

**ДУ «ІНСТИТУТ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ІМЕНІ О.М.МАРЗЄЄВА
НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»**

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ЧОРНА ВАЛЕНТИНА ВОЛОДИМИРІВНА

УДК: 613:725.51:616.89:355.422

ДИСЕРТАЦІЯ
ГІГІЄНИЧНЕ ОЦІНЮВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЛЯ
НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ І ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ
НАСЕЛЕННЮ В ДОВОЄННИЙ ПЕРІОД ТА В УМОВАХ ВОЄННОГО
СТАНУ

14.02.01 – Гігієна та професійна патологія

222 Медицина

22 Охорона здоров'я

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук.

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ В.В. Чорна

Київ-2024

АНОТАЦІЯ

Чорна В.В. Гігієнічне оцінювання закладів охорони здоров'я для надання психологічної і психіатричної допомоги населенню в довоєнний період та в умовах воєнного стану. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.01 – Гігієна та професійна патологія (222 – Медицина, в галузі знань, 22 – Охорона здоров'я).

Державна установа «Інститут громадського здоров'я імені О.М. Марзеєва Національної академії медичних наук України», доведено Д 26.604.01 – Київ, 2024.

Мета дисертаційної роботи: обґрунтування вдосконалення гігієнічного оцінювання забезпечення ефективності надання психологічної і психіатричної допомоги населенню у закладах охорони здоров'я в умовах реформування медичної, містобудівної галузей та воєнного стану і післявоєнного періоду.

Дисертаційна робота виконувалася згідно з договором про творчу співпрацю між Державною установою «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзеєва НАМН України» та Вінницьким національним медичним університетом ім. М. І. Пирогова (угода № 30 від 19 грудня 2018 р.).

Дослідження проводилися на базі закладів охорони здоров'я: Комунального некомерційного підприємства «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенко Вінницької Обласної Ради», закладів охорони здоров'я загального профілю м. Вінниця у мирний час до початку пандемії COVID-19 та під час воєнного стану. Соціологічними дослідженнями охоплено 1877 осіб, у тому числі 664 медичних працівники – за 6 адаптованими методиками-опитувальниками, 120 пацієнтів їхніх родичів і 1062 здобувачі закладів вищої освіти України медичного профілю – за власними опитувальниками (Свідоцтво на раціоналізаторську пропозицію № 1, 2, 3 від 16.01.2020 р. Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова).

У дисертаційній роботі вперше проведено комплексне дослідження, на

теренах України з наукового розгляду питань щодо гігієнічного забезпечення оптимальних умов та безпеки проектування нових або реконструкції існуючих закладів охорони здоров'я з надання психологічної та психіатричної допомоги населенню з урахуванням вимог реформування медичної і містобудівної галузей воєнного і післявоєнного періоду та визначення можливості імплементації гігієнічних нормативів у сфері будівництва закладів охорони здоров'я психолого/психіатричного профілю згідно з вимогами європейського законодавства у вітчизняну нормативно-правову базу.

Вперше в роботі проведено санітарно-гігієнічне оцінювання існуючого фонду психіатричних закладів охорони здоров'я за поглибленою власною програмою оцінки санітарно-гігієнічного стану та умов їх функціонування.

На основі натурних досліджень виявлено зв'язок санітарно-гігієнічного стану закладів охорони здоров'я психіатричного профілю зі змінами психофізіологічного стану пацієнтів; виявлено особливості впливу санітарно-епідемічного стану зазначених закладів на умови праці медичних працівників. Удосконалено теорію профілактичної медицини щодо збереження психічного здоров'я медпрацівників, пацієнтів та населення в цілому за умов оптимізації архітектурно-планувальних рішень, санітарно-гігієнічних умов закладів охорони здоров'я психіатричного профілю та організації психологічної і психіатричної допомоги.

Розроблено модель надання медичної допомоги особам з порушенням психічного здоров'я на різних рівнях системи охорони здоров'я.

