприклад, в амбулаторіях, кількість посад в Україні за профілем лікар-психіатр у 2018 р. становила 1145,25 штатних посад, укомплектовано було 1036,0 посад, тобто дефіцит становив 9,5%. Порівняно з 2018 р. у наступні 2019 р. та 2020 р. цей дефіцит збільшився і становив 12,5% і 12,8% відповідно. За штатним розкладом в Україні в

амбулаторіях ЗОЗ ПП на 2018 р. було передбачено 61,0 посада лікарів-психотерапевтів, при цьому було зайнято 43,0 посади, дефіцит становив 29,5%. За зазначений рік лікарів-психологів у цих же амбулаторіях передбачалось 36,25 посад, причому зайнято було 29,5 посад, дефіцит становив 18,6%. Порівняно з 2018 р. у наступні 2019 р. та 2020 р. цей дефіцит збільшився і становив 22,6% та 25,6% відповідно. За штатним розкладом у 2018 р. в амбулаторіях ЗОЗ ПП передбачалося 183,25 посад психологів, укомплектовано було 165,25 посад, дефіцит складав 9,8%. Порівняно з 2018 р. у 2019 р. та 2020 р. дефіцит посад психологів збільшився і становив 10,7% та 13,7% відповідно [367, 368].

Як видно з таблиці 4.1, в системі МОЗ штатний розклад лікарів-психіатрів, психологів, психотерапевтів та інших спеціалістів психіатричного профілю передбачається лише у структурі ЗОЗ ПП – амбулаторіях, і призначений саме для пацієнтів з психіатричними розладами, які знаходяться тривалий час на обліку у цих закладах.

Натомість у США, які є прототипом для імплементації реформаційних змін, розподіл кадрів в ЗОЗ ПП на 100 тис. населення лікарів-психіатрів становить 1,4, при цьому в Україні цей показник становить 7,76, що перевищує у 5,5 рази показник у США. Лікарів-психологів на 100 тис. населення у США 5,4, що у 10,8 разів більше, ніж в Україні – 0,5 на 100 тис. населення.

Таблиця 4.1. Динаміка змін кадрового ресурсу ЗОЗ ПП (2018-2020 рр.) за державною статистичною формою №10 «Звіт щодо надання психіатричної допомоги населенню по Україні», %

Фахівці	Кількість	В амбулаторній мережі			У стаціонарній мережі		
		2018 р.	2019 р.	2020 р.	2018 р.	2019 р.	2020 р.
І	2		4	5	6	7	8
Лікар-психіатр	штатних посад	1145,25	1156,45	1078,25	1574,75	1604,75	1516,5
	зайнятих посад	1036,0	1012,0	940,25	1411,15	1391,25	1288,0
	%	90,5	87,5	87,2	89,6	86,7	84,9
Лікар-психотерапевт	штатних посад	61,0	57,75	60,25	39,75	38,00	32,0
	зайнятих посад	43,0	43,50	44,5	28,25	27,75	21,75
	%	70,5	75,3	73,9	71,1	73,0	67,9
Лікар-психолог	штатних посад	36,25	44,25	45,0	62,75	66,00	47,25
	зайнятих посад	29,50	34,25	33,5	51,25	49,75	39,25
	%	81,4	77,4	74,4	81,7	75,4	83,1
Психолог	штатних посад	183,25	145,50	140,75	269,75	306,75	270,0
	зайнятих посад	165,25	130,00	121,5	260,25	281,00	236,75
	%	90,2	89,3	86,3	96,5	91,6	87,7
Соціальний працівник (із вищою освітою)	штатних посад	44,25	47,75	38,75	56,00	53,50	39,5
	зайнятих посад	38,25	42,25	37,25	53,50	64,00	27,25
	%	86,4	88,5	96,1	95,5	119,6	67,0
Соціальний працівник (без вищої освіти)	штатних посад	16,25	21,50	11,0	37,50	28,00	24,25
	зайнятих посад	9,25	15,75	10,75	30,50	19,00	15,50
	%	56,9	73,3	97,7	81,3	67,9	63,9
Медсестра соціальної допомоги	штатних посад	221,25	227,75	105,25	73,50	49,00	30,75
	зайнятих	196,75	188,0	84,0	52,00	43,50	20,25
	%	88,9	82,5	80,0	70,7	88,8	65,9
Медсестра	штатних посад	2397,5	2260,25	2132,25	10494,50	10298,0	8613,50
	зайнятих	2231,0	2109,82	1953,5	9643,75	9510,0	7589,25
	%	93,1	93,3	91,6	91,9	92,3	88,1

За даними ВООЗ (2017 р.) за розподілом кадрів СМП у США показник становить 3,5 на 100 тис. населення, в Україні – 16,5, що у 4,7 разів більше за показник у США (рис. 4.1). В європейських країнах пріоритетний напрямок щодо охорони психічного здоров'я орієнтований на попередження/профілактику психічних захворювань на рівні центрів первинної медико-санітарної допомоги, як нами запропоновано в попередніх розділах.

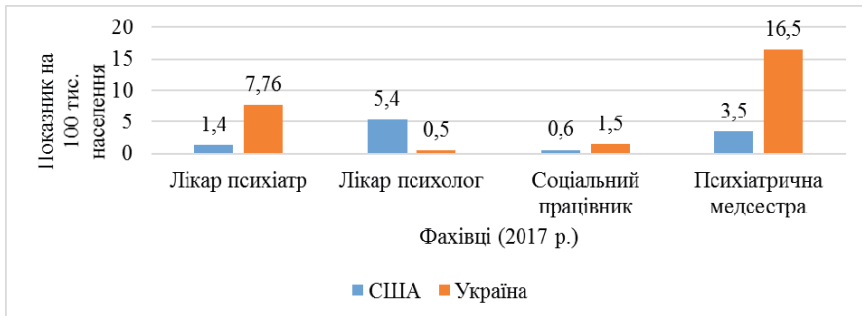


Рисунок 4.1. Розподіл кадрів у сфері психічного здоров'я на 100 тис. населення (ВООЗ, 2017 р.).

У країнах ЄС, як і в США, у сфері охорони психічного здоров'я присутня профілактична складова завдяки широкому впровадженню консультацій психологів (проактивні і телемедичні консультації) особам, які звернулись за медичною допомогою вперше. І лише у випадку необхідності консультації психіатра їх перенаправляють до спеціалістів відповідного профілю [369].

З кожним роком, за даними ВООЗ, в країнах ЄС показник забезпеченості населення МП, який надає послуги щодо психічного здоров'я збільшується. Так, у 2019 р. кількість працівників в різних країнах ЄС з високим рівнем життя варіюється і в середньому складає 13 фахівців на 100 тис. населення (у 2014 р. – 9 фахівців). Найбільші зміни у зростанні кількості працівників зафіксовано в регіоні Західної частини Тихого океану у 2020 р., що становили 15,4 фахівців на 100 тис. населення, а у 2014 р. цей показник становив 8,7 фахівців на 100 тис. населення. За даними ВООЗ у країнах з низьким рівнем доходу спостерігалось зменшення кількості МП у цій сфері від 6,2 до 3,8 працівника на 100 тис. населення (2017/2020 рр.).

В Україні у галузі охорони здоров'я відсутня профілактична місія запобігання психічним захворюванням серед населення, як це передбачено в країнах ЄС, США

та інших країнах світу, коли на рівні територіального закладу охорони здоров'я – амбулаторії, здійснюється надання психологічної, психотерапевтичної допомоги у найближчому до людини закладі [370-373].

У ЗОЗ ПП України в структурних підрозділах лікарень – в стаціонарах психіатричного профілю, кількість посад за профілем лікар-психіатр становила 1574,75 штатних посад (2018 р.), при цьому було укомплектовано 1411, 15 посад, дефіцит складав 10,4%. У 2019 р. та 2020 р. цей дефіцит збільшився порівняно з 2018 р. і становив 13,3% і 15,1% відповідно. За штатним розкладом в Україні в стаціонарах ЗОЗ ПП передбачено 39,75 посад лікарів-психотерапевтів (2018 р.), при цьому було зайнято 28,25 посад, дефіцит становив 28,9%, у 2019 р. – 27,0% і у 2020 р. – 32,1%. Лікарів-психологів у цих же стаціонарах ЗОЗ ПП передбачалось у 2018 р. 62,75 посад, зайнято було 51,25, дефіцит становив 18,3%. У 2019 р. та 2020 р. порівняно з 2018 р. дефіцит збільшився і становив 24,6% та 16,9% відповідно. За штатним розкладом у 2018 р. у стаціонарах ЗОЗ ПП передбачалось 269,75 посад психологів, укомплектовано було 260,25 посад, дефіцит складав 3,5%. У 2019 р. та 2020 р. порівняно з 2018 р. цей дефіцит збільшився і становив 8,4% та 12,3% відповідно.

В Україні за результатами аналізу Державної статистичної форми № 10 МОЗ України «Звіт щодо надання психіатричної допомоги населенню по Україні» в динаміці трьох років (2018-2020 рр.) нами спостерігалось збільшення з 63,8% до 70,6% звернень пацієнтів із психічними розладами за медичною допомогою в амбулаторії ЗОЗ ПП. Госпіталізація пацієнтів у стаціонари зменшилась з 32,1% до 27,0%, у денні стаціонари – з 4,1% до 2,4%, що пов'язано з незадовільними санітарно-гігієнічними умовами (рис. 4.2).

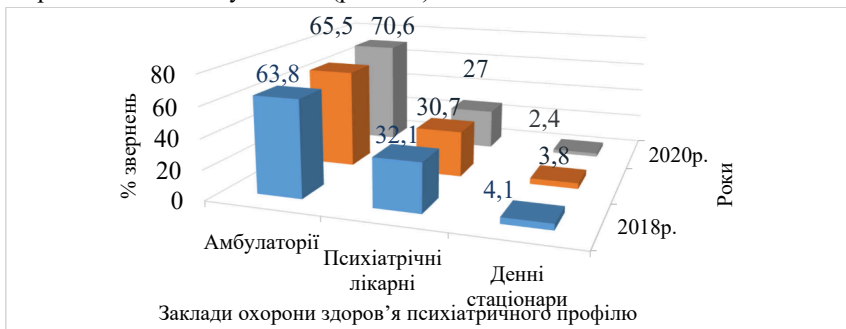


Рисунок 4.2. Кількість звернень щодо надання психіатричної допомоги в ЗОЗ ПП в Україні протягом 2018-2020 рр., %.

У таблиці 4.2 показано частоту звернень за психіатричною допомогою з урахуванням гендерних особливостей. За нашими спостереженнями встановлено, що за період 2018-2020 рр. більше звертались та проходили лікування в стаціонарах ЗОЗ ПП чоловіки від 67,2% до 65,3%, у денних стаціонарах від 57,3% до 59,1%. Водночас лікувалися в психіатричних лікарнях ЗОЗ ПП від 32,8% до 34,7% жінок, що значно менше за кількість чоловіків. За зазначений період більшість жінок (від 78,9% до 81,1%) проходили лікування амбулаторно. Особи, які мешкають у сільській місцевості, надавали перевагу стаціонарному лікуванню в ЗОЗ ПП, що склало від 32,1% до 31,9% за зазначений період, та менше надавали перевагу лікуванню у денних стаціонарах – від 10,0 до 8,2% і в амбулаторіях – від 8,3% до 7,9% (табл. 4.2).

За віковими групами: діти (до 14 років), молодь (14-35 років), особи зрілого віку (35-65 років), особи похилого віку (старші 65 років) за зазначений період в динаміці років спостерігалася перевага лікування в стаціонарних ЗОЗ ПП. Найбільша кількість осіб зрілого віку лікувалася в стаціонарах – від 24,5% до 23,3%, у денних стаціонарах – від 23,1% до 18,2% (табл. 4.3). В інших країнах більшість дітей отримують медичну допомогу в центрах загальноосвітніх навчальних закладів, де є психолог, психотерапевт, соціальний працівник.

Таблиця 4.2. Питома вага звернень за психіатричною допомогою в ЗОЗ ПП з урахуванням гендерних особливостей протягом періоду 2018-2020 рр. в Україні (за Держстатформою № 10 МОЗ України), %

Категорія	Амбулаторна психіатрична допомога			Стаціонарна психіатрична допомога			Психіатрична допомога у денних стаціонарах		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Чоловіки	21,1	20,8	18,9	67,2	66,6	65,3	57,3	56,6	59,1
Жінки	78,9	79,2	81,0	32,8	33,4	34,7	42,7	43,4	40,9
Сільське населення	8,3	8,7	7,9	32,1	32,6	31,9	10,0	8,0	8,2

Таблиця 4.3. Надання психіатричної допомоги населенню в ЗОЗ ПП: амбулаторної, стаціонарної та денної стаціонарної психіатричної допомоги у динаміці років (2018-2020 рр.) (за Держстатформою № 10 МОЗ України)

Надана психіатрична допомога	2018 р.	2019 р.	2020 р.
1	2	3	4
Всього надано амбулаторної, стаціонарної та у денних стаціонарах психіатричної допомоги	966230	985193	887712
Кількість осіб, яким було розпочато надання амбулаторної психіатричної допомоги (усього)	616 318	645 589	627 056
Всього надано психіатричної допомоги, %	63,8	65,5	70,6
Вперше встановлено діагноз розлад психіки та поведінки (усього)	183 996	189 005	170 687
Розпочато амбулаторне лікування, %	29,9	29,3	27,2
Кількість чоловіків із вперше встановленим діагнозом розлад психіки та поведінки	129 527	134 346	118 935
Розпочато амбулаторне лікування, %	21,0	20,8	18,9
Кількість сільського населення із вперше встановленим діагнозом розлад психіки та поведінки	53 223	56 401	49 742
Розпочато амбулаторне лікування, %	8,3	8,7	7,9
За віковими групами: діти	16 992	17 791	15 773
Розпочато амбулаторне лікування, %	2,8	2,8	2,5
- молодь	23 264	24 171	20 400
Розпочато амбулаторне лікування, %	3,8	3,5	3,4
особи середнього віку	62 589	63 221	53 634
Розпочато амбулаторне лікування, %	10,2	9,8	8,6
особи похилого віку	23 297	22 554	21 042
Розпочато амбулаторне лікування, %	3,8	3,5	3,4
Кількість осіб, яким надавалась стаціонарна психіатрична допомога (усього)	310 665	302 218	239 641
Всього наданої психіатричної допомоги, %	32,1	30,7	27,0
З них:	208 690	201 348	156 531
1) чоловіки			
Всього розпочато стаціонарної допомоги, %	67,2	66,6	65,3
2) сільське населення	99 699	98 431	76 533
Всього розпочатої стаціонарної допомоги, %	32,1	32,6	31,9

За віковими групами:	10 912	9 879	5 904
- діти			
Всього розпочато стаціонарної допомоги, %	3,5	3,3	2,5
- молодь	17 189	16 462	10 248
Всього розпочато стаціонарної допомоги, %	5,5	5,4	4,3
3) особи середнього віку	75 982	73 263	55 862
Всього розпочато стаціонарної допомоги, %	24,5	24,2	23,3
4) особи похилого віку	49 450	49 159	40 556
Всього розпочато стаціонарної допомоги, %	15,9	16,3	16,9
Кількість осіб госпіталізованих два та більше разів на рік	56 041	57 230	47 741
Всього розпочато стаціонарної допомоги, %	18,0	18,9	19,9
Кількість осіб, яким надавалася психіатрична допомога у денних стаціонарах (усього)	39 247	37 386	21 015
Всього надано допомогу в денних стаціонарах, %	4,1	3,8	2,4
З них:			
1) чоловіки	22 478	21 143	12 487
Всього надано допомогу в денних стаціонарах, %	57,3	56,6	59,1
2) сільське населення	3 925	2 991	1 728
Всього надано допомогу в денних стаціонарах, %	10,0	8,0	8,2
За віковими групами:	1 979	2 509	1 580
- діти			
Всього осіб, яким надавалася психіатрична допомога у денних стаціонарах, %	5,0	6,7	7,5
- молодь	2 261	2 787	1 810
Всього осіб, яким надавалася психіатрична допомога у денних стаціонарах, %	5,8	7,5	8,6
3) особи середнього віку	9 078	7 222	3 815
Всього осіб, яким надавалася психіатрична допомога у денних стаціонарах, %	23,1	19,3	18,2
4) особи похилого віку	5 766	5 857	2 985
Всього осіб, яким надавалася психіатрична допомога у денних стаціонарах, %	14,7	15,7	14,2
Психіатрична допомога у денних стаціонарах надавалася два та більше разів на рік	4 990	4 110	2 091
Всього осіб, яким надавалася психіатрична допомога у денних стаціонарах, %	12,7	11,0	10,0

За результатами вивчення досвіду європейських країн необхідно запровадити в Україні профілактичну місію щодо охорони психічного здоров'я на рівні центрів первинної медико-санітарної допомоги (амбулаторії загальної практики – сімейної медицини) шляхом укомплектування штатів психологами, психотерапевтами, соціальними працівниками, як це передбачено в країнах ЄС, США та інших, що підтверджує наші пропозиції щодо вивченого питання [374-376].

4.2 Характеристика психофізіологічних змін у медичних працівників психіатричного та загального профілю закладів охорони здоров'я в мирний час та під час воєнного стану

Психічне/ментальне здоров'я індивіда – це стан інтелектуальної, емоційної, когнітивної, поведінкової сфери, який обумовлений біологічними, соціальними, духовними потребами і можливостями їх задоволення. Індивідуальне здоров'я – поняття многогранне, яке включає фізичну витривалість та працездатність, стійкість та адаптивність до будь-яких стресів, креативність, моральність, цілеспрямованість та інші властивості індивіда. Жоден індивід не може повноцінно існувати, розвиватись поза суспільним, колективним впливом та відносинами в соціумі.

Дослідження «здоров'я» 664 медичних працівників сфери охорони здоров'я проведено в натурних умовах на базі КНП «Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. акад. О. І. Ющенка ВОР», як основна група, так і контрольна група – медичні працівники закладів охорони здоров'я загального профілю (м. Вінниця).

В основній групі загальна кількість респондентів склала 444 особи в мирний період та під час воєнного стану. За гендерним розподілом: 371 жінка (83,55%) та 73 чоловіки (16,44%). Середній вік МП основної групи – $41,5 \pm 11,38$ років, стаж роботи – $18,37 \pm 15,43$ років. Розподіл працівників, що взяли участь в опитуванні, за кваліфікаційними категоріями: спеціалістів вищої категорії – 195 (43,91%), першої категорії – 62 (13,96%), другої категорії – 34 (7,65%), без категорії – 153 (34,45%) спеціалістів.

Отже, контрольну групу сформовано з МП ЗОЗ ЗП загальною кількістю 220 осіб в мирний час під час воєнного стану. Серед них – 159 (72,27%) жінок та 61 (27,72%) чоловік. Середній вік респондентів склав $37,24 \pm 10,0$ років, стаж роботи – $18,45 \pm 11,61$ років. Відповідно до стажу роботи розподіл за кваліфікаційними категоріями такий: вищої категорії – 104 (47,27%), першої категорії – 27 (12,27%), другої категорії – 29 (13,18%), без категорії – 58 (26,36%) спеціалістів.

Опитування за адаптованою методикою «Ставлення до здоров'я» (автор Р. А. Березовська) [377] як один з основних елементів самозберігальної поведінки індивіда і є системою індивідуальних складових, що визначають оцінку індивідом свого фізичного і психічного стану. До структури опитувальника за адаптованою методикою «Ставлення до здоров'я» входить система відповідних шкал (або блоків питань):

1. Когнітивна шкала розкриває знання людини щодо свого індивідуального здоров'я, розуміння ролі його здоров'я в життєдіяльності, знання головних чинників, які можуть впливати як негативно (ушкоджувальний), так і позитивно (зміцнювальний) вплив на здоров'я особи.

2. Емоційна шкала характеризує особливості індивіда щодо переживання і відчуття, які пов'язані зі станом його здоров'я, особливостями емоційного стану, обумовлені погіршенням фізичного, психічного/ментального здоров'я.

3. Поведінкова шкала відображає особливості індивіда, які пов'язані зі здоров'ям поведінки, дотриманням здорового способу життя, в разі погіршення стану здоров'я – його поведінки.

4. Ціннісно-мотиваційна шкала визначає місце здоров'я в індивідуальній ієрархії термінальних та інструментальних цінностей респондентів, характеризує особливості мотивації у сфері здорового способу життя індивіда, основні причини недостатньої турботи про своє здоров'я.

Опитувальник «Ставлення до здоров'я» складається з 10 питань. Відповіді на закриті питання є так званими таблицями-наборами, які містять від 5 до 10 пронумерованих тверджень. Форма відповідей на закриті питання представлена у вигляді 7-бальної шкали вимірів. Досліджуваний повинен оцінити кожне із запропонованих тверджень відповідно до міри вираженості якостей, закладеної шкалою (наприклад, важливо-байдуже: де 1 бал відповідає відповіді – «абсолютно неважливо», а 7 балів – «дуже важливо»).

Березовська Р.А. у своїх роботах визначала, що поняття «внутрішня картина здоров'я» та «ставлення до здоров'я» – дуже близькі за значенням. Під час виконання професійних обов'язків МП знаходиться в екстремальних, нервово-емоційних умовах та має постійний ризик для свого здоров'я. Тривалі дії фізичних, хімічних і психотравмувальних, комбінованих чинників призводять до емоційного, душевного, психологічного виснаження ресурсів індивідуума без можливості їхнього відновлення. Якщо людина-медик не дбає про профілактичні заходи щодо негативних емоцій, стресів, ознак тривожного та депресивного реагування, то у неї з'являються передхвороби, які з часом переходять у хвороби.

Когнітивний блок відповідає за обізнаність конкретної людини про поняття здоров'я в цілому, а також розуміння важливості цього поняття у життєдіяльності людини. Відповідь респондентів на питання щодо обізнаності про визначення поняття «здоров'я», на відміну від усіх інших питань, може мати лише якісну оцінку, без можливості статистичної обробки. Більшість респондентів розглядають «здоров'я» як відсутність хворобливих станів без конкретизації анатомічного чи ментального ставлення.

При порівнянні обох груп в мирний час статистично значущої різниці не виявлено за жодним із поставлених питань. Це вказує на спільно однорідне сприйняття та когнітивне розуміння МП важливості використання джерел медичної інформації для обізнаності у сфері здоров'я. Насамперед привертає увагу наявність довіри до авторитету «лікаря-фахівця» (може краще «лікаря-практика»), до його професійної думки в конкретних нозологічних випадках та взаємних інтересів між пацієнтом і лікарем. На нашу думку, цей аналіз свідчить про безперечний вплив лікаря не лише на формування поняття здоров'я в суспільстві, а й ширших прикладних проблем, пов'язаних із здоровим способом життя. Аналіз даних показує, що для респондентів характерна адекватна обізнаність щодо інформаційних джерел із психічного/ментального здоров'я та сформоване позитивне ставлення до збереження, зміцнення свого здоров'я та до підтримання здорового способу життя.

Для визначення чинників, що негативно діють на стан здоров'я наступним питанням для медичного персоналу в опитувальнику було: «Як ви думаєте, які з нижче перерахованих чинників роблять найбільш істотний вплив на стан вашого здоров'я?». За результатами опитування визначено, що СМП статистично частіше, ніж лікарі, як основне інформаційне джерело про стан здоров'я, використовує ЗМІ. У свою чергу лікарі, на відміну від СМП, віддають більшу перевагу науково-популярним книгам.

У суб'єктивній оцінці можливих чинників, які впливають на стан здоров'я респондента, виявляється цікавий розподіл даних в обох групах дослідження. На думку опитуваних, найсерйозніший вплив на їх здоров'я мали чинники (у балах) спосіб життя ($m(k)=6,03\pm 1,52$; $m(o)=5,96\pm 1,38$) та особливості харчування в контрольній групі ($m(k)=6,0\pm 1,33$), дещо менший вплив мають недостатня турбота про здоров'я ($m(k)=5,92\pm 1,57$; $m(o)=5,6\pm 1,58$), екологічне середовище ($m(k)=5,84\pm 1,52$; $m(o)=5,74\pm 1,47$), а також особливості харчування в основній групі ($m(o)=5,72\pm 1,38$) бали. Найменший вплив, на думку респондентів, мають чинники (у балах): якість медичного обслуговування ($m(k)=5,68\pm 1,49$; $m(o)=5,52\pm 1,63$) і

професійна діяльність ($m(k)=5,58\pm 1,61$; $m(o)=5,35\pm 1,51$). Парадоксально, але найнижчий бал в обох групах дослідження виявився за чинником впливу – шкідливі звички ($m(k)=5,33\pm 2,02$; $m(o)=5,04\pm 2,11$) бали.

При порівнянні обох досліджуваних груп в мирний час виявлено статистично значущу різницю між респондентами, що визначили особливості харчування ($U=9172,0$; $Z=2,07$; $p<0,05$) та недостатність турботи про здоров'я ($U=9020,5$; $Z=2,14$; $p<0,05$), в цілому як несуттєві. Згідно з цими даними, працівники ЗОЗ ПП менше схилилися до зазначених чинників як суб'єктивно важливих для впливу на власне здоров'я порівняно з МП ЗОЗ ЗП. За суб'єктивною оцінкою СМП ЗОЗ ПП (основної групи дослідження) особливості харчування є фактором, що суттєво впливає на стан здоров'я, на відміну від оцінки лікарів ($U=4585,5$; $Z=2,82$; $p<0,05$). Жінки-працівниці ЗОЗ ПП статистично більше вважали екологічне середовище важливим чинником впливу на здоров'я людини ($U=2422,0$; $Z=2,35$; $p<0,05$).

Емоційний блок передбачав оцінювання рівня реактивності та переживань, які супроводжують респондентів при зміні їхнього стану здоров'я або погіршенні самопочуття. Перше питання блоку стосувалось найчастішого відчуття в опитуваного за умов доброго здоров'я. В обох групах дослідження спостерігалася висока середня оцінка за більшістю підпунктів. Прогнозовано найнижчий бал виявляється в підпункті «Мені це байдуже» ($m(k)=3,18\pm 1,98$; $m(o)=3,52\pm 2,26$ бали), що вказує на свідому зацікавленість усіх представників дослідження у стані власного здоров'я.

При послідовній погруповій оцінці виявляється статистично значуща різниця у відповідях на підпункт «Ніщо мене не турбує» ($U=9142,0$; $Z=-1,99$; $p<0,05$), із загально більшою бальною оцінкою в основній групі, та «Я переживаю почуття внутрішнього задоволення» ($U=9069,0$; $Z=2,19$; $p<0,05$), із навпаки важливим зниженням середнього балу порівняно з групою контролю. Також з таблиці помітна тенденція до більш нижчого середнього балу в підпунктах «Я відчуваю упевненість в собі» ($U=9225,5$; $Z=1,95$; $p=0,051$) та «Я відчуваю себе вільно» ($U=9183,0$; $Z=1,92$; $p=0,055$), що потребує додаткового вивчення і може свідчити про більший ступінь тривожності у медичних працівників ЗОЗ ПП.

За цим блоком питань співробітники ЗОЗ ЗП чоловічої статі статистично частіше вказувала на те, що нічого їх не турбує ($U=552,0$; $Z=-2,5$; $p<0,05$). За таких умов різниці між чоловіками та жінками ЗОЗ ПП не виявляється. Наступне питання блоку спрямоване на визначення стану респондентів, коли вони дізнаються про погіршення здоров'я. Найвищий бал спостерігався в обох досліджуваних групах за підпунктом «Я засмучений» ($m(k)=4,68\pm 2,01$; $m(o)=4,57\pm 1,93$), найнижчий бал

відповідає підпункту «Мені соромно» ($m(k)=2,74\pm 1,89$; $m(o)=2,46\pm 1,81$).

Лише один підпункт «Я стривожений і нервую» розглянутого питання вказує на статистичну різницю між досліджуваними групами респондентів ($U=8790,0$; $Z=2,48$; $p<0,05$), що в свою чергу показує нижчий ступінь тривожності з приводу погіршення здоров'я у медичних працівників ЗОЗ ПП в мирний час. У ході досліджень у медичного персоналу було виявлено найбільш часто випробовувані емоційні переживання, які пов'язані із здоров'ям або нездужанням. З упевненістю можна стверджувати, що зміни у самопочутті викликають зрушення в емоційному стані медичних працівників у всіх досліджуваних групах. При виявленні порушень з боку здоров'я лікарі ЗОЗ ПП статистично спокійніше реагують ніж СМП ($U=4747,0$; $Z=2,36$; $p<0,05$). Також чоловіки ЗОЗ ПП частіше за жінок почувають себе заклопотаними ($U=607,0$; $Z=-1,99$; $p<0,05$), тоді як жінки ЗОЗ ПП статистично більше виявляють засмученість ($U=2514,0$; $Z=1,98$; $p<0,05$).

Поведінковий блок спрямований на оцінку схильності досліджуваних до здорового способу життя, а також їхніх дій при погіршенні самопочуття.

Отже, використання респондентом певного виду підтримки власного здоров'я, а також відносна регулярність таких дій виявляє важливу дисперсію первинних даних та розбіжності в підході до власного оздоровлення представниками різних когорт медпрацівників. З отриманих даних середні показники більшості підпунктів є відносно низькими, що вказує на обмежене застосування великої кількості профілактичних заходів для підтримки здоров'я в цілому. Також привертає увагу візуально нижча зацікавленість профілактичними заходами щодо свого здоров'я у працівників ЗОЗ ПП.

Різниця між досліджуваними підгрупами в мирний час прослідковується за декількома важливими підпунктами: респонденти основної групи статистично рідше відмічали «виконання фізичних вправ» ($m(k)=4,32\pm 1,86$; $m(o)=3,72\pm 1,95$; $U=8683,5$; $Z=2,62$; $p<0,05$), менше дотримуються дієтичних рекомендацій ($m(k)=4,07\pm 1,8$; $m(o)=3,53\pm 1,85$; $U=8877,5$; $Z=2,36$; $p<0,05$), рідше відвідують лікаря з профілактичною метою ($m(k)=3,99\pm 1,91$; $m(o)=3,4\pm 2,04$; $U=8839,5$; $Z=2,41$; $p<0,05$), менше стежать за своєю вагою ($m(k)=4,66\pm 1,8$; $m(o)=3,9\pm 1,99$; $U=8344,0$; $Z=3,07$; $p<0,001$), рідше застосовують спеціальні оздоровчі системи ($m(k)=2,89\pm 2,08$; $m(o)=2,34\pm 1,93$; $U=9152,5$; $Z=2,02$; $p<0,05$), а також значно рідше практикують інші способи для підтримки здоров'я ($m(k)=3,09\pm 1,91$; $m(o)=2,41\pm 1,98$; $U=8414,0$; $Z=3,18$; $p<0,001$).

Статистичні розбіжності також спостерігаються між лікарями та СМП ЗОЗ ПП в мирний час. Так, лікарі частіше, ніж СМП ЗОЗ ПП, зазначали «виконання

фізичних вправ», вони дотримуються дієти, піклуються про режим, а також уникають шкідливих звичок. Нами встановлено гендерні особливості МП за ставленням до профілактичних заходів для покращення власного здоров'я в мирний час. Цей блок виявився цікавим за гендерним розподілом первинних даних: чоловіки – працівники ЗОЗ ПП, суттєво частіше загартовуються ($U=2291,0$; $Z=-2,72$; $p<0,05$) та виконуються фізичні вправи ($U=2441,5$; $Z=-2,22$; $p<0,05$) для профілактики захворювань, а співробітники ЗОЗ ЗП чоловічої статі статистично частіше відвідують лазню ($U=552,0$; $Z=-2,59$; $p<0,05$).

Інше питання блоку має чіткий зв'язок з певними діями (тобто поведінкову реакцію), спрямованими на виявлення причин та ліквідацію порушень у здоров'ї, орієнтування на професійний чи непрофесійний тип допомоги. Найвищий середній бал в обох досліджуваних групах відповідає підпункту «Сам вживаю заходів», що, на нашу думку, тісно та глибинно пов'язано з професійними особливостями МП ($m(k)=5,32\pm 1,62$; $m(o)=5,02\pm 1,62$).

Статистично вагома різниця між групами дослідження чітко відстежувалася в питанні «Щось ще?» ($U=7799,5$; $Z=3,85$; $p<0,001$). Лікарі частіше за СМП ЗОЗ самі застосовують профілактичні заходи при погіршенні здоров'я ($U=4859,5$; $Z=2,17$; $p<0,05$). Водночас СМП ЗОЗ статистично більше застосовує інші методи «Щось ще?» ($U=3888,5$; $Z=-4,27$; $p<0,001$).

Жінки-респонденти ЗОЗ ЗП частіше за чоловіків в мирний час самі вживають певних заходів при погіршенні здоров'я ($U=606,5$; $Z=2,06$; $p<0,05$), водночас чоловіки більше схильні звертатися за порадою до друзів ($U=589,5$; $Z=-2,18$; $p<0,05$). Наступним блоком у дослідженні було визначення ціннісно-мотиваційної складової. Блок включав питання, спрямовані на виявлення найбільш панівних та значущих цінностей в світогляді людини/медика. Тому перше питання охоплює поширені загальнолюдські цінності з відміткою найбільш значущих із них для наших респондентів. Хоча й більшість показників знаходяться у високих рангах для обох груп дослідження, саме щасливе родинне життя ($m(k)=6,61\pm 1,05$; $m(o)=6,43\pm 1,17$) та здоров'я ($m(k)=6,6\pm 1,11$; $m(o)=6,16\pm 1,41$) є панівним, що видно на вказаному рисунку. На противагу цьому, найнижчі показники, хоча все одно високі, відмічено у «визнанні тих, хто оточує» ($m(k)=5,62\pm 1,59$; $m(o)=5,33\pm 1,46$).

Згідно з U – критерієм Манна-Уїтні вагома різниця у відповідях респондентів обох груп дослідження спостерігалася в оцінці «здоров'я», «кар'єри» та «визнанні тих, хто оточує». Медпрацівники ЗОЗ ПП порівняно з медпрацівниками ЗОЗ ЗП надають меншого значення здоров'ю ($U=8382,5$; $Z=3,55$; $p<0,001$), цікавості до роботи чи кар'єри ($U=8717,5$; $Z=2,7$; $p<0,05$) та визнанню людей, що оточують

($U=8922,5$; $Z=2,17$; $p<0,05$). Специфічних гендерних або професійних проявів за цим блоком не було виявлено. Наступне питання блоку включало думку респондентів про те, які саме умови та цінності важливі для досягнення успіху в житті. Як видно з отриманого графіка, структура відповідей різних когорт обстежуваних доволі неоднозначна. Цікаво, що поряд з важливістю здоров'я ($m(k)=6,7\pm 1,01$; $m(o)=6,41\pm 1,14$) більшість респондентів вважають одним із важливих факторів завзятість ($m(k)=6,34\pm 1,3$; $m(o)=6,26\pm 1,17$). Усі інші цінності займають середньоважливе значення, а найнижче середнє спостерігалось у підпункті «потрібні зв'язки» ($m(k)=5,47\pm 1,6$; $m(o)=5,31\pm 1,53$).

Лише показник здоров'я виявляється статистично вагогим та вказує на більшу прихильність респондентів контрольної групи до нього як до важливої умови досягнення успіху в глобальному сенсі ($U=8725,0$; $Z=3,32$; $p<0,001$). Лікарі ЗОЗ ПП більше вважають хорошу освіту важливим чинником для досягнення успіху в житті ($U=4124,5$; $Z=3,98$; $p<0,001$). Водночас СМП суттєвіше схильні до такого фактору як «потрібні зв'язки» ($U=4789,0$; $Z=-2,33$; $p<0,05$).

У третьому питанні відображено ймовірні суб'єктивні та об'єктивні причини недостатнього піклування про особисте здоров'я з позиції самих респондентів. Як видно, середні значення відповідей знаходяться у фактично одному діапазоні. Найвищий показник відповідає вислову «у мене немає на це часу» ($m(k)=4,16\pm 1,83$; $m(o)=4,0\pm 1,886$), а найнижчий – «не знаю, що для цього робити» ($m(k)=3,3\pm 1,81$; $m(o)=2,63\pm 1,71$).

При порівняльному міжгруповому аналізі статистично вагома різниця спостерігалася за декількома твердженнями. МП основної групи дослідження порівняно з групою контролю рідше вказував причину обмеженого піклування про своє здоров'я у вигляді нестачі сили волі ($U=9173,5$; $Z=2,0$; $p<0,05$), відсутності компанії ($U=8491,0$; $Z=2,83$; $p<0,05$), небажання себе в чомусь обмежувати ($U=8792,5$; $Z=2,52$; $p<0,05$), незнанні, що для цього потрібно робити ($U=8397,5$; $Z=3,03$; $p<0,05$), відсутності певних відповідних умов ($U=8848,5$; $Z=2,44$; $p<0,05$), а також будь-яких інших причин ($U=8752,5$; $Z=2,58$; $p<0,05$).

Серед причин недостатньої уваги до свого здоров'я для СМП ЗОЗ суттєвішими є необхідність великих матеріальних витрат ($U=4789,0$; $Z=-2,22$; $p<0,05$) та інші причини ($U=4696,5$; $Z=-2,52$; $p<0,05$). Також необхідність більших витрат вважається важливою перепоною в догляді за власним здоров'ям статистично частіше у жінок, що працюють в умовах ЗОЗ ПП ($U=2421,0$; $Z=2,03$; $p<0,05$).

Статистично вагома різниця між показниками основної та контрольної груп

не спостерігалася, хоча попередньо виявлені статистичні закономірності окремих питань поведінкового блоку вказують на тенденцію до меншого спрямування медичних працівників ЗОЗ ПП на здоровий спосіб життя, а також дій щодо корекції виявлених у здоров'ї порушень ($p > 0,05$).

За результатами проведеного анкетування в мирний час встановлено зміни у медичних працівників ЗОЗ ПП і ЗОЗ ЗП за всіма компонентами. Так, спостерігалась стабільна ситуація щодо найбільшої довіри саме до лікарів при погіршенні здоров'я. Водночас СМП ЗОЗ ПП вважав вплив на стан здоров'я за показником «особливості харчування» вагомим, більше за лікарів ($U=4585,5$; $Z=2,82$; $p < 0,05$).

У медичних працівників ЗОЗ ПП порівняно з медичними працівниками ЗОЗ ЗП ($U=8790,0$; $Z=2,48$; $p < 0,05$) в мирний час встановлено нижчий ступінь тривожності з приводу погіршення здоров'я. Медичні працівники ЗОЗ ПП статистично рідше зазначають «виконання фізичних вправ» ($U=8683,5$; $Z=2,62$; $p < 0,05$), менше дотримуються дієтичних рекомендацій ($U=8877,5$; $Z=2,36$; $p < 0,05$), рідше відвідують лікаря з профілактичною метою ($U=8839,5$; $Z=2,41$; $p < 0,05$), менше стежать за своєю вагою ($U=8344,0$; $Z=3,07$; $p < 0,001$), рідше застосовують спеціальні оздоровчі системи ($U=9152,5$; $Z=2,02$; $p < 0,05$), а також значно рідше практикують інші способи для підтримки здоров'я ($U=8414,0$; $Z=3,18$; $p < 0,001$) порівняно з медичними працівниками ЗОЗ ЗП. За гендерним розподілом чоловіки ЗОЗ ПП суттєво частіше загартовуються ($U=2291,0$; $Z=-2,72$; $p < 0,05$) та виконують фізичні вправи ($U=2441,5$; $Z=-2,22$; $p < 0,05$) для профілактики захворювань, ніж жінки.

Медпрацівники ЗОЗ ПП порівняно з медпрацівниками ЗОЗ ЗП надають меншого значення здоров'ю ($U=8382,5$; $Z=3,55$; $p < 0,001$), цікавості до роботи чи кар'єри ($U=8717,5$; $Z=2,7$; $p < 0,05$) та визнанню людей з оточення ($U=8922,5$; $Z=2,17$; $p < 0,05$), що є ризиком виникнення хвороби, байдужості до роботи, до пацієнтів, до родини [378, 379].

Суб'єктивна оцінка важливості джерел інформації під час воєнного стану, що впливають на обізнаність респондентів у понятті здоров'я, демонструє стабільно найвищу довіру до лікарів стосовно такого чутливого питання ($m(k)=6,07 \pm 1,16$; $m(o)=5,07 \pm 1,61$). На другому місці в обох групах було відзначено використання науково-популярних книг ($m(k)=5,05 \pm 1,78$; $m(o)=4,30 \pm 1,86$). Найменшу цінність мали джерела у вигляді газет і журналів ($m(k)=3,31 \pm 1,73$; $m(o)=3,87 \pm 1,82$) та ЗМІ для контрольної групи ($m(k)=3,60 \pm 1,89$).

При порівнянні основної та контрольної груп під час воєнного стану

спостерігалася статистично значуща різниця між усіма показниками, окрім впливу фактора «друзів», значення якого також знаходяться в низьких діапазонах ($m(k)=3,75\pm 1,80$; $m(o)=3,99\pm 1,68$). Статистична різниця різнонаправлена за кожним з підпитань. Найвищі значення за показником «лікаря-фахівця» є більш вагомими у контрольній групі, тобто більше цінуються медпрацівниками ЗОЗ ЗП, аніж представниками ЗОЗ ПП ($U=8746,5$; $Z=5,79$; $p<0,001$). Водночас респонденти основної групи більше довіряють засобам масової інформації ($U=11859,0$; $Z=-2,16$; $p<0,05$). Хоча до газет та журналів як до джерела інформації про здоров'я звертається найменша кількість осіб з обох груп, статистично більша частка таких респондентів припадає саме на основну групу дослідження ($U=11361,0$; $Z=-2,73$; $p<0,05$). Науково-популярні книги мають вищу цінність для медпрацівників ЗОЗ ПП порівняно з ЗОЗ ЗП ($U=10516,0$; $Z=3,63$; $p<0,001$). Цікавим виявився внутрішньогруповий розподіл значень. Статистично частіше СМП ЗОЗ ПП використовує газети та журнали ($U=4600,5$; $Z=-2,5$; $p<0,05$), а також науково-популярні книги ($U=4787,0$; $Z=-2,01$; $p<0,05$) як ресурс для обізнаності про своє здоров'я, аніж лікарі.

Загалом медичні працівники ЗОЗ ЗП і ЗОЗ ПП під час воєнного стану однаково використовують джерела для обізнаності про стан свого здоров'я. З іншого боку, медичні працівниці жіночої статі ЗОЗ ЗП статистично частіше довіряють ЗМІ, ніж протилежна стать ($U=1212,0$; $Z=-2,32$; $p<0,05$) з великою кількістю найнижчого балу у когорті чоловіків.

Найвищу довіру обох статей встановлено до лікарів як експертів у цьому питанні. Велика кількість респондентів усіх ЗОЗ ставлять найбільший бал науково-популярним книгам. Використання газет, журналів, а також отримання інформації від друзів мають найменшу кількість балів, що відповідно вказує на їх найменшу цінність як джерел інформації. Спостерігалася велика кількість чоловіків, що відмічають низькими балами ЗМІ, газети і журнали та друзів як джерело інформації, на противагу лікарям та науково-популярним книгам, що відповідають найвищому балу. У жінок дані розподілені загалом одноманітно, але також з найвищими балами для джерела «лікаря-фахівця». Тобто спостерігалася чітка розбіжність в цілому блоці серед чоловіків та жінок в групі контролю. З боку ЗОЗ ПП такої наочності не встановлено.

Аналіз даних під час воєнного стану показує, що для респондентів характерна адекватна обізнаність щодо інформаційних джерел із психічного здоров'я та сформоване позитивне ставлення до здоров'я та до здорового способу життя. При оцінці чинників, які на думку респондентів можуть впливати на їхнє здоров'я,

спостерігається відносно високий розподіл даних в обох групах дослідження практично за всіма відповідями. Найвпливовішим фактором вважався спосіб життя ($m(k)=6,02\pm 1,29$, $m(o)=5,46\pm 1,56$), особливості харчування ($m(k)=5,96\pm 1,20$, $m(o)=5,32\pm 1,47$). У контрольній групі також критичними факторами виявилися фактично усі поставлені питання, особливо професійна діяльність ($m(k)=5,86\pm 1,32$), якість медичного обслуговування ($m(k)=5,79\pm 1,55$) та екологічне середовище ($m(k)=5,75\pm 1,33$). Водночас найнижче значення для досліджуваних основної групи мала професійна діяльність ($m(o)=4,91\pm 1,47$) та якість медичного обслуговування ($m(o)=5,08\pm 1,73$). Показники за всіма відповідями з цього питання знаходяться в значеннях вище середнього, тому в цілому за когортами спостерігалось сприйняття працівниками усіх перерахованих чинників як важливих у формуванні здоров'я індивіда.

При порівняльному аналізі основної та контрольної груп під час воєнного стану спостерігалася статистично значуща різниця за даними всіх підпунктів, окрім чинника «шкідливі звички». У всіх випадках медпрацівниками ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП надавалася менша увага таким важливим чинникам, як якість медичного обслуговування, екологічне середовище, професійна діяльність, особливості харчування, спосіб життя та недостатня турбота про здоров'я на формування власного здоров'я під час воєнного стану в країні ($p<0,05$). Якість медичного обслуговування має більший вплив на стан здоров'я для СМП, аніж лікарів ЗОЗ ПП ($U=4596,5$; $Z=-2,3$; $p<0,05$). Водночас шкідливі звички, на думку лікарів як ЗОЗ ПП, так і ЗОЗ ЗП, мають більшу увагу для їхнього здоров'я, ніж на думку СМП ($U=4771,5$; $Z=1,99$; $p<0,05$).

Жінки-співробітниці ЗОЗ ПП статистично частіше за чоловіків вважають екологічне середовище ($U=2833,0$; $Z=-2,06$; $p<0,05$) та спосіб життя ($U=2731,5$; $Z=-2,15$; $p<0,05$) факторами, що впливають на здоров'я. Чоловіки в ЗОЗ ЗП достовірно більше розглядали шкідливі звички ($U=1236,0$; $Z=2,23$; $p<0,05$) як фактор впливу на формування здоров'я. В обох групах спостерігалася тенденція до частішого сприйняття жінками якості медичного обслуговування так само як важливий фактор.

Емоційний компонент людини пов'язаний з комплексом відчуттів хвилювання, а саме: радість, воля, симпатія, спокій, що визначається індивідуально-психологічними та індивідуально-типологічними ознаками осіб. У результаті дослідження емоційного компонента при оцінюванні відчуття респондентів за умов відсутності будь-яких хворобливих станів спостерігався найвищий середній бал за підпунктами «Я спокійний» ($m(k)=6,36\pm 1,16$; $m(o)=5,69\pm 1,65$), «Я задоволений»

($m(k)=6,22\pm 1,34$; $m(o)=5,71\pm 1,57$), «Я щасливий» ($m(k)=6,13\pm 1,41$; $m(o)=5,81\pm 1,47$), а також «Я відчуваю себе вільно» ($m(k)=6,11\pm 1,18$; $m(o)=5,31\pm 1,59$ бали). Спостерігалися відносно високі середні показники і за іншими підпитаннями з прогнозованим найнижчим відчуттям «Мені це байдуже» ($m(k)=3,28\pm 2,25$; $m(o)=4,20\pm 2,21$ бали).

Усі відповіді на це питання визначалися суттєвою статистичною різницею ($p<0,05$), окрім підпункту «Ніщо мене не турбує». У випадку відповіді «Мені це байдуже» спостерігався парадоксальний зсув значень із значущо більшим проявом в основній групі дослідження ($U=10695,5$; $Z=-3,38$; $p<0,001$). За іншими підпунктами статистична різниця із більшими проявами виявлена в контрольній групі респондентів, що в свою чергу може вказувати на більшу емоційну лабільність у медпрацівників ЗОЗ ПП під час війни. Жінки, що працюють в умовах ЗОЗ ПП, статистично частіше ставлять високу оцінку відчуттю «Мені радісно» ($U=2734,5$; $Z=-2,35$; $p<0,05$) та «Мені ніщо не загрожує» ($U=2811,0$; $Z=-2,1$; $p<0,05$) за умов відсутності будь-яких негативних змін з боку здоров'я.

Важливими є зміни емоційного компонента як у лікарів, так і у СМП ЗОЗ, які виконували свій професійний обов'язок під час воєнного стану. Значення кожної з відповідей набували вираженої дисперсії у випадку, коли респонденти дізнавалися про погіршення власного здоров'я, що продемонстровано. Найвищі середні показники виявлені за відповідями «Я засмучений» ($m(k)=4,35\pm 1,81$; $m(o)=4,39\pm 1,76$) та «Я заклопотаний» ($m(k)=4,11\pm 1,69$; $m(o)=4,28\pm 1,75$ бали). Також у респондентів з основної когорти відносно висока частота відчуття «Я знервований» ($m(o)=4,12\pm 1,78$) та «Мені страшно» ($m(o)=4,02\pm 1,75$ бали) респондентів з основної когорти. Найнижчі середні значення зафіксовано в обох групах дослідження за підпунктом «Мені соромно» ($m(k)=2,28\pm 1,51$; $m(o)=3,07\pm 1,84$ бали).

Суттєва статистична різниця між групами дослідження під час воєнного стану спостерігалася за підпунктами «Я відчуваю почуття провини» ($U=10599,5$; $Z=-3,55$; $p<0,001$), «Мені страшно» ($U=10626,0$; $Z=-3,5$; $p<0,001$) та «Мені соромно» ($U=10269,5$; $Z=-3,98$; $p<0,001$). Як видно, емоційна реакція працівників ЗОЗ ПП на погіршення здоров'я більш виражена за вказаними підпунктами, що опосередковано може вказувати на вищу сприйнятливість непередбачених прошарків населення до змін власного здоров'я під час війни. Також хоча й відсутня статистично значуща різниця, виявляється певна тенденція до більш спокійного сприйняття подібних новин «Я спокійний» респондентами ЗОЗ ЗП. У разі погіршення свого загального стану суттєва різниця виявлялася за підпунктом «Я

стривожений і нервую» серед чоловіків та жінок, які працюють у ЗОЗ ЗП. Саме медичні працівниці статистично частіше вказують на цю ознаку ($U=1197,5$; $Z=-2,41$; $p<0,05$). Поведінковий компонент пов'язаний з актуалізацією діяльності людини, спрямованістю на досягнення суб'єктивно значущих цілей. За результатами дослідження медичних працівників ЗОЗ щодо профілактичних заходів зміцнення їхнього власного здоров'я встановлено таке. Серед заходів, які медпрацівники застосовують для підтримки власного здоров'я, найбільшу частку складають «уникання шкідливих звичок» ($m(k)=4,05\pm 2,10$; $m(o)=4,19\pm 2,01$), «виконання фізичних вправ» ($m(k)=4,05\pm 1,64$; $m(o)=3,87\pm 1,79$) та «стеження за своєю вагою» ($m(k)=4,44\pm 1,78$; $m(o)=3,81\pm 1,70$ бали). Найрідше респонденти використовують «відвідування спортивних секцій» ($m(k)=2,97\pm 2,02$; $m(o)=3,18\pm 1,93$), «практикування спеціальних оздоровчих систем» ($m(k)=2,56\pm 1,87$; $m(o)=3,08\pm 1,91$ бали), інших заходів «Щось ще» ($m(k)=2,38\pm 1,47$; $m(o)=3,01\pm 1,89$), а також працівниками ЗОЗ ЗП рідше використовуються відвідування лазень як заходу щодо підтримки власного здоров'я ($m(k)=2,77\pm 1,86$ бали).

За результатами дослідження профілактичних заходів зміцнення власного здоров'я серед медичних працівників ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП під час воєнного стану встановлено статистично значущу різницю. Між досліджуваними групами спостерігалось більше значення за підпунктом «стежу за своєю вагою» працівників ЗОЗ ЗП ($U=11121,0$; $Z=2,89$; $p<0,05$), а також за підпунктами «ходжу в лазню» ($U=11043,5$; $Z=-2,93$; $p<0,05$), «практикую спеціальні оздоровчі системи» ($U=11669,0$; $Z=-2,36$; $p<0,05$) та інші заходи ($U=11199,0$; $Z=-2,46$; $p<0,05$), які частіше застосовуються саме працівниками психоневрологічних закладів. Останні відмінності вказують на більш ширше застосування неконвенційних заходів для підтримки здоров'я представниками основної групи. СМП ЗОЗ в основній групі статистично частіше за лікарів загартовуються ($U=4416,0$; $Z=-2,72$; $p<0,05$) та використовують інші методи підтримки власного здоров'я ($U=4052,0$; $Z=-3,15$; $p<0,05$) в основній групі. СМП ЗОЗ ЗП частіше за лікарів відвідують лікаря з профілактичною метою ($U=1140,0$; $Z=-3,02$; $p<0,05$), а лікарі частіше відвідують лазню.

У ході дослідження нами встановлено гендерні особливості медичних працівників стосовно профілактичних заходів для покращення власного здоров'я під час воєнного стану.

При гендерній переоцінці отриманих даних виявлено статистично частіше застосування загартовування ($U=2825,0$; $Z=1,99$; $p<0,05$) та інших методів ($U=2451,5$; $Z=2,49$; $p<0,05$) чоловіками основної групи дослідження.

Медпрацівники ЗОЗ ЗП чоловічої статі частіше за жінок відвідують лазню ($U=1140,0$; $Z=2,75$; $p<0,05$), на противагу цьому, жінки-співробітниці частіше відвідують лікаря з профілактичною метою ($U=1126,5$; $Z=-2,78$; $p<0,05$).

Конкретні дії, спрямовані на виявлення та спробу ліквідації наслідків порушеного власного здоров'я, відображені в основному однією відповіддю «сам вживаю заходів» ($m(k)=4,98\pm 1,51$; $m(o)=4,46\pm 1,69$). Найнижчий середній показник був за відповіддю «Щось ще» ($m(k)=3,23\pm 1,69$; $m(o)=3,46\pm 1,83$).

При порівнянні результатів обох груп дослідження під час воєнного стану виявляється статистична різниця лише за згаданим підпунктом «сам вживаю заходів», при чому такі дії є більш притаманними медпрацівникам ЗОЗ ПП ($U=11344,0$; $Z=2,76$; $p<0,05$). Загалом найнижчі значення відповіді «Щось ще», медсестри ЗОЗ ПП статистично частіше за лікарів обирають такий підпункт як дію, спрямовану на розв'язання проблеми зі здоров'ям ($U=3883,5$; $Z=-3,8$; $p<0,001$).

Чоловіча частина працівників ЗОЗ ПП статистично частіше за жінок застосовує інші методи для розв'язання проблем зі здоров'ям ($U=2205,5$; $Z=3,67$; $p<0,001$). Серед медичних співробітників ЗОЗ ЗП чоловіки мають суттєву перевагу за частотою відповіді «прагну не звертати увагу» ($U=1218,0$; $Z=2,28$; $p<0,05$), тоді як жіноча частина працівників превалює за «звертанням за порадою до друзів» ($U=1246,0$; $Z=-2,13$; $p<0,05$).

Під час воєнного стану МП, які при погіршенні власного здоров'я займаються самолікуванням, провокують перехід передхворобливого стану у хворобу. Ціннісно-мотиваційний компонент у нашому дослідженні визначає місце здоров'я в індивідуальній ієрархії термінальних та інструментальних цінностей респондентів. Для оцінки ціннісно-мотиваційної компоненти у медичного персоналу ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП було проведено дослідження для виявлення місця особистого здоров'я в ієрархії цінностей в житті. В цьому блоці дослідження виявлено найбільш значущі для респондентів загальнолюдські цінності, більшість із яких мають високі середні значення. Найвищі середні показники очікувано розподілилися за підпунктами «щасливе родинне життя» ($m(k)=6,48\pm 1,10$; $m(o)=5,99\pm 1,57$), «здоров'я» ($m(k)=6,30\pm 1,20$; $m(o)=5,82\pm 1,62$), «незалежність» ($m(k)=6,10\pm 1,38$; $m(o)=5,65\pm 1,66$), а також у групі контролю – показник «кар'єри» ($m(k)=6,02\pm 1,09$).

Незалежність (свобода) у роботі медичного персоналу ЗОЗ необхідна для подальшого професійного росту, їх просування у кар'єрі, відчуття самореалізації та задоволення роботою, отримання позитивних відгуків від керівництва, колег, пацієнтів. У самостійній (незалежній) роботі МП проявляють цілеспрямованість, самоконтроль, самоорганізацію. Згідно з проведеною непараметричною оцінкою

досліджуваної та контрольної когорт, спостерігається суттєва різниця рангових показників у підпунктах «щасливого родинного життя» ($U=11755,0$; $Z=2,66$; $p<0,05$), «здоров'я» ($U=11797,5$; $Z=2,5$; $p<0,05$), «кар'єри» ($U=11827,5$; $Z=2,26$; $p<0,05$), а також «незалежності» ($U=11464,5$; $Z=2,51$; $p<0,05$). Дані прояви значень опосередковано вказують на суттєву різницю у сприйнятті цінностей – медпрацівників ЗОЗ ПП, які менше замислюються над важливістю таких благ, як: здоров'я, щасливе родинне життя, незалежність та кар'єра під час війни. Статистичної різниці між даними, отриманими від лікарів та СМП, в обох групах дослідження не виявлено. Беручи до уваги гендерний розподіл, респонденти-жінки ЗОЗ ПП більше за чоловіків вважають важливими такі чинники, як «наявність вірних друзів» ($U=2845,0$; $Z=-2,01$; $p<0,05$) та «визнання тих, хто оточує» ($U=2800,0$; $Z=-1,97$; $p<0,05$). Не менш цікавим є розподіл первинних відповідей щодо найважливіших умов для досягнення успіху в житті. Загалом усі респонденти вказують на важливість тією чи іншою мірою кожного із запропонованих підпунктів. Відносно менші позиції мають «матеріальний достаток» ($m(k)=5,69\pm 1,35$; $m(o)=5,28\pm 1,54$), «везіння» ($m(k)=5,61\pm 1,25$; $m(o)=5,40\pm 1,56$), «потрібні зв'язки» ($m(k)=5,57\pm 1,47$; $m(o)=5,26\pm 1,54$ бали).

Усі перераховані умови під час воєнного стану, окрім «везіння», мають статистично значущу різницю між групами дослідження та контролю. Хоча середні бали у відповідях знаходяться у високих значеннях, респонденти ЗОЗ ЗП надавали значно більшого значення хорошій освіті ($U=9419,0$; $Z=5,07$; $p<0,001$), матеріальному достатку ($U=11624,5$; $Z=2,34$; $p<0,05$), здатності ($U=10606,5$; $Z=3,26$; $p<0,001$), здоров'ю ($U=10511,5$; $Z=3,84$; $p<0,001$), завзятості ($U=10708,0$; $Z=3,56$; $p<0,001$) та потрібним зв'язкам ($U=11851,0$; $Z=2,01$; $p<0,05$) під час війни, аніж медичні працівники ЗОЗ ПП. Також працівники жіночої статі ЗОЗ ЗП більше за чоловіків надають перевагу завзятості ($U=1268,5$; $Z=-2,26$; $p<0,05$) в цьому блоці питань. Причинами недостатньої турботи про своє здоров'я респонденти ЗОЗ вважають різні фактори. Найвищі середні показники спостерігалися серед відповідей «у мене немає на це часу» для обох груп ($m(k)=4,38\pm 1,99$; $m(o)=4,01\pm 1,85$ бали). Найнижчі значення припадають на відповідь «немає відповідних умов» ($m(k)=2,73\pm 1,77$; $m(o)=3,38\pm 1,71$), «не знаю, що для цього робити» ($m(k)=2,35\pm 1,65$; $m(o)=3,14\pm 1,72$), «немає компанії» ($m(k)=2,94\pm 1,90$; $m(o)=3,51\pm 1,83$), а також інші чинники «Щось ще» ($m(k)=3,07\pm 1,45$; $m(o)=3,37\pm 1,73$ бали).

Суттєва статистична різниця між групами під час воєнного стану виявляється у підпунктах опитувальника «немає компанії» ($U=11105,5$; $Z=-2,85$; $p<0,05$), «не

хочу себе ні в чому обмежувати» ($U=10712,5$; $Z=-3,36$; $p<0,001$), «не знаю, що для цього робити» ($U=9779,0$; $Z=-4,51$; $p<0,001$), «немає відповідних умов» ($U=10523,5$; $Z=-3,58$; $p<0,001$) та «необхідність великих матеріальних витрат» ($U=11464,0$; $Z=-2,55$; $p<0,05$). Як видно, працівники ЗОЗ ПП, як причину своєї зменшеної турботи про власне здоров'я частіше вказують відсутність компанії, небажання себе в чомусь обмежувати, часто незнання, що для цього необхідно робити, відсутність умов та значні матеріальні витрати. «Немає відповідних умов» ($U=4772,5$; $Z=-1,97$; $p<0,05$) та інші причини «Щось ще» ($U=4011,0$; $Z=-3,63$; $p<0,001$) СМП ЗОЗ вказувалися статистично частіше, ніж лікарями як причини недостатньої турботи про здоров'я серед представників ЗОЗ ПП. «Є важливіші справи» виявлялися частіше лікарями, ніж медсестрами в умовах ЗОЗ ЗП ($U=1299,5$; $Z=2,16$; $p<0,05$). В умовах воєнного стану чоловіки як ЗОЗ ЗП, так і ЗОЗ ПП статистично частіше за жіночу частину колективу вказують причиною недостатньої уваги до власного здоров'я наявність важливіших справ ($U=2819,5$; $Z=2,04$; $p<0,05$) та інші причини ($U=2419,0$; $Z=3,12$; $p<0,05$).

Під час воєнного стану виявляється статистично значуща різниця між досліджуваною та контрольною групами в межах когнітивного ($U=11419,5$; $Z=2,63$; $p<0,05$) та ціннісно-мотиваційного компонентів ($U=11917,0$; $Z=2,07$; $p<0,05$). Наведений аналіз грубо показує меншу зацікавленість респондентів ЗОЗ ПП у понятті власного здоров'я, осмисленні чинників, що на нього впливають, нижчу залученість до загальних цінностей, а також певну ступінь обмеженості навіть у турботі про власне здоров'я.

4.3 Обґрунтування критеріїв змін психофізіологічного стану медичного персоналу закладів охорони здоров'я психіатричного та загального профілів залежно від стажу їхньої трудової діяльності в мирний період та під час воєнного стану

Важкість праці індивідуума часто має високу ймовірність суб'єктивної некритичної оцінки. В цілому, з емпіричного погляду, тяжке психологічне навантаження під час роботи має місце у медпрацівників будь-яких сфер діяльності, але особливе місце тут займають психоневрологічні стаціонари, що і є фокусом нашого дослідження. Для виявлення та диференційної оцінки станів, які виявляють знижену працездатність у психологічному аспекті, використано модифіковану версію тесту BMSII Пласа і Ріхтера – методика Леонової А. та Велічковської С. [380, 381]. Відповіді респондентів оцінювали за допомогою чотирибальних шкал, що виділяють

чотири ступені симптомів таких психічних станів: 1) монотонія – свідомий контроль над станом пониженого виконання професійних обов'язків, що виникає в ситуаціях одноманітної роботи з частим повторенням стереотипних дій і збідненим зовнішнім середовищем, супроводжується переживанням нудьги/сонливості і домінуючою мотивацією до зміни діяльності; 2) психічне пересичення – стан неприйняття дуже простої і суб'єктивно нецікавої або мало усвідомленої діяльності, яке проявляється у вираженому прагненні припинити роботу (відмова від діяльності) або внести різноманітність до заданого стереотипного виконання; 3) напруженість/стрес – стан підвищеної мобілізації психологічних і енергетичних ресурсів, що розвивається у відповідь на підвищення складності або суб'єктивної значущості діяльності, з домінуванням мотивації на подолання скрути, що реалізовується як в продуктивній, так і в деструктивній формі (переважання процесуальних мотивів – самозбереження або психологічного захисту); 4) стомлення – стан емоційного виснаження і дискоординації у процесі основних дій, що виникає внаслідок тривалої та інтенсивної дії робочих навантажень, з домінуючою мотивацією на завершення роботи і відпочинок. Методика Леонової А.Б. розглядає психічні стани як віддзеркалення того особистісного потенціалу внутрішніх ресурсів людини, яка актуалізується або доступна для актуалізації в процесі виконання роботи в цій ситуації. Специфіку психічного стану, що формується, можна зрозуміти лише на основі виявлення мотивів діяльності, що реально діють, які виявляються в оцінках рефлексів наявної (реальної) ситуації і своєї поведінки, враховуючи їх емоційне забарвлення. Леонова А. Б. вважає, що для повноцінної діагностики стрес-синдромів як стійких несприятливих функціональних станів необхідно дати не лише диференційовану оцінку кожному з них, але й визначити вираженість їхньої спільної динаміки. Такий багатовимірний «зріз» дозволив визначити наявність зрушень у бік змін працездатності, а також виявити критичні складові в цілісному стрессиндромі. Опитувальник ДДСЗП є оригінальним діагностичним інструментом, оскільки він призначений для індивідуальної діагностики стану суб'єкта, а не непрямой оцінки робочих навантажень за груповими даними.

У пропонованому дослідженні ми робимо особливий акцент можливого впливу тривалості роботи на зміни психофізичного стану здоров'я медичних працівників ЗОЗ. Підгрупи було розподілено відповідно до стажу роботи: менше 5 років, від 6 до 15 років, від 16 до 30 років та більше 30 років.

Показник втрати за обраною методикою Леонової А. та Велічковської С. демонструє рівномірний розподіл даних серед респондентів усіх когорт стажу роботи.

Незначна тенденція до збільшення показника в томи спостерігалася в підгрупі зі стажем роботи менше 5 років, що, ймовірно, потребує більш поглибленого якісного аналізу. Проте зазначена тенденція не значуща $p > 0,05$.

Монотонія – стан пониженого свідомого контролю над виконанням роботи, що виникає в ситуаціях одноманітної роботи з частим повторенням стереотипних дій і збідненим зовнішнім середовищем, супроводжується переживанням нудьги/сонливості та домінуючою мотивацією до зміни діяльності.

Монотонія в роботі медичних працівників ЗОЗ ЗП не відрізняється в переогляді на тривалість стажу роботи, що вказує на малоймовірність залежності цього фактору від досвіду МП. Хоча сам індекс монотонії знаходиться у помірно вираженому стані.

Середній ранг респондентів кожної когорти стажу в мирний час практично рівний за ступенем вираженості монотонії, що вказує на відсутність статистичної різниці між усіма підгрупами $p > 0,05$.

Наступним критерієм, за яким оцінювалася знижена працездатність медичних працівників ЗОЗ, було психічне пересичення в мирний час. Психічне пересичення – стан неприйняття дуже простої і суб'єктивно нецікавої, мало усвідомленої діяльності, яке проявляється у вираженому прагненні припинити роботу (відмова від діяльності) або внести різноманітність до заданого стереотипного виконання.

Психічне пересичення під час трудового навантаження переважно також є помірним серед досліджуваних контрольної групи.

Внутрішньогрупове порівняння рангових показників в мирний час демонструє певну тенденцію до зміщення показника в когорті респондентів зі стажем роботи понад 30 років, але загальна картина статистично не підтверджується, що вимагає глибшого якісного аналізу показників $p > 0,05$.

Оцінювання зниженої працездатності МП проводилось за наявністю/відсутністю у них напруженості/стресу. Напруженість/стрес – стан підвищеної мобілізації енергетичних та психологічних ресурсів у МП, що розвивається у відповідь на підвищення суб'єктивної значущості чи складності діяльності, з домінуванням мотивації на подолання скрути, що реалізовується як в деструктивній, так і в продуктивній формах (переважання процесуальних мотивів – мотивів самозбереження або психологічного захисту).

Стрес або напруженість в цій досліджуваній групі демонструє найбільшу тенденцію до зміщення показника в переогляді на стаж роботи респондентів. Загальна оцінка, як і в попередніх показниках, впирається в помірний ступінь вираженості процесу.

Показники стресу в основній групі дослідження мають практично рівнозначний розподіл за всіма підгрупами за стажем роботи. Середні показники також демонструють помірну вираженість такого стану з часто більш вираженим ступенем у представників контингенту з меншим досвідом роботи. Статистично вагома різниця між показниками різних підгруп дослідження за стажем роботи відсутня, що вказує на відсутність впливу цього фактору на розвиток напруження чи стресу в роботі фахівців $p > 0,05$.

Для порівняння показників основної та контрольної груп в мирний час дослідження було використано U-критерій Манна-Уїтні. Графіки демонструють наочну різницю в розподілі даних між групами дослідження з явним збільшенням загального середнього балу в медичних працівників ЗОЗ ПП: втома – $m(k)=17,57 \pm 3,76$; $m(o)=19,57 \pm 4,82$; монотонія – $m(k)=18,0 \pm 3,65$; $m(o)=19,43 \pm 7,52$; психічне пересичення – $m(k)=17,39 \pm 4,28$; $m(o)=19,64 \pm 5,43$; стрес – $m(k)=19,41 \pm 3,91$; $m(o)=20,84 \pm 4,17$.

Статистично вагома різниця серед респондентів основної групи відсутня, але виявляється чітка тенденція до зниження показника психічного пересичення в респондентів зі стажем роботи понад 30 років та збільшення його у людей зі стажем роботи від 6 до 15 років ($p > 0,05$).

Втома представників основної групи дослідження в середньому знаходиться в помірному ступені процесу. Розподіл даних за підгрупами стажу роботи в цілому рівноцінний.

Як і попередні показники, монотонія в роботі здебільшого є помірною, з розмахом первинних даних часто до вираженого ступеня, особливо у працівників зі стажем від 6 до 15 років.

Статистично вагома різниця виявлена за всіма показниками опитувальника в мирний час, що вказує на більший розвиток втоми ($U=8461,0$; $Z=-3,78$; $p < 0,001$), монотонії ($U=9834,0$; $Z=-2,03$; $p < 0,05$), психічного пересичення ($U=8782,0$; $Z=-3,37$; $p < 0,001$), стресу ($U=9142,0$; $Z=-2,91$; $p < 0,05$) у працівників медичних закладів ЗОЗ ПП.

Тенденція до більш вираженого прояву психофізіологічних змін організму у представників ЗОЗ ПП має часто емпіричне пояснення. Постійна взаємодія з пацієнтами, що мають психологічні та психіатричні порушення, викликає певний процесуальний механізм захисту у співробітників, підвищення мобілізаційного ресурсу завжди впливає на розвиток стресу, а одноманітна робота стимулює дискоординацію психологічних процесів та часто деструктивну форму подолання психологічних бар'єрів.

Варто звернути увагу і на індекс стомлення. Стомлення – стан дискоординації і виснаження у процесі виконання основної професійної діяльності, що виникають внаслідок інтенсивної, тривалої дії робочого навантаження, з домінуючою мотивацією на завершення роботи і відпочинок. Індекс стомлення у контрольній групі під час воєнного стану приймає значення $18,48 \pm 3,75$ і знаходиться в межах помірного ступеня вираженості процесу.

При подальшому застосуванні непараметричного методу Крускала Уолліса та множинного порівняння статистично значущої різниці у показнику втоми між респондентами різного стажу не виявлено. Втома у медпрацівників ЗОЗ ПП під час воєнного стану згідно з дослідженням знаходиться на рівні $20,46 \pm 4,75$, що відповідає середньому ступеню вираженості такого стану.

Статистично значуща різниця у працівників основної групи дослідження щодо індексу стомлення з різним стажем роботи відсутня. Показник ступеня вираженості монотонії, яка впливає на зниження працездатності медичних працівників ЗОЗ ЗП, має середнє значення $15,74 \pm 2,59$, а тому знаходиться в межах низького ступеня вираженості процесу. Статистично значущої різниці між працівниками різного стажу в показнику монотонії також не виявлено.

Монотонія в основній досліджуваній групі загалом має середнє значення $19,73 \pm 5,26$ і тому відповідає помірному ступеню вираженості такого стану. Ступінь монотонності праці залежить від стажу роботи респондентів ЗОЗ ПП, що підтверджено тестом Крускала-Уолліса та множинним порівнянням значень.

Наступним критерієм, за яким оцінювалася знижена працездатність медичних працівників ЗОЗ, було психічне пересичення. Психічне пересичення – стан неприйняття дуже простої і суб'єктивно нецікавої, мало усвідомленої діяльності, яке може проявлятися у вираженому бажанні зупинити роботу або внести різноманітність до заданого стереотипного виконання. Індекс психічного пересичення у медичних працівників ЗОЗ ЗП під час воєнного стану знаходиться в межах $17,31 \pm 4,10$ і займає відповідно помірний ступінь.

За цим же методом не виявлено статистично значущої різниці у відповідях працівників з різним стажем роботи за показником психічного пересичення. Індекс психічного пересичення в основній когорті під час воєнного стану знаходиться на рівні $20,19 \pm 4,44$, а тому теж відповідає помірному ступеню. Виявлена певна тенденція до більшого психічного пересичення в працівників зі стажем роботи понад 30 років не знайшла свого підтвердження при статистичній перевірці.

Оцінювання зниженої працездатності медичних працівників проводилося за наявністю/відсутністю у них напруженості/стресу. Напруженість/стрес –

характеризується підвищеною мобілізацією психологічних і енергетичних ресурсів у МП, що виникає у відповідь на підвищення складності, суб'єктивної значущості діяльності, з домінуванням мотивації (внутрішньої і зовнішньої) на подолання скрути, що реалізується в продуктивній, деструктивній формах (переважання процесуальних мотивів – мотивів самозбереження або психологічного захисту). Ступінь вираженості Індексу стресу або напруженості в групі контролю під час воєнного стану має середні значення $19,58 \pm 3,59$ (від 16 до 25 балів) і знаходиться в межах помірного ступеня стану. За аналогією до інших показників, суттєвої різниці між показниками стресу в медичних працівників ЗОЗ ЗП з різним стажем роботи не виявлено. Спостерігається певна тенденція до збільшення рангового показника в когорті зі стажем роботи менш як 5 років, що може вказувати на меншу стресостійкість цих медпрацівників.

Середній показник вираженості Індексу стресу під час воєнного стану має найвищі значення, в межах $21,39 \pm 4,45$, що попри це також відповідає помірному ступеню вираженості стану.

Статистично суттєва різниця між працівниками ЗОЗ з різним стажем роботи відмічається у медичних працівників зі стажем роботи понад 30 років. На основі непараметричної оцінки та порівняння результатів отриманих даних основної та контрольної груп згідно з проведеним дослідженням під час воєнного стану визначаються такі середні значення: втома – $m(k)=18,48 \pm 3,75$; $m(o)=20,46 \pm 4,75$; монотонія – $m(k)=15,74 \pm 2,59$; $m(o)=19,73 \pm 5,26$; психічне пересичення – $m(k)=17,31 \pm 4,10$; $m(o)=20,19 \pm 4,44$; стрес – $m(k)=19,58 \pm 3,59$; $m(o)=21,39 \pm 4,45$ бали. Спостерігаються суттєві зміни психофізіологічного стану медичного персоналу ЗОЗ ПП під час воєнного стану.

Статистично значуща різниця виявлена в усіх показниках опитувальника ($p < 0,001$), що вказує на значно більші прояви втоми, монотонії, психічного пересичення та стресу в медпрацівників ЗОЗ ПП під час воєнного стану. Зміни психофізіологічного стану (втома, монотонія, психічне пересичення, стрес) респондентів залежно від стажу їхньої роботи наочно виражена і мала тенденцію до збільшення завантаженості у медичних працівників ЗОЗ ПП.