Отримані результати дослідження санітарно-гігієнічних умов існуючих закладів охорони здоров'я психіатричного профілю України показали, що надання психіатричної допомоги населенню відбувається на застарілій матеріально-технічній базі закладів охорони здоров'я: 28,6% психіатричних закладів побудовані у період з 1786 по 1945 рр., 28,6% – з 1945 по 1991 рр., 42,8% – у часи незалежності України (1991-2013 рр.). Середній термін перебування пацієнтів з психічними розладами у стаціонарі складає 48,7-53,5 дня, що перевищує середньоєвропейський показник (20,3 дня) у 2,4 – 2,6 рази.

Усі заклади охорони здоров'я психіатричного профілю знаходяться за межами санітарно-захисних зон промислових підприємств та автомагістралей. Розміщення земельних ділянок закладів охорони здоров'я психіатричного профілю стосовно прилеглих промислових підприємств, автомагістралей за наявною містобудівною ситуацією є віддаленим до 1000 м у 66,7%, до 300 м у 33,3%. Транспортна розв'язка у 66,6% закладів охорони здоров'я психіатричного профілю є зручною, у 33,3% – ускладненою через віддалення від території закладу. Забезпеченість огороженням по всьому периметру території мають 87,5% закладів охорони здоров'я психіатричного профілю, частково – 12,5%. Висота огорожі досягає 1,5 м – у 12,5% закладів охорони здоров'я психіатричного профілю, 2 м – у 50%, понад 3 м – у 37,5%. У 37,5% закладів охорони здоров'я психіатричного профілю паркан є бетонним, у 37,5% – комбінованим (бетонний і сітчастий), у 12,5% – сітчастим, у 12,5% – лише озелененим (кущі). У 58,3% закладів охорони здоров'я психіатричного профілю на земельній ділянці відсутня зона трудотерапії, що є необхідним для покращення лікувального процесу та соціалізації пацієнта з психічними розладами. У 41,7% закладів охорони здоров'я психіатричного профілю відсутня фізкультурна зона, у 66,7% – спортивно-ігрова зона (стадіон), у 58,4% – майданчики для рухливих ігор та майданчики для тихого відпочинку пацієнтів. Будівлі закладів охорони здоров'я психіатричного профілю у 100% випадків побудовані за «коридорним» типом, із розміщенням санітарно-гігієнічних приміщень у кінці коридору на віддаленні до 25 м від протилежно розташованих крайніх палат для пацієнтів. Палати для пацієнтів у 100% закладів охорони здоров'я психіатричного профілю обладнані одним виходом у загальний коридор. Місткість палат відділень становить від 4 до 10 ліжок. У закладах охорони здоров'я психіатричного профілю незадовільним є забезпеченість пацієнтів з психічними розладами твердим інвентарем (меблями), а саме: власний письмовий стіл мають 8,3%, власні стільці – 58,4%, власні тумбочки – 50,0%, шафи для зберігання особистого одягу – 25%. Трудотерапія проводиться у 25% закладів охорони здоров'я психіатричного профілю, де обладнані

спеціальні майстерні і пацієнти набувають професійних навичок, у 16,7% – майстерні обладнано частково. За результатами оцінки санітарно-технічного стану приміщень закладів охорони здоров'я психіатричного профілю (стелі, підлоги, двері, вікна) виявлено, що 25% закладів потребують ремонтних робіт (облущена стеля, стіни тощо). У закладах охорони здоров'я психіатричного профілю 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 унеможлиблює дотримання пацієнтами елементарних правил гігієни та санітарно-протиепідемічного режиму в зазначених приміщеннях.