Внутрішньогруповий аналіз демонструє однорідність розвитку симптомів у лікарів та СМП. Подібний розподіл даних укотре демонструє статистично рівноцінне перенавантаження лікарів та медичного персоналу як елементів єдиної системи надання допомоги в умовах ЗОЗ ПП, а також ЗОЗ ЗП під час воєнного стану.

Прояви симптомів зазвичай залишаються сталими у гендерному

співвідношенні. Хоча втома у чоловіків – працівників ЗОЗ ЗП, знаходиться на статистично вищому рівні проти жінок ($U=1196,5$; $Z=2,38$; $p<0,05$) під час воєнного стану.

За результатами нашого дослідження спостерігали, що у чоловіків ЗОЗ ПП переважає показник психічного пересичення, на протизагу жінкам ЗОЗ ПП, у яких на першому місці є стрес. У медичних працівників ЗОЗ ЗП як у чоловіків, так і у жінок на першому місці – стрес.

4.4. Формування факторів розвитку емоційного вигорання у медичних працівників закладів охорони здоров'я в мирний час та під час воєнного стану

Предиктор розвитку емоційного вигорання (далі – ПРЕВ) серед МП усіх сфер зустрічається доволі часто. Емоційні стереотипи взагалі дуже характерні для людей, що працюють в постійному контакті з іншими людьми, і функціонують як захисний механізм у щоденній роботі, а також дозволяють рівномірно розподіляти психологічне навантаження серед медпрацівників. Звичайно, при активному розвитку ПРЕВ індивідуума насамперед страждає якість виконуваної роботи. Крім того, порушується професійна взаємодія та ставлення як до колег, так і до пацієнтів.

Методика Бойко В. В. «Діагностика рівня емоційного вигорання» [382]: під впливом низки чинників на індивіда, як зовнішніх, так і внутрішніх під час виконання професійної діяльності – тривалі стреси, надмірна втома, виснаження, втрата мотивації, внутрішньопереміщення, спричиняють виникнення емоційного вигорання. Зовнішні чинники: хронічно напружена психоемоційна діяльність в екстремальних умовах, під час бойових дій. Дестабілізаційна організація діяльності – нечітка організація та планування, погано структуроване завдання, недостатність устаткування та морально застаріле обладнання. Підвищена відповідальність під час виконання професійної діяльності в умовах емоційного перевантаження (передусім це стосується медичних, соціальних працівників). Небезпечна психологічна атмосфера професійної діяльності (визначається основними обставинами: конфліктністю «по вертикалі», тобто між начальником і підлеглим, і конфліктністю «по горизонталі» – між колегами). Внутрішні чинники: схильність до емоційної ригідності (один раз збуджена емоція з'являється знову, при тому, що збудник вже перестав діяти і обставини змінились) частіше виникає в тих, хто менш реактивний і сприйнятливий, емоційніше стриманий. Підвищена вразливість і чутливість (здатність самостійно долати стресові ситуації, події при надмірній

чутливості до стресу). Інтенсивна інтеріоризація (ставлення людської форми психіки завдяки формування індивідом людських цінностей, їх вrostання в особистість через засвоєння діяльності, прийнятої в соціумі). Слабка мотивація емоційної віддачі в професійній діяльності. У цьому випадку вірогідні два варіанти: а) професіонал не вважає для себе необхідним або з будь-якої причини не зацікавлений проявляти співпереживання до об'єкта діяльності; б) людина не звиклася, не вміє заохочувати себе до співпереживання і співучасті, що проявляються до суб'єктів діяльності. Етичні дефекти і дезорієнтація особи. Запропонована методика дає детальну картину синдрому емоційного вигорання динамічного процесу, що виникає поетапно згідно з механізмом розвитку стресу, коли наявні три фази. Рівень емоційного вигорання оцінюється за 12 шкалами, які групуються відповідно до цих трьох фаз. Фаза «Напруження»: передвісник і «пусковий механізм» у формуванні емоційного вигорання. Напруга має динамічний характер, що обумовлюється виснажливою постійністю або посиленням психотравмувальних чинників. Фаза «Резистенції»: опір зростальному стресу. Фаза «Виснаження»: характеризується більш менш вираженим падінням загального енергетичного тону й ослабленням нервової системи. Пусковий механізм фази «Тривожна напруга» або «Напруження» виявляється в чотирьох симптомах. Переживання психотравмувальних обставин: виявляється усвідомленням психотравмувальних чинників професійної діяльності, що посилюється. Незадоволеність собою: виявляється у відчутті незадоволеності собою, вибраною професією, посадою; розвивається при неможливості конструктивно вирішити ситуацію. «Загнаність у кут» або «в клітку»: виявляється у відчутті безвихідності, гостро переживається, коли психотравмувальні обставини дуже дають і усунути їх неможливо. Розвивається при марних спробах усунути натиск психотравмувальних обставин. Це стан інтелектуально-емоційного затору, безвиході. Тривога і депресія: виявляється в тривожно-депресивній симптоматиці, що стосується професійної діяльності в особливо ускладнених обставинах. Відчуття незадоволення діяльністю і собою породжує потужну енергетичну напругу у формі переживання ситуативної чи особистої тривоги. Фаза «Резистенції» (опір) – формування захисту у цій фазі виявляється в таких симптомах вигорання. Неадекватне вибіркоче емоційне реагування: спостерігається у випадках, коли професіонал перестає уловлювати різницю між двома явищами, що принципово відрізняються: економічним проявом емоцій і неадекватним виборчим емоційним реагуванням. Тобто професіонал неадекватно «економить» на емоціях, обмежує емоційну віддачу за рахунок вибіркового реагування на ситуації

суб'єктів діяльності; емоційний контакт встановлюється не з усіма суб'єктами, а за принципом «хочу – не хочу» – неадекватним або вибірковим способом. Емоційно-моральна дезорієнтація виявляється в тому, що у працівника емоції не викликають або недостатньо стимулюють етичні відчуття. Не проявляючи належного емоційного ставлення до свого респондента, він захищає свою стратегію: виправдатися перед собою за допущену грубість або відсутність уваги до суб'єкта, раціоналізувавши свої вчинки чи проєктуючи провину на суб'єкта замість того, щоб адекватно визнати свою провину. В емоційно складних ситуаціях використовуються думки: «Це не той випадок, щоб переживати», «Таким людям не можна співчувати». Розширення сфери економії емоцій виявляється поза професійною діяльністю – вдома, у спілкуванні з приятелями і знайомими. На роботі фахівець так втомлюється від контактів, розмов, відповідей на питання, що йому не хочеться спілкуватися навіть з близькими. Редукція професійних обов'язків виявляється в спробах полегшити або скоротити обов'язки, які вимагають емоційних витрат. Фаза «Виснаження» характеризується більш-менш вираженим падінням загального тону і ослабленням нервової системи. Емоційний захист стає невід'ємним атрибутом особи. Дана фаза також виявляється у низці симптомів. Емоційний дефіцит заявляє про себе у відчутті, що емоційно професіонал вже не може допомогти суб'єктам своєї діяльності. Емоційне відчуження/унікнення: працівник майже повністю виключає емоції зі сфери своєї професійної діяльності. Його майже нічого не хвилює, не викликає емоційного відгуку: ні позитивні, ні негативні обставини. Особистісне відчуження або деперсоналізація виявляється в широкому діапазоні умонастроїв і вчинків професіонала у сфері спілкування. Насамперед наголошується на повній або частковій втраті інтересу до людини – суб'єкта професійної діяльності. Психосоматичні і психовегетативні порушення виявляються на рівні психічного і фізичного самопочуття. Цей симптом зазвичай утворюється по умовно-рефлекторному зв'язку негативної властивості: більшість з того, що стосується суб'єктів професійної діяльності, провокує відхилення в соматичних і психічних станах. Методика «Психічне вигорання» Водоп'янової Н. Є. та Старченко О. С. (на основі моделі К. Маслач та С. Джексона) використана для визначення трьох субшкал [383]: «емоційне виснаження», яке характеризується втратою енергійності, появою ознак психофізіологічної втоми, ознаками тривожного та депресивного реагування, гніву, агресії, відчуття виснаження; «деперсоналізація», яка характеризується підвищеним психологічним дистанціюванням від роботи, зниженням емпатії та цинічного ставлення до оточення, пацієнтів, песимістичними думками про роботу; «редукцію професійних

досягнень», яка характеризується негативним оцінюванням себе, байдужістю до виконання своїх службових професійних обов'язків і зниженням професійної ефективності, мотивації та самооцінки.

Було проведено дослідження з використанням методики В.В. Бойка «Діагностика рівня емоційного вигорання» [382] та опитувальника «Психічне вигорання» Н. Є. Водоп'янової та О.С. Старченко [383] (на основі моделі К. Маслач та С. Джексона) для виявлення можливої різниці у розвитку професійного вигорання (далі – ПВ) серед працівників ЗОЗ ПП та іншим МП. У ході дослідження також було вивчено вплив специфіки діяльності МП усіх обстежуваних ЗОЗ на розвиток ПРЕВ.

Порівняльну оцінку першої фази ПРЕВ «Напруження» в мирний час, що складалася з таких симптомів: переживання психотравмувальних обставин ($m(k)=12,5\pm 9,23$; $m(o)=14,1\pm 8,69$) – симптом сформований в обох групах; незадоволеність собою ($m(k)=7,85\pm 6,14$; $m(o)=9,33\pm 7,1$) та «загнаність у кут» ($m(k)=5,66\pm 6,43$; $m(o)=6,75\pm 6,78$) – несформовані; тривога і депресія ($m(k)=9,59\pm 8,18$; $m(o)=10,21\pm 8,29$) – знаходяться на межі сформованого. Сумарне середнє значення першої фази склало для контрольної групи $m(k)=35,6\pm 23,17$, для основної – $m(o)=40,25\pm 22,89$. У контрольній групі дослідження першої фази ПРЕВ за визначеними симптомами вважається несформованим, в основній групі – знаходиться в стадії формування.

Порівняння даних обох груп дослідження не виявляє статистично вагомої різниці в показниках першої фази ПРЕВ «Напруження», проте з можливою тенденцією до збільшення показника в основній групі дослідження ($p<0,05$). Враховуючи загальну професійну зайнятість СМП ЗОЗ ПП порівняно з лікарями частіше відчуває «Загнаність у кут» ($U=4765,0$; $Z=-2,34$; $p<0,05$), хоча величина показника не відображає сформованого симптому в обох випадках. За результатами дослідження залежно від гендерних особливостей у фазі «Напруження» встановлено більші зміни з боку жіночої статі ЗОЗ. Переживання психотравмувальних обставин має суттєвіші прояви серед жінок ЗОЗ ПП порівняно з чоловіками ($U=2481,5$; $Z=2,08$; $p<0,05$) і входить в діапазон симптому, що сформувався.

Друга фаза ПРЕВ «Резистенції» виявила такий розподіл симптомів в групах дослідження в мирний час: неадекватне вибіркове емоційне реагування ($m(k)=14,34\pm 7,46$; $m(o)=15,05\pm 7,25$) – симптом формується; емоційно-моральна дезорієнтація ($m(k)=9,97\pm 6,83$; $m(o)=12,09\pm 6,26$) – формується для обох груп; розширення сфери економії емоцій ($m(k)=10,78\pm 9,65$; $m(o)=12,35\pm 9,49$) – симптом, що формується; редукція професійних обов'язків ($m(k)=14,43\pm 8,3$;

$m(o)=15,18\pm 8,11$) – симптом, що формується для обох груп. Сумарне середнє значення для другої фази «Резистенції» склало в основній досліджуваній групі $m(o)=54,3\pm 21,57$, у контрольній групі – $m(k)=49,77\pm 22,15$, що відповідають фазі у стадії формування.

Хоча загалом за фазою статистично значущої різниці між групою дослідження та контролю в мирний час не спостерігалось ($p>0,05$), показник емоційно-моральної дезорієнтації виявив чітке збільшення в основній групі ($U=9153,0$; $Z=-2,9$; $p<0,05$). Загальна тенденція другої фази «Резистенції» подібна до попередньої з більшою ймовірністю розвитку ПРЕВ у медичних працівників ЗОЗ ПП.

Якщо поглянути на професійну специфічність, то виявляється суттєва статистична різниця у формуванні ПРЕВ між лікарями та СМП ЗОЗ ПП з вищим ступенем редукції професійних обов'язків серед останніх ($U=4770,5$; $Z=-2,31$; $p<0,05$) в мирний час.

Фактично, професійне вигорання за цим показником більше проявляється саме у СМП ЗОЗ ПП. Гендерної специфічності за проявами симптомів другої фази «Резистенції» в обох когортах дослідження не виявлено. У третій фазі ПРЕВ «Виснаження» числові показники окремих симптомів розподілилися в мирний час так: емоційний дефіцит ($m(k)=8,97\pm 6,36$; $m(o)=9,93\pm 6,86$) – симптом не сформувався у групі контролю та формується в основній групі; емоційне відчуження ($m(k)=10,66\pm 6,22$; $m(o)=11,73\pm 6,57$) – симптом формується в обох групах; особистісне відчуження (деперсоналізація) ($m(k)=7,52\pm 7,77$; $m(o)=8,23\pm 7,4$) – симптом не сформувався в обох групах; психосоматичні та психовегетативні порушення ($m(k)=9,45\pm 6,95$; $m(o)=9,6\pm 7,78$) – показники на межі симптому, що формується. Сумарний показник для третьої фази «Виснаження» склав для контрольної групи $m(k)=36,28\pm 19,44$, для основної групи – $m(o)=39,34\pm 20,74$. Для контрольної групи фаза вважається несформованою, для основної в стадії формування.

Незважаючи на формування другої фази в основній групі та несформованість в контрольній, статистично вагома різниця між показниками третьої фази для досліджуваної та контрольної груп відсутня ($p>0,05$).

Аналізуючи професійну залученість також не виявлено статистичної різниці між лікарями та СМП у третій фазі «Виснаження». Загалом, такий результат є прогнозованим внаслідок нижчих середніх окремих показників фази. Серед усіх проявів третьої фази «Виснаження» ПРЕВ лише психосоматичні та психовегетативні порушення зустрічалися статистично частіше у жінок –

працівниць ЗОЗ ЗП ($U=704,0$; $Z=-2,09$; $p<0,05$) в мирний час.

Згідно з методикою В. Бойко в обох групах дослідження під час воєнного стану отримані такі показники першої фази «Напруження»: переживання психотравмувальних обставин ($m(k)=12,17\pm 7,88$; $m(o)=11,33\pm 7,34$) в обох групах симптом, що складається; незадоволеність собою ($m(k)=6,18\pm 5,89$; $m(o)=10,27\pm 7,06$) – симптом, що не склався в контрольній та симптом, що складається в основній групі; «Загнаність у кут» ($m(k)=5,18\pm 5,97$; $m(o)=7,07\pm 6,99$) – симптоми, що не склалися в обох групах; тривога і депресія ($m(k)=8,50\pm 8,50$; $m(o)=8,40\pm 7,32$) – також симптоми, що не склалися в обох групах (фактично знаходяться на межі симптому, що складається). Сумарне середнє першої фази склало для контрольної групи $m(k)=32,02\pm 7,88$ та для основної – $m(o)=37,09\pm 19,40$. У контрольній групі дослідження перша фаза вважається несформованою, в основній групі – знаходиться в стадії формування.

Суттєва статистична різниця між досліджуваними групами під час воєнного стану підтверджується за першою фазою ($U=11532,0$; $Z=-2,5$; $p<0,05$), а також за показниками незадоволеності собою ($U=9050,0$; $Z=-5,31$; $p<0,001$) та «Загнаності в кут» ($U=11371,0$; $Z=-2,7$; $p<0,05$). Отже, працівники ЗОЗ ПП мають суттєвіші прояви ПРЕВ за зазначеними підпунктами та за першою фазою загалом під час воєнного стану і це пов'язано з незадоволеністю собою, відчуттям «загнаності у кут», тривогою і депресією, формуванням переживань психотравмувальних обставин.

Між показниками першої фази у чоловіків та жінок ЗОЗ ПП виявлена різниця у підпункті «Загнаність у кут», який більше зустрічається у чоловічої статі медичних працівників ЗОЗ ЗП ($U=1242,0$; $Z=2,14$; $p<0,05$) під час воєнного стану.

У другій фазі формування ПРЕВ – «Резистенції» виявлено такий розподіл даних в групах дослідження під час воєнного стану: неадекватне вибіркове емоційне реагування ($m(k)=15,15\pm 6,20$; $m(o)=13,45\pm 7,06$) – симптом, що складається; емоційно-моральна дезорієнтація ($m(k)=10,56\pm 6,09$; $m(o)=12,14\pm 6,43$) – симптом, що складається; розширення сфери економії емоцій ($m(k)=12,22\pm 9,32$; $m(o)=11,54\pm 8,20$) – симптом, що складається; редукція професійних обов'язків ($m(k)=15,05\pm 7,28$; $m(o)=13,18\pm 8,19$) – симптом, що складається для обох груп. Сумарне середнє значення для другої фази «Резистенції» склало в основній досліджуваній групі $m(o)=50,31\pm 21,57$, у контрольній групі – $m(k)=52,94\pm 19,48$, що в обох випадках відповідає фазі у стадії формування.

Статистично значущої різниці між групами дослідження загалом за другою фазою не виявлено. Однак у працівників ЗОЗ ЗП статистично вищий показник

неадекватного вибіркового емоційного реагування ($U=11781,0$; $Z=2,23$; $p<0,05$) та редукція професійних обов'язків ($U=11905,0$; $Z=2,09$; $p<0,05$) під час воєнного стану. На протипагу цьому, у працівників ЗОЗ ПП частіше спостерігалася емоційно-моральна дезорієнтація ($U=11734,0$; $Z=-2,28$; $p<0,05$) під час воєнного стану.

При поглибленому внутрішньогруповому аналізі не виявлено суттєвих змін отриманих даних за гендерною та професійною ознакою. У працівників ЗОЗ ЗП в період воєнного стану спостерігається тенденція до підвищеного неадекватного вибіркового емоційного реагування. Третя фаза «Виснаження» при формуванні ПРЕВ включає такі числові показники окремих симптомів під час воєнного стану: емоційний дефіцит ($m(k)=11,21\pm 6,96$; $m(o)=12,43\pm 7,05$) – симптом, що складається в обох групах; емоційне відчуження ($m(k)=10,66\pm 6,21$; $m(o)=9,90\pm 6,67$) – симптом, що складається в обох групах; особистісне відчуження (деперсоналізація) ($m(k)=7,23\pm 7,90$; $m(o)=7,81\pm 7,92$) – симптом, що не склався в обох групах; психосоматичні та психовегетативні порушення ($m(k)=7,64\pm 6,41$; $m(o)=7,74\pm 7,67$) – симптом, що не склався в обох групах. Сумарний показник для третьої фази «Виснаження» склав для контрольної групи $m(k)=36,77\pm 19,63$, для основної групи – $m(o)=37,88\pm 21,85$. Фактично для обох досліджуваних груп межі показника третьої фази знаходяться в стадії формування і є передвісником до переходу в стан передхвороб.

При порівнянні результатів обох когорт статистично суттєва різниця між показниками третьої фази «Виснаження» відсутня під час воєнного стану. Працівники ЗОЗ ПП як чоловіки, так і жінки знаходяться на рівнозначному рівні за розвитком симптомів третьої фази під час війни. Також не спостерігається ніякої різниці між лікарями та СМП ЗОЗ ПП. У чоловіків – співробітників ЗОЗ ЗП можлива невелика тенденція до високих показників емоційного відчуження, що потребує дослідження з більшою вибіркою респондентів.

Як видно з усіх проаналізованих даних, найбільший бал зустрічається саме в другій фазі. Це пояснюється тим, що більшість респондентів знаходять емоційну стабільність в активному опорі до психотравматичних чинників, а основний показник, емоційно-вольова дезорієнтація, вказує саме на медичних працівників ЗОЗ ПП, які не проявляють належного емоційного ставлення як до колег, так і до пацієнтів. Професійне вигорання на основі опитувальника Водоп'янової Н. Є. та Старченко О. С. в мирний час: емоційне виснаження в контрольній групі склало $m(k)=19,45\pm 8,83$, в основній – $m(o)=19,13\pm 8,45$, що відповідає середньому рівню вигорання працівників обох груп; особистісне відчуження (деперсоналізація) склало $m(k)=12,2\pm 4,68$ для контрольної групи та $m(o)=11,72\pm 5,01$ для основної, що

відповідає низькому рівню ПРЕВ за цим симптомом в обох групах; редукція професійних досягнень в групі контролю склала $m(\kappa)=27,96\pm 7,34$, а в основній групі $m(o)=26,74\pm 8,15$, що вказує на високий рівень процесу вигорання. Інтегральний показник у групі контролю склав $m(\kappa)=7,74\pm 2,35$, в основній групі – $m(o)=7,77\pm 2,25$, що в обох випадках відповідає високому ступеню професійного вигорання медпрацівників.

При дослідженні в мирний час професійної специфічності вигорання виявлялися значно вищі показники емоційного виснаження ($U=4724,0$; $Z=-2,41$; $p<0,05$), а також інтегрального показника для СМП ЗОЗ ПП ($U=4679,0$; $Z=-2,53$; $p<0,05$). На протипагу цьому, редукція професійних досягнень є вищою у лікарів ($U=4847,5$; $Z=2,15$; $p<0,05$). Такий спектр показників свідчить про першочерговий розвиток професійного вигорання у СМП, що ймовірно пояснюється комбінацією фізичних та психологічних факторів впливу при роботі з пацієнтами відповідного профілю.

Статистично важливих гендерних розбіжностей серед респондентів ЗОЗ ПП не спостерігалось. Лише симптоми деперсоналізації більше виражені у чоловічій статі в умовах ЗОЗ ЗП порівняно зі співробітницями-жінками ($U=644,0$; $Z=2,55$; $p<0,05$).

Отже, медпрацівники як ЗОЗ ПП, так і ЗОЗ ЗП виявляють приблизно однакові симптоми професійного вигорання, що відповідають середньому або, за окремими параметрами, високому рівню процесу.

Наступне дослідження професійного вигорання медпрацівників виконано на основі методу Водоп'янової Н.Є. та Старченко О.С. під час воєнного стану. Воно складається з трьох субшкал: емоційне виснаження, особистісне відчуження (деперсоналізація) та професійні досягнення. Субшкала емоційне виснаження характеризується втратою енергійності, появою погіршення ознак психофізіологічного стану організму: втоми, проявами депресії, гніву, агресії, відчуттям емоційного виснаження. У працівників ЗОЗ ПП за даними опитування спостерігається вагома різниця за показником професійної успішності. І серед лікарів, і серед СМП цей показник знаходиться в межах середнього ступеня, але самі числові значення значно нижчі у СМП, що вказує на швидший розвиток професійної редукції саме у них ($U=8113,0$; $Z=6,34$; $p<0,001$) під час воєнного стану. Враховуючи гендерну специфічність, у жінок ЗОЗ ПП і ЗОЗ ЗП спостерігається більш значущий розвиток симптомів деперсоналізації порівняно з протилежною статтю ($U=2855,5$; $Z=-1,96$; $p<0,05$) під час воєнного стану. У працівників та працівниць ЗОЗ ЗП суттєвої різниці в розвитку симптомів вигорання за отриманими

даними не виявлено. Емоційне виснаження у медичних працівників ЗОЗ ЗП під час воєнного стану склало $m(k)=24,58\pm 8,37$, а у медичних працівників ЗОЗ ПП – $m(o)=27,48\pm 7,16$, що відповідає середньому рівню професійного вигорання в контрольній когорті (фактично на межі високого рівня) та високому рівню професійного вигорання працівників основної групи; особистісне відчуження (деперсоналізація) склало $m(k)=15,72\pm 4,52$ для контрольної групи та $m(o)=16,38\pm 4,44$ для основної, що відповідає дуже високому рівню ПРЕВ за цим симптомом в обох групах. Редукція професійних досягнень у групі контролю склала $m(k)=35,34\pm 6,34$, а в основній групі $m(o)=30,54\pm 6,71$, що вказує на середній рівень вигорання. Інтегральний показник у групі контролю склав $m(k)=8,10\pm 2,09$, в основній групі – $m(o)=7,81\pm 2,15$, що відповідає високому ступеню професійного вигорання МП усіх закладів.

Професійне емоційне вигорання за всіма фазами ПРЕВ у медичних працівників ЗОЗ під час воєнного стану знаходиться на високому та дуже високому рівні і є ризиком переходу передхвороби у хворобу. При порівнянні результатів визначено статистично значущу різницю між контрольною та основною групами за субшкалами емоційного виснаження ($U=10721,0$; $Z=-3,41$; $p<0,001$) та професійної успішності ($U=8113,0$; $Z=6,34$; $p<0,001$). Респонденти саме ЗОЗ ПП більше виявляли емоційне виснаження та редукцію своїх персональних професійних досягнень.

Проведений підрахунок дозволяє зробити висновок про дуже високу частоту розвитку деперсоналізації, яка характеризується підвищеним психологічним дистанціюванням від роботи, зниженням емпатії і байдужим/цинічним ставленням до оточення, песимістичними думками про роботу, що також впливало на ставлення до своєї власної родини як у працівників загального профілю ЗОЗ ЗП, так і ЗОЗ ПП. Це породжує стигматизацію медичних працівників до пацієнтів та є недопустимим порушенням морально-етичних принципів поведінки МП ЗОЗ. У наших дослідженнях спостерігався високий відсоток розвитку емоційного виснаження та середній ступінь процесу в професійній успішності. Інтегральний показник сумарно вказує на виражений процес професійного вигорання в обох групах дослідження, що може призвести по переходу передхвороби в хворобу із психічними розладами. Подолання/профілактику емоційного вигорання необхідно починати з етапу підготовки майбутніх лікарів та СМП до вибору професії, на етапі навчання, а також під час виконання професійних обов'язків. Вагомим фактором в подоланні ПРЕВ на ранніх етапах є підготовка студентів до майбутньої професії. Потрібно опанувати навички розуміння пацієнтів, емоційної стійкості,

саморегуляції, соціальної зрілості особистості, релаксації, емоційної культури та компетентності. Для кожного МП ЗОЗ важливо уміти постійно успішно справлятися з ПРЕВ та зведення його до мінімуму, принаймні неможливості подолати ПВ – вчасно звернутися за допомогою. Вже сьогодні вимагає від майбутніх лікарів, СМП не тільки емоційної стійкості, саморегуляції, соціальної зрілості, а й психологічної культури в суспільстві в цілому. До профілактичних заходів щодо попередження ПРЕВ у медичного персоналу ЗОЗ належать: проведення моніторингу в кожному ЗОЗ на всіх рівнях; психологічних тренінгів; лекцій; навчання прийомів та способів комунікативної саморегуляції; емоційно-вольової, мотиваційної сфери особистості. Професійна діяльність медичних працівників вимагає постійної адаптації до виконання професійних обов'язків без шкоди для пацієнтів та їхніх родичів, колег та своїх рідних шляхом постійного проведення діагностичних, профілактичних та корекційних заходів психосоматичного компоненту, компетентності, культури медичних працівників сфери охорони здоров'я.

4.5. Предиктори психологічного добробуту медичних працівників психіатричних закладів охорони здоров'я в мирний час та під час воєнного стану

Для визначення особливості формування мотивації у медичних працівників ЗОЗ до виконання професійних обов'язків та встановлення чинників, що впливають на ефективність їхньої праці у період воєнного стану, які стимулюють до професійної діяльності, було застосовано опитувальник за методикою Замфіра К. в модифікації Реана А. [384].

Методика Замфіра К. в модифікації Реана А. для визначення особливості формування мотивації дає можливість виявити актуальність типів мотивацій, а саме: 1 – матеріальна винагорода; 2 – прагнення до кар'єрного росту; 3 – бажання не піддаватися критиці з боку керівництва та колег; 4 – прагнення уникати можливих покарань або неприємностей; 5 – орієнтація на престиж та повагу з боку інших; 6 – задоволення від добре виконаної роботи; 7 – суспільна корисність праці. Ця методика дає змогу визначити три типи мотивації і мотиваційний комплекс МП будь-якої кваліфікації, спеціальності, стажу роботи: внутрішня мотивація (далі – ВМ) – розуміння корисності праці, бажання займатися і підвищувати свій професіоналізм та бути задоволеним від результатів своєї трудової діяльності; зовнішня позитивна мотивація (далі – ЗПМ) – досягнення кар'єрного росту,

постійна потреба у матеріальному стимулюванні, винагородах, преміях; зовнішня негативна мотивація (далі – ЗНМ) – неприємно отримувати критику, догану, штрафи від керівництва. Для дослідження типів трудової мотивації провідних внутрішніх мотивів МП ЗОЗ використано методику Герчикова В. І. Для кожного типу трудової мотивації визначався головний тип: для інструментального типу – заробітна плата та інші види матеріальної винагороди (премії); для професійного типу – вміння впоратися, знайти рішення у будь-якому складному завданні, визнання їхнього високого рівня професіоналізму; патріотичний – причетність до виконання важливої справи, визнання їхньої участі в загальних досягненнях; господарський – високі якості відповідальності у роботі, відсутність зовнішнього контролю; люмпенізований – властивість людини уникати роботи, відповідальності, взаємодопомоги [384]

Середній показник внутрішньої мотивації в мирний час склав для контрольної групи $m(\kappa)=3,44\pm 0,94$, для основної групи – $m(o)=3,5\pm 0,98$. Середній показник зовнішньої позитивної мотивації становив для контрольної групи $m(\kappa)=3,04\pm 0,87$, для основної – $m(o)=2,84\pm 0,87$. Середній показник зовнішньої негативної мотивації для контрольної групи – $m(\kappa)=3,27\pm 1,07$, для основної – $m(o)=2,98\pm 1,22$. Згідно з отриманими даними в обох групах дослідження виявлено переважання внутрішньої мотивації та з дещо меншим показником – зовнішня негативна мотивація (ЗНМ), а останньою йде зовнішня позитивна мотивація (ЗПМ). Такий розподіл займає проміжне значення в оцінці загальної тенденції, але переважання ЗНМ, наприклад, страх осуду колег, вплив керівництва, бажання уникнути покарання має вагомe значення на виникнення емоційної нестабільності працівників.

Статистично вагома різниця між досліджуваною та контрольною групами виявляється саме в зовнішній негативній мотивації в мирний час. Цікаво, що серед медпрацівників ЗОЗ ЗП спостерігалися більшi намагання уникнути критики з боку колег та керівництва, а також можливих неприємностей на роботі ($U=9789,0$; $Z=2,1$; $p<0,05$). Також спостерігалася тенденція до меншого прагнення підвищення на роботі, грошового заробітку та збільшення соціального престижу серед медпрацівників ЗОЗ ПП ($U=10007,0$; $Z=1,82$; $p<0,05$) в мирний час.

Загалом розподіл даних виявив вищий показник ВМ у лікарів, аніж у СМП ЗОЗ ПП ($U=4717,5$; $Z=2,47$; $p<0,05$) в мирний час. Структура розподілу мотиваційних комплексів, однак, залишалася сталою для всіх медпрацівників.

Внутрішня мотивація (ВМ) співробітників чоловічої статі ЗОЗ ПП перевищувала прояви жіночої ($U=2243,5$; $Z=-2,82$; $p<0,05$). З іншого боку, спостерігалася статистично суттєве зміщення проявів зовнішньої позитивної

($U=663,0$; $Z=2,42$; $p<0,05$) та зовнішньої негативної мотивації ($U=718,5$; $Z=1,99$; $p<0,05$) у бік чоловіків у ЗОЗ ЗП в мирний час.

Для визначення мотиваційних типів серед МП обох когорт дослідження було застосовано методика Герчикова В. Згідно із зазначеною методикою умовно виділяють п'ять типів трудової мотивації: інструментальний, професійний, патріотичний, господарський та люмпенізований. Для кожного з цих типів характерний відповідний мотиваційний поштовх. Наприклад, для інструментального – це заробітна плата або еквівалента матеріальна вигода, для професійного – успіх, визнання професіоналізму людини, суть самої діяльності працівника, для патріотичного – причетність до суспільно важливої справи, для господарського – відповідальність, незалежність від контролю, для люмпенізованого – уникнення будь-якого виду роботи.

Згідно з U-критерем Манна-Уїтні статистично вагома різниця спостерігалася в групах дослідження за інструментальним типом ($U=8491,5$; $Z=-3,76$; $p<0,001$), господарським типом ($U=6574,5$; $Z=6,24$; $p<0,001$) та люмпенізованим типом ($U=9877,0$; $Z=-1,99$; $p<0,05$) в мирний час.

У мирний час як серед лікарського, так і сестринського складу спостерігалася найбільша частка інструментального та професійного типів. Також доволі висока частота відповідей, що належали до люмпенізованого типу. Патріотичний та господарський типи зустрічалися найрідше. Професійний тип статистично частіше був притаманний саме лікарям, частка такого типу серед СМП була суттєво нижча. Це вказує на більшу зацікавленість лікарів у власних професійних здобутках. Однак це не зменшує когорті працівників з основним для себе бажанням матеріальної вигоди.

Врахування значень респондентів контрольної групи неможливо вважати статистично прийнятними з огляду на низьку вибірку лікарів.

За відносно низьких загальних значень господарського мотиваційного типу статистично частіше він притаманний чоловікам ЗОЗ ПП, аніж жінкам ($p<0,04$). Серед працівників ЗОЗ ЗП привертає увагу суттєва кількість чоловіків серед інструментального типу ($p<0,05$).

Отже, за результатами проведеного анкетування в мирний час встановлено, що розподіл даних виявив вищий показник внутрішньої мотивації у лікарів, аніж у СМП ЗОЗ ПП, які розуміють і виконують свій професійний обов'язок, бажають займатися і підвищувати свій професіоналізм та бути задоволеними від результатів своєї трудової діяльності [385, 386].

За результатами оцінювання під час воєнного стану первинних даних

анкетування отримано середній показник внутрішньої мотивації для МП ЗОЗ ЗП – $m(k)=3,31\pm 1,17$, для МП ЗОЗ ПП – $m(o)=3,29\pm 0,97$; середній показник зовнішньої позитивної мотивації для контрольної групи – $m(k)=3,47\pm 0,77$, для основної – $m(o)=2,99\pm 0,85$; середній показник зовнішньої негативної мотивації для контрольної групи – $m(k)=3,94\pm 0,94$, для основної – $m(o)=3,08\pm 1,04$. У представників ЗОЗ ПП не відзначається внутрішньогрупової статистичної різниці між лікарями та СМП щодо розподілу внутрішньої та зовнішньої мотивації. Однак у МП ЗОЗ ЗП виявлена суттєва різниця з усіх трьох показників. Передусім потрібно відмітити вищу внутрішню мотивацію у СМП ЗОЗ. Також показники і зовнішньої негативної, і зовнішньої позитивної мотивації мають вищі значення саме у лікарів. Таку тенденцію важко пояснити, але мотиваційний комплекс усіх працівників контрольної групи має вкрай низьку ефективність і, найголовніше, більше за рахунок лікарів. У чоловічої та жіночої частини працівників ЗОЗ ПП не спостерігалось суттєвої різниці в мотивації до їхньої практичної діяльності. На противагу цьому, серед МП ЗОЗ ЗП суттєво вища доля зовнішньої позитивної ($U=1195,0$; $Z=2,4$; $p<0,05$) та зовнішньої негативної мотивації ($U=1276,0$; $Z=1,98$; $p<0,05$) виявлені саме серед чоловіків.

У контрольній групі під час воєнного стану спостерігається найвищий рівень зовнішньої негативної мотивації і у чоловіків – $4,14\pm 0,97$ ($p<0,05$) і у жінок – $3,85\pm 0,91$. Натомість найнижчий рівень саме внутрішньої мотивації ($3,17\pm 1,03$ і $3,38\pm 1,22$ відповідно), що є найгіршим мотиваційним комплексом у виборі роботи. З іншого боку, найвищий середній показник внутрішньої мотивації у співробітників ЗОЗ ПП, а саме у чоловіків з найменшою часткою зовнішньої позитивної мотивації формує середній, з погляду ефективності, мотиваційний комплекс.

Внутрішня мотивація в обох досліджуваних когортах не має суттєвої різниці. Навпаки спостерігається виражена статистична різниця отриманих результатів як за зовнішньою позитивною ($U=9442,0$; $Z=4,88$; $p<0,001$), так і зовнішньою негативною мотивацією ($U=7417,5$; $Z=7,18$; $p<0,001$) з перевагою у МП ЗОЗ ЗП під час воєнного стану.

При порівнянні отриманих результатів під час воєнного стану, суттєво більша частка респондентів професійного ($U=9964,0$; $Z=4,29$; $p<0,001$) та патріотичного ($U=10596,5$; $Z=3,6$; $p<0,001$) мотиваційних типів спостерігається серед медичних працівників ЗОЗ ЗП, водночас серед МП ЗОЗ ПП достовірно більша частка господарського типу ($U=11474,5$; $Z=-2,59$; $p<0,05$).

Беручи до уваги професійний розподіл, у респондентів ЗОЗ ПП не виявлено суттєвої різниці між лікарями та СМП. Найчастіший тип, що спостерігається у МП

ЗОЗ – інструментальний, на другому місці професійний, значення патріотичного, господарського та люмпенізованого є найнижчими і знаходяться приблизно на одному рівні. Водночас у представників ЗОЗ ЗП найчастішим є професійний мотиваційний тип у лікарів, що має значущу статистичну різницю до СМП. З іншого боку, серед останніх виявляється статистично більша частка люмпенізованого типу.

Загалом нижчих значеннях патріотичного та люмпенізованого мотиваційних типів у МП ЗОЗ ЗП статистично вищі вказані прояви серед працівників-жінок ($Z=-2,68$; $p<0,05$ та $Z=-3,17$; $p<0,001$ відповідно) під час воєнного стану. Спостерігається також певна тенденція до більшої частки інструментального типу мотивації серед чоловіків ($p>0,05$). Гендерної залежності у мотиваційних типах серед усіх МП ЗОЗ ПП не виявлено. Загалом знайдені значення вказують на доволі різноманітну мотивацію лікарів та СМП. Попри широку агітаційну кампанію, загально цінну справу в період війни, патріотичний тип знаходиться в середніх величинах. Серед медпрацівників ЗОЗ ПП найчастішим був інструментальний тип, що вказує на першочергову матеріальну мотивацію, втім серед лікарів ЗОЗ ЗП – професійний тип, що вказує на бажання мати професійний успіх. Велика частка люмпенізованого типу виявилася серед СМП, тобто фактичне уникнення роботи, що може негативно відобразитися на системі надання медичної допомоги під час воєнного стану.

4.6. Порівняльна гігієнічна оцінка психофізіологічних змін у медичних працівників закладів охорони здоров'я щодо впливу на стан їхнього здоров'я у період мирного часу та під час воєнного стану

З метою визначення найбільш вагомих чинників, що впливають на психофізіологічні показники здоров'я медичних працівників ЗОЗ ПП в умовах мирного та воєнного стану проведена порівняльна оцінка даних анкетування, за якими встановлено такі факти. У понятті здоров'я респонденти демонструють стабільно найвищу довіру до лікарів у чутливому питанні стосовно здоров'я як в умовах мирного часу, так і під час воєнного стану. У мирний час найвищі значення показника «лікар» зафіксовані у контрольній групі, тобто медпрацівники ЗОЗ ЗП надають перевагу думці лікаря порівняно з представниками ЗОЗ ПП ($U=8746,5$; $Z=5,79$; $p<0,001$). Вагомим є те, що під час воєнного стану кількість звернень до лікарів серед опитаних зменшилась на 11,2% індекс впливу війни (далі – ІВВ) з боку лікарів і на 13,0% СМП. Водночас респонденти основної групи більше довіряють засобам масової інформації ($U=11859,0$; $Z=-2,16$; $p<0,05$). В умовах воєнного стану довіра у лікарів ЗОЗ ПП засобам масової інформації ІВВ збільшилась на

5,6% порівняно з мирним часом. Науково-популярні книги в обох групах зайняли друге місце за використанням. Однак під час воєнного стану ІВВ використання науково-популярних книг зменшився на 27% у лікарів ЗОЗ ПП порівняно з лікарями ЗОЗ ЗП ($U=10516,0$; $Z=3,63$; $p<0,001$). СМП ЗОЗ ПП більше використовує газети та журнали ($U=4600,5$; $Z=-2,5$; $p<0,05$), а також науково-популярні книги ($U=4787,0$; $Z=-2,01$; $p<0,05$) як ресурс для обізнаності про своє здоров'я, аніж лікарі ЗОЗ ПП. Порівняно з мирним часом під час воєнного стану довіра до газет і журналів щодо обізнаності про здоров'я у лікарів зменшилась на 21,8% ІВВ порівняно із СМП – на 4,9% ІВВ (табл. 4.4).

Таблиця 4.4. Характеристика джерел медичної інформації щодо впливу на обізнаність медичних працівників ЗОЗ ПП в мирний час та під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$

Джерела інформації	Основна група (ЗОЗ ПП) мирний час		Основна група (ЗОЗ ПП) під час воєнного стану		ІВВ (%)	
	Лікарі, n=86	СМП, n=136	Лікарі, n=82	СМП, n=140	Лікарі	СМП
ЗМІ	3,91±1,75	4,45±1,75*	4,13±1,99	4,04±1,76	+5,6	-9,2*
Лікарі	5,76±1,49	5,79±1,32	5,11±1,59	5,04±1,62	-11,3*	-13,0*
Газети і журнали	4,48±1,8	4,1±1,73	3,46±1,85	4,11±1,76*	-21,8*	+0,2
Друзі	4,0±1,77	4,22±1,63	3,95±1,64	4,01±1,7	-1,2	-5,0
Науково-популярні книги	5,45±1,49	4,73±1,9	3,98±1,94	4,5±1,78*	-27,0*	-4,9

Примітка. Достовірність відмінностей показників основної і контрольної груп * – $p<0,05$.

Зміщення показників за гендерною ознакою під час воєнного стану не прослідковується. У цілому доволі велика кількість респондентів усіх ЗОЗ ставлять найбільший бал науково-популярним книгам за будь-яких умов.

При оцінці чинників, які на думку медичних працівників, як лікарів, так і СМП ЗОЗ мають найбільший вплив на їхнє здоров'я, вважався спосіб життя, екологічна обстановка, особливості харчування за будь-яких умов. Показники професійної діяльності, якості медичного обслуговування та екологічна обстановка хоч і мають дещо нижчі абсолютні значення, в цілому знаходяться в діапазоні високих проявів, що вказує на важливість усіх розглянутих чинників для формування здоров'я людини.

Медичні працівники жіночої статі ЗОЗ ПП статистично частіше за медичних працівників чоловічої статі вважали екологічну обстановку ($U=2833,0$; $Z=-2,06$; $p<0,05$) та спосіб життя ($U=2731,5$; $Z=-2,15$; $p<0,05$) чинниками, що впливають на здоров'я. Чоловіки ЗОЗ ЗП достовірно більше розглядали шкідливі звички ($U=1236,0$; $Z=2,23$; $p<0,05$) як фактор впливу на формування здоров'я і під час воєнного стану, і в умовах мирного часу. Із таблиці 4.5 видно, що у чоловіків ЗОЗ ПП порівняно з мирним часом під час воєнного стану ІВВ зменшився за чинникам: якість медичного обслуговування – на 13,3%, спосіб життя – на 13,0%, недостатня турбота про здоров'я на – 12,8%, що пояснюється нехтуванням чинниками, які впливають на їхній стан здоров'я.

Таблиця 4.5. Бальна оцінка чинників, які впливають на стан здоров'я медичного персоналу ЗОЗ ПП залежно від статі в мирний час та під час воєнного стану, бали, $M\pm\sigma$

Чинники	Основна група (ЗОЗ ПП) мирний час		Основна група (ЗОЗ ПП) під час воєнного стану		ІВВ (%)	
	Жінки, n=188	Чоловіки, n=34	Жінки, n=183	Чоловіки, n=39	Жінки	Чоловіки
Якість медичного обслуговування	5,56±1,61	5,26±1,73	5,19±1,67	4,56±1,9	-6,7	-13,3
Екологічна обстановка	5,83±1,44*	5,23±1,56	5,29±1,55*	4,74±1,53	-9,3*	-9,4*
Професійна діяльність	5,37±1,51	5,21±1,55	4,93±1,48	4,82±1,47	-8,2	-7,5
Особливості харчування	5,81±1,28	5,23±1,78	5,37±1,48	5,13±1,4	-7,6	-1,9
Шкідливі звички	5,03±2,14	5,06±2,01	5,1±1,98	5,0±1,64	+1,4	-1,2
Спосіб життя	6,0±1,33	5,71±1,62	5,56±1,52*	4,97±1,67	-7,3	-13,0*
Недостатня турбота про здоров'я	5,61±1,58	5,56±1,62	5,22±1,66	4,85±1,51	-7,0	-12,8*

Примітка. Достовірність відмінностей показників основної і контрольної груп * – $p<0,05$.

В умовах мирного часу лише показник особливостей харчування статистично більше розглядався важливий фактор для СМП ЗОЗ ПП. Під час воєнного стану якість медичного обслуговування має більший вплив на стан здоров'я для СМП, аніж лікарів ЗОЗ ПП ($U=4596,5$; $Z=-2,3$; $p<0,05$). Шкідливі звички, які на думку лікарів як ЗОЗ ПП, так і ЗОЗ ЗП мають більший вплив на їхнє здоров'я, ніж на думку СМП ($U=4771,5$; $Z=1,99$; $p<0,05$). Під час воєнного стану лікарі ЗОЗ ПП зменшують стресові ситуації за рахунок паління, алкоголю, що спричинило збільшення показника ІВВ щодо шкідливих звичок на 12,1% порівняно з мирним часом. За таких самих обставин СМП ПП нехтують або не звертають увагу на екологічну обстановку навколишнього середовища та на особливості харчування, що зменшило ІВВ на 10,5% та 10,3% ($p<0,05$) відповідно (табл. 4.6, 4.7).

Таблиця 4.6. Заходи, які впливають на здоров'я медичних працівників ЗОЗ ПП в мирний час та під час воєнного стану, бали, $M\pm\sigma$

Заходи	Основна група (ЗОЗ ПП) мирний час		Основна група (ЗОЗ ПП) під час воєнного стану		ІВВ (%)	
	Лікарі, n=86	СМП, n=136	Лікарі, n=82	СМП, n=140	Лікарі	СМП
Якість медичного обслуговування	5,3±1,77	5,65±1,52	4,71±1,83	5,3±1,63	-11,1*	-6,2
Екологічна обстановка	5,51±1,57	5,88±1,39	5,08±1,58	5,26±1,04	-7,8	-10,5*
Професійна діяльність	5,18±1,57	5,46±1,47	4,8±1,4	4,97±1,52	-7,3	-9,0
Особливості харчування	5,41±1,49	5,93±1,27*	5,33±1,44	5,32±1,49	-1,5	-10,3*
Шкідливі звички	4,79±2,11	5,19±2,11	5,37±1,89	4,91±1,92	+12,1*	-5,4
Спосіб життя	5,99±1,41	5,94±1,37	5,59±1,44	5,39±1,63	-6,7	-9,3
Недостатня турбота про здоров'я	5,76±1,5	5,51±1,63	5,19±1,59	5,14±1,67	-9,9	-6,7

Примітка. Достовірність відмінностей показників основної і контрольної груп * – $p<0,05$.

Таблиця 4.7. Порівняльна характеристика емоційного компоненту медичних

працівників ЗОЗ ПП, які брали участь у дослідженні, залежно від статі в мирний час та під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$

Емоційний компонент	Основна група (ЗОЗ ПП) у мирний час		Основна група (ЗОЗ ПП) під час воєнного стану		ІВВ	
	Жінки, n=188	Чоловіки, n=34	Жінки, n=183	Чоловіки, n=39	Жінки	Чоловіки
Я спокійний	6,05±1,5	6,12±1,01	5,71±1,59	5,59±1,93	-5,6	-8,7
Я задоволений	6,06±1,45	6,0±1,1	5,76±1,57	5,44±1,57	-5,0	-9,3
Я щасливий	6,1±1,4	6,06±1,04	5,85±1,43	5,59±1,6	-4,1	-7,8
Мені радісно	5,78±1,59	5,44±1,52	5,66±1,52*	5,03±1,63	-2,1	-7,5
Мені ніщо не загрожує	5,62±1,82	5,12±1,95	5,48±1,61*	4,79±1,89	-2,5	-6,4
Мені це байдуже	3,52±2,3	3,53±2,08	4,25±2,26	3,97±1,97	+20,7*	+12,5*
Ніщо мене не турбує	5,02±1,95	4,88±1,95	5,03±1,98	4,87±1,9	+0,2	-0,2
Я відчуваю упевненість в собі	5,77±1,49	6,03±1,16	5,59±1,53	5,26±1,71	-3,1	-12,8*
Я відчуваю себе вільно	5,71±1,53	5,79±1,34	5,34±1,58	5,13±1,63	-6,5	-11,4*
Я переживаю почуття внутрішнього задоволення	5,52±1,73	5,06±1,86	5,34±1,48	4,97±1,62	-3,3	-1,8

Примітка. Достовірність відмінностей показників основної і контрольної груп – $p < 0,05$.

В мирний *

час при виявленні порушень з боку здоров'я лікарі ЗОЗ ПП статистично спокійніші за СМП, тоді як під час війни такі особливості відсутні. Негативні зміни емоційного компоненту під час воєнного стану спостерігались саме у лікарів ЗОЗ ПП на 11,2% «Я відчуваю себе вільно», на 9,6% «Я відчуваю упевненість в собі» ІВВ (табл. 4.8).

Таблиця 4.8. Порівняльна характеристика емоційного компоненту медичних

працівників ЗОЗ ПП, які брали участь у дослідженні, залежно від сфери діяльності в мирний час та під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$

Емоційний компонент	Основна група (ЗОЗ ПП) у мирний час		Основна група (ЗОЗ ПП) під час воєнного стану		IBB (%)	
	Лікарі, n=86	СМП, n=136	Лікарі, n=82	СМП, n=140	Лікарі	СМП
Я спокійний	6,16±1,02	5,99±1,64	5,72±1,71	5,67±1,62	-7,1	-5,3
Я задоволений	6,19±1,06	5,97±1,58	5,71±1,64	5,71±1,53	-7,8	-4,4
Я щасливий	6,08±1,09	6,1±1,5	5,74±1,58	5,84±1,4	-5,6	-4,3
Мені радісно	5,74±1,38	5,72±1,7	5,44±1,55	5,61±1,56	-5,2	-1,9
Мені ніщо не загрожує	5,51±1,8	5,57±1,88	5,21±1,71	5,45±1,66	-5,4	-2,8
Мені це байдуже	3,43±2,12	3,58±2,35	3,99±2,16	4,33±2,24	+16,3	+20,9
Ніщо мене не турбує	5,05±1,79	4,97±2,05	4,72±1,99	5,16±1,94	-6,5	+3,8
Я відчуваю упевненість в собі	5,92±1,2	5,74±1,58	5,35±1,67	5,64±1,5	-9,6	-1,7
Я відчуваю себе вільно	5,8±1,35	5,68±1,59	5,16±1,63	5,39±1,57	-11,0*	-5,1
Я переживаю почуття внутрішнього задоволення	5,29±1,85	5,55±1,68	5,12±1,62	5,37±1,44	-3,2	-3,2

Примітка. Достовірність відмінностей показників основної і контрольної груп * – $p < 0,05$.

Суттєва статистична різниця між групами дослідження спостерігалася за підпунктами «Я відчуваю почуття провини» ($U=10599,5$; $Z=-3,55$; $p < 0,001$), «Мені страшно» ($U=10626,0$; $Z=-3,5$; $p < 0,001$) та «Мені соромно» ($U=10269,5$; $Z=-3,98$; $p < 0,001$). При погіршенні загального стану суттєва різниця знайдена серед чоловіків та жінок, які працюють у ЗОЗ ЗП, за підпунктом «Я стривожений і нервуюю». Саме медичні працівники статистично частіше вказували на цю ознаку ($U=1197,5$; $Z=-2,41$; $p < 0,05$).

У мирний час та в період дії воєнного стану серед заходів, які медпрацівники застосовують для підтримки власного здоров'я, найбільшу частку складали «уникання шкідливих звичок», «заняття фізичними вправами» і «стеження за своєю вагою». При гендерній переоцінці отриманих даних виявлено, що статистично частіше застосовується загартовування ($U=2825,0$; $Z=1,99$; $p < 0,05$) та інші методи ($U=2451,5$; $Z=2,49$; $p < 0,05$) чоловіками основної групи дослідження. В умовах воєнного стану медпрацівники ЗОЗ ЗП чоловічої статі частіше за жінок відвідують лазню ($U=1140,0$; $Z=2,75$; $p < 0,05$), на противагу цьому, жінки-співробітниці частіше відвідують лікаря з профілактичною метою ($U=1126,5$; $Z=-2,78$; $p < 0,05$). При

порівнянні результатів обох груп дослідження виявлено статистичну різницю лише за підпунктом «сам вживаюю заходів», проте такі дії є більш притаманними медпрацівникам ЗОЗ ПП ($U=11344,0$; $Z=2,76$; $p<0,05$). Збільшення профілактичних заходів під час воєнного стану відбулось у жінок ІВВ «практикую спеціальні оздоровчі системи» на 32,5%; «ходжу в лазню» на 30,9%; «загартування» на 23,9% порівняно з чоловіками ІВВ: «практикую спеціальні оздоровчі системи» на 28,0%; «відвідую лікаря з профілактичною метою» на 22,9% ($p<0,05$) (табл. 4.9).

Таблиця 4.9. Профілактичні заходи, які проводять медичні працівники ЗОЗ ПП в мирний час та під час воєнного стану щодо власного здоров'я залежно від статі, бали, $M\pm\sigma$

Заходи	Основна група (ЗОЗ ПП) у мирний час		Основна група (ЗОЗ ПП) під час воєнного стану		ІВВ (%)	
	Жінки, n=188	Чоловіки, n=34	Жінки, n=183	Чоловіки, n=39	Жінки	Чоловіки
Займаюся фізичними вправами	3,58±1,89	4,44±2,09*	3,87±1,82	3,85±1,68	+8,1	-13,3*
Дотримуюся дієти	3,49±1,82	3,76±2,06	3,55±1,69	3,77±1,61	+1,7	+0,3
Піклуюся про режим	3,64±1,74	4,06±1,94	3,69±1,74	3,77±1,75	+1,4	-7,1
Загартовуюсь	2,51±1,73	3,62±2,22*	3,11±1,93	3,77±1,98	+23,9*	+4,1
Відвідую лікаря з профілактичною метою	3,45±2,03	3,15±2,13	3,71±1,93	3,87±1,42	+7,5	+22,9*
стежу за своєю вагою	3,91±1,96	3,85±2,16	3,8±1,73	3,87±1,6	-2,8	+0,5
Ходжу в лазню	2,56±1,87	3,06±2,36	3,35±1,96	3,66±1,61	+30,9*	+19,6*
Уникаю шкідливих звичок	4,56±2,23	4,79±2,07	4,23±2,05	4,0±1,83	-7,2	-16,5*
Відвідую спортивні секції	2,65±1,99	2,88±2,27	3,11±1,92	3,46±1,97	+17,4*	+20,1*
Практикую спеціальні оздоровчі системи	2,34±1,9	2,32±2,11	3,1±1,95	2,97±1,72	+32,5*	+28,0*
Щось ще	2,48±2,02	2,06±1,72	2,89±1,93	3,59±1,55*	+16,5*	+74,3*

Примітка. Достовірність відмінностей показників основної і контрольної груп * – $p<0,05$.

Статистично СМП ЗОЗ ПП загартовується частіше за лікарів ($U=4416,0$; $Z=-2,72$; $p<0,05$) та використовує інші методи підтримки власного здоров'я ($U=4052,0$; $Z=-3,15$; $p<0,05$). СМП ЗОЗ ЗП частіше за лікарів відвідують лікаря з профілактичною

метою ($U=1140,0$; $Z=-3,02$; $p<0,05$), а лікарі частіше відвідують лазню. Лікарі для покращення здоров'я використовують один із профілактичних заходів «практикую спеціальні оздоровчі системи», за яким показник ІВВ збільшився на 22,4% під час воєнного стану. Натомість СМП ЗОЗ ПП показник ІВВ аналогічного профілактичного заходу за цих же умов збільшився на 36,6%, водночас у лікарів ЗОЗ ПП за «дотримуюся дієти» показник ІВВ збільшився на 14,7%, проте за «підключуюся про режим» цей показник зменшився на 12,7% (табл. 4.10).

Таблиця 4.10. Профілактичні заходи в мирний час, які проводять лікарі та СМП ЗОЗ ПП щодо власного здоров'я в мирний час та під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$

Заходи	Основна група (ЗОЗ ПП) у мирний час		Основна група (ЗОЗ ПП) під час воєнного стану		ІВВ (%)	
	Лікарі, n=86	СМП, n=136	Лікарі, n=82	СМП, n=140	Лікарі	СМП
Займаюся фізичними вправами	4,1±1,96*	3,47±1,9	4,01±1,7	3,78±1,84	-2,2	+8,9
Дотримуюся дієти	3,89±1,84*	3,3±1,83	3,32±1,62	3,74±1,69	-14,7	+13,3*
Підключуюся про режим	4,03±1,74*	3,49±1,76	3,52±1,79	3,81±1,71	-12,7*	+9,2
Загартовуюсь	2,95±1,97	2,51±1,76	2,78±1,98	3,49±1,9*	-5,8	+39,0*
Відвідую лікаря з профілактичною метою	3,2±2,04	3,54±2,04	3,51±1,82	3,88±1,85	+9,7	+9,6
стежу за своєю вагою	3,79±2,07	3,98±1,94	3,8±1,91	3,81±1,57	+0,3	-4,3
Ходжу в лазню	2,94±2,19	2,44±1,77	3,07±1,89	3,6±1,9*	+4,4	+47,5
Унікаю шкідливих звичок	5,06±1,95*	4,3±2,31	4,45±2,13	4,04±1,93	-12,1*	-6,0
Відвідую спортивні секції	2,8±2,25	2,62±1,89	2,95±2,07	3,31±1,83	+5,7	+26,3*
Практикую спеціальні оздоровчі системи	2,32±2,05	2,35±1,85	2,84±1,89	3,21±1,91	+22,4*	+36,6*
Щось ще	2,29±2,02	2,49±1,95	2,52±1,95	3,31±1,79*	+10,0*	+32,9*

Примітка. Достовірність відмінностей показників основної і контрольної груп * – $p<0,05$.

Чоловіча частина працівників ЗОЗ ПП статистично частіше за жінок застосовує інші методи для вирішення проблем зі здоров'ям ($U=2205,5$; $Z=3,67$; $p<0,001$). Серед медичних співробітників ЗОЗ ЗП чоловіки мають суттєву перевагу за частотою відповіді «прагну не звертати увагу» ($U=1218,0$; $Z=2,28$; $p<0,05$), тоді як жіноча частина працівників має перевагу за «звертанням за порадою до друзів» ($U=1246,0$; $Z=-2,13$; $p<0,05$).

Згідно з проведеною непараметричною оцінкою досліджуваної та контрольної когорти спостерігається суттєва різниця рангових показників за підпунктами

«щасливого родинного життя» ($U=11755,0$; $Z=2,66$; $p<0,05$), «здоров'я» ($U=11797,5$; $Z=2,5$; $p<0,05$), «кар'єри» ($U=11827,5$; $Z=2,26$; $p<0,05$), а також «незалежності» ($U=11464,5$; $Z=2,51$; $p<0,05$). Введений воєнний стан у країні негативно відобразився на ціннісно-мотиваційному компоненті чоловіків порівняно з жінками ЗОЗ ПП, що підтверджується відповідями чоловіків-медпрацівників, які нехтують показником «хороша освіта» із зменшенням ІВВ на 15,4% порівняно з мирним часом, втратою надії на «везіння» – на 11,9%, зменшенням ІВВ за показниками «завзятість» на 10,1% та «здоров'я» на 9,2% (табл. 4.11).

Таблиця 4.11. Бальна оцінка ціннісно-мотиваційного компоненту медичних працівників ЗОЗ ПП залежно від статі щодо визначення місця особистого здоров'я в ієрархії цінностей в їхньому житті в мирний час та під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$

Ціннісно-мотиваційні компоненти	Основна група (ЗОЗ ПП) у мирний час		Основна група (ЗОЗ ПП) під час воєнного стану		ІВВ (%)	
	Жінки, $n=188$	Чоловіки, $n=34$	Жінки, $n=183$	Чоловіки, $n=39$	Жінки	Чоловіки
Хороша освіта	6,02±1,28	6,15±1,28	5,34±1,58	5,2±1,69	-11,3*	-15,4*
Матеріальний достаток	5,75±1,33	5,53±1,31	5,3±1,55	5,2±1,54	-7,8	-6,0
Здатність	6,1±1,28	6,12±1,17	5,44±1,47	5,67±1,58	-10,8*	7,4
Везіння	5,87±1,39	5,82±1,42	5,45±1,53	5,13±1,7	-7,2	-11,9*
Здоров'я	6,41±1,18	6,41±0,96	5,94±1,39	5,82±1,33	-7,3	-9,2
Завзятість	6,2±1,22	6,56±0,79	5,76±1,45	5,9±1,46	-7,1	-10,1*
Потрібні зв'язки	5,36±1,54	5,09±1,46	5,34±1,45	4,85±1,9	-0,4	-4,7

Примітка. Достовірність відмінностей показників основної і контрольної груп * – $p<0,05$.

Беручи до уваги гендерний розподіл, респонденти-жінки ЗОЗ ПП більше за чоловіків вважають важливими такі чинники, як «наявність вірних друзів» ($U=2845,0$; $Z=-2,01$; $p<0,05$) та «визнання тих, хто оточує» ($U=2800,0$; $Z=-1,97$; $p<0,05$).

Працівники ЗОЗ ПП, як причину свого зменшеного турбування про власне здоров'я, частіше вказують відсутність компанії, небажання себе в чомусь обмежувати, часто незнання, що для цього необхідно робити, відсутність умов та значні матеріальні витрати.

СМП ЗОЗ серед представників ЗОЗ ПП статистично частіше, ніж лікарями,

вказувалися як причини недостатньої турботи про здоров'я «немає відповідних умов» ($U=4772,5$; $Z=-1,97$; $p<0,05$) та «щось ще» ($U=4011,0$; $Z=-3,63$; $p<0,001$). Лікарі в умовах ЗОЗ ЗП частіше, ніж медсестри вказували причину «є важливіші справи» ($U=1299,5$; $Z=2,16$; $p<0,05$).

В умовах воєнного стану чоловіки усіх досліджуваних ЗОЗ частіше за жінок вказували причиною недостатньої уваги до власного здоров'я наявність важливіших справ та ін.

Проведений аналіз демонструє нижчу зацікавленість представників ЗОЗ ПП в обізнаності про власне здоров'я, нижче залучення до загальних цінностей, а також певний ступінь обмеженості навіть у турботі про власне здоров'я під час воєнного стану.

В мирний час виявлена статистично значуща різниця за всіма показниками опитувальника, що вказує на більший розвиток втоми ($U=8461,0$; $Z=-3,78$; $p<0,001$), монотонії ($U=9834,0$; $Z=-2,03$; $p<0,05$), психічного пересичення ($U=8782,0$; $Z=-3,37$; $p<0,001$), стресу ($U=9142,0$; $Z=-2,91$; $p<0,05$) у працівників медичних закладів ЗОЗ ПП. Індекс монотонії в мирний час в обох групах знаходиться в помірно вираженому стані. Монотонія в основній та контрольній досліджуваних групах відповідає також помірному ступеню вираженості в період війни. Психічне перенасичення працівників у мирний час виражено помірно в усіх випадках. Індекс психічного перенасичення в основній когорті знаходиться на рівні помірного ступеня. Ступінь вираженості Індексу стресу або напруженості в групі контролю також знаходиться в межах помірного ступеня стану. В період війни спостерігається незначна тенденція до збільшення рангового показника у медичних працівників зі стажем менше 5 років, що може вказувати на меншу стресостійкість цих медпрацівників.

Внутрішньогруповий аналіз демонструє однорідність розвитку симптомів у лікарів та СМП. Подібний розподіл даних вкотре засвідчує статистично рівноцінне перенавантаження лікарів та медичного персоналу як елемента єдиної системи надання допомоги в умовах як ЗОЗ ПП, так і ЗОЗ ЗП під час воєнного стану. ІВВ вираженого у лікарів психічного пересичення під час воєнного стану збільшився на 5,9%, втоми – на 4,8% порівняно із СМП – ІВВ монотонії збільшився на 4,6%, втоми – на 4,4% (табл. 4.12).

Таблиця 4.12. Порівняльна характеристика психофізіологічного стану медичного персоналу ЗОЗ ПП залежно від сфери діяльності в мирний період та під час воєнного стану, бали, $M\pm\sigma$

Ознаки	Основна група (ЗОЗ ПП) у мирний час		Основна група (ЗОЗ ПП) під час воєнного стану		ІВВ (%)	
	Лікарі, n=86	СМП, n=136	Лікарі, n=82	СМП, n=140	Лікарі	СМП
Втома	19,3±4,97	19,73±4,72	20,22±4,95	20,6±4,64	+4,8	+4,4
Монотонія	18,77±4,12	19,11±3,93	19,29±5,51	19,99±5,1	+2,8	+4,6
Психічне пересичення	18,76±5,53	20,21±5,31	19,87±4,38	20,39±4,48	+5,9	+0,9
Стрес	20,77±4,91	20,89±3,64	21,11±4,25	21,55±4,58	+1,6	+3,2

Примітка. Достовірність відмінностей показників основної і контрольної груп * – $p < 0,05$.

Суттєві зміни у психофізіологічному стані здоров'я ми спостерігали саме у медичного персоналу ЗОЗ ПП навіть при розташуванні значень в межах помірною ступеня в обох групах дослідження. Ці зміни виявлялися значущими як під час воєнного стану, так і в мирний час. Втома у чоловіків ЗОЗ ПП знаходилася на статистично вищому рівні стосовно жінок під час воєнного стану. У чоловіків ЗОЗ ПП на першому місці перебуває втома та психічне перенасичення, на противагу цьому, жінки ЗОЗ ПП виявили значнішими втоми та стрес. Психофізіологічний стан чоловіків ЗОЗ ПП під час воєнного стану погіршився, про що свідчить збільшення показника втоми на 13,7%; психічного перенасичення на 13,5%; монотонії на 11,9% ІВВ ($p < 0,05$) порівняно з мирним часом (табл. 4.13).

Таблиця 4.13. Порівняльна характеристика психофізіологічного стану медичного персоналу ЗОЗ ПП залежно від статі в мирний період та під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$

Ознаки	Основна група (ЗОЗ ПП) у мирний час		Основна група (ЗОЗ ПП) під час воєнного стану		ІВВ (%)	
	Жінки, n=188	Чоловіки, n=34	Жінки, n=183	Чоловіки, n=39	Жінки	Чоловіки
Втома	19,83±4,78	18,09±4,79	20,44±4,71	20,56±4,95	+3,1	+13,7*
Монотонія	19,13±4,07	18,15±3,56	19,61±5,34	20,31±4,88	+2,5	+11,9*
Психічне пересичення	19,81±5,56	18,73±4,59	19,97±4,46	21,26±4,25	+0,8	+13,5*
Стрес	20,98±4,21	20,06±3,91	21,56±4,35	20,56±4,91	+2,8	+2,5

Примітка. Достовірність відмінностей показників основної і контрольної груп * – $p < 0,05$.

При визначенні ПРЕВ у медичних працівників ЗОЗ в умовах миру та під час воєнного стану було встановлено такі дані. У медпрацівників ЗОЗ ЗП перша фаза «Напруження» вважається несформованою, натомість у медпрацівників ЗОЗ ПП знаходиться в стадії формування, що є переходом в хворобу.

У мирний час прояви першої фази «Напруження» в цілому однорідні в обох групах дослідження. Працівники ЗОЗ ПП мають суттєвіші прояви ПРЕВ за згаданими вище підпунктами під час воєнного стану, що підтверджується суттєвою статистичною різницею між усіма досліджуваними групами за першою фазою ($U=11532,0$; $Z=-2,5$; $p<0,05$), за показником незадоволеності собою ($U=9050,0$; $Z=-5,31$; $p<0,001$) та «Загнаності в кут» ($U=11371,0$; $Z=-2,7$; $p<0,05$).

Враховуючи загальну професійну зайнятість, СМП ЗОЗ ПП порівняно з лікарями частіше відчувають «Загнаність у кут» ($U=4765,0$; $Z=-2,34$; $p<0,05$), хоча величина показника не відображає сформованого симптому в обох випадках у мирний час. Під час воєнного стану показник ІВВ «незадоволеність собою» у СМП ЗОЗ ПП збільшився на 14,3%, «Загнаність в кут» – на 2,4%, проте у лікарів цей показник збільшився на 8,2% порівняно із СМП ЗОЗ ПП (табл. 4.14).

Переживання психотравмувальних обставин має суттєвіші прояви серед жінок ЗОЗ ПП порівняно з чоловічою частиною ($U=2481,5$; $Z=2,08$; $p<0,05$) і входить в діапазон симптому, що сформувався в мирний час.

Таблиця 4.14. Порівняльна оцінка формування ПРЕВ за фазою «Напруження» у лікарів та СМП ЗОЗ ПП у мирний час та під час воєнного стану залежно від сфери діяльності, бали, $M\pm\sigma$

Фаза	Основна група (ЗОЗ ПП) у мирний час		Основна група (ЗОЗ ПП) під час воєнного стану		ІВВ (%)	
	Лікарі, n=86	СМП, n=136	Лікарі, n=82	СМП, n=140	Лікарі	СМП
Фаза I «Напруження»	39,7±24,0 7	40,6±22,1 9	35,04±18, 54	38,29±19, 85	- 11,7*	-5,7
Переживання психотравмувальних обставин	14,15±9,3 1	14,07±8,3	11,48±7,6 5	11,25±7,1 9	- 18,9*	- 20,0*
Незадоволеність собою	9,53±7,08	9,21±7,13	9,84±7,41	10,53±6,8 7	+3,3	+14,3*
«Загнаність у кут»	5,51±6,31	7,54±6,98 *	5,96±5,8	7,72±7,55	+8,2	+2,4
Тривога і депресія	10,6±8,98	9,96±7,85	7,69±6,56	8,81±7,72	- 27,5*	- 11,5*

Примітка. Достовірність відмінностей показників основної і контрольної груп * – $p<0,05$.

Друга фаза «Резистенції» у медичних працівників ЗОЗ ПП і ЗОЗ ЗП відповідає фазі у стадії формування в період мирного та військового часу, що є ознакою переходу в передхворобу. Показник емоційно-моральної дезорієнтації в мирний час виявив чітке збільшення у медичних працівників ЗОЗ ПП ($U=9153,0$; $Z=-2,9$; $p<0,05$). Якщо поглянути на професійну специфічність, то виявляється суттєва статистична різниця у формуванні ПРЕВ між лікарями та СМП ЗОЗ ПП з вищим ступенем «редукції професійних обов'язків» серед останніх ($U=4770,5$; $Z=-2,31$; $p<0,05$) в мирний час. У СМП ЗОЗ ПП частіше спостерігається емоційно-моральна дезорієнтація ($U=11734,0$; $Z=-2,28$; $p<0,05$) під час воєнного стану із збільшенням її ІВВ в негативний бік на 4,8% (табл. 4.15).

Таблиця 4.15. Порівняльна оцінка формування ПРЕВ за фазою «Резистенції» у медичних працівників ЗОЗ ПП залежно від сфери діяльності в мирний час та під час воєнного стану, бали, $M\pm\sigma$

Фаза	Основна група (ЗОЗ ПП) у мирний час		Основна група (ЗОЗ ПП) під час воєнного стану		ІВВ (%)	
	Лікарі, n=86	СМП, n=136	Лікарі, n=82	СМП, n=140	Лікарі	СМП
Фаза 2 «Резистенції»	52,99±21,3	55,12±21,77	50,39±21,6	50,26±20,45	-4,9	-8,8
Неадекватне вибіркоче емоційне реагування	14,95±6,96	15,12±7,46	13,85±7,02	13,21±7,09	-7,4	-12,6*
Емоційно-моральна дезорієнтація	12,33±5,6	11,95±6,66	11,5±6,89	12,52±6,14	-6,7	+4,8
Розширення сфери економії емоцій	12,64±9,78	12,16±9,34	11,58±8,85	11,52±7,83	-8,4	-5,3
Редукція професійних обов'язків	13,69±8,65	16,12±7,64*	13,39±7,53	13,05±8,57	-2,2	-19,0*

Примітка. Достовірність відмінностей показників основної і контрольної груп * – $p<0,05$.

Під час воєнного стану в досліджуваних групах не було виявлено суттєвих змін за гендерною та професійною ознакою. Однак у працівників ЗОЗ ЗП спостерігалася незначна тенденція до підвищеного неадекватного вибіркового емоційного реагування та редукції професійних обов'язків.

У період війни значення третьої фази «Виснаження» для обох досліджуваних груп знаходилися в стадії формування. У мирний час для контрольної групи фаза неформована, а для основної – в стадії формування. Психовегетативні порушення зустрічалися статистично частіше у жінок-працівниць ЗОЗ ЗП ($U=704,0$; $Z=-2,09$; $p<0,05$) в мирний час. Професійна специфічність вигорання виявлялася значно з вищими показниками емоційного виснаження ($U=4724,0$; $Z=-2,41$; $p<0,05$) та з інтегральним показником для СМП ЗОЗ ПП ($U=4679,0$; $Z=-2,53$; $p<0,05$). На противагу СМП ЗОЗ ПП, редукція професійних досягнень у лікарів є вищою ($U=4847,5$; $Z=2,15$; $p<0,05$). Такий спектр показників свідчить про першочерговий розвиток професійного вигорання у СМП ЗОЗ ПП як у мирний час, так і під час воєнного стану, що ймовірно пояснюється комбінацією фізичних та психологічних факторів впливу при роботі з пацієнтами відповідного профілю. Збільшення показника IBV «емоційного дефіциту» у лікарів на 24,9% та у СМП ЗОЗ ПП на 25,0% ($p<0,05$) показує їх спустошення, розвиток емоційної чуттєвості на тлі перевиснаження організму під час виконання професійних обов'язків (табл. 4.16).

Таблиця 4.16. Порівняльна оцінка формування ПРЕВ за фазою «Виснаження» у медичних працівників ЗОЗ ПП у мирний час та під час воєнного стану залежно від професійних обов'язків, бали, $M \pm \sigma$

Фаза	Основна група (ЗОЗ ПП) у мирний час		Основна група (ЗОЗ ПП) під час воєнного стану		IBV (%)	
	Лікарі, n=86	СМП, n=136	Лікарі, n=82	СМП, n=140	Лікарі	СМП
Фаза 3 «Виснаження»	36,98±19,84	40,83±21,23	37,66±21,66	38,01±22,03	+1,8	-6,9
Емоційний дефіцит	9,55±6,88	10,18±6,86	11,93±7,7	12,73±6,66	+24,9*	+25,0*
Емоційне відчуження	10,93±6,41	12,23±6,64	10,74±6,68	9,4±6,65	-1,7	-23,1*
Особистісне відчуження (деперсоналізація)	8,07±7,74	8,34±7,2	7,41±7,84	8,05±8,0	-8,2	-3,5
Психосоматичні та психовегетативні порушення	8,41±6,16	10,36±8,59	7,71±7,11	7,76±8,01	-8,3	-25,1*

Примітка. Достовірність відмінностей показників основної і контрольної груп * – $p < 0,05$.

Статистично важливих гендерних розбіжностей у фазі «Виснаження» серед респондентів ЗОЗ ПП не спостерігалось. Лише симптоми деперсоналізації (особисте відчуження) більше виражені у чоловічої статі в умовах ЗОЗ ЗП порівняно з жінками ($U=644,0$; $Z=2,55$; $p < 0,05$).

При порівнянні результатів визначається статистично значуща різниця між контрольною та основною групами за субшкалами емоційного виснаження ($U=10721,0$; $Z=-3,41$; $p < 0,001$) та редукції професійних досягнень ($U=8113,0$; $Z=6,34$; $p < 0,001$). Респонденти саме ЗОЗ ПП більше виявляють емоційне виснаження та редукцію своїх персональних професійних досягнень (прагнення менше часу витратити на виконання професійних обов'язків).

У працівників ЗОЗ ПП за даними опитування спостерігається вагома різниця за показником редукції професійних досягнень. І серед лікарів, і серед СМП цей показник знаходиться в межах середнього ступеня, але самі числові значення значно нижчі у СМП, що вказує на швидший розвиток редукції професійних досягнень саме у них. Під час воєнного стану показник ІВВ емоційне виснаження, особистісне відчуження (деперсоналізація) у лікарів збільшився в негативний бік на 53,8% і 41,5%, така ж тенденція спостерігалася у СМП ЗОЗ ПП – на 37,9% і 38,7% ($p < 0,05$) відповідно (табл. 4.17).

Таблиця 4.17. Порівняльна оцінка за трьома субшкалами серед лікарів та СМП ЗОЗ ПП в мирний час та під час воєнного стану залежно від професійних обов'язків, бали, $M \pm \sigma$

Субшкали	Основна група (ЗОЗ ПП) у мирний час		Основна група (ЗОЗ ПП) під час воєнного стану		ІВВ (%)	
	Лікарі, n=86	СМП, n=136	Лікарі, n=82	СМП, n=140	Лікарі	СМП
Емоційне виснаження	17,48±8,28	20,18±8,42*	26,89±6,6	27,82±7,48	+53,8*	+37,9*
Деперсоналізація	11,49±4,89	11,87±5,1	16,26±4,21	16,46±4,59	+41,5*	+38,7*
Редукція професійних досягнень	28,2±7,79*	25,82±8,27	32,07±6,76*	29,65±6,53	+13,7*	+14,8*
Інтегральний показник	7,3±2,17	8,07±2,25*	7,71±2,16	7,87±2,15	+5,6	-2,5

Примітка. Достовірність відмінностей показників основної і контрольної груп * – $p < 0,05$.

Більш значущий розвиток симптомів деперсоналізації під час війни спостерігався у жінок ЗОЗ ПП за показником «Психічне вигорання». У працівників та працівниць ЗОЗ ЗП суттєвої різниці в розвитку симптомів вигорання не виявлено. У чоловічої статі в умовах ЗОЗ ЗП симптоми деперсоналізації більше виражені в мирний час.

У мирний час у працівників обох груп емоційне виснаження та вигорання відповідало середньому рівню; особистісне відчуження (деперсоналізація) – низькому рівню; редукція професійних досягнень – високому рівню. У період воєнних дій емоційне виснаження медпрацівників відповідає середньому рівню професійного вигорання в ЗОЗ ЗП, на межі високого рівня та високому рівню професійного вигорання працівників ЗОЗ ПП; особистісне відчуження (деперсоналізація) відповідає дуже високому рівню в обох групах; редукція професійних досягнень склала середній рівень вигорання за цим фактором. Інтегральний показник відповідає високому ступеню ПВ медпрацівників усіх закладів.

Професійне емоційне вигорання за всіма фазами ПРЕВ у медичних працівників ЗОЗ під час воєнного стану знаходиться на високому та дуже високому рівні і є ризиком переходу передхвороби у хворобу.

Висока частота розвитку деперсоналізації МП характеризується підвищеним психологічним дистанціюванням від роботи, зниженням емпатії і цинічним/байдужим ставленням до пацієнтів/людей, песимістичними думками про роботу, що також впливало на ставлення до своєї власної родини у працівників ЗОЗ ЗП і ЗОЗ ПП, і є недопустимим порушенням морально-етичних принципів поведінки медичних працівників ЗОЗ під час виконання професійних обов'язків.

Статистично значущу різницю між досліджуваною та контрольною групами виявлено в зовнішній негативній мотивації. Медпрацівники ЗОЗ ЗП більше намагаються уникати критики з боку керівництва та колег, а також можливих неприємностей на роботі ($U=9789,0$; $Z=2,1$; $p<0,05$). Водночас у медпрацівників спостерігалася тенденція до меншого прагнення у підвищенні грошового заробітку, серед медпрацівників ЗОЗ ПП – збільшення соціального престижу ($U=10007,0$; $Z=1,82$; $p<0,05$). Розподіл даних виявив вищий показник внутрішньої мотивації у лікарів, ніж у СМП ЗОЗ ПП ($U=4717,5$; $Z=2,47$; $p<0,05$). Втім, структура розподілу мотиваційних комплексів залишалася сталою для всіх медпрацівників в мирний час. Під час воєнного стану зовнішня негативна мотивація у лікарів ЗОЗ ПП збільшилась на 6,7%, що негативно впливає на роботу та ставлення до пацієнтів (табл. 4.18).

Таблиця 4.18. Бальна оцінка формування мотивацій (внутрішня, зовнішня) у медичних працівників ЗОЗ ПП залежно від виконання професійних обов'язків в мирний час та під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$

Види мотивацій	Основна група (ЗОЗ ПП) мирний час		Основна група (ЗОЗ ПП) під час воєнного стану		ІВВ (%)	
	Лікарі, n=86	СМП, n=136	Лікарі, n=82	СМП, n=140	Лікарі	СМП
Внутрішня мотивація	3,69±0,96*	3,38±0,98	3,39±0,98	3,24±0,96	-8,1	-4,1
Зовнішня позитивна мотивація	2,79±0,71	2,88±0,96	2,93±0,75	3,02±0,91	+5,0	+4,9
Зовнішня негативна мотивація	2,85±1,05	3,06±1,31	3,04±1,06	3,11±1,03	+6,7	+1,6

Примітка. Достовірність відмінностей показників основної і контрольної груп * – $p < 0,05$.

Структура розподілу мотиваційних комплексів, однак, залишалася сталою для всіх медпрацівників. У чоловічої та жіночої частин працівників ЗОЗ ПП під час воєнного стану не спостерігалася суттєва різниця в мотивації до їхньої практичної діяльності. На противагу цьому, серед медпрацівників ЗОЗ ЗП суттєво вища доля зовнішньої позитивної ($U=1195,0$; $Z=2,4$; $p < 0,05$) та зовнішньої негативної ($U=1276,0$; $Z=1,98$; $p < 0,05$) мотивації, яка виявлена саме серед чоловіків.

У мирний час найчастіше зустрічаються такі мотиваційні типи: інструментальний, професійний, люмпенізований. Під час воєнного часу найчастіший тип – інструментальний. Більша частка респондентів професійного та патріотичного мотиваційних типів спостерігалася серед медичних працівників ЗОЗ ЗП, водночас серед медпрацівників ЗОЗ ПП достовірно більша частка господарського типу і ІВВ цього типу збільшився на 16,6% у лікарів ЗОЗ ПП і на 5,9% у СМП. Під час воєнного стану спостерігалася збільшення ІВВ патріотичного типу як у лікарів ЗОЗ ПП на 7,7%, так і у СМП ЗОЗ ПП на 5,7% (табл. 4.19).

Таблиця 4.19. Порівняльна характеристика формування мотиваційних типів у медичних працівників ЗОЗ ПП в мирний час та під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$

Мотиваційні типи	Основна група (ЗОЗ ПП) у мирний час		Основна група (ЗОЗ ПП) під час воєнного стану		IBV (%)	
	Лікарі, n=86	СМП, n=136	Лікарі, n=82	СМП, n=140	Лікарі	СМП
Інструментальний тип	8,33±2,34	7,8±2,69	7,44±2,91	7,04±2,3	-10,7*	-9,7
Професійний тип	8,34±2,2*	5,35±2,33	6,38±2,56	5,89±2,31	-23,5*	+10,1*
Патріотичний тип	4,17±1,86	4,01±2,03	4,49±1,87	4,24±1,88	+7,7	+5,7
Господарський тип	3,62±2,03	4,04±2,07	4,22±1,9	4,28±2,09	+16,6*	+5,9
Люмпенізований тип	5,49±2,23	5,65±2,42	4,45±1,97	4,43±1,97	-16,6*	-5,9

Примітка. Достовірність відмінностей показників основної і контрольної груп * – $p < 0,05$.

При відносно низьких загальних значеннях господарського мотиваційного типу статистично частіше він притаманний чоловікам ЗОЗ ПП, ніж жінкам ($p < 0,04$). Серед працівників ЗОЗ ЗП привертає увагу суттєва кількість чоловіків серед інструментального типу ($p < 0,05$). Під час воєнного стану при низьких показниках патріотичного та люмпенізованого мотиваційних типів у працівників ЗОЗ ЗП вказані прояви переважають у жінок.

Загалом під час воєнного стану патріотичний тип знаходиться в середніх величинах. Найчастішим є інструментальний тип, що вказує на першочергову матеріальну мотивацію медпрацівників, а професійний тип, особливо серед лікарів ЗОЗ ЗП, вказує на бажання мати професійний успіх та зростання. Велика частка люмпенізованого типу спостерігалася серед СМП, що може негативно вплинути на надання медичної допомоги під час воєнного стану в цілому.

Загалом отримані значення вказують на доволі різномірну мотивацію лікарів та СМП ЗОЗ [387].

Висновки до розділу 4

Під час воєнного стану за кількістю звернень лікарів ЗОЗ ПП щодо здоров'я до лікарів ІВВ зменшився на 11,2% і на 13,0% серед СМП ЗОЗ ПП.

В умовах воєнного стану довіра у лікарів ЗОЗ ПП засобам масової інформації ІВВ збільшилася на 5,6%, а у СМП ЗОЗ ПП зменшилася на 9,2%, порівнюючи з мирним часом. Використання науково-популярних книг під час воєнного стану зменшилося на 27% ІВВ, довіра до газет і журналів щодо обізнаності про здоров'я на 21,8% ІВВ у лікарів ЗОЗ ПП ($p < 0,05$), порівняно з лікарями ЗОЗ ЗП.

Чоловіки ЗОЗ ПП порівняно з мирним часом під час воєнного стану – ІВВ зменшився за чинниками: якість медичного обслуговування на 13,3%, спосіб життя на 13,0%, недостатня турбота про здоров'я на 12,8% ($p < 0,05$), що пояснюється нехтуванням обставин, які впливають на стан їхнього здоров'я.

Під час воєнного стану у лікарів ЗОЗ ПП показник «шкідливі звички» збільшився на 12,1% ІВВ порівняно з мирним часом через стресові ситуації, унаслідок вживання алкоголю, паління. СМП ПП під час воєнного стану нехтує або не звертає увагу на екологічний стан навколишнього середовища та на особливості харчування, що зменшило ІВВ на 10,5% та 10,3% ($p < 0,05$).

Найвищі зміни у погіршенні емоційного компонента порівняно з мирним часом встановлено у чоловіків ЗОЗ ПП «Я відчуваю упевненість в собі» на 12,8% ІВВ, «Я відчуваю себе вільно» на 11,4% ІВВ ($p < 0,05$).

Введений воєнний стан у країні негативно відобразився на ціннісно-мотиваційному компоненті чоловіків порівняно з жінками ЗОЗ ПП, що підтверджується відповідями чоловіків-медпрацівників, які нехтують показником «хороша освіта» із зменшенням ІВВ на 15,4% порівняно з мирним часом, втратою надії на «везіння» на 11,9%, зменшенням ІВВ за показниками «завзятість» на 10,1% та «здоров'я» на 9,2% ($p < 0,05$).

У період війни спостерігається незначна тенденція до збільшення рангового показника у медичних працівників зі стажем менш як 5 років, що може вказувати на меншу стресостійкість цих медпрацівників.

Показник ІВВ психічного пересичення у лікарів ЗОЗ ПП під час воєнного стану збільшився на 5,9%, втоми – на 4,8% порівняно із СМП – ІВВ монотонії збільшився на 4,6%, втоми – на 4,4%. Психофізіологічний стан чоловіків ЗОЗ ПП під час воєнного стану погіршився, про що свідчить збільшення показника втоми на 13,7%; психічного пересичення на 13,5%; монотонії на 11,9% ІВВ ($p < 0,05$) порівняно з мирним часом.

Збільшення показника ІВВ «емоційного дефіциту» у лікарів на 24,9% та у СМП

ЗОЗ ПП на 25,0% ($p < 0,05$) показує їх спустошення, розвиток емоційної чуттєвості на тлі перевиснаження організму під час виконання професійних обов'язків. Симптоми деперсоналізації (особистісне відчуження, відсторонення) більше виражені у чоловічій статі в умовах ЗОЗ ЗП порівняно зі співробітницями-жінками ($p < 0,05$). Під час воєнного стану показник ІВВ «емоційне виснаження», «особистісне відчуження» (деперсоналізація) у лікарів збільшився в негативний бік на 53,8% і 41,5%, така ж тенденція спостерігалася у СМП ЗОЗ ПП на 37,9% і 38,7% ($p < 0,05$) відповідно. Під час воєнного стану зовнішня негативна мотивація у лікарів ЗОЗ ПП збільшилася на 6,7%, що негативно впливає на роботу та ставлення до пацієнтів.

Встановлено найвищі показники у чоловіків ЗОЗ ЗП під час війни за інструментальним типом, що вказує на першочергову їх матеріальну мотивацію; за професійним типом, особливо серед лікарів ЗОЗ ЗП, вказує на бажання мати професійний успіх та зростання. Прояви патріотичного типу під час воєнного стану усіх медичних працівників ЗОЗ займають третє місце. У мирний час спостерігали

люмпенізованого типу серед СМП може негативно вплинути на надання медичної допомоги під час воєнного стану в цілому.

РОЗДІЛ 5

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД - АКТУАЛЬНА ЗАГРОЗА СУЧАСНОСТІ ЯК НАСЛІДОК ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ

5.1. Історичні особливості формування посттравматичного стресового розладу

Детально описав психічні розлади у 1867 році англійський хірург J. E. Erichen у своїй праці «Залізничні та інші травми нервової системи», що виникають унаслідок травм, отриманих під час залізничних аварій. Він виявив, що постраждалі демонстрували симптоми, зокрема нічні кошмари, емоційний дискомфорт, порушення пам'яті та зниження концентрації уваги. У зв'язку із цим, J. E. Erichen ввів термін «залізничний спинний мозок» для позначення цього комплексу симптомів [388].

На психологічні наслідки воєнних травм вперше звернув увагу невролог Н. Орпенгейм, який у 1889 році ввів термін «травматичний невроз». Цим він акцентував на тому, що когнітивні, поведінкові та емоційні розлади можуть виникати у військовослужбовців навіть за відсутності фізичних поранень. З початком Першої світової війни масштаби цієї проблеми значно зросли, стимулювавши активні дослідження у цій галузі. Багато солдатів, які не зазнали фізичних травм, демонстрували симптоми, характерні для посттравматичного стресового розладу (ПТСР): порушення сну, тремор, амнезія, тинітус. Ці стани суттєво ускладнювали їхню адаптацію до мирного життя та впливали на боєздатність. У відповідь на цю проблему військові медики почали розробляти методи лікування. У 1915 році психолог С. Myers у своїй статті для журналу «Lancet» узагальнив ці симптоми під терміном «shell shock» («снарядний шок»), який став широко вживаним для опису психологічних наслідків воєнних дій [389].

Дослідження травматичного неврозу зазнало значного прогресу. У 1941 році А. Kardiner провів дослідження цієї проблеми і вперше запровадив термін «хронічний військовий невроз». Він детально описав психічні та вегетативні симптоми, що виникають внаслідок стресових ситуацій у бойових умовах, що дозволило розширити розуміння механізмів та наслідків таких травм для військовослужбовців.

Kardiner A. (1941) здійснив всебічний аналіз симптоматики розглядуваного розладу, виявивши такі прояви, як гіперзбудливість, дратівливість, нав'язливі думки про травматичні події, агресивні спалахи з порушенням імпульсивного контролю, дезорієнтація та гіперреактивність на зовнішні подразники [390].

Американськими психіатрами проведено дослідження наслідків війни у В'єтнамі щодо психічних розладів серед військовослужбовців-ветеранів. Виявлено, що військовослужбовці, які брали участь в цій війні і пережили подібні травматичні події, демонструють симптоматику, яка не відповідала жодному з існуючих діагнозів. З метою класифікації цього феномену, Horowitz M. у 1980 році запропонував виділити його як окремий синдром, названий «посттравматичним стресовим розладом, ПТСР» (posttraumatic stress disorder, PTSD) [391].

За останні десятиліття завдяки інтенсивним дослідженням вітчизняних та зарубіжних науковців було досягнуто значних успіхів у розумінні та систематизації ПТСР. Сучасний стан наукових знань дозволяє здійснювати комплексний аналіз ПТСР, що враховує психологічні, соціальні та нейробиологічні фактори. Такий підхід є необхідним для розробки ефективних психокорекційних програм, спрямованих на відновлення всіх аспектів особистісного функціонування після травматичних подій.

Дослідження, проведене З. Г. Кісарчуком, Я. М. Омельченком та іншими (2020), виявило, що серед осіб, які пережили значне психічне навантаження внаслідок воєнних дій, приблизно 30% страждають від ПТСР. З цього числа близько 20% не мають можливості самостійно впоратися із симптомами і потребують спеціалізованого лікування. Ці дані підкреслюють критичну потребу в ефективних методах діагностики та лікування ПТСР, особливо серед осіб, що пережили значні стресові події. Зростання випадків ПТСР впливає на якість життя, фізичне і психічне здоров'я, а також соціальний добробут постраждалих, що є особливо актуальним для молоді та дітей, які найбільш вразливі до травматичних стресорів [392].

У період початку війни в Україні з 2014 р. (АТО/ООС) за результатами ретроспективного аналізу населення України серед 65% внутрішньоперемішених осіб (ВПО) виявили, що у 64,4% переважав помірний і у 21,6% сильний стрес, 25,7% помірна тривога і 23,4% сильна тривога, від 23% до 33% респондентів із симптомами ПТСР. Рівень поширеності спостерігався у різних групах за соціально-демографічними характеристикам [393, 394].

Російське вторгнення в Україну спричинило значний сплеск травматичних подій, що викликали зростання психічних розладів серед українського населення. Воєнні дії, насильство, втрати близьких, внутрішнє переміщення (ВПО) та загальна дестабілізація життєвого середовища стали причинами суттєвого погіршення психічного здоров'я, зокрема розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). За результатами дослідження Чорної В.В. (2023) у ВПО встановлено ознаки розвитку депресивного розладу у жінок до 30 років – 40,5%, до 40 років – 32,4%, до 50 років – 40,7%. Серед чоловіків до 30 років – 44,4%, до 40 років – 27,8%, до 50 років – 27, 8%. Легкий ступінь депресії (10-15 балів), яка є захворюванням «субдепресія» і хворий потребує консультації психолога, серед жінок ВПО становив 52,6%; помірний ступінь (16-19 балів) – 26,3%, при цьому людина занурюється в свої проблеми, сумує, стає млявою через нестачу енергії; важкий ступінь (20-29 балів) – 21,1%, при такому ступеню людина живе, працює «на автоматі», страждає психологічна, емоційна, когнітивна сфера, у такому стані людина може скоїти суїцид. За результатами дослідження 61,5% чоловіків мали ознаки легкого ступеня, 30,8% – середнього, 7,7% – важкого. Відмічено найуразливішу групу серед 21,1% чоловіків, яким вже необхідна психіатрична допомога, тому що такий стан призведе до суїциду, так і 7,7% серед жінок. Респонденти за результатами дослідження стверджували, що їм погано і сумно – 45,2%; відчували тривогу з приводу свого майбутнього – 53,4%, незадоволені своїм життям – 57,5%; доводиться робити зусилля, щоб змусити себе працювати – 54,8%, почали гірше спати і прокидаються втомленими – 50,7%. Беручи до уваги результати дослідження, які були проведені у 2020 році та порівнявши з даними сьогодення, бачимо, що особи як чоловічої, так і жіночої статі почали більшою мірою відчувати тривогу щодо майбутнього, не задоволені життям 55,0% (2020 р), 61,6%. За результатами дослідження 45,2% респондентів стверджували, що їм погано і сумно; 53,4% відчували тривогу з приводу свого майбутнього, 57,5% не задоволені своїм життям; 54,8% доводиться робити зусилля, щоб змусити себе працювати, 50,7% почали гірше спати і прокидаються втомленими [395].

5.2. Ознаки посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців в умовах професійної діяльності

Війна є одним з найпотужніших психосоціальних стресових факторів, що серйозно впливає на психічне та фізичне здоров'я кожного громадянина України. Вона стає величезним викликом для нашої країни та відображається на емоційному та психологічному стані всіх людей. Це стосується як військових, так і членів їхніх родин, а також цивільних осіб, у яких можуть з'явитися тривожно-депресивні розлади, загостритись вже наявні психічні проблеми чи розвинутих психосоматичні захворювання та інші порушення ментального здоров'я. Тому військовослужбовці належать до вразливих груп, чие життя часто знаходиться під загрозою через участь у бойових діях та перебування в екстремальних умовах, що призводить до високого ризику виникнення ПТСР.

ПТСР є специфічним психіатричним захворюванням, яке розвивається внаслідок прямого або непрямого впливу екстремально стресової події [396].

ПТСР проявляється основними групами симптомів: інтрузивними симптомами, униканням, підвищеною реактивністю та когнітивними і емоційними змінами, які здатні негативно впливати на всі сфери життєдіяльності індивіда. ПТСР може виникати після того, як людина зазнала або була випадково свідком травматичної події, такої як військові дії, терористичні акти, природні чи техногенні катастрофи, стихійні лиха, пожежі, аварії.

Часто у пацієнтів з ПТСР спостерігаються труднощі в підтримці міжособистісних стосунків з друзями, родиною, нав'язливі спогади про травматичні події, які вони пережили, розлади сну, підвищена дратівливість, агресивність, надмірна втомлюваність, головний біль, а також труднощі з концентрацією уваги на виконанні завдань, погіршення пам'яті. Прогресування захворювання супроводжується поглибленням симптоматики, її розширенням та можливим переходом гострої форми у хронічну. Симптоми ПТСР можуть розвинутих не лише після однієї ізольованої травматичної події, а й унаслідок тривалого впливу комбінованого стресу високої інтенсивності.

Найбільш серйозним, довгостроковим наслідком війни є бойова травма у тих, хто безпосередньо бере участь у бойових діях, що має значний психотравматичний вплив на військовослужбовців і є основним фактором розвитку стрес-асоційованих розладів. Хоча перебіг цього розладу може варіювати, симптоми часто стають стійкими та можуть тривати місяцями, роками або навіть зберігатися протягом усього життя [397].

Згідно з даними «National Center for PTSD» (2021), частка військовослужбовців, які страждають на ПТСР, незалежно від інтенсивності бойових дій, становить 11-20% [398].

Згідно з дослідженням Meyer E. (2019), було проведено оцінку тяжкості симптомів ПТСР серед військовослужбовців, які брали участь у бойових діях в Іраку та Афганістані, з урахуванням основних факторів ризику розвитку цього розладу. Для оцінки симптомів використовувалась скринінгова шкала PCL-5. Отримані результати свідчать про наявність симптомів ПТСР у 23% військовослужбовців [399].

Науковці з різних країн світу активно досліджують етіологію, тривалість, діагностичні підходи та терапію ПТСР, пов'язаного з бойовою травмою. У ході Ірако-Афганського конфлікту (2004-2007 рр.) поширеність ПТСР варіювала в межах від 10,0% до 20,0%, а в період російсько-української війни (2014-2016 рр.) – від 10,0% до 15,0%. Дослідження, проведене Пінчук І.Я. (2016), показало, що внаслідок збройного конфлікту на Сході України рівень та інтенсивність стресових розладів серед військовослужбовців були досить високими. ПТСР було діагностовано у 27,7% військовослужбовців, які брали участь в антитерористичній операції (АТО) [400].

Населення України зазнало впливу численних травматичних подій, спричинених тривалими військовими діями на Сході країни, анексією територій, повномасштабною війною і значними людськими втратами, що зачепило все населення України. Ці обставини негативно вплинули на життєдіяльність населення України, спричиняючи постійну тривогу та психологічну напругу, які виступають предикторами емоційного вигорання (ПРЕВ) і підвищеної частоти стресових розладів. У цьому контексті було проведено аналіз наукових праць, присвячених ПТСР, із метою визначення його частоти та тривалості, а також ідентифікації факторів, що сприяють виникненню цього розладу в умовах війни з російською федерацією [401].

Дослідження, проведені Nassif T. (2019), Nisstn L. (2017) і Sørensen H. (2016), показали, що рівень уваги/усвідомленості, бойовий досвід і мотивація військовослужбовця впливають на прояви психопатологічних симптомів. Було виявлено, що низький рівень усвідомленості серед військовослужбовців пов'язаний із ризикованою поведінкою (домінантність, безтурботність, жорсткість) і супроводжується більш вираженими симптомами ПТСР, що призводять до значних порушень функціонування різних систем організму. Реакція на внутрішній досвід (здатність розпізнавати і переживати свої емоції,

думки та фізіологічні реакції на травматичні події без придушення чи ігнорування) є важливою складовою усвідомленості, яка допомагає військовим справлятися з травмою та стресом і підтримувати свою бойову здатність. Уважність загалом сприяє саморегуляції, що є особливо важливою навичкою для тих, хто пережив травматичні події. Ця стратегія дозволяє контролювати свої емоційні та когнітивно-поведінкові реакції. Відсутність або зниження самоконтролю у військовослужбовців може провокувати прояви агресії, депресії, тривожні ознаки, зловживання алкоголем і наркотичними речовинами, що може призвести до розвитку залежності [402-404].

У дослідженнях Sija J van der Wal (2020), Palmer L. (2024) були проаналізовані фактори ризику, що пов'язані із симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців після участі у бойових діях, а також особливості самих симптомів. Для оцінки симптомів ПТСР використовувалась шкала самооцінки ПТСР (SRIP), яка охоплювала період від перших проявів до 10 років після бойових дій. Результати показали чотири варіанти розвитку симптомів, серед яких стійкий варіант спостерігався у 85% військовослужбовців, у яких симптоми ПТСР зберігалися протягом 10 років. У 6% випадків відзначалося поліпшення стану і зменшення симптомів, у 2% симптоми повністю зникли, а у 7% спостерігався відстрочений початок ПТСР, коли симптоми проявлялися пізніше. Це свідчить про те, що військовослужбовці намагалися підтримувати свою психічну стійкість протягом деякого часу, але згодом симптоми починали проявлятися. Дослідження розкриває вплив військової служби на психічне здоров'я і виявляє групу військовослужбовців, у яких симптоми ПТСР наростали, незважаючи на наявні програми підтримки психічного здоров'я. Результати підкреслюють необхідність розробки альтернативних методів лікування для військовослужбовців, які можуть вимагати індивідуального та комплексного підходу для підтримки їхнього психічного здоров'я, а особливо це актуально для українських військовослужбовців у післявоєнний період [405, 406].

Американська психіатрична асоціація (2013) переглянула діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Гострий стресовий розлад був переведений із категорії «Розлади тривоги» до нової категорії «Розлади, пов'язані з травмою та стресом», яка передбачає «експозицію до травматичної або стресової події». Це означає, що ці розлади зумовлені значними стресовими подіями, зокрема серйозною загрозою для життя або фізичної цілісності. Інакше кажучи, особа

пережила або була свідком травматичної події, такої як бойові дії. Науковці довгий час вивчали основні симптоми ПТСР, які можуть зберігатися протягом тривалого часу і навіть років. ПТСР асоціюється з тривалими нейробиологічними змінами та супутніми захворюваннями, які можуть впливати на фізичне та психічне здоров'я, особливо якщо особа не отримала, або не звернулась за медичною допомогою своєчасно [407].

ПТСР є складним психічним розладом, який розвивається після переживання екстремальної травми, що може бути як психологічного, так і фізичного характеру, включаючи черепно-мозкові травми. Класифікація та хронологія симптомів ПТСР визначаються так:

1. Гостра стресова реакція (Acute Stress Reaction) – реакція, що виникає безпосередньо після травматичної події і триває від кількох хвилин до двох днів. Цей стан характеризується швидкою та інтенсивною реакцією на травму, з явними симптомами дезорієнтації і дискомфорту.
2. Гострий стрес у військових і спеціальних операціях (Combat and Operational Stress Reactions, COSRs) – симптоми, що виникають у відповідь на бойові або оперативні стресори і тривають до чотирьох днів. Термін COSRs охоплює два підтипи стресових реакцій:
 - Бойові стресові реакції (Combat Stress Reactions, CSRs) – реакції на стресові фактори, які виникають у безпосередньо бойових умовах.
 - Оперативні стресові реакції (Operational Stress Reactions, OSRs) – реакції на стресори, що виникають внаслідок тривалої участі у військових операціях або експлуатаційних умовах.
3. Гострий стресовий розлад (Acute Stress Disorder, ASD) характеризується симптомами, які тривають від двох днів до одного місяця після травматичної події. Симптоматика включає порушення в сприйнятті подій, розлади пам'яті та повторні спогади про травму.
4. Гостра форма ПТСР (Acute PTSD) виявляється у період від одного до трьох місяців після травматичної події. Характеризується вираженими симптомами ПТСР, такими як повторні спогади, флешбеки, емоційна відчуженість та гіпервігільантність.
5. Хронічна форма ПТСР (Chronic PTSD) проявляється, коли симптоми тривають понад три місяці. Це може призвести до серйозних порушень функціонування в особистому, соціальному та професійному житті.
6. Відтермінований ПТСР (Delayed-Onset PTSD) – симптоми починають проявлятися через шість місяців або більше після травматичної події. Цей тип

ПТСР часто характеризується відстроченим розвитком симптоматики, яка може почати впливати на якість життя з часом.

7. Комплексний ПТСР (Complex PTSD) розвивається внаслідок тривалого або повторного переживання серйозних травматичних подій, які загрожують життю, таких як насильство або довготривала експлуатація. Ця форма ПТСР супроводжується додатковими симптомами, а саме: складними порушеннями міжособистісних відносин, проблемами з ідентичністю та емоційною регуляцією [408].

У військовослужбовців бойові стресори можуть включати широкий спектр факторів, таких як бойові травми, смерть побратимів, важкі поранення, включаючи ампутацію кінцівок, або інші серйозні фізичні ушкодження. Кожен з цих факторів може суттєво впливати на психічне та фізичне здоров'я, зумовлюючи різні ступені стресових реакцій та тривалості їх проявів.

Оперативні стресові реакції (Operational Stress Reactions, OSRs) являють собою тимчасові зміни в поведінці, когнітивних функціях, емоціях і фізичному стані, які виникають у відповідь на первинний або повторний вплив одного, кількох або комбінації стресорів у бойових умовах. До оперативних стресорів належать:

- Неблагополучні умови життя та участь у бойових діях (ізоляція, екстремальні кліматичні умови чи сенсорні перевантаження).
 - Переживання або свідчення переслідувань, знущань або міжособистісних конфліктів, що пов'язані з бойовими ситуаціями.
 - Інтенсивне психогенне навантаження, включаючи тривалий період активних бойових дій та високі вимоги до виконання оперативних завдань.
 - Повторні психічні і фізичні травми, небезпеки та втрати.
 - Вплив бойових дій і важких умов служби на порушення режиму дня та якість сну.
 - Стресові події, пов'язані з близькими, друзями або товаришами по службі.
- Основні цілі програм підтримки психічного здоров'я (COSC):
- швидке виявлення симптомів і ознак оперативного стресу та надання необхідної допомоги військовослужбовцям;
 - проведення навчання для підвищення впевненості та навичок особового складу з метою запобігання розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР);
 - зменшення впливу бойового та оперативного стресу шляхом впровадження заходів для забезпечення психологічного комфорту, відпочинку та безпеки.

За результатами дослідження нами була підготовлена загальна характеристика ПТСР, представлена в таблиці 5.1 [409].

Таблиця 5.1. Загальна характеристика посттравматичного стресового синдрому (складено автором)

Типи перебігу	Гострий розлад	Хронічний розлад	Відстрочений розлад
Тривалість	Протягом перших 6 місяців після травми (але не раніше 1 місяця після події)	Понад 6 місяців	Початок не раніше, ніж через 6 місяців після стресової ситуації
Клінічні типи	тривожний, астеничний, дистрофічний, соматоформний, іпохондричний, змішаний та психотичний тип		
Типи перебігу	Прогредієнтний, стабільний, регредієнтний		
Спонукальні фактори	участь в бойових діях, травми (фізичні та психологічні), перебування в полоні, смерть побратимів, відсутність підтримки близьких людей, повторний або екстремальний вплив неприємних деталей травматичної події, сексуальне насильство, порушення у системі підтримки і лікування, труднощі повернення до цивільного життя, страх перед смертю і пораненням, суспільний тиск, тяжкі умови служби.		
Ускладнення	зміни особистості, переоцінка власних ідеалів, заміна старих уявлень, депресія	вживання алкоголю та наркотичних речовин, депресії, ізоляції, коморбідні розлади, підвищений ризик суїциду, сприяння виникненню хронічних хвороб	виникнення психотичних порушень

У дослідженні, проведеному Knowles K. (2019), було проаналізовано частоту супутніх захворювань серед військовослужбовців, які перебували на обліку з ПТСР за період з 2005 до 2013 рр. Результати показали, що у більшості випадків ПТСР супроводжувався іншими психічними розладами, зокрема тривожними, афективними, обсесивно-компульсивними та депресивними ознаками. Конкретно, 64% осіб з ПТСР мали принаймні один супутній розлад,

зокрема депресивний або тривожний, тоді як 36% були діагностовані лише з ПТСР. Ці дані підкреслюють значний вплив супутніх психічних розладів на тяжкість симптоматики ПТСР і тривалість лікування. Військовослужбовці з супутніми захворюваннями проявляють більш виражені симптоми ПТСР, що підтверджується оцінюванням за шкалою самооцінки ПТСР (PCL). Результати дослідження наголошують на важливості раннього виявлення супутніх психічних розладів для покращення клінічних результатів лікування ПТСР. Необхідність комплексного підходу до лікування, що включає як терапію ПТСР, так і супутні психічні розлади, є критично важливою для ефективної реабілітації та зменшення загального навантаження на систему психічного здоров'я своєчасно [410].

Згідно з дослідженням, проведеним Walter K. (2018), Judkins J.L. (2020), Judkins J.L. (2022), психічна коморбідність, що визначається як наявність одночасно двох або більше психічних розладів, є поширеним явищем у контексті ПТСР. Коморбідний стан може включати депресію, тривожний розлад, панічний розлад, а також залежності від алкоголю і наркотиків. Наявність таких супутніх розладів ускладнює процес діагностики та лікування, оскільки симптоми різних розладів можуть взаємодіяти та взаємно посилювати один одного. Згідно з отриманими даними, ПТСР часто супроводжується депресивними розладами – у 49% випадків, розладами адаптації у 37%, генералізованими тривожними розладами у 36,1% і розладами, пов'язаними із вживанням алкоголю, у 26,9% випадків. Усі ці коморбідні розлади виявляються у військовослужбовців з ПТСР. Для ефективного лікування ПТСР у поєднанні з коморбідними розладами необхідно застосовувати інтегрований підхід, що включає як психотерапевтичні методи (зокрема когнітивно-поведінкову терапію), так і медикаментозне лікування. Мультидисциплінарна співпраця між психотерапевтами і психіатрами є критично важливими для покращення клінічних результатів та підвищення ефективності лікування військовослужбовців з ПТСР і супутніми психічними розладами [411-413].

Отже, результати наукових досліджень свідчать про те, що супутні психічні розлади значно ускладнюють клінічний перебіг ПТСР, а також впливають на тривалість лікування, особливо в разі наявності алкогольної або наркотичної залежності. Важливо, щоб під час лікування ПТСР враховувалися всі супутні психічні розлади та симптоми. З метою підвищення ефективності терапії необхідно, щоб мультидисциплінарна команда, до складу якої входять

медичні психологи, психотерапевти та психіатри, проводила всебічну оцінку супутніх психічних станів та обирала оптимальні лікувальні стратегії.

Згідно з дослідженням, проведеним Luciano M. (2019), Pugatch M. (2021), Jia-Richards M. (2023), ПТСР, створюючи замкнуте коло, у якому збільшення споживання алкоголю веде до загострення симптомів ПТСР, що в свою чергу подовжує терміни лікування. Тривалість терапії може бути продовжена через необхідність включення додаткових психотерапевтичних інтервенцій або програм реабілітації, які спрямовані на одночасне лікування ПТСР та алкогольної залежності як у військовослужбовців чоловічої, так і жіночої статі. Ці терміни залежать від індивідуальних особливостей пацієнта та тривалості вживання алкоголю [414-416].

Дані дослідження показують, що 20,3% військовослужбовців, які вживали алкоголь, демонструють тяжкі психічні розлади і потребують тривалого лікування. Вживання алкоголю ускладнює перебіг ПТСР і викликає такі проблеми:

1. Посилення симптомів ПТСР: алкоголь може тимчасово зменшити відчуття тривоги та стресу, але в довгостроковій перспективі сприяє погіршенню симптомів ПТСР, включаючи підвищену тривожність, соціальну ізоляцію та рецидиви травматичних спогадів.
2. Розвиток алкогольної залежності: вживання алкоголю як спосіб самостійного полегшення симптомів ПТСР може призвести до розвитку алкогольної залежності і супутніх проблем, пов'язаних із зловживанням спиртними напоями.
3. Ускладнення для військовослужбовців: поєднання ПТСР і алкогольної залежності представляє серйозну проблему для військових і суспільства загалом, негативно впливаючи на бойову готовність та загальне фізичне і психічне здоров'я військовослужбовців.
4. Складність лікування: лікування ПТСР у поєднанні з алкогольними залежностями є складним завданням, яке вимагає інтеграції підходів до управління як ПТСР, так і супутніми розладами. Необхідно використовувати мультидисциплінарний підхід, що включає роботу медичних психологів, психотерапевтів та психіатрів, а також розробляти ефективні програми профілактики і реабілітації для покращення результатів терапії.

ПТСР характеризується певними діагностичними критеріями, які наведені в останніх версіях класифікаційних систем. Зокрема, відповідно до Діагностичного і статистичного посібника психічних розладів (DSM-5) та Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11), яка планується до впровадження в

Україні, діагноз ПТСР встановлюється на основі кількох основних груп симптомів. Обидві ці системи надають чіткі визначення та критерії для діагностики ПТСР.

Згідно з DSM-5, діагностика ПТСР включає такі критерії:

Критерій А (наявність травматичної події в анамнезі) включає вплив на людину ситуацій, пов'язаних із загрозою життю, безпекою смерті, серйозними пораненнями або сексуальним насильством, що може проявлятися одним із способів:

1. Пряме переживання травматичної події.
2. Свідчення події, в якій брали участь інші особи.
3. Отримання інформації про подію, що трапилася з близькими родичами або друзями. У випадку раптової або несподіваної загрози смерті близької особи, подія може мати значний вплив.
4. Повторний або надмірний вплив окремих аспектів травматичної події, що викликає інтенсивну емоційну реакцію (наприклад, участь у зборі тіл загиблих або поліцейська робота, що пов'язана зі свідченням наслідків насильства над дітьми). Це також може включати непрямий вплив через засоби масової інформації, телебачення чи кінофільми.

Критерій В. Присутність одного або більше симптомів інвазії, які з'явилися після травматичної події:

1. Нав'язливі, повторювані спогади про травматичну подію, що виникають мимоволі та викликають сильний дистрес.
2. Часті сновидіння, що спричиняють дистрес, зміст або емоційне забарвлення яких пов'язані з травматичною подією.
3. Дисоціативні реакції (такі як флешбеки), коли людина відчуває або діє так, ніби травматична подія відбувається знову. Ці реакції можуть варіюватися за інтенсивністю, включаючи стани з повною втратою контакту з реальністю.
4. Сильний або тривалий психологічний дистрес у відповідь на зовнішні або внутрішні стимули, які нагадують або символізують аспекти травматичної події.
5. Виражені фізіологічні реакції на зовнішні або внутрішні подразники, які асоціюються з травматичною подією.

Критерій С: симптоми уникнення — уникнення стимулів, пов'язаних із травматичною подією, які проявляються після її завершення (необхідна наявність хоча б одного з наведених симптомів):

1. Уникнення або спроби уникнути спогадів, думок чи емоцій, що безпосередньо або тісно пов'язані з травматичною подією та викликають дистрес.

2. Уникнення або спроби уникнути зовнішніх тригерів (наприклад, певних людей, місць, об'єктів, ситуацій, розмов), що призводять до виникнення дистресу через спогади, думки або емоції, пов'язані з травматичною подією.

Критерій D: Погіршення когнітивного функціонування та настрою, яке виникло або посилюється після травматичної події (необхідна наявність принаймні двох із наведених симптомів):

1. Нездатність пригадати важливі аспекти травматичної події, що переважно обумовлено дисоціативною амнезією і не пов'язане з такими факторами, як черепно-мозкова травма, вживання алкоголю або наркотиків.
2. Стійкі та перебільшені негативні переконання або очікування щодо себе або світу (наприклад, «Я поганий», «Світ небезпечний», «Я ніколи не зможу довіряти людям»).
3. Стійкі й викривлені уявлення про причини або наслідки травматичної події, що призводять до самозвинувачення або звинувачення інших.
4. Постійні негативні емоційні стани, зокрема страх, жах, гнів, вина або сором.
5. Відчутне зниження інтересу або участі в діяльності, яка раніше була важливою.
6. Почуття відчуженості або ізоляції від інших людей.
7. Стійка нездатність відчувати позитивні емоції, такі як радість, задоволення або любов.

Критерій E: Помітні зміни у фізіологічній збудливості та реактивності, що виникли або посилілися після травматичної події (необхідна наявність принаймні двох із наведених симптомів):

1. Спалахи дратівливості або гніву, що виникають без явної причини або через незначні фактори, часто проявляються у словесній або фізичній агресії.
2. Саморуйнівна або ризикована поведінка.
3. Підвищена настороженість і підвищена увага до можливих загроз.
4. Надмірна стартова реакція (сильна реакція на несподівані подразники).
5. Проблеми з засинанням або порушення структури сну.
6. Труднощі з концентрацією уваги.

Критерій F. Симптоми, які відповідають критеріям B, C та D, зберігаються протягом більш ніж 1 місяця.

Критерій G. Розлад спричиняє значний емоційний стрес або суттєві порушення у соціальній, професійній чи інших важливих сферах життя.

Критерій H. Симптоми є наслідком прийому лікарських препаратів, вживання психоактивних речовин (АЗ, НЗ) або іншого захворювання [417].

Для точного діагнозу відповідно до вимог DSM-5 необхідно враховувати всю доступну інформацію про пацієнта та його стан [418, 419].

Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) належить до категорії «Розлади, що пов'язані зі стресом» (код 6В40). Ця класифікація використовується як для діагностики гострого стресового розладу, так і ПТСР, і включає три основні групи симптомів:

- повторне переживання травматичної події, що може проявлятися у вигляді нав'язливих спогадів або нічних кошмарів, які часто супроводжуються сильними емоційними реакціями: страх, жах, або вираженими фізіологічними реакціями;
- активне уникання тригерів, думок, дій або ситуацій, що нагадують про травматичний інцидент;
- підвищене збудження, що виражається постійним відчуттям загрози, надмірною пильністю або посиленою реакцією на подразники [420, 421].

У МКХ-11 вперше введено діагноз комплексного посттравматичного стресового розладу (кПТСР) з кодом 6В41. Комплексний ПТСР включає основні симптоми ПТСР, а також додаткові ознаки, зокрема труднощі з регуляцією емоцій; постійне відчуття припущеності або нікчемності, яке часто супроводжується почуттям сорому та вини, пов'язаними з травматичною подією [422].

Включення (кПТСР) в 11-й перегляд Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) відображає накопичені докази того, що певна підгрупа пацієнтів із ПТСР також страждає від додаткових порушень, таких як дисрегуляція емоцій, проблеми з міжособистісною взаємодією та низька самооцінка. Ці порушення об'єднуються під поняттям «порушення самоорганізації» (ПСО). Хоча передбачається, що кПТСР виникає внаслідок складних і повторюваних травматичних подій, емоційне нехтування під час травматичного досвіду може бути вагомим чинником у розвитку цього розладу (табл. 5.2) [423, 424].

Таблиця 5.2. Порівняльні діагностичні критерії ПТСР за DSM-5 та МКХ-11.

Критерії	DSM-V	МКХ-11
Експозиція	+	+
Симптоми переживання	+	+
Симптоми уникнення	+	+
Зміна когнітивного функціонування та настрою	+	-
Зміни реактивності	+	+
Вплив на функціонування	+	+
кПТСР	-	+

Відповідно до критеріїв DSM-5 і МКХ-11, діагностика ПТСР підкреслює важливість врахування впливу та тривалості травматичних подій, що провідним чинником розвитку цього розладу. Це відрізняє ПТСР від інших захворювань із подібними симптомами, таких як адаптаційні розлади, тривожні розлади, obsесивно-компульсивні розлади та розлади особистості.

Відомо, що рівень проявів ПТСР серед військовослужбовців вищий, ніж серед цивільних осіб. Це зумовлено специфікою бойових дій, суворими умовами служби та постійними стресовими ситуаціями, з якими вони стикаються під час виконання бойових завдань. ПТСР має значний вплив на суспільство, оскільки пацієнти з цим розладом можуть частіше звертатися за медичною допомогою, що пов'язано з підвищеним ризиком розвитку різних фізичних та супутніх захворювань, як зазначає Hargel K. L. (2022) [425].

Згідно з клінічними рекомендаціями щодо лікування ПТСР у військових, особливо рекомендується психотерапія, орієнтована на опрацювання травматичних подій. Одним із провідних методів такої терапії є пролонгована експозиція, яка є терапією першої лінії для лікування ПТСР і широко застосовується в Управлінні охорони здоров'я ветеранів США. Цей метод поєднує в собі елементи поведінкової та когнітивно-поведінкової терапії і складається з двох основних процедур – уявного та *in vivo* впливу. Стандартний курс лікування включає від 8 до 15 сеансів тривалістю 60-90 хвилин кожен. Під час експозиції *in vivo* пацієнт працює з уникненням ситуацій, пов'язаних із травмою, змінюючи їх інтерпретацію. Це допомагає знизити інтенсивність психологічної реакції на травматичну подію. Терапії (пролангована експозиція) показало, що цей метод призвів до клінічно значного покращення у 60% військовослужбовців із ПТСР.

За результатами досліджень Dodge J. (2023) використання лікування ПТСР різними видами терапії ветеранів США: когнітивно-поведінкова терапія, інтегративно-поведінкова сімейна, індивідуальна терапія і потенціальну перевагу при лікуванні ПТСР є використання одночасно сімейної і індивідуальної психотерапії і покращує стан пацієнта і міжособистісні стосунки [426].

Дослідження Kline A. (2018), Jerome L. (2020) показало, що психотерапія може бути дуже ефективною для лікування ПТСР, хронічного розладу, що викликає значний стрес і проблеми у повсякденному житті. Тривале використання таких терапевтичних методів може призвести до стабільного поліпшення стану. Це підтверджує, що методи, які включають контрольоване

повторне нагадування про травму для зменшення страху, уникнення і негативного мислення, є результативними. Основні позитивні ефекти терапії проявляються в таких аспектах:

1. Тривала ремісія: симптоми ПТСР зменшуються і зберігають покращення протягом тривалого часу, що свідчить про стабільний позитивний результат.
2. Ефективність у гострій фазі: терапія допомагає швидко полегшити симптоми, коли вони найбільш виражені та турбують, що особливо важливо для військових. Довгострокова перспектива: Психотерапія допомагає людям навчитися управляти своїми симптомами і повертатися до нормального життя [427, 428]. Серед основних терапевтичних підходів для лікування ПТСР, зосереджених на травмі, можна виділити такі:
 1. Десенсибілізація і обробка травми рухами очей (EMDR). Цей метод допомагає переробляти травматичні спогади і негативний досвід, що викликають стрес, завдяки чому ці спогади стають менш важкими.
 2. Когнітивна терапія (КТ). Це ефективний підхід для роботи з травматичними спогадами, сприйняттям світу і переконаннями про себе, що викликають тривогу.
 3. Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ). Це короткострокова терапія, спрямована на зменшення симптомів, пов'язаних із травматичними подіями.

Клінічні дослідження, які зосереджені на лікуванні ПТСР за допомогою медикаментів використовували антидепресанти, такі як селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (ІЗЗСН), інгібітори моноамінооксидази (МАО) та окремі антипсихотики. ПТСР часто має непередбачуваний характер, включаючи рецидиви, і може перейти в хронічну форму. Тому тривале медикаментозне лікування може бути необхідним більше 12 місяців. Проблеми, зокрема недостатні дози лікарських засобів або короткий курс лікування, є поширеними у терапії ПТСР і можуть завадити досягненню бажаних результатів і стабільної ремісії. Діагностика та лікування ПТСР повинні бути адаптовані до індивідуальних особливостей і потреб кожного пацієнта. Через складність лікування ПТСР, важливо точно визначити оптимальну дозу і тривалість медикаментозної терапії для кожного конкретного випадку. Тривала медикаментозна терапія може бути необхідною для досягнення стійкого поліпшення стану і підвищення якості життя пацієнтів з ПТСР [429].

У таблиці 5.3 представлено алгоритм психофармакологічного лікування ПТСП, що включає рекомендації щодо застосування психотропних препаратів [430].

Таблиця 5.3. Алгоритм психофармакологічного лікування (складено автором)

ПЕРШИЙ ВИБІР		
СІЗЗС, сетралін, пароксетин флуоксетин		
У разі відсутності ефекту або нестерпних побічних ефектів	Порушення сну	У разі збуджених пацієнтів, відсутності симптомів
ДРУГИЙ ВИБІР		
Інші СІЗЗС венлафаксин	Додаткове лікування, міртазапін	Додаткове лікування, кветіапін, рисперидон
ТРЕТІЙ ВИБІР		
У разі відсутності ефекту або нестерпних побічних ефектів кветіапін, міртазапін, амітриптилін		

У систематичному огляді Hoskins M. (2021), Куо J. (2023) було розглянуто п'ять досліджень, які порівнювали ефективність різних фармакологічних підходів для зменшення симптомів ПТСП. Для мета-аналізу були включені лише два з цих досліджень, де можливе порівняння результатів. Результати показали, що наявні лікарські засоби мають обмежений, але позитивний ефект на полегшення симптомів ПТСП і можуть бути ефективними як монотерапія. До монотерапевтичних препаратів, згідно з автором, відносяться антидепресанти, такі як флуоксетин, пароксетин, сетралін, венлафаксин, а також антипсихотик кветіапін. Крім того, два препарати – празозин (адреноблокатор) і рисперидон (антипсихотик) – також показали невеликий позитивний ефект, коли їх використовували як додаткові засоби для підсилення ефекту основної фармакологічної терапії [431, 432].

Наукове дослідження Bisson J. (2020) зосереджується на оцінці ефективності нефармакологічних і непсихологічних методів лікування ПТСП. У межах цього дослідження було проведено систематичний огляд різних втручань, які не включають фармакотерапії або психотерапії, з метою визначення їхньої

ефективності в лікуванні посттравматичного стресового розладу. Результати дослідження надають цінну інформацію для клініцистів, лікарів і психіатрів, які займаються лікуванням пацієнтів з ПТСР. Вони ілюструють, які методи і підходи, що не використовують медикаментозне або психотерапевтичне лікування, можуть бути ефективними для покращення симптоматики та якості життя осіб, що страждають від цього розладу. Дослідження дозволяє ідентифікувати найбільш перспективні нефармакологічні методи, які можуть бути рекомендовані для впровадження в клінічну практику. [433].

Згідно з рекомендаціями Міжнародного товариства з психотравматології та стресових розладів (ISTSS) – провідної світової організації в галузі дослідження травматичного стресу та його наслідків, було проведено систематичний огляд ефективності нефармакологічних і непсихологічних методів лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Мета цього огляду полягала у визначенні ефективності методів, що не включають медикаментозну терапію або психотерапевтичні інтервенції.

Нефармакологічні методи:

1. Йога. Йога розглядається як альтернативний метод, що сприяє комплексному фізичному і психологічному відновленню. Вона включає техніки, що зменшують стрес і тривожність, покращують контроль над емоціями та сприяють загальному добробуту. Клінічні дослідження підтверджують, що йога може позитивно впливати на симптоматику ПТСР через покращення саморегуляції і зниження рівня стресу.
2. Нервовий зворотний зв'язок (Biofeedback). Техніки нервового зворотного зв'язку забезпечують пацієнтам можливість контролювати фізіологічні процеси, такі як серцебиття і рівень стресу, через візуальні або аудіо сигнали. Це може допомогти у зменшенні тривожності та покращенні загального психічного стану. Дослідження показують, що нервовий зворотний зв'язок може бути корисним для осіб із ПТСР, оскільки він навчає пацієнтів ефективніше управляти своїм стресом.
3. Транскраніальна магнітна стимуляція (TMS). Транскраніальна магнітна стимуляція використовує змінні магнітні поля для стимуляції нейронів у головному мозку. Цей метод досліджується як потенційний терапевтичний засіб для лікування ПТСР, зокрема для корекції дисфункцій в нейронних мережах, що пов'язані з травматичними спогадами. Перші результати свідчать про потенційні переваги TMS для зменшення симптомів ПТСР.

4. Соціальна підтримка. Соціальна підтримка з боку родини, друзів і терапевтичних груп є важливим елементом у лікуванні ПТСР. Наявність підтримувального оточення допомагає зменшити стрес і покращити психологічний стан пацієнтів. Групові терапії і соціальні мережі забезпечують платформу для обміну досвідом і отримання підтримки, що може бути критично важливим для процесу відновлення.

Результати дослідження підкреслюють потенціал нефармакологічних методів як доповнення до традиційних підходів у лікуванні ПТСР. Ці методи можуть бути інтегровані у комплексний план лікування, що включає медикаментозну терапію і психотерапію. Використання нефармакологічних методів може допомогти покращити загальний результат терапії і забезпечити додаткові переваги для пацієнтів.

В Україні затверджено уніфікований клінічний протокол медичної допомоги при важкому стресі та розладах адаптації (Наказ МОЗ України від 23.02.2016 № 121 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад»), який передбачає на різних рівнях допомоги надавати її за уніфікованим клінічним протоколом для діагностики та лікування ПТСР. Цей протокол включає опитувальники, клінічний маршрут пацієнтів і рекомендації щодо використання терапевтичних методів відповідно до міжнародних стандартів на рівнях первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам з реакцією на важкий стрес та розлади адаптації, посттравматичний стресовий розлад. Ці уніфіковані клінічні протоколи надають можливість взаємозв'язку між усіма рівнями медичної допомоги в Україні пацієнтам із психічними розладами.

Однак досвід останніх років свідчить про необхідність подальших досліджень для вдосконалення методів лікування ПТСР та оптимізації доступу до терапії для покращення психологічного добробуту, профілактики психічних розладів, вдосконалення процесу відновлення, просування прав людини та зниження рівня смертності, захворюваності й інвалідності серед військовослужбовців і цивільного населення. Важливо продовжувати розробку нових підходів на основі доказової медицини і покращувати підтримку сімей та близьких осіб, що мають справу з гострим стресовим розладом та ПТСР.

5.3. Психотравматизація дітей та молоді в екстремальних умовах та під час повномасштабної війни в Україні

Згідно з міжнародними науковими дослідженнями поширеність ПТСР серед осіб, які зазнали значного психотравмувального стану, включаючи участь у бойових діях, насильство, окупацію, полон або тяжкі фізичні та психологічні знущання, зокрема замаху, вбивства або згвалтування – може досягати 100%. На основі наукових даних у 56% осіб, які пережили психотравмувальну ситуацію, спостерігаються виражені симптоми ПТСР, тоді як у 44% осіб відзначаються менш значні симптоми.

Внаслідок особливостей розвитку психіки діти та підлітки, які зазнали наслідків війни, мають підвищений ризик виникнення численних психологічних розладів, які можуть мати далекосяжні наслідки для їхнього майбутнього життя, впливаючи на їхню загальну психічну стабільність і соціальну адаптацію. З огляду на це, надзвичайно важливо вжити своєчасних заходів для ранньої профілактики та забезпечення комплексної психологічної підтримки цієї вразливої категорії населення на всіх рівнях надання медичної допомоги, незважаючи на місце проживання (міське, сільське). Це включає розробку та впровадження ефективних програм підтримки, які враховують специфічні потреби молоді, постраждалих від військових конфліктів, надзвичайних ситуацій, стихійних лих. Превентивні заходи мають бути спрямовані на зменшення впливу психотравмувальних подій, запобігання розвитку серйозних психічних розладів і підтримку психологічного здоров'я, що є критично важливим для забезпечення їхньої успішної соціалізації та адаптації в подальшому житті [434].

Згідно з даними, представленими Дитячим Фондом ООН (ЮНІСЕФ), під час конфлікту АТО/ООС (2014-2022) в Україні значна частина дітей стала як свідками, так і учасниками військових подій. Серед дітей віком від 7 до 12 років 40% стали безпосередніми свідками військових дій, тоді як серед підлітків віком від 13 до 18 років цей показник становить 50%. Деталізація свідчень включає 14% дітей, які спостерігали за діями військової техніки, 13% – за наслідками боїв, 2,2% – за бойовими сутичками, 4% і 15% відповідно стали свідками насильства і побиття знайомих, а 6% і 5% спостерігали погрози застосування зброї. Ці дані демонструють значний масштаб впливу військових конфліктів на психічний стан молоді, що підкреслює необхідність впровадження спеціалізованих програм підтримки та психосоціальної реабілітації для цієї вразливої групи.

Молодь, яка постраждала внаслідок воєнних конфліктів, є особливо вразливою до розвитку психічних розладів, зокрема це емоційні вияви (емоційні реакції, тривога, відчуття втрати, прояви дезорганізованості, агресивна поведінка); регресія (повернення до поведінки, яка характерна для більш молодшої вікової групи, нічні здригання), симптоми викривлення пам'яті, фізичні симптоми (головний біль, шлунково-кишкові розлади, безсоння, втома), соціальна ізоляція, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Результати досліджень І. П. Марцінковської (2020) та О. В. Самойлова (2018) демонструють високу поширеність симптомів ПТСР серед підлітків, які пережили воєнні дії. Зокрема, 71,6% підлітків мають порушення в емоційно-вольовій сфері, 62,9% – у поведінковій сфері, а 25,1% демонструють знижену успішність, що свідчить про когнітивні розлади [435, 436].

Серед українських студентів ЗВО 1-2 курсів розлади ментального здоров'я під час війни має значна частка осіб: депресивні прояви – 33,9-38,1 %; тривожні прояви – 30,8-38,9 %, ПТСР – 42,2-46,8 %. Частка дівчат-студенток із ментальними розладами в 3-4 рази вище порівняно з юнаками-студентами ЗВО. На підвищення рівня ментальних порушень у здобувачів ЗВО України впливає наявність хронічних захворювань, освітній напрям (52,8% студентів медичних спеціальностей мають ознаки депресивних розладів порівняно з 31,5 % студентів інших освітніх напрямків ($p < 0,001$)), а також факт безпосередньої участі або свідка воєнних подій [437-439].

Війна та внутрішнє переміщення створюють або посилюють ризики для психічного і фізичного здоров'я молоді, внутрішньо переміщених осіб (ВПО) В умовах бойових дій у підлітків виникають когнітивні, поведінкові та емоційні розлади. Воєнний контекст та наслідки переміщення сприяють високим рівням депресії, тривожних розладів і ПТСР. За даними дослідження D. Martsenkovskiy (2020) у 53,7% підлітків віком 15-17 років, які пережили травматичні події внаслідок воєнних дій, мають симптоми ПТСР [440].

Згідно з даними онлайн опитування серед 98% українських студентів університетів із західної України, які перебували на війні, 86% бачили безпосередньо бойові дії, 49% зазначили симптоми безсоння, а у 27% студентів встановлено симптоми ПТСР. Для лікування ПТСР у студентів запропоновано використовувати мультидисциплінарні інтегровані програми втручання, які мають гарний ефект [441].

У дослідженні поширеності ПТСР, травматичних подій серед молоді внаслідок російського вторгнення в Україну встановлено, що 68,7% молоді повідомляли про різні травматичні події у їхньому житті під час військових дій,

39,7% стикались з явищами булінгу, а 38,0% – з випадками домашнього насильства. У результаті 70% респондентів відповідали критеріям ПТСР (DSM-5), а 31% ПТСР (МКБ-11). Така різниця може бути пов'язана з деякими відмінностями в критеріях діагностики цих двох класифікацій [442].

Серед 563 українських студентів, які навчалися і проживали у Києві під час війни у період з грудня 2022 року до січня 2023 року, встановлено, що 91,5% студентів повідомили про один стресор, який був пов'язаний з бойовими діями в той час в м. Київ, 20,8% відмітили про наявність чотирьох і більше стресорів. Із загальної кількості респондентів 59,5% українських студентів пов'язали стресори з воєним конфліктом, 54,5% із примусовим розлученням з членами сім'ї, 53,3% через відсутність житла, 15,6% у зв'язку з втратою члена сім'ї або друга. У цих студентів виявлено показники ймовірного ПТСР (МКХ-11) – 12,4% та загального ПТСР 11,2% у респондентів [443].

Фактори ризику виникнення ПТСР у молоді (таб.5.4)

Таблиця 5.4. Фактори ризику розвитку ПТСР серед дітей та молоді внаслідок російського вторгнення

Фактор ризику	Опис
Прямий досвід травми	Молоді люди, які безпосередньо пережили насильницькі події, такі як обстріли, бомбардування або втрати близьких, мають підвищений ризик розвитку ПТСР. Прямий досвід травми створює інтенсивний емоційний стрес, який може викликати довгострокові психічні розлади.
Втрати близьких	Втрата родичів або друзів у результаті воєнних дій є потужним джерелом стресу і може стати причиною глибоких емоційних і психологічних порушень. Такий досвід значно підвищує ймовірність розвитку ПТСР серед дітей і молоді.
Вимушене переміщення	Переміщення, яке відбулося через війну, веде до втрати домовки та відчуття безпеки, що створює додатковий стрес і підвищує ризик розвитку ПТСР. Переміщення також може супроводжуватися соціальною і економічною нестабільністю, що негативно впливає на психічне здоров'я постраждалих.
Обмежений доступ до психологічної підтримки та медичних послуг	Недостатня доступність і якість психологічної та медичної допомоги ускладнюють процес реабілітації та адаптації дітей та молоді до травматичних подій. Відсутність спеціалізованої підтримки та ресурсів обмежує можливості ефективного лікування ПТСР.

Фактор ризику	Опис
Переривання навчального процесу	Військові конфлікти часто ведуть до порушення навчального процесу, що має негативний вплив на соціальну та емоційну стабільність дітей і підлітків. Нестабільність у навчанні може бути джерелом додаткового стресу і сприяти розвитку ПТСР.
Економічні труднощі	Військовий конфлікт веде до погіршення економічних умов життя, зниження життєвих стандартів і посилення соціальної незахищеності. Це створює додаткове навантаження на психічне здоров'я дітей і молоді, що може підвищити ймовірність розвитку ПТСР.

Наукові дослідження демонструють, що ПТСР може спричинити широкий спектр ускладнень, що негативно впливають на психічне і фізичне здоров'я молодої людини. До основних ускладнень належать:

1. Депресія: ПТСР може викликати депресивні стани, що проявляються у вигляді зниження інтересу до звичних діяльностей, відчуття емоційної порожнечі та безнадійності. Це порушує загальну життєву функціональність і може потребувати спеціалізованого психотерапевтичного втручання для покращення психічного стану.
2. Тривожні розлади: Молодь з ПТСР часто стикається із тривожними розладами, включаючи генералізовану тривожність, панічні атаки та постійний страх. Ці розлади можуть суттєво обмежувати їхню здатність ефективно функціонувати в щоденному житті, а також підвищують потребу в терапевтичній підтримці для зниження тривоги та відновлення нормальної функції.
3. Психосоматичні симптоми: ПТСР може проявлятися через фізичні симптоми, зокрема головні болі, болі в животі та неврологічні розлади, навіть за відсутності видимих медичних причин. Ці симптоми підкреслюють важливість інтеграції психосоматичного підходу в лікування ПТСР, щоб ефективно управляти як психічними, так і фізичними аспектами розладу.
4. Погіршення міжособистісних відносин: ПТСР може спричинити труднощі у встановленні та підтриманні здорових міжособистісних стосунків. Діти і підлітки можуть відчувати соціальну ізоляцію і самотність, що ускладнює інтеграцію в соціальне середовище, підвищує ризик подальших соціальних та психічних проблем.

5. Ризик вживання наркотиків та алкоголю: Для деяких осіб з ПТСР вживання наркотичних речовин або алкоголю може бути механізмом втечі від емоційних і психічних травм. Це може призвести до розвитку залежностей і додаткових медико-соціальних ускладнень, що потребують комплексного підходу до лікування і реабілітації.

Розуміння цих ускладнень є критично важливим для розробки та впровадження цілісних стратегій лікування та підтримки дітей та підлітків з ПТСР. Необхідно забезпечити інтегрований підхід до психотерапії, як сімейної, так і індивідуальної, що включає психологічну і медичну допомогу для зменшення негативних наслідків і поліпшення якості життя дітей та молоді, які пережили травматичні події.

Аналіз цих факторів ризику є критично важливим для розробки і реалізації ефективних стратегій, планів профілактики та управління ПТСР серед дітей та молоді, які постраждали від російського вторгнення. Забезпечення комплексної психологічної підтримки, доступу до якісних медичних послуг на всіх трьох рівнях медичної допомоги, стабільного навчального процесу та соціально-економічної підтримки є основними складовими ефективного реагування на проблему і сприяють поліпшенню психічного/ментального здоров'я постраждалих осіб.

Сучасний підхід до психосоціальної підтримки молоді із психічними розладами, ПТСР включає зусилля міжнародних організацій, європейських служб психічного/ментального здоров'я дітей та молоді. Важливим аспектом цих зусиль є активна участь громадських ініціатив у сфері психічного/ментального здоров'я та психосоціальної підтримки. Науково обгрунтовані стратегії допомоги молоді з ПТСР базуються на сучасних дослідженнях і враховують багатогранний характер цього психічного розладу. У цьому контексті важливо розглянути низку основних заходів, які мають на меті полегшення симптомів ПТСР та підтримку осіб, які пережили травматичні події.

- Психотерапевтична підтримка: Доведено, що такі методи, як когнітивно-поведінкова терапія та терапія емоційного розслаблення ефективно допомагають зменшити інтенсивність симптомів ПТСР. Ці терапевтичні підходи спрямовані на зміну негативних думок і поведінки, пов'язаних із травматичною подією, а також на розвиток навичок управління стресом і емоціями.
- Фармакологічна підтримка: У деяких випадках для досягнення кращих результатів, можуть використовуватися лікарські препарати, зокрема антидепресанти та анксиолітики. Однак їхнє призначення має бути

індивідуальним і проводиться під наглядом лікаря.

- Соціальна підтримка: Створення сприятливого соціального середовища, де дитина або підліток відчуватиме себе безпечно і підтримано, є важливим компонентом лікування ПТСР. Сім'я, друзі, вчителі та інші значущі люди можуть відігравати значну роль у процесі відновлення.
1. Реабілітаційні програми: Програми, спрямовані на відновлення навчальної діяльності, професійних навичок та соціальних зв'язків, допомагають дитині або підлітку успішно інтегруватися в суспільство та відновити почуття власної гідності.
 2. Регулярний моніторинг: Систематичний контроль за динамікою стану дитини або підлітка дозволяє своєчасно коригувати терапевтичні заходи та забезпечувати максимальну ефективність лікування.
- Освітні програми: Поширення інформації про причини, ознаки ПТСР серед широкого кола людей допомагає знизити рівень стигми, пов'язаної з цим розладом, і сприяє створенню більш толерантного ставлення до дитини або підлітка, які його переживають.

Ретельне дотримання наукових рекомендацій та впровадження комплексного підходу є провідними для значного покращення якості життя молоді, яка страждає від ПТСР. Науково обґрунтовані терапевтичні методи, а саме когнітивно-поведінкова терапія та інші, забезпечують цілеспрямоване і ефективне лікування симптомів ПТСР, що сприяє більш швидкому і стійкому відновленню. Для досягнення найкращих результатів необхідна інтегрована співпраця між психологами, лікарями-психологами, педагогами, сімейними лікарями, психіатрами, невропатологами та іншими фахівцями, які пройшли навчання за програмою mhGAP. Така міждисциплінарна взаємодія на всіх рівнях надання медичної допомоги для збереження, зміцнення психічного/ментального здоров'я є основою для сучасних наукових досліджень, яка дозволяє створити оптимальні умови для відновлення психічного/ментального здоров'я. Психологи в закладах освіти здійснюють ранню діагностику, педагоги адаптують освітній процес, забезпечуючи підтримку в навчанні та соціалізації, лікарі-психологи, клінічні психологи, психіатри, невропатологи здійснюють медичний нагляд, лікування симптомів, реабілітацію.

Завдяки цьому комплексному, мультидисциплінарному підходу розробляються і реалізуються спеціалізовані програми підтримки, які включають терапевтичні інтервенції, освітні та соціальні компоненти. Такий

підхід забезпечує всебічну підтримку, сприяючи покращенню психічного і соціального добробуту дітей і підлітків, які пережили травматичні події, та підтримує їх у процесі відновлення.

5.4. Посттравматичний стресовий розлад серед здобувачів вищої освіти як наслідок повномасштабної війни

За допомогою онлайн опитування проведено дослідження 452 здобувачів ЗВО (заклади вищої освіти) України (медичного, технічного профілю), з яких 24,6% особи чоловічої статі і 75,4% жіночої статі, віком від 15-19 р. – 65,8%, віком від 20-28 р. – 21,1%, більше 29 років – 13,1% щодо виявлення наявності ознак посттравматичного стресового розладу як наслідку війни з використанням методик: «Визначення потенційно травматичних подій у житті серед здобувачів», «Контрольний список симптомів ПТСР».

1 етап – передбачав виявлення ознак ПТСР за допомогою методики «Визначення потенційно травматичних подій у житті серед здобувачів» серед студентів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (ВНМУ), Запорізького державного медико-фармацевтичного університету та студентів Вінницького національного технічного університету (ВНТУ), Київського національного університету ім. Т. Шевченка, з яких 24,6% особи чоловічої статі і 75,4% жіночої статі, віком від 15-19 р. – 65,8%, віком від 20-28 р. – 21,1%, більше 29 років – 13,1%.

2 етап – передбачав оцінювання симптомів ПТСР за Шкалою PCL-5 «Контрольний список симптомів ПТСР», яка відповідала критеріям DSM-5 для ПТСР. В анкетуванні взяли участь 121 здобувач, з яких 19,0% особи чоловічої статі і 81,0% жіночої статі, віком від 15-19 р. – 44,6%, віком від 20-28 р. – 53,7%, більше 29 років – 1,7%. Дослідження щодо симптомів ПТСР здобувачів ЗВО України проведено за допомогою програми STATISTICA 8.0, методом Х-квадрат Пірсона (χ^2), коефіцієнт рангової кореляції Спірмена r_s .

Згідно з результатами опитування, проведеного за допомогою Google Forms серед здобувачів вищої освіти (ЗВО) в Україні, було встановлено такі дані:

- 48,6% здобувачів технічних спеціальностей (ЗТП) і 32,8% здобувачів медичних спеціальностей (ЗМП) стали свідками пожеж або вибухів.
- 27,0% здобувачів технічних спеціальностей були свідками дорожньо-транспортних пригод, тоді як у медичних спеціальностях цей показник становив 22,4%.

- Під час воєнних дій 16,2% здобувачів технічних спеціальностей стали свідками збройних нападів або перебували в зоні бойових дій, тоді як у медичних спеціальностях цей показник складав 7,4%.
- 27,0% здобувачів технічних спеціальностей стали свідками важких страждань, тоді як 10,4% здобувачів медичних спеціальностей мали подібний досвід.
- Раптову смерть спостерігали 16,2% здобувачів технічних спеціальностей і 9,9% здобувачів медичних спеціальностей.

Ці дані підкреслюють важливість надання психологічної підтримки здобувачам, які зазнали насильства або інших травматичних подій. Рекомендується звертатися до фахівців для отримання необхідної допомоги (табл. 5.5).

Таблиця 5.5. Визначення потенційно травматичних подій у житті серед здобувачів закладів вищої освіти України за методикою «Визначення потенційно травматичних подій у житті серед здобувачів», ($P \pm S_p$) %

Питання	Заклади вищої освіти медичного профілю		Заклади вищої освіти технічного профілю	
	Свідок	Учасник	Свідок	Учасник
1. Стихійне лихо (повінь, ураган, землетрус)	8,9±2,0	7,4±1,9	10,8±5,1	10,8±5,1
2. Пожежа або вибух	32,8±3,3	18,4±2,7	48,6±8,2	29,7±7,5
3. Пригода на транспорті (ДТП, авіакатастрофа, аварія потягу)	22,4±2,9	26,8±3,1	27,0±7,3	24,3±7,0
4. Серйозна аварія на роботі, вдома під час відпочинку	9,4±2,0	4,4±1,5	2,7±2,6	10,8±5,1
5. Отруєння токсичними речовинами (у тому числі й радіацією)	2,9±1,2	10,9±2,2	2,7±2,6	10,8±5,1
6. Фізичне насильство (напр., на Вас напали, завдали удару рукою, якимось предметом, ногою, побили)	8,9±2,0	44,7±3,5	8,1±4,4	37,8±7,9
7. Збройний напад (напр., по Вас стріляли, поранили ножом тощо, погрожували ножом, пістолетом, вибухівкою)	7,4±1,8	5,9±1,6	16,2±6,0	2,7±2,6

8. Сексуальне насильство (згвалтування, спроба згвалтування, примус до здійснення будь якого виду статевого акту силою чи погрозами завдати шкоди)	2,4±1,0	16,9±2,6	5,4±3,7	18,9±6,4
9. Інший небажаний чи неприємний сексуальний досвід	0,5±0,4	25,8±3,0	0	13,5±5,6
10. Бойові дії або перебування у зоні війни (як військовий або цивільна особа)	7,4±1,8	24,8±3,0	16,2±6,0	45,9±8,1
11. Полон (напр., як наслідок викрадення або захоплення, як заручник чи військовополонений)	2,5±1,0	0,5±0,4	2,7±2,6	2,7±2,6
12. Хвороба чи травма з погрозою для життя	7,5±1,8	23,8±3,0	18,9±6,4	27,0±7,3
13. Тяжкі страждання	10,4±2,1	23,4±2,9	27,0±7,3	24,3±7,0
14. Раптова насильницька смерть (наприклад, вбивство, самогубство)	7,0±1,7	2,5±1,0	10,8±5,1	5,4±3,7
15. Раптова смерть в результаті нещасного випадку	9,9±2,1	2,4±1,0	16,2±6,0	2,7±2,6
16. Серйозні ушкодження чи травма або смерть, заподіяні Вами комусь іншому	1,5±0,8	5,4±1,6	2,7±2,6	2,7±2,6

Серед здобувачів ЗТП ЗВО безпосередньо бали участь як учасники бойових дій або перебували у зоні війни були 45,9% респондентів, 24,8% ЗМП. При пожежі або вибухів на місці подій були присутні 29,7% студентів ЗТП і 18,4% ЗМП. Фізичне насильство пережили 44,7% студентів ЗМП і 37,8% серед студентів ЗМП. Сексуальне насильство (згвалтування, спроба згвалтування, примус до здійснення будь якого виду статевого акту силою чи погрозами) серед студентів пережили 18,9% ЗТП і 16,9% ЗМП.