За результатами ретроспективного аналізу за період 2013-2022 рр. за держстат формами МОЗ України № 18 «Звіт про фактори навколишнього середовища, що впливають на стан здоров'я людини» ДУ «Вінницький обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» за даними таблиці № 12 «Дослідження фізичних факторів навколишнього середовища» встановлено: штучне освітлення на робочих місцях медичних працівників не відповідало нормативним вимогам у 6,5% вимірювань; максимальна кількість досліджень, які не відповідали нормативним показникам, зареєстровано в 2017 р. – у 1,8 раза, в 2019 р. – у 1,6 раза і в 2015 р. – у 1,3 раза.

Проведено 1261 інструментальних вимірів еквівалентного рівня звуку на робочих місцях закладів охорони здоров'я загального профілю, у 1,4% випадків результати не відповідали допустимим рівням. Максимальна кількість вимірів, що не відповідали допустимим рівням 14,0% зареєстровано в 2015 р., також були високими показники аналогічних вимірів у 2016 р. – 11,0% та 2019 р. – 3,7%. У закладах охорони здоров'я психіатричного профілю аналогічні виміри за цей період не проводились.

Із 48770 досліджень параметрів мікроклімату, які проведено на 6213 робочих місцях закладів охорони здоров'я загального профілю, кількість вимірів, що не відповідали нормативним вимогам становить 6,4%, максимальна кількість досліджень, що не відповідали нормативним вимогам зареєстровано у

2016 р. – 13,0%, також були високими показники аналогічних досліджень у 2015 р. – 11,0% та 2019 р. – 9,5%.

За результатами опитування родичів/опікунів у 68,5% випадків звернення за медичною допомогою сталося при загостренні хвороби пацієнтів, у 21,7% випадків – з причини переоформлення групи інвалідності щодо захворювання на психічні розлади, у 8,7% – через психогенне навантаження сімейно-побутового характеру. До стаціонарів закладів охорони здоров'я психіатричного профілю на лікування госпіталізовано – 39,1% пацієнтів, з них без направлення лікаря (доставлені родичами) – 32,6% та бригадою швидкої допомоги за викликом родичів/опікунів – 6,5%. За направленнями фахівців психіатричного профілю в стаціонари було госпіталізовано 38,1% пацієнтів з психічними розладами, із них 27,2% – психоневропатологом поліклініки, 10,9% – лікарем психоневрологічного диспансеру. За даними анкетування родичів/опікунів перше рейтингове місце серед недоліків стаціонарів закладів охорони здоров'я психіатричного профілю 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 – 63,3% родичів-жінок та 61,5% родичів-чоловіків. Третє рейтингове місце посідає низька якість медичної допомоги – 42,3% родичів-чоловіків та 34,7% родичів-жінок.

За результатами досліджень встановлено, що негативне ставлення майбутніх медичних працівників до пацієнтів з психічними розладами зростає у часі і є на високому рівні – 86,3-94,5% здобувачів медичних закладів вищої освіти від загальної кількості вважають пацієнтів з психічними розладами загрозою суспільству. Ускладнюється ситуація тим, що 90,8% майбутніх лікарів України вважають, що пацієнти з психічними розладами повинні продовжувати лікування саме в цих умовах – психіатричних диспансерах на противагу запропонованих денних стаціонарах та вдома (патронаж) в умовах громади, як це впроваджено в країнах Європейського Союзу.

За результатами аналізу Державної статистичної форми № 10 МОЗ

України «Звіт щодо надання психіатричної допомоги населенню по Україні» в динаміці трьох років (2018-2020 рр.) спостерігається збільшення звернень пацієнтів з психічними розладами за медичною допомогою в амбулаторії закладів охорони здоров'я психіатричного профілю з 63,8% до 70,6%. Госпіталізація пацієнтів у стаціонари зменшилася з 32,1% до 27,0%, у денні стаціонари з 4,1% до 2,4%, що, можливо, спричинено незадовільними санітарно-гігієнічними умовами.

Проведено обґрунтування критеріїв змін показників психофізіологічного стану медичного персоналу закладів охорони здоров'я психіатричних лікарень та лікарень загального профілю залежно від умов внутрішньолікарняного середовища, тривалості їх медичної трудової діяльності та гендерних особливостей за допомогою анонімних, добровільних соціологічних досліджень як в мирний час, так і в умовах воєнного стану.