За результатами наших досліджень щодо гендерної особливості травматичних подій у житті студентів ЗВО України у ролі учасника/жертви високий показник встановлено серед 47,7% чоловіків які пережили фізичне насильство в порівнянні з жінками – 42,8%. Жінки-студенти ЗВО 30,4% перебували у зоні бойових дій, а чоловіки-студенти 18,2%. Пережили як учасники небажаний чи неприємний сексуальний досвід 26,8% жінок-студенти і

11,4% серед чоловіків-студентів ЗВО України. Тяжкі страждання 23,2% пережили жінки-студенти і 22,7% серед чоловіків-студентів (табл. 5.6).

Таблиця 5.6. Визначення потенційно травматичних подій у житті серед здобувачів закладів вищої освіти України за методикою «Визначення потенційно травматичних подій у житті серед здобувачів», $(P \pm S_p)$ %

Питання	Особи чоловічої статі		Особи жіночої статі	
	Свідок	Учасник	Свідок	Учасник
1. Стихийне лихо (повінь, ураган, землетрус)	9,0±4,3	2,3±2,2	9,3±2,0	9,3±2,0
2. Пожежа або вибух	29,5±6,8	18,2±5,8	36,6±3,4	20,6±2,9
3. Пригода на транспорті (ДТП, авіакатастрофа, аварія потягу)	22,7±6,3	27,3±6,7	23,2±3,0	26,3±3,1
4. Серйозна аварія на роботі, вдома під час відпочинку	13,6±5,1	6,8±3,7	7,2±1,8	5,2±1,5
5. Отруєння токсичними речовинами (у тому числі й радіацією)	6,8±3,7	13,6±5,1	2,1±1,0	10,3±2,1
6. Фізичне насильство (напр., на Вас напали, завдали удару рукою, якимось предметом, ногою, побили)	11,4±4,7	47,7±7,5	0,5±1,9	8,2±3,5
7. Збройний напад (напр., по Вас стріляли, поранили ножом тощо, погрожували ножом, пістолетом, вибухівкою)	11,4±4,7	6,8±3,7	8,2±1,9	5,2±1,5
8. Сексуальне насильство (зґвалтування, спроба зґвалтування, примус до здійснення будь якого виду статевого акту силою чи погрозами завдати шкоди)	2,2±2,2	4,5±3,1	3,1±1,2	20,1±2,8
9. Інший небажаний чи непримний сексуальний досвід	0	11,4±4,7	0,5±0,5	26,8±3,1
10. Бойові дії або перебування у зоні війни (як військовик або цивільна особа)	11,4±4,7	18,2±5,8	8,2±1,9	30,4±3,3
11. Полон (напр., як наслідок викрадення або захоплення, як заручник чи військовополонений)	2,2±2,0	0	2,5±1,1	1,0±0,7
12. Хвороба чи травма з погрозою для життя	6,8±3,7	29,5±6,8	9,8±2,1	23,2±3,0
13. Тяжкі страждання	13,6±5,1	22,7±6,3	12,8±2,4	23,7±3,0
14. Раптова насильницька смерть (наприклад, вбивство, самогубство)	9,1±4,3	4,5±3,1	7,2±1,8	2,6±1,1
15. Раптова смерть в результаті нещасного випадку	11,4±4,7	6,8±3,7	10,8±2,2	1,5±0,8
16. Серйозні uszkodження чи травма або смерть, заподіяні Вам комусь іншому	2,3±2,2	13,6±5,1	1,5±0,8	3,1±1,2

Щодо змін з боку гендерних особливостей під час дослідження встановлено, що симптоми ПТСР: «Протягом місяця Вас турбували повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?» 23,04 ($p < 0,001$), «Відчуття постійної напруги?» 20,52 ($p < 0,001$), «Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?» 19,26 ($p < 0,001$), Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене 17,72 ($p < 0,001$) (табл. 5.7, 5.8).

Таблиця 5.7. Гендерні особливості під час дослідження щодо симптомів ПТСР здобувачів ЗВО України за методикою «Контрольний список симптомів ПТСР», (порівняння за Хі-квадратом Пірсона (χ^2) та Манна-Уїтні (U))

Питання	χ^2	p	U	p
Протягом місяця Вас турбували повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	23,0	<0,001	19459,5	<0,05
Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	14,9	0,005	21129	<0,05
Раптове почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	11,	0,024	21734,5	<0,05
Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	19,2	0,001	20539,5	<0,05
Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (серцебиття)	17,7	0,001	20977,5	<0,05
Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	10,2	0,037	23622	>0,05
Уникання зовнішніх стимулів (людей, предмет), які нагадують про стресовий досвід?	1,72	>0,05	25307,5	>0,05
Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	8,82	>0,05	22598,5	<0,05
Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ («я поганий»)	5,28	>0,05	25051,5	>0,05
Самозвинувачення або звинувачення інших щодо стресового досвіду, або того, що сталося після нього?	2,88	>0,05	24382,5	>0,05
Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	11,02	>0,05	22424	<0,05
Втрата інтересу до тієї активності (діяльно-сті), яка раніше приносила задоволення?	1,81	>0,05	25065,5	>0,05
Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	4,34	>0,05	23555	<0,05
Проблеми у переживанні позитивних емоцій (незмога у відчутті радості або любові)	2,31	>0,05	24961	>0,05
Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	9,49	0,05	22986	<0,05
Те, що ви ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?	11,95	0,018	25356,5	>0,05
Бути «заведеним» або «на сторожі»?	3,98	>0,05	23978,5	>0,05

Відчуття постійної напруги?	20,5	<0,001	19786	<0,05
Труднощі із зосередженістю?	4,47	>0,05	23908	>0,05
Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	13,9	0,008	23119	<0,05

За результатами дослідження щодо вікового складу, чим більший вік студентів закладів вищої освіти, тим більше прояви симптомів ПТСР (Табл. 5.8). Таблиця 5.8. Вікові особливості під час дослідження щодо симптомів ПТСР здобувачів ЗВО України за методикою «Контрольний список симптомів ПТСР» (методом Х-квадрат Пірсона (χ^2), коефіцієнт рангової кореляції Спірмена r_s)

Питання	χ^2	p	r_s	p
Протягом місяця Вас турбували повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	14,394	>0,05	- 0,015	0,738
Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	10,255	>0,05	0,1	0,022
Раптове почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	14,935	>0,05	- 0,051	>0,05
Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	7,9	>0,05	0,049	>0,05
Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття)	8,992	>0,05	0,028	>0,05
Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	14,212	>0,05	- 0,015	>0,05
Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?	8,575	>0,05	0,065	>0,05
Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	7,558	>0,05	- 0,016	>0,05
Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий»)	10,865	>0,05	0,046	>0,05
Самозвинувачення або звинувачення інших щодо стресового досвіду або того, що сталося після нього?	5,991	>0,05	0,009	>0,05
Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	11,885	>0,05	0,031	>0,05
Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	4,627	>0,05	0,05	>0,05
Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	9,066	>0,05	0,062	>0,05

Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові)	4,811	>0,05	0,032	>0,05
Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	12,667	>0,05	0,062	>0,05
Те, що ви ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?	13,493	>0,05	0	>0,05
Бути «заведеним» або «на сторожі»?	9,723	>0,05	0,021	>0,05
Відчуття постійної напруги?	21,89	0,005	0,058	>0,05
Труднощі із зосередженістю?	23,109	0,003	0,096	0,027
Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	14,322	>0,05	0,097	0,025
Протягом місяця Вас турбували повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	1,152	>0,05	0,044	>0,05

За віковими особливостями під час дослідження щодо симптомів ПТСР здобувачів ЗВО України за методикою «Контрольний список симптомів ПТСР» встановлено, що «Труднощі із зосередженістю» становили 23,1 ($p < 0,001$), «Відчуття постійної напруги» – 21,89 ($p > 0,05$), «Раптове почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється» – 14,93 ($p > 0,05$).

Молодь, що переживає воєнні конфлікти, стикається з радикальними змінами соціальних умов, погіршенням якості життя і соціально-психологічного клімату під час навчання у закладах освіти, а також з високим рівнем невизначеності і численними втратами. У таких умовах війна виступає як провідний ненормативний та екзистенційний стресор. Основні компоненти профілактичного реагування на прояви ПТСР у здобувачів ЗВО включають надання психологічної підтримки в ЗВО, забезпечення доступу до високоякісної медичної допомоги на всіх трьох рівнях медичної допомоги та створення безпечного і стабільного середовища в ЗВО [444, 445].

5.5. Профілактичні шляхи попередження посттравматичного стресового розладу

Профілактичні заходи при ПТСР мають включати кілька головних аспектів. По-перше, допомога повинна бути адаптована до індивідуальних потреб кожної особи на всіх рівнях: первинної, вторинної, третинної за мультисекторальною, мультидисциплінарною моделлю. Комплексна та індивідуалізована допомога, яка враховує конкретні потреби кожного випадку, може суттєво зменшити негативні наслідки ПТСР та поліпшити якість життя молодих людей.

Профілактика ПТСР є критично важливою через високий ризик, пов'язаний з умовами, у яких вони перебувають. Рекомендуються такі підходи:

1. Психологічні консультації. Раннє виявлення ознак стресу, тривоги, депресії, ПТСР за допомогою психологічних консультацій в центрах первинної медико-санітарної допомоги (амбулаторіях загальної практики) фахівцями, які пройшли навчання за програмою mhGAP.
2. Моніторинг психічного стану. Регулярна оцінка психічного/ментального здоров'я населення (військовослужбовців, молоді) шляхом анкетування на державному рівні 1 раз на рік дозволяє вчасно виявити ознаки стресу, тривожних ознак, депресії, ознак ПТСР, будь-які психічні розлади і надати якісну медичну допомогу на всіх рівнях: первинної, вторинної, третинної за мультисекторальною, мультидисциплінарною моделлю.
3. Розвиток нових методів лікування. Необхідно впроваджувати нові методи лікування та інтервенції для зменшення впливу психічних захворювань, ПТСР. Персонал медичних установ, що працює з пацієнтами із психічними розладами, має бути кваліфікованим у виявленні та лікуванні симптомів психічних захворювань, ПТСР. Комплексний підхід до профілактики та лікування психічних захворювань, ПТСР є критично важливим для підтримки психічного благополуччя пацієнта.
4. Психологічна підготовка. Інтенсивне навчання для адаптації до стресових умов, інформованість щодо ознак психічних розладів, ПТСР може зменшити ймовірність розвитку психічних розладів та ПТСР. Освітні програми, що інформують про можливі травматичні події і їх наслідки. Надання підтримки ветеранам після завершення служби для запобігання розвитку хронічного ПТСР і забезпечення плавної адаптації до цивільного життя.
5. Соціальна підтримка. Забезпечення зв'язку з родиною, друзями та психологами, працевлаштування допомагають зменшити стресові впливи.
6. Стресове навчання. Навчання методам управління стресом і технікам релаксації підвищує ефективність подолання стресових ситуацій.
1. Душепастерська допомога. Допомога капеланами, навчених за спеціальною програмою, для духовної та емоційної підтримки.
2. Фізична активність. Регулярні фізичні вправи знижують стрес і покращують загальний психічний стан.

Ефективна стратегія підтримки базується на наукових дослідженнях і враховує комплексний характер цього психічного стану. Це передбачає, що

надання допомоги розглядається як міжособистісний процес і підтримується взаємодією з близькими, зокрема батьками. Крім того, необхідно забезпечити координацію допомоги та відповідь на потреби згідно з міжвідомчими інструкціями (табл. 5.9.).

Таблиця 5.9. Профілактичні заходи для полегшення проявів ПТСП

Захід	Опис	Мета/Ефекти
Терапевтична підтримка	Психотерапія, включаючи когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), терапію емоційного розслаблення, терапію експозицією, EMDR (десенсибілізація та переробка травматичних спогадів).	Зменшення симптомів ПТСП, покращення емоційного стану, розвиток навичок управління стресом, зниження рівня тривоги і депресії.
Фармакотерапія	Медикаменти, такі як антидепресанти (селективні інгібітори повторного захоплення серотоніну), анксиолітики (бензодіазепіни), стабілізатори настрою.	Полегшення симптомів ПТСП, зменшення тривожності, депресії, покращення загального психічного стану.
Соціальна підтримка	Підтримка з боку родини, друзів, спільноти та соціальних груп. Включає групи підтримки, волонтерську допомогу та програми соціальної інтеграції.	Зменшення соціальної ізоляції, покращення емоційного відновлення, забезпечення підтримки у важких ситуаціях.
Реабілітаційні програми	Програми для розвитку адаптаційних навичок, професійної підготовки, навчання новим навичкам, програми соціальної інтеграції.	Відновлення впевненості, покращення соціальної інтеграції, забезпечення можливостей для особистого і професійного розвитку.
Регулярний моніторинг та оцінка	Систематичне спостереження за симптомами ПТСП та прогресом лікування. Включає регулярні оцінки психічного стану, перегляд терапевтичних стратегій.	Забезпечення ефективного управління лікуванням, своєчасна корекція терапевтичних стратегій, оптимізація плану лікування.
Едукаційні програми для громадськості	Освітні програми для підвищення обізнаності про ПТСП, його симптоми, методи підтримки і лікування. Включає тренінги, семінари, інформаційні кампанії.	Зменшення стигми, підвищення обізнаності, покращення підтримки з боку суспільства, підготовка до реагування на ПТСП.

Захід	Опис	Мета/Ефекти
Профілактика та раннє втручання	Ідентифікація осіб, які можуть бути у групі ризику, та раннє надання підтримки. Включає скринінг на ПТСР та надання початкової допомоги до розвитку повних симптомів.	Запобігання розвитку ПТСР або його загострення, раннє втручання для зменшення тривалості і тяжкості симптомів.
Індивідуалізований підхід	Адаптація терапії до унікальних потреб кожної особи, врахування її життєвого контексту, історії травми та особистісних особливостей.	Підвищення ефективності лікування, забезпечення персоналізованого підходу, врахування індивідуальних відмінностей і потреб.
Сімейна терапія	Включення членів сім'ї у процес терапії для покращення сімейних стосунків, зменшення конфліктів, підтримки та взаєморозуміння.	Покращення сімейної динаміки, підтримка постраждалих у сімейному середовищі, зменшення сімейних стресорів.

Комплексний підхід до профілактики психічних захворювань, ПТСР, який передбачає участь психологів, лікарів-психологів, клінічних психологів, психотерапевтів, психіатрів, невропатологів і соціальних працівників, є провідним для підтримки психічного/ментального здоров'я населення України під час воєнного стану, післявоєнного періоду та ефективної реакції на травматичні події. Впровадження ефективних стратегій, планів може суттєво покращити результати терапії та загальне благополуччя психічного/ментального здоров'я населення України в післявоєнний період [446].

Висновки до розділу 5

При проведенні комплексного аналізу щодо психічного/ментального здоров'я встановлено необхідність впровадження заходів. Для покращення стану пацієнта з посттравматичним стресовим розладом, психічними розладами необхідно проводити детальний аналіз статистичних даних про захворюваність на психічні захворювання, ПТСР. Для зменшення тяжкості захворювання слід реалізовувати ефективні програми психологічної допомоги на всіх трьох рівнях для своєчасної діагностики, лікування після травматичних подій та реабілітації.

За результатами дослідження виявили, що 45,9% здобувачів технічних спеціальностей і 24,8% здобувачів медичних спеціальностей брали участь у бойових діях або перебували у зоні війни. Також 26,8% здобувачів медичних спеціальностей і 24,3% здобувачів технічних спеціальностей допомагали при дорожньо-транспортних пригодах. Сексуальне насильство пережили 18,9% здобувачів технічних спеціальностей і 16,9% здобувачів медичних спеціальностей.

За гендерними відмінностями в ході дослідження встановлено, що чоловіки частіше переживали фізичне насильство (47,7%) порівняно із жінками (8,2%). Жінки частіше перебували у зоні війни (30,4% порівняно з 18,2% чоловіків). Небажаний сексуальний досвід пережили 26,8% жінок і 11,4% чоловіків. Симптоми ПТСР були виявлені у 33,2% жінок і 25,0% чоловіків.

Виявлено, що з віком здобувачів вищої освіти зростає частота проявів симптомів ПТСР.

Роль ПТСР як модератора депресії унаслідок повномасштабної війни в Україні потребує подальшого вивчення у масштабних дослідженнях серед різних молодіжних груп для кращого розуміння його впливу на депресивні стани.

Для зменшення випадків ПТСР серед здобувачів медичних і технічних спеціальностей необхідно підвищити стресостійкість через психокорекцію, психотерапію, рефлексотерапію та інші методи. Це дозволить зменшити негативний вплив стресових факторів і поліпшити психічне здоров'я молоді.

РОЗДІЛ 6


ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАХОДІВ З ОПТИМІЗАЦІЇ УМОВ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ПАЦІЄНТІВ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПСИХІАТРИЧНОГО ПРОФІЛЮ

6.1. Оновлення нормативної містобудівної бази України з проєктування закладів охорони здоров'я щодо психіатричної допомоги населенню з урахуванням закордонного досвіду, вимог реформи системи охорони психічного здоров'я та воєнного стану

Проводячи аналіз нормативних документів санітарного та містобудівного законодавств із проєктування, розміщення та експлуатації ЗОЗ ПП, встановлено, що профільні (спеціалізовані) нормативні документи в Україні відсутні.

Санітарно-протиепідемічні вимоги до новозбудованих, реставрованих, реконструйованих ЗОЗ загального профілю в Україні встановлюються відповідно до нормативних документів санітарного та містобудівного законодавств, наведених у таблиці 6.1.

Таблиця 6.1. Перелік нормативних документів санітарного та містобудівного законодавств України щодо розміщення та експлуатації ЗОЗ загального профілю

№ п/п	Назва нормативного документа	Призначення нормативного документа	QR-код
1	2	3	4
1	Державні санітарні норми і правила «Санітарно-протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу. ДСанПіН 2.3-183-2013»	Санітарно-гігієнічні вимоги до закладів первинної ланки	

Продовження таблиці 6.1

1	2	3	4
2	Державні санітарні норми та правила «Гігієнічні вимоги до розміщення, облаштування, обладнання та експлуатації перинатальних центрів. ДСанПіН №55-12»	Встановлює санітарно-гігієнічні вимоги до перинатальних центрів	
3	«Державні санітарні правила планування та забудови населених пунктів. ДСП №173-96»	Встановлює санітарно-гігієнічні вимоги до планування території в т.ч. громадських закладів	
4	Державні санітарні правила і норми «Гігієнічні вимоги до влаштування та експлуатації рентгенівських кабінетів і проведення рентгенологічних процедур. ДСанПіН 6.6.3-150-2007»	Встановлює санітарно-гігієнічні вимоги до рентгенкабінетів	
5	«Державні санітарні норми і правила при роботі з джерелами електромагнітних полів. ДСанПіН 3.3.6-096-2002»	Встановлює санітарно-гігієнічні вимоги до медичного обладнання ЗОЗ	
6	Державні санітарні правила «Основні санітарні правила забезпечення радіаційної безпеки України. ОСП № 54-2005»	Встановлює норми радіаційної безпеки	
7	Державні гігієнічні нормативи ДГН 6.6.1. - 6.5.061-2000 «Норми радіаційної безпеки України (НРБУ-97)»	Встановлює норми радіаційної безпеки	
8	«Державні санітарні норми допустимих рівнів шуму в приміщеннях громадських будинків. ДСН №463-19»	Встановлює допустимі рівні шуму	

Продовження таблиці 6.1

1	2	3	4
9	«Санітарні норми мікроклімату виробничих приміщень ДСН 3.3.6.042-99»	Встановлює нормативні гігієнічні показники мікроклімату на робочих місцях	
10	Державні санітарні норми та правила «Полімерні та полімервмісні матеріали, вироби і конструкції, що застосовуються у будівництві та виробництві меблів. Гігієнічні вимоги. ДСанПіН 8.2.1-181-2012»	Встановлює вимоги до якості оздоблювальних матеріалів, поверхонь приміщень	
11	«Державні санітарно-протиепідемічні правила і норми щодо поводження з медичними відходами. ДСанПіН № 325-2015»	Встановлює санітарно-протиепідемічні правила і норми поводження з медичними відходами	
12	«Державні санітарні норми та правила утримання території населених місць. ДСанПіН №145-2011»	Встановлює санітарні норми і правила санітарного очищення територій населених місць	
13	Гігієнічні регламенти «Гранично допустимі концентрації хімічних і біологічних речовин в атмосферному повітрі населених місць», затверджені наказом МОЗ від 14.01.2020 р. №52	Встановлює гігієнічні регламенти якості атмосферного повітря	
14	Гігієнічні регламенти «Орієнтовно безпечних рівнів впливу хімічних і біологічних речовин в атмосферному повітрі населених місць» затверджені наказом МОЗ від 14.01.2020 р. №52	Встановлює гігієнічні регламенти якості атмосферного повітря	
15	Державні санітарні норми та правила «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною. ДСанПіН 2.2.4-171-10»	Встановлює гігієнічні вимоги до води питної	

16	Державні будівельні норми «Водопостачання. Зовнішні мережі та споруди В.2.5-74:2013»	Встановлює гігієнічні вимоги до води питної	
17	Державні будівельні норми «Захист територій, будинків і споруд від шуму ДБН В.1.1-31:2013»	Встановлює вимоги щодо захисту від шуму	
18	Державні будівельні норми «Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення. ДБН В.2.2-40:2018»	Встановлює вимоги до будівель для забезпечення умов доступу маломобільних груп населення	
19	Державні будівельні норми «Опалення, вентиляція та кондиціонування. ДБН В.2.5-67:2013»	Встановлює вимоги до опалення, вентиляції, кондиціонування приміщень ЗОЗ	
20	Державні будівельні норми «Природне і штучне освітлення. ДБН В.2.5-28:2018»	Встановлює санітарно-гігієнічні вимоги до природного та штучного освітлення на робочих місцях, в т.ч. у ЗОЗ	
21	Державні будівельні норми В.2.2.-9:2018 «Громадські будинки та споруди. Основні положення»	Встановлює нові будівельні норми	
22	Державні будівельні норми В.2.2-10:2022 «Заклади охорони здоров'я. Основні положення»	Встановлює нові будівельні норми	
23	ДСанПіН «Санітарно-протиепідемічні вимоги до новозбудованих, реставрованих, реконструйованих закладів охорони здоров'я»	Встановлює санітарно-гігієнічні вимоги до приміщень лікарень	

У таблиці 6.1 наведено 23 нормативних документи санітарного законодавства України, з них 9 ДСанПіНів вузькоспеціалізованого напрямку та 6 нормативних документів містобудівного законодавства.

Більшість нормативно-правових актів (понад 300 документів) скасовані через

їх вичерпаний термін давності (нормативно-правові акти Союзу РСР та Української РСР). Будівництво, реконструкція, реставрація та експлуатація стаціонарних лікарень в Україні здійснювалась на основі попереднього вітчизняного напрацьованого досвіду із використанням окремих елементів планувальних рішень та організаційних санітарно-протиепідемічних заходів, запозичених із практики інших країн світу. За останні роки та повномасштабна війна спонукала до нагальної необхідності у розробці сучасних нормативно-містобудівних, санітарно-гігієнічних документів законодавства України для сучасних центрів первинної медико-санітарної допомоги, стаціонарних лікарень загального профілю, денних стаціонарів, які є базовими закладами первинної та вторинної ланки у галузі охорони здоров'я. Відповідно до класифікації лікувальних закладів, з одного боку, вузькоспеціалізовані лікарні психоневрологічного профілю за профільним напрямком надання медичних послуг, за медичною реформою, належать до третинного рівня, з іншого – за наявності стаціонарів – до вторинного рівня. Саме тому основні санітарно-протиепідемічні та гігієнічні вимоги є спільними для вузькоспеціалізованих лікарень різного профілю, в тому числі психоневрологічного, та для лікарень загального типу з відділеннями психіатричного профілю.

Відтак у новозбудованих, реставрованих, реконструйованих лікувально-профілактичних, санітарно-профілактичних, медико-соціальних закладах необхідно створювати нові умови для перебування пацієнтів: оточення (дизайн) з внутрішнім арт-еколого-терапевтичним, ландшафтним простором, забезпечення санітарно-гігієнічних та протиепідемічних умов праці медпрацівників. В Україні на сьогодні 1772 медичних об'єкта, із них понад 208 зруйновано вщент, повністю відновлено 512 об'єктів, у 358 частково відновлено діяльність закладів охорони здоров'я [447, 448].



У ході дослідження була вивчена та проаналізована нормативно-містобудівна, санітарно-гігієнічна база Європейського законодавств (Республіка Польща, Республіка Чехія, Румунія, Республіка Молдова, Франція) щодо гігієнічних вимог до розміщення, експлуатації ЗОЗ.



Досліджувані нормативні документи були відібрані на офіційних інтернет-ресурсах профільних міністерств та відомств Європейських країн для порівняння з національними стандартами.





За результатами аналізу нормативних документів санітарного та містобудівного законодавств країн ЄС та України в частині вимог до проектування, розміщення та експлуатації ЗОЗ встановлено наведені нижче факти.


Для порівняльної оцінки Європейських нормативів з вітчизняними вимогами в частині проєктування, розміщення та експлуатації ЗОЗ було відібрано нормативні документи санітарного та містобудівного законодавств, які містять основні положення з цих питань, що представлено в таблиці 6.2.

Таблиця 6.2. Нормативні документи санітарного та містобудівного законодавств країн ЄС щодо будівництва ЗОЗ

№	Нормативний документ (назва мовою оригіналу)	Нормативний документ (назва, перекладена на українську мову)	Дата прийняття документу	QR-код
1	2	3	4	5
Республіка Польща				
1	«Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030»	Національний стратегічний документ МОЗ Республіки Польща про «Захист здоров'я на 2021-2027 рр.»	27.12.2021 р.	
2	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA w sprawie szczegółowych wymagań, jakie powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą	Постанова МОЗ Республіки Польща про «Детальні вимоги, яким повинні відповідати приміщення та обладнання суб'єкта медичної діяльності»	26.03.2019 р.	
3	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej	Постанова МОЗ Республіки Польща про «Внесення змін до положення про гарантовані пільги у сфері первинної медичної допомоги»	05.01.2023 р.	
4	«W sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Infrastruktury w	Постанова Міністерства інфраструктури Республіки Польща про «ТУ, яким повинні	15.04.2022 р.	

	sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie»	відповідати будівлі та їхнє розташування»		
Республіка Чехія				
5	VYHLÁŠKA ze dne 3. listopadu 2022, kterou se mění vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění vyhlášky č. 284/2017 Sb.	Постанова МОЗ Республіки Чехія «Провимоги до мінімального технічного та матеріального оснащення закладів охорони здоров'я та контактних робочих місць для надання домедичної допомоги»	03.11.2022 р.	
Румунія				
6	Asistența medicală primară Lege 95/2006	Закон, який регулює медичну практику з питань реформи охорони здоров'я	14.04.2006 р. № 95	
7	REGLEMENTARE TEHNICĂ din 22 septembrie 2022privind normativul pentru construcțiile ce conțin spații pentru furnizarea asistenței medicale ambulatorii de specialitate, indicativ NP 021-2022	ТЕХНІЧНИЙ РЕГЛАМЕНТ Міністерство розвитку, громадських робіт та адміністрації від 22.09.2022 щодо Правил облаштування споруд, які містять приміщення для надання спеціалізованої амбулаторної медичної допомоги, код НП 021-2022	22.09.22 р. № 985	
8	GUVERNUL HOTĂRÎRE Nr. HG 696/2018 din 2018-07-11 pentru aprobarea Regulamentului sanitar	Рішення уряду Румунії «Про затвердження санітарного регламенту поведження з відходами від результатів	07.11.2018 р. №HG 696	

	privind gestionarea deșeurilor rezultate din activitatea medicală	медичної діяльності»		
Республіка Молдова				
9	Hotărârea Guvernului nr. 663 din 23.07.2010 pentru aprobarea Regulamentului sanitar privind condițiile de igienă pentru instituțiile medico-sanitare.	Рішення Уряду про затвердження Санітарного регламенту щодо гігієнічних умов медико-санітарних закладів	23.07.2010 р. № 663	
Франція				
10	Code de la santé publique. Ministère des Solidarités et de la Santé	Кодекс громадської охорони здоров'я	02.07.2020 р.	
11	Feuille de route de la politique à mener en matière de données, d'algorithmes et de codes sources au sein du ministère des solidarités et de la santé	Міністерство праці, охорони здоров'я та соціальної політики Дорожня карта «Дані, алгоритми та вихідні коди»	13.10. 2021 р.	
12	Arrêté du 25 avril 2003 relatif à la limitation du bruit dans les établissements de santé Ministère des Solidarités et de la Santé	Наказ про обмеження шуму в медичних установах	25.04.2003 р.	
13	Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.	Закон «Про рівні права та можливості, участь та громадянство для людей з обмеженими можливостями»	11.02.2005 р. № 2005-102	

	Ministère des Solidarités et de la Santé			
14	Les locaux des professionnels de santé: réussir l'accessibilité Être prêt pour le 1er janvier 2015. Ministère des Solidarités et de la Santé	Керівництво для забезпечення доступності приміщень закладів охорони здоров'я для людей з особливими потребами	01.01.2015 р.	

Поряд з національними документами досліджуваних країн, які подані в таблиці 6.2, при проектуванні і будівництві ЗОЗ використовуються базові міжнародні правила – Mental health facilities designguide (2010), International Health Facility Guidelines (Міжнародні Директиви для медичних закладів), Design Guidance for Psychiatric Intensive Care Units (2017), Low Secure Units (NAPICU) Design in Mental Health Network (Керівництво з проектування відділень інтенсивної психіатричної терапії), IBC^R Mental of the International Code Family (Міжнародний будівельний кодекс) і посилання та посібники Architecture for psychiatry environments and the therapeutic spaces (Архітектура для психіатричних середовищ і терапевтичних просторів), Psychiatric Facility (Психіатричний заклад) NIKA. For VA Office of Construction & Facilities Management (CFM) (Управління будівництва та управління об'єктами) [137-141].

Враховуючи актуальність розробки новітньої нормативної медико-санітарної та містобудівної бази з проектування ЗОЗ ПП опрацьовано проєкт «Концепції («Дорожня карта») формування нормативної бази проектування та будівництва споруд і комплексів закладів охорони здоров'я з метою розробки еколого-гігієнічної та санітарно-епідеміологічної складової для його вдосконалення та ефективної реалізації на рівні територіальних громад [449-452].

У зв'язку з відсутністю будь-якого сучасного нормативного документа з проектування та будівництва закладів охорони здоров'я, котрий враховує Європейські стандарти, міжнародний досвід, розроблено проєкт «Концепції («Дорожня карта») формування нормативної бази проектування та будівництва споруд і комплексів закладів охорони здоров'я» (далі - Концепція), який є першим концептуальним документом на рівні держави і координує створення нової нормативної бази проектування та будівництва споруд та комплексів закладів охорони здоров'я.

Розробка еколого-гігієнічної, санітарно-епідеміологічної, економічної та правової складової до проєтування новозбудованих, реставрованих, реконструйованих закладів охорони здоров'я та включення їх до зазначеної Концепції сприятиме покращенню умов доступності, задоволеності перебування пацієнтів в закладах охорони здоров'я та ефективній роботі медичного персоналу. Це бумовлює актуальність зазначеного дослідження на рівні держави та територіальних громад.

Для ефективного виконання зазначеної Концепції запропоновано приділити увагу оновленню нормативної бази щодо новозбудованих, реставрованих, реконструйованих ЗОЗ у галузі охорони здоров'я та містобудування з урахуванням чинних міжнародних вимог та найкращого світового досвіду: Mental health facilities designguide. Office of Construction & Facilities Management. Planning and design criteria (2010) International Health Facility Guidelines (Міжнародні Директиви для медичних закладів); Design Guidance for Psychiatric Intensive Care Units (2017); Low Secure Units (NAPICU) Design in Mental Health Network (Керівництво з проєктування відділень інтенсивної психіатричної терапії); IBC[®]A Mental of the International Code Family (Міжнародний будівельний кодекс), що сприятиме покращенню проєктування, будівництва, організації та експлуатації ЗОЗ [137-141].

Основною метою реформування системи охорони здоров'я України є забезпечення громадян якісними, доступними медичними послугами у сфері психічного здоров'я на рівні громади, у тому числі короткочасної стаціонарної допомоги та амбулаторної допомоги в лікарнях загального профілю, закладах первинної медичної допомоги, центрах із надання комплексних послуг у денних стаціонарах, у результаті змін орієнтування системи так, щоб у центрі її був пацієнт з людиноорієнтовним підходом. Реформування системи охорони здоров'я здійснюється за такими пріоритетними напрямками: медична реформа; громадське здоров'я; спеціалізована медицина; доступні та якісні лікарські засоби. За кожним із напрямів реалізуються завдання, спрямовані на забезпечення фінансування системи охорони здоров'я, підвищення заробітної плати медичних працівників, створення ефективної системи контролю якості надання медичної допомоги, розробка та оновлення національних галузевих стандартів та протоколів лікування, впровадження державної оцінки медичних технологій, створення конкурентного середовища для медичних закладів, розвиток добровільного медичного страхування, розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони психічного/ментального здоров'я, залучення приватного капіталу, пільгове оподаткування за рахунок податку на прибуток та ін. Для реалізації завдань

реформування системи охорони психічного/ментального здоров'я зазначеною Концепцією запропоновано створення сучасної повноцінної мережі закладів охорони здоров'я.

Проектування, будівництво нових об'єктів, реконструкція старих об'єктів ЗОЗ в тому числі ЗОЗ ПП повинно здійснюватися на підставі аналізу попиту на медичні послуги для населення відповідної територіальної громади, на території якої заплановане будівництво, реконструкція ЗОЗ ПП. Запропоновано для включення в Концепцію участь громадськості у вирішенні питань проектування, будівництва, реконструкції ЗОЗ ПП, що відповідає вимогам Європейської Хартії, міжнародній програмі ВООЗ «Здорові міста» та новітньому законодавству України [453-456].

Зазначена Концепція передбачає розвиток нормативного забезпечення щодо проектування, будівництва, реконструкції об'єктів ЗОЗ ПП з урахуванням чинних міжнародних вимог та досвіду країн світу, що дозволить підвищити професійний рівень працівників, зайнятих у галузі проектування, та якість проектної документації об'єктів, що будуються.

У Законі України від 06 вересня 2022 року №4142 «Про систему громадського здоров'я» є положення статті 27 «Медико-санітарні вимоги безпеки для здоров'я і життя людини у містобудівній діяльності», яким передбачено режими забудови територій, визначених для містобудівних потреб, встановлених у генеральних планах населених пунктів, планах зонування та детальних планах територій, в тому числі при розміщенні закладів охорони здоров'я, створення безпечних умов для життя і здоров'я шляхом реалізації планувальних заходів щодо попередження та усунення шкідливого впливу факторів середовища життєдіяльності. Другою частиною цієї статті передбачено в обов'язковому порядку врахування при нормативному регулюванні планування та забудови територій вимог державних медико-санітарних нормативів та правил [457].

При будівництві закладів охорони здоров'я з метою попередження онкологічних захворювань, викликаних дією асбесту, у статті 28 Закону України «Про систему громадського здоров'я» на виконання вимог Міжнародного та Європейського законодавства передбачена заборона виробництва і використання азбесту незалежно від виду, а також азбестовмісних виробів і матеріалів у технологічних процесах під час здійснення будівельно-монтажних робіт на будь-яких об'єктах [457].

При проектуванні ЗОЗ у статті 28 Закону України «Про систему громадського здоров'я» та положень прийнятого Закону України «Про внесення змін до Закону

України «Про будівельні норми» щодо удосконалення нормування у будівництві» від 03.10.2019 р. № 156-IX, яким запроваджено параметричний підхід, пропонується включити до першого розділу «Нормативні посилання» Концепції перелік державних санітарних норм і правил, які містять нормативні параметри для внутрішньолікарняного середовища та для прилікарняної території: ДСП 173-96 «Державні санітарні правила планування та забудови населених пунктів»; ДСП 6.177-2005-09-02 «Основні санітарні правила забезпечення радіаційної безпеки України (ОСПУ-2005)»; ДСП 9.9.5-080-02 «Правила влаштування і безпеки роботи в лабораторіях (відділах, відділеннях) мікробіологічного профілю»; ДСН 3.3.6.037-99 «Державні санітарні норми виробничого шуму, ультразвуку та інфразвуку»; ДСН 239-96 «Державні санітарні норми і правила захисту населення від впливу електромагнітних випромінювань»; ДСН 463-2019 «Державні санітарні норми допустимих рівнів шуму в приміщеннях житлових та громадських будинків і на території житлової забудови»; ДСанПіН 9.9.5-153-2008 «Організація роботи лабораторій при дослідженні матеріалу, що містить біологічні патогенні агенти I-IV груп патогенності молекулярно-генетичними методами»; ДСанПіН 145-2011 «Державні санітарні норми та правила утримання територій населених місць»; ДСанПіН 6.6.3-150-2007 «Гігієнічні вимоги до влаштування та експлуатації рентгенівських кабінетів і проведення рентгенологічних процедур»; ДСанПіН 259-2013 «Санітарно-протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу»; ДСанПіН 325-2015 «Державні санітарно-протиепідемічні правила і норми щодо поводження з медичними відходами»; ДСанПіН 784-2011 «Гігієнічні вимоги до розміщення, облаштування, обладнання та експлуатації перинатальних центрів»; ДСанПіН 552-2014 «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів в закладах охорони здоров'я»; ДСанПіН 2.2.4-171-10 «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною»; ДСанПіН 8.2.1-181-2012 «Полімерні та полімервмісні матеріали, вироби і конструкції, що застосовуються у будівництві та виробництві меблів. Гігієнічні вимоги»; ДСанПіН 3.3.6.096-2002 «Державні санітарні норми та правила при роботі з джерелами електромагнітних полів» та ін. [458].

З метою підвищення рівня безпеки пацієнтів, медперсоналу та відвідувачів від воєнних злочинів, які вчиняються збройними силами російських терористичних військ, Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо забезпечення вимог цивільного захисту під час планування та забудови територій» від 29.07.2022 р. №2486-IX обґрунтовано необхідність влаштування у

цокольних і підвальних поверхах ЗОЗ ПП захисних споруд цивільного захисту (сховище, приторадіаційне укриття, споруди подвійного призначення) з урахуванням вимог інженерно-технічних заходів, що потребує врахування при розробці нових державних будівельних норм з проєктування та будівництва споруд закладів охорони здоров'я [458].

Відповідно до наказу Міністерства внутрішніх справ України «Про затвердження вимог з питань використання та обліку фонду захисних споруд цивільного захисту» від 09.07.2018 року №579, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 30.07.2018 р. за №879/32331, зазначені захисні споруди цивільного захисту входитимуть до фонду захисних споруд цивільного захисту матимуть статус будівель подвійного призначення та можуть використовуватись не тільки для пацієнтів, медичних працівників, а й для населення прилеглої житлової забудови територіальної громади з метою збереження їхнього здоров'я та захисту життя [459].

У зазначеній Концепції запропоновано підсилити доступність, якість, ефективність медичних послуг, їхньої економічної, епідеміологічної складової шляхом запровадження у медичному процесі новітніх Європейських медичних технологій: встановлення великогабаритного високотехнологічного медичного обладнання (МРТ, КТ), обладнання ЗОЗ системами пневматичної пошти для переміщення у медичному закладі рецептів, результатів аналізів, інструментів, витратних матеріалів, лікувальних засобів, препаратів крові тощо, що потребує врахування нових планувальних та інженерно-технічних рішень при проєктуванні закладів охорони здоров'я. Зазначене впровадження забезпечуватиме право пацієнтів на доступність, забезпеченість медичною допомогою, включаючи діагностичні і лікувальні процедури та лікарські засоби, що відповідатиме міжнародним стандартам та Європейській Хартії Прав Пацієнтів в Україні (п. 10.).

У ДБН В.2.2-10:2022 «Заклади охорони здоров'я. Основні положення» встановлено основні положення до проєктування ЗОЗ та ЗОЗ ПП (будівель і споруд усіх типів закладів охорони здоров'я у цілому та приміщень, що використовуються для надання медичної та реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я) при новому будівництві, реконструкції і капітальному ремонті. Розроблені нові гігієнічні критерії до проєктування та облаштування ЗОЗ та ЗОЗ ПП, вимоги до новітніх медичних технологій (телемедицина), інклюзивності зовнішнього та внутрішнього об'ємно-планувального простору, створення вимог безпеки для здоров'я як пацієнтів із психічними розладами, відвідувачів (родичів), так і медпрацівників, які враховували вимоги нормативної бази ЄС.

У ДБН В.2.2-10:2022 «Заклади охорони здоров'я. Основні положення»

впроваджено санітарно-гігієнічні вимоги до проектування захисних споруд цивільного захисту ЗОЗ та ЗОЗ ПП щодо безпеки пацієнтів, медперсоналу та відвідувачів ЗОЗ в умовах воєнних дій. У спорудах цивільного захисту ЗОЗ та ЗОЗ ПП підлягають укриттю пацієнти із психічними розладами, медичний та обслуговуючий персонал, які не підлягають евакуації в безпечне місце і перебувають у зонах можливих значних руйнувань населених пунктів, що відповідає новелам Кодексу цивільного захисту України та Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо забезпечення вимог цивільного захисту під час планування та забудови територій» (2022) [459-462].

ДБН В.2.2-10:2022 «Заклади охорони здоров'я. Основні положення» слугує становленню нової нормативної бази містобудівного законодавства та законодавства в галузі охорони здоров'я при проектуванні, будівництві, реконструкції ЗОЗ внаслідок руйнації від бойових дій у воєнний та післявоєнний періоди в Україні та сприятиме підвищенню якості менеджменту в сучасній охороні здоров'я територіальних громад країни.

Санітарно-епідеміологічна складова, розроблена відповідно до нормативної містобудівної бази України з проектування ЗОЗ та ЗОЗ ПП з урахуванням міжнародного досвіду, слугує її вдосконаленню та є детермінантом громадського здоров'я.

6.2. Гігієнічне обґрунтування заходів з оптимізації умов в стаціонарах закладів охорони здоров'я психіатричного профілю для перебування пацієнтів із психічними розладами

До повномасштабного вторгнення РФ в країні функціонували 91 ЗОЗ, які надавали медичну психіатричну допомогу за пакетом «Стаціонарна психіатрична допомога» і 65 ЗОЗ – за пакетом «Психіатрична допомога, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами». Кожна п'ята людина в Україні, за даними МОЗ, матиме важкі психічні травми у зв'язку з наслідками повномасштабної війни, а кожна десята відчує тривожні ознаки, депресію, психосоматичні розлади середнього та важкого ступеня, які триватимуть від 7 до 10 років. За даними МОЗ, близько 15 млн українців, із них понад 7,7 млн внутрішньо переміщених осіб (ВПО), потребують психологічної консультації на рівні первинної медико-санітарної допомоги та 3-4 млн українців потребують лікування на вторинному рівні у психіатричному відділенні стаціонару загального профілю, денному стаціонарі [1, 463-467].

У Постанові Кабінету Міністрів України «Про утворення Міжвідомчої координаційної ради з питань охорони здоров'я та надання психологічної допомоги особам, які постраждали внаслідок збройної агресії Російської Федерації проти України» від 07.05.2022 р. № 539 не передбачено чітких заходів щодо надання психолого/психіатричної допомоги в тих масштабах, у яких цього потребують українці в умовах сучасної війни [468].

За результатами анкетування з елементами інтерв'ю виявлено, що причиною звернення пацієнтів за психіатричною допомогою у 64,3% випадків було погіршення самопочуття (із них 72,7% чоловіки і 58,8 % жінки), у 17,9% у зв'язку з переоформленням групи інвалідності щодо захворювання на психічні розлади (із них 9,1% чоловіки і 23,6 % жінки), у 7,1% у зв'язку з психогенним навантаженням сімейно-побутового характеру (із них 11,8% жінки) і в 10,7% випадків причина не була вказана (із них 18,2% чоловіки і 5,9% жінки відповідно) рис. 6.1.



Рисунок 6.1. Результати опитування респондентів щодо причини звернення за психіатричною допомогою в ЗОЗ ПП, (у %).

На питання «Хто Вам порадив звернутися за психіатричною допомогою?» були отримані від респондентів такі відповіді. Пацієнтам у 64,3% випадках (від загального числа опитаних) порадили звернутися за психіатричною стаціонарною допомогою їхні рідні (із них 81,8% чоловіки і 52,9% жінки). Самостійне рішення щодо отримання психіатричного стаціонарного лікування було прийнято четвертою частиною опитаних – 25,0% (із них 18,2% чоловіки і 29,4 % жінки). За направленням сімейного лікаря звернулись за психіатричною стаціонарною допомогою 7,1% (із них 11,8% серед жінок) опитуваних та 3,6% пацієнтів були госпіталізовані на вимогу адміністрації з місця роботи (така відповідь була тільки серед 5,9% жінок) (рис. 6.2).

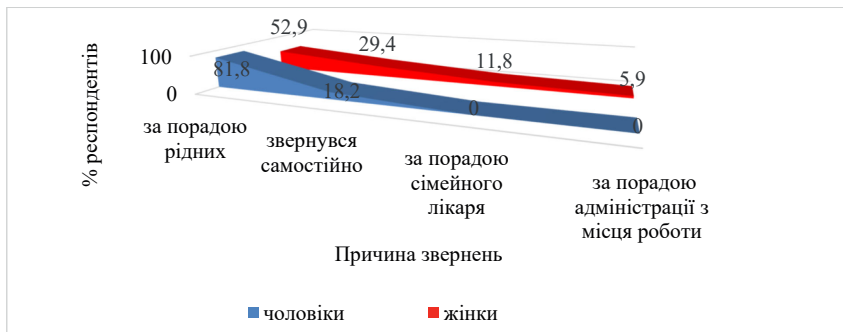


Рисунок 6.2. Результати опитування респондентів на питання «Хто Вам порадив звернутися за психіатричною допомогою?» в ЗОЗ ПП, (у %).

На питання «Хто фактично направив на госпіталізацію зазначених пацієнтів за даними медичної документації», було встановлено: за самозверненням (без направлення лікаря) на стаціонарне лікування звернулись 32,1% пацієнтів (від загального числа опитаних), за направленням сімейного лікаря і лікаря психоневрологічного диспансеру – 25,0% пацієнтів (від загального числа опитаних), пацієнтів, яких доставлено бригадою швидкої допомоги – 14,3% (від загального числа опитаних) і за направленням психоневропатолога поліклініки – 3,6 % відповідно (рис. 6.3).

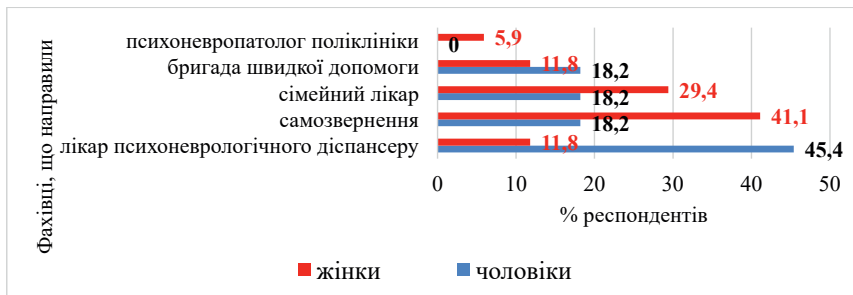


Рисунок 6.3. Результати опитування респондентів: «Хто фактично направив на госпіталізацію зазначених пацієнтів за даними медичної документації», (у %).

На жаль, в Україні відсутній взаємозв'язок між фахівцями первинної та вторинної ланок при наданні медичної допомоги пацієнтам із психічними розладами.

Щодо якості надання медичної допомоги з погляду пацієнта із психічними розладами визначається недостатня обізнаність, у медичних працівників – недостатність навичок, ресурсів, умов, необхідних для поліпшення здоров'я пацієнта, знань і умінь виконувати професійні обов'язки, дотримання конфіденційності, приватності, гуманного ставлення, дотримання прав людини [469].

За результатами опитування на питання «Чи задоволені Ви санітарно-побутовими умовами?» респондентам було надано на вибір два варіанти відповідей: «так» або «ні». Аналогічно були побудовані питання щодо якості лікування та відношення медперсоналу до пацієнтів в умовах стаціонару (табл. 6.3).

Таблиця 6.3. Результати опитування пацієнтів ЗОЗ ПП щодо якості санітарно-побутових умов, лікування та ставлення медперсоналу до пацієнтів в умовах стаціонару, (у %)

Недоліки /респонденти	Погані санітарно-побутові умови	Погане лікування	Жорсткий режим	Погане ставлення лікарів	Погане ставлення медичних сестер
Питома вага пацієнтів-чоловіків	100%	18,2%	81,8%	9,1%	36,4%
Питома вага пацієнок-жінок	58,8%	5,9%	47,1%	17,6%	17,6%
Питома вага пацієнтів (всього)	75,0%	10,7%	60,7%	14,3%	25,0%

Умови перебування пацієнтів із психічними розладами в ЗОЗ ПП, за даними табл. 6.3, є незадовільними на думку 75% пацієнтів від загальної кількості опитаних та 100% пацієнтів-чоловіків вважають, що потребують суттєвих змін щодо їх покращення. Друге місце за недоліками посідає жорсткий режим перебування у стаціонарі (60,7%), що включає обмеження їхніх прав користування телефоном, проведення прогулянок, заняття улюбленою справою, зазначений час харчування тощо. Гендерною особливістю є те, що саме пацієнти-чоловіки у 81,8% мали таку відповідь.

У країнах ЄС приділяють велику увагу «терапевтичному ландшафту» в

умовах стаціонарного відділення у вигляді невеликих оранжерей, що сприяє кращій концентрації уваги, зниженню стресу, покращенню настрою, поповненню обмежених когнітивних, поведінкових ресурсів, підвищенню почуття енергії та життєвих сил, швидшому одужанню [470].

Для з'ясування оцінки респондентами санітарно-побутових умов та режиму перебування з більш широким конкретним колом питань та короткими прямими варіантами відповідей «так» чи «ні» отримано результати відповідей, представлені у табл. 6.4.

Таблиця 6.4. Результати опитування пацієнтів ЗОЗ ПП щодо оцінки санітарно-побутових умов ЗОЗ ПП, (у %)

Недоліки	Питома вага пацієнтів-чоловіків	Питома вага пацієнок-жінок	Питома вага пацієнтів
Відсутні умови для особистої гігієни (відсутні рукомийники в палаті)	72,7	82,4	78,6
Відсутні умови для зберігання особистих речей (недостатньо шаф або тумбочок)	81,8	88,2	85,7
Недостатня площа на одного пацієнта порівняно з нормативним показником у 6 м ²	90,9	88,2	89,3
Погана якість постільної білизни та рушників	72,7	82,4	78,6
Санвузли знаходяться далеко від палат	81,8	82,4	82,1
Режимні елементи (ванни та душові кімнати використовуються за дозволом медичних працівників)	81,8	82,4	82,1

За даними опитувальника від 72,7 до 90,9% респондентів відмітили незадоволені санітарно-побутові умови в стаціонарі психіатричного профілю, де вони перебували. Незадоволені недостатньою площею на одного пацієнта (при нормативному показнику у 6 м²) 90,9% чоловіків-респондентів, які відмітили це в опитувальнику, і 88,2% жінок, йшлося також про відсутність умов для зберігання особистих речей (недостатньо шаф, тумбочок, столів, стільців).

За результатами дослідження встановлено, що пацієнтки-жінки більше

звертають увагу на умови, які створені у відділенні для дотримання правил особистої гігієни, тому 82,4% респонденток проти 72,7% чоловіків відмітили відсутність умов гігієни рук, які були в наявності лише у санітарно-гігієнічних приміщеннях. Недостатність тумбочок для особистих речей зазначили 85,7% пацієнтів із психічними розладами, що порушувало їхнє право на особистий простір. За результатами опитування 82,4% пацієнтів зауважили, що постільна білизна використовується стара і зношена, а санвузли та душові занадто віддалені від палати, що спричиняє психологічну та фізіологічну напруженість організму пацієнтів.

Аналогічні висновки щодо незадовільних санітарно-побутових умов за результатами аналітичного звіту Української Гельсінської спілки з прав людини трьох обласних психоневрологічних лікарень (Полтава, Херсон, Миколаїв) підтверджують наші результати опитування пацієнтів із психічними розладами 3.3 [288].

Більше половини респондентів – 53,6-60,7%, не задоволені відсутністю можливості зайнятися улюбленою справою, користуватися телефоном, і до того ж украй незадоволені обмеженням кількості прогулянок на свіжому повітрі (табл. 6.5).

Відсутні прогулянкові дворики для кожного відділення і як наслідок кількість прогулянок пацієнтів з розладами психіки обмежено, а інколи вони відсутні взагалі – так зазначили 72,7% пацієнтів-чоловіків; обмеження використання телефонів – 72,7% пацієнтів-чоловіків. На питаання «не маю можливості займатися улюбленими справами» ствердно відповіли 63,6% пацієнтів-чоловіків і 47,1% пацієнтів-жінок.

Таблиця 6.5. Результати опитування пацієнтів щодо ставлення до режимних умов їхнього перебування в ЗОЗ ПП, (у %)

Недоліки	Питома вага пацієнтів-чоловіків	Питома вага пацієнок-жінок	Питома вага пацієнтів
Обмеження, що стосуються користування телефоном	72,7	47,1	57,1
Обмеження кількості побачень	36,4	29,4	32,1
Обмеження кількості прогулянок	72,7	52,9	60,7
Відсутність можливості зайнятися улюбленою справою	63,6	47,1	53,6

За результатами досліджень встановлено режимні елементи, які характерні

для закладів закритого типу з суворим режимом для пацієнтів із психічними захворюваннями, на противагу ЗОЗ ПП європейських країн. Штучне відлучення пацієнтів від улюбленої справи, прогулянок на свіжому повітрі, що є життєвою необхідністю, спілкування з оточенням, з рідними спричиняє втрату інтересу до праці, набування трудових навичок, і як наслідок призводить до зтяжнього перебігу захворювання, що є негативним явищем – «госпіталізмом», яке необхідно викоринити задля сприяння якнайшвидшому одужанню пацієнтів та усуненню явища стигматизації.

Блок питань анкети з елементами інтерв'ю також стосувався запровадження запропонованих гігієнічних заходів для покращення умов перебування пацієнтів у стаціонарах ЗОЗ ПП, на які від пацієнтів із психічними розладами отримано такі відповіді (табл. 6.6).

Таблиця 6.6. Перелік запропонованих гігієнічних заходів щодо покращення умов перебування в стаціонарах ЗОЗ ПП пацієнтів із психічними розладами, (у %)

Заходи	% пацієнт чоловіків	% пацієнтко-жінок	% пацієнт(в сього)
1	2	3	4
Поліпшити матеріально-технічне забезпечення лікарні	72,7	82,4	78,6
Покращити якість надання медичної допомоги, реабілітації, санітарно-курортне лікування, харчування	90,1	88,2	89,3
Започаткувати диференціацію ЗОЗ ПП за рівнем стану пацієнтів: кризові центри для гострих пацієнтів, відділення загального типу	27,3	17,6	21,4
Для пацієнтів із хронічними психічними розладами передбачити створення умов середовищної терапії як в стаціонарі, так і в умовах територіальної громади	72,7	47,1	57,1
Відсутність обмеження режиму в умовах стаціонару ЗОЗ ПП для пацієнтів	92,8	89,5	91,2
Гарантувати пацієнтам умови для комунікації з навколишнім середовищем (доступ до телефону, соціальних мереж тощо) доступ до інформації про їхній стан здоров'я та лікування призначеними препаратами	36,4	47,1	42,9
Дозволити пацієнтам брати участь (враховувати думку пацієнтів) у процедурі вивчення анамнезу захворювання та рішення щодо надання психіатричної допомоги та здійснення планів відновлення (за аналогією вимог ЄС)	18,2	23,5	21,4
Забезпечити доступ до правосуддя осіб-користувачів психіатричної допомоги, використовувати режим відеоконференцій та облаштування кімнат для проведення виїзних судових засідань у психіатричні заклади при розгляді справ про примусову госпіталізацію,	27,3	23,5	25,0

зміну чи скасування застосування примусових заходів медичного характеру (за аналогією вимог ЄС)			
Надати доступ громадським організаціям щодо контролю якості надання медичних, діагностичних, лікувальних, профілактичних, реабілітаційних та інших послуг і швидкого реагування на можливі конфліктні ситуації (за аналогією вимог ЄС)	72,7	23,5	42,9

Визначена однотайність між побажаннями як чоловіків, так і жінок пацієнтів ЗОЗ ПП щодо: поліпшення матеріально-технічного забезпечення стаціонарів ЗОЗ ПП, покращення якості харчування, лікування, реабілітації (санітарно-курортне лікування), відсутності обмеження режиму для пацієнтів, створення умов середовищної терапії для хронічних хворих як у будівлі лікарні, так і в умовах територіальної громади, започаткування диференціації ЗОЗ ПП за рівнем стану пацієнтів: кризові центри для гострих хворих, відділення загального типу для хронічних пацієнтів, доступу громадських організацій до нагляду за функціонуванням лікарні та ефективністю її роботи аналогічно до вимог ЄС.

Зазначені результати потребують запровадження інноваційних підходів країн ЄС до лікування пацієнтів із психічними розладами та свідчать про вичерпання ресурсів радянської системи госпітальної медицини у сфері охорони психічного здоров'я [471-473].

6.3. Мультидисциплінарний алгоритм – пріоритетний профілактичний підхід у сфері забезпечення оптимальних умов для надання психологічної та психіатричної допомоги населенню в Україні з урахуванням Міжнародних і Європейських стандартів

Після пандемії COVID-19 і під час повномасштабної війни прослідковуємо негативні наслідки у психічному/ментальному здоров'ї населення України. До збільшення поширеності психічних розладів спонукає соціальна напруженість у суспільстві через військові дії, міграцію, безробіття, втрату житла, втрату умов отримання освітніх послуг тощо. В Україні відмічено найвищі рівні поширеності хвороб на психічні розлади серед країн Європи через зменшення звернень за якісною медичною допомогою з боку населення. Причини боязкості (сором'язливості) оприлюднити свій стан на рівні медичного працівника ЗОЗ ПП спричиняють прогресування аутостигматизації таких хворих в суспільстві. З'являються проблеми у соціальних стосунках, знижується якість життя пацієнта та родини, виникають родинні конфлікти, пацієнти із психічними розладами ізолюються від суспільства. На рівні первинної медико-санітарної допомоги –

сімейних амбулаторій, які є найбільш чисельними закладами в Україні, відсутні кваліфіковані лікарі з надання першої психологічної допомоги, які б пройшли навчання за програмою mhGAP. Тому пацієнти із психічними розладами лише в кризовому стані вимушені звертатися в спеціалізовані стаціонарні заклади.

Ситуація додатково ускладнюється тим, що пацієнтам із психічними розладами, у яких знижений рівень психічної активності, порушена мотиваційна, когнітивна, поведінкова, емоційна сфери, регуляція соціальної поведінки, важко працевлаштуватися.

З метою збереження, зміцнення психічного/ментального здоров'я та добробуту населення України необхідно впровадити первинні та вторинні профілактичні заходи (табл. 6.7).

Таблиця 6.7. Первинні та вторинні профілактичні заходи покращення, зміцнення психічного здоров'я та благополуччя населення України

№ п/п	Назва заходу
1	2
I. Первинні профілактичні заходи:	
1	Покращення, зміцнення психічного здоров'я та благополуччя населення шляхом формування навичок, підвищення рівня обізнаності, проведення корекційно-відновлювальної роботи з учнями щодо покращення психічної стійкості до чинників, які викликають стрес, втому, депресивні та тривожні стани; дотримання здорового способу життя.
2	При будь-яких ознаках змін у психічному здоров'ї (депресії, тривожних станах) звертатись до закладів первинної медико-санітарної допомоги, центрів психічного здоров'я. При наданні допомоги особам із психічними розладами пріоритетним повинна бути соціальна реабілітація, а не фармакотерапія.
3	Розробка державних програм для соціалізації осіб із психічними розладами шляхом їх працевлаштування на підприємствах, виробництвах без дискримінації (за аналогією різних країн світу).
4	Запровадження повсюдного (на підприємствах, організаціях тощо) проведення скрінінгових тестів працівників будь-якої галузі з метою виявлення у них порушень психічного здоров'я (проводити щоквартально). При виявленні хворих з розладами психіки та поведінки сприяти наданню вчасної медичної допомоги за затвердженими стандартними протоколами та проводити інформативну (або просвітницьку) роботу щодо зменшення дискримінації таких хворих.
5	Запровадити широкомасштабну санітарно-просвітницьку роботу (програми) щодо ставлення до осіб із психічними розладами через всі можливі ЗМІ (інтернет-публікації, інтернет-брошури, телебачення, громадські організації), виявлення та подолання стигм психічних розладів.
6	В амбулаторіях, центрах психічного здоров'я та ЗОЗ ПП запровадити заняття, тренінги з родичами, опікунами осіб із психічними розладами для підтримки їхнього психічного здоров'я
7	Створення громадських організацій, які виконуватимуть функції представництв із захисту прав осіб із психічними розладами.
8	Забезпечити психосоціальну взаємодію всіх ланок навколишнього середовища осіб із

	психічними розладами: територіальна громада, ЗОЗ (амбулаторія, центр психічного здоров'я, ЗОЗ ПП), роботодавець (виробництво, підприємство, організація), громадські організації, родичи/опікуни шляхом створення єдиної електронної системи інформаційного забезпечення та адміністрування послуг для оптимізації умов життєдіяльності та лікувально-реабілітаційного процесу таких осіб.
II. Вторинна профілактика:	
1	Комплексна психотерапія, психокорекція, психореабілітація з впровадженням сучасних методів за допомогою мультидисциплінарної команди (психолог, психотерапевт, психіатр, соціальний працівник), яка повинна бути представлена на всіх трьох рівнях психологічної та психіатричної допомоги: первинна ланка (амбулаторії) – мультидисциплінарні команди; вторинна – лікарні загального профілю з відділенням психіатричної допомоги, психіатричний диспансер тощо; третинна – високоспеціалізовані лікарні, Інститут психіатричного профілю.
2	Профілактика повторного розвитку психічних розладів і підтримання ремісії шляхом взаємодії всіх ланок навколишнього середовища осіб із психічними розладами (територіальна громада, ЗОЗ (амбулаторія, центр психічного здоров'я, ЗОЗ ПП), роботодавець (виробництво, підприємство, організація), громадські організації, родичи/опікуни) для оптимізації умов життєдіяльності та лікувально-реабілітаційного процесу для осіб із психічними розладами

Профілактичні заходи щодо психічного/ментального здоров'я ґрунтуються на основних принципах і підходах:

1. Універсальне охоплення послугами охорони здоров'я. Усі люди, незалежно від віку, статі, соціально-економічного статусу, раси, етнічної приналежності чи сексуальної орієнтації, повинні мати доступ до основних медичних і соціальних послуг. Це забезпечує їхнє відновлення та досягнення найвищого можливого рівня здоров'я без ризику потрапляння в бідність відповідно до принципу справедливості.
2. Права людини. Стратегії, заходи та втручання в галузі психічного/ментального здоров'я, спрямовані на лікування, профілактику психічних розладів і зміцнення психічного/ментального здоров'я, повинні відповідати нормам Конвенції про права осіб з інвалідністю та іншим міжнародним і регіональним інструментам захисту прав людини.
3. Доказовість. Стратегії, дії та втручання у сфері психічного/ментального здоров'я мають базуватися на наукових дослідженнях або найкращих практиках з урахуванням культурних особливостей.
4. Підхід до життєвого циклу. Політики, плани й послуги у сфері психічного/ментального здоров'я повинні враховувати потреби у соціальному захисті та охороні здоров'я на всіх етапах життя, від дитинства (включно з раннім) до підліткового, дорослого та похилого віку.
5. Мультисекторальний підхід. Для ефективного й скоординованого реагування на проблеми психічного/ментального здоров'я необхідно налагоджувати співпрацю

між різними державними секторами, такими як охорона здоров'я, освіта, соціальної політики, працевлаштування, правосуддя, житлове забезпечення, соціальна підтримка та інші, а також залучати приватний сектор.

6. Розширення можливостей людей із психічними розладами та психосоціальною інвалідністю. Важливо забезпечити залучення людей із психічними розладами до адвокаційної діяльності, розробки політик, планування, законотворчої діяльності, надання послуг, моніторингу, досліджень та оцінювання у сфері психічного здоров'я, сприяючи розширенню їхніх можливостей.

Запропоновані механізми потребують налагодження на регіональному рівні, а враховуючи специфіку кожного окремого регіону – на територіальному рівні (громади).

Усі запропоновані профілактичні заходи, що враховані в нашій моделі надання медичної допомоги особам з порушенням психічного здоров'я на різних рівнях системи охорони здоров'я, надані на рис. 6.4.



Рисунок 6.4. Нова модель (авторська) надання медичної допомоги особам з порушенням психічного здоров'я на різних рівнях системи охорони здоров'я.

На первинному рівні необхідно впровадити проєкт «Проактивна інтегрована психологічна медицина/консультаційна психіатрія», що ефективно діє у ЗОЗ ПП Великої Британії та США [474, 478].

Проактивна консультаційна психіатрія є новою моделлю надання психіатричної консультативної допомоги силами первинних мультидисциплінарних мобільних бригад

ПП та амбулаторій, у складі яких є фахівці (лікар-психолог, психотерапевт, клінічний психолог, соціальний працівник, медичні сестри за спеціальністю психіатричне обслуговування – програма mhGAP) психіатричних відділень лікарень загального профілю, які здатні надати допомогу пацієнтам з розладами психіки, а також широкому колу пацієнтів інших відділень соматичного профілю з метою покращення їх психічного/ментального здоров'я. Нова модель медичної допомоги спрямована на скорочення тривалості перебування в стаціонарних умовах, покращення психіатричного обслуговування, зменшення стигматизації, підвищення задоволеності у наданні медичної психолого/психіатричної допомоги, попередження повторних госпіталізацій, профілактики ППНМД, зниження загальних фінансових витрат ЗОЗ. Нова модель може слугувати пріоритетною профілактикою психічного/ментального здоров'я, що дозволить завчасно на ранніх стадіях виявити проблеми психічного/ментального здоров'я і надання психолого/психіатричної допомоги на різних рівнях. Мультидисциплінарний підхід слугує униканню проблем, які вже виникли, наприклад, при серцевій недостатності (інсульти, інфаркти), лікуванні депресивних або тривожних станів.

Висновки до розділу 6

Санітарно-епідеміологічна складова, яка базується на міжнародному досвіді, в тому числі європейських країн та країн з високим рівнем доходу, при реформуванні охорони психічного/ментального здоров'я, вимогах цивільного захисту, включена до «Концепції (Дорожньої карти) формування нормативної бази проєктування, будівництва, реконструкції закладів охорони здоров'я», є надзвичайно актуальною для відбудови медичної інфраструктури в умовах воєнного стану і в післявоєнний період в Україні.

Доведено, що створена «Дорожня карта» з впровадженням розробленої нами санітарно-гігієнічної складової, доповненням еколого-гігієнічною, санітарно-епідеміологічною, економічною та правовою складовими до основного за ієрархічною структурою нормативного документу ДБН В.2.2-10:2022 «Заклади охорони здоров'я. Основне положення», Наказу МОЗ України «Про затвердження Державних санітарних норм і правил «Санітарно-протиепідемічні вимоги до новозбудованих, реставрованих і реконструйованих закладів охорони здоров'я» та зміни до деяких нормативно правових актів МОЗ» № 354 від 21.02.2023 р. та низки інших будівельних норм, з урахуванням чинних міжнародних вимог та найкращого світового досвіду, вдосконалив оновлену національну нормативну базу з проєктування та будівництва ЗОЗ, зокрема й ЗОЗ ПП та сприятиме її ефективній реалізації на рівні територіальних громад.

Визначення та врахування спеціалізації ЗОЗ ПП в ДБН В.2.2-10:2022 «Заклади охорони здоров'я. Основне положення», Наказі МОЗ України «Про затвердження Державних санітарних норм і правил «Санітарно протиепідемічні вимоги до новозбудованих, реставрованих і реконструйованих закладів охорони здоров'я» та зміни до деяких нормативно правових актів МОЗ» № 354 від 21.02.2023 спрямовані на забезпечення оптимальних умов перебування пацієнтів із психічними розладами в стаціонарі, роботи медичних працівників, відвідувачів.

Через наслідки повномасштабної війни в Україні на рівні первинної ланки галузі охорони здоров'я потребують психологічної консультації 7,7 млн ВПО, медикаментозного лікування – 3-4 млн осіб. Однак за реформою галузі охорони здоров'я відсутні умови для масштабного охоплення пацієнтів із психічними розладами медичними оглядами на первинному медико-санітарному рівні, що підтверджує відсутність наступності (нерозривності) первинної, вторинної, третинної ланок ЗОЗ ПП за цими питаннями, а відтак і проведення первинної профілактики психічних захворювань в Україні.

Встановлено, що одностайні відповіді пацієнтів-чоловіків (90,9%) і пацієнок-жінок (88,2%) стосувались таких недоліків умов перебування: скупченості хворих у палатах через недотримання нормативної площі на одного хворого (6 м²), що порушує вимоги санітарно-гігієнічного і санітарно-протиепідемічного режимів; недостатність тумбочок для особистих речей (85,7%), що порушувало право пацієнтів на особистий простір.

Визначено, що на відміну від європейських країн в українських ЗОЗ ПП існує жорсткий режим перебування пацієнтів у стаціонарі (60,7%) з обмеженням їхніх особистісних прав на користування телефоном, проведення прогулянок на свіжому повітрі, заняття улюбленою справою та ін., що викликає в них втрату інтересу до праці і розвитку трудових навичок та спричиняє затяжний перебіг захворювання з відсутністю ефекту видужання.

Обґрунтовано заходи первинної та вторинної профілактики в гігієнічному аспекті, мультидисциплінарний підхід надання психологічної та психіатричної допомоги населенню, необхідність впровадження «проактивної» інтегрованої психологічної консультаційної психіатрії, що сприятиме створенню оптимальних умов перебування, скороченню терміну перебування, профілактиці ПНМД, зниженню стигматизації пацієнтів із психічними розладами в умовах ЗОЗ ПП різних рівнів.

РОЗДІЛ 7

ГАРМОНІЗАЦІЯ НАЦІОНАЛЬНОГО МІСТОВАБУДІВНОГО ЗАКОНОДАВСТВА З ЄВРОПЕЙСЬКИМ У СФЕРІ ПРОЄКТУВАННЯ ТА ЕКСПЛУАТАЦІЇ СУЧАСНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

7.1. Осучаснення законодавства щодо психологічної та психотерапевтичної допомоги населенню – Закон України «Про психіатричну допомогу», правові засади збереження психічного здоров'я населення у воєнний та повоєнний періоди в Україні

У світі, де цінують, зміцнюють і захищають психічне/ментальне здоров'я населення, головним напрямком є профілактична складова щодо психічного/ментального здоров'я населення. Пацієнти із психічними розладами повинні користуватися всіма правами людини й повинні мати доступ до високоякісної, своєчасної медичної і соціальної допомоги, яка сприяє їх повноцінному відновленню, участі у житті суспільства, працевлаштуванні, не допускаючи стигматизації й дискримінації.

Головна мета кожної країни полягає в покращенні психологічного/ментального добробуту, профілактиці психічних розладів, наданні доступної, високоякісної, вчасної, комплексної, мультисекторальної, міжгалузевої, інтегрованої допомоги, вдосконаленні процесу відновлення, просуванні прав людини із психічними розладами, зниженні рівня смертності від самогубств й інвалідності серед цих пацієнтів, посиленні інформаційних систем, доказової бази й досліджень у сфері психічного/ментального здоров'я.

Психологічні служби різних галузей в Україні функціонують окремо одне від одного та державних інституцій: медицина, соціальна служба, освіта, державна служба з надзвичайних ситуацій, органи внутрішніх справ, пенітенціарна система тощо. Унаслідок збройної агресії російської федерації є велика необхідність скоординувати всі ці інституції в єдину ланку психологічної допомоги для збереження, зміцнення психічного/ментального здоров'я населення України.

У Канаді для збереження та зміцнення психічного/ментального здоров'я функціонує окреме відомство, яке розробляє державну політику у сфері психічного/ментального здоров'я. Україна поступово переймає цей досвід в напрямку посилення захисту о/ментального здоров'я населення на різних рівнях медичної допомоги, що особливо актуально під час воєнної агресії рф.

Одними з найвищих соціальних цінностей України визначено у статті 3

Конституції України здоров'я, життя, безпека, права та гідність людини [476].

Відповідно до покладених завдань на МОЗ у постанові КМ України «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України» від 25 березня 2015 р. №267 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 року №90) передбачено, що «...у сфері охорони здоров'я: забезпечує в межах повноважень, передбачених законом, додержання ЗОЗ, ... права громадян на охорону здоров'я та прав пацієнта»; здійснює «...організацію заходів щодо поширення здорового способу життя серед населення;...моніторинг стану здоров'я населення». Усі ці положення спрямовані на зміцнення, збереження здоров'я людини, однак відсутні конкретні напрямки щодо збереження саме психічного/ментального здоров'я населення [477, 478].

Кожна окрема інституція у своїх нормативних документах передбачала психологічну допомогу у Наказі МОН України «Про затвердження Положення про психологічну службу у системі освіти України» від 22.05.2018 р. №509; наказом МВС України «Про затвердження Порядку організації системи психологічного забезпечення поліцейських, працівників Національної поліції України та курсантів (слухачів) закладів вищої освіти із специфічними умовами навчання, які здійснюють підготовку поліцейських» від 04.04.2019 р. №88, «Про затвердження Положення про психологічне забезпечення в Національній гвардії України» від 08.12.2016 р. № 1285; наказі МОЗ України «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу» від 15.04.2008 р. №199, але відсутній взаємозв'язок і відсутня єдина електронно-комунікаційна система для контролю за психічним/ментальним здоров'ям населення, недостатньо проводиться моніторинг здоров'я населення України і тому в Україні відсутні достовірні дані щодо поширеності та захворюваності на психічні розлади як дорослого, так і дитячого населення, особливо під час воєнного стану [479-482].

МОН України на початку повномасштабної війни через реальну загрозу погіршення психічного/ментального здоров'я учасників освітнього процесу підготувало методичні рекомендації з алгоритмом дій надання першої психологічної допомоги учасникам освітнього процесу «Про методичні рекомендації «Перша психологічна допомога. Алгоритм дій» від 04.04.2022 № 1/3872-22 та Наказ «Про забезпечення психологічного супроводу учасників освітнього процесу в умовах воєнного стану в Україні» від 29.04.2022 р. № 1/3737-22 для педагогічних працівників, психологів і соціальних педагогів закладів освіти. У цих документах відсутні дані щодо місця надання такої допомоги та передачі даних в єдину електронно-інформаційну систему для проведення аналізу,

моніторингу щодо поширеності захворювань на психічні розлади для розробки комплексних, профілактичних заходів, визначення вразливих груп за віковою, статевою ознаками та місцем проживання [483-485].

Недоліком в питанні психічного/ментального здоров'я в Україні є відсутність Закону щодо надання психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню в цілому. Кожний нормативний документ всіх інституцій фрагментарно відображає інформацію щодо надання психологічної допомоги.

Фундаментальним принципом в європейських країнах є принцип побудови міжсекторальної та біопсихосоціальної моделі надання психолого/психіатричної допомоги, яку Україна, як незалежна держава, намагається створити.

Біопсихосоціальна модель є міждисциплінарною моделлю взаємозв'язку біологічного, психологічного і соціального напрямків, чинники яких разом чи окремо впливають на психічне/ментальне здоров'я людини. Зазначена модель передбачає взаємодію фахівців, які надають психологічну допомогу: сімейний лікар, лікар-психолог, психотерапевт, клінічний психолог, психіатр, невропатолог, медична сестра, соціальний працівник у наданні психолого/психіатричної допомоги за програмою mhGAP, яка зосереджена на розширенні доступу до послуг у сфері психічного/ментального здоров'я в умовах обмежених ресурсів з особами/пацієнтами і членами їхніх сімей і піклувальниками.

Міжсекторальна модель передбачає взаємодію фахівців різних галузей медичної, соціальної, освітньої та інших сфер у наданні всебічної допомоги у сфері психічного/ментального здоров'я, однак в Україні така модель лише починає своє зародження.

Закон України «Про психіатричну допомогу» від 2000 р. № 1489-III (із змінами 2024 р.) передбачає лише надання психіатричної допомоги в стаціонарних умовах пацієнтам, які стоять на обліку у психіатра (із встановленим діагнозом). Але цей Закон України не містить положень про надання психологічної допомоги населенню на стадії прехвороби з метою попередження психічних розладів та раннього втручання.

Найважна невідповідність Закону України «Про психіатричну допомогу» міжнародним стандартам щодо захисту прав пацієнтів із психічними розладами, існує недотримання принципу «рівний-рівному» і людиноорієнтованого підходу.

У преамбулі цього Закону йдеться про правові та організаційні засади щодо забезпечення громадян психіатричною допомогою, виходячи із пріоритету прав і свобод людини і громадянина, встановлення обов'язків органів виконавчої влади та органів територіального самоврядування з організації надання психіатричної

допомоги, правового і соціального захисту, навчання осіб, які страждають на психічні розлади, забезпечення лікування в громаді і працевлаштування. Проте ці позиції – правові й організаційні засади, сьогодні мають недостатньо розвитку в підзаконних актах, не реалізовані на територіальному рівні (громаді) і потребують доопрацювання і внесення змін.

Послуги у сфері психічного/ментального здоров'я на рівні громад повинні бути орієнтовані на відновлення, що полягає в підтримці людей із психічними розладами й психосоціальною інвалідністю в досягненні їхніх особистих цілей та прагнень. Важливо вислуховувати та враховувати, як людина розуміє свій розлад і що, на її думку, може сприяти її відновленню. Кожну людину слід розглядати як рівноправного партнера в процесі надання допомоги, забезпечуючи можливість вибору лікування та надавачів допомоги. Залучення працівників, які працюють за принципом «рівний-рівному», допомагає створити відчуття приналежності та взаємної підтримки через обмін досвідом. Крім того, послуги повинні застосовувати мультисекторальний підхід, який забезпечить підтримку на різних етапах життя та допоможе реалізувати права людини, включаючи доступ до працевлаштування, освіти, житла та участі в громадському житті.

Визначення терміну «Психіатрична допомога» у статті 1 Закону України «Про психіатричну допомогу» надається лише в медичному аспекті цієї проблеми, а саме «психіатрична допомога– це надання комплексу спеціальних заходів, спрямованих на обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими Законами України, профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медичну та психологічну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади». Проте головні напрямки – профілактика, діагностика, лікування психічних розладів, медична та психологічна реабілітація проводиться без врахування біопсихосоціальної, міжсекторальної, міжгалузевої моделей та без врахування міжнародних вимог у сфері психічного/ментального здоров'я, які передбачають взаємодію та координацію різних інституцій. Взаємодія між різними інституціями повинна бути затверджена на законодавчому рівні України, що скоординує їх роботу в єдину ланку і сприятиме наданню доступної, якісної, вчасної, кваліфікованої допомоги населенню України у сфері психічного/ментального здоров'я, особливо в воєнний та післявоєнний час.

Принципи надання психіатричної допомоги, які зазначені у статті 4 Закону України: «...гуманності, додержанні прав людини і громадянина, добровільності, доступності та відповідно до сучасного рівня наукових знань, необхідності й

достатності заходів лікування, медичної, психологічної та соціальної реабілітації, надання освітніх, соціальних послуг», водночас на сьогодні недостатньою є участь психологів, освітян, соціальних працівників лише в ЗОЗ ПП, тому слід доповнити зазначеними фахівцями штатний розклад в амбулаторіях, денних стаціонарах, диспансерах, психіатричних відділеннях лікарень загального профілю, що наразі не передбачено законодавством.

У Законі України «Про психіатричну допомогу» у статті 5 закладено гарантії щодо «...безоплатного надання медичної допомоги особам, які страждають на психічні розлади, у державних та комунальних закладах охорони здоров'я та безоплатне або на пільгових умовах забезпечення їх лікарськими засобами і виробами медичного призначення», проте реальна картина на сьогодні протилежна через недофінансування цієї сфери охорони здоров'я.

У статті 5 визначено засади до санітарно-гігієнічних умов в ЗОЗ ПП: «...забезпечуються належні умови для надання психіатричної допомоги та реалізації прав, свобод і законних інтересів осіб, які страждають на психічні розлади...», що суперечать дійсності. Так, на прикладі аналізу Української Гельсінської спілки спільно з МОЗ України (2015) за результатами моніторингу трьох спеціалізованих психіатричних закладів України (м. Полтава, Херсон, Миколаїв) порушувались права людини, санітарно-гігієнічні умови у ЗОЗ ПП, медичні працівники недостатньо обізнані у питаннях прав пацієнтів, організація харчування проводилась з порушенням відповідних норм, асортименту. Висновки щодо фактичного санітарно-гігієнічного стану практично були однакові за всіма трьома закладами: палати потребували ремонту, площа спального приміщення на одного хворого не відповідала нормативу (у 6 м²), кількість індивідуальних меблів у палатах не відповідала кількості пацієнтів (тумбочки, шафи, стільці), душові та санвузли знаходились далеко від палат та не забезпечували право на приватність при їх використанні тощо. Такі недоліки санітарно-гігієнічних умов притаманні більшості спеціалізованих психіатричних лікарень України і сьогодні [288].

Новелою статті 5 цього Закону передбачено організацію навчання осіб із психічними розладами: «... за спеціальними програмами безоплатне спеціальне (корекційне), загальноосвітнє та професійно-технічне навчання осіб, які страждають на психічні розлади». Однак в дійсності навчання виконується в недостатньому обсязі через закриття професійно-технічних майстерень, скорочення фахівців освіти, соціальних працівників. У 25% ЗОЗ ПП України обладнані спеціальні майстерні, де пацієнти із психічними розладами набувають професійних навичок, натомість у 16,7% ЗОЗ ПП майстерні обладнано частково, що не дає

можливості пацієнтам оволодіти професією для покращення процесу їх соціалізації при проходженні лікування в спеціалізованих психіатричних закладах.

У Законі України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо надання психіатричної допомоги» №2205-VIII мова йде про приведення чинного законодавства у відповідність до міжнародних норм та європейської практики.

При порівнянні засад Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо надання психіатричної допомоги» із законодавством країн ЄС, зокрема Республіки Польщі, виявлено, що в Україні відсутні норми щодо участі інститутів громадського суспільства у захисті прав пацієнтів із психічними розладами, у проведенні незалежної громадської експертизи стану дотримання прав пацієнтів у зв'язку із застосуванням примусових медичних заходів, у напрацюванні законодавчих ініціатив та рекомендацій для органів виконавчої влади.

Зазначене вище потребує внесення змін до законодавчих актів України з питань надання психіатричної допомоги, що створюватиме умови для розвитку абілітаційних і реабілітаційних програм особам із психічними розладами. За визначенням терміну «Абілітація – це система заходів та соціальних послуг, спрямованих на опанування особою знань та навичок, необхідних для її незалежного проживання в соціальному середовищі: усвідомлення своїх можливостей та обмежень, соціальних ролей, розуміння прав та обов'язків, уміння здійснювати самообслуговування» (Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 03.12.2020 №1053-IX).

Новітні зміни до законодавства були прийняті в Україні з огляду на значну кількість позовів осіб із психічними захворюваннями до Європейського суду з прав людини. Нові положення ухвалених законів передбачають забезпечення прав недієздатних осіб та пацієнтів на доступ до правосуддя, захист від свавілля лікарів-психіатрів, медичних сестер при застосуванні примусових заходів медичного характеру, що зменшить кількість позовів до Європейського суду з прав людини.

Охорона психічного/ментального здоров'я населення України передбачена у «Концепції державної цільової програми на період до 2030 року», яка визначила головну стратегію та заходи щодо попередження психічних захворювань, покращення якості надання медичної допомоги та задоволеності пацієнтів у послугах [394].

У прийнятій в Україні «Концепції державної цільової програми на період до 2030 року» передбачається виконання програм підтримки осіб із психічними та

інтелектуальними порушеннями, в тому числі осіб з фізіологічними відхиленнями незалежно від віку: працевлаштування, соціальної інтеграції, здобуття освіти, забезпечення проживання на рівні територіальної громади, удосконалення системи надання реабілітаційних та соціальних послуг, зменшення дискримінації та порушень прав.

Новим розробленим нами Законом України «Про психологічну, психотерапевтичну допомогу населенню в Україні» (у доповнення до чинного законодавства) оновлена сама парадигма надання психіатричної допомоги, а саме: проведення профілактичних заходів на первинному, вторинному, третинному рівнях щодо попередження виникнення негативних наслідків у психічному стані, взаємозв'язку між цими рівнями, створення єдиної електронно-інформаційної системи МОЗ для збирання, використання основних даних у сфері психічного/ментального здоров'я, дезагрегованих за статтю й віком у різних типах місцевості (наприклад, міській і сільській) та вразливих груп населення для покращення надання послуг у сфері психічного/ментального здоров'я, вдосконалення стратегій збереження, зміцнення психічного/ментального здоров'я й профілактики психічних розладів, а також надання даних Глобальній обсерваторії з питань психічного/ментального здоров'я (при Глобальній обсерваторії охорони здоров'я ВОООЗ).

Перехід на мультидисциплінарну, міжсекторальну форму у наданні реабілітаційних послуг сімейними лікарями, лікарями-психологами, психотерапевтами, психіатрами, невропатологами, медичними сестрами, соціальними працівниками, які пройшли навчання за програмою mhGAP, що зосереджена на розширенні доступу до послуг у сфері психічного/ментального здоров'я в умовах обмежених ресурсів і яка передбачає використання доказових технічних рекомендацій, інструментів і навчальних пакетів для цілей розширення надання медичних послуг, що повністю відповідатиме концепції державної цільової програми охорони психічного здоров'я України на період до 2030 року. Проект Закону України «Про психологічну, психотерапевтичну допомогу населенню в Україні» викладено в Додатку А.

Зазначеним законопроектом передбачено мету, завдання, права осіб, види та перелік психологічної допомоги за трирівневою системою надання психологічної допомоги особам із психічними розладами: перший – соціально-психологічна підтримка та супровід; другий – психологічна реабілітація; третій – комплексна медико-психологічна реабілітація.

Запропоновано на рівні первинної медико-санітарної допомоги, сімейної амбулаторії створення умов для надання психологічної допомоги населенню лікарем-психологом, який входить в штат амбулаторії, або сімейним лікарем, що

пройшов програму mhGAP, зосереджену на розширенні доступу до послуг у сфері психічного/ментального здоров'я в умовах обмежених ресурсів. Відповідна допомога має надаватися, зокрема, шляхом організації виїзного обслуговування, та/або дистанційного, допомоги на дому, домашнього патронажу за бажанням отримувача послуг у разі наявності можливості суб'єкта надання послуг.

Для надання психологічної допомоги першого рівня можуть залучатися особи, які пройшли відповідну підготовку (mhGAP), в тому числі члени громадських об'єднань ветеранів та осіб з інвалідністю, працівники закладів охорони здоров'я та закладів освіти, неурядові організації, зокрема центрів комплектування та соціальної підтримки, соціальних служб, інші громадські та благодійні організації відповідного напрямку діяльності, правозахисні організації, релігійні організації у сфері психічного/ментального здоров'я, об'єднання фахівців у сфері охорони здоров'я й надавачів послуг.

На другому рівні медичної допомоги психологічна та психотерапевтична допомога надається у відділеннях психіатричної допомоги лікарень загального профілю, психіатричному диспансері чи реабілітаційно-психіатричному денному відділенні, закладах медико-соціальної допомоги тощо.

Третій рівень медичної допомоги передбачає комплексну медико-психологічну реабілітацію, яка повинна проводитися мультидисциплінарною командою/бригадою для надання психологічної допомоги отримувачам послуг. Також до третього рівня психологічної допомоги відносять психологічну допомогу як складову комплексних або спеціалізованих реабілітаційних послуг, які надаються реабілітаційними закладами та університетськими лікарнями.

Взаємозв'язок між всіма рівнями надання медичної допомоги, інституціями в Україні, який нами запропонований на законодавчому рівні, слугує вирішенню питань психічного/ментального здоров'я в Україні і є актуальним, особливо під час повномасштабної війни з РФ та післявоєнного періоду, періоду відбудови України.

Для покращення психічного/ментального здоров'я населення планети у «Комплексному плані заходів у сфері психічного здоров'я на 2013-2030 рр.» ВООЗ запропоновано щорічне рутинне ведення обліку кількості смертей унаслідок самогубства та звітування кожні два роки через національні медичні й соціальні інформаційні системи до 2030 р. щодо інформації основного набору індикаторів у сфері психічного/ментального здоров'я [250].

За аналогією до країн ЄС, США, Англії, Китаю нами запропоновано запровадити щорічне національне анкетування та моніторинг стану надання психологічних послуг та оцінку їх якості на державному рівні для попередження

переходу прехвороби психічних станів у хворобу – психічні розлади. Зазначене анкетування є профілактичним заходом у сфері психічного/ментального здоров'я для виявлення ранніх ознак порушення/змін психічного здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій, воєнних конфліктах тощо.

Усі ці запропоновані заходи будуть спрямовані на отримання стандартизованої інформація про осіб з порушенням психічного/ментального здоров'я для попередження дублювання консультацій, лабораторних досліджень на різних рівнях надання медичної допомоги та попередження нераціональних витрат ресурсів ЗОЗ; ведення медичними працівниками великої кількості паперових форм, які необхідно скасувати чи оптимізувати з метою удосконалення та покращення інформації про стан здоров'я людини. Великою проблемою для реалізації цієї програми в Україні є неоднорідність покриття інтернет-мережею ЗОЗ, нестача кваліфікованого медичного персоналу (mhGAP), непропорційний територіальний розподіл спеціалістів (концентрація у великих містах, недостатність у сільській місцевості), що ускладнює роботу саме на первинному медико-санітарному рівні надання доступної, вчасної, якісної медичної допомоги, на якому має бути впроваджена біопсихосоціальна і міжсекторальна моделі з головним напрямком – профілактика психічних розладів (хвороб). В Україні на первинному медико-санітарному рівні необхідно: покращити умови праці (забезпечення сучасним обладнанням, транспортним засобом); забезпечити висококваліфікованими медичними кадрами, які пройшли навчання за програмою mhGAP, сучасною електронною, комунікаційною, інформаційною системою як для введення документації, так і для забезпечення телемедичної консультації від високоспеціалізованих фахівців ЗОЗ ПП [250].

Розроблена нами нова модель (або функціонально-організаційна система) надання психолого/психотерапевтичної допомоги надасть змогу покращити психічне/ментальне здоров'я населення України із застосуванням міжгалузевого (мультидисциплінарного) підходу, узгодить міжвідомчу взаємодію та координацію зусиль в єдину ланку всіх інституцій, які належать до сфери психічного здоров'я МОЗ, потребує законодавчого супроводу та впровадження на місцях.

7.2. Імплементация міжнародного досвіду в національну нормативну базу з питань санітарно-гігієнічних вимог до проектування закладів охорони здоров'я психіатричного профілю

Реформа в галузях містобудування та охорони здоров'я в Україні, як однієї із сучасних європейських держав, потребує вирішення низки проблем з питань проектування та будівництва, реконструкції нових сучасних ЗОЗ ПП.

Саме на етапі проектування та будівництва ЗОЗ ПП можливо передбачити заходи та засоби для створення оптимальних санітарно-гігієнічних умов перебування пацієнтів із психічними розладами, що сприятиме їх одужанню та поверненню до родин, соціуму та створення безпечних і комфортних умов праці медичних працівників ЗОЗ ПП з метою попередження професійних захворювань.

В Україні впродовж періоду незалежності не було розроблено жодного нормативного документа (будівельного, санітарно-гігієнічного) щодо проектування психіатричних закладів.

«Санитарные правила устройства, оборудования и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров. СанПиН 5179-90», що затверджені Головним державним санітарним лікарем СРСР 29.06.1990 р., містили загальні вимоги до проектування ЗОЗ, в основному, стаціонарів загального терапевтичного профілю, були чинними до 2017 року та скасовані Урядом України.

ДБН В.2.2-10-2001 «Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я», що були прийняті на заміну будівельним нормам СН 535-81 «Инструкции по проектированию санитарно-эпидемиологических станций», не містили жодних вимог до ЗОЗ.

Розроблені нами Державні будівельні норми України «Заклади охорони здоров'я. Основні положення. ДБН В.2.2-10:2022» (далі – ДБН В.2.2-10:2022) та Державні санітарні норми і правила «Санітарно протиепідемічні вимоги до новозбудованих, реставрованих і реконструйованих закладів охорони здоров'я та зміни до деяких нормативно правових актів МОЗ» № 354 від 21.02.2023 містять поряд з санітарно-гігієнічними вимогами до ЗОЗ загального профілю, санітарно-епідеміологічну складову до проектування ЗОЗ ПП нового типу, психіатричних відділень лікарень загального профілю та багатопрофільних ЗОЗ, денних стаціонарів ПП при новому будівництві, реконструкції або при проведенні капітального ремонту ЗОЗ (Додаток Б).

За результатами дослідження європейського досвіду Швейцарії «Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. Architect Medical Planne» (2017) щодо проектування психіатричного відділення ЗОЗ, а саме розташування палат навколо центральної робочої зони/поста медичного персоналу за «трикутною моделлю», що покращує

умови медичного спостереження за пацієнтами, створює постійний контакт з ними та вивільняє робочий час медичного працівника шляхом ефективної організаційно-ергономічної побудови робочого місця, що викладено у п. 8.3.1.5 ДБН В.2.2-10:2022

(Додаток Б) та показано на рис. 7.1.



Рисунок 7.1. Поверховий план відділення психіатричних лікарень у Швеції: 1+ та 2+ – одномісні палати по типу житлового осередку (спальня з туалетом/душом, вітальня – приміщення для трудотерапії); 3 – туалет/душ для медичних працівників, 4 – пост медичної сестри, 5 – загальна територія перебування пацієнтів, 6 – зелена зона, сад [4, 137-141].

Нарисунку 7.1 показано модель проектування психіатричних відділень на прикладі сучасних шведських ЗОЗПП, що повністю імплементовано в новітні ДБН В.2.2-10:2022 у п.8.2.11.5, п.8.3.2.4. (Додаток Б, таблиця А.1, п.1.16):

- при новому будівництві передбачено одномісні палати площею 18 м² з ванною кімнатою площею 6 м²; для осіб з інвалідністю – від 17 до 19 м² з ванною кімнатою площею 6 м²; для пацієнта з ожирінням (баріатричною хворобою – вагою пацієнтів понад 300 кг) від 26 до 29 м² з ванною кімнатою площею 6 м²;

- палати спільного перебування дітей з членами родини, які обладнані місцями для зберігання речей (тумбочки або шафи), для зберігання їжі (холодильник), столом для прийому їжі, ліжками та санітарно-гігієнічним приміщенням з душовим трапом;

- медсестринський пост відкритого типу з прямим доступом до приміщення для зберігання лікарських засобів, обладнаний комп'ютерами, планшетами, системою відеоспостереження, акустичним і світловим сигналом відділення;

- пункт охорони в структурі психіатричного відділення лікарні загального профілю і встановлення системи відеоспостереження, що охоплює всі приміщення (окрім спальних та санітарно-гігієнічних кімнат).

Нами впроваджено міжнародний досвід, а саме положення Mentalhealthfacilitiesdesignguide (2010) П. 3.2.4, П.3.2.5,Internacional Health Facility Guidelines. Health Facility Briefiefing&Design 200. Mental Health Unit – Older Persons (2014) щодо зонування психіатричних відділень, які викладені у п. 8.3.3.4 ДБН В.2.2-10:2022: зона для пацієнтів; зона відпочинку для членів їхніх сімей і піклувальників; зона для ізоляції осіб з агресивною поведінкою (ізолятор); зона для медичних працівників, кімната для психологічного розвантаження, що наведено у Таблиці «Імплементация міжнародного досвіду країн ЄС з питань санітарно-гігієнічних вимог до проєктування ЗОЗ ПП в національну санітарну та містобудівну законодавчу базу України» (Додаток Б) [137-141].

Зокрема, зона відпочинку для членів сімей і піклувальників повинна «...розміщуватися в безпосередній близькості до відділення або розташовуватися в окремому приміщенні в межах будівлі. У зоні відпочинку для родин пацієнтів повинні розміщуватися стільці та місце для одного крісла колісного...». Приміщення зони відпочинку для членів сімей і піклувальників мають бути розраховані так: 1 особа на кожні 10 ліжкомісць відділення. Зони відпочинку повинні мати доступ до телефону, інтернету. Кожна зона відпочинку повинна мати універсальне санітарно-гігієнічне приміщення.

З метою профілактики професійних захворювань медичного персоналу ЗОЗ ПП нами обґрунтовано доповнення до переліку медичних приміщень у ДБН В.2.2-10:2022 (Додаток Б, таблиця А.1, п.1.33 і передбачено кімнату площею 12 м² для психологічного розвантаження та кабінет психолога площею 6 м² на кожні 75 медичних працівників клінічних структурних підрозділів ЗОЗ та на кожні 50 медичних працівників у психіатричних відділеннях ЗОЗ ПП, які залучені до надання допомоги на робочій зміні, що вже реалізовано (Таблиця «Імплементация міжнародного досвіду країн ЄС з питань санітарно-гігієнічних вимог до проєктування ЗОЗ ПП в національну санітарну та містобудівну законодавчу базу України», Додаток Б).

За аналогією до європейських ЗОЗ ПП нами запропоновано і реалізовано в положеннях Державних санітарних норм і правилах «Санітарно-протиепідемічні вимоги до новозбудованих, реставрованих і реконструйованих закладів охорони здоров'я», затверджених наказом МОЗ України від 21.02.2023 р. №354, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 05.04.2023 р. за №562/39618 (ДСН №354-2023), умови для забезпечення рухливої активності пацієнтів, їх навчання та здобуття ними професійних навичок з метою повернення у соціум, а саме:

- приміщення для проведення навчання дітей (для дитячих психіатричних

відділень); приміщення для трудової та соціальної реабілітації у психіатричних відділеннях для дорослих, приміщення для активних дій пацієнтів: перегляд телепередач, ігри, спілкування (п.6, підпункт 2) розділу X (Психіатричне відділення) ДСН №354-2023), як це передбачено в європейських країнах (Mentalhealthfacilitiesdesignguide (2010) [196] у П.3.2.7, П.3.3.5, П.3.4.2);

- прогулянковий двір психіатричних відділень із розрахунку 20 м² на кожне ліжко пацієнта (п.15 розділу X (Психіатричне відділення) ДСН №354-2023), як це передбачено в європейських країнах (Mental health facilities designguide (2010) п.3.2.1, п.3.2.9, п.3.3.6).

7.3. Впровадження Європейського досвіду цифрової трансформації у закладах охорони здоров'я України як пріоритетного напрямку надання психологічної та психіатричної допомоги населенню в сучасних умовах

За останні півстоліття країни ЄС пройшли шлях від надання традиційної медичної допомоги до надання телемедичної психологічної та телемедичної психіатричної медичної допомоги за допомогою Internet мережі, інтернет-платформ, веб-додатків, додатків на смартфонах, планшетах, комп'ютерах/ноутбуках пацієнтів із психічними розладами. Телемедичні сервіси для пацієнтів із психічними розладами стали провідним інструментом для підтримки регулярного медичного спостереження. За даними ВООЗ, за останній рік понад 60% країн надають телемедичні послуги. Розвиток телемедичних послуг психологічного/ментального здоров'я виходить на передній план через зростаючу потребу у діагностиці, консультації, лікуванні пацієнтів із психічними розладами. В Україні з 2022 року такими послугами скористались 50% пацієнтів з ВІЛ і поступово збільшуються психіатричні програми для пацієнтів вразливих груп.

Особливо цьому сприяла популяризація моделі центрів психічного здоров'я в Республіці Польща та країнах ЄС. Пілотні програми центрів психічного здоров'я почали діяти з 2005 р., але практичний досвід досягли у 2016-2018 рр. в країнах з високим і середнім рівнем доходу в умовах реформування сфери охорони психічного/ментального здоров'я. Реформа психіатричної медичної допомоги в країнах ЄС дозволяє розвивати «громадську/терапевтичну психіатрію», «проактивну інтегровану психологічну медицину/консультаційну психіатрію» («Proactive Integrated Consultation-Liaison Psychiatry (PICLP)» у Великій Британії, консультаційну психіатрію у США (CL), телемедичну систему CZP (Центр психічного здоров'я), екологічну модель психіатричної допомоги у Республіці Польща, всі вони спрямовані на багатосторонню, загальнодоступну, якісну,

комплексну, профілактичну медичну допомогу, яка необхідна насамперед для профілактики та раннього втручання на стадії передхвороби, а також для повернення пацієнта із психічними розладами в громаду, соціальне середовища. Модернізація надання медичної допомоги Центрів психічного здоров'я в країнах ЄС, які вже функціонують, забезпечує високий рівень медичної допомоги, що покращує взаємозв'язок із закладами охорони здоров'я всіх рівнів психіатричної допомоги і створює умови для пацієнта отримувати доступну, комплексну, спеціалізовану медичну допомогу. Усі загальнодержавні програми охорони психічного здоров'я мають спрямування на забезпечення належної якості медичних послуг, які надаються в Центрах психічного здоров'я як окремо, так і в амбулаторіях первинної медичної допомоги, метою яких є наближення до кожного громадянина доступної, якісної медичної допомоги. Головним завданням медичної реформи галузі ОЗ є профілактика та своєчасний початок лікування захворювання будь-якої системи організму людини незалежно від того, де вона мешкає, в міській чи сільській місцевості [566-569].

У дослідженнях науковців Wang N. (2022), Amaize A. (2023), Chen J. (2024) проведено аналіз ефективності надання телемедичної психіатричної медичної допомоги через Internet мережі в лікарнях і встановлено такі факти. Найбільш ефективним застосування телемедицини є у період патронажу пацієнтів після їх виписування із стаціонару, що покращує своєчасний безперервний взаємозв'язок «лікар-пацієнт» та координацію медичної допомоги закладу в цілому. 50% сільських мешканців (проти 36% міських мешканців) лікувались у лікарнях, які не надавали послуг телемедицини після виписки. Лише 7% сільських мешканців (проти 11% міських мешканців) лікувались у лікарнях з послугами телемедицини. Наявність телемедицини в ЗОЗ ПП покращує координацію медичної допомоги для літніх сільських мешканців та сприяє рівності в системі охорони здоров'я США в частині надання медичних послуг [486-488].

Науковцями всього світу доведено великий потенціал цифрових/інтернет-технологій щодо надання медичної допомоги пацієнтам із психічними розладами за чітко прописаними стандартами. За допомогою телемедичної психологічної/психіатричної допомоги, яка має довгострокові перспективи були впроваджені різні форми надання медичної допомоги: відео-консультації, відео-конференції, індивідуальні або групові психотерапевтичні сесії надання медичної допомоги пацієнтам із психічними розладами та поведінки, а також вона виконує функції контролю лікування (нагадування), оцінки ефективності медикаментозного лікування (стаціонар чи вдома), продовження терапії, нагадування про виконання терапевтичних рекомендацій, відслідковування стану пацієнта тощо.

Метою діджиталізації психотерапевтичної, психіатричної (кіберпсихіатричної)

допомоги, яка широко впроваджена у Центрах психічного здоров'я ЄС, є покращення стану психічного/ментального здоров'я пацієнта, а відтак зменшення захворювань на психічні розлади серед населення шляхом наближення та підвищення ефективності методів лікування.

Завдяки прогресивній цифровізації послуг охорони здоров'я, поточному поширенню телемедицини та електронної охорони здоров'я стало зрозуміло, що сприяння рівності в цифровому здоров'ї є необхідним для підтримки потенціалу здоров'я, щоб уникнути ненавмисної несправедливості для деяких людей. Використання телемедицини у закладах охорони здоров'я слугує справедливому доступу до медичної допомоги та покращенню епідемічної ситуації на території громад, що пов'язана з пандемією коронавірусного захворювання на COVID-19 шляхом дистанційного отримання цих медичних послуг [489, 490].

Використання телепсихіатрії для надання послуг у сфері психічного здоров'я має потенціал для усунення географічних бар'єрів між пацієнтами та постачальниками та покращує якість лікування. Запровадження цифрових технологій – телемедицини, сприяє зменшенню залучення ресурсів закладів охорони здоров'я, його лікарського фонду, призводить до зменшення середньої кількості госпіталізацій, зменшення лікарняних днів (тривалості) на лікарняному, що сприяє здешевленню медичної психологічної/психіатричної допомоги. Особливістю кіберпсихологічної, кіберпсихіатричної допомоги населенню є обізнаність із цифровим світом як з боку медичного персоналу, так і пацієнтів [491].

За допомогою телемедицини можна досягти від невеликого до помірного скорочення використання лікарняних послуг, а раннє, своєчасне, швидке втручання за допомогою телемедичної системи дозволяє пацієнту із психічними розладами побудувати міжособистісні стосунки та спільно ухвалювати рішення щодо покращення умов його життєдіяльності, нормального функціонування/працевлаштування в суспільстві та зупинення зниження життєвих можливостей і якості життя. Втручання в систему телемедицини, тобто медичне обслуговування, що надається на відстані за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій, пропонуються як вирішення проблеми зростання витрат на охорону здоров'я шляхом скорочення використання лікарняних послуг [492].

Усе зазначене має актуальність для закладів охорони здоров'я України з надання психіатричної допомоги населенню в умовах реформування медичної галузі – деінституалізації (скорочення і/або закриття) психіатричних закладів (закрито 25% із 85 спеціалізованих закладів, кількість ліжок скорочено на 63,8%) та в сучасних (воєнних та післявоєнних) умовах, коли 60% українців потребують психологічної допомоги.

В Україні існують лише галузеві психологічні служби (освіта, ДСНС, збройні сили та ін.), тому в умовах воєнного стану є потреба у вирішенні цього питання на рівні держави та створення відповідного законодавства і нормативно-правової бази. Центри психічного здоров'я ЄС (Республіка Польща, Велика Британія, Литва, Естонія), США, Фінляндії, Греції та інших країн можуть бути прототипами для створення аналогічних Державних психологічних центрів в Україні з імплементацією телемедицини.

Нестача робочої сили у сфері психічного/ментального здоров'я створює серйозні перешкоди для надання адекватної психіатричної допомоги та розширення масштабів послуг для усунення глобального розриву в лікуванні. Усе більше доказів демонструє клінічну ефективність неспеціалізованих медичних працівників, таких як громадські медичні працівники, непрофесійні медичні працівники, які надають короткі психосоціальні процедури для поширених психічних розладів у закладах первинної медичної допомоги. Завдяки стрімкому зростанню доступу та використання цифрових технологій у всьому світі з'являються нові можливості для використання нових цифрових технологій для підтримки неспеціалістів у сфері охорони здоров'я та підвищення кваліфікації персоналу психічного здоров'я. У Великій Британії, США, Німеччині, Польщі, Франції, Китаї розробляються та проводяться дослідження ефективності телемедичної допомоги пацієнтам із психічними розладами за різними програми/платформами з використанням стандартних протоколів зв'язку та систем візуалізації на базі Центрів психічного здоров'я: eHealth, SMART (Self-ManagementAndRecoveryTechnology), LEAN, @HOMETV, ITAREPS, Mobile Therapeutic Attentionfor Patientswith Treatment Resistant Schizophrenia (m-RESIST). MHealth. ExPRESS, ITAREPS, FOCUS [493-495].

За рівнем використання смартфонів, які мали основну підтримку мережевих послуг, із 38 досліджених країн випереджають Арабські Емірати – 82,2%, Швеція – 74%, Швейцарія – 73,5%, Південна Корея – 72,9, Тайвань – 72,2%, Канада – 71,8%, США – 71,5%. Середній вік пацієнтів, які використовували цифрові технології при отриманні медичних психологічних послуг, склав 50,9 років (від 21-77 років), з них 73% жінки. У США більшість пацієнтів використовували спеціальні програми в смартфоні як інструмент для підтримки лікування та моніторингу свого психічного здоров'я [496].

Діджиталізація медицини дозволить вирішувати багато питань: проведення консультації, первинної діагностики, лікування пацієнта за допомогою відео-зв'язку з територіальним Центром психічного здоров'я на основі діагностичних стандартів класифікації МКБ-11; складання пропозицій щодо лікування на основі аналізу даних із централізованої бази даних; формулювання пропозицій плану терапії на основі аналізу

накопиченої бази даних; стеження за психічним станом між візитами або відвідуванням, відео-кабінета; нагадування пацієнту або членам сімей і піклувальникам про необхідність прийому ліків; підвищення або підтримка мотивації до лікування, моніторингу підтвердженого вживання наркотиків; організація співпраці між працівниками Центрів психічного здоров'я різних рівнів (II,III) та лікарями загальної практики; складання звітів про роботу терапевтів та звітів про результати лікування пацієнтів із психічними розладами; створення постійно діючої інформаційної системи для передачі важливих медичних даних до відділень лікарні; заповнення медичної документації лікування на мобільному пристрої; підтримування активної системи нагадування про візити та відео-візити для терапевтів, пацієнтів та членів їхніх сімей і піклувальників; ведення інтелектуального органайзера планування роботи, заповнення визначених терапевтами періодів їх доступності відео-візитами та візитами з урахуванням ієрархії їх терміновості, що дозволить автоматизувати координаційну діяльність окремих психотерапевтів Центрів психічного здоров'я і резервувати їхні ролі за нетиповими контактами, що вимагають особистої участі.

Телемедична (телепсихіатрична) допомога – це психотерапевтична/психіатрична, соціотерапевтична підтримка/допомога пацієнтам, їхнім сім'ям, родичам, сусідам, колегам, яка надається командою Центрів психічного здоров'я від сімейного лікаря, психолога, психіатра, громадського асистента, соціального працівника, медичної сестри психіатричного профілю, що ефективно функціонує в країнах ЄС. Центр психічного здоров'я надає комплексну медичну допомогу пацієнтам із психічними розладами за територіальним принципом – на території громади у різних формах невідкладної, амбулаторної, денної допомоги, за необхідності – стаціонарної в психіатричному відділенні лікарень загального профілю або спеціалізованої/високоспеціалізованої лікарні відповідно до визначених діагнозів психічних розладів здоров'я. До складу Центру психічного здоров'я країн ЄС входить громадська (домашня/мобільна) лікувальна бригада, яка надає медичну допомогу пацієнтам в кризовому стані. Також на території Центру психічного здоров'я знаходиться кризовий гуртожиток для людей із психічними розладами із розрахунку 2 ліжка на 10 тис. дорослих (старше 18 років), який за санітарно-гігієнічними вимогами відповідає мінімальним стандартам країн ЄС. Ці гуртожитки слугують місцем екстреного розміщення пацієнтів, які в стані психічної кризи потребують періодичного перебування поза межами домівки, але не потребують психіатричної стаціонарної допомоги. Загальна кількість ліжок у психіатричному відділенні загального профілю для надання психіатричної допомоги та лікування різних видів залежності (алкогольної, наркотичної, ігроманії тощо) не повинно перевищувати 60 ліжок. Термін перебування в будь-якому закладі не перевищує 21 день. Пацієнт за

потреби продовжує лікування/реабілітацію в домашніх умовах за допомогою мобільної підтримки, яка дозволяє уникати стресових ситуацій, розуміти хворобу і підтримувати контакт з лікарями. Терапевтичний/лікувальний план на кожного нового пацієнта Центру психічного здоров'я складається групою фахівців, які надають медичні послуги не рідше 1 разу на рік, за необхідності можуть переглядати, доповнювати декілька разів на рік. Для цього будь-хто, хто потребує психологічної/психіатричної допомоги, повинен безкоштовно зареєструватися за своїми персональними даними та ідентифікаторами, які використовуються в системі охорони здоров'я, за допомогою мобільного додатку, який закріплено за територіальним Центром психічного здоров'я. У Центрах психічного здоров'я телемедична інформаційна система відстежує як індивідуальні терапевтичні ефекти, так і оцінює ефективність усієї системи, що дозволяє створювати звіти, збирати медичні дані, які використовуються для епідеміологічних, наукових досліджень.

Частота охоплення активною терапією у Центрах психічного здоров'я, як правило, проводиться 1 раз на тиждень (щотижневий моніторинг) або залежно від висновків фахівця та стану пацієнта. У кабінеті психосоціальної підтримки (загальною площею не менше 15 м²) проводяться очні сеанси як для пацієнтів, так і для членів їхніх сімей і піклувальників. Пропускна спроможність цих кабінетів – не більше 6 осіб за сеанс. У цих Центрах використовують різні форми зв'язку з пацієнтами, наприклад, телефонний контакт, листування електронною поштою. Однак найефективнішим зв'язком є відеозустрічі, які допомагають візуально оцінити стан пацієнта (міміка, мова тіла (пантоміміка), словесний зміст, настрої, думки) або домашній візит, де лікар може оцінити стан пацієнта в звичних для нього умовах (без додаткового стресу).

Лікарі Центрів психічного здоров'я виконують такі завдання: визначають потребу у наданні медичних послуг щодо профілактики психічного здоров'я, в тому числі терапевтичних послуг (лікування «симптоматики»); визначають потреби у сфері соціальної та професійної реабілітації пацієнтів із психічними розладами та пошук можливих шляхів їх задоволення на основі наявних у місцевій громаді ресурсів; створюють інформаційну базу та надають пацієнту відомості про медичне обслуговування, соціальну допомогу та інші форми соціального забезпечення, на які він має право; беруть участь у розробці та оцінці планів лікування та оздоровлення пацієнтів із постійним контролем ходу їх виконання; надають пацієнту медичний супровід та інформацію щодо організації лікувально-оздоровчого процесу (розробка планів) та його координації (контроль виконання, внесення змін в плани); забезпечують взаємодію та обмін інформацією між суб'єктами, які надають медичні послуги, зокрема з компетентним сімейним лікарем, та соціального супроводу; надають допомогу та підтримують пацієнта в здійсненні ним контактів із зовнішніми суб'єктами;

співпрацюють із сім'єю, законними представниками, законними або фактичними членами їхніх сімей і піклувальниками, за необхідності пропонують консультацію з лікарем-психіатром.

Телепсихотерапевтична/телепсихіатрична(кіберпсихіатрична) допомога в країнах ЄС спрямована на вирішення проблеми зростання витрат на охорону здоров'я шляхом скорочення використання лікарських послуг має цілу низку переваг щодо покращення психічного/ментального здоров'я, а саме: профілактика ранніх проявів/ознак рецидивів; раннє розпізнавання/діагностика депресій; суїцидальних думок/спроб; тривожних розладів як серед дітей, підлітків, дорослих, так і серед пацієнтів із шизофренією, біполярними розладами, психозами, посттравматичними стресовими розладами; попередження впливу наркотиків; виявлення ранніх продромальних станів дітей, які отримують травми та знущання (булінгу) як в сім'ї, так і в школі; лікування за межами стаціонарного відділення лікарні (відсутність стигматизації, ярлика «психічно хворий», «госпіталізму») – стаціонар вдома; «терапевтичне/цілощезе» середовище – лікування в громаді – соціальна реінтеграція; наближення та покращення доступності до надання медичної допомоги пацієнтам, які живуть у віддалених невеликих містах та селах, але добре знайомі з цифровим світом; доступність до тренінгів з когнітивно-поведінкової терапії/корекції як перспективного методу компенсації когнітивного дефіциту при будь-яких психічних розладах; моніторинг пацієнта в режимі реального часу 1 раз на місяць/тиждень або частіше залежно від стану пацієнта; контроль/нагадування перебігу лікування, виникнення побічних ефектів [497].

Усі ці переваги телепсихотерапевтичної/телепсихіатричної (кіберпсихіатричної) допомоги сприяють зниженню завантаженості стаціонарів, рівня повторної госпіталізації та запобіганню рецидивів, скороченню тривалості госпіталізації і дозволяють пацієнтам повністю інтегруватися, нормально функціонувати в суспільстві без погіршення життєвих можливостей та якості життя. За даними Spaniel F., кількість госпіталізації серед ветеранів із шизофренією зменшилась з 32% до 5% унаслідок використання системи інтенсивного телемоніторингу здоров'я [498].

Телемедицина є корисним інструментом для моніторингу психічного здоров'я, для підтримки лікування та для будь-яких соматичних захворювань (серцево-судинних, онкологічних захворювань, туберкульозу тощо) [499].

План відновлення України передбачає загалом 10-річну перспективу у три етапи: I етап «Стійкість» – це заходи з відновлення найважливіших об'єктів критичної інфраструктури до кінця 2022 року (ремонти котелень, мереж, закладів охорони здоров'я, житла, підтримка бізнесу з фокусом на малий і середній); II етап «Відновлення» – це заходи з реалізації більшості проєктів усього плану, відбудови об'єктів соціальної сфери,

зокрема закладів охорони здоров'я, будівництва житла (упродовж 2023-2025 рр.); III етап «Модернізація» – це заходи з відбудови промислових та виробничих об'єктів з їх орієнтуванням на сучасні стандарти, функціонал та ефективність (2026-2032 рр.) [500].

Особливо актуальною в наш час є відбудова багатofункціональних лікарень з психіатричними відділеннями, психіатричних диспансерів, кризових гуртожитків для людей із психічними розладами, денних психіатричних відділень, психіатричних реабілітаційних денних відділень, Університетських клінік, спеціалізованих психіатричних лікарень, а також будівництво за аналогією країн ЄС українських Центрів психічного здоров'я, оскільки у зв'язку з наслідками повномасштабної російсько-української війни кожна п'ята людина в Україні матиме важкі психічні травми і потребуватиме медикаментозного лікування психіатрами, кожна десята – потребуватиме медичної психологічної консультації.

Тому всі вищезазначені функції телемедицини потребують інтеграції в роботу чинних закладів охорони здоров'я з надання психологічної та психіатричної допомоги населенню, а також у роботу нових, створених у найближчій перспективі за аналогією з країнами ЄС, українських Центрів психічного здоров'я, що забезпечить їхню ефективну діяльність та сприятиме реалізації угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом (Угода про асоціацію, Глава 22 «Про громадське здоров'я», статті №426, №427), впровадженню підходу «охорона здоров'я у всіх політиках» та поступовій інтеграції України в європейську мережу охорони здоров'я [501].

Зазначена нова діяльність – телемедична психологічна та телемедична психіатрична медична допомога, відображена у статтях розробленого у межах дисертаційного дослідження Закону України «Про психологічну та психотерапевтичну допомогу населенню України» (Додаток Б) [502-508]

Висновки до розділу 7

У світі, де цінують, зміцнюють і захищають психічне/ментальне здоров'я, головним напрямком є профілактична складова щодо психічного/ментального здоров'я населення. Пацієнти із психічними розладами повинні користуватися всіма правами людини й повинні мати доступ до високоякісної, своєчасної медичної і соціальної допомоги, яка сприяє їх повноцінному відновленню, участі у житті суспільства та повноцінній роботі без стигматизації й дискримінації.

Розроблено проект Закону "Про психологічну, психотерапевтичну допомогу населенню в Україні" (спільно з психологами та психотерапевтами), що наданий до Верховної Ради України у профільний комітет на розгляд та для подальшого

затвердження з метою створення умов для збереження і покращення психічного здоров'я населення України шляхом створення психологічної і психотерапевтичної допомоги населенню.

Обґрунтовано новий підхід до проектування будівництва, реконструкції ЗОЗ ПП в Україні з безпечним і комфортним середовищем як для пацієнтів, так і персоналу цих закладів, на підставі цього впроваджено нормативні санітарно-гігієнічні вимоги стандартів, рекомендацій ЄС у вітчизняну нормативну базу: Державні санітарні норми і правила «Санітарно-протиепідемічні вимоги до новозбудованих, реставрованих і реконструйованих закладів охорони здоров'я» та ДБН В.2.2-10:2022 «Заклади охорони здоров'я. Основні положення».

Розроблено нормативну базу санітарного та містобудівного законодавства в частині проектування сучасних ЗОЗ та ЗОЗ ПП для забезпечення впровадження підходу «охорона здоров'я у всіх політиках» і поступовій інтеграції України в європейські мережі охорони здоров'я та реалізації угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом (Угода про асоціацію, Глава 22 «Про громадське здоров'я», статті №426, №427).

Важливим є створення телемедичної психологічної та телемедичної психіатричної допомоги для населення у закладах охорони здоров'я в умовах реформування у сфері охорони психічного здоров'я у воєнний і післявоєнний час в Україні шляхом розробки та ухвалення на рівні держави відповідного законодавства і нормативно-правової бази.

Впровадження психологічних центрів в Україні з використанням телемедичної психологічної та телемедичної психіатричної допомоги за аналогією з первинною поліклінічною ланкою з охорони психічного здоров'я населення та Центрів психічного здоров'я у країнах ЄС.

Ефективність функціонування нових Центрів психічного здоров'я в країнах ЄС щодо діджиталізації (телекомунікації) психотерапевтичної та психіатричної допомоги з надання психологічної та психіатричної допомоги населенню, створених за аналогією європейських країн, сприятиме покращенню доступності, якості допомоги населенню та зменшенню завантаженості закладів охорони здоров'я, що важливо в економічному аспекті під час відбудови України.

Доведено економічну ефективність запровадження цифрових технологій – телемедицини у закладах охорони здоров'я з надання психологічної та психіатричної медичної допомоги населенню завдяки зменшенню залучення ресурсів лікарського фонду, що сприятиме здешевленню медичної психологічної/психіатричної послуги, покращенню епідемічної ситуації на території громад шляхом дистанційного отримання цих медичних послуг.

РОЗДІЛ 8

ВІДНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТОК СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ТА ВТІЛЕННЯ НАПРЯМКІВ ЗМІЦНЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО/ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВООЗ

Збереження та зміцнення ментального/психічного здоров'я населення України у військовий і післявоєнний період є головною задачею галузі охорони здоров'я України. За даними ООН повномасштабна війна спричинила негативний вплив на громадське здоров'я через пошкодження і руйнування освітніх та медичних закладів (86%), а також неймовірно велику кількість жертв серед цивільного населення (90%). ООН та Радбез опублікували дані, що станом на січень 2024 р. 10233 цивільних загинули, 19289 отримали поранення [509].

Реформування в галузі охорони здоров'я в Україні проходило поступово з прийняттям необхідних нормативних законодавчих документів без яких не можливо проведення реформ. Хоча і зіштовхнулося з рядом незавершених викликів, що заважає успішному завершенню реформування системи охорони здоров'я в Україні та переживає багато змін і нововведень, що характерно не лише для нашої країни, а й багатьох країн світу.

Трансформація системи охорони здоров'я почалась з прийняттям Розпорядження КМ України «Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року» від 27.12.2017 р. № 1018-р, де особлива увага приділена показникам захворюваності та смертності населення саме від психічних розладів (шість із десяти основних причин смерті являється неінфекційні захворювання). Постановою Уряду України «Деякі питання створення госпітальних округів» від 2019 р. № 1074, яку замінила Постанова КМУ «Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо організації надання спеціалізованої медичної допомоги» від 04.02.2023 р. № 97, Закону України «Про внесення змін до деяких законів України щодо визначення територій та адміністративних центрів територіальних громад» від 16.04.2020 р. № 562-IX (із змінами) для оптимальної роботи закладів первинної, вторинної, третинної ланок забезпечення доступної, неупередженої, якісної медичної допомоги на всіх рівнях, забезпечення сучасним оснащенням, надійним фінансуванням із різних джерел згідно Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII 2018 р. (зі змінами 2024 р.), якими передбачено створення єдиного національного замовника медичних послуг – Національну службу здоров'я

України (НСЗУ). Постанова КМ України «Про внесення змін до Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році» від 13.04.24 р. № 428 щодо надання медичних послуг за пакетами «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах», «Стационарна паліативна медична допомога дорослим і дітям», «Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям», «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах», «Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії», а також «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації органів», «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин» та інші [261, 262, 265].

Усупереч жахливим наслідкам повномасштабної війни під час воєнного стану реформа в галузі охорони здоров'я продовжується. Станом на липень 2024 р. за даними МОЗ України пошкоджено 1642 медичних об'єкта, 214 зруйновано повністю, хоча під час війни 885 медичних закладів було відновлено (із них 523 повністю і 362 частково). Держава під час війни продовжує працювати над забезпеченням якісних, доступних, медичних послуг в будь-якому регіоні, завдячуючи партнерам які допомагають відновити медичну інфраструктуру України.

Охорона ментального/психічного здоров'я в умовах воєнного та післявоєнного стану вимагає екстракардинальних рішень та масштабних заходів у зміцненні та збереженні громадського здоров'я у дуже стислі терміни [510-514].

Під час пандемії COVID-19 як в Україні, так і за кордоном було встановлено слабкі сторони системи охорони здоров'я щодо готовності та реагування на надзвичайні ситуації, а в деяких випадках було виявлено відсутність плану дій, медичних ресурсів, обладнання, засобів індивідуальних засобів в умовах надзвичайних ситуацій, біологічних, хімічних, радіаційних загроз.

До повномасштабної війни незавершена реформа залишила багато невирішених питань у сфері охорони здоров'я, які загострили негативний вплив на галузь за час війни:

- госпітальний сектор не відповідав потребам населення і особливо негативно спрацював під час пандемії COVID-19;
- застаріла інфраструктура, що має надлишкову потужність в госпітальному секторі, що майже вдвічі перевищує кількість лікарень у порівнянні з країнами ЄС і вимагає значних ресурсів для їх утримання та реконструкції;
- низький рівень якісних медичних послуг вимагає додаткових витрат за рахунок пацієнтів, що зумовлено відсутністю використання сучасних технологій;

- постійний дефіцит медичних кадрів, що спричиняє міграція їх в інші країни, де вищий рівень оплати та є медичне страхування яке в Україні відсутнє;
- територіальні громади не в повному обсязі володіють необхідною інформацією щодо сектору медичних послуг;
- недостатнє фінансування основних ресурсів на відновлення інфраструктури;
- незабезпечені сучасним обладнанням, яке поповнюється за рахунок держав-партнерів але не в такому обсязі яке необхідно для сфери охорони здоров'я.

В Україні переважають монопрофільні/малопотужні лікарні (психіатричні/наркологічні, інфекційні тощо), які погано оснащені та недостатньо завантажені з погляду надання послуг, в європейських країнах вони відсутні і на протигагу монопрофільним побудовані багатпрофільні лікарні в яких є відділення для хворих з психічними розладами, з інфекційними захворюваннями тощо [515, 516].

Монопрофільні лікарні неефективно використовують бюджетні кошти, що їдуть не на оплату послуг для пацієнтів, а на утримання старої інфраструктури ЗОЗ і таким чином споживають значну питому частку загальних ресурсів системи ОЗ. В багатпрофільних лікарнях надають найбільш складні та ресурсоємні види медичних послуг, де бюджетні кошти більш спрямовані на покращення різноманітних послуг для пацієнтів на сучасному рівні (сучасне обладнання), що сприяє швидшому одруженню, зменшенню ПНМД – «більше здоров'я за ті самі гроші» [301, 517].

Адміністративно-територіальна реформа і децентралізація в Україні до повномасштабної війни була не завершена і в даний час унеможливорює повне фінансове забезпечення територіальних громад сферою охорони здоров'я. Через виклики війни акцент територіальних громад зосереджено на будівництві укриттів, а не на сфері охорони здоров'я, як це було під час пандемії COVID-19. Головним досягненням у період до повномасштабної війни в Україні це створення Центру громадського здоров'я та комп'ютеризація сфери охорони здоров'я [514].

Основні чинники впливу війни на сферу охорони здоров'я України це спричинення економічної та соціальної кризи, що негативно вплинуло на фінансове забезпечення та покриття потреб населення у сфері медичних послуг. Постраждала також і інфраструктура галузі здоров'я, що знаходиться поблизу або безпосередньо у зоні бойових дій, через відсутній доступ до населення, що є наслідком нестачі достовірних і актуальних даних показників захворюваності цього району та дефіцит медичних кадрів через загибель або міграцію фахівців у європейські країни [514].

ВООЗ у «Комплексному плані заходів в сфері психічного здоров'я на 2021-2030 рр.» [515] розробив інструменти й рекомендації, плани комплексної політики, а також узаконив сферу ментального/психічного здоров'я для країн наших міжнародних і національних партнерів. Державні органи яких сприятимуть покращенню і підвищенню високоякісної, своєчасної, доступної й неупередженої медичної та соціальної допомоги на всіх рівнях, яка буде сприяти зміцненню, збереженню та працевлаштуванню у суспільстві, не зазнаючи упереджень та дискримінації. Головною метою Комплексного плану є покращення профілактичної медицини, психологічного добробуту у наданні медичної допомоги, вдосконалені процесу відновлення, а також зниження рівня смертності від неінфекційних хвороб, захворюваності й інвалідності.

В основі «Комплексного плану заходів у сфері психічного здоров'я на 2021-2030 рр.» ВООЗ запропоновано 6 головних принципів:

1. *Всебічне координування послуг охорони здоров'я населення.* Всі люди, незалежно від віку, статі, соціально-економічного статусу, раси, етнічної приналежності, повинні бути забезпечені доступом до основних медичних і соціальних послуг, що буде гарантом їх фундаментального права користуватися найсучаснішими досягненнями медицини та зростанням рівня власного здоров'я.
2. *Права людини.* Стратегії, заходи та втручання в галузі ментального/психічного здоров'я, спрямовані на лікування, профілактику психічних розладів і збереження психічного здоров'я, повинні відповідати нормам Конвенції про права осіб з інвалідністю та іншим міжнародним і регіональним інструментам захисту прав людини.
3. *Доказовість.* План дії та втручання у сферу ментального/психічного здоров'я мають базуватися на наукових дослідженнях або найкращих практиках з урахуванням культурних особливостей держав.
4. *Підхід до життєвого циклу.* Напрямки й послуги в сфері психічного здоров'я повинні враховувати потреби у соціальному захисті та охороні здоров'я на всіх етапах життя, від дитинства до похилого віку.
5. *Мультисекторальний/міжгалузевий підхід.* Має на меті налагоджування співпраці між різними державними секторами охорони здоров'я, освіти, правосуддя, соціальних служб та інших. Для скоординованого й ефективного реагування на проблеми ментального/психічного здоров'я населення.
6. *Розширення можливостей людей з психічними розладами та психосоціальною інвалідністю.* Залучення людей із психічними розладами до будь якої діяльності: адвокаційної, політичної, розробки законодавчих ініціатив, проведенню

статистичних даних, елементарних досліджень та оцінювання у сфері психічного здоров'я, що буде сприяти розширенню їх можливостей [515].

Для успішного впровадження Комплексного плану заходів у сфері ментального/психічного здоров'я в Україні необхідна активна участь міжнародних, регіональних і національних партнерів. Серед них можуть бути:

- багатосторонні організації (наприклад, Світовий банк та агенції розвитку ООН), регіональні агентства (такі як регіональні банки розвитку), субрегіональні міжурядові агентства та двосторонні агентства, які надають допомогу держав-членів для цілей розвитку;
- науково-дослідні установи, що включають мережу центрів співпраці ВООЗ із питань ментального/психічного здоров'я, прав людини та соціальних діапазонів здоров'я, а також інші аналогічні мережі в країнах;
- громадянське суспільство має спрямовувати головний акцент на громадські організації та людей із психічними розладами і психосоціальною інвалідністю. Це мають бути, об'єднання у групи членів сімей та опікунів, користувачів послуг, неурядові організації, релігійні групи у сфері психічного здоров'я та інші. Ці організації мають контролювати створені мережі розвитку у сфері психічного здоров'я, різними асоціаціями фахівців у галузі охорони здоров'я для надавання якісних послуг.

У комплексному плані заходів у сфері ментального/психічного здоров'я передбачені наступні завдання для держав-членів, Секретаріату, міжнародних і національних партнерів, які тісно взаємопов'язані між собою:

1. *Підвищення, зміцнення та збереження ефективності лідерства і управління у сфері ментального/психічного здоров'я має бути основною метою цього завдання, перш за все це: розробка нового політичного плану і законодавчих норм у сфері психічного здоров'я, за умов дотримання міжнародних стандартів у сфері прав людини. Запланувати досягнення цього завдання до 2030 року у 80% країн;*
2. *Надання інтегрованих, комплексних послуг у сфері психічного здоров'я, соціальних послуг на рівні громад та громадських організацій, головною метою цього завдання є: об'єднання та координація послуг у сфері психічного здоров'я, подвоєння кількості закладів – первинної медичної допомоги (Центрів психологічної допомоги) особам з психічними розладами у 80% країн заплановано виконання до 2030 року;*
3. *Втілення та реалізація стратегій для покращення психічного здоров'я та профілактики психічних розладів, провідною метою цього завдання є: дві ефективні програми перша, це коли для покращення психічного здоров'я та запобігання*

психічним розладам і зменшення рівня самогубств щонайменше на третину, друга – створення систем готовності для надання послуг в умовах надзвичайних ситуацій і катастроф, щодо сфери психічного здоров'я та психосоціальної підтримки запланувати виконання у 80% країн до 2030 року;

4. Поліпшення інформаційних систем, доказової бази, досліджень і налагодження наукової співпраці в національних пріоритетних напрямках у сфері ментального/психічного здоров'я, провідною метою цього завдання є: забезпечення збирання ключових індикаторів у сфері психічного здоров'я та звітування про них кожні два роки через національні медичні та соціальні інформаційні системи й подвоєння кількість наукових досліджень у сфері психічного здоров'я бажано запланувати виконання у 80% країн до 2030 року (табл.8.1) [515].

Таблиця 8.1. Пріоритетні завдання, глобальні цілі у сфері психічного здоров'я.

№	Завдання	Глобальна ціль	термін
1	Підвищення, зміцнення та збереження ефективності лідерства і управління у сфері ментального/психічного здоров'я	Розроблення політики/планів у сфері психічного здоров'я у 80,0% країн світу	до 2030 р.
2	Надання інтегрованих, комплексних послуг у сфері психічного здоров'я, соціальних послуг на рівні громад та громадських організацій	Збільшення рівня охоплення порушень психічного здоров'я послугами вдовічі; Збільшення кількості закладів у сфері психічного здоров'я у два рази у 80,0% країн світу	до 2030 р.
3	Втілення та реалізація стратегій для покращення психічного здоров'я та профілактики психічних розладів	Розроблення двох функціональних національних мультисекторальних програм зі зміцнення психічного здоров'я у 80,0% країн світу; Зменшення рівня самогубств на третину; Забезпечення готовності надання психосоціальної підтримки у 80,0% країн світу в умовах надзвичайних ситуацій (воєнні конфлікти)	до 2030 р.
4	Поліпшення інформаційних систем, доказової бази, досліджень і налагодження наукової співпраці в національних пріоритетних напрямках у сфері психічного здоров'я	Збирання та звітування інформації щодо індикаторів у сфері психічного здоров'я у 80,0% країн світу; Збільшення кількості досліджень у сфері психічного здоров'я (у два рази)	Кожні два роки до 2030 р.

Перше завдання «Комплексного плану заходів у сфері психічного здоров'я» на 2021-2030 рр. – підвищення, зміцнення та збереження ефективності лідерства і управління у сфері ментального/психічного здоров'я передбачає складний процес

планування, організацію та гідне фінансування систем охорони здоров'я, що потребує участі ряду країни та багатьох зацікавлених сторін на різних рівнях управління (неурядовими організаціями та громадським суспільством). Вони повинні забезпечити створення відповідних інституційних, правових та фінансових механізмів, що сприятиме розробці більш ефективних, зрозумілих законів та послуг у сфері психічного здоров'я, які відповідають міжнародним і регіональним стандартам захисту гідності та прав людини, для забезпечення потреб людей із психічними розладами та психосоціальною інвалідністю. Акцентувати увагу цього завдання на захисті вразливих верств населення, що буде сприяти зміцненню психічного здоров'я та буде включати освітні програми такі як: працевлаштування, забезпечення засобами для існування та більш детальне роз'яснення програм які створені захищати права людини [515].

У «Плані відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022-2032 роки» якісний показник досягнення цілі у надані допомоги особам з психічними розладами є оцінка обізнаності та задоволеності пацієнтами медичним обслуговуванням на всіх рівнях допомоги та забезпечення людиною орієнтовного підходу, як це практикується у європейських країнах. Також запропоновано запровадити систему професійного самоврядування працівників у сфері охорони здоров'я, розширення переліку форм надання медичних послуг, які були обмежені трудовими відносинами, залучення професійних асоціацій охорони здоров'я для вирішення необхідних питань управління галуззю [514].

Законодавчі норми, окремі закони та нормативно-правові документи усіх країн повинні дотримуватися ключових принципів і завдань, які зазначені у політичних реформах та відповідати зобов'язанням встановленим Конвенцією про права осіб з інвалідністю та іншими міжнародними і регіональними угодами, що стосується сфери психічного здоров'я.

Для забезпечення потреб системи охорони здоров'я у галузях політики та законодавства необхідно включити психічне здоров'я до основних життєво важливих програм у сфері охорони здоров'я. Долучення психічного здоров'я до цих програм буде сприяти захисту прав людини, соціальному захисту та боротьбі з бідністю, що покращить соціального статус населення. Перше завдання включає створення кодексів і механізмів моніторингу для захисту прав людини та забезпечення виконання законодавства на основі доказових наукових даних і найкращих практик, а також відповідно до Конвенції про права осіб з інвалідністю та інших міжнародних і регіональних документів у сфері прав людини. Міжгалузева співпраця з зацікавленими сторонами на всіх рівнях (міжнародному, регіональному

та національному) направлена на покращення мотивації та залученню всіх відповідних галузей до співпраці та моніторингу, включаючи саме людей із психічними розладами, їхніх піклувальників і членів сімей, до процесу створення та впровадження політик, законів і послуг у сфері психічного здоров'я, використовуючи технічні інструменти для підвищення спроможностей, ґрунтуючись на міжнародних і регіональних документах, на власних інструментах ВООЗ у галузі прав людини та психічного здоров'я.

В Україні відзначається слабка міжгалузева координація в системі охорони здоров'я і це потребує багатосекторного рішення, втручань як на національному, так і на місцевому рівні. У «Плані відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022-2032 роки» заплановано гармонізувати, постійно оновлювати законодавство, директиви України, із відповідними нормативними актами ЄС у сфері охорони здоров'я [514].

У другому завданні для держав-членів рекомендується, надання інтегрованих, комплексних послуг у сфері психічного здоров'я та соціальних послуг на рівні громад та громадських, релігійних організацій, місцевих неурядових організацій (раннє втручання в наданні допомоги). Обов'язково дотримуючись при наданні послуг наступних принципів: вислуховування, ставлення до кожного як до рівного, надання можливості особам самостійного вибору лікаря, виду, метода лікування й терапії, залучення міжгалузевої співпраці за принципом "рівний-рівному" та застосування мультисекторального підходу для забезпечення підтримки людини з психічними розладами на різних етапах життя, доступу до працевлаштування, можливостей отримання освіти, забезпечення гідним житлом при цьому пропонувати і долучати їх до програм громади.

Важливо забезпечити безперервність надання допомоги й злагодженість і взаємодію на всіх рівнях системи охорони здоров'я та налагодити ефективну співпрацю між формальними та неформальними надавачами допомоги з застосуванням принципів поетапної допомоги короткочасної стаціонарної допомоги, амбулаторної допомоги в лікарнях загального профілю, закладах первинної медичної допомоги, центрах із наданням комплексних послуг у сфері психічного здоров'я й денних стаціонарах.

Використання сучасної національної інформаційно-комунікаційної системи в сфері охорони психічного здоров'я на всіх рівнях надання медичної допомоги та забезпечення між ними тісного зв'язку і надання повної інформації щодо консультації, діагностики, лікування, реабілітації пацієнта з використанням електронних і мобільних технологій (телемедичної, консультативної допомоги) це є невід'ємною частиною медичної реформи в Україні для більш доступної, неупередженої, ефективної медичної допомоги у віддалених місцевостях для різних груп населення, а особливо для

вразливих груп (для пацієнтів з порушеннями зору, опорно-рухового апарату, мовлення, інтелектуального розвитку тощо) [514]. При цьому повномасштабне вторгнення поставило нові виклики, пов'язані зі збільшенням кіберзахистом інформаційно-комунікаційної системи, забезпеченням швидкісним інтернетом, покращенням цифрової компетентності медичних працівників, забезпеченням інтероперабельності та обміну медичними даними між інформаційно-комунікаційними системами і реєстраторами в охороні здоров'я.

Розробка якісних послуг у сфері психічного здоров'я має ґрунтуватися на доказових протоколах і практиках, включаючи раннє втручання, з дотриманням принципів прав людини, поваги до автономії особи та захисту її гідності. Оскільки фізичні та психічні проблеми часто співіснують і мають загальні фактори ризику, таких як високий рівень споживання тютюну, алкоголю, наркотичних речовин, що зазвичай недооцінюється, працівники охорони здоров'я повинні враховувати ці взаємозв'язки/взаємодію й приділяти увагу як психічним, так і фізичним потребам осіб із психічними розладами.

Акцентувати на наданню послуг у сфері психічного здоров'я вразливим і маргіналізованим групам, таким як сім'ї, що живуть у несприятливих соціально-економічних умовах, люди з ВІЛ/СНІДом, жінки та діти, які страждають від домашнього насильства, внутрішньоперемішені особи, особи без постійного місця проживання, мають бути забезпечені якісною, доступною, неупередженою медичною допомогою на рівні громад та орієнтовані на відновлення. Несприятливі життєві обставини, або серйозні стресові фактори, надзвичайні ситуації такі як стихійні лиха, конфлікти (наприклад воєнні дії), можуть мати серйозні наслідки для фізичного та психічного здоров'я. Це потребує особливої уваги, зокрема, у контексті діагностики (з урахуванням уникнення гіпердіагностики та надмірної медикалізації) і підходів до підтримки, догляду та реабілітації. Важливо вислуховувати та враховувати, як людина розуміє свій розлад і що, на її думку, може сприяти її відновленню. Кожну людину слід розглядати як рівноправного партнера в процесі надання допомоги, забезпечуючи можливість вибору лікування та надавачів допомоги. Залучення працівників, які працюють за принципом «рівний-рівному», допомагає створити відчуття приналежності та взаємної підтримки через обмін досвідом. Крім того, послуги повинні застосовувати мультисекторальний підхід, який забезпечить підтримку на різних етапах життя та допоможе реалізувати права людини, включаючи доступ до працевлаштування, освіти, житла та участі в громадському житті. Важливо мати достатню кількість компетентних, чуйних і кваліфікованих фахівців у сфері охорони здоров'я, а також забезпечити їх справедливий розподіл. Наприклад, медичні

працівники, які пройшли підготовку з питань психічного здоров'я за програмою (mhGAP), можуть не лише надавати допомогу при психічних розладах, але й інформувати про загальний добробут та проводити скринінг на наявність супутніх станів, включаючи неінфекційні захворювання та проблеми, пов'язані з вживанням психоактивних речовин. Інтеграція таких послуг вимагає не лише нових знань і навичок для виявлення людей з психічними розладами та надання їм відповідної допомоги, але й переосмислення ролей медичних працівників, змін у культурі надання послуг та ставленні медичних працівників загального профілю, соціальних працівників, ерготерапевтів та інших фахівців. У зв'язку з цим необхідно розширити роль спеціалістів з психічного здоров'я, включивши до їхніх обов'язків супервізію роботи медичних працівників загального профілю під час реалізації ними ранніх втручань у сфері психічного здоров'я та надання їм відповідної підтримки [514].

Одним із пріоритетів у «Плані відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022-2032 роки» є розробка і впровадження елементів системи забезпечення якості та безпеки пацієнтів при наданні медичної допомоги на всіх трьох рівнях, шляхом безперервного дотримання міжнародних стандартів, законодавством ЄС нормативно-правової бази: законів, актів в охороні здоров'я. Національну систему оцінки якості інтегрувати згідно вимог ВООЗ індикатори якості із OECD в ЕСОЗ забезпечивши систему звітності та верифікації набору індикаторів, які слугуватимуть для запровадження «плати за результат», включаючи функціонал в ЕСОЗ. На всіх рівнях надання медичної допомоги запровадити систему управління клінічними ризиками та попередження шкоди розвиваючи культуру відкритого повідомлення про них. Покращити довірливі та партнерські відносини до пацієнтів та їх родинами/опікунами для покращення якісної і безпечної допомоги. Для визначення задоволеності пацієнтів медичної допомоги і оцінки якості послуг проводити постійний моніторинг даних зворотнього зв'язку пацієнтів, рідних/опікунів з обов'язковим публічним звітуванням про результати, як це проводиться в країнах світу [514].

На національному рівні третє завдання щодо втілення та реалізація стратегій для покращення психічного здоров'я та профілактики психічних розладів передбачає не лише реагувати на потреби людей з уже виявленими психічними розладами, але й активно захищати та покращувати психологічний добробут усіх громадян через зміни у стані психічного здоров'я протягом життя. Головним напрямком для урядів держав-країн є впровадження заходів з профілактики психічних розладів і підтримки психічного здоров'я на всіх етапах життя, ґрунтуючись на санітарно-просвітницькій роботі щодо ризиків виникнення таких станів, початкових ознак хвороби. Особливо важливо починати з раннього віку (школа), оскільки частота виникнення психічних

розладів у дорослих складає до 50% і є передумовами ще у віці до 14 років та їх потрібно виявляти і забезпечувати раннє втручання, використовуючи доказові психосоціальні, немедикаментозні підходи на рівні громади, громадських організацій уникаючи інституціоналізації та медикалізації, якщо це можливо [515].

Зміцнення психічного здоров'я та профілактика психічних розладів як дітей, так і дорослих є завданням всіх галузей та державних органів через вплив, як соціально-економічних факторів, такі як рівня доходу, зайнятості, освіти, матеріального становища, фізичного здоров'я, сімейної згуртованості, дискримінації, насильства і зловживання наркотичними, тютюновими, алкогольними речовинами, ігроманією та іншими залежностями. Діти та підлітки, які постраждали від стихійних лих або як українські діти, молодь від повномасштабної війни яка триває, потребують особливої уваги в сфері психічного здоров'я.

Стратегії держав-країн для зміцнення психічного здоров'я і профілактики розладів на всіх етапах життя включають наступне: антидискримінаційні закони та інформаційні кампанії для подолання стигми і порушень прав людини, просування прав людей з психічними розладами і покращення рівня їх допомоги, розвиток ключових навичок у дітей (через програми раннього розвитку, формування життєвих навичок, секс-освіту), раннє виявлення і лікування емоційних і поведінкових проблем, забезпечення здорових умов життя і праці, а також програми захисту на рівні громад, громадських організацій для боротьби зі зловживаннями, насильством, і забезпеченням соціального захисту для бідних [518, 519].

У світі (2016) середній показник самогубств становив 10,5 випадків на 100 тисяч населення але різниця між країнами становила від 5 до 30 випадків і серед чоловіків у 1,8 рази більше ніж жінок. Молодь і люди похилого віку мають підвищений ризик суїцидальної поведінки. Тому одним з пріоритетів є запобігання самогубствам, оскільки багато людей, які намагаються вчинити самогубство, належать до вразливих і маргіналізованих груп. Офіційна статистика самогубств часто недостовірна через неповну реєстрацію випадків, помилки у класифікації і криміналізацію самогубств у деяких країнах. У більшості країн рівень самогубств залишається стабільним або зростає, хоча в деяких країнах відзначається зниження. Оскільки багато факторів ризику самогубств не пов'язані з психічними розладами (наприклад, хронічний біль, емоційний стрес), заходи профілактики повинні виходити за межі сфери охорони здоров'я і охоплювати інші сфери. Ефективні заходи включають обмеження доступу до засобів, відповідального висвітлення випадків у ЗМІ, захист осіб з високим ризиком суїциду, а також раннє виявлення і допомога при психічних розладах і суїцидальній поведінці [520].

Вирішальне значення для формування ефективних політик, планування і оцінки в сфері психічного здоров'я в четвертому завданні – поліпшення інформаційних систем, доказової бази, досліджень і налагодження наукової співпраці в національних пріоритетних напрямках у сфері ментального/психічного здоров'я є інформаційні дані та нові наукові дослідження, епідеміологічна статистика та інші джерела, які дозволять створювати нові політичні програми на основі доказових наукових даних і найкращих практик. Та допоможуть спостерігати/контролювати за реалізацією заходів, глобальної мети цього завдання і виявити можливість для покращення у сфері психічного/ментального здоров'я за наявності моніторингових механізмів. Для цього вкрай необхідно подолати дисбаланс в дослідженнях, де більшість проводяться в країнах з високим рівнем доходу, а не в країнах з низьким і середнім рівнем доходу і забезпечити наявність культурно відповідних і економічно ефективних стратегій для цих країн.

Багато країн з низьким і середнім рівнями доходу перебуваючи на низькому або початковому ступені розвитку мають примітивні, або взагалі відсутні інформаційні системи, наукові дослідження, епідеміологічні дані, що не дає можливості визначити потреби місцевого населення та вчасно розроблених відповідних профілактичних заходів та планів.