В мирний час медпрацівники закладів охорони здоров'я психіатричного профілю, порівняно з медпрацівниками закладів охорони здоров'я загального профілю, надають меншого значення здоров'ю ($U=8382,5$; $Z=3,55$; $p<0,001$), цікавості до роботи чи кар'єрі ($U=8717,5$; $Z=2,7$; $p<0,05$), визнанню людей з оточення ($U=8922,5$; $Z=2,17$; $p<0,05$), що є ризиком виникнення психічних розладів, байдужості до роботи, до пацієнтів, до родини.

В мирний час у медичних працівників закладів охорони здоров'я психіатричного профілю порівняно з медпрацівниками закладів охорони здоров'я загального профілю спостерігається більше ознак погіршення здоров'я, зокрема, за ознаками втоми ($p<0,001$), монотонії ($p<0,05$), психічного пересичення ($p<0,001$), стресу ($p<0,05$). У медичних працівників зі стажем роботи від 6 до 15 років встановлено високий ступінь монотонії та збільшення показника психічного пересичення ($p>0,05$). Водночас гендерна різниця цих показників відсутня як у медпрацівників закладів охорони здоров'я психіатричного профілю, так і закладів охорони здоров'я загального профілю.

Встановлено, що в мирний час перша фаза «Напруження» та друга фаза «Резистенції» у медичних працівників закладів охорони здоров'я психіатричного

профілю знаходиться в стадії формування, а у медичних працівників загального профілю вважається несформованою. Третя фаза «Виснаження» у медичних працівників закладів охорони здоров'я психіатричного профілю і загального профілю в мирний час знаходиться в стадії формування. Статистично частіше симптом третьої фази «Психосоматичні та психовегетативні порушення» зустрічався у жінок – працівниць закладів охорони здоров'я загального профілю ($p < 0,05$). Виявлено значно вищі показники професійного вигорання, емоційного виснаження ($p < 0,05$), а також інтегрального показника для середнього медичного персоналу закладів охорони здоров'я психіатричного профілю ($p < 0,05$). Редукція професійних досягнень у лікарів, на противагу середньому медичному персоналу, є вищою ($p < 0,05$). Симптоми «Деперсоналізації» більше виражені у співробітників чоловічої статі в умовах закладів охорони здоров'я загального профілю порівняно з жіночою статтю ($p < 0,05$).

Виявлено намагання уникнути критики з боку колег та керівництва, а також можливих неприємностей на роботі серед медпрацівників закладів охорони здоров'я загального профілю ($p < 0,05$). Спостерігалася тенденція до меншого намагання підвищення на роботі, грошового заробітку та збільшення соціального престижу серед медпрацівників закладів охорони здоров'я психіатричного профілю ($p < 0,05$).

Внутрішня мотивація співробітників чоловічої статі закладів охорони здоров'я психіатричного профілю перевищує прояви жіночої ($p < 0,05$). Спостерігалася статистично суттєве зміщення проявів зовнішньої позитивної ($p < 0,05$) та зовнішньої негативної мотивації ($p < 0,05$) у бік чоловіків у закладах охорони здоров'я загального профілю.

Професійний мотиваційний тип статистично частіше притаманний саме лікарям закладів охорони здоров'я психіатричного профілю ($8,34 \pm 2,2$ бала) і лікарям закладів охорони здоров'я загального профілю (7,0 балів). Частка такого типу серед середнього медичного персоналу суттєво нижча (заклади охорони здоров'я психіатричного профілю – $5,35 \pm 2,33$ бала і заклади охорони здоров'я загального профілю – $6,24 \pm 2,43$ бала). Це вказує на більшу зацікавленість лікарів

у власних професійних здобутках.