До головних даних і індикаторів для інформаційних систем у сфері психічного здоров'я слід включати: масштаби проблеми (поширеність психічних розладів, основні фактори ризику і захисні фактори), це має сприяти політичним та законодавчим, втручанням і сприяти покращеній якості статистичних даних (наприклад, інформація про розрив між числом людей з психічними розладами та тими, хто отримує лікування), результати для здоров'я (включаючи рівень самогубств і передчасної смертності, клінічні симптоми, рівень інвалідності та якість життя) і соціально-економічні результати (освітні досягнення, житло, працевлаштування, доходи). Ключові дані повинні передбачити окремі групи за статтю, віком та різними підгрупами населення, за місцем проживання (міське і сільське населення) та вразливі групи (з ВІЛ/СНІДом, туберкульозом, жінки та діти, які страждають від домашнього насильства, внутрішньопереміщені особи, особи без постійного місця проживання та інші.).

Втілення перспектив планів для проведення досліджень і наукової співпраці в ключових напрямках психічного здоров'я, зокрема операційних дослідженнях, які стосуються розробки і надання послуг для людей з психічними розладами, включає створення центрів передового досвіду з чіткими стандартами за участі відповідних зацікавлених сторін, включаючи людей з психічними розладами і психосоціальною інвалідністю [514, 515].

Розробка ключового набору індикаторів у сфері психічного здоров'я та надання рекомендацій, технічної підтримки та навчання для створення систем моніторингу та інформаційних систем, передбачає збирання даних про ключові індикатори психічного здоров'я, допомагати у відстеженні здоров'я, а також доповнювані інформації, що надається Глобальною обсерваторією з питань психічного здоров'я ВООЗ. Важливо також визначити базові дані для моніторингу ситуації у сфері психічного здоров'я, включаючи оцінку прогресу у досягненні цілей, встановлених у плані заходів. Для цього необхідно залучення зацікавлених сторін, включаючи людей з психічними розладами та їх залучення, до розробки та просування глобальної дослідницької програми у сфері психічного здоров'я, включаючи створення глобальних мереж (міжнародних) для співпраці в дослідженнях, а також проведення культурно чутливих досліджень про тягар захворювань, прогрес у зміцненні психічного здоров'я, профілактику психічних розладів, лікування, відновлення/реабілітації, догляд, а також оцінювання політик і послуг.

Допомога державам-членам у створенні систем моніторингу та інформаційних систем, які будуть документувати ключові індикатори, що стосуються надання послуг у сфері психічного здоров'я, а також охорони здоров'я та соціальних послуг для людей з психічними розладами, дозволяючи оцінювати зміни з часом і забезпечувати розуміння соціальних факторів, які впливають на проблеми психічного здоров'я.

Головним напрямком цього завдання є налагодження наукової співпраці, посилення співпраці між закладами вищої освіти (університетами), які готують фахівців у наданні послуг у сфері психічного здоров'я. Також для забезпечення мультидисциплінарного досвіду між різними країнами покращити співпрацю між дослідницькими центрами на національному, субнаціональному й міжнародному рівні.

Для відновлення системи охорони здоров'я в Україні післявоєнний період головними пріоритетами для України «План відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022-2032 роки», як у «Комплексному плані заходів у сфері психічного здоров'я на 2021-2030 рр.» ВООЗ є інтеграція послуг у сфері ментального/психічного здоров'я на всіх рівнях надання медичної допомоги використання науково-доказової бази (такі як mhGAP). В плані відновлення заплановано розроблення пакетів об'єму послуг для пацієнтів, універсальних скринінгів на рівні первинного рівня надання медичної амбулаторної допомоги, а також впровадження системи аналізу і звітності їх діяльності, розбудова мережі центрів психологічної допомоги, реабілітаційна бази реабілітаційних центрів та багатопрофільних/кластерних лікарень. Запровадження інструменту для планування

кадрів на рівні закладу і регіону на основі діяльності (activity-based planning), якій успішно протестований у сфері громадського здоров'я [514, 515].

Один із головних напрямків у «Плані відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022-2032 роки» є створення гідних умов для забезпечення професійного благополуччя медичних працівників під час виконання професійних обов'язків: забезпечення гідної оплати за працю з оптимальним навантаженням, розроблення гнучкої системи мотивації, запровадити прозорі та конкурентоспроможні процедури залучення, утримання, кар'єрного розвитку та професійного зростання працівників, запровадити медичне страхування, обладнати кімнати для психологічного розвантаження згідно ДБН В.2.2-10:2022 «Заклади охорони здоров'я. Основні положення», забезпечити програмами профілактики професійного вигорання [514].

До і після воєнного часу необхідно продовжити реформу системи охорони здоров'я шляхом взаємодії всіх рівнів медичної допомоги, більшу уваги необхідно приділяти профілактичній медицині, формування здорового способу життя, раннього виявлення. Акцентувати роботу на консультативній співпраці (лікарі психологи, соціальні працівники), залучаючи і телемедичну та мультидисциплінарну бригаду на рівні первинної медичної допомоги, розвиток послуг довготривалого догляду та лікування (домашній патронаж), підвищувати навички (кваліфікацію) працівників за програмою (mhGAP) з урахуванням потреб пацієнтів і кількістю населення та факторів ризику захворювань. Бажано розробити положення, національних скринінгових програм для різних вікових категорій, вразливих груп населення (ВІЛ/СНІД, ВПО, жінки та діти, які страждають від домашнього насильства тощо), а також інклюзивних груп населення. Завершити попри складні наслідки війни імплементацію комплексних планів відновлення та трансформацію регіональних мереж ЗОЗ з врахуванням проектування, реконструкції нових багатофункціональних закладів охорони здоров'я з використанням еко-матеріалів, відновних джерел енергії, трансформації застарілої, фрагментованої та недосконалої системи лабораторій ЗОЗ [514, 515].

Для забезпечення підготовки висококваліфікованого кадрового ресурсу (лікарів, медичних сестер/медичних братів) системи охорони здоров'я з урахуванням обсягу та структури відповідно до потреб необхідно провести комплексну оцінку кадрової, організаційної, фінансової спроможності ЗВО та її інфраструктурної потужності.

Реформа закладів вищої освіти у галузі знань “22 Охорона здоров'я” згідно європейських вимог вимагає запровадження сучасних, відповідних навчальних освітніх програм підготовки спеціалістів первинного рівня медичної допомоги із менеджменту ПТСП, інших психічних порушень; реабілітаційної допомоги, асоційованих із

наслідками війни для набуття нових практичних навичок з акцентом на терапії фізичних ушкоджень у воєнний час.

Створити та обладнати сучасні симуляційні, тренінгові центри на кафедрах та в університетських лікарнях з сучасним симуляційним обладнанням для навчання надання медичних послуг мультидисциплінарною командою. З урахуванням міжнародного досвіду впровадити сучасну модель резидентури, здійснювати планування актуальних наукових тем, підтримувати роботу науково-практичних центрів, які конче необхідні потребам державі в післявоєнний період .

Дотримуватись європейських вимог до створення студентоорієнтованого середовища в ЗВО з дотриманням дієвих механізмів зменшення корупційних ризиків під час навчання здобувачів. Проводити постійний моніторинг якості надання освітніх послуг.

На базі післядипломної освіти оновити нормативно-правову базу, симуляційні/тренінгові центри, комп'ютеризувати здачу іспитів за конкретними ситуаційними задачами, а не тільки теоретичними.

Висновки до розділу 8

Розробка законодавчих нормативних документів для відновлення сфери охорони здоров'я, інфраструктури згідно міжнародних вимог для зміцнення, збереження ментального/психічного здоров'я населення України.

Централізація управління і планування мережею закладів охорони здоров'я на національному і обласному рівнях для завершення реформи у всій сфері охорони здоров'я, а саме планування на рівні первинного та госпітального рівня.

Залученість міжнародної експертизи до відбудови інфраструктури й трансформації нової, якісної мережі закладів охорони здоров'я на національному і обласному рівнях.

Адекватне, гідне, справедливе фінансування системи охорони психічного здоров'я.

Підготовка та перепідготовка фахівців за програмою (mhGAP), які надають психологічну допомогу на первинному рівні надання медичної допомоги – лікарі психологи, медичні сестри, працівникам соціальних служб, неформальні організації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ляшко, В. (2023). Міністр охорони здоров'я України: “Система охорони здоров'я впевнено тримає медичний фронт”. *Укрінформ*. <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3668211-viktor-lasko-ministr-ohoroni-zdorova-ukraini.html>. (12.02.2023).
2. Carr, R. F. (4July 2017). Psychiatric Facility. [http://www.cfm.va.gov/Office of Construction & Facilities Managemen](http://www.cfm.va.gov/Office_of_Construction_&_Facilities_Managemen). <https://www.wbdg.org/building-types/health-care-facilities/psychiatric-facility>. (04.07.2017).
3. World Bank Group. (2018). *Психічне здоров'я на перехідному етапі: результати оцінювання та рекомендації для інтеграції охорони психічного здоров'я в систему первинної медичної допомоги та громадські платформи в Україні*. <http://surl.li/nptsq>
4. Ulrich, R. S., Bogren, L., Gardiner, S. K., Lundin, S. (2018). Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. *Journal of Environmental Psychology*, 57, 53–66. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2018.05.002>
5. Yuen L. D., Chen Y., Stewart J. W., Arden P., Hellerstein D. J. (2021). A randomized, controlled trial assessing the acute efficacy of triple chronotherapy in unipolar depression. *J Affect Disord.* 282, 1143-1152. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.174>
6. D'Agostino, A., Ferrara, P., Terzoni, S., Ostinelli, E. G., Carrara, C., Prunas, C., ... Destrebecq, A. (2020). Efficacy of triple chronotherapy in unipolar and bipolar depression: a systematic review of the available evidence. *Journal of Affective Disorders*, 1(276), 297–304.
7. Chang C. H., Liu C. Y., Chen S. J., Tsai H. C. (2018). Efficacy of light therapy on nonseasonal depression among elderly adults: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 14, 3091-3102. <https://doi.org/10.2147/NDT.S180321>.
8. de Lima Andrade E., da Cunha E. Silva D .C, de Lima E. A., de Oliveira R. A., Zannin P. H., Martins A.C. (2021). Environmental noise in hospitals: a systematic review. *Environ Sci Pollut Res Int.*, 28(16), 19629-19642. <https://doi.org/10.1007/s11356-021-13211-2>
9. Jue, K., Nathan-Roberts, D. (2019). How noise affects patients in hospitals. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*, 63(1), 1510–1514. <https://doi.org/10.1177/1071181319631325>
10. Кравчук, Т. В. (2020). *Психіатричні лікувальні заклади СРСР наприкінці 20-х рр. – початку 50-х рр. ХХ ст. (на матеріалах України): дипломна робота*. <https://library.vspu.net/handle/123456789/6015>
11. Гавенко, В. Л., Бітенський, В. С., Абрамов, В. А., Влох, І. Й., Кожина, Г. М., Коростій, В. І., Мозгова, Т. П.; Гавенко, В. Л. (Ред.), Бітенський, В. С. (Ред.). (2020). *Психіатрія і наркологія: Підручник. (3-тє вид., перероб. та допов.)*. Київ: Медицина.

12. Вовк, О. І. (2016). З історії розвитку психіатрії: хронологічна таблиця. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*, 3, 2(6), 138–145.
13. Ярема, Н. Ю. (2015). Психологічне здоров'я особистості. *Юридична психологія*, 2, 106–115. http://nbuv.gov.ua/UJRN/urpp_2015_2_11
14. Підкоритов, В. С. (2008). Психіатрія в Україні – минуле, теперешнє, майбутнє. *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*, 2(14), 29–32.
15. Kozhyna, H., Mishchenko, T., Maruta, N., Gaichuk, L., Haydabrus, A., Khaustov, M., ... Zelenska, K. (2021). *Psychiatry and narcoligy: Textbook*. Kyiv: Medicine.
16. Погорелов, І. І., Сезін, С. Ю. (2018). *Медсестринство в психіатрії і наркології: Підручник*. (3-тє вид., випр.). Київ: Медицина.
17. Бенесько, О. І., Селюков, Г. І. (1994). Погляд в історичну давнину кївської психіатрії. *Історія української психіатрії: Сборник научных работ*. (Т. 1). (с. 16–17). <http://www.psychiatry.ua/books/history/>
18. Заболотько, В. М. (Голов. ред.). (2003). *Психіатрія: Збірник*. Київ: Медінформ.
19. Дьяченко, Л. И. (1994). Из истории развития украинской психиатрии. *История украинской психиатрии: Сборник научных работ*. (Т. 1). (с. 48–52). <http://www.psychiatry.ua/books/history/>
20. Абрамов, В. А., Абрамов, А. В. (1994). Историческая периодизация отношения общества к душевнобольным. *История украинской психиатрии: Сборник научных работ*. (Т. 1). (с. 13–14). <http://www.psychiatry.ua/books/history/>
21. Thomsen, H., Dilling, H. (2008). Zum Wandel der Versorgung psychisch Kranker vom 17. bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts am Beispiel des “Hauses der armen unsinnigen” in Lübeck. *Fortschritte der Neurologie. Psychiatrie*, 76(6), 325–333. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1038200>
22. Петрюк, П. Т., Петрюк, А. П. (2013). *Психіатрія при нацизмі: об історії установалення пам'ятних знаків розстріляних пацієнтам Сабурової дачі*. *Психічне здоров'я*, 2, 115–118.
23. Козідубова, В. М. (Ред.), Кузнецов, В. М. (Ред.), Вербенко, В. А. (Ред.), Юр'єва, Л. М. (Ред.), Фільц, О. О. (Ред.), Бабюк І. О. (Ред.). (2013). *Психіатрія*. Харків: Оберіг.
24. Демочко, Г. Л. (2011). *Формування і розвиток української радянської системи охорони здоров'я у Харкові (1919–1934 рр.)*. (Автореф. дис. ... канд. іст. наук.). Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна, Харків.
25. Куделко, С. М. (2014). Очерк истории развития психиатрии в Харьковском классическом университете. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*, 1(1), 89–93.
26. Лашинский, Э. И., Брезме, В. Н., Кордиш, Л. З., Слободской, А. Г. (1994). Очерки

- розвиття психіатрії на Черніговщині. *Історія української психіатрії*: Сборник научних робіт. (Т. 1). (с. 97–99). <http://www.psychiatry.ua/books/history/>
27. Петрюк, П. Т. (1994). Дореволюційний етап діяльності Сабурової дачі. *Історія української психіатрії*: Сборник научних робіт. (Т. 1). (с. 112–115). <http://www.psychiatry.ua/books/history/>
28. Селезнев, Е. І., Касько, А. Ф. (1994). Розвиток психіатричної допомоги на Буковині. В *Історія української психіатрії*: Сборник научних робіт. (Т. 1). (с. 121–122). <http://www.psychiatry.ua/books/history/>
29. Влох, І. Й., Даниленко, Ю. М., Бондар, Р. М., Закаль, Ю. П., Гуль, Л. Г. (1994). Про основні етапи розвитку психіатричної допомоги в Західному регіоні України. В *Історія української психіатрії*: Сборник научних робіт. (Т. 1). (с. 30–31). <http://www.psychiatry.ua/books/history/>
30. Альков, В. А. (2015). *Віддзеркалення повсякденності психічнохворих та медичного персоналу кін. ХІХ – поч. ХХ ст. в спогадах К. К. Платонова про діда*. Секція: Актуальні проблеми історичних наук. <http://surl.li/npwcy>
31. Мельничук, О. А. (2018). Знищення душевнохворих 4-ї радянської психіатричної лікарні м. Вінниці в роки нацистської окупації (1941–1944 рр.). *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Історія*, 26, 179–191.
32. Напрєєнко, О. К., Влох, І. Й., Голубков, О. З., Двірський, А. О., Дищук, І. П. (2001). *Психіатрія*: Підручник. Київ: Здоров'я.
33. Робак, І. Ю., Демочко, Г. Л. (2012). *Охорона здоров'я в першій столиці радянської України (1919–1934 рр.)*. Харків: Колегіум.
34. Волониць, В. (2021). Система охорони здоров'я в УРСР та спроби її реформування. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Історія*, 37, 63–73. <https://doi.org/10.31652/2411-2143-2021-37-63-73>
35. Грінченко, Г. Г. (2020). Архівно-слідчі справи про масове знищення пацієнтів психіатричних лікарень окупованої України: розслідування злочину та історичне джерело. *Україна Модерна*, 28, 9–29. <http://dx.doi.org/10.30970/uam.2020.28.1161>
36. Грінченко, Г. Г. (2016). Масове знищення пацієнтів Ігрєнської психіатричної лікарні впродовж 1941–1943 рр. *Вісник Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна. Серія: Історія України. Українознавство: історичні та філософські науки*, 23, 60–69.
37. Кицак, Б. В. (2018). *Медицине забезпечення населення в райхскомісаріаті "Україна" в 1941–1944 рр.* (Дис. ... канд. іст. наук). Житомирський державний університет ім.

І. Франка, Житомир.

38. Маньковський, Б. (1958). Основні підсумки розвитку невропатології в Українській РСР. В П. Л. Шупик (Голов. ред.). *Досягнення охорони здоров'я в УРСР* (с. 393–404). Київ: Держмедвидав. <http://surl.li/ngkct>
39. Широкова, І. В. (2012). Каральна психіатрія у СРСР: наука на службі у держави (1960–1980). *Наукові записки На УКМА. Історичні науки*, 130, 33–36.
40. Широкова, І. В. (2013). Позиція західної медичної спільноти щодо каральної психіатрії в СРСР (1960–1980-ті рр.). *Наукові записки На УКМА. Історичні науки*, 143, 36–42.
41. Кузовова, Н. М. (2022). Слідча справа Якова Бер-Баєра, завідувача Херсонської інфекційної лікарні, як джерело з історії Голокосту. *Південий архів. Історичні науки*, 37, 43–51. <https://doi.org/10.32999/ksu2786-5118/2022-37-6>
42. Voren, R. V. (16 July 2013). Psychiatry as a tool for coercion in post-soviet countries. <http://surl.li/npxih>
43. Чайка, О. В., (2014). История психиатрической лечебницы "Бетания". *Музейний вісник*, 14, 177–192.
44. Коротенко, А. И. (2003). *Психиатрия на перепутье: Украина, 1990–2001 гг.* Киев: Сфера. 119 с.
45. Защик, Н. С., Загородній, С. М. (2015). Підходи до збереження психічного здоров'я сільського населення в умовах впровадження сімейної медицини. *Україна. Здоров'я нації*, 1, 114–121.
46. Пінчук, І. Я., Колодежний, О. В., Ладик-Бризгалова, А. К., Ячнік, Ю. В. (2016). Спільнотні служби охорони психічного здоров'я – перспективний напрям розвитку. *Україна. Здоров'я нації*, 4(40), 162–166.
47. Свінціцький, А. С. (2013). Здоров'я населення як важливий чинник державотворення та національної безпеки. *Практикуючий лікар*, 2, 7-13.
48. Anderson, K., Goldsmith, L. P., Lomani, J., Ali, Z., Clarke, G., Crowe, C., Gillard, S. (2022). Short-stay crisis units for mental health patients on crisis care pathways: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*, 8(4), e144. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.534>
49. Goldsmith, L. P., Anderson, K., Clarke, G., Crowe, C., Jarman, H., Johnson, S., ... Gillard, S. (2023). Service use preceding and following first referral for psychiatric emergency care at a short-stay crisis unit: A cohort study across three cities and one rural area in England. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(4), 928–941. <https://doi.org/10.1177/00207640221142530>
50. Osborn, D., Lamb, D., Canaway, A., Davidson, M., Favarato, G., Pinfold, V., ... Weich,

- S. (2021). Acute day units in non-residential settings for people in mental health crisis: the AD-CARE mixed-methods study. *Health Services and Delivery Research*, 9(18), 1–122. <https://doi.org/10.3310/hsdr09180>
51. Killaspy, H., Priebe, S., Bremner, S., McCrone, P., Dowling, S., Harrison, I., ... King, M. (2016). Quality of life, autonomy, satisfaction, and costs associated with mental health supported accommodation services in England: a national survey. *The Lancet Psychiatry*, 3(12), 1129–1137. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30327-3](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30327-3)
52. Dalton-Locke, C., Attard, R., Killaspy, H., White, S. (2018). Predictors of quality of care in mental health supported accommodation services in England: a multiple regression modelling study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 344. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1912-7>
53. Killaspy, H., King, M., Holloway, F., Craig, T. J., Cook, S., Mundy, T., ... Bhanbhro, S. (2017). The rehabilitation effectiveness for activities for life (REAL) study: a national programme of research into NHS inpatient mental health rehabilitation services across England. *Programme Grants for Applied Research*, 5(7), 1–284. <https://doi.org/10.3310/pgfar05070>
54. Kovacs, Z., Asztalos, M., Grøntved, S., Nielsen, R. E. (2021). Quality assessment of a consultation-liaison psychiatry service. *BMC Psychiatry*, 21(1), 281. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03281-4>
55. Hopkins, J., Cullum, S., & Sundram, F. (2020). The state of play – the first national survey of consultation-liaison psychiatry services in New Zealand. *Australasian Psychiatry*, 28(4), 448–453. <https://doi.org/10.1177/1039856220908174>
56. Walker, A., Barrett, J. R., Lee, W., West, R. M., Guthrie, E., Trigwell, P., ... House, A. (2018). Organisation and delivery of liaison psychiatry services in general hospitals in England: results of a national survey. *BMJ Open*, 8(8), e023091. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023091>
57. Jasmin, K., Walker, A., Guthrie, E., Trigwell, P., Quirk, A., Hewison, J., ... House, A. (2019). Integrated liaison psychiatry services in England: a qualitative study of the views of liaison practitioners and acute hospital staffs from four distinctly different kinds of liaison service. *BMC Health Services Research*, 19(1), 522. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4356-y>
58. Zhang, Y., Tzortzopoulos, P., Kagioglou, M. (2019). Healing built-environment effects on health outcomes: environment-occupant-health framework. *Building Research & Information*, 47(6), 747–766. <https://doi.org/10.1080/09613218.2017.1411130>
59. Price, O., Baker, J., Bee, P., Lovell, K. (2018). The support-control continuum: an investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health

- settings. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 197–206. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.002>
60. Johnston, I., Price, O., McPherson, P., Armitage, C. J., Brooks, H., Bee, P., Brooks, C. P. (2022). De-escalation of conflict in forensic mental health inpatient settings: a theoretical domains framework-informed qualitative investigation of staff and patient perspectives. *BMC Psychology*, 10(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00735-6>
61. World Health Organization. *Mental health*. (17 June 2022). <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
62. Nguyen, T., Tran, T., Tran, H., Tran, T., Fisher, J. (2019). Challenges in Integrating Mental Health into Primary Care in Vietnam. B S. Okpaku (Ed.) *Innovations in Global Mental Health*, (1–21). https://doi.org/10.1007/978-3-319-70134-9_74-1.
63. Hagerup A., Wijk H., Lindahl G., Olausson S. (2024). Toward a Future Orientation: A Supportive Mental Health Facility Environment. *HERD*, 17(2), 38-56. <https://doi.org/10.1177/19375867231221151>
64. Rodríguez-Labajos L., Kinloch J., Grant S., O'Brien G. (2024). The Role of the Built Environment as a Therapeutic Intervention in Mental Health Facilities: A Systematic Literature Review. *HERD*, 17(2), 281-308. <https://doi.org/10.1177/19375867231219031>
65. Coburn, A., Kardan, O., Kotabe, H., Steinberg, J., Hout, M. C., Robbins, ... Berman, M. G. (2019). Psychological responses to natural patterns in architecture. *Journal of Environmental Psychology*, 62, 133–145. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2019.02.007>
66. Motealleh, P., Moyle, W., Jones, C., Dupre, K. (2022). The impact of a dementia-friendly garden design on people with dementia in a residential aged care facility: a case study. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 15(2), 196–218. <https://doi.org/10.1177/19375867211063489>
67. Hjort, M., Mau, M., Høj, M., Roessler, K. K. (2023). The importance of the outdoor environment for the recovery of psychiatric patients: a scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2240. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032240>
68. Faerden, A., Rosenqvist, C., Håkansson, M., Strøm-Gundersen, E., Stav, Å., Svartsund, J., ... Kistorp, K. M. (2023). Environmental transformations enhancing dignity in an acute psychiatric ward: outcome of a user-driven service design project. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 16(2), 55–72. <https://doi.org/10.1177/19375867221136558>
69. Grignoli, N. (2021). Potential space in hospitals: insight from a health psychologist. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 14(2), 84–95. <https://doi.org/10.1177/1937586720983831>

70. Brambilla, A., Rebecchi, A., Capolongo, S. (2019). Evidence based hospital design. A literature review of the recent publications about the EBD impact of built environment on hospital occupants' and organizational outcomes. *Ann Ig*, 31(2), 165–180. <https://doi.org/10.7416/ai.2019.2269>
71. Ai, Y., Rahman, M. K., Newaz, Md. S., Gazi, Md. A. I., Rahaman, Md. A., Mamun, A. A., Chen, X. (2022). Determinants of patients' satisfaction and trust toward healthcare service environment in general practice clinics. *Frontiers in Psychology*, 13, 856750. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.856750>
72. Liu, J., Yu, W., Ding, T., Li, M., Zhang, L. (2019). Cross-sectional survey on job satisfaction and its associated factors among doctors in tertiary public hospitals in Shanghai, China. *BMJ Open*, 9(3), e023823. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023823>
73. Jiang, F., Zhou, H., Hu, L., Rakofsky, J., Liu, T., Wu, S., Tang, Y. (2019). Psychiatry residents in China: socio-demographic characteristics, career satisfaction, and related factors. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 177. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00177>
74. Ayalew, F., Kibwana, S., Shawula, S., Misganaw, E., Abosse, Z., van Roosmalen, J., Mariam, D. W. (2019). Understanding job satisfaction and motivation among nurses in public health facilities of Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 18(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0373-8>
75. Zhang, Y. W., Wang, J., Fang, T. H. (2022). The effect of horticultural therapy on depressive symptoms among the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 10, 953363. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.953363>
76. Gromark, S. (Ed.), Andersson, B. (Ed.). (2020). *Architecture for residential care and ageing communities*. <https://doi.org/10.4324/9780429342370>
77. Markovitz, S. (6 October 2021). Hospital Design Changes to reduce noise could also help lower stress among patients and staff. *Forbes*. <http://surl.li/nqeus>
78. Moeller, By N. (18 September 2014). Creating quiet zone: improving noise control in hospitals. *Construction Canada*. <https://www.constructioncanada.net/creating-the-quiet-zone-improving-noise-control-in-hospitals/>
79. Федосюк, Р. М., Ковальова, О. М., Слабкий, Г. О. (2017). Дизайн відділень інтенсивної терапії з точки зору безпеки пацієнтів: порівняльна характеристика європейських, американських і вітчизняних стандартів. *Україна. Здоров'я нації*, 1, 53–61.
80. Федосюк, Р. М., Ковальова, О. М., Слабкий, Г. О. (2018). Інженерно-технічна інфраструктура відділень інтенсивної терапії і безпеки пацієнтів: порівняльна характеристика європейських і вітчизняних стандартів. *Сучасні медичні технології*,

1, 113–122.

81. Jiang, S., Verderber, S. (2017). On the planning and design of hospital circulation zones. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 10(2), 124–146. <https://doi.org/10.1177/1937586716672041>
82. Brambilla, A., Buffoli, M., Capolongo, S. (2019). Measuring hospital qualities. A preliminary investigation on health impact assessment possibilities for evaluating complex buildings. *Acta Biomed*, 90(9-S), 54–63. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31517890/>
83. Jiang, S. (2020). Positive distractions and play in the public spaces of pediatric healthcare environments: A literature review. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 13(3), 171–197. <https://doi.org/10.1177/1937586720901707>
84. Núñez-González, S., Delgado-Ron, J. A., Gault, C., Lara-Vinueza, A., Calle-Celi, D., Porreca, R., Simancas-Racines, D. (2020). Overview of “Systematic Reviews” of the built environment’s effects on mental health. *Journal of Environmental and Public Health*, 2020, 9523127. <https://doi.org/10.1155/2020/9523127>
85. Thibaut, B., Dewa, L. H., Ramtale, S. C., D’Lima, D., Adam, S., Ashrafian, ... Archer, S. (2019). Patient safety in inpatient mental health settings: a systematic review. *BMJ Open*, 9(12), e030230. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030230>
86. Averill, P., Vincent, C., Reen, G., Henderson, C., Sevdalis, N. (2023). Conceptual and practical challenges associated with understanding patient safety within community-based mental health services. *Health Expectations*, 26(1), 51–63. <https://doi.org/10.1111/hex.13660>
87. Haines, A., Brown, A., McCabe, R., Rogerson, M., Whittington, R. (2017). Factors impacting perceived safety among staff working on mental health wards. *BJPsych Open*, 3(5), 204–211. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.117.005280>
88. Liu, Z., Yang, Z., Osmani, M. (2021). The Relationship between sustainable built environment, art therapy and therapeutic design in promoting health and well-being. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), 10906. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010906>
89. Liu, Z., Yang, Z., Liang, M., Liu, Y., Osmani, M., Demian, P. (2022). A conceptual framework for blockchain enhanced information modeling for healing and therapeutic design. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 8218. <https://doi.org/10.3390/ijerph19138218>
90. Ibáñez-López F.J, Mikla M., López Montesinos M.J. (2022). Validation of a Nursing Workload Measurement Scale, Based on the Classification of Nursing Interventions, for Adult Hospitalization Units. *Int J Environ Res Public Health*, 23, 19(23), 15528. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315528>

91. Park, S., Lee, Y. J., Park, C.-S., Jung, Y.-C., Kim, S. (2020). Nurse staffing and health outcomes of psychiatric inpatients: a secondary analysis of national health insurance claims data. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 50(3), 333–348. <https://doi.org/10.4040/jkan.19203>
92. Yousefzadeh, A., Maleki, A., Athar, S. D., Darvishi, E., Ahmadi, M., Mohammadi, E., ... Kashefi, H. (2022). Evaluation of bio-aerosols type, density, and modeling of dispersion in inside and outside of different wards of educational hospital. *Environmental Science and Pollution Research*, 29(10), 14143–14157. <https://doi.org/10.1007/s11356-021-16733-x>
93. Hiwar, W., King, M., Shuweihdi, F., Fletcher, L. A., Dancer, S. J., Noakes, C. J. (2021). What is the relationship between indoor air quality parameters and airborne microorganisms in hospital environments? A systematic review and meta-analysis. *Indoor Air*, 31(5), 1308–1322. <https://doi.org/10.1111/ina.12846>
94. Cho, M. (2023). Evaluating therapeutic healthcare environmental criteria: architectural designers' perspectives. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1540. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021540>
95. Bae S., Asojo A.O. (2020). Nurses' Perception of Safety on Hospital Interior Environments and Infectious Diseases: An Exploratory Study. *Glob J Qual Saf Healthc*, 28, 3(3), 89-97. <https://doi.org/10.36401/JQSH-19-33>
96. Stichler, J. F. (2014). Facility design and healthcare-acquired infections: state of the science. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 44(3), 129–132. <https://doi.org/10.1097/nna.0000000000000039>
97. Emmanuel, U., Osondu, E. D., Kalu, K. C. (2020). Architectural design strategies for infection prevention and control (IPC) in health-care facilities: towards curbing the spread of COVID-19. *Journal of Environmental Health Science and Engineering*, 18(2), 1699–1707. <https://doi.org/10.1007/s40201-020-00580-y>
98. Machry, H., Matic, Z., Oh, Y., DuBose, J. R., Morgan, J. S., Love, K. L., Zimring, C. M. (2022). Healthcare design to improve safe doffing of personal protective equipment for care of patients with COVID-19. *Infection Control Hospital Epidemiology*, 43(12), 1796–1805. <https://doi.org/10.1017/ice.2021.526>
99. Houghton, C., Meskell, P., Delaney, H., Smalle, M., Glenton, C., Booth, A., ... Biesty, L. M. (2020). Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD013582. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013582>
100. Peters, A., Schmid, M. N., Parneix, P., Lebowitz, D., de Kraker, M., Sauser, J., ...

- Pittet, D. (2022). Smpact of environmental hygiene interventions on healthcare-associated infections and patient colonizatio: a systematic review. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, *11*(1), 38–65. <https://doi.org/10.1186/s13756-022-01075-1>
101. Weber, C., Flores, V. M., Wheele, T. P., Miedema, E., White, E. V. (2022). Patients' health & well-being in inpatient mental health-care facilities: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 758039. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.758039>.
102. Cusack, L., Munt, R., Verdonk, N., Schultz, T., Maben, J. (2023). Comparison of experiences of nursing staff and patients before and after move to 100% single-bed room hospital in Australia: mixed methods. *BMC Health Services Research*, *23*(1), 81. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09073-8>
103. Hobday, R. A., Dancer, S. J. (2013). Roles of sunlight and natural ventilation for controlling infection: historical and current perspectives. *Journal of Hospital Infection*, *84*(4), 271–282. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2013.04.011>
104. Hunt, J., Sine, D. (2015). Design Guide for the Built Environment of Behavioral Health Facilities. Facility guidelines institute. Edition 7.0.
105. Hurd, D., Herrera, M., Brant, J. M., Coombs, N. C., Arzubi, E. (2019). Prospective, open trial of adjunctive triple chronotherapy for the acute treatment of depression in adolescent inpatients. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *29*(1), 20–27. <https://doi.org/10.1089/cap.2018.0063>
106. Ioannou, M., Szabó, Z., Widmark-Jensen, M., Vyrinis, G., Karlsson, C., Steingrimsson, S. (2021). Total sleep deprivation followed by bright light therapy as rapid relief for depression: a pragmatic randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 705090. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.705090>
107. Chang, C.-H., Liu, C.-Y., Chen, S.-J., Tsai, H.-C. (2018). Efficacy of light therapy on nonseasonal depression among elderly adults: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *14*, 3091–3102. <https://doi.org/10.2147/ndt.s180321>.
108. Vanuk, J. R., Pace-Schott, E. F., Bullock, A., Esbit, S., Dailey, N. S., Killgore, W. D. S. (2022). Morning blue light treatment improves sleep complaints, symptom severity, and retention of fear extinction memory in post-traumatic stress disorder. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *16*, 886816. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.88681>.
109. Lo Verso, V. R. M., Caffaro, F., Aghemo, C. (2016). Luminous environment in healthcare buildings for user satisfaction and comfort: an objective and subjective field study. *Indoor and Built Environment*, *25*(5), 809–825. <https://doi.org/10.1177/1420326x15588337>
110. Darula, S., Christoffersen, J., Malikova, M. (2015). Sunlight and insolation of

- building interiors. *Energy Procedia*, 78, 1245–1250. <https://doi.org/10.1016/j.egy.pro.2015.11.266>
111. Applebaum, D., Calo, O., Neville, K. (2016). Implementation of quiet time for noise reduction on a medical-surgical unit. *The Journal of Nursing Administration*, 46(12), 669–674. <https://doi.org/10.1097/nna.0000000000000424>
112. Wilson, C., Whiteman, K., Stephens, K., Swanson-Bearman, B., LaBarba, J. (2017). Improving the patient’s experience with a multimodal quiet-at-night initiative. *Journal of Nursing Care Quality*, 32(2), 134–140. <https://doi.org/10.1097/ncq.0000000000000219>
113. Walker, L., Karl, C. A. (2019). The yjpsital (Not So) quiet zone: creating an environment for patient satisfaction throng noise reduction strategies. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 12(4), 197–202. <https://doi.org/10.1177/1937586719839229>
114. Shajahan, A., Culp, C. H., Williamson, B. (2019). Effects of indoor environmental parameters related to building health, ventilation, and air conditioning systems on patients’ medical outcomes: a review of scientific research on hospital buildings. *Indoor Air*, 29(2), 161–176. <https://doi.org/10.1111/ina.12531>
115. Lenzer, B., Rupperecht, M., Hoffmann, C., Hoffmann, P., Liebers, U. (2020). Health effects of heating, ventilation and air conditioning on hospital patients: a scoping review. *BMC Public Health*, 20(1), 1287. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09358-1>
116. Birgand, G., Ahmad, R., Bulabula, A. N. H., Singh, S., Bearman, G., Sánchez, E. C., Holmes, A. (2022). Innovation for infection prevention and control – revisiting Pasteur’s vision. *The Lancet*, 400(10369), 2250–2260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02459-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02459-X)
117. Thornton, G. M., Kroeker, E., Fleck, B. A., Zhong, L., Hartling, L. (2022). The impact of heating, ventilation, and air-conditioning design features on the transmission of viruses, including SARS-CoV-2: overview of reviews. *Interactive Journal of Medical Research*, 11(2), e37232. <https://doi.org/10.2196/37232>
118. Giampieri, A., Ma, Z., Ling-Chin, J., Roskilly, A. P., Smallbone, A. J. (2022). An overview of solutions for airborne viral transmission reduction related to HVAC systems including liquid desiccant air-scrubbing. *Energy*, 244, 122709. <https://doi.org/10.1016/j.energy.2021.122709>
119. Flannery, R. B., Wyshak, G., Flannery, G. J. (2018). Characteristics of international assaultive psychiatric patients: review of puview of published findings, 2013–2017. *Psychiatric Quarterly*, 89(2), 349–357. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9539-2>
120. Tsunematsu, K., Fukumoto, Y., Yanai, K. (2021). Ethical issues encountered by

- forensic psychiatric nurses in Japan. *Journal Forensic Nurs*, 17(3), 163–172. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000333>
121. Ventura, C. A. A., Austin, W., Carrara, B. S., de Brito, E. S. (2021). Nursing care in mental health: human rights and ethical issues. *Nursing Ethics*, 28(4), 463–480. <https://doi.org/10.1177/0969733020952102>
 122. Kalantari, S., Snell, R. (2017). Post-occupance evaluation of a mental healthcare facility based on staff perceptions of design innjvations. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 10(4), 121–135. <https://doi.org/10.1177/1937586716687714>
 123. Brandão, F. M. V., Silva, C. V., da Silva Gonçalves de Oliveira, K. R., da Silva Pedroso, J. (2019). Art as a therapeutic in depressive disorders: a systematic review of the litersture. *Psychiatric Quarterly*, 90(4), 871–882. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09672-x>
 124. Fancourt, D., Ali, H. (2019). Differential use of emotion regulation strategies when engaging in artistic creative activities amongst those with and without depression. *Scientific Reports*, 9(1), 9897. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-46138-3>
 125. Fancourt, D., Baxter, L., Lorencatto, F. (2020). Barriers and enablers to engagement in participatory arts activities amongst individuals with depression and anxiety: quantitative analyses using a behavior change framework. *BMC Public Health*, 20(1), 272. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8337-1>
 126. Slattery, M., Attard, H., Stewart, V., Roennfeldt, H., Wheeler, A. J. (2020). Participation in creative workshops supports mental health consumers to share their stories of recovery: a one-year qualitative follow-up study. *PLOS One*, 15(12), e0243284. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243284>.
 127. Liu, Z., Yang, Z., Xiao, C., Zhang, K., Osmani, M. (2021). An investigation into art therapy aided health and well-being research: a 75-year bibliometric analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 232. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010232>
 128. Cui, Y., Wang, F. (2022). The research focus and development trend of art therapy in Chinese education since the 21 stcentury. *Frontiers in Psychology*, 13, 1002504. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.1002504>
 129. Sun X. (2022). The practical application of oil painting in the treatment of mental illness. *Occupational Therapy International*, 2022, 1727507. <https://doi.org/10.1155/2022/1727507>
 130. Ganter-Argast, C., Junne, F., Seifert, K. (2022). Art therapy: current developments in research and training. *Der Nervenarzt*, 93(9), 953–970. <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01383-2>

131. Rehn, J., Chrysikou, E. (2020). Developing concepts for early mental health prevention and treatment using the built environment. *European Journal of Public Health*, 30(5), 358–359. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.977>
132. Chrysikou, E. (2020). The ecopsychosocial provision for psychiatric environments. *European Journal of Public Health*, 30(5), 360. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa166.1059>
133. Kamal, S., McGovern, M., Kunideliene, A., Casey, P., Doherty, A. M. (2021). A comparison of presentations with self-harm to hospital in Lithuania and Ireland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2418. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052418>
134. Sperandei, S., Page, A., Bandara, P., Reis, A., Saheb, R., Gaur, P., ... Brakoulias, V. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on hospital-treated self-harm in Sydney (Australia). *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(11), 1515–1522. <https://doi.org/10.1177/00048674211068393>
135. Quinlivan, L., Gorman, L., Monaghan, E., Asmal, S., Webb, R. T., Kapur, N. (2023). Accessing psychological therapies following self-harm: qualitative survey of patient experiences and views on improving practice. *BJPsych Open*, 9(3), e62. <https://doi.org/10.1192/bjo.2023.27>
136. Chammas, F., Januel, D., Bouaziz, N. (2022). Inpatient suicide in psychiatric settings: evaluation of current prevention measures. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 997974. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.997974>.
137. *New York state office of mental health. Patient safety standards, materials and systems guidelines.* (31 July 2023). (30th edition). https://omh.ny.gov/omhweb/patient_safety_standards/guide.pdf
138. *Part B – Health facility briefing and design: including functional planning units. International health facility guidelines.* (5 September 2017). (Version 5). https://healthfacilityguidelines.com/ViewPDF/ViewIndexPDF/iHFG_part_b_complete
139. *Sustainable design guidelines for hospitals and outpatient facilities: a white paper.* (5 February 2014). https://www.fgiguideelines.org/wp-content/uploads/2015/08/2014_FGI_SustainableDesign_HOP.pdf
140. *Design guidance for psychiatric intensive care units.* (May 2017). <https://doi.org/10.20299/napicu.2017.002>
141. *Mental health facilities design guide.* (December 2010). <https://docplayer.net/352611-Mental-health-facilities-design-guide-december-2010.html>
142. *Explore results from the 2019 Global Burden of Disease (GBD) study* (2019). <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

143. Дубінський, С. В. (2016). Проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України. *Європейський вектор економічного розвитку*, 1(20), 51–59.
144. Князевич, В. М. (2018). Розвиток національної системи охорони здоров'я: стан, перспективи та шляхи розбудови. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*, 3(3), 23–37.
145. Погоріляк, Р. Ю., Гульчій, О. П. (2018). Залежність зміни показників громадського здоров'я та показників оцінки якості та доступності медичної допомоги від зміни ресурсного забезпечення. *Україна. Здоров'я нації*, 3(50), 62–65.
146. Данько, В. В. (2019). Удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я на інноваційних засадах. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Економіка і управління*, 30(69), 2, 102–110. http://nbuv.gov.ua/UJRN/UZTNU_econ_2019_30%2869%29_2_22
147. Іртишева, І. О., Рябець, Д. М. (2020). Забезпечення доступності медичної допомоги як базової основи формування міцного здоров'я і благополуччя населення. *Економічний аналіз*, 30, 1, 2, 60–65.
148. Чугунов, В. В., Піронкова, О. Ф. (2015). Шляхи оптимізації менеджменту приватної психіатричної допомоги як підґрунтя соціальної адаптації психічно хворих. *Молодий вчений*, 3(18), 198–202.
149. Тімашова, В. М., Тімашов, В. О. (2017). Психічне здоров'я як складник понятійної сфери здоров'я та перспективний напрям розвитку служби охорони психічного здоров'я в Україні. *Врачебное дело*, 7, 250–255.
150. Орап, М. (2019). Психосемантичне дослідження концептів “Здоров'я” та “Хвороба”. *Humanitarium*. 43, 1, 113–122.
151. Целуйкіна, О. В. (2015). *Особливості формування архітектури медичних закладів (на прикладі міста Харкова)*. (Автореф. дис. ... канд. арх. наук). Харківський національний університет будівництва та архітектури, Харків.
152. Булах, І. В. (2016). Ландшафт і вода, як основа сучасних світових тенденцій в проектуванні медичних закладів. *Сучасні проблеми архітектури та містобудування*, 46, 392–396.
153. Булах, І. В. (2018). Аналіз існуючої архітектурно-містобудівної мережі лікувально-профілактичних закладів України. *Містобудування та територіальне планування*, 68, 46–53.
154. Булах, І. В. (2019). Питання нормативно-містобудівного регулювання містобудівної системи закладів охорони здоров'я. *Colloquium-journal*, 2(26), 4–6.
155. Булах, І. В. (2020). Вітчизняний досвід контекстуального містобудівного розміщення лікарень. *Містобудування та територіальне планування*, 72, 13–20.

http://nbuv.gov.ua/UJRN/MTP_2020_72_4

156. Байда, Л., Иванова, О. (2019). *Універсальний дизайн в медичних закладах*: Посібник. Київ: Ваше.
157. Поцелуєва, Н. В. (2016). Питання проектування та будівництва сучасних наркологічних центрів в Україні. *Сучасні проблеми архітектури та містобудування*, 45, 368–374. http://nbuv.gov.ua/UJRN/avk_2017_11-12_68
158. Поцелуєва, Н. В. (2017). Закордонний досвід проектування наркологічних реабілітаційних центрів. *Архітектурний вісник КНУБА*, 11/12, 520–526. http://nbuv.gov.ua/UJRN/avk_2017_11-12_68
159. Горбань, А. Є., Закрутько, Л. І., Дзюба, О. М., Білан, Л. Г. (2015). Моніторинг засобів інноваційного забезпечення у сфері охорони здоров'я України з проблем захворювання на найбільш соціально небезпечні та соціально значущі хвороби на 2011–2014 рр. *Україна. Здоров'я нації*, 2(34), 76–80. <http://surl.li/ntlmm>
160. Шкляр, С., Вороновський, І. (2023). Проблеми архітектурного формування центрів соціально-психологічної реабілітації. *Сучасні проблеми архітектури та містобудування*, 65, 271–281. <https://doi.org/10.32347/2077-3455.2023.65.271-281>
161. Lutsenko, A., Gnatiuk, L. (2022). Design solutions of atypical rehabilitation centers. *Theory and Practice of Design*, 2(26), 156–166. <https://doi.org/10/32782/2415-8151.2022.26.19>
162. Костюченко, О. А. (2018). Архітектурно-типологічні моделі арт-центрів. *Сучасні проблеми архітектури та містобудування*, 52, 71–77.
163. Гнатюк, Л. Р., Шевель, Ю. (2018). Засоби дизайну у формуванні інтер'єру реабілітаційних центрів. В *Актуальні проблеми сучасного дизайну: Збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції*. (Т. 2). (с. 141–143). Київ. <http://surl.li/nmmrt> <http://designconference.knutd.edu.ua>
164. Обиночна, З. В. (2018). Систематизація факторів, які впливають на формування реабілітаційних центрів іпотерапія. *Містобудування та територіальне планування*, 68, 385–394.
165. Булах, І. В. (2017). Передумови реорганізації мережі дитячих лікувальних закладів України. *Сучасні проблеми архітектури та містобудування*, 47, 444–450.
166. Блінов, М. О., Храборська, Ю. О. (2018). Огляд шляхів розвитку центрів реабілітації для осіб з обмеженою працездатністю. *Сучасні проблеми архітектури та містобудування*, 52, 9–14.
167. Пекер, А. Й., Голубов, В. О. (2021). Аналіз зарубіжного досвіду проектування реабілітаційних центрів для військовослужбових. *Архітектурний*

вісник, 22/23, 46–52.

168. Кравченко, І. Л. (2013). *Принципи архітектурно-планувальної організації центрів медико-соціальної реабілітації дітей та підлітків з фізичними вадами*. (Автореф. дис. ... канд. арх. наук). Київський національний університет будівництва і архітектури, Київ. <http://surl.li/nmmxho>
169. Красножон, Т. Ю. (2022). Основні фактори, що впливають на архітектурно-планувальну організацію медично-реабілітаційних центрів політравми. *Архітектурний вісник*, 24–25, 114–123. <http://av.knuba.edu.ua/article/view/267467>
170. Коваль-Цепова, А. В. (2018). Особливості художньої експозиції дитячих творчих робіт у дизайні інтер'єру спеціалізованих закладів для дітей. *Art-простір*, 3, 111–115.
171. Підгірняк, К. Ю. (1996). *Архітектурно-планувальна організація міських поліклінік (на прикладі м. Києва)*. (Автореф. дис. ... канд. арх. наук). Київський державний технічний університет архітектури і будівництва, Київ.
172. Шевель, Ю. В., Гнатюк, Л. Р. (2018). Особливості формування середовища реабілітаційних центрів. *Технічна естетика і дизайн*, 14, 51–55.
173. Велігоцька, Ю. С., Гордієнко, С. М. (2020). Особливості формування сучасних інтер'єрів медичних закладів. *Комунальне господарство міст*, 6, 159, 56–61. <https://doi.org/10.33042/2522-1809-2020-6-159-56-61>
174. Булгакова, Т., Черкашина, А., Препелиця, В. (2021). Використання сучасних технологій при формуванні інтер'єру медичних установ. В *Актуальні проблеми сучасного дизайну: Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції*. (с. 212–215). Київ.
175. Радченко, В. (2023). Фактори формування планувальної організації медичних закладів. *Сучасні проблеми архітектури та містобудування*, 65, 226–235. <https://doi.org/https://doi.org/10.32347/2077-3455.2023.65.226-235>
176. Отрощенко, Д. В. (2014). Фактори, що впливають на формування архітектури дитячих лікувальних закладів онкологічної спеціалізації. *Сучасні проблеми архітектури та містобудування*, 37, 398–405.
177. Чернявський, К. В. (2013). Принципи підвищення естетичних якостей інтер'єрів лікувально-оздоровчих закладів. *Сучасні проблеми архітектури та містобудування*, 32, 161–167.
178. Чернявський, К. В. (2013). Особливості психофізіології сприйняття світло-кольорового середовища інтер'єрів дитячих лікувальних закладів. *Сучасні проблеми архітектури та містобудування*, 33, 195–200.

179. Ковальов, Ю. М., Кфіа, Д. В. (2013). Кольорове рішення інтер'єрів психіатричних лікарень. *Теорія та практика дизайну*, 3, 58–59. <https://doi.org/10.18372/2415-8151.3.6222>
180. Андрушенко, Л. М., Ясінський, В. П. (2013). Вплив червоного кольору на психосоматику людини. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія: Психологія*, 2, 15–20.
181. Андрушенко, Л. М., Дядюх-Богатько, Н. Й. (2013). Значення білого кольору в інтер'єрі. *Науковий вісник Національного лісотехнічного університету України*, 23(18), 283–287.
182. Акіменко, В. Я., Стеблій, Н. М. (2017). Удосконалення анкетного опитування по вивченню психофізіологічного впливу на людину природного освітлення та інсоляції житлових приміщень. *Гігієна населених місць*, 67, 117–123.
183. Акіменко, В. Я., Стеблій, Н. М. (2018). Еритемна доза як один із критеріїв гігієнічної регламентації інсоляції. *Довкілля та здоров'я*, 1(85), 26–31. <https://doi.org/10.32402/dovkil2018.01.026>
184. Акіменко, В. Я., Стеблій, Н. М. (2019). До питання про бактерицидність ультрафіолетового випромінювання як складової інсоляції приміщення. *Довкілля та здоров'я*, 2(91), 4–9. <https://doi.org/10.32402/dovkil2019.02.004>
185. Акіменко, В. Я., Сергейчук, О. В., Вознесенський, С. О., Стеблій, Н. М. (2022). Інсоляція приміщення як фактор D-вітаміноутворювального опромінення лежачого хворого. *Довкілля та здоров'я*, 1(102), 31–44. <https://doi.org/10.32402/dovkil2022.01.031>
186. Сердюк, А. М., Якіменко, В. Я., Стеблій, Н. М. (2018). Результати вивчення взаємозв'язку між суб'єктивною оцінкою опитуваними стану свого здоров'я та умовами природного освітлення та інсоляції їх житла. *Журнал НАМН України*, 24(3–4), 329–337.
187. Бердник, О. В., Полька, Н. С., Скочко, Т. П., Добрянська, О. В., Рудницька, О. П. (2016). Особливості використання «прямих» та «непрямих» показників здоров'я при оцінці динаміки його формування. *Здоров'я ребенка*, 5(73), 21–25. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zd_2016_5_4
188. Гозак, С. В., Єлізарова, О. Т., Станкевич, Т. В., Парац, А. М., Чорна, В. В., Лебединець, Н. В., Бондар, О. (2023). Адаптивні копінг-стратегії українців під час війни. В *Психосоматична медицина та загальна практика*. Том 8. № 4. <https://doi:10.26766/pmpg.v8i4.463>
189. Махнюк, В. М., Очеретяна, Г. В., Мишковська, А. А., Янко, Н. В. (2018). Гігієнічні питання використання високотехнологічного обладнання в медичних

- закладах стоматологічного профілю, вбудованих в житлові будинки. *Довкілля та здоров'я*, 4(89), 25–31.
190. Machniuk, V. M., Hopperia, V. G., Polka, O. O., Pavlenko, N. P., Ocheretyana, G. V. (2020). *Hygiene and ecology in state regulation of urban planning*: Monograph. Київ: Медінформ.
191. Чайка, Г. В., Махнюк, В. М. (2021). Організація зони спеціального призначення прилікарняної території під розміщення автостоянки для медпрацівників та пацієнтів з урахуванням закордонного досвіду. *Молодий вчений*, 1(89), 1–6.
192. Кундієв, Ю. І., Яворовський, О. П., Шевченко, А. М., Веремей, М. І., Вертеленко, М. В., Гончрук, Г. О., Шкурко, Г. А. (2011). *Гігієна праці*: Підручник. Київ: Медицина.
193. Володій, М. О. (2012). *Особливості умов праці лікарів основних фахів та профілактика розвитку виробничо-зумовленої та професійної захворюваності*. (Автореф. дис. ... канд. мед. наук). Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, Київ.
194. Сагош, О. Д., Катрушов, О. В., Філатова, В. Л. (2015). *Охорона праці в галузі*: Навчально-методичний посібник. Полтава.
195. Яворовський, О. П., Веремей, М. І., Зенкіна, В. І., Паустовський, Ю. О., Сук, В. Г., Шкурко, Г. А., ... Мурланова, К. С. (2017). *Охорона праці в медичній галузі*: Навчально-методичний посібник. (2-ге вид., випр.). Київ: Медицина.
196. Яворовський, О. П., Сергета, І. В., Паустовський, Ю. О., Скалецький, Ю. М., Зенкіна, В. І., Веремей, М. І., Омельчук, М. А. (2021). *Охорона праці в медичній галузі*: Підручник. Київ: Медицина.
197. Яворовський, О. П., Шкурба, А. В., Скалецький, Ю. М., Брухно, Р. П., Харчук, Л. В., Бугро, В. І., Риган, М. М. (2020). Гігієна та охорона праці медичного персоналу в умовах подолання пандемії COVID-19 (перше повідомлення). *Довкілля та здоров'я*, 3(96), 10–18.
198. Рогач, І. М., Рего, О. Ю. (2021). *Охорона праці в медичній галузі*: Навчальний посібник. Ужгород: Ужгородський національний університет.
199. Салманов, А. (2017). Охорона праці медичних працівників у системі інфекційного контролю. *Журнал заступника головного лікаря*, 3, 34–44.
200. Буряк, О., Димчук, О., Прокопенко, Т., Колісник, О. (2021). Безпека праці та охорона здоров'я медичних сестер за умови пандемії COVID-19. *Медсестринство*, 2, 5–10. <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2021.2.12272>
201. Кундієв, Ю. І., Нагорна, А. М., Варивончик, Д. В. (2014). *Професійні*

інфекційні хвороби. Київ: Авіцена.

202. Кундієв, Ю. І. (Уклад.), Андрейчин, М. А. (Уклад.), Нагорна, А. М. (Уклад.), Копча, В. С. (Уклад.). (2016). *Профілактика професійних ВІЛ-інфекцій та гепатитів В і С у сфері медичних послуг*: Методичні рекомендації. Київ.
203. Лашкул, З. В., Курочка, В. Л. (2014). Соціально-гігієнічне дослідження факторів ризику серцево-судинних захворювань серед лікарів різних фахових груп, з'ясування ставлення лікарів до проблем профілактики. *Запоріжський медичний журнал*, 3, 23–25.
204. Дужий, І. Д., Бондаренко, Л. А., Олещенко, Г. П., Олещенко, В. О. (2017). Захворюваність на туберкульоз медичних працівників. *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*, 3, 99–103.
205. Литвинюк, О. П. (2018). *Туберкульоз у медичних працівників: захворюваність, структура, клінічні особливості, результати лікування, прогнозування ризику розвитку*. (Автореф. дис. ... канд. мед. наук). Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України, Київ.
206. Боднар, Л. П., Боб, А. О., Боднар, Р. Я., Рега, Н. І., Боднар, Т. В. (2018). Фактори ризику професійних захворювань медичних працівників (огляд літератури). *Вісник наукових досліджень*, 2, 6–10. <https://doi.org/10.11603/2415-8798.2018.2.8929>
207. Тимошина, Д. П., Лубянова, І. П. (2015). Проблеми здоров'я працівників медичної галузі в Україні. *Управління закладами охорони здоров'я*, 8, 54–58.
208. Нагорна, А. М., Соколова, М. П., Кононова, І. Г. (2016). Професійна захворюваність медичних працівників в Україні як медико-соціальна проблема. *Український журнал з проблем медичної праці*, 2(47), 3–16.
209. Баркевич, В. А. (2017). Гігієна праці і стан здоров'я медичних працівників різних спеціальностей. *Військова медицина України*, 17, 54–58.
210. Яворовський, О. П., Скалецький, Ю. М., Риган, М. М., Майстренко, В. В., Горваль, А. К., Брухно, Р. П. (2020). Аналіз виробничого травматизму у медичній сфері. *Довкілля та здоров'я*, 1, 24–34.
211. Сидоренко А. С. (2021). Безпека праці медичних працівників в умовах поширення пандемії COVID-19 (аналіз практичних рекомендацій міжнародних організацій). *Питання боротьби зі злочинністю*, 42, 60–66.
212. Березовський, А. П., Трус, О. М., Прокопенко, Е. В. (2021). Аналіз професійних захворювань на виробництві в Україні. *Вісник аграрної науки Причорномор'я*, 111(3), 92–100. <http://surl.li/ntmhi>
213. Хиць, А. (2021). COVID-19: безпека праці та здоров'я медичних працівників.

- Український медичний часопис*, 19 квітня, 1–4. <https://api.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2021/04/CovMed.pdf>
214. Яворовський, О. П., Скалецький, Ю. М., Брухно, Р. П., Шкурба, А. В., Киричук, І. М., Риган, М. М. (2020). Проблеми безпеки, гігієнічні праці та інфекційного контролю в боротьбі з професійними захворюваннями медичних працівників на COVID-19 у закладах охорони здоров'я України. *Медичні перспективи*, 25(4), 159–165. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2020.4.221660>
215. Федорчук-Мороз, В. І., Рудинець, М. В., Мороз, М.-Б. С. (2020). Стан безпеки та гігієни праці медичних працівників у сучасних умовах / *Вісник ЛДУБЖД*, 22, 59–65. <https://doi.org/10.32447/20784643.22.2020.08>
216. Яворовський, О. П., Шкурба, А. В., Скалецький, Ю. М., Брухно, Р. П., Харчук, Л. В., Бугро, В. І., ... Риган, М. М. (2020). Гігієна і безпека праці медичного персоналу в умовах подолання пандемії COVID-19. Друге повідомлення: зміни і проблеми. *Довкілі та здоров'я*, 4(97), 4–13. <https://doi.org/10.32402/dovkil2020.04.004>
217. Андрейчин, М. А., Марків, Б. Є., Завіднюк, Н. Г., Йосик, Я. І. (2021). Професійна захворюваність на COVID-19 у медичних працівників. *Інфекційні хвороби*, 4(106), 21–25. <https://doi.org/10.11603/1681-2727.2021.4.12835>
218. Яворовський, О. П., Скалецький, Ю. М., Риган, М. М., Майстренко, В. В., Горваль, А. К., Брухно, Р. П. (2020). Аналіз причин виробничого травматизму у медичній сфері як підґрунтя для його попередження. *Український журнал військової медицини*, 1(2), 24–34. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2020.2\(1\)-024](https://doi.org/10.46847/ujmm.2020.2(1)-024)
219. Яворовський, О. П., Риган, М. М., Науменко, О. М., Скалецький, Ю. М., Гичка, С. Г., Іванько, О. В., ... Горваль, А. К. (2021). Культура безпеки пацієнтів у вітчизняних лікарняних закладах (повідомлення 1). *Медичні перспективи*, 26(3), 179–187. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2021.3.242257>
220. Яворовський, А. П., Риган, М. М., Науменко, О. М., Скалецький, Ю. М., Гичка, С. Г., Іванько, О. В., ... Киричук, І. М. (2021). Порівняльний аналіз культури безпеки у вітчизняних та зарубіжних лікарняних закладах і підприємствах інших сфер діяльності (повідомлення 2). *Медичні перспективи*, 26(4), 153–160. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2021.4.248210>
221. *Legal capacity of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems*. (2013). office of the European Union. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://fra.europa.eu/sites/default/files/legal-capacity-intellectual-disabilities-mental-health-problems.pdf>
222. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод. № ETS N005.

- (4 листопада 1950). *LIGA*
[360.http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/ed_1950_11_04/an/2/MU50K02U.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/ed_1950_11_04/an/2/MU50K02U.html)
223. Шуміло, І. А. (2018). *Міжнародна система захисту прав людини*: Навчальний посібник. Київ: Голембовська О. О.
224. Helsinki final act: Final act of the 1st CSCE Summit of Heads of State or Government, № 994_055. (1 August 1975). *Organization for Security and Co-operation in Europe*. <https://www.osce.org/helsinki-final-act>
225. Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження: Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації. (червень 1964). *Верховна Рада України: Законодавство України*. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_005#Text
226. Legal Capacity in Europe: A Call to Action to Governments and to the EU: mental disability advocacy center. (October 2013). https://mdac.org/sites/mdac.info/files/legal_capacity_in_europe.pdf
227. Situation of the mentally ill: Recommendation № 818. (8 October 1977). *Parliamentary Assembly*. <http://surl.li/nsuwm>
228. Declaration of Hawaii II: As approved by the General Assembly of the World Psychiatric Association in Vienna, 10 July 1983. *World Psychiatric Association*. <https://www.wpanet.org/declaration-of-hawaii-ii>
229. Mental health in the future: Conference of European health ministers, 16–18 April 1985, Stockholm. <https://rm.coe.int/09000016809b6c5e>
230. WPA Statement and Viewpoints on the Rights and Legal Safeguards of the Mentally III: (adopted by the WPA General Assembly in Athens, 17 October 1989. *World Psychiatric Association*. <https://www.wpanet.org/wpa-statement-and-viewpoints-on-the>
231. Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care: Adopted by General Assembly resolution, № 46/119 (17 December 1991). *Equal Rights Trust*. <http://surl.li/nsvjh>
232. Involuntary placement in psychiatric establishments: Extract from the 8th general report of the CPT. (1998). *Atlas of Torture*. <https://atlas-of-torture.org/en/entity/yyvu0ac4api>
233. Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental health problems. European Union Agency for Fundamental Rights. (2012). *Office of the European Union*. <http://surl.li/nlryt>
234. Parliamentary Assembly. (1994). *Psychiatry and human rights*: Recommendation № 1235. (12 April 1994). <http://surl.li/nunju>
235. ООН з питань освіти, науки і культури. (1994). Саламанська декларація та

- Рамки дій щодо освіти осіб з особливими освітніми проблемами: Прийнята Всесвітньою конференцією щодо освіти осіб з особливими освітніми потребами, 7–10 червня 1994. *Верховна Рада України*. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_001-94#Text
236. Madrid declaration on ethical standards for psychiatric practice: Approved by the general assembly of the world psychiatric association. (August 25 1996). *World Psychiatric Association*. <https://www.wpanet.org/current-madrid-declaration>
237. Європейська соціальна хартія: (переглянута). Страсбург, 3 травня 1996 р. *Верховна Рада України*. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062#Text
238. Alternative report to the UN committee on the rights of persons with disabilities: Adopted in Brussels by European disability forum's board of directors, 8–9 November 2014. <http://surl.li/nswzi>
239. Право на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я. (2012). В І. Берн, Т. Езер, Дж. Коен, Дж. Оверал, І. Сенюта. Права людини у сфері охорони здоров'я: Практичний посібник. Львів: Медицина і право. <http://pravolib.pp.ua/pravo-na-ivysishiy-dostijimiy-uroven-23266.html>
240. Імплементація Європейського досвіду щодо діджиталізації закладів охорони здоров'я України з надання психологічної та психіатричної допомоги населенню в сучасних умовах / Чорна В. В., Серебреннікова О. А., Ангельська В. Ю. [та ін.]. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2022. № 4 (Т.26). С.628-632. DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2022-26(4)-19
241. World Health Organization. (2003). Organization of services for mental health: *Mental health policy and service guidance package*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/333104/9241545925-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
242. Оксентюк, Н. В. (2018). Проблеми психічного здоров'я: Європейський досвід. *Психологія: реальність і перспективи*, 10, 106–113. http://nbuv.gov.ua/UJRN/prp_2018_10_19
243. Improving the mental health of the population: Towards a mental health strategy for the European Union. (14 October 2005). chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf
244. Mental health action plan for europe: Facing the challenges, building solutions. (2005). *BWHO European ministerial conference on mental health: facing the challenges, Building Solutions*, 12–15 January 2005. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/333104/9241545925-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- 5/349859/WHO-EURO-2005-4248-44007-62062-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
245. Європейська декларація з охорони психічного здоров'я: Проблеми та шляхи їх вирішення (Гельсінкі, 2005). *Психічне здоров'я, 4(5), 4–9.*
246. Європейський план дій з охорони психічного здоров'я: Звіт з Європейської конференції ВООЗ на рівні міністрів. (2006). В *Сенюта І. Юридичне забезпечення прав осіб з психічними розладами в місцях несвободи: аналітичне дослідження.* chrome-extension://efaidnbmninnibpcajpcglclefindmkaj/https://rm.coe.int/report-psy psychiatry-2022-web/1680a63357
247. Всемирная организация здравоохранения. (2008). О психическом здоровье в странах, которые образовались после распада СССР: Декларация ВООЗ. Мериано (Италия).
248. World Health Organization. (2008). Polityky ta praktyky schodo psykhičnoho zdorov'ia v Yevropi borot'ba iz trudnoschamy. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark.
249. European Parliament. (2009). Resolution of Mental Health of January 28, 2009. European Parliament, Strasbourg, France.
250. «Комплексному плані заходів у сфері психічного здоров'я на 2013-2030 рр.». World Health Organization. WHO/EURO:2023-2618-42374-71262/ URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373791/WHO-EURO-2023-2618-42374-71262-ukr.pdf?sequence=5>
251. World Health Organization. (2017). *Culture and reform of mental health care in central and eastern Europe: workshop on culture and reform of mental health care in central and eastern Europe.* <http://surl.li/ntcty>
252. World Health Organization. (2012). *Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors: Background paper by WHO secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan.* <http://surl.li/ntcx d>
253. World Health Organization. (2012). Health 2020: foundations of European policy in support of the actions of the entire state and society in the interests of health and wellbeing, Malta. 2012.
254. World Health Organization. (2016). *WHO QualityRights Tool Kit: Assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities.* <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70927/3/9789241548410eng.pdf>
255. World Health Organization. (2021). *Mental health atlas 2020.* <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
256. International Labour Organization. (2020). *ILO Standarts and COVID-19 (coronavirus): FAQ: key provisions of international labour standarts reltvant to the*

- evolving COVID-19 outbreak. <http://surl.li/nmlaz>
257. World Health Organization. (28 April 2020). *WHO calls for healthy, safe and decent working conditions for all health workers, amidst COVID-19 pandemic: World day for safety and health at work.* https://www.who.int/news/item/28-04-2020-20200428_protect_workers
258. Ochrony Zdrowia Psychicznego. (2022). *Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w Centrum zdrowia psychicznego: Założenia projektu.* (Zeszyt 1, wydanie 2). <http://surl.li/ntlcz>
259. Закон України “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо надання психіатричної допомоги” № 2205-VIII (2017). *Відомості Верховної Ради, 51–52.* <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2205-19#Text>
260. Реформування системи охорони психічного здоров'я населення країн світу в контексті архітектурно-планувальних рішень сучасних закладів охорони здоров'я. Белов О.О., Гаркавий С.І., Хоменко І.М., Івахно О.П., Махнюк В.М. Перспективи та інновації науки. 2024. № 1(35). С.807-818
261. Постанова КМУ України “Деякі питання створення госпітальних округів” № 1074. (2019). *Верховна Рада України.* (Із змінами і доповненнями № 589 (2020) № 97 (2023)). <http://surl.li/nuij>
262. Постанова КМУ України “Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення 2022 році” № 1440 (2021). *Верховна Рада України.* <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1440-2021-%D0%BF#Text>
263. Закон України “Про внесення змін до деяких законів України щодо визначення територій та адміністративних центрів територіальних громад” № 562-IX (2020). *Відомості Верховної Ради України, 35.* <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/562-20#Text>
264. Постанова КМ України “Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році” № 1464 (2022). *Верховна Рада України.* <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1464-2022-%D0%BF#Text>
265. Розпорядження КМ України “Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року” № 1018-р. (2017). *Верховна Рада України.* <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text>
266. Розпорядження КМ України “Про затвердження плану заходів на 2021–2023 роки з реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року” № 1215 (2021). *Верховна Рада України.* <http://surl.li/noeel>
267. Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року (2018). *Нейронews, 2(95), 6–10.* <http://surl.li/noefb>

268. Kesale, A. M., Mahonge, C., Muhanga, M. (2022). Effects of decentralization on the functionality of health facility governing committees in lower and middle-income countries: a systematic literature review. *Global Health Action*, 15(1). <https://doi.org/10.1080/16549716.2022.2074662>
269. Чорна, В. В. (2021). Порівняльний аналіз фінансування сфери охорони здоров'я України та країн ЄС. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, 1, 45–49. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2021.1.12142>
270. World Health Organization. (2017). *Addressing comorbidity between mental disorders and major noncommunicable diseases*. https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/342297/Comorbidity-report_E-web.pdf.
271. Chorna, V., Hudzevych, L. (2023). Deinstitutionalization of the mental health care system and analysis of the incidence and prevalence of mental illness in the population of different countries of the world and Ukraine. *BTheoretical and practical aspects of science development: Scientific monograph. Part 2.* (p. 391–430). Riga (Latvia): Baltija Publishing. <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-355-2-31>
272. Soranz, D., Pinto, L. E., Penna, G. O. (2016). Eixos e a reforma dos cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*, 21(5), 1327–1338. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.01022016>
273. Levin, L., Levy, A. (2020). National reforms in mental health and social care services: comparative, text-based explorations of consumer involvement and service transparency. *Community Mental Health Journal*, 56(1), 42–49. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00499-1>
274. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. № 111. (19 Sierpnia 1994). Polska. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19941110535/U/D19940535Lj.pdf](https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19941110535/U/D19940535Lj.pdf)
275. W sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego: Rozporządzenie ministra zdrowia. Poz. 852. (27 kwietnia 2018). *Dziennik ustaw Rzeczypospolitej Polskiej*, 9 maja. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180000852>
276. Чмель, О., Пустовойт, Д., Шігаль, А. (2018). Аналіз системи охорони здоров'я в Польщі. *Сучасні економічні дослідження*, 1, 3–20.
277. Оксентюк, Н. В. (2018). Проблеми психічного здоров'я: Європейський досвід. *Збірник наукових праць РДГУ*, 10, 107–114.
278. Lorant, V., Grard, A., Van Audenhove, C., Helmer, E., Vanderhaegen, J., Nicaise, P. (2016). Assessment of the priority target group of mental health service networks within

- a nation – wide reform of adult psychiatry in Belgium. *BMC Health Services Research*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1434-2>
279. World Psychiatric Association. (2020). *Експертний комітет ВПА щодо кризи психічного здоров'я в Україні*: Концептуальна записка. (червень 2020). <https://www.gip-global.org/files/ukraine-policy-brief-final-ua.pdf>
280. Чорна, В. В., Махнюк, В. М., Очеретяна, Г. В., Клименко, Г. В., Тарасова, Н. М. (2020). Деінституціоналізація охорони психічного здоров'я в Україні та країнах ЄС. В *Фізичні фактори довкілля та їх вплив на формування здоров'я населення України*: Збірка тез доповідей науково-практичної конференції. Вип. 20. (с. 77–79). Київ. <http://surl.li/nodes>
281. Khlestova, S. S., Chorna, V. V., Gumeniuk, N. I., Sprut, O. V., Khliestova, I. V. (2021). Psychophysiological determinants of human longevity. В *Наукові досягнення медичної галузі та фармації країн ЄС*: Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції. (р. 202–205). Ченстохова, (Польща).
282. Закон України “Про психіатричну допомогу” № 1489-III (2000). *Відомості Верховної Ради України*, 19. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text>
283. Полька Н. С., Хоменко І. М., Івахно О. П., Гаркавий С. І., Белов О. О. *Проблеми ментального здоров'я в сучасній системі громадського здоров'я України. Вісник соціальної гігієни та організації здоров'я України. 2023. № 4(98). С. 52-60*
284. Chorna, V.V., Antomonov M. Y. et al. (2025). Psychological consequences of war as a real threat to young people with post-traumatic stress disorder. *Theoretical and practical aspects of science development*. European Journal of Clinical and Experimental Medicine 2025 Volume 23(1)/2025
285. Чорна, В. В., Махнюк, В. М. (2020). До питання оцінки якості умов перебування психічно хворих у лікувальних закладах в умовах стаціонару за опитуванням їхніх родичів. *Молодий вчений*, 11(87), 234–243. <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2020-11-87-50>
286. Polka, N. S., Makhniuk, V. M., Chorna, V. V., Podolian, V. M., Yurchenko, S. T. (2022). Hygienic assessment of new architectural and planning solutions buildings of psychiatric health care facilities. *Медичні перспективи*, 27(3), 135–141. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2022.3.265960>
287. Чорна, В., Махнюк, В., Юрченко, С., Сердюк, Є., Назаренко, В. (2021). Вплив архітектурно-планувальних рішень на санітарно-гігієнічні умови праці медпрацівників, пацієнтів психіатричних лікарень України та країн ЄС. *Молодий вчений*, 1(89), 20–27. <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2021-1-89-5>
288. Імереллі, Р. Е., Казачинська, К. П., Мойса, Б. С., Шум, С. С. (2016). *Права осіб*

із проблемами психічного здоров'я. Дотримання прав людини у психіатричних лікарнях: Аналітичний звіт Української Гельсінської спілки з прав людини. Київ: КИТ.<http://surl.li/noeob>

289. Szpital Klinicznym. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie. <https://mapujpomoc.pl/placowki/szpital-kliniczny-im-dr-jozefa-babinskiego/>
290. Наказ МОЗ України “Про затвердження Державних санітарних норм та правил “Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною” № 400 (2010). *Верховна Рада України*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0452-10#Text>
291. Махнюк, В. М., Чайка, Г. В., Чорна, В. В., Ларченко, І. В., Могильний, С. М., Павленко, Н. П., ... Пелех Л. В. (2021). Питання розміщення вбудованих у житлові будинки закладів охорони здоров'я у контексті гігієнічних, епідеміологічних, психогенних та містобудівних аспектів (огляд літератури) *Гігієна населених місць*, 71, 25–36. <https://doi.org/10.32402/hygiene2021.71.025>
292. Вінницький обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України. Звіт про роботу з контролю за факторами навколишнього середовища, що впливають на стан здоров'я населення: за період 2013–2022 рр. <http://cgz.vn.ua/>
293. НДІБК. (2018). *Природне і штучне освітлення*. (ДБН В.2.5-28:2018). Київ: Мінрегіон України. https://ledeffect.com.ua/images/_branding/dbn2018.pdf
294. Наказ МОЗ України «Про затвердження Державних санітарних норм допустимих рівнів шуму в приміщеннях житлових та громадських будинків і на території житлової забудови» № 463 (2019). *Верховна Рада України*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0281-19#Text>
295. Постанова МОЗ України «Санітарні норми виробничого шуму, ультразвуку та інфразвуку ДСН 3.3.6.037» № 37 (1999). *Верховна Рада України*. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va037282-99#Text>
296. НДІБК. (2014). Захист територій, будинків і споруд від шуму (ДБН В.1.1-31:2013). *БУДСТАНДАРТ Online*. http://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=56317
297. МОЗ України. (1999). Санітарні норми мікроклімату виробничих приміщень (ДСН 3.3.6.042-99). *БУДСТАНДАРТ Online*. <http://surl.li/eyfsr>
298. МОЗ України. (2014). Державні санітарні норми та правила. Гігієнічна класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу. *БУДСТАНДАРТ Online*. <http://surl.li/nwjfm>
299. МОЗ України. (1999). Санітарні норми мікроклімату виробничих приміщень

- (ДСН 3.3.6.042-99). *БУДСТАНДАРТ Online*. <http://surl.li/eyfsr>
300. МОЗ України. (2014). Державні санітарні норми та правила. Гігієнічна класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу. *БУДСТАНДАРТ Online*. <http://surl.li/nwjfm>
301. Chorna, V. V., Lototska, L. B., Karimulin, R., Hubar, A., Khliestova, I. (2023). Risk factors of in-hospital infections occurrence in healthcare institutions in Ukraine and EU countries. *Georgian Medical al News*, 3(336), 17–21. https://geomednews.com/Articles/2023/3_2023/17-21.pdf
302. Chorna, V. V., Makhniuk, V. M. (2020). Comparative characteristics of the conditions of stay and socialization of patients with psychoneurological pathology in Ukraine and the Poland Republic. В *Challenges and achievements of medical science and education: Collective monograph*. (s. 383–411). Riga (Latvia): Baltija Publishing. <https://dspace.vnmu.edu.ua/handle/123456789/5727>
303. Чорна, В. В. (2023). Важливість створення безпечного лікарняного середовища у профілактиці інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги. *Одеський медичний журнал*, 1(182), 18–23. <https://doi.org/10.32782/2226-2008-2023-1-3>
304. Чорна, В. В., Сергета, І. В., Хлестова, С. С. (2022). Охорона психічного здоров'я України та психіатрична допомога. В *International scientific innovations in human life: Proceedings of XI International scientific and practical conference*. (с. 157–165). Manchester (United Kingdom). <https://dspace.vnmu.edu.ua/handle/123456789/5864>
305. Chorna, V. V., Makhniuk, V. M., Khliestova, S. S., Gumeniuk, N. I. (2020). Assessment of the quality of medical services to relatives of the mentally ill who are in inpatient treatment. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, 38, 5–11. <https://doi.org/10.31393/bba38-2020-01>
306. Чорна, В. В., Гуменюк, Н. І., Сидорчук, Т. М., Поляруш, В. В., Фурман, Л. Б., Шевчук, А. М. (2021). Гігієнічне обґрунтування заходів з оптимізації умов життєдіяльності та реабілітації у закладах нового типу для пацієнтів з психічними розладами. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 25(2), 314–319. [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2021-25\(2\)-232021](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2021-25(2)-232021)
307. Чорна, В., Махнюк, В., Хлестова, С., Гуменюк, Н. (2020). Порівняльний аналіз організації лікувального харчування в психіатричних лікарнях України та країн ЄС. *Молодий вчений*, 12(88), 264–271. <http://surl.li/nwjgo>
308. Чорна, В. В., Сергета, І. В., Махнюк, В. В. (2019). Сучасні підходи до

- створення внутрішньолікарняного комфорту для хворих та медичного персоналу в психіатричних закладах охорони здоров'я. *Biomedikal and Biosocial anthropology*, 35, 48. <https://doi.org/10.31393/bba34-2019-08>
309. Deng, Y., Wang, A.-L., Frasso, R., Ran, M.-S., Zhang, T.-M., Kong, D., Wong, Y.-L. I. (2021). Mental health – related stigma and attitudes toward patient care among providers of mental health services in a rural Chinese county. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(3), 610–618. <https://doi.org/10.1177/0020764021992807>
310. McLaren, T., Peter, L.-J., Tomczyk, S., Muehlan, H., Schomerus, G., Schmidt, S. (2023). The seeking mental Health care model: prediction of help-seeking for depressive symptoms by stigma and mental illness representations. *BMC Public Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14937-52023>
311. Koschorke, M., Oexle, N., Ouali, U., Cherian, A. V., Deepika, V., Mendon, G. B., ... Kohrt, B. A. (2021). Perspectives of healthcare providers, service users, and family members about mental illness stigma in primary care settings: a multi-site qualitative study of seven countries in Africa, Asia, and Europe. *PLoS One*, 16(10), e0258729. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258729>. eCollection 2021
312. Catalano, L. T., Brown, C. H., Lucksted, A., Hack, S. M., Drapalski, A. L. (2021). Support for the social-cognitive model of internalized stigma in serious mental illness. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 41–47. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.014>
313. Kochański, A., Cechnicki, A. (2017). The attitudes of psychiatrists toward people suffering from mental illnesses. *Psychiatria Polska*, 51(1), 29–44. <https://doi.org/10.12740/pp/62400>
314. Henderson, C., Ouali, U., Bakolis, I., Berbeche, N., Bhattarai, K., Brohan, E., ... Thornicroft, G. (2022). Training for mental health professionals in responding to experienced and anticipated mental health – related discrimination (READ-MH): protocol for an international multisite feasibility study. *Pilot and Feasibility Studies*, 8(1), 257. <https://doi.org/10.1186/s40814-022-01208-8>
315. Чорна, В. В., Махнюк, В. М., Хлестова, С. С., Гуменюк, Н. І., Хлестова, І. В. (2020). Питання стигматизації психічно хворих з боку студентів медиків та медичного персоналу психіатричних закладів та заходи з її мінімізації. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 24(2), 309–315. [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2020-24\(2\)-19](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2020-24(2)-19)
316. Чорна, В. В., Васенко, Т. Б., Спрут, О. В., Хлестова, І. В. (2023). Явища стигматизації медичних працівників та здобувачів ЗВО по відношенню пацієнтів з психічними розладами та профілактичні напрямки. В*Conceptual options for the*

- development and improvement of medical science and psychology*: Collective monograph. (с. 89–104). Boston: Primedia eLaunch. <https://doi.org/10.46299/isg.2023.mono.med.3.3.3>
317. Шевчук, Т. І., Чорна, В. В., Хлестова, С. С. (2023). Організаційно-педагогічні умови формування соціокомунікативної компетентності майбутніх лікарів-психологів в процесі їхньої професійної підготовки. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 27(3), 430–436. [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2023-27\(3\)-13](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2023-27(3)-13)
318. Chorna, V. V., Khlestova, S. S. (2020). The bullying phenomenon among students as medical and psychological problems. В *Modern researches in psychology and pedagogy*: Collective monograph. (p. 353–372). Riga: Baltija Publishing.
319. Chorna, V. V., Podolian, V. M. (2020). Changes in mental health after COVID-19 transfer and health care resources. *Scientific Journal of Polonia University*, 43(6), 263–268. <https://doi.org/10.23856/4334>
320. Чорна, В. В., Хлестова, С. С. Подолян, В. М., Івашкевич, Є. М., Сивак, В. М., Слободян, В. В., ...Гуменюк, Ю. К. (2022). Діагностика психічного стану здобувачів вищої медичної освіти як основна детермінанта їх професійного самовизначення. *Український журнал військової медицини*, 3,(3), 71–82. <http://surl.li/nomrj>
321. Чорна, В. В. (2019). Психічне здоров'я і стигматизація в умовах сьогодення. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 2(4). <https://uk-medjournal.com/index.php/psp/article/view/201>.
322. Fiscaro F, Lanza G, Concerto C, Rodolico A, Di Napoli M, Mansueto G, Cortese K, Mogavero MP, Ferri R, Bella R, Pennisi M. COVID-19 and Mental Health: A "Pandemic Within a Pandemic". *Adv Exp Med Biol*. 2024;1458:1-18. doi: 10.1007/978-3-031-61943-4_1
323. Slomian J., Honvo G., Emonts P. et al. Consequences of maternal postpartum depression: a systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health Lond*. 2019;15:1745506519844044. Doi: 10.1177/1745506519844044
324. Бортнікова О.Г. Особливості вияву депресивних станів у різних вікових груп. Соціально-правові студії. 2021.Вип.1(11). С. 163-172. URL: <https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/3713/1/22.pdf>
325. Whitney D.G, Peterson M.D. U.S national and state-level prevalence of mental health disorders and disparities of mental health care use in children. *JAMA Pediatrics*. 2019;173(4):389–391. Available at: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2724377>

326. Бедлінський В.О. Депресивна симптоматика: особливості перебігу залежно від віку пацієнтів. *НейроNews*. 2018. № 3. С.22-24
327. Напрєєнко О. К. Депресії при посттравматичному стресовому розладі у дітей та підлітків / О. К. Напрєєнко, Д. 1. Марценковський / *НейроNEWS* 2019. № 2. – С. 20-28.
328. Kasturi S., Oguoma V.M., Grant J.B. et al. Prevalence rates of depression and anxiety among oung rural and urban australians: a systematic review and meta-analysis. *Int journal Environ Res Public Health*. 2023;20(1):800. Doi: 10.3390/ijerph20010800
329. Wathelet M., Duhem S., Vaiva G. et al. Factors associated with mantal health disorders among university students in France Confined during the COVID-19 pandemic. *JAMA Netw Open*. 2020;3(10):e2025591. Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.25591
330. Fisher J.R., Tran T.D., Hammarberg K. et al. Mental health of people in Australia in the first month of COVID-19 restrictions: a national survey. *Med journal Aust*. 2020;213(10):458-464. Doi: 10.5694/mja2.50831
331. Solomou I., Constantinidou F. Prevalence and predictors of anxiety and depression symptoms during the COVID-19 pandemic and compliance with precautionary measures: age and sex matter. 2020;17(14):4924. Doi: 10.3390/ijerph17144924
332. Patel U.K., Mehta N., Patel A. et al. Long-term neurological sequelae among severe COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. *Cureus*. 2022;14(9):e29694. Doi: 10.7759/cureus.29694. eCollection 2022 Sep.
333. Rim S. J., Hahm B.-J., Seong, S. J., Park, J. E., Chang, S. M., Kim, B.-S., ...Park, S. (2023). Prevalence of mental disorders and associated factors in Korean Adults: National Mental Health Survey of Korea 2021. *Psychiatry Investigation*, 20(3), 262–272. <https://doi.org/10.30773/pi.2022.0307>
334. Hwang I, Chin S, Mun S, You MJ, Moon W, Lho SK. Psychometrics of the Korean Version of the screen for adult anxiety related disorders (SCAARED). *BMC Psychiatry*. 2024 May 30;24(1):383. doi: 10.1186/s12888-024-05800-5
335. World Health Organization, Premature death among people with severe mental disorders. Available at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/275718/9789241550383-eng.pdf?sequence=1>
336. Yang, W., Li, D., Gao, J., Zhou, X., Li, F. (2020). Decomposing differencnts in depressive symptoms between older rural - to – urban migrant workers and their counterparts in mainland China. *BMC Public Health*, 20(1), 1442. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09374-1>
337. Lu, J., Xu, X., Huang, Y., Li, T., Ma, C., Xu, G., ... Zhang, N. (2021). Prevalence of depressive disorders and treatment in China: a cross – sectional epidemiological study.

- The Lancet Psychiatry*, 8(11), 981–990. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00251-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00251-0)
338. Yang X, Yu L, Zhang S, Wei Z, Xie G, Wang J. Impact pathways of personality and psychosocial stress on depression among adult community residents in China: a fuzzy-set qualitative comparative analysis. *Front Psychol*. 2024 Jul 22;15:1375698. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1375698.
339. Fenn D, Coppel J, Kearney J, Everson L, Braithwaite S, Chodhari R. Walkie talkies to aid health care workers' compliance with personal protective equipment in the fight against COVID-19. *Crit Care*. 2020 Jul 13;24(1):424. doi: 10.1186/s13054-020-03150-8
340. Houghton, C., Meskell, P., Delaney, H., Smalle, M., Glenton, C., Booth, A., ... Biesty, L. M. (2020). Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD013582. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013582>
341. Young K.P., Kolcz D.L., O'Sullivan D.M. et al. Health care workers' mental health and quality of life during COVID-19: results from a mid-pandemic, national survey. *Psychiatr Serv*. 2021;72(2):122-128. Doi: 10.1176/appi.ps.202000424
342. Lane N.E., Hoben M., Amuah J.E. et al. Prevalence and correlates of anxiety and depression in caregivers to assisted living residents during COVID-19: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2022;22(1):662. Doi: 10.1186/s12877-022-03294-y
343. Rad Meysam, Rad Mehdi, Torghabeh L.H. et al. Increased nurses' anxiety disorder during the COVID-19 outbreak. *Brain Behav*. 2022;12(5):e2552. Doi: 10.1002/brb3.2552
344. Alkodaymi M.S., Omrani O/A., Fawzy N.A. et al. Prevalence of post-acute COVID-19 syndrome symptoms at different follow-up periods: a systematic review and meta-analysis. *Clin Microbiol Infect*. 2022;28(5):657-666/ doi: 10.1016/j.j.cmi.2022.01.014
345. Carod-Artal F.J. (2020).[Neurological complications of coronavirus and COVID-19. *Revista de Neurologia*. 70(9):311-322. doi: 10.33588/rn.7009.2020179
346. Gard R.K. (2020).Spectrum of neurological manifestations in COVID-19: A review. *Neurology India*. 68(3):560-572. doi: 10.4103/0028-3886.289000
347. Андрейчин, М. А., Ничик, Н. А., Завіднюк, Н. Г., Йосик, Я. І., Ішук, І. С., Івахів, О. Л. (2020). COVID-19: епідеміологія, клініка, діагностика, лікування та профілактика. *Інфекційні хвороби*, 2, 41–55. http://nbuv.gov.ua/UJRN/InfKhvor_2020_2_8
348. Яворовський, О. П., Скалецький, Ю. М., Брухно, Р. П. (2020). *Метод анкетування як інструмент оцінки умов праці медичного персоналу та управління ризиками в надзвичайних ситуаціях медико-біологічного характеру (на прикладі*

подолання пандемії COVID-19): Інформаційний лист № 145. Київ: Укрмедпатентінформ.

349. Яворовський, О. П., Скалецький, Ю. М., Брухно, Р. П., Харчук, Л. В., Киричук, І. М., Борис, В. М., Шуляренко, В. П. (2021). Особливості професійної захворюваності медичних працівників Житомирської області на COVID-19 та оцінка ризиків їх зараження вірусом SARS-COV-2 в аспекті безпеки, гігієни праці та інфекційного контролю. *Довкілля та здоров'я*, 1, 4–13. <https://doi.org/10.32402/dovkil2021.01.004>
350. Яворовський, О. П., Зенкіна, В. І. (2020). Медики України найменш захищені. *Охорона праці*, 6(312), 46–49.
351. Zheng, R., Zhou, Y., Fu, Y., Xiang, Q., Cheng, F., Chen, H., ... Li, J. (2021). Prevalence and associated factors of depression and anxiety among nurses during the outbreak of COVID-19 in China: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 114, 103809. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103809>
352. Chew, N. W. S., Lee, G. K. H., Tan, B. Y. Q., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N. J. H., ... Sharma, V. K. (2020). A multinational, multicenter study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 559–565. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049>
353. Nicolaou, C., Menikou, J., Lamnisos, D., Lubenko, J., Presti, G., Squatrito, V., ... Gloster, A. T. (2021). Mental health status of healthcare workers during the COVID-19 outbreak: an international study. *European Journal of Psychology Open*, 80(1/2), 62–76. <https://doi.org/10.1024/2673-8627/a000010>
354. Bai, W., Xi, H.-T., Zhu, Q., Ji, M., Zhang, H., Yang, B.-X., ... Xiang, Y.-T. (2021). Network analysis of anxiety and depressive symptoms among nursing students during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 294, 753–760. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.072>
355. Chorna, V., Khliestova, S., Pashkovskiy, S., Humeniuk, Y., Khliestova, I. (2022). Characteristics of the state of mental health of the population of Ukraine as a consequence of prolonged hostilities. *Acta Balneologica*, 64(6), 568–573. <https://doi.org/10.36740/abal202206114>
356. Чорна, В. В. (2021). Порушення психічного здоров'я населення України після перенесення COVID-19. В *Громадське здоров'я в глобальному та регіональному просторі – виклики в умовах пандемії COVID-19 та перспективи розвитку: Матеріали Третього наукового симпозіуму з міжнародною участю*, 22–24 вересня 2021 року. (с. 10–12). Тернопіль.

357. Young, K. P., Kolcz, D. L., O'Sullivan, D. M., Ferrand, J., Fried, J., Robinson, K. (2021). Health care workers' mental health and quality of life during COVID-19: results from a mid-pandemic, national survey. *Psychiatric Services*, 72(2), 122–128. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000424>
358. Bryant-Geneviev, J., Rao, C. Y., Lopes-Cardozo, B., Kone, A., Rose, C., Thomas, I., ... Byrkit, R. (2021). Symptoms of depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, and suicidal ideation among state, tribal, local, and territorial public health workers during the COVID-19 pandemic – United States, March–April 2021. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(26), 947–952. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7026e1>
359. El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yrondi, A., Brunault, P., Bienvenu, T., ... Aouizerate, B. (2020). Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks? *L'Encéphale*, 46(3), 73–80. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>
360. Oral, R., Ramirez, M., Coohy, C., Nakada, S., Walz, A., Kuntz, A., Benoit, J., Peek-Asa, C. (2015). Adverse childhood experiences and trauma informed care: the future of health care. *Pediatric Research*, 79(1–2), 227–233. <https://doi.org/10.1038/pr.2015.197>
361. World Health Organization. (2022). *Mental health week 2022: Supporting the mental health and well-being of children and adolescents*: Meeting report, 3–5 November 2022. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/366631>
362. World Health Organization. (2021). Comprehensive mental health action plan, 2013–2030. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
363. Центр громадського здоров'я МОЗ України. *Статистичні дані МОЗ*. <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanividomstva.html>
364. Пінчук, І. Я. (2021). Для чого створювати мобільні мультидисциплінарні команди з психичного здоров'я? *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*, 4(125). <http://surl.li/enaff>
365. Лист звернення Асоціації психіатрів України до Президента України. № 31. (30 квітня 2020 р.). <https://wz.lviv.ua/news/411253-asotsiatsiia-psykhiatriv-ukrainy-zvernulasia-do-vlady-cherez-urizannia-finansuvannia-psykhiatrychnykh-zakladiv>
366. Шаблон статистичної форми № 10 – Звіт щодо надання психіатричної допомоги населенню за 2018 рік, 2019 рік, 2020 рік. Інститут судової психіатрії МОЗ України. <http://surl.li/nnuls>
367. Chorna, V., Rybinskyi, M., Hudzevych, L., Savichan, K., Hmel, L., Shevchuk, A. (2023). Psychological/psychiatric care services in Ukraine due to the consequences of full-scale war. *Georgian Medical al News*, 9(342), 142–148. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpajpcggleclfindmkaj/https://www.geomednews.com/Articles/2>

368. Chorna, V., Shevchuk, A. (2021). Сучасний стан психічного здоров'я у XXI столітті в умовах реформування сфери охорони здоров'я. В *European vector of development of the modern scientific researches*: Monograph.(p. 1–21). Riga (Latvia): “Baltija Publishing”. <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-077-3-1>
369. World Health Organization. Regional Office for Europe. (2018). *European health report 2018: More than numbers – evidence for all*.<https://apps.who.int/iris/handle/10665/279878>
370. Чорна, В. В. (2023). До питання готовності вітчизняних лікувально-профілактичних закладів до захисту психічного здоров'я населення України, що постраждало внаслідок військових дій. *Довкілля та здоров'я*, 1(106), 10–18. <https://doi.org/10.32402/dovkil2023.01.010>
371. Чорна, В. В., Хлестова, С. С., Гуменюк, Н. І., Махнюк, В. М., Сидорчук, Т. М. (2020). Показники захворюваності і поширеності та сучасні погляди на профілактику хвороб. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 24(1), 158–164. [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2020-24\(1\)-31](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2020-24(1)-31)
372. Чорна, В. В., Доценко, В. М., Махнюк, В. М., Очеретяна, Г. В. (2021). Методичні підходи до створення індексів для комплексної оцінки стану здоров'я населення та забезпечення його медичною допомогою. *Довкілля та здоров'я*, 1(98), 20–28. <https://doi.org/https://doi.org/10.32402/dovkil2021.01.020>
373. Chorna, V. V., Makhniuk, V. M., Khliestova, S. S., Gumeniuk, N. I. (2021). Monitoring and assessment of human health and medical care in Ukraine. *International Journal of Scientific Research and Management*, 9(1), 305–319. <https://doi.org/10.18535/ijstrm/v9i01.mp01> Monitoring and Assessment of Human Health and Medical Care in Ukraine.
374. Chorna, V., Makhniuk, V., Gumeniuk, N., Khliestova, S., Tomashevskiy, A. (2020). Comparative analysis of morbidity indicators among the population of the eu and Ukraine under conditions of stressed load of the Anti-terrorist operations and psychoprophylactic measures. *Georgian medical al news*, 5(302), 147–154. <http://surl.li/nvvhd>
375. Корольова, Н. Д., Чорна, В. В., Чмиленко, О. В., Кравчук, Д. С. (2017). Психологічні розлади, допомога при різних умовах їх виникнення / [та ін.]. В *Актуальні питання медичної допомоги в умовах війни на сході України, цивільних умовах, психологічна реабілітація*: Матеріали XV науково-практичної конференції. (с. 70–76). Вінниця.
376. Чорна, В. В., Махнюк, В. М. (2020). Психічне здоров'я населення України:

- частота, структура. В *Матеріали XVII науково-практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю “Перший крок в науку – 2020”*. (с. 520–521). Вінниця. <http://surl.li/nntvr>
377. Кокун, О. М., Пішко, І. О., Лозінська Н. С., Копаниця, О. В., Малхазов, О. Р. (2011). *Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів: Методичний посібник*. Київ: НДЦ ГП ЗСУ.
378. Чорна, В. В., Махнюк, В. М., Хлестова, С. С., Гуменюк, Н. І., Чайка, Г. В. (2021). Ставлення медичних працівників сфери охорони психічного здоров'я до власного здоров'я. *Медичні перспективи*, 26,(2), 188–196. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2021.2.234733>
379. Чорна, В. В., Хлестова, С. С., Гуменюк, Н. І. (2021). Ставлення медичних працівників охорони здоров'я психіатричного профілю України до власного здоров'я. В *Концепція сучасної фармації та медицини в Україні та країнах ЄС: Матеріали міжнародної наукової конференції*. (с. 162–165). Влоцлавек (Польща).
380. Кокун, О. М. (2004). *Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності*: Монографія. Київ: Міленіум.
381. Корольчук, М. С. (2009). *Психофізіологія діяльності: Підручник для студентів вищих навчальних закладів*. Київ: Ніка-Центр
382. Лемак, М. В., Петрище, В. Ю. (2012). *Психологу для роботи. Діагностичні методики*: Збірник. (Вид. 2-ге, виправл.). Ужгород: Олександр Гаркуша.
383. Коняхіна, А. В. (Уклад.), Гаврик, І. Л. (Уклад.), Гриценко, Н. В. (Уклад.), Гутенко, Д. М. (Уклад.), Коропченко, Н. М. (Уклад.), Обравит, О. М. (Уклад.), ... Чорний, О. І. (Уклад.). (2016). *Емоційне вигорання педагогів: Методичні рекомендації*. Суми: Методичний кабінет відділу освіти Сумської районної державної адміністрації.
384. Кокун, О. М., Мороз, В. М., Лозінська, Н. С., Пішко, І. О. (2021). *Збірник психодіагностичних методик для професійно-психологічного відбору кандидатів на військову службу за контрактом у Збройних Силах України*: Методичний посібник. Київ: Освіта України, Маслаков Руслан Олексійович.
385. Chorna, V. V., Khliestova, S. S., Korolova, N. D., Gumeniuk, N. I., Vyhivska, O. V., Khliestova, I. V. (2021). The essence and problems of the motivation system at the stage of formation of modern specialists of humane professions. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 25(3), 474–479. [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2021-25\(3\)-23](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2021-25(3)-23)
386. Чорна, В. В. (2020). Мотивація і працездатність медичних працівників сфери

- охорони психічного здоров'я як предиктор їх психологічного благополуччя. *Довкілля та здоров'я*, 4(97), 53–62. <https://doi.org/10.32402/dovkil2020.04.053C.53>
387. Чорна В.В. Гігієнічна оцінка психофізіологічних змін у медичних працівників закладів охорони здоров'я щодо впливу на стан їх здоров'я у період мирного часу та під час воєнного стану // *Вісник Вінницького національного медичного університету*. – 2024. – Том 28. - № 2. С.320-330. DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2024-28(2)-24
388. Erichen F.E. On Railway and Other Injuries of the Nervous System - London, 1867. 103 p.
389. Oppenheim H. Die traumatischen Neurosen. - Berlin, 1889.- 176 p.
390. Kardiner A. The traumatic Neuroses of war, in *Psychosomatic Medicine Monographs*. – N.Y.: Paul Hoeber, 1941.258 p.
391. Horowitz M. J. II Arch. Gen. Psychiatry. – Vol. 31 P. 768-781.
392. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія. З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос [та ін.]; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.
393. Johnson, R.J, Antonaccio, O., Botchkovar, E., Hobfoll, S.E. (2022). War trauma and PTSD in Ukraine's civilian population: comparing urban-dwelling to internally displaced persons. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 57:1807–1816. doi: 10.1007/s00127-021-02176-9.
394. Ben-Ezra M., Goodwin R., Leshem E., Hamama-Raz Y.. (2023). PTSD symptoms among civilians being displaced inside and outside the Ukraine during the 2022 Russian invasion. *Psychiatry Res.* 320:115011. doi: 10.1016/j.psychres.2022.115011
395. Чорна, В. В., Бойко, В. В., Бегма, М. А. Психічне здоров'я внутрішньо перемішених осіб та чинники, що впливають на його зміни. *Innovations and prospects in modern science: Proceedings of II International scientific and practical conference*. 2023. P. 93–97. Stockholm (Sweden). <http://surl.li/nwjyq>
396. Чабан О. С. Психічні розлади воєнного часу / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, В. Ю. Омелянович. Київ. : «Видавничий дім Медкнига», – 2023. – 232 с.
397. Copeland L.A., Finley E.P., Rubin M.L.et al. Emergence of probable PTSD among U.S. veterans over the military-to-civilian transition // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. – 2023. – Vol.15, – No 4. – P. 697-704. doi: <https://doi.org/10.1037/tra0001329>.

398. PTSD:National Center for PTSD 2021. doi: https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common_veterans.asp
399. Meyer EC, La Bash H, DeBeer BB, Kimbrel NA, Gulliver SB, Morissette SB. (2019). Psychological inflexibility predicts PTSD symptom severity in war veterans after accounting for established PTSD risk factors and personality. *Psychol Trauma*. 11(4):383-390. doi: 10.1037/tra0000358
400. Пінчук І. Я. Структура захворюваності та поширеність реакцій на важкий стрес т порушення адаптації в Україні у першому півріччі 2016 року / Пінчук І. Я., Петриченко О.О., Колодежний О.В. [та ін.] // *Архів Психіатрії*. – 2016. – Т.22, – №3. – С.12-15.
401. Luciano M. T., McDevitt-Murphy, M. E., Acuff S.F. et all. Posttraumatic stress disorder symptoms improve after an integrated brief alcohol intervention for OEF/OIF/OND veterans // *Psychological Trauma*. 2019. Vol.11. No 4. P. 459-465. Doi: 10.1037/tra000037
402. Nassif T. H., Start A. R., Toblin R. L., Adler, A. B. Self-reported mindfulness and soldier health following a combat deployment // *Psychological Trauma: 2019. Vol. 11/ No 4*. P. 466–474. <https://doi.org/10.1037/tra0000413>
403. Nissen L. R., Karstogt K-I., Vedtofte M. S et all. Cognitive ability and risk of post-traumatic stress disorder after military deployment: an observational cohort study // *BJPsych Open*. 2017. Vol. 3, No 6. P. 274-280. Doi: 10.1192/bjpo.bp.117.005736. eCollection 2017 Nov
404. Sørensen H .J., Andersen S. B., Karstoft K-I., Madsen T. The influence of pre-deployment cognitive ability on post-traumatic stress disorder symptoms and trajectories:The Danish USPER follow – up study of Afghanistan veterans // *Journal Affect Disord*. 2016. Vol. 196. P. 148-153. Doi: 10.1016/j.jad.2016.02.037
405. Sija van der Wal, Vermetten E., Elbert G. (2020). Long-term development of post-traumatic stress symptoms and associated risk factors in military service members deployed to Afghanistan: Results from the PRISMO 10-year follow-up // *Eur Psychiatry*. Voi. 64. No 1:e10. Doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.113
406. Palmer L., Busuttill W., Simms A., Fear N.T., Stevelink S.A. (2024). Holding and rupture: Describing post-traumatic stress among former UK Army and Royal Marine personnel deployed to Iraq and Afghanistan. *PLoS One*. 19(8):e0308101. doi: 10.1371/journal.pone.0308101
407. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition (DSM- 5TM) (2013). Washington, DC London, England. URL: <https://repository.poltekkes->

kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20(%20PDFDrive.com%20).pdf

408. Чорна В.В. (2023). Постравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. В.В. Чорна, О.А. Серебреннікова, В.В. Коломієць та інш. Молодий вчений. № 12(124), С. 124-128. <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2023-12-124-28>
409. Чорна В.В. (2023). Постравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. В.В. Чорна, О.А. Серебреннікова, В.В. Коломієць та інш. Молодий вчений. № 12(124), С. 124-128. <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2023-12-124-28>
410. Knowles K. A., Sripada R. K., Defever M. et all. Comorbid mood and anxiety disorders and severity of hat posttraumatic stress disorder symptoms in treatment-seeking veterans // *Psychological Trauma*. 2019. Vol. 11. No. 4. P. 451-458. Doi: 10.1037/tra0000383
411. Walter K. H, Levine J. A, Highfill- McRoy R. M, Navarro M. et all. (2018). Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder and Psychological Comorbidities Among U.S. Active Duty Service Members, 2006-2013 // *Journal Trauma Stress*. 2018. Vol. 31. No 6. P. 837-844. doi:10.1002/jts.22337.
412. Judkins J.L., Moore B.A., Collette T.L., Hale W.J., Peterson A.L., Morissette S.B. (2020). Incidence Rates of Posttraumatic Stress Disorder Over a 17-Year Period in Active Duty Military Service Members. *J Trauma Stress*. 33(6):994-1006. doi: 10.1002/jts.22558
413. Judkins J.L., Smith K., Moore B.A., Morissette S.B. (2022). Alcohol use disorder in active duty service members: Incidence rates over a 19-year period. *Subst Abuse*.;43(1):294-300. doi: 10.1080/08897077.2021.1941512
414. Luciano M. T., McDevitt-Murphy, M. E., Acuff S.F. et all. (2019). Posttraumatic stress disorder symptoms improve after an integrated brief alcohol intervention for OEF/OIF/OND veterans // *Psychological Trauma*.. Vol.11. No 4. P. 459-465. Doi: 10.1037/tra000037
415. Pugatch M., Chang G., Garnick D., Brolin M., Brief D., Miller C., Fleming J., Blaney D., Harward B., Hodgkin D. (2021). Rates and predictors of brief intervention for women veterans returning from recent wars: Examining gaps in service delivery for unhealthy alcohol use. *J Subst Abuse Treat*. 123:108257. doi: 10.1016/j.jsat.2020.108257
416. Jia-Richards M., Williams E.C., Rosland A.M., Boudreaux-Kelly M.Y., Luther J.F., Mikolic J., Chinman M.J., Daniels K., Bachrach R.L. (2023). Unhealthy alcohol

- use and brief intervention rates among high and low complexity veterans seeking primary care services in the Veterans Health Administration. *J Subst Use Addict Treat.* 152:209117. doi: 10.1016/j.josat.2023.209117
417. Гурлева Т. С. «Розкросений маніпулятивний текст» в умовах інформаційної війни. Соціально-психологічні проблеми суспільства: мат-ли міжнародн. наук.-практ. конф., м. Київ, 10 квітня 2020 р. К. : Таврійський національний університет імені В. І. Вернадського. – 2020. – С. 148–151.
418. Чабан О. С. Психічні розлади воєнного часу / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, В. Ю. Омелянович. Київ. : «Видавничий дім Медкнига», – 2023. – 232 с.
419. Copeland L.A., Finley E.P., Rubin M.L. et al. Emergence of probable PTSD among U.S. veterans over the military-to-civilian transition // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.* – 2023. – Vol.15, – No 4. – P. 697-704. doi: <https://doi.org/10.1037/tra0001329>.
420. Maercker A., Brewin C. R., Bryant R. A. Et all. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11 // *World Psychiatry.* 2013. Vol. 12. No 3. P. 198-206. DOI: 10.1002/wps.20057
421. PTSD risk factors and personality // *Psychological Trauma.* 2019. Vol. 11, No 4. P. 383-390. <https://doi.org/10.1037/tra0000358>
422. First M.B., Reed G.M., Hyman S.E., Saxena S. The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders // *World Psychiatry.* 2015. Vol. 14. No 1. P. 82-90. DOI: 10.1002/wps.20189
423. Чорна В.В. (2023). Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. В.В. Чорна, О.А. Серебреннікова, В.В. Коломієць та інш. Молодий вчений. « 12(124), С. 124-128. <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2023-12-124-28>
424. Гайдабрус А. В. Комплексний посттравматичний стресовий розлад у учасників бойових дій в зоні операції об'єднаних сил у ракурсі одинадцятої редакції Міжнародної класифікації хвороб // *Психіатрія, неврологія та медична психологія,* – 2019. – № 11. – С. 19-24. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2019-11-02>
425. Harper K. L., Thompson-Hollands J., Keane T. M. et al. Family-involved mental health care among OEF/OIF veterans with and without PTSD using VHA administrative records // *Behavior Therapy.* 2022. Vol. 53. No 5:819-827. Doi: 10.1016/j.beth.2022.01.006
426. Dodge J., Sullivan K., Grau P.P., Chen C., Sripada R., Pfeiffer P.N. (2023). Retention in Individual Trauma-Focused Treatment Following Family-Based Treatment

- Among US Veterans. *JAMA Netw Open*. 6(12):e2349098. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.49098.
427. Kline A. C., Cooper A. A., Rytwinks N. K., Feeny N. C. Long-term efficacy of psychotherapy for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials // *Clin Psychol Rev*. 2018. Vol. 59. P.30-40. Doi: 10.1016/j.cpr.2017.10.009
428. Jerome L., Feduccia A.A., Wang J.B., Hamilton S., Yazar-Klosinski B., Emerson A., Mithoefer M.C., Doblin R. (2020). Long-term follow-up outcomes of MDMA-assisted psychotherapy for treatment of PTSD: a longitudinal pooled analysis of six phase 2 trials. *Psychopharmacology (Berl)*. 237(8):2485-2497. doi: 10.1007/s00213-020-05548-2
429. Чабан О. ПТСР – алгоритм виявлення та стратегії лікування URL: http://www.upma.online/wp-content/uploads/2023/08/04_TRANSKRYPT_Oleg_CHaban_Lektsiya_2_PTSR_chastyna_1.pdf]
430. Чорна В.В. (2023). Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. В.В. Чорна, О.А. Серебреннікова, В.В. Коломієць та інші. Молодий вчений. « 12(124), С. 124-128. <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2023-12-124-28>
431. Hoskins M. D., Bridges J., Sinnerton R. et al. Pharmacological therapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of monotherapy, augmentation and head-to-head approaches // *Eur Journal Psychotraumatol*. 2021. Vol. 12, No 1:1802920. Doi:10.1080/20008198.2020.1802920. eCollection 2021.
432. Kuo J, Block T, Nicklay M, Lau B, Green M. Interventional Mental Health: A Transdisciplinary Approach to Novel Psychiatric Care Delivery. *Cureus*. 2023;15(8):e43533. doi: 10.7759/cureus.43533
433. Bisson J. I., Berliner L., Cloitre M. et al. The International Society for Traumatic Stress Studies new guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: methodology and development process // *Journal Trauma Stress*. 2019. Vol. 32, No 4. P. 475-483. Doi: 10.1002/jts.2242145
434. Mordeno I.G., Luzano J.G. (2023). Examining specific and non-specific symptoms of the best-fitting posttraumatic stress disorder model in conflict-exposed adolescents. *BMC Psychol*. 2023 Oct 24;11(1):353. doi: 10.1186/s40359-023-01389-8.
435. Martsinovska I. (2020). Корекція посттравматичного стресового розладу у дітей із зони військового конфлікту, які мають психофізичні порушення. [Correction of post-traumatic stress disorder in children from the zone of military

- conflict who have psychophysical disorders]: дис. ...канд.пед. наук :13.01.03 / І. П. Марцінковська ; Кам'янець-Подільський нац.унів. ім. І. Огієнка. dissertation is submitted for the degree of Candidate of Pedagogical Sciences in the specialty 13.00.03. - correctional pedagogy. - Kamenets-Podolsky National Ivan Ogienko University – 202 с.
436. Samoylova A., Mishchenko A. (2018). Історичні, клінічні та психологічні особливості формування посттравматичних стресових розладів. [Historical, clinical and psychological peculiarities for formation of posttraumatic stress disorder] *Actual problems of modern medicine. Issue II*, 2018. С. 62-71. Doi: 10.26565/2617-409X-2018-2-08
437. Гозак, С. В., Єлізарова, О. Т., Станкевич, Т. В., Парац, А. М., Товкун, Л. П., Лебединець, Н. В., Чорна, В. В. (2023). Адаптаційні процеси у студентської молоді в умовах складних викликів під час війни. В *Безпека життєдіяльності, екологія і охорона здоров'я дітей і молоді XXI сторіччя: сучасний стан, проблеми та перспективи: Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції*. (с. 37–42). Переяслав (Київська область). <http://surl.li/nwjir>
438. Гозак, С. В., Єлізарова, О. Т., Станкевич, Т. В., Парац, А. М., Чорна, В. В., Лебединець, Н. В., Бондар, О. (2023). Адаптивні копінг-стратегії українців під час війни. В *Психосоматична медицина та загальна практика*. Том 8. № 4. <https://doi:10.26766/pmpg.v8i4.463>
439. Гозак, С. В., Єлізарова, О. Т., Станкевич, Т. В. інші (2023). Особливості ментального здоров'я та способу життя студентів під час війни. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 27(4), 628–634
440. Martsenkovskiy, D, Napryeyenko, O, Martsenkovsky, I. (2020). Depression in adolescents exposed to war trauma: Risk factors for development of depression in adolescents exposed to war trauma: Does PTSD matter? *Global Psychiatric Association.*;3(2):227-240. <https://doi.org/10.2478/GP-2020-0018>
441. Pavlova, L., Rogowska, A. Exposure to war, war nightmares, insorder: a network analysis among university students during the war in Ukraine. *Journal Affect Disord.* 2023. Vols. 342. P.148-156. Doi: 10.1016/j.jad.2023.09.003
442. Pfeiffer, E., Garbade, V., Sachser, C. Traumatic events and posttraumatic stress symptoms in a treatment – seeking sample of Ukrainian children during the war. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2024. Vols.18(1). P.25. Doi: 10/1186/s13034-024-00715-1
443. Lotzin, A., Morozova-Larina, O., Paschenko, S. et al. War-related stressors and ICD-11 (complex) post-traumatic stress disorders in Ukrainian students living in Kyiv

- during the Russian-Ukrainian war. *Psychiatry Res.* 2023. Vols. 330:115561. Doi: 10.1016/j.psychres.2023.115561
444. Чорна В. В. Посттравматичний стресовий розлад серед здобувачів вищої медичної та технічної освіти – реальна загроза сьогодення / Чорна В.В., Антомонов М.Ю., Павленко Н.П., Хлестова С.С., Коломієць В.В., Сирота М.Г // *Вісник Вінницького національного медичного університету.* 2024. Том 28. № 1. С.121-126. DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2024-28(1)-21
445. Чорна В.В., Аналіз структури бойової травми під час АТО/ООС та повномасштабної війни, права, гарантії захищеності та забезпечення допоміжними засобами реабілітації осіб з інвалідністю в Україні / В.В. Чорна, Гонишнюк Д.А., Рибінський М.В, Дубовий О.О., Коломієць В.В. // *Medicine and psychology : modern problems, new technologies and ways of developing outdated theories: collective monograph.* – International Science Group. – Boston (USA) : Primedia eLaunch, 2024. – 103-117. DOI: 10.46299/ISG.2024.MONO.MED.1.6.1
446. Чорна В.В. Реальна загроза нашого часу - посттравматичний стресовий розлад як наслідки повномасштабної війни // Чорна В.В, Хоменко І.М., Коломієць В.В., Хлестова С.С. // *Transformation of medical sciences and education in the digitalization era : Scientific monograph.* Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2024. P.308-341 <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-430-6-17>
447. Махнюк, В.М., Чайка, А.В., Чорна, В.В., Махнюк, В.В., Могильний, С. М., Павленко, Н. П., ... Пелех Л. В. (2022). Вплив умов розміщення вбудованих закладів охорони здоров'я у житлові будинки на здоров'я медпрацівників, умови перебування пацієнтів та санітарно-гігієнічні умови мешканців. *Гігієна населених місць*, 72, 3–10. <https://doi.org/10.32402/hygiene2022.72.003>
448. Махнюк, В. М., Думанський, В. Ю., Очеретяна, Г. В., Горваль, А. К., Чорна, В. В. (2020). Санітарно-гігієнічні та протиепідемічні вимоги до розміщення закладів охорони здоров'я, вбудованих в житлові будинки. *Укрмедпатентінформ*, Київ. №167-2020.
449. Очеретяна, Г. В., Махнюк, В. М., Чорна, В. В., Горваль, А. К., Клименко, Г. В. (2020). Нормативно-правове регулювання розміщення вбудованих закладів охорони здоров'я у нежитлових приміщеннях житлових будинків. *Довкілля та здоров'я*, 4(97), 35–45. <https://doi.org/10.32402/dovkil2020.04.035>
450. Махнюк, В. М., Петриченко, О. О., Павленко, Н. П., Махнюк, В. В., Чорна, В. В., Могильний, С. М., ... Скочко, В. П. (2023). Гігієна планування та забудови населених місць як безпекова детермінанта громадського здоров'я в умовах воєнного стану. *Довкілля та здоров'я*, 3(108), 19–24.

<https://doi.org/10.32402/dovkil2023.03.019>

451. Махнюк, В. М., Чайка, Г. В., Чорна, В. В., Волощук, О. В., Мельниченко, С. О., Пелех, Л. В. (2021). Експертна оцінка архітектурно-планувальних рішень та умов експлуатації вбудованих закладів охорони здоров'я за методом Т.Сааті. *Довкілля та здоров'я*, 99(2), 62–71. <https://doi.org/10.32402/dovkil2021.02.062>
452. ВООЗ. (2003). Формування здорового способу життя: стан, проблеми та перспективи: Парламентські слухання. <http://surl.li/nwjpn>
453. Махнюк, В. М., Антомонов, М. Ю., Очеретяна, Г. В., Чорна, В. В., Горваль, А. К., Могильний, С. М. (2020). Розробка програми (алгоритму) санітарно-епідеміологічної оцінки архітектурно-планувальних рішень розміщення закладів охорони здоров'я, вбудованих в житлові будинки. *Молодий вчений*, 9(85), 91–97. <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2020-9-85-22>
454. Очеретяна, Г. В., Махнюк, В. М., Чорна, В. В., Горваль, А. К., Pedah Mir. (2020). Нормативно-правове регулювання гігієнічних питань щодо розміщення вбудованих закладів охорони здоров'я в Європейських країнах. *Молодий вчений*, 10(86), 272–278. <http://molodyvchenu.in.ua/files/journal/2020/10/56.pdf>
455. Закон України “Про систему громадського здоров'я” № 4142 (2022). *Верховна Рада України*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>
456. Закон України “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо забезпечення вимог цивільного захисту під час планування та забудови територій” №2486-IX (2022). *Верховна Рада України*. <http://surl.li/msbbt>
457. Наказ МВС України “Про затвердження вимог з питань використання та обліку фонду захисних споруд цивільного захисту” № 579 (2018). *Верховна Рада України*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0879-18#Text>
458. Machniuk, V. M., Polka, O. O., Pavlenko, N. P., Chorna, V. V., Klimenko, G. V., Tarasova, N. M. (2020). Research of the factors influencing the health of rural and urban schoolchildren studying at secondary educational institutions by sanitary-hygienic indicators. В S. Polka (Ed.). *Hygiene and ecology in state regulation of urban planning: Monograph*. (p. 114–127). Kyiv: Medinform.
459. Махнюк, В. М., Сердюк, Є. А., Чорна, В. В., Гаркавий, С. С., Лаптев, В. Е. (2021). Нові гігієнічні підходи до сучасного містобудування в Україні: Монографія. Київ: Медінформ.
460. Чорна, В. В., Махнюк, В. М. (2023). Нормативна база з проєктування закладів охорони здоров'я з надання психологічної і психіатричної допомоги населенню України: сучаснісанітарно-епідеміологічнатамістобудівнаскладові, закордоннийдосвід. В *Scientific Goals and Purposes in XXI Century: Proceedings of the*

- 5th International scientific and practical conference, August. Seattle (USA). *Scientific Collection "InterConf+",* 36(167), 293–313.
<https://dspace.vnmu.edu.ua/handle/123456789/6273>
461. Указ Президента України “Про введення воєнного стану в Україні” № 64 (2022). <https://www.president.gov.ua/documents/642022-41397>
462. Війна в Україні і її наслідки для психічного здоров'я нації. (2022). *Голос Країни*. <http://www.golos.com.ua/article/361064>. (8 червня 2022).
463. Чорна, В. В., Махнюк, В. М., Могильний, С. М., Павленко Н. П., Ларченко, І. В., Хлестова, І. В. (2022). Спільні глобальні проблеми та пріоритети у системі громадського здоров'я в мирний час та під час воєнних дій. В *Актуальні питання громадського здоров'я та екологічного безпеки України: Збірка тез доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю*. Вип. 22. (с. 44–46). Київ. <http://surl.li/nwjvo>
464. Chorna, V. V., Khliestova, S. S., Khliestova, I. V. (2022). Readiness of establishments of health protection in relation to the maintenance of psychical health before and during military operations. В *New trends and unsolved issues in medicine: proceeding International scientific conference*. (p. 294–297). Riga (Latvia). <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-226-5-77>
465. Чорна, В. В., Бойко, В. В., Бегма, М. А. (2023). Психічне здоров'я внутрішньо перемішених осіб та чинники, що впливають на його зміни. В *Innovations and prospects in modern science: Proceedings of II International scientific and practical conference*. (p. 93–97). Stockholm (Sweden). <http://surl.li/nwjyg>
466. Чорна, В. В., Махнюк, В. М. (2023). Генезис закладів охорони здоров'я психіатричного профілю в країнах ЄС та в Україні як безпекова детермінанта надання психіатричних медичних послуг (огляд літератури). В *Modern science: challenges of today: Collective monograph*. (p. 246–298). Bratislava (Slovakia). <http://surl.li/nowez>
467. Махнюк, В. М., Павленко, Н. П., Фещенко, К. Д., Могильний, С. М., Чумак, Ю. Ю., Данилюк, В. М., Чорна, В. В. (2014). Санітарно-гігієнічна оцінка пропозицій до нової редакції деяких розділів містобудівних нормативних документів. *Гігієна населених місць*, 64, 28–37.
468. Постанова КМ України “Про утворення Міжвідомчої координаційною ради з питань охорони здоров'я та надання психологічної допомоги особам, які постраждали внаслідок збройної агресії Російської Федерації проти України” № 539 (2022). *Верховна Рада України*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/539-2022-%D0%BF#Text>

469. Махнюк, В. М., Чорна, В. В., Махнюк, В. В. (2022). Еколого-гігієнічні, економічні та правові аспекти «Концепції формування нормативної бази проєктування та будівництва споруд і комплексів закладів охорони здоров'я» як елементи її вдосконалення на рівні територіальних громад. *Український журнал військової медицини*, 3(4), 50–59. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.4\(3\)-050](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.4(3)-050)
470. Очеретяня, Г. В., Чорна, В. В., Махнюк, В. М., Могильний, С. М., Павленко, Н. П., Мельниченко, С. О., Адаменко, О. В. (2020). Фізичні та біологічні (COVID-19) фактори впливу на санітарно-протиепідемічні умови суміщеного розміщення житлових будинків та вбудованих в них закладів охорони здоров'я. В *Фізичні фактори довкілля та їх вплив на формування здоров'я населення України*: Збірник тез доповідей науково-практичної конференції. Вип. 20. (с. 71–73). Київ. <http://surl.li/nodes>
471. Махнюк, В. М., Махнюк, В. В., Могильний, С. М., Чорна, В. В., Скочко, В. П. (2023). Інструмент ефективного менеджменту охорони здоров'я через створення санітарно-гігієнічної складової до новітніх державних будівельних норм України ДБН В.2.2-10:2022 “Заклади охорони здоров'я”. В *Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю до всесвітнього дня здоров'я 2023 р. та 75-річчя ВООЗ “Здоров'я для всіх”*. *Клінічна та профілактична медицина*, 2(24), 108. <http://surl.li/nozcf>
472. Flery, M.-J., Grenier, G., Grentil, L., Roberge, P. (2021). Deployment of the consultation- liaison model in adult and child-adolescent psychiatry and its impact on improving mental health treatment. *BMC Family Practice*, 22(1), 82. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01437-5>
473. Marchi, M., Magarini, F. M., Mattei, G., Pingani, L., Moscara, M., Galeazzi, G. M., Ferrari, S. (2021). Diagnostic agreement between physicians and a consultation – liaison psychiatry team at a general hospital: an exploratory study across 20 years of referrals. *Int journal Res Public Health*, 18(2), 749. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020749>
474. Oldham, M. A., Desan, P. H., Lee, H. B., Bourgeois, J. A., Shah, S. B., Hurley, P. J., Sockalingam, S. (2021). Proactive consultation-liaison psychiatry: American psychiatric association resource document. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 62(2), 169–185. <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2021.01.005>
475. Bronson, B. D., Alam, A., Calabrese, T., Knapp, F., Schwartz, J. E. (2022). An economic evaluation of a proactive consultation-liaison psychiatry pilot as compared to usual psychiatric consultation on demand for hospital medicine. *Journal Acad Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 63(4), 363–371. <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2021.12.008>

476. ВРУ (1996). Конституція України (зі змінами). *Відомості Верховної Ради України*, 30. <http://surl.li/gdyl>
477. Постанова КМУ України «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України» № 267 (2015). *Верховна Рада України*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text>
478. Положення КМ України «Про внесення змін до Положення про Міністерство охорони здоров'я України» № 90 (2020). *Верховна Рада України*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/90-2020-%D0%BF#n10>
479. Наказ МОН України «Про затвердження Положення про психологічну службу у системи освіти України» № 509 (2018). *Верховна Рада України*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0885-18#Text>
480. Наказ МВС України «Про затвердження Порядку організації системи психологічного забезпечення поліцейських, працівників Національної поліції України та курсантів (слухачів) закладів вищої освіти із специфічними умовами навчання, які здійснюють підготовку поліцейських» № 88 (2019). *Верховна Рада України*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-19#Text>
481. Наказ МВС України «Про затвердження Положення про психологічне забезпечення в Національній гвардії України» № 1285 (2016). *Верховна Рада України*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0080-17#Text>
482. Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу» № 199 (2008). *Верховна Рада України*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0577-08#Text>
483. Закон України «Про методичні рекомендації “Перша психологічна допомога. Алгоритм дій”. № 1/3872-22 (2022). *Міністерство освіти і науки України*. <https://mon.gov.ua/ua/npa/pro-metodichni-rekomendaciyi-persha-psiologichna-dopomoga-algoritm-dij>
484. Лист МОН України «Про забезпечення психологічного супроводу учасників освітнього процесу в умовах воєнного стану в Україні» № 1/3737-22 (2022). *Міністерство освіти і науки України*. <https://mon.gov.ua/ua/npa/pro-zabezpechennya-psiologichnogo-suprovodu-uchasnikiv-osvitnogo-procesu-v-umovah-voyennogo-stanu-v-ukrayini>
485. Постанова КМ України «Про внесення змін до деяких актів Кабінету Міністрів України щодо електронної системи охорони здоров'я» № 100 (2022). *Верховна Рада України*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/100-2022-%D0%BF#Text>
486. Wang N, Buchongo P, Chen J. (2022). Rural and urban disparities in potentially preventable hospitalizations among US patients with Alzheimer's Disease and Related

- Dementias: Evidence of hospital-based telehealth and enabling services. *Prev Med*,163:107223. doi: 10.1016/j.ypmed.2022.107223.
487. Amaize, A., Barath, D., Wang, M. Q., Chen, J. (2023). Reducing rural and urban disparities in potentially preventable hospitalizations: Evidence of hospital-based health information technology and enabling services. *Telemedicine E-Health*,29(10), 1455–1464. <https://doi.org/10.1089/tmj.2022.0476>
488. Chen J, Maguire TK, Qi Wang M. (2024). Telehealth Infrastructure, Accountable Care Organization, and Medicare Payment for Patients with Alzheimer's Disease and Related Dementia Living in Socially Vulnerable Areas. *Telemed J E Health*,30(8):2148-2156. doi: 10.1089/tmj.2024.0119.
489. Petretto D.R., Carrogu G.P., Gaviano L., Berti R., Pinna M., Petretto A.D., Pili R. (2024). Digital determinants of health as a way to address multilevel complex causal model in the promotion of Digital health equity and the prevention of digital health inequities: A scoping review. *J Public Health Res*, 13(1):22799036231220352. doi: 10.1177/22799036231220352
490. Petretto D.R., Carrogu G.P., Gaviano L., Berti R., Pinna M., Petretto A.D., Pili R. (2024). Telemedicine, e-Health, and Digital Health Equity: A Scoping Review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 20:e17450179279732. doi: 10.2174/0117450179279732231211110248
491. El Hayek S., Nofal M., Abdelrahman D., & Bizri M. (2020). Telepsychiatry in the Arab World: A Viewpoint Before and During COVID-19. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 16:2805-2815. doi: 10.2147/NDT.S277224. PMID: 33239877
492. Bahari G., Mutambik I., Almuqrin A., Alharbi Z.H. (2024). Trust: How It Affects the Use of Telemedicine in Improving Access to Assistive Technology to Enhance Healthcare Services. *Risk Manag Healthc Policy*, 17:1859-1873. doi: 10.2147/RMHP.S469324
493. Naslund, J. A., Shidhaye, R., Patel, V. (2019). Digital technology for building capacity of nonspecialist health workers for task sharing and scaling up mental health care globally. *Harvard Review of Psychiatry*, 27(3), 181–192. <https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000217>
494. Mathur S., Michelson D., Shetty T., Patel V., Field A.P. Knowledge of Problem Solving (KOPS) Scale: Design and Evaluation of a Digitally Administered Competence Measure for a Common Practice Element in Task-Shared Youth Mental Health Interventions. *J Technol Behav Sci*. 2024;9(3):418-427. doi: 10.1007/s41347-023-00356-9
495. Marciano L., Vocaj E., Bekalu M.A., La Tona A., Rocchi G., Viswanath K. The

- Use of Mobile Assessments for Monitoring Mental Health in Youth: Umbrella Review. *J Med Internet Res*. 2023 Sep 19;25:e45540. doi: 10.2196/45540
496. Fortuna, K. L., Aschbrenner, K. A., Lohman, M. C., Brooks, J., Salzer, M., Walker, ... L., Bartels, S. J. (2018). Fortuna K. L., Aschbrenner K. A., Bartels S. J. Smartphone Ownership, Use, and Willingness to Use Smartphones to Provide Peer-Delivered Services: Results from a National Online Survey. *Psychiatric Quarterly*, 89(4), 947–956. <https://doi.org/10.1007/s11126-018-9592-5>
497. Peters, G. M., Kooij, L., Lenferink, A., van Harten, W. H., Doggen, C. J. M. (2021). The effect of telehealth on hospital services use: systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 23(9), e25195. <https://doi.org/10.2196/25195>
498. Spaniel, F., Novak, T., Bankovska Motlova, L., Capkova, J., Slovakova, A., Trancik, P., ... Höschl, C. (2015). Psychiatrist's adherence: a new factor in relapse prevention of schizophrenia. A randomized controlled study on relapse control through telemedicine system. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(10), 811–820. <https://doi.org/10.1111/jpm.12251>
499. Chorna, V. V., Anhelska, V. Y., Makhnyuk, V. V. (2023). Telemedical assistance of mental health centers of health care institutions. *BScientific progress: Innovations, achievements and prospects: Proceedings of X International scientific and practical conference*. (p. 29–36). Munich (Germany). <http://surl.li/npetn>
500. План відновлення України. Візія Відродження України: «Сильна Європейська країна – магніт для іноземних інвестицій (2022). *Відновлення України*. <https://recovery.gov.ua/>
501. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, № 984_011(2022).. *Верховна Рада України*. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#Text
502. Chorna, V. V., Serebrennikova, O. A., Anhelska, V. Yu., Makhnyuk, V. M., Makhnyuk, V. V., Larchenko, I. V. (2022). Implementation of European experience in the digitalization of health care institutions of Ukraine for the provision of psychological and psychiatric care to the population in modern conditions. *Reports of Vinnytsia National Medical University*, 26(4), 628–632. [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26\(4\)-19](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26(4)-19)
503. Chorna, V. V., Furman, L. B., Ficsat, M. (2021). Hygienic assessment of the conditions of psychiatric medical staff in health care facilities. *Scientific Journal of Polonia University. Periodyk Naukowy Akademii Polonijnej*, 46(3), 215–221. <http://surl.li/npeyz>

504. Chorna, V. V., Makhniuk, V. M. (2023). Hygienic aspects of architectural and planning solutions for the construction of mental health facilities. *Scientific Journal of Polonia University. Periodyk Naukowy Akademii Polonijnej*, 59(4), 202–212. <http://surl.li/npfcl>
505. Chorna, V. (2022). Hygienic, epidemiological, psychogenic, and urban aspects of mental health facilities compared to European countries. *BWissenschaft für den modernen menschen: Innovative technik und technologie, informatik, verkehrsentwicklung, physik und mathematik, medizinen, biologie, landwirtschaft: Monographie. Book 8, Part 2.* (p. 102–129). Karlsruhe (Germany). 10.30890/2709-2313.2022-08-02
506. Serebrennikova, O., Serheta I., Khliestova S., Chorna, V. (2022). Problems of improvement of mental health of the population of Ukraine and features of their decision on the modern stage. *BProspektive globale wissenschaftliche trends: Innovative technik, sicherheit, medizinen, biologie, landwirtschaft, kunstgeschichte: Monographie. Book 11, Part 1.* (p. 51–74). Karlsruhe (Germany): Scientific World-Net Akhat AV. <https://doi.org/10.30890/2709-2313.2022-11-01>
507. Чорна, В. В. (2022). Правові, організаційні засади створення та функціонування закладів охорони здоров'я первинної ланки, вбудованих у житлові будинки. В С. Г. Стеценка (Ред.). *Єдиний медичний простір України: правовий вимір*: Монографія. (с. 269–276). Харків: Право.
508. Полька, Н. С., Махнюк, В. М., Чорна, В. В., Серебреннікова, О. А., Махнюк, В. В. (2023). Актуальність розробки законопроекту «Про психологічну, психотерапевтичну допомогу населенню України» для створення умов профілактики психічних розладів у воєнний та післявоєнний період. *Гігієна населених місць*, 73, 156–165. <https://doi.org/10.32402/hygiene2023.73.156>
509. У липні 2024 року в Україні внаслідок воєнних дій загинуло щонайменше 219 мирних жителів, ще 1018 отримали поранення. Це найбільше жертв серед цивільного населення з жовтня 2022 року. URL: <https://suspilne.media/810543-zvit-oon-u-lipni-v-ukraini-zaginuli-ponad-200-civilnih-ce-najbilse-za-pivtora-roku/>
510. Закон України “Про внесення змін до деяких законів України щодо визначення територій та адміністративних центрів територіальних громад” №562-IX (2020). *Відомості Верховної Ради України*, 35 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/562-20#Text>
511. Постанова КМ України “Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році” № 1464 (2022). *Верховна Рада України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1464-2022-%D0%BF#Text>

512. Brambilla, A., Rebecchi, A., Capolongo, S. (2019). Evidence Based Hospital Design. A literature review of the recent publications about the EBD impact of built environment on hospital occupants' and organizational outcomes. *Ann Ig*, 31(2):165-180. doi: 10.7416/ai.2019.2269.
513. Brambilla, A., Buffoli, M., Capolongo, S. (2019). Measuring hospital qualities. A preliminary investigation on health impact assessment possibilities for evaluating complex buildings. *Acta Biomed*, 90(9-S), 54–63. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31517890>
514. Плані відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022-2032 роки. URL: https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%B8/21-07-2022-Draft-Ukraine%20HC%20System%20Recovery%20Plan-2022-2032_UKR.pdf
515. WHO «Комплексному плані заходів в сфері психічного здоров'я на 2021-2030 рр.» URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373791/WHO-EURO-2023-2618-42374-71262-ukr.pdf?sequence=5>
516. Keynejad, R., Spagnolo, J., Thornicroft, G. (2021). WHO mental health gap action programme (mhGAP) intervention guide: updated systematic review on evidence and impact. *Evid Based Ment Health*, 24(3):124–30. doi: 10.1136/ebmental-2021-300254
517. Keynejad, R.C., Spagnolo, J., Thornicroft, G. (2022). Mental healthcare in primary and community-based settings: evidence beyond the WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide. *Evid Based Ment Health*, 25(e1):e1-e7. doi: 10.1136/ebmental-2021-300401
518. Zweifel, P. (2021). Mental health: The burden of social stigma. *Int J Health Plann Manage*, 36(3):813-825. doi: 10.1002/hpm.3122.
519. Javed, A. & Azeem, M.W. (2021). Reducing the stigma of mental health disorders with a focus on low- and middle-income countries. *Asian J Psychiatr*, 58:102601. doi: 10.1016/j.ajp.2021.102601
520. Serrano, C.C., Dolci, G.F. (2021). Suicide prevention and suicidal behavior. *Gac Med Mex*, 157(5), 547-552. doi: 10.24875/GMM.M21000611

ДОДАТОК А

Проект

Закон України "Про психологічну, психотерапевтичну допомогу населенню в Україні"

Цей Закон визначає правові та організаційні засади забезпечення громадян психологічною, психотерапевтичною допомогою виходячи із пріоритету прав і свобод людини і громадянина, встановлює обов'язки органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з організації надання психологічної, психотерапевтичної допомоги та правового і соціального захисту, навчання осіб, які страждають на психічні розлади, регламентує права та обов'язки фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психологічної, психотерапевтичної допомоги, здійсненні соціального захисту та навчання осіб, які страждають на психічні розлади.

Розділ I

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Стаття 1. Визначення термінів

У цьому Законі наведені нижче терміни вживаються в такому значенні:

психологічний вплив - вживання спрямованих дій на психіку людини, усвідомленого або неусвідомленого характеру за допомогою переконання, психологічного преформування або сугестії для формування певної системи уявлень, дій та відношень, які суб'єктивно сприймаються особою як особисто приналежні;

психотерапевтичний вплив - застосування методів, спрямованих на психіку людини, усвідомленого або неусвідомленого характеру за допомогою переконання, психологічного преформування або сугестії для лікування, реабілітації і профілактики розладів здоров'я особи;

психологічна допомога (перша) - сукупність професійних заходів загальнолюдської підтримки та сприяння людині, сім'ї з боку осіб, які надають психологічну допомогу, у попередженні, вирішенні, подоланні його (її) психологічних проблем, важких життєвих та кризових ситуацій та їх наслідків, які порушують його (її) нормальну життєдіяльність і не можуть бути подолані ним (її) самостійно, що сприяють підтримці психічного та соматичного здоров'я, оптимізації психічного розвитку, соціальної адаптації, саморозвитку, самореалізації, реабілітації та підвищення якості життя;

психотерапевтична допомога - система професійних заходів підтримки та сприяння людині, сім'ї з боку осіб яка спрямована на вирішення глибинних особистісних проблем і глибину трансформацію особистості, буває клінічна і неклінічна;

одержувач психологічної, психотерапевтичної допомоги – особа, яка перебуває в складній психологічній ситуації, що переживає несприятливий фахівця- психологічний стан (порушення когнітивної функції, емоційного

реагування, дезорганізація, втрата здатності контролювати свою поведінку, порушення адаптації до оточуючого світу, деморалізація та ін.) і звернулася до особи, яка надає психологічну, психотерапевтичну допомогу, або психолога, фахівця-психотерапевта;

психолог - фізична особа, що має вищу психологічну освіту за напрямом підготовки "Психологія" (магістр, спеціаліст) успішно пройшов супервізію та/або стажування і склав кваліфікаційний іспит;

лікар - психолог - фахівець, який має повну вищу освіту (магістр, спеціаліст,) за напрямом підготовки "Медицина", спеціалізацію за фахом "Медична психологія";

клінічний психолог – особа, яка проводить діагностичні дослідження та аналіз психіатричних порушень у осіб із соматичними та психологічними розладами або відхиленнями психіки, який має повну вищу освіту (магістр, спеціаліст,) за напрямом підготовки "Медицина", спеціалізацію за фахом "Медична психологія" або «Клінічна психологія» спеціалізацію за фахом "Психотерапія";

лікар-психотерапевт - фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки "Медицина", «Медична психологія» або «Клінічна психологія» спеціалізацію за фахом "Психотерапія";

особи, які надають психологічну, психотерапевтичну допомогу у державних або приватних установах, які надають психологічну, психотерапевтичну допомогу;

стандарт психологічної допомоги – документ, що встановлює вимоги до методів, форм, обсягу, місця, термінів та якості надання психологічної, психотерапевтичної допомоги;

якість психологічної, психотерапевтичної допомоги - сукупність показників, що відбивають своєчасність надання психологічної, психотерапевтичної допомоги, правильність вибору методів, обсягу, термінів надання психологічної, психотерапевтичної допомоги, ступінь досягнення запланованого результату.

Використання в найменуванні державних організацій, термінів «психолог», «лікар-психолог», «клінічний психолог», «лікар-психотерапевт» «психологічна допомога», «психотерапевтична допомога», «психологічна консультація» або словосполучень, що включають ці терміни, допускається тільки особами, які здійснюють діяльність з надання психологічної, психотерапевтичної допомоги відповідно до цього закону.

Стаття 2. Законодавство України про психологічну, психотерапевтичну допомогу населенню

Законодавство України про психологічну, психотерапевтичну допомогу базується на Конституції України і складається із Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», цього Закону, та інших нормативно-правових актів, прийнятих відповідно до них.

Якщо міжнародним договором, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України, встановлені інші правила, ніж ті, що передбачені законодавством України про психологічну, психотерапевтичну допомогу, то застосовуються правила міжнародного договору.

Цей закон поширюється також на іноземних громадян та осіб без громадянства, якщо інше не передбачено законами або міжнародними договорами України.

Стаття 3. Основні принципи надання психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню

Основними принципами надання психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню є:

1) правомірність - відповідність заходів психологічного забезпечення вимогам законодавства України;

2) гуманізм - діяльність суб'єктів психологічного забезпечення ґрунтується на засадах загальнолюдських, моральних, етичних цінностей та ідеалів для забезпечення поваги до особистості, усебічного, гармонійного розвитку особистості, збереження її цілісності та психологічного здоров'я;

3) толерантність - готовність та позитивна установка суб'єктів системи психологічного забезпечення до прийняття психології, поглядів іншої людини, її індивідуальних відмінностей, у тому числі за ознаками раси, політичних, релігійних та інших переконань, статі, віку, мови, етнічного та соціального походження, громадянства, сімейного та майнового стану, місця проживання;

4) добровільність - добровільна згода та активна участь особи, до якої вживаються заходи психологічного, психотерапевтичного забезпечення;

5) своєчасність, доступність, адресність – якісна психологічна, психотерапевтична допомога коли потребує людина без будь яких перешкод;

6) конфіденційність - нерозголошення інформації стосовно особи, отриманої в результаті психологічних, психотерапевтичних заходів, застосування отриманих відомостей виключно для надання цій особі кваліфікованої психологічної допомоги;

7) науковість - наукова обґрунтованість підходів, форм, методів, обсягу, термінів у реалізації заходів психологічного забезпечення;

8) об'єктивність - застосування суб'єктами системи психологічного забезпечення в практичній діяльності стандартизованих, надійних, валідних та адаптованих психологічних методик і технологій;

9) комплексність і систематичність - використання в заходах психологічного забезпечення взаємодоповнюючих методів, форм, обсягу, місця, термінів роботи, системного врахування особливостей і закономірностей психологічних проявів особистості одержувача психологічної, психотерапевтичної допомоги;

10) неприпустимість відмови у наданні психологічної допомоги.

Стаття 4. Державні гарантії щодо забезпечення психологічною, психотерапевтичною допомогою населення

Держава гарантує:

забезпечення рівних можливостей всім громадянам України незалежно від національності, статі, віку, мови, станів, походження, майнового та посадового становища, місця проживання, соціального стану, політичних переконань, належності до громадських об'єднань, ставлення до релігії та інших обставин у реалізації права на отримання психологічної, психотерапевтичної допомоги;

належне фінансове забезпечення надання психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню, затвердження та виконання державних цільових програм у цій сфері;

надання психологічної, психотерапевтичної допомоги особам, які цього потребують, у державних та комунальних закладах охорони здоров'я та безоплатне або на пільгових умовах забезпечення діагностичної, консультативної, лікувальної, реабілітаційної допомоги в амбулаторних і стаціонарних умовах (у психіатричних відділеннях у лікарнях загального профілю), лікарськими засобами і виробами медичного призначення в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України;

створення умов для надання психологічної, психотерапевтичної допомоги в центрах первинної медико-санітарної допомоги (амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини) і стаціонарних умовах (у психіатричних відділеннях лікарень загального профілю);

підтримання психічного та соматичного здоров'я, оптимізацію психічного розвитку, адаптацію, саморозвиток, самореалізацію, реабілітацію населення;

здійснення заходів, що сприяють попередженню, вирішенню, подоланню важких життєвих та кризових ситуацій та їх наслідків особами, які мають психологічні проблеми (у тому числі: неповнолітні; молодь; інваліди; самотні та багатодітні батьки, які виховують неповнолітніх дітей, дітей; неблагополучні сім'ї, сім'ї, які перебувають у важкій життєвій ситуації, вагітні, безробітні, особи, звільнені з установ, що виконують покарання у вигляді позбавлення волі, особи передпенсійного віку та пенсіонери, громадяни, звільнені з військової служби, та члени їх сімей; особи, схильні до суїциду, особи, хворі громадяни (онкологія, ВІЛ/СНІД-інфекція, венерологія, туберкульоз та інші) та їхні родичі; особи, які постраждали при надзвичайних ситуаціях, воєнних діях, родичі постраждалих та загиблих);

координацію діяльності державних органів, державних установ, які беруть участь у розробці та реалізації заходів у сфері психічного здоров'я, психологічної, психотерапевтичної допомоги;

моніторинг соціальної напруженості та негативних психологічних тенденцій у суспільстві;

здійснення державного контролю та нагляду у сфері психічного здоров'я, психологічної, психотерапевтичної допомоги;

сприяння розвитку трудових ресурсів, підвищенню ефективності праці та психологічної комфортності на робочих місцях шляхом створення роботодавцями кабінетів (зон) психологічного розвантаження;

організують за спеціальними програмами безоплатне спеціальне (корекційне), загальноосвітнє та професійно-технічне навчання осіб які потребують психологічної та психотерапевтичної допомоги;

створюють підприємства, цехи, дільниці тощо з полегшеними умовами праці для здійснення трудової реабілітації, оволодіння новими професіями та працевлаштування осіб, які потребують психологічної та психотерапевтичної допомоги, забезпечення надання їм реабілітаційних послуг у встановленому законодавством порядку;

заходи з психологічної, психотерапевтичної допомоги повинні проводитись на основі визнання, поваги, дотримання та захисту прав громадян України, іноземних громадян, а також осіб без громадянства відповідно до загальновизнаних принципів та норм міжнародного права;

міжнародне співробітництво у вирішенні проблем у сфері психічного здоров'я, психологічної, психотерапевтичної допомоги, включаючи питання, пов'язані з наданням психологічної, психотерапевтичної допомоги громадянам України, додержання території України та іноземним громадянам на території України, дотримання міжнародних норм.

Стаття 5. Конфіденційність відомостей про надання психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню

Медичні працівники, інші фахівці, які беруть участь у наданні психологічної, психотерапевтичної допомоги, та особи, яким у зв'язку з навчанням або виконанням професійних, службових, громадських чи інших обов'язків стало відомо про наявність у особи, яка потребує психологічної, психотерапевтичної допомоги, про факти звернення за психологічною, психотерапевтичною допомогою та лікування у закладі з надання психологічної, психотерапевтичної допомоги, а також інші відомості про стан психічного здоров'я особи, її приватне життя, не можуть розголошувати ці відомості за винятком випадків, встановлених частинами 3 та 4 цієї статті.

Збір будь-яких даних та присутність третіх осіб у процесі надання психологічної, психотерапевтичної допомоги допускається лише за згодою одержувача психологічної допомоги з метою надання йому найбільш кваліфікованої, вчасної, адекватної допомоги, навчання фахівців, проведення аналітичних та дослідницьких робіт. Використання отриманої інформації у наукових дослідженнях та публікаціях можливе лише за умови знеособлення персональних даних та за добровільною інформованою згодою.

Надання конфіденційних відомостей спеціалістом-психологом/психотерапевтом третім особам без згоди громадянина або його законного представника допускається:

1) на запит органів дізнання та слідства, суду у зв'язку з проведенням розслідування або судовим розглядом, на запит органу кримінально-виконавчої системи у зв'язку з виконанням кримінального покарання та здійсненням контролю за поведінкою умовно засудженого, засудженого, щодо якого відбування покарання відстрочено, та особи, звільненої умовно-достроково;

2) у ситуації загрози його життю та його оточення,

3) з метою здійснення контролю якості та безпеки психологічної, психотерапевтичної допомоги відповідно до цього закону за добровільною інформованою згодою.