Під час воєнного стану спостерігається статистично вагома різниця у психофізіологічному стані медичного персоналу закладів охорони здоров'я загального профілю та закладів охорони здоров'я психіатричного профілю, яка виявлена за всіма показниками опитувальника ($p < 0,001$) і вказує на значно більші прояви втоми, монотонії, психічного пересичення та стресу у медпрацівників закладів охорони здоров'я психіатричного профілю.

Виявлено, що показник втоми у чоловіків – працівників закладів охорони здоров'я загального профілю знаходиться на статистично вищому рівні стосовно жінок ($p < 0,05$). У чоловіків закладів охорони здоров'я психіатричного профілю на першому місці знаходиться «Психічне пересичення», у жінок – «Стрес», серед працівників закладів охорони здоров'я загального профілю, як у чоловіків, так і у жінок, на першому місці – стрес. Статистично вагома різниця виявлена між групами спостереження за всіма показниками опитувальника ($p < 0,001$), що вказує на значно більші прояви втоми, монотонії, психічного пересичення та стресу у медпрацівників закладів охорони здоров'я психіатричного профілю під час воєнного стану. Спостерігається певна тенденція до збільшення Індексу стресу в осіб зі стажем менш як 5 років та понад 30 років під час воєнного стану, що може вказувати на меншу стресостійкість даних медпрацівників.

Працівники закладів охорони здоров'я психіатричного профілю мають суттєвіші прояви предиктори розвитку емоційного вигорання за показниками: «Незадоволеність собою» ($p < 0,001$), «Відчуття «загнаності у кут» ($p < 0,05$), «Тривога і депресія», сформованих переживаннями психотравмуючих обставин.

Серед лікарів і середнього медичного персоналу закладів охорони здоров'я психіатричного профілю показник професійної успішності знаходиться в межах середнього ступеня, але самі числові значення значно нижчі у середнього медичного персоналу, що вказує на швидший розвиток професійної редукації саме у них ($p < 0,001$).

У медичних працівників закладів охорони здоров'я психіатричного профілю спостерігається більш значущий розвиток симптомів деперсоналізації

у осіб жіночої статі порівняно з чоловічою статтю ($p < 0,05$). При порівнянні результатів визначається статистично вагома різниця між контрольною та основною групами за субшкалами емоційного виснаження ($p < 0,001$) та професійної успішності ($p < 0,001$). Медичні працівники закладів охорони здоров'я психіатричного профілю більше виявляють емоційне виснаження та редукцію своїх персональних професійних досягнень.

Серед медпрацівників чоловіків закладів охорони здоров'я загального профілю виявлено суттєво вищу частку зовнішньої позитивної мотивації ($p < 0,05$) та зовнішньої негативної мотивації ($p < 0,05$) в порівнянні з жінками.

Виявлено суттєво більшу частку респондентів професійного ($p < 0,001$) та патріотичного ($p < 0,001$) мотиваційних типів серед медичних працівників закладів охорони здоров'я загального профілю, водночас серед медпрацівників закладів охорони здоров'я психіатричного профілю вірогідно більша частка господарського типу ($p < 0,05$). Загалом знайдені значення вказують на доволі різномірну мотивацію лікарів та середнього медичного персоналу.

Показник Індекс впливу війни психічного пересичення у лікарів закладів охорони здоров'я психіатричного профілю під час воєнного стану збільшився на 5,9%, втоми на 4,8% порівняно з середнім медичним персоналом – Індекс впливу війни монотонії збільшився на 4,6%, втоми – на 4,4%. Психофізіологічний стан чоловіків закладів охорони здоров'я психіатричного профілю під час воєнного стану погіршився, про що свідчить збільшення показника втоми на 13,7%; психічного пересичення на 13,5%; монотонії на 11,9% Індекс впливу війни ($p < 0,05$) в порівнянні з мирним часом.

Збільшення показника Індeksu впливу війни «Емоційного дефіциту» у лікарів на 24,9% та у середнього медичного персоналу закладів охорони здоров'я психіатричного профілю на 25,0% ($p < 0,05$) свідчить про їх спустошення, розвиток емоційної чуттєвості на тлі перевиснаження організму при виконанні професійних обов'язків. Симптоми деперсоналізації (особистісне відчуження, відсторонення) більше виражені у осіб чоловічої статі закладів охорони здоров'я загального профілю порівняно з жінками-співробітниками ($p < 0,05$). Під час

воєнного стану показник Індексу впливу війни емоційне виснаження, особистісне відчуження (деперсоналізація) у лікарів збільшився в негативну сторону на 53,8% і 41,5%, така ж тенденція спостерігалася у середнього медичного персоналу закладів охорони здоров'я психіатричного профілю на 37,9% і 38,7% ($p < 0,05$) відповідно. Під час воєнного стану зовнішня негативна мотивація у лікарів закладів охорони здоров'я психіатричного профілю збільшилась на 6,7% ($p < 0,05$), що негативно впливає на роботу та ставлення до пацієнтів.

У результаті проведення досліджень уперше: обґрунтовано та розроблено здоров'язберігаючу складову з урахуванням воєнного стану на основі аналізу відповідності національного санітарного та містобудівного законодавства у сфері проєктування та будівництва психіатричних закладів охорони здоров'я сучасним європейським вимогам; визначено вплив архітектурно-планувальних рішень, чинників внутрішньолікарняного середовища вітчизняних психіатричних закладів на самопочуття пацієнтів та медичного персоналу, на формування відхилень у здоров'ї медпрацівників; визначено рівень санітарного та епідемічного добробуту психіатричних закладів охорони здоров'я; розроблено алгоритм мультидисциплінарного та міжсекторального запровадження міжнародних і європейських стандартів у сфері створення безпечних та оптимальних умов надання психологічної та психіатричної допомоги населенню, які враховані в процесі реформування медичної та містобудівної галузей і відображені у проєкті Закону України «Про психологічну, психіатричну допомогу населенню України»; обґрунтовано потребу у лікарях психологах, психотерапевтах у зв'язку з наслідками українсько-російської війни та розроблено норматив забезпеченості психологічною допомогою з розрахунку: 1 посада психолога на амбулаторно-поліклінічний заклад (на 90 відвідувань пацієнтів за зміну), на другому та третьому рівнях надання психологічної допомоги – 1 посада на кожні 75 працівників закладів охорони здоров'я загального профілю і на кожних 50 працівників у закладів охорони здоров'я психіатричного профілю, що залучені

до надання допомоги пацієнтам на робочій зміні (приміщення психологічного розвантаження – 12 м² і кабінет психолога 6 м²); обґрунтовано нові гігієнічні підходи щодо проектування закладів охорони здоров'я з надання медичних психологічних послуг населенню при новому будівництві (реконструкції, капітальному ремонті) з максимальним наближенням до їх умов проживання – на рівні первинної медичної допомоги – в центрах первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД); удосконалено нормативно-правову та інформаційно-методичну бази з питань гігієни проектування при новому будівництві (реконструкції, капітальному ремонті) психіатричних закладів охорони здоров'я для забезпечення умов щодо збереження психічного здоров'я населення; розроблено Концепцію («Дорожня карта») формування нормативної бази проектування та будівництва споруд і комплексів закладів охорони здоров'я.