Спеціалісти або магістри: психологи, лікарі-психологи, клінічні психологи, лікарі-психотерапевти зобов'язані інформувати законних представників неповнолітніх та осіб, визнаних недієздатними, про психологічні проблеми неповнолітніх, за яких існує ймовірність вчинення дій, що становлять загрозу для себе та оточуючих. Надання такої інформації не є розголошенням конфіденційних відомостей.

Стаття 6 Добровільність здобуття психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню

Одержувач психологічної, психотерапевтичної допомоги у психолога, лікаря-психолога, клінічного психолога, лікаря-психотерапевта, які використовують необхідні для конкретного випадку, стану особи методів, форм, обсягу, місця, термінів психологічної допомоги і не може бути примусово спрямований на її отримання за рішенням будь-яких організацій чи третіх осіб.

Одержувач психологічної, психотерапевтичної допомоги має право відмовитися від отримання допомоги на будь-якому етапі її надання.

Стаття 7. Своєчасність, доступність та якість психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню

Своєчасність, доступність та якість психологічної, психотерапевтичної допомоги забезпечуються:

1) наближеністю надання психологічної, психотерапевтичної допомоги до місця проживання: в центрах первинної медико-санітарної допомоги (амбулаторія загальної практики – сімейної медицини), місця роботи (кімнати (зони) психологічного розвантаження), навчання (кабінети психолога, кабінети психологічного здоров'я) та ін.;

2) наявністю необхідної кількості психологів, лікарів-психологів, клінічних психологів, лікарів-психотерапевтів та рівнем їх кваліфікації;

3) застосуванням алгоритму дій, стандартів психологічної, психотерапевтичної допомоги та порядку надання психологічної, психотерапевтичної допомоги;

4) наданням гарантованого обсягу безкоштовної психологічної, психотерапевтичної допомоги відповідно до Конституції України;

5) транспортною та іншою доступністю осіб, які надають психологічну, психотерапевтичну допомогу для всіх груп населення, у тому числі інвалідів та інших маломобільних груп населення.

Стаття 8. Адресна психологічна, психотерапевтична допомога населенню

Адресність психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню забезпечується шляхом надання їм психологічної, психотерапевтичної допомоги різними методами/видів психологічної, психотерапевтичної допомоги та у різноманітних формах, обсягу, місця, термінів адекватних його проблемних ситуацій, що враховує його індивідуальні потреби, особливості та можливості.

Стаття 9. Комплексність психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню

Комплексність психологічної допомоги забезпечується наданням мультидисциплінарними командами (психолог, лікар-психолог, психотерапевт, соціальний працівник з вищою та середньою освітою, медичний працівник з середньою освітою) з використанням різних видів, форм, технік, технологій, обсягу, місця, термінів надання психологічної, психотерапевтичної допомоги, вибір яких обумовлюється багатоаспектністю психологічних проблем осіб, що потребують психологічної, психотерапевтичної допомоги, та наявними можливостями осіб, які надають психологічну, психотерапевтичну допомогу.

Стаття 10. Системність психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню

Системність психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню забезпечується всебічним використанням можливостей внутрішніх ресурсів та зовнішнього соціального середовища для осіб, які потребують психологічної та психотерапевтичної допомоги, з метою сприяння вирішення актуальних психологічних проблем, що виникають на різних етапах життєдіяльності.

Стаття 11. Неприпустимість відмови у психологічній, психотерапевтичній допомозі

Відмова у наданні психологічної, психотерапевтичної допомоги у випадках, передбачених законодавством України;

За відмову у наданні психологічної, психотерапевтичної допомоги особам, які потребують психологічної та психотерапевтичної допомоги фахівці: психологи, лікарі-психологи, клінічні психологи, лікарі-психотерапевти несуть відповідальність відповідно до законодавства України.

Стаття 12. Заклади з надання психологічної, психотерапевтичної допомоги, медичні працівники та інші фахівці, які надають психологічну, психотерапевтичну допомогу

Психологічна, психотерапевтична допомога надається в закладах охорони здоров'я всіх форм власності: в центрах первинної медико-санітарної допомоги (амбулаторія загальної практики – сімейної медицини), стаціонарних умовах (у психіатричних відділеннях лікарень загального профілю); на робочих місцях

(кімнати (зони) психологічного розвантаження, кабінети психолога, кабінети психологічного здоров'я) та інших, а також лікарями-психологами, психотерапевтами за наявності ліцензії, отриманої відповідно до законодавства. Медичні працівники, інші фахівці для допуску до роботи з особами, які потребують психологічної та психотерапевтичної допомоги, повинні пройти спеціальну підготовку та підтвердити свою кваліфікацію в порядку встановленому законодавством.

Професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації медичних працівників, інших фахівців, які беруть участь у наданні психологічної, психотерапевтичної допомоги, здійснюються відповідно до законодавства.

Розділ II

ВИДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ, ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ, ПІДСТАВИ ТА ПОРЯДОК ЇЇ НАДАННЯ

Стаття 13 Основні види психологічної, психотерапевтичної допомоги

Основними видами психологічної, психотерапевтичної допомоги є:

- 1) **психологічна підтримка** - система соціально-психологічних, психолого-педагогічних засобів, способів і методів допомоги особі з метою оптимізації її психоемоційного стану в процесі формування здібностей і самосвідомості, спрямування зусиль особи на реалізацію власної професійної діяльності;
- 2) **психологічний супровід** - комплекс заходів з підтримання оптимального стану людини, психологічного здоров'я, їх психологічної стійкості до впливу стресових чинників, психологічної готовності до життєдіяльності та запобігання виникненню негативних психологічних станів; попередження та своєчасне виявлення несприятливих міжособистісних відносин, стресових та інших актуальних ситуацій психічного дискомфорту, які порушують нормальну життєдіяльність отримувача психологічної допомоги;
- 3) **психологічна допомога** - вид допомоги, що надається людині чи групі людей для відновлення необхідної якості психологічних станів, покращення функціонування психічних процесів, поведінки, спілкування та їх реалізації в груповій діяльності;
- 4) **психологічне консультування** - комплекс заходів, які застосовуються (за необхідності) для надання одержувачам психологічної, психотерапевтичної інформації, емоційної підтримки і уваги до їхніх переживань, що допомагають прийняти усвідомлене рішення та оцінити психологічні ресурси щодо бажаних поведінкових змін, допомоги, спрямованої на усвідомлення впливу стрес-факторів, розширення самосвідомості та підвищення психологічної компетентності, зміну ставлення до проблеми, підвищення стресової та кризової толерантності, відповідальності, засвоєння нових моделей поведінки;
- 5) **психологічний аналіз та психотерапія** – психологічний вплив (втручання), що здійснюється у процесі дослідження причин психологічних проблем та механізмів

їх функціонування за допомогою спеціально організованого інтерв'ю та інших психологічних методів;

6) **психологічна діагностика** – дослідження, яке з метою визначення актуального психічного стану одержувача психологічної допомоги, особливостей його системи відносин, специфіки взаємин із оточуючими людьми, необхідні для складання прогнозу та розробки рекомендацій щодо надання йому належної психологічної допомоги;

7) **психологічна експрес-діагностика** - швидка оцінка індивідуально-психологічних особливостей одержувача психологічної, психотерапевтичної допомоги з метою встановлення ступеня їх відповідності вимогам та умовам виконання обов'язків, контроль за психоемоційним станом і визначення необхідності в наданні відповідної психологічної підтримки, допомоги;

8) **психологічна експертиза** - дослідження, яке проводиться спеціалістом-психологом (або групою фахівців-психологів) у випадках та порядку, встановлених нормативними правовими актами та спрямоване на виявлення та оцінку параметрів актуальної психологічної ситуації, що порушує нормальну життєдіяльність одержувача психологічної допомоги, його поведінку та систему відносин, з'ясування особливостей його взаємодії із соціальним середовищем, у тому числі для складання висновку та розробки програми з надання йому психологічної допомоги;

9) **психологічна корекція** - подолання чи ослаблення відхилень у розвитку, емоційному стані та поведінці одержувача психологічної допомоги з метою приведення цих показників у відповідність до вікових норм та вимог соціального середовища;

10) **психологічна реабілітація** - система заходів, спрямованих на збереження, відновлення та корекцію психологічних станів, необхідних для забезпечення оптимального рівня, які були піддані впливу психотравмуючих стрес-факторів, а також створення сприятливих умов для подальшої успішної життєдіяльності;

11) **психопрофілактика** - комплекс організаційних, правових, просвітницьких, соціально-економічних, психологічних та медичних заходів, спрямованих на попередження виникнення та розвитку психічних розладів, негативних психологічних станів за допомогою створення сприятливих психологічних умов для навчання, життєдіяльності, попередження психологічного виснаження, зниження рівня психологічної безпеки особистості, професійного та особистого вигорання, надання психологічної підтримки, особливо в період їх адаптації, віднесенням до групи посиленої психологічної уваги, з метою забезпечення їх високої працездатності;

12) **психологічна просвіта** - систематичне та організоване розповсюдження психологічної інформації з метою формування розуміння закономірностей функціонування людської психіки і поведінки людей в екстремальних умовах, формування знання шляхів і способів управління можливостями власної психіки,

надання самопомоги і першої психологічної допомоги іншим особам, а також готовності і бажання отримувати професійну психологічну допомогу в разі потреби;

13) **психологічний тренінг** - формування емоційно-коректуючого досвіду, зняття наслідків психотравмуючих ситуацій, нервово-психічної напруженості, оволодіння новими стилями поведінки, адаптація до змінних умов життєдіяльності, навичками самопізнання та саморегуляції, формування творчої готовності.

Стаття 14. Основні форми психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню

Форми психологічної, психотерапевтичної допомоги поділяються залежно від характеру взаємодії між одержувачем психологічної допомоги та психологом, лікарем-психологом, клінічним психологом, лікарем-психотерапевтом (очна, дистанційна (телемедична), заочна), від кількості учасників (індивідуальна, групова), від часових параметрів (короткострокова, довгострокова, екстрена).

У кожному конкретному випадку форму, вид та обсяг психологічної допомоги визначає та рекомендує психолог, лікар-психолог, клінічний психолог, лікар-психотерапевт відповідно до стану одержувача психологічної допомоги та специфіки його психологічної проблеми.

Остаточний вибір форми, виду та обсягу психологічної допомоги здійснює одержувач психологічної допомоги.

Очна психологічна допомога надається за безпосередньої взаємодії психологом, лікарем-психологом, клінічним психологом, лікарем-психотерапевтом та одержувача психологічної, психотерапевтичної допомоги у спеціально призначеному приміщенні, доступному для інвалідів та інших маломобільних громадян, забезпеченому всіма засобами комунально-побутового обслуговування та оснащеним телефонним зв'язком (амбулаторії первинної медичної допомоги (кабінети психологічного здоров'я/громадського здоров'я), центри психологічного здоров'я/громадського здоров'я), місця роботи (кімнати (зони) психологічного розвантаження), навчання (кабінети психолога, кабінети психологічного здоров'я) та ін.

Дистанційна (телемедична) психологічна, психотерапевтична допомога надається за допомогою Internet мережі, інтернет-платформ, веб-додатків, програм які встановлені на смартфонах, планшетах, комп'ютерах/ноутбуках осіб, які потребують психологічної та психотерапевтичної допомоги. Психологічна психотерапевтична допомога надається безпосередньо психологом, лікарем-психологом, клінічним психологом, лікарем-психотерапевтом з використанням технічних засобів.

Заочна - (телефонна (гаряча лінія для дорослих та дітей), центрів психологічної служби) психологічна, психотерапевтична допомога надається безпосередньо психологом, лікарем-психологом, клінічним психологом, лікарем-психотерапевтом.

Індивідуальна психологічна, психотерапевтична допомога надається безпосередньо психологом, лікарем-психологом, клінічним психологом, лікарем-психотерапевтом особам, які потребують психологічної, психотерапевтичної допомоги, віч-на-віч за відсутності сторонніх осіб, як правило, протягом від 25 до 90 хвилин.

Групова психологічна, психотерапевтична допомога надається безпосередньо психологом, лікарем-психологом, клінічним психологом, лікарем-психотерапевтом сім'ї (що складається із двох і більше осіб, які потребують психологічної, психотерапевтичної допомоги, як правило, протягом від 45 до 180 хвилин.

Короткострокова психологічна, психотерапевтична допомога надається безпосередньо психологом, лікарем-психологом, клінічним психологом, лікарем-психотерапевтом особам, які потребують психологічної, психотерапевтичної допомоги для вирішення актуальної проблеми чи проблемної ситуації, триває від одного прийому (від 30 хвилин) до кількох прийомів протягом кількох тижнів, місяців.

Довгострокова психологічна, психотерапевтична допомога надається безпосередньо психологом, лікарем-психологом, клінічним психологом, лікарем-психотерапевтом особам, які потребують психологічної, психотерапевтичної допомоги для психологічного аналізу та дослідження особистісного змісту проблем, причин та умов їх виникнення, а також для немедичної психотерапії у випадках, коли опрацьовується безліч деталей, ефект розвивається повільно та носить стійкий характер; продовжується не менше року. Частота зустрічей визначається за згодою обох сторін.

Стаття 15. Звернення за психологічною, психотерапевтичною допомогою

Психологічна, психотерапевтична допомога надається на підставі добровільного звернення осіб, які потребують психологічної, психотерапевтичної допомоги.

Надання психологічної, психотерапевтичної допомоги неповнолітнім особам віком до 14 років проводиться на підставі звернення їхніх батьків, опікунів або співробітників державних установ, які несуть відповідальність за дитину, за винятком випадків, передбачених частиною 3 цієї статті.

Для надання психологічної, психотерапевтичної допомоги неповнолітнім віком до чотирнадцяти років згоди законних представників не потрібно:

- 1) під час встановлення фактів жорстокого поводження, фізичного, психічного, сексуального насильства щодо неповнолітнього;
- 2) неповнолітнім, які опинилися у надзвичайній ситуації природного та техногенного характеру;
- 3) при зверненні неповнолітнього за наданням психологічної допомоги анонімно, телефоном довіри.

Надання психологічної, психотерапевтичної допомоги особам, визнаним в установленому порядку недієздатними, проводиться на підставі звернення їх

законних представників. Згода може бути як письмова або усна від батьків, Миропікунів.

Стаття 16. Порушення введення клінічних протоколів надання психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню

Надання психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню здійснюється відповідно до клінічних протоколів, затверджених в установленому законодавством порядку. У випадку порушення психологом, лікарем-психологом, клінічним психологом, лікарем-психотерапевтом населенню введення клінічних протоколів при наданні психологічної, психотерапевтичної допомоги до них застосовуються заходи адміністративного впливу в установленному законодавством порядку.

Стаття 17 Підстави для відмови чи припинення психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню

Підставами для відмови чи припинення надання психологічної, психотерапевтичної допомоги є:

- недотримання особою, яка потребує психологічної, психотерапевтичної допомоги, правил прийому, встановлених психологом, лікарем-психологом, клінічним психологом, лікарем-психотерапевтом, які надають психологічну, психотерапевтичну допомогу;
- виявлення психічних розладів та розладів поведінки у осіб, які звернулись за наданням психологічної, психотерапевтичної допомоги і потребують спеціалізованої психіатричної допомоги.

Стаття 18. Права та обов'язки осіб, які потребують психологічної, психотерапевтичної допомоги

Особа, яким надається психологічну, психотерапевтичну допомогу, мають права і свободи громадян, передбачені Конституцією України та законами України. Обмеження їх прав і свобод допускається лише у випадках, передбачених Конституцією України, відповідно до законів України.

Особа, яка потребує психологічну, психотерапевтичну допомогу має право на:

- 1) отримання професійної, кваліфікованої психологічної, психотерапевтичної допомоги;
- 2) отримання інформації про характер наявних у них психологічних проблем та застосовуваних методів надання психологічної, психотерапевтичної допомоги, отримання інформації про результати психологічної діагностики, мету, зміст психологічної допомоги;
- 3) відмову від отримання психологічної, психотерапевтичної допомоги на будь-якому етапі її надання із зазначенням причини такої відмови.
- 4) одержання психологічної, психотерапевтичної допомоги в найменш обмежених, відповідно до їх психічного стану, умовах, якщо можливо, за місцем проживання цих осіб, членів їх сім'ї, інших родичів або законних представників;

- 5) безоплатне надання психологічної, психотерапевтичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, а також безоплатне або на пільгових умовах забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України;
- 6) особа, яка потребує психологічної, психотерапевтичної допомоги має вибір місця та форми отримання допомоги, як у державних, так, і у приватних закладах.
- 7) особа, яка потребує психологічної, психотерапевтичної допомоги має на захист прав уповноваженим з прав пацієнтів з психічними розладами (омбуцмена).
- 8) особа, яка потребує психологічної, психотерапевтичної допомоги повинна мати умови для отримання душпарської допомоги в умовах закладу охорони здоров'я.
- 9) при наданні некваліфікованої психологічної, психотерапевтичної допомоги особи, які потребують психологічної, психотерапевтичної допомоги мають право на захист законних інтересів згідно Конституції України, у тому числі в судовому порядку.

Збір даних, використання як об'єкта наукових психологічних досліджень чи навчального процесу, фото-відео чи кінозйомка, а також присутність третіх осіб у процесі надання психологічної, психотерапевтичної допомоги допускається лише за письмовою або усною згодою особи, яка потребує психологічної, психотерапевтичної допомоги або його законного представника.

Особи, які потребують психологічної, психотерапевтичної допомоги зобов'язані:

- 1) за можливості дотримуватись виконувати рекомендації психолога, лікаря-психолога, клінічного психолога, лікаря-психотерапевта;
- 2) співпрацювати зі психологом, лікарем-психологом, клінічним психологом, лікарем-психотерапевтом при наданні психологічної, психотерапевтичної допомоги;
- 3) повідомляти про наявність захворювань, що становлять небезпеку для здоров'я інших осіб;
- 4) поважати роботу психолога, лікаря-психолога, клінічного психолога, лікаря-психотерапевта;
- 5) дотримуватись розпорядку прийому психолога, лікаря-психолога, клінічного психолога, лікаря-психотерапевта у робочий час.

Стаття 19. Права та обов'язки фахівців, які надають психологічну, психотерапевтичну допомогу населенню

Фахівці, які надають психологічну, психотерапевтичну допомогу населенню, а саме психологи, лікарі-психологи, клінічні психологи, лікарі-психотерапевти мають право на:

- 1) необхідні санітарно-гігієнічні умови для надання психологічної, психотерапевтичної допомоги в державних або приватних установах (освітленість, параметри мікроклімату (температура повітря, вологість, швидкість руху повітря), матеріально-технічне забезпечення (обладнання, меблі, оргтехніка, інтернет тощо);

- 2) вибір наукового методу, форм, обсягу, місця, термінів підходу, засобів надання психологічної допомоги відповідно до цього закону;
- 3) відмову у наданні психологічної, психотерапевтичної допомоги у разі порушення особою, яка потребує психологічної, психотерапевтичної допомоги, норм і правил, встановлених відповідно до цього закону та інших норм та правил;
- 4) організаційне забезпечення підвищення фахової кваліфікації;
- 5) одержання фахівцями, які надають психологічну, психотерапевтичну допомогу населенню, психологічної реабілітації в установленому порядку;
- 6) дотримання норм трудового законодавства.

Фахівці, які надають психологічну, психотерапевтичну допомогу населенню, а саме психологи, лікарі-психологи, клінічні психологи, лікарі-психотерапевти зобов'язані:

- 1) мати вищу освіту за спеціальністю «Психологія», «Медична психологія» або «Медицина» (спеціалізація за фахом «Медична психологія», Психотерапія», «Психіатрія», «Психофізіологія»;
- 2) мати досвід практичної роботи в закладах охорони здоров'я та або реабілітаційних закладах не менше одного року та/або досвід практичної роботи за фахом не менше двох років;
- 3) повинні пройти атестацію відповідно до законодавства та/або формальне професійне навчання протягом останніх двох років;
- 4) дотримуватись клінічних протоколів психологічної, психотерапевтичної допомоги;
- 5) забезпечувати, якщо це потрібно за наслідками психологічної діагностики, відповідну взаємодію з фахівцями інших професій для надання психологічної, психотерапевтичної, психіатричної допомоги;
- 6) зберігати конфіденційність інформації про осіб, які потребують психологічної, психотерапевтичної допомоги з урахуванням вимог цього Закону;
- 7) забезпечувати, якщо це потрібно за наслідками психологічної діагностики, відповідну взаємодію з фахівцями інших професій для надання психологічної, психотерапевтичної, психіатричної допомоги.

Розділ III.

Повноваження органів державної влади України, органів місцевого самоврядування/добровільного об'єднання територіальних громад у сфері охорони психічного здоров'я, психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню України

Стаття 20. Повноваження центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони психічного здоров'я, надання психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню України

1. Центральний орган виконавчої влади - Міністерство охорони здоров'я, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони психічного

здоров'я, надання психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню України:

- 1) забезпечує формування державної політики у сфері охорони психічного здоров'я, надання психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню України;
- 2) вносить пропозиції до загальнодержавних і міждержавних програм, спрямованих на захист і зміцнення психічного здоров'я населення, на основі комплексного підходу - здоров'я у всіх політиках;
- 3) узагальнює практику застосування законодавства у сфері психічного здоров'я, розробляє пропозиції щодо його вдосконалення та вносить в установленому порядку проекти законодавчих актів, актів Президента України, Кабінету Міністрів України;
- 4) схвалює щорічний звіт про стан психічного здоров'я населення України та надання психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню України;
- 5) ініціює прийняття законів та інших нормативних правових актів України у сфері надання психологічної, психотерапевтичної допомоги;
- 6) вносить на розгляд Кабінету Міністрів України пропозиції, спрямовані на профілактику та зниження рівня психічних хвороб серед населення України;
- 7) спрямовує та координує реалізацію державної політики з охорони психічного здоров'я, надання психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню України;
- 8) забезпечує регулювання та захист прав людини та громадянина у сфері психічного здоров'я, психологічної, психотерапевтичної допомоги;
- 9) забезпечує управління територіальною державною власністю, що використовується у сфері психічного здоров'я, психологічної, психотерапевтичної допомоги;
- 10) встановлює порядок створення державних установ у сфері психічного здоров'я, психологічної, психотерапевтичної допомоги;
- 11) вживає заходів щодо забезпечення функціонування та розвитку безоплатної психологічної, психотерапевтичної допомоги, координація діяльності системи психологічної, психотерапевтичної допомоги та їх взаємодії;
- 12) встановлює загальні принципи фінансового забезпечення діяльності, і навіть нормативів фінансового забезпечення діяльності державних установ у сфері психічного здоров'я, психологічної, психотерапевтичної допомоги;
- 13) забезпечує взаємодію територіальних органів виконавчої влади/ добровільних об'єднань територіальних громад та органів виконавчої влади суб'єктів України, а також міжвідомчої взаємодії у сфері надання психологічної допомоги (у в тому числі, у надзвичайних ситуаціях, воєнних дій);
- 14) проведе моніторинги соціальної напруженості та негативних психологічних тенденцій у суспільстві;

- 15) забезпечує розробку та реалізацію програм наукових досліджень у сфері психічного здоров'я, психологічної, психотерапевтичної допомоги, їх координація;
- 16) здійснює інформаційне та науково-методичне забезпечення системи надання психологічної, психотерапевтичної допомоги;
- 17) забезпечує умови для професійної підготовки психологів, клінічних психологів, лікарів-психологів, лікарів-психотерапевтів, а також перепідготовки та підвищення їх кваліфікації;
- 18) здійснює державний контроль (нагляд) у сфері психічного здоров'я, психологічної, психотерапевтичної допомоги;
- 19) здійснює міжнародне співробітництво України у сфері психічного здоров'я, психологічної, психотерапевтичної допомоги, включаючи укладання міжнародних договорів України;
- 20) виконує інші повноваження відповідно до вимог цього Закону, інших законів, наказів та інших нормативних правових актів України, що регулюють відносини, що виникають у сфері охорони психологічного здоров'я, психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню України;
- 21) забезпечує щорічне проведення національного опитування (мониторингу) щодо психічного здоров'я населення України за відповідним Указом Президента України для виявлення та ранньої профілактики розладів психічного здоров'я (демографічний розподіл, рівень поширеності та причини психічних захворювань) та формування політики покращення психічного здоров'я;
- 22) визначає механізм обміну інформацією між службами та окремими фахівцями, залученими до надання психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню, забезпечує міжгалузеву співпрацю та взаємодію, сприяє розвитку мультидисциплінарних команд з надання психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню, визначає склад мультидисциплінарних команд, порядок їх формування та функціонування, взаємодії з іншими службами охорони здоров'я та окремими фахівцями, що надають психологічну, психотерапевтичну допомогу населенню, забезпечує функціонування єдиної електронної бази даних одержувачів психологічної, психотерапевтичної допомоги.
- 23) забезпечує створення центральної бази даних електронної системи Міністерства охорони здоров'я щодо даних, які містять персоніфікований перелік психологів, лікарів-психологів, клінічних психологів, лікарів-психотерапевтів для забезпечення психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню.

Стаття 21 Повноваження теретиріальних органів державної влади, що забезпечують реалізацію державної політики у сфері охорони психічного здоров'я, надання психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню України

До повноважень теретиріальних органів державної влади, що забезпечують реалізацію державної політики у сфері охорони психічного здоров'я, надання психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню України належать:

1) створення умов для надання психологічної допомоги: в амбулаторіях первинної медичної допомоги (кабінети психологічного здоров'я/громадського здоров'я), центрах психологічного здоров'я/громадського здоров'я, на підприємствах (кімнати (зони) психологічного розвантаження), в закладах освіти (кабінети психолога, кабінети психологічного здоров'я) та ін.;

2) забезпечення утримання будівель та споруд муніципальних установ у сфері психічного здоров'я, психологічної, психотерапевтичної допомоги, облаштування прилеглих до них територій;

3) забезпечення організації надання психологічної допомоги у муніципальних установах у разі передачі відповідних повноважень відповідно до цього Закону.

Розділ IV. Система психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню України

Стаття 22. Система психологічної, психотерапевтичної допомоги

Система психологічної, психотерапевтичної допомоги включає:

1) уповноважений територіальний орган виконавчої влади/добровільні об'єднання територіальних громад у сфері психологічного здоров'я, психологічної, психотерапевтичної допомоги;

2) уповноважений орган виконавчої влади/добровільні об'єднання територіальних громад України у сфері психічного здоров'я, психологічної, психотерапевтичної допомоги;

3) державні установи, що надають психологічну, психотерапевтичну допомогу, що знаходяться у віданні уповноваженого територіального органу виконавчої влади та уповноважених органів державної влади України;

4) приватні установи, що надають психологічну, психотерапевтичну допомогу, мають ліцензію на провадження господарської практики.

Розділ V. Забезпечення психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню України

Стаття 23. Стандарти психологічної, психотерапевтичної допомоги

1. Базові стандарти психологічної, психотерапевтичної допомоги встановлюються законами України з урахуванням міжнародних стандартів у сфері захисту прав людини.

2. Міністерство охорони здоров'я із залученням фахівців міністерств освіти і науки, соціальної політики розробляють стандарти, протоколи, алгоритми психологічної, психотерапевтичної допомоги на основі базового стандарту психологічної допомоги у порядку, передбаченому цим законом.

3. Базові стандарти психологічної, психотерапевтичної допомоги повинні забезпечувати:

1) єдність серед всіх галузей, які надають психологічну, психотерапевтичну допомогу;

2) повноту та якість психологічної, психотерапевтичної допомоги;

3) рівну доступність психологічної, психотерапевтичної допомоги.

4. Базовий стандарт психологічної, психотерапевтичної допомоги включає:

- 1) категорії одержувачів психологічної, психотерапевтичної допомоги;
- 2) вимоги до видів, форм, методів, обсягів, термінів надання психологічної, психотерапевтичної допомоги;
- 3) перелік підстав для відмови у наданні психологічної, психотерапевтичної допомоги та порядок спрямування громадян, які потребують психіатричної допомоги у спеціалізованому закладі охорони здоров'я за їх згодою;
- 4) кваліфікаційні та інші вимоги до психологів, лікарів-психологів, клінічних психологів, психотерапевтів, які надають психологічну, психотерапевтичну допомогу;
- 5) порядок позачергового надання психологічної, психотерапевтичної допомоги у разі перевищення затребованості у психологічній, психотерапевтичній допомозі над можливістю її надання;
- 6) особливості надання психологічної, психотерапевтичної допомоги окремим категоріям одержувачів психологічної, психотерапевтичної допомоги (неповнолітні, люди з обмеженими можливостями здоров'я, люди похилого віку та інші категорії);
- 7) вимоги до місця надання психологічної, психотерапевтичної допомоги;
- 8) вимоги до інформаційного забезпечення одержувачів психологічної, психотерапевтичної допомоги при зверненні за її отриманням та під час надання психологічної, психотерапевтичної допомоги;
- 9) порядок подання, реєстрації та розгляду претензій та скарг на недотримання стандарту психологічної, психотерапевтичної допомоги.

5. Особи, які надають психологічну, психотерапевтичну допомогу, зобов'язані дотримуватися стандартів психологічної, психотерапевтичної допомоги, затверджених МОЗ.

6. Особи, які надають психологічну, психотерапевтичну допомогу можуть надавати її за допомогою використання стандартних протоколів зв'язку та систем візуалізації на базі центрів первинної медико-санітарної допомоги (амбулаторія загальної практики – сімейної медицини): eHealth (телемедичні послуги).

7. Міністерство освіти і науки, міністерство соціальної політики та інші відомства забезпечити організацію передачі даних, які містяться в електронній медичній інформаційно-аналітичній системі з оптимізації роботи психологів, лікарів-психологів, клінічних психологів, лікарів-психотерапевтів до центральної бази даних електронної системи Міністерства охорони здоров'я.

Стаття 24. Кадрове забезпечення психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню України

1. Ефективність діяльності з надання психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню України забезпечують психологи, лікарі-психологи, клінічні лікарі, лікарі-психотерапевти які мають професійну освіту, що відповідає вимогам та характеру виконуваної роботи, досвід роботи в даній галузі.

2.Формування кадрового складу психологів, лікарів-психологів, клінічних психологів, лікарів-психотерапевтів забезпечується:

- 1) розвитком професійних якостей психологів, лікарів-психологів, клінічних психологів, лікарів-психотерапевтів;
- 2) оцінкою результатів професійної діяльності психологів, лікарів-психологів, клінічних психологів, лікарів-психотерапевтів у ході проведення атестації та/або складання кваліфікаційного іспиту;
- 3) використанням сучасних кадрових технологій;
- 4) застосуванням освітніх програм МОН, МОЗ України

3. Перепідготовка, підвищення кваліфікації та стажування психологів, лікарів-психологів, клінічних психологів, лікарів-психотерапевтів здійснюються відповідно до вимог законів, наказів та інших нормативних правових актів України.

Стаття 25. Фінансове забезпечення психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню України

1. Фінансування заходів, пов'язаних з наданням безоплатної психологічної, психотерапевтичної допомоги відповідно до цього закону та інших нормативних правових актів України, покладається на органи державної влади України та підвідомчі їм установи, та здійснюється за рахунок бюджетних асигнувань з державного бюджету відповідно до бюджетного законодавства України.

2. Фінансування витрат, пов'язаних із наданням безоплатної психологічної, психотерапевтичної допомоги недержавними організаціями у випадках, передбачених цим законом, з компенсацією їх витрат на надання такої допомоги, а також фінансування додаткових гарантій психологам, лікарям-психологам, клінічним психологам, лікарям-психотерапевтам є видатковими зобов'язаннями України.

3. Фінансування витрат органів місцевого самоврядування/добровільних об'єднань територіальних громад, пов'язаних із створенням та діяльністю державних установ, встановленням додаткових гарантій права громадян на отримання безоплатної психологічної, психотерапевтичної допомоги, є видатковим зобов'язанням місцевих бюджетів.

Стаття 26. Інформаційне забезпечення психологічної, психотерапевтичної допомоги

1. З метою інформування населення України про можливість отримати психологічну, психотерапевтичну допомогу державні органи виконавчої влади та підвідомчі їм установи, органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування та їх посадові особи, саморегульовані організації зобов'язані розміщувати на офіційних ресурсах:

- 1) порядок надання психологічної, психотерапевтичної допомоги, у тому числі безоплатної;

2) зміст, межі здійснення, способи реалізації та захисту гарантованих законодавством України прав громадян на отримання психологічної, психотерапевтичної допомоги;

3) відомості про кваліфікацію психологів, лікарів-психологів, клінічних психологів, лікарів-психотерапевтів, з урахуванням вимог Закону України «Про захист персональних даних»;

4) телефони довіри, електронні ресурси;

2. Порядок інформування населення про надання психологічної, психотерапевтичної допомоги, у тому числі безоплатної, встановлюється державними нормативними правовими актами України.

Стаття 27. Заходи соціального захисту психологів, лікарів-психологів, клінічних психологів, лікарів-психотерапевтів

1. Психологи, лікарі-психологи, клінічні-психологи, лікарі-психотерапевти мають право на скорочену тривалість робочого часу, щорічну додаткову оплачувану відпустку за роботу зі шкідливими умовами праці відповідно до законодавства України.

2. Тривалість робочого дня та щорічної додаткової оплачуваної відпустки психологів, лікарів-психологів, клінічних психологів, лікарів-психотерапевтів визначаються Кабінетом Міністрів України.

3. Розміри підвищення оплати праці за роботу зі шкідливими умовами праці для психологів, лікарів-психологів, клінічних психологів, лікарів-психотерапевтів державних установ визначаються Кабінетом Міністрів України.

4. Додаткові заходи соціальної підтримки, а також пільги в галузі пенсійного забезпечення психологів, лікарів-психологів, клінічних психологів, лікарів-психотерапевтів, діяльність яких була пов'язана з загрозою життю та здоров'ю (участь у реабілітаційних заходах, пов'язаних з військовими діями, терористичними актами, природними та техногенними катастрофами), встановлюються територіальними органами державної влади.

5. Додаткові заходи соціального захисту психологів, лікарів-психологів, клінічних психологів, лікарів-психотерапевтів, які працюють у державних установах, визначаються органами державної влади.

Стаття 28. Обов'язкове страхування психологів, лікарів-психологів, клінічних психологів, лікарів-психотерапевтів, робота яких пов'язана з загрозою їхньому життю та здоров'ю

1. Для психологів, лікарів-психологів, клінічних психологів, лікарів-психотерапевтів, робота яких пов'язана з загрозою їх життю та здоров'ю, встановлюється обов'язкове страхування відповідно до переліку посад, зайняття яких пов'язане з загрозою життю та здоров'ю працівників, що затверджується Кабінетом Міністрів України.

2. Розмір та порядок обов'язкового страхування психологів, лікарів-психологів, клінічних психологів, лікарів-психотерапевтів, робота яких пов'язана з загрозою їх життю та здоров'ю, встановлюються Кабінетом Міністрів України.
3. Розмір та порядок обов'язкового страхування психологів, лікарів-психологів, клінічних психологів, лікарів-психотерапевтів робота яких пов'язана з загрозою їх життю та здоров'ю встановлюються органами державної влади України.
4. Розмір і порядок обов'язкового страхування психологів, лікарів-психологів, клінічних психологів, лікарів-психотерапевтів муніципальних організацій охорони здоров'я, робота яких пов'язана з загрозою їхньому життю та здоров'ю, встановлюються органами місцевого самоврядування/добровільними об'єднаннями територіальних громад.

Розділ VI. Контроль, нагляд та відповідальність за діяльністю з надання психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню України

Стаття 29. Контроль та державний нагляд за наданням психологічної, психотерапевтичної допомоги

1. Контроль за наданням психологічної, психотерапевтичної допомоги психологами, лікарями-психологами, клінічними психологами, лікарями-психотерапевтами здійснюється державними органами, органами місцевого самоврядування/добровільними об'єднаннями територіальних громад у встановленому законодавством.

2. Державний контроль за діяльністю державних установ, що надають психологічну, психотерапевтичну допомогу, що знаходяться у віданні уповноваженого державного органу виконавчої влади України, здійснюють уповноважений державний орган виконавчої влади України у сфері надання психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню.

Стаття 30. Відповідальність за надання психологічної допомоги

Особи, що надають психологічну, психотерапевтичну допомогу, несуть відповідальність відповідно до державного законодавства України.

Розділ VII. Прикінцеві та перехідні положення

1. Цей Закон набирає чинності з дня, наступного за днем його опублікування, та вводиться в дію через 6 місяців з дня набрання ним чинності.

Кабінету Міністрів України:

у тримісячний строк з дня опублікування цього Закону привести свої нормативно-правові акти у відповідність із цим Законом та забезпечити приведення міністерствами, іншими центральними органами виконавчої влади їх нормативно-правових актів у відповідність із цим Законом;

у 2024-25р.р. поінформувати Верховну Раду України про стан виконання цього Закону.

Президент України

ДОДАТОК Б

Таблиця

Імплементація міжнародного досвіду країн ЄС з питань санітарно-гігієнічних вимог до проектування ЗОЗ ПП в національну санітарну та містобудівну базу України

№ п/п	Нове будівництво, м ² /Реконструкція, м ²		ЄС	Україна	5	6	Нормативний документ ЄС
	Україна	ЄС					
1			4				
2	Вимоги до організації земельних ділянок	В озелененій зоні для відпочинку (альтанки, лави) не повинні використовуватися рослини, які є алергенами, отруйними. Територія прогулянкових майданчиків забезпечується штучним освітленням, а також затіненими зонами для прогулянок влітку.	4	В озелененій зоні для відпочинку відкриті майданчики до кожної одностійової палати (альтанки, столи, лавки). Не повинні використовуватися рослини, які є алергенами, отруйними. Зовнішні ділянки вимагають захищеної території, які мають затінене місце протягом літа.	ДБН В.2.2-10:2022 П.5.9-5.10		Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. URL: https://www.wbdg.org/FFC/VA/VADEGUID/ARCHIVE/dgmh_2010_Rev2017.pdf П.3.2.1 П.3.2.9 П.3.3.6 Part B – Health Facility Briefing&Design 200 Mental Health Unit – Older Persons. International Health Facility Guidelines. 2014.URL: https://healthfacilityguidelines.com/ViewPDF/ViewIndexPDF/iHFG_part_b_complete_p.2,3

2	<p>В озелененій зоні для відпочинку (альтанки, лави) не повинні використовуватися рослини, які є алергенами, отруйними. Територія прогулянкових майданчиків забезпечується штучним освітленням, а також затіненими зонами для прогулянок влітку.</p>	<p>В озелененій зоні для відпочинку відкриті майданчики до кожної одностійнової палати (альтанки, столи, лавки). Не повинні використовуватися рослини, які є алергенами, отруйними. Зовнішні ділянки вимагають захищеної території, які мають затінене місце протягом літа.</p>	<p>Наказ МОЗ України «Про затвердження Державних санітарних норм і правил «Санітарно-протіепідемічні вимоги до новобудованих, реставрованих і реконструйованих закладів охорони здоров'я» та зміни до деяких нормативно-правових актів МОЗ» № 354 від 21.02.2023 р. (далі Наказ МОЗ України № 354 від 21.02.2023 р.) п.15</p>	<p>Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. URL: П.3.2.1 П.3.2.9 П.3.3.6 Part B – Health Facility Briefing&Design 200 Mental Health Unit – Older Persons. International Health Facility Guidelines. 2014.URL: п.2,3</p>
3	<p>Біля входів до будівель, зовнішніх сходів та ін. використовувати кілька рівнів освітлення, зокрема нічне освітлення</p>	<p>Біля входів до будівель, зовнішніх сходів та ін. використовувати кілька рівнів освітлення, зокрема нічне освітлення території</p>	<p>ДБН В.2.2-10:2022 П.5.16-5.17</p>	<p>Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. П.4.2.5, П.4.2.12</p>
4	<p>Зони активного відпочинку</p>	<p>Спортивна зона, садові ділянки, прогулянкові дворики, зона для відпочинку та ігор. Ці зони повинні бути розглянуті на етапі планування.</p>	<p>Наказ МОЗ України № 354 від 21.02.2023 р п.Х Пеніатричне відділення п.15</p>	<p>Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. URL: П.3.2.1 П.3.2.9 П.3.3.6</p>

5	Зовнішні дворики	Для психіатричних відділень на території ЗОЗ облаштовується прогулянковий двір, з розрахунку 20 м ² на кожне ліжко пацієнта. При облаштуванні прогулянкового двору заборонено використовувати матеріали і оздоблення, що може стати причиною травмування або інших негативних впливів на пацієнтів	Важливим компонентом будь-якого стаціонарного психіатричного закладу має бути прямий, але безпечний доступ пацієнтів до внутрішнього дворика для безпосереднього доступу до відкритих майданчиків/двориків . Зовнішній простір слід проєктувати з урахуванням трьох основних принципів: 1. Розташування всередині блоку, щоб бути видимим для персоналу сестринського посту. 2. Розробляється з елементами пейзажу та ландшафту, які не сприяють самоушкодженню чи агресивній поведінці. У будь-якому новому будівництві та, наскільки це можливо, у реконструйованому будівництві має бути надійний і безпечний зовнішній простір.	Наказ МОЗ України № 354 від 21.02.2023 р п.Х Психіатричне відділення п.15	Chryssikou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. <i>Architect Medical Planne</i> . 2017. URL: https://www.academia.edu/10260131/Architecture_for_Psychiatric_Environments_and_Therapeutic_Spaces_n.5.4 Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. URL: П.3.2.1 П.3.2.9 П.3.3.6 Chryssikou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. <i>Architect Medical Planne</i> . 2017. п 7.2-7.3-7,4
---	------------------	--	--	---	---

5	Психіатричні відділення проєктуються	ЗОЗ ПП проєктують не вище третього поверху будівлі, відокремленими від усіх груп приміщень лікарні. Психіатричні відділення повинні мати прями або зручні зв'язки з відділенням невідкладної медичної допомоги (приймальним відділенням).	доступний безпосередньо з кожного стаціонарного відділення. Бажано, щоб стаціонарні психіатричні відділення були на першому поверсі, щоб забезпечити легкий доступ на природу та включити природу в концепцію дизайну. Стаціонарні відділи психічного здоров'я, як правило, розташовані в межах існуючого медичного центру та у відносно безпосередній близькості від відділення надзвичайних ситуацій. Це забезпечує зручний доступ для пацієнтів, сімей та персоналу та полегшує транспорт і можливість лікувати супутні медичні проблеми.	ДБН В.2.2-10:2022 П. 8.2.11.1 Наказ МОЗ України № 354 від 21.02.2023 р п.Х Психіатричне відділення п.1,2	Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. п.3.2.1
6	Психіатричні відділення проєктуються	ЗОЗ ПП проєктують не вище третього поверху будівлі, відокремленими від усіх груп приміщень лікарні. Психіатричні відділення повинні мати прями або зручні зв'язки з відділенням невідкладної медичної допомоги (приймальним відділенням).	Бажано, щоб стаціонарні психіатричні відділення були на першому поверсі, щоб забезпечити легкий доступ на природу та включити природу в концепцію дизайну. Стаціонарні відділи психічного здоров'я, як правило, розташовані в межах існуючого медичного центру та у відносно безпосередній близькості від відділення надзвичайних ситуацій. Це	Наказ МОЗ України № 354 від 21.02.2023 р п.Х Психіатричне відділення п.1,2	Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. п.3.2.1

7	Площа одностійової палати в психіатричній відділенні для пацієнтів старше 18 років (без урахування санітарно-гігієнічного приміщення)	18 м ² / 12 м ² Двері в санітарно-гігієнічних кабінках повинні розміщуватись на висоті 20 см±5 см від підлоги та мати висоту дверного полотна 1,3±0,05м. Всі типи палат (зокрема для ізоляції пацієнтів) повинні мати санітарно-гігієнічні приміщення із зоною для душа.	забезпечує зручний доступ для пацієнтів, сімей та персоналу та полегшує транспорт і можливість лікувати супутні медичні проблеми. Не менше 15 м ² ; для інваліда на візку від 17 до 19 м ² ; для пацієнта з ожирінням або баріатричною хворобою від 26 до 29 м ² (включаючи з ванною кімнатою), дозволяючи вільний простір 1,5 м ² навколо ліжка. Вони повинні бути розроблені так, щоб мінімізувати такі ризики, як падіння, де за пацієнтами не може спостерігати персонал, не входячи до кімнати; для мобільності персоналу у випадку, коли знадобиться допомога пацієнту. Надійне оздоблення устаткування ліжка, вбудований стіл та стелаж для зберігання одягу і заспокійливі кольори дають відчуття життєвої кімнати.	ДБН В.2.2-10:2022 (Додаток А, таблиця А.1, п.1.16), ДБН В.2.2-10:2022 п.8.2.11.5, 8.3.2.4	Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. П.3.2.5, П.4.2.4. -4,8 Design guide for the built environment of behavioral health facilities . James M. Hunt, AIA, NCARB David M. Sine, DrBE, CSP, ARM, CPHRM. Includes a Patient Safety Risk Assessment Tool The Facility Guidelines Institute. 2017. URL: https://www.fgiguidelines.org/wp-content/uploads/2017/03/DesignGuideBH-7.2_1703.pdf Part B – Health Facility Briefing&Design 200 Mental Health Unit – Older Persons. International Health Facility Guidelines. 2014.URL: https://healthfacilityguidelines.com/ViewPDF/ViewIndexPDF/HFG_part_b_complete.P.2.3 Chryssikou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. <i>Architect Medical Planne</i> . 2017. П.3.4, П.5.5, П.5.8
8	Площа ординаторської кімнати	2 м ² на кожного лікаря, але не менше 15 м ²	Не менше 15 м ²	ДБН В.2.2-10:2022 (Додаток А, таблиця А.1, п.1.31)	Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. п.4.3-4.3.3 Part B – Health Facility Briefing&Design 200 Mental Health

9	Площа ординаторської кімнати	2 м ² на кожного лікаря, але не менше 15 м ²	Не менше 15 м ²	Наказ МОЗ України № 354 від 21.02.2023 р п.Х Пенітаричне відділення п.6	Unit – Older Persons. Internaciional Health Facility Guidelines. П.2.3 Chryssikou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. Architect Medical Planne. 2017.URL: П. 5.9
10	Площа приміщення відпочинку медичних працівників (включно із зоною прийому їжі)	20м ² 8м ² (при реконструкції)	Не менше 20 м ² Кімната відпочинку персоналу з приміщеннями для приготування напоїв та закусок. Обладнана шафами для особистих речей, зоною для переодягання із шафками, душовою кабіною (туалетами), туалетами для чоловіків та жінок.	ДБН В.2.2-10:2022 (Додаток А, таблиця А.1, п.1.32)	Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. п.4.3-4.3.3 Part B – Health Facility Briefing&Design 200 Mental Health Unit – Older Persons. Internaciional Health Facility Guidelines. П.2.3 Chryssikou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. Architect Medical Planne. 2017.URL: П. 5.9
					Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. URL: https://www.wbdg.org/FFC/VAV/VADEGUID/ARCHIVE/dgmh_2010_Rev2017-p Chryssikou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces.

11	Площа приміщення відпочинку медичних працівників (включно із зоною прийому їжі)	20м ² 8м ² - (при реконструкції)	Не менше 20 м ² Кімната відпочинку персоналу з приміщеннями для приготування напоїв та закусок. Обладнана шафами для особистих речей, зоною для перебування із шафками, душевою кабіною (туалетами), туалетами для чоловіків та жінок.	Наказ МОЗ України № 354 від 21.02.2023 р п.Х Психіатричне відділення п.б	<i>Architect Medical Planne. 2017 П.4, 5.10</i> Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. URL: https://www.wbdg.org/FFC/VA/VADEGUID/ARCHIVE/dgmh_2010_Rev2017.p 7-р Chryssikou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. <i>Architect Medical Planne. 2017 П.4, 5.10</i>
12	Площа кімнати психологічного розвантаження	12 м ² + кабінет психолога 6 м ² на кожні 75 працівників (з розрахунку одна кімната на кожних 50 працівників, що залучені до надання допомоги пацієнтам на робочій зміні, але мінімум одна на психіатричне відділення)	Зона для психологічного розвантаження не менше 12м ²	ДБН В.2.2-10:2022 (Додаток А, таблиця А.1, п.1.33	Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. п.4.3-4.3.3
13	Площа кімнати психологічного розвантаження	12 м ² + кабінет психолога 6 м ² на кожні 75 працівників (з розрахунку одна кімната на кожних 50 працівників, що залучені до надання допомоги пацієнтам на робочій	Зона для психологічного розвантаження не менше 12м ²	Наказ МОЗ України № 354 від 21.02.2023 р п.Х Психіатричне відділення п.б	Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. п.4.3-4.3.3

14	Двері в санітарно-гігієнічних кабінках повинні розміщуватись	зміні, але мінімум одна на психіатричне відділення) на висоті 20 см + 5 см від підлоги та мати висоту дверного полотна 1,3 м + 0,05 м. Облицювальні матеріали для стін та дверей, які використовують у палатах, повинні бути ударостійкими та відповідати параметрам безпеки (визначаються медичним завданням).	Двері для ванної кімнати з чутливим до тиску сигналізатором, безперервною петлею та антилігатурним важелем із магнітною засувкою; розсувні двері. Дизайнери та персонал закладу повинні перевірити веб-сайт VA Patient Safety Alerts (http://www.patientsafety.gov/alerts.htm , для отримання оновленої інформації про різні варіанти дверей	ДБН В.2.2-10:2022 П.8.2.11.5; П.8.2.11.8	Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. П.3.2.5 Design guide for the built environment of behavioral health facilities . James M. Hunt, AIA, NCARB David M. Sine, DrBE, CSP, ARM, CPHRM. Includes a Patient Safety Risk Assessment Tool The Facility Guidelines Institute. 2017. Chryssikou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. Architect Medical Planne. 2017 П.6.3 Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. Design guide for the built environment of behavioral health facilities . James M. Hunt, AIA, NCARB David M. Sine, DrBE, CSP, ARM, CPHRM. Includes a Patient Safety Risk Assessment Tool The Facility Guidelines Institute. 2017. Patient Safety Standards, Materials and Systems Guidelines (24 Edition). Recommended by the New York State Office of Mental Health. Office of Mental Health. (2020) П. 2.3
15	Палати психіатричного відділення обладнують:	мінімум 3 розетки , що відповідають параметрам безпеки для пацієнтів (визначаються медичним завданням)	При новому будівництві або капітальному ремонті, забезпечують спеціальну схему для всіх електричних розеток у кожній палаті пацієнта та ванни. У новому будівництві або суттєвій реконструкції, де в розетці передбачено як дугове замикання, так і замикання на землю. У всіх випадках закріплювати настінні пластини до стіни за допомогою стійких до втручання кришень,	ДБН В.2.2-10:2022 П.8.2.11.7	Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. Design guide for the built environment of behavioral health facilities . James M. Hunt, AIA, NCARB David M. Sine, DrBE, CSP, ARM, CPHRM. Includes a Patient Safety Risk Assessment Tool The Facility Guidelines Institute. 2017. Patient Safety Standards, Materials and Systems Guidelines (24 Edition). Recommended by the New York State Office of Mental Health. Office of Mental Health. (2020) П. 2.3

16	Палати психіатричного відділення обладнують:	<p>системою виклику медичних працівників з акустичним і світловим сигналом.</p>	<p>прийнятих у стандартах безпеки пацієнтів NYS-OMH. Настінні кнопки аварійної допомоги з аудіовізуальним виходом. Вони повинні бути встановлені на додаток до ручних систем, які також встановлюють для захисту пацієнтів. Кнопку слід розміщувати у всіх кімнатах і через рівні проміжки часу в коридорах. Там повинно бути положення про те, що система повинна бути деактивована централізовано у випадку постійної невідповідності використання пацієнтами. Зараз доступні всі системи, що передаються на персональний комп'ютер медичних працівників. Це має суттєві переваги в тому, що всі події реєструються і можуть бути перевірені.</p>	ДБН В.2.2-10:2022 П.8.2.11.7	<p>Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. П.3.2.4 Patient Safety Standards, Materials and Systems Guidelines (24 Edition). Recommended by the New York State Office of Mental Health Office of Mental Health. (2020) П.2.3 Design guide for the built environment of behavioral health facilities . James M. Hunt, AIA, NCARB David M. Sine, DrBE, CSP, ARM, CPHRM. Includes a Patient Safety Risk Assessment Tool The Facility Guidelines Institute. 2017. Chryssikou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. <i>Architect Medical Planne. 2017.П. 7.9</i></p>
17	Пост медичної сестри	<p>Влаштувати пост сестри медичної технологічним устаткуванням, що забезпечує можливість відеоспостереження за усіма пацієнтами / палатами пацієнтів (рекомендовано) або який розміщується в</p>	<p>Сестринський пост повинен бути відкритим, а не закритим, обладнаний комп'ютерами, планшетами, системою відеоспостереження, акустичним і світловим сигналом. Відкриті сестринські пункти сприяють взаємодії медсестринського персоналу з пацієнтами та</p>	ДБН В.2.2-10:2022 П.8.3.1.5	<p>Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. П.3.2.1; П. 3.2.8 Design guide for the built environment of behavioral health facilities . James M. Hunt, AIA, NCARB David M. Sine, DrBE, CSP, ARM, CPHRM. Includes a</p>

		<p>центри з візуальним охопленням усіх палат відділення і прямим доступом до приміщення для зберігання лікарських засобів.</p>	<p>участі у відділенні. Відкриті сестринські пункти передають важливе повідомлення про те, що персонал доступний, і часто призводять до зниження поведінки пацієнтів, які шукають уваги. Ширина вікон повинна бути не більше 220–350 мм і висотою 500 мм для забезпечення повної візуальної розгортки території зовні. Коридори спальні та основні зони діяльності пацієнтів мають бути прямо видимими з медсестринського посту. Основний фокус дизайну медсестринського посту полягає в підтримці конфіденційності пацієнта.</p>	<p>Наказ МОЗ України № 354 від 21.02.2023 р п.Х Пенхатричне відділення п.6,14</p>	<p>Patient Safety Risk Assessment Tool The Facility Guidelines Institute. 2017. Patient Safety Standards, Materials and Systems Guidelines (24 Edition). Recommended by the New York State Office of Mental Health Office of Mental Health. (2020) П.2,3</p> <p>Chryskou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. <i>Architect Medical Planne</i>. 2017. П.4, 5.8, 7.8</p>
18	<p>Пост медичної сестри</p>	<p>Влаштувати пост сестри медичної технологічним устаткуванням, що забезпечує можливість відеоспостереження за усіма пацієнтами / палатами пацієнтів (рекомендовано) або який розміщується в центрі з візуальним охопленням усіх палат відділення і прямим доступом до приміщення</p>	<p>Сестринський пост повинен бути відкритим, а не закритим, обладнаний комп'ютерами, планшетами, системою відеоспостереження, акустичним і світловим сигналом . Відкриті сестринські пункти сприяють взаємодії медсестринського персоналу з пацієнтами та участі у відділенні. Відкриті сестринські пункти передають важливе повідомлення про те, що персонал доступний, і часто призводять до зниження</p>	<p>Ментальні установи</p>	<p>Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. П.3.2.1; П. 3.2.8</p> <p>Design guide for the built environment of behavioral health facilities . James M. Hunt, AIA, NCARB David M. Sime, DrBE, CSP, ARM, CPHRM. Includes a Patient Safety Risk Assessment Tool The Facility Guidelines Institute. 2017. Patient Safety Standards, Materials and Systems Guidelines (24 Edition). Recommended by the New York State</p>

		для зберігання лікарських засобів.	поведінки пацієнтів, які шукають уваги. Ширина вікон повинна бути не більше 220–350 мм і висотою 500 мм для забезпечення повної візуальної розгортки території зовні. Коридори спальні та основні зони діяльності пацієнтів мають бути прямо видимими з медсестринського посту. Основний фокус дизайну медсестринського посту полягає в підтримці конфіденційності пацієнта.	поведінки пацієнтів, які шукають уваги. Ширина вікон повинна бути не більше 220–350 мм і висотою 500 мм для забезпечення повної візуальної розгортки території зовні. Коридори спальні та основні зони діяльності пацієнтів мають бути прямо видимими з медсестринського посту. Основний фокус дизайну медсестринського посту полягає в підтримці конфіденційності пацієнта.	Office of Mental Health Office of Mental Health. (2020) П.2.3 Chryssikou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. Architect Medical Planne. 2017. П.4, 5.8, 7.8
19	Висота захисного покриття стін має бути не	менше, ніж 1,2 м від рівня підлоги, у місцях інтенсивного руху (коридорах) мають використовуватися протипульсарні бампери на висоті у межах від 0,6 м до 0,9 м від рівня підлоги. Матеріали оздоблення приміщень зони догляду та лікування пацієнтів повинні містити в інструкції виробника положення щодо використання в закладах охорони здоров'я та відповідати вимогам державних санітарних норм і правил, що	оздоблення стін/стелі: основним оздобленням стін у кімнатах для пацієнтів має бути пофарбований гіпсокартон. Принаймні одна зі стін повинна мати заспокійливий теплий акцент, щоб уникнути абсолютно нейтрального, інституційного вигляду. Ударні панелі з текстурою деревини створюють вигляд дерев'яної обшивки. Підлога/основа: Вінілова підлога тепер доступна в різних кольорах і текстурах. Візерунки підлоги створюють відчуття житлового будинку і рекомендуються для стаціонарних відділень.	ДБН В.2.2.-10:2022 П.8.3.1.1,8.3.1.6	Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. П.3.2.5 Design guide for the built environment of behavioral health facilities . James M. Hunt, AIA, NCARB David M. Sime, DrBE, CSP, ARM, CPHRM. Includes a Patient Safety Risk Assessment Tool The Facility Guidelines Institute. 2017. Chryssikou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. Architect Medical Planne. 2017.П.6.7-6.8-6.9

		<p>встановлюють санітарнопротипідмісін і вимоги</p>	<p>Зовнішні облицювальні шари. Висота стелі в деяких районах може становити приблизно 3 м, де це доречно з естетичної точки зору, якості простору та обладнанні мансардними вікнами, які збільшують денне світло. Стеля не повинна бути підвісною. При проєктуванні плануються акустичні стелі для зменшення ступеня посилення звуку, шуму, крику пацієнтів.</p>	<p>Наказ МОЗ України № 354 від 21.02.2023 р п.Х Психіатричне відділення п.9, 11</p>	<p>Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. П.3.2.5</p> <p>Design guide for the built environment of behavioral health facilities . James M. Hunt, AIA, NCARB David M. Sime, DrBE, CSP, ARM, CPHRM. Includes a Patient Safety Risk Assessment Tool The Facility Guidelines Institute. 2017. Chryskou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. Architect Medical Planne. 2017 II.6.7-6.8-6.9</p>
<p>20 Висота захисного покриття стін має бути не</p>	<p>менше, ніж 1,2 м від рівня підлоги, у місцях інтенсивного руху (коридорах) мають використовуватися протипулярні бампери на висоті у межах від 0,6 м до 0,9 м від рівня підлоги. Матеріали оздоблення приміщень зони догляду та лікування пацієнтів повинні містити в інструкції виробника положення щодо використання в закладах охорони здоров'я та відповідати вимогам державних санітарних норм і правил, що встановлюють</p>	<p>оздоблення стін/стелі: основним оздобленням стін у кімнатах для пацієнтів має бути пофарбований гіпсокартон. Принаймні одна зі стін повинна мати заспокійливий теплий акцент, щоб уникнути абсолютно нейтрального, інституційного вигляду. Ударні панелі з текстурою деревини створюють вигляд дерев'яної обшивки. Підлога/основа: Вінілова підлога тепер доступна в різних кольорах і текстурах. Візерунки підлоги створюють відчуття житлового будинку і рекомендуються для стаціонарних відділень. Зовнішні облицювальні шари.</p>			

21	Палати пацієнтів мають бути розраховані	санітарнопротиепідемічн і вимоги	<p>Висота стелі в деяких районах може становити приблизно 3 м, де це доречно з естетичної точки зору, якості простору та обладнані мансардними вікнами, які збільшують денне світло. Стеля не повинна бути підвісною. При проектуванні плануються акустичні стелі для зменшення ступеня посилення звуку, шуму, крику пацієнтів.</p> <p>На 1 ліжко.</p> <p>Стандартні ліжка для пацієнтів: ліжка для психіатричних пацієнтів, які не мають мобільності чи інших медичних потреб, мають складатися з важкого ліжка-платформи. Краї повинні бути закруглені. Можливо, знадобиться встановити обмеження з боків каркаса ліжка. Ліжка для баріатричних пацієнтів повинні бути такими ж, але більшими за розмірами. Електричні ліжарняні ліжка можуть бути замінені на ліжка-платформи, якщо це доцільно для геропсихіатричних пацієнтів та інших пацієнтів з медичними потребами, яким</p>	ДБН В.2.2.-10:2022 П.8.3.2.6	<p>Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010.</p> <p>П.3.2.5</p> <p>Patient Safety Standards, Materials and Systems Guidelines (24 Edition). Recommended by the New York State Office of Mental Health Office of Mental Health. (2020)П.2,3</p>
----	---	----------------------------------	---	------------------------------	---

			<p>потрібен цей тип ліжка. Довжина всіх шнурів на цьому ліжку повинна бути менше 12 дюймів [304,8 мм].</p>	<p>ДБН В.2.2-10:2022 П.8.3.2.7</p>	<p>Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. <u>П.3.2.5</u> Design guide for the built environment of behavioral health facilities . James M. Hunt, AIA, NCARB David M. Sime, DrBE, CSP, ARM, CPHRM. Includes a Patient Safety Risk Assessment Tool The Facility Guidelines Institute. 2017. Patient Safety Standards, Materials and Systems Guidelines (24 Edition). Recommended by the New York State Office of Mental Health Office of Mental Health. (2020) П.2.3 Chryssikou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. <i>Architect Medical Planne</i>. 2017.</p>
22	Палата пацієнта	<p>Площа палати має бути розрахована на розташування ліжка з можливістю підійти з трьох боків, столу для прийому їжі біля вікна зі стільцями (за кількістю місць у палаті), місця для зберігання речей (рекомендується вбудована шафа), холодильника та телевізора. У палатах з двома пацієнтами простір між зонами пацієнтів має складати не менше ніж 1 м.</p>	<p>Столи в зонах для пацієнтів повинні складатися з простої поверхні для письма. Рекомендується використовувати вбудовані столи з твердою поверхню, щоб усунути оголені сторони. Письмові стільці є основним незакріпленим предметом меблів у кімнаті для пацієнтів. Міцні, але привабливі крісла з підлокотниками рекомендуються для більшої кімнат пацієнтів. Вони також повинні бути закриті, щоб отвори не слугували потенційними місцями для кріплення простирадла для підвішування. Шафи повинні бути заглибленими, без виступаючих отворів, обладнані холодильником та телевізором.</p>	<p>Наказ МОЗ України № 354 від 21.02.2023 р п.Х Психіатричне відділення п.6</p>	<p>Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. П.3.2.5 Design guide for the built environment of behavioral health facilities . James</p>
23	Палата пацієнта	<p>Площа палати має бути розрахована на розташування ліжка з можливістю підійти з трьох боків, столу для прийому їжі біля вікна зі</p>	<p>Столи в зонах для пацієнтів повинні складатися з простої поверхні для письма. Рекомендується використовувати вбудовані</p>	<p>Наказ МОЗ України № 354 від 21.02.2023 р п.Х Психіатричне відділення п.6</p>	<p>Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. П.3.2.5 Design guide for the built environment of behavioral health facilities . James</p>

		<p>стілцями (за кількістю місць у палаті), місця для зберігання речей (рекомендується вбудована шафа), холодильника та телевізора. У палатах з двома пацієнтами простір між зонами пацієнтів має складати не менше ніж 1 м.</p>	<p>столи з твердою поверхнею, щоб усеунути отолені сторони. Письмові стільці є основним незакріпленим предметом меблів у кімнаті для пацієнтів. Міцні, але привабливі крісла з підлокотниками рекомендуються для більшості кімнат пацієнтів. Вони також повинні бути закриті, щоб отвори не слугували потенційними місцями для кріплення простирадла для підшування. Шафи повинні бути заглибленими, без виступаючих отворів, обладнані холодильником та телевізором.</p>	<p>M. Hunt, AIA, NCARB David M. Sime, DrBE, CSP, ARM, CPHRM. Includes a Patient Safety Risk Assessment Tool The Facility Guidelines Institute. 2017. Patient Safety Standards, Materials and Systems Guidelines (24 Edition). Recommended by the New York State Office of Mental Health Office of Mental Health. (2020) П. 2.3 Chryssikou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. Architect Medical Planne. 2017.</p>
24	У палатах пацієнта має бути	загальне та нічне освітлення. Світильники для нічного освітлення мають бути розташовані таким чином, щоб забезпечувати безпечну орієнтацію в темряві	<p>Освітлення: висока ефективність, висока візуальна продуктивність; затемнення, де це можливо.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Лампи: світлодіодні відповідно до стандартів NYS-ОМН. ● Розсіювач Лінза: мінімальна товщина 1/8", полікарбонатна лінза; бажано прозорий або матовий; надійно утримується в рамі. ● Корпус: Міцний і стійкий до пошкоджень. 	<p>Ментал health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. П.3.2.5 Design guide for the built environment of behavioral health facilities . James M. Hunt, AIA, NCARB David M. Sime, DrBE, CSP, ARM, CPHRM. Includes a Patient Safety Risk Assessment Tool The Facility Guidelines Institute. 2017. Patient Safety Standards, Materials and Systems Guidelines (24 Edition). Recommended by the New York State Office of Mental Health Office of Mental Health. (2020) П. 2.3</p>

25	Палати пацієнтів повинні бути захищені від шуму та прямого сонячного випромінювання.	На вікнах, що орієнтовані на південь та південний захід повинні бути жалюзі або інші сонцезахисні пристрої. Вікна у палатах пацієнтів обладнуються засобами для унеможливлення самостійного відкриття пацієнтом, окрім відкриття на провітрювання. Скло вікон повинно бути ударостійким або покриватися матеріалами, що унеможливає їхнє розбиття, при цьому	Загальне освітлення: вбудовані люмінесцентні світільники. Настінне освітлення над ліжком. Нічне освітлення: у всіх кімнатах для пацієнтів і ванних кімнатах має бути нічне освітлення, щоб запобігти падінню пацієнта та травмам, а також має дозволяти персоналу перевірити самопочуття пацієнта вночі, не вмикаючи додаткового освітлення. Зовнішнє вікно з інтегрованими жалюзі та внутрішнім ламінованим склом. Зовнішні вікна в палатах для пацієнтів мають бути великобаритними комерційними блоками з ізолітованим подвійним склом і відповідати стандартам, вікна в спальнях пацієнтів повинні працювати для екстреної вентиляції. Усі зовнішні вікна в спальнях пацієнтів повинні мати вбудовані жалюзі. Внутрішня сторона склопакета повинна бути багатощаровим склом. Товщина та склад скління	ДБН В.2.2-10:2022 П.8.3.2.12 Наказ МОЗ України № 354 від 21.02.2023 р п.Х Пенітаричне відділення п.17	Chryssikou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. <i>Architect Medical Planne</i> . 2017. П.6.6 Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. П.3.2.5 Design guide for the built environment of behavioral health facilities . James M. Hunt, AIA, NCARB David M. Sime, DrBE, CSP, ARM, CPHRM. Includes a Patient Safety Risk Assessment Tool The Facility Guidelines Institute. 2017.
----	--	--	---	---	--

26	Приміщення для відпочинку родин	суттєво не зменшує прозорість скла.	повинні базуватися на вимогах до рейтингу захисту, встановлених NCPS. Міні-жалюзі, встановлені між шарами захисного скла 200 є кращим, оскільки жалюзі не доступний для пацієнтів.	розраховані на 1 особу зі всіма зручностями	ДБН В.2.2-10:2022 П.8.3.3.4 Наказ МОЗ України № 354 від 21.02.2023 р п.Х Психіатричне відділення п.6	Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. URL: П.3.2.4_П.3.2.5 Part B – Health Facility Briefing&Design 200 Mental Health Unit – Older Persons. Internaciona Health Facility Guidelines. 2014.П.2,3 Chryssikou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. <i>Architect Medical Planne</i> . 2017. П.5.3
27	Приміщення для відпочинку родин	розраховані на 1 особу на кожне ліжко інтенсивної терапії та 1 особу на кожні 10 ліжок у палатах.	розраховані на 1 особу зі всіма зручностями	Наказ МОЗ України № 354 від 21.02.2023 р п.Х Психіатричне відділення п.6	Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. URL: П.3.2.4_П.3.2.5 Part B – Health Facility Briefing&Design 200 Mental Health Unit – Older Persons. Internaciona Health Facility Guidelines. 2014.П.2,3 Chryssikou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric	

28	Приміщення та місця для зберігання речей пацієнта	Розміщення окремої шафи для зберігання одягу пацієнтів та приліжкової тумбочки для особистих речей пацієнта	Вбудований стелаж для зберігання одягу пацієнтів є привабливим і безпечним. Рекомендується, щоб для зберігання одягу використовувалися пластикові контейнери, які збираються на відкритих стелажах, вбудованих або мебльованих. Якщо використовуються гардеробні, то вони не повинні мати дверей, які можна використовувати як точку кріплення у випадку самогубств.	ДБН В.2.2-10:2022 П.8.3.5.1	environments and therapeutic spaces. <i>Architect Medical Planne, 2017. П.5.3</i>
29	Санітарно-гігієнічне приміщення із зоною для душі (для пацієнтів) у складі кожної палати	на одне приміщення – 1 унітаз, 1 умивальник, 1 змішувач з гігієнічним душем в зоні для душі	ванна кімната повинна бути мінімум 15 м ² . Стандартний набір санітарно-технічної кімнати: суцільна поверхнева стійка, що встановлюється в нішу, з вбудованою раковиною з твердої поверхні, що встановлюється на підлогу. Дизайн стціонарної ванної кімнати є однією з найбільших проблем у стационарному відділенні психічного здоров'я. Ванна кімната має представляти себе як звичайне середовище, що поважає приватність і гідність пацієнта, з важливими	ДБН В.2.2-10:2022 П.6.3 (6.3.1-6.3.8); Таблиця 1 Санітарно-гігієнічні приміщення ЗОЗ	Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. <u>П.3.2.6</u> Design guide for the built environment of behavioral health facilities . James M. Hunt, AIA, NCARB David M. Sime, DrBE, CSP, ARM, CPHRM. Includes a Patient Safety Risk Assessment Tool The Facility Guidelines Institute. 2017. URL: https://www.frguidelines.org/wp-content/uploads/2017/03/DesignGuide_VH_7.2_1703.pdf Patient Safety Standards, Materials and Systems Guidelines (24 Edition).

30	стаціонарні зони збору: (вітальня/віт альня, багатощільов	приміщення для трудової та соціальної реабілітації (за необхідності для психіатричних відділень для дорослих	<p>положеннями для забезпечення безпеки пацієнтів.</p> <p>Ванна кімната обладнана сигналізацією, яка встановлюється на стандартні двері в стаціонарних палатах. Унітази з нержавіючої сталі в слід використовувати тільки в кімнатах ізоляції. Туалети повинні мати суцільну поверхню з вбудованою раковиною. Слід враховувати потреби пацієнтів із ожирінням та бар'єричною хворобою.</p> <p>Для ванної кімнати знадобиться мінімум 7 м², але це залежатиме від того, чи є в кімнаті ванна або допоміжний душ, останньому буде потрібно менше місця.</p> <p>Дзеркало: дзеркала у ванних кімнатах пацієнтів мають бути з відбиваючого полікарбонату з рамкою з нержавіючої сталі, міцно прикріпленою до стіни. Жодна полиця не повинна бути частиною цієї рами.</p> <p>Вітальня та кімната відпочинку: загальну зону кімнати відпочинку, запрограмовану для кожного відділення для пацієнтів, слід</p>	Наказ МОЗ України № 354 від 21.02.2023 р п.Х, Психіатричне відділення п.б	<p>Recommended by the New York State Office of Mental Health Office of Mental Health. (2020) П.2,3</p> <p>Chryssikou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. <i>Architect Medical Planne</i>. 2017 II.5.5</p>
----	---	--	--	---	--

ий/багатофункціональний):		<p>розділити на відкриті та закриті приміщення, включаючи вітальню та кімнату відпочинку. Вітальня блоку має бути відкритою, приваблює мебльованою та видимою зі входу в приміщення. Цю зону можна використовувати для неформального спілкування, читання та відпочинку.</p> <p>Багатофункціональний кабінет для терапії (предмети мистецтва та засоби терапії), мистецтва та комп'ютера з доступом до інтернету.</p> <p>Кімната відпочинку являє собою додаткову невелику закриту зону для перегляду телепередач і занять розважальними заходами тихого типу. Розділення зон вітальні та кімнати відпочинку дозволяє виділити тихі та «гучні» простори. Вітальні та кімнати відпочинку повинні бути обладнані зручними стільцями та столами, які можливо легко кинути або розібрати та використати як зброю. Телевізори з плоским екраном повинні бути розташовані в ніші та прикріплені до стіни за</p>		<p>П.3.4.4</p> <p>Patient Safety Standards, Materials and Systems Guidelines (24 Edition). Recommended by the New York State Office of Mental Health Office of Mental Health. (2020) П.2,3</p> <p>Chryssikou E. Design guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. <u>Architect Medical Planne. 2017.URL: П.5.3, 5.4</u></p>
---------------------------	--	---	--	---

31	Зона постачання та управління відходами	Необхідність облаштування відділення або структурного підрозділу репроцесингу медичних виробів (лап – СПР) визначається медичним завданням. Зкладам охорони здоров'я, які проєктують на 5 і більше операційних, рекомендовано облаштовувати СПР.Приміщення чистої і стерильної зон СПР повинні відповідати мінімум класу чистоти ISO 8 відповідно до класифікації чистих приміщень, наведених в ISO 14644-1.	допомогою шнура довжиною менше 12 дюймів [304,8 мм] і недоступні для пацієнтів. Такі меблі, як книжкові шафи, мають бути вбудовані з фіксованими полицями, щоб запобігти вилізання пацієнтів або перекиданню таких меблів.	ДБН В.2.2.-10:2022 П.8.6 (8.6.1.1-8.6.1.5)	Chrysikou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. <i>Architect Medical Planne</i> . 2017. П.9 (9.1,9.2)
----	---	--	--	---	---

Наукове видання

ЧОРНА В.В.

**ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ЗМІЦНЕННЯ
МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я – ПЕРЕДУМОВА СТІЙКОГО
ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я СУСПІЛЬСТВА**

Підписано до друку 24.12.2024.
Формат 60x84/16. Папір офсетний.
Друк цифровий.
Друк. арк. 21,5. Умов. друк. арк. 20,0.
Наклад 100 прим. Зам. № 9393/1.

Віддруковано ФОП Корзун Д.Ю. з оригіналів замовника.
Свідоцтво про державну реєстрацію фізичної особи-підприємця
серія В02 № 818191 від 31.07.2002 р.

Видавець ТОВ «Нілан-ЛТД».
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до
Державного реєстру видавців, виготовлювачів і розповсюджувачів
видавничої продукції серія ДК № 4299 від 11.04.2012 р.
21034, м. Вінниця, вул. Немирівське шосе, 62а.
Тел.: 0 (800) 33-00-90, (096) 97-30-934, (093) 89-13-852, (098) 46-98-043.
e-mail: info@tvoru.com.ua
<http://www.tvoru.com.ua>