За результатами аналітичних, натурних досліджень та їх теоретичного узагальнення розроблено гігієнічні вимоги щодо архітектурно-планувальних рішень закладів охорони здоров'я психіатричного профілю, обґрунтовано пропозиції щодо удосконалення системи психологічної та психіатричної допомоги населенню України з урахуванням міжнародного досвіду, які викладено у нормативно-методичних документах, зокрема:

- проєкті державних санітарних правил і норм “Санітарно-протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають стаціонарну медичну допомогу населенню”;

- Державних будівельних нормах України: ДБН В.2.2-10:2022 «Заклади охорони здоров'я. Основні положення» (угода з ПАТ «КІЇВЗНДІЕП» від 18.05.2017 р. № 21); проєкті ДБН В.Х.Х-ХХ:20ХХ «Заклади охорони здоров'я Ч.1. Об'єкти закладів з надання первинної медичної допомоги»; проєкті ДБН В.Х.Х-ХХ:20ХХ «Заклади охорони здоров'я. Ч.2. Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»;

- Державних санітарних нормах і правилах «Санітарно-протиепідемічні вимоги до новозбудованих, реставрованих і реконструйованих

закладів охорони здоров'я», Наказ МОЗ України від 21.02.2023р. № 354;

- проєкті Закону України «Про психологічну, психотерапевтичну допомогу населенню в Україні».

- матеріалах до Концепції («Дорожня карта») формування нормативної бази проектування та будівництва споруд і комплексів закладів охорони здоров'я.

За матеріалами роботи вперше в Україні визначено необхідність створення трьох рівнів психіатричної допомоги населенню за аналогією вітчизняної трирівневої медичної допомоги: на рівні первинної ланки (амбулаторії загальної практики – сімейної медицини); на вторинному – лікарні загального профілю з відділенням психіатричної допомоги, психіатричні диспансери або реабілітаційні психіатричні денні відділення, університетські лікарні, заклади медико-соціальної допомоги тощо; на третинному – відділення високоспеціалізованих лікарень, інститутів психіатричного профілю, що внесено у нові Державні будівельні норми України: ДБН В.2.2-10:2022 «Заклади охорони здоров'я» (Основні положення); проєкт Державних будівельних норм України: «Заклади охорони здоров'я. Ч.1. Об'єкти закладів з надання первинної медичної допомоги»; проєкт Державних будівельних норм України «Заклади охорони здоров'я. Ч.2. Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф», проєкт Державних санітарних норм і правил «Санітарні протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають стаціонарну медичну допомогу населенню».

Розроблено рекомендації та профілактичні заходи, що викладено в сучасних нормативно-методичних документах, спрямованих на реалізацію угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом (Угода про асоціацію Глава 22 «Про громадське здоров'я», статті № 426, № 427), що забезпечує впровадження підходу «охорона здоров'я у всіх політиках» і поступовій інтеграції України в європейські мережі охорони здоров'я.

Результати досліджень впроваджено у навчальний процес кафедр:

загальної гігієни та екології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького; Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця; Буковинського державного медичного університету; кафедри медичної психології та психіатрії з курсом ПО ЗВО Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; у курс підвищення кваліфікації медичних працівників кафедри гігієни та профілактичної токсикології ФПДО Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького; Вінницького обласного центру післядипломної освіти медичних працівників у Вінницькій області, що підтверджено відповідними актами впровадження.

Ключові слова: реформа системи охорони психічного здоров'я, архітектурно-планувальні рішення, санітарно-гігієнічні вимоги, санітарно-містобудівне законодавство, заклади психіатричного профілю, громадське (в тому числі ментальне/психічне) здоров'я, пацієнти з психічними розладами, гігієнічна оцінка, воєнний стан.

SUMMARY

Chorna V.V. Hygienic assessment of health care facilities for providing psychological and psychiatric care to the population in the pre-war period and under martial law. – Qualifying scientific work on manuscript rights.

Dissertation for obtaining the scientific degree of Doctor of Medical Sciences in the specialty 14.02.01 - Hygiene and Occupational Pathology (222 - Medicine, in the field of knowledge, 22 - Health care).

State institution «O.M. Marzeev Institute of Public Health of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Doctoral Council D 26.604.01 - Kyiv, 2024.

The purpose of the dissertation: substantiating the improvement of the hygienic assessment of ensuring the effectiveness of providing psychological and psychiatric care to the population in health care institutions in the conditions of reforming the

medical and urban development industries and the military and post-war conditions.

The dissertation work was carried out in accordance with the agreement on creative cooperation between the State Institution «O.M. Marzeev Institute of Public Health of National Academy of Sciences of Ukraine» and National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya (agreement №30 of December 19, 2018).

Research was conducted on the basis of health care institutions: Communal Non-Commercial Enterprise «Vinnytsya Regional Clinical Psychoneurological Hospital named after Acad. O.I. Yushchenko of the Vinnytsya Regional Council» and general health care facilities in Vinnytsya in peacetime before the start of the COVID-19 pandemic and during martial law. Sociological research covered 1,877 people, including 664 medical workers - according to 6 adapted questionnaire methods, 120 patients and their relatives and 1,062 applicants of higher education institutions of Ukraine of a medical profile - according to their own questionnaires (Certificate on rationalization proposal № 1, 2, 3 from 16.01.2020 of National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya).

In the dissertation, for the first time, a comprehensive study was carried out, on the territory of Ukraine, on the scientific examination of issues related to the hygienic provision of optimal conditions and the safety for the design of new or reconstruction of existing health care facilities for the provision of psychological and psychiatric assistance to the population, taking into account the requirements of reforming the medical and urban development industries during the state war and post-war period and determination of the possibility of implementation of hygienic standards in the field of construction of psychological/psychiatric health care facilities in accordance with the requirements of European legislation into the national legal framework.

For the first time in the work, a sanitary and hygienic assessment of the existing fund of psychiatric health care institutions was carried out according to an in-depth own program for assessing the sanitary and hygienic condition and conditions of their functioning.

On the basis of field studies, the connection between the sanitary and hygienic condition of psychiatric health care institutions and changes in the psychophysiological

condition of patients was revealed; the peculiarities of the influence of the sanitary-epidemic state of the mentioned institutions on the working conditions of medical workers were revealed. The theory of preventive medicine regarding the preservation of the mental health of medical workers, patients and the population as a whole has been improved under the conditions of optimization of architectural and planning solutions, sanitary and hygienic conditions of psychiatric health care institutions and the organization of psychological and psychiatric care.

A model of providing medical assistance to persons with mental health disorders at different levels of the health care system has been developed.

The obtained results of the study of the sanitary and hygienic conditions of the existing health care institutions of the psychiatric profile of Ukraine showed that the provision of psychiatric care to the population takes place on the outdated material and technical base of health care institutions: 28.6% of psychiatric institutions were built in the period from 1786 to 1945., 28.6% - from 1945 to 1991, 42.8% - during the independence of Ukraine (1991-2013). The average length of stay of patients with mental disorders in a hospital is 48.7-53.5 days, which exceeds the European average (20.3 days) by 2.4-2.6 times.

All psychiatric health care facilities are located outside the sanitary protection zones of industrial enterprises and highways. The location of land plots of psychiatric health care facilities in relation to nearby industrial enterprises, highways according to the existing urban planning situation is distant up to 1000 m in 66.7%, up to 300 m in 33.3%. The transport interchange in 66.6% of psychiatric healthcare institutions is convenient; in 33.3% it is complicated due to the distance from the territory of the institution. 87.5% of psychiatric health care facilities totally, and 12.5% partially are provided with a fence around the entire perimeter of the territory. The height of the fence reaches 1.5 m - in 12.5% of psychiatric health care facilities, 2 m - in 50%, more than 3 m - in 37.5%. In 37.5% of psychiatric health care facilities, the fence is concrete, in 37.5% it is combined (concrete and mesh), in 12.5% it is mesh, and in 12.5% it is only green (shrubs). 58.3% of psychiatric health care facilities on the land plot do not have an occupational therapy area, which is necessary to improve the treatment process

and socialize patients with mental disorders. 41.7% of psychiatric health care facilities do not have a physical education area, 66.7% have a sports and game area (stadium), and 58.4% have areas for active games and areas for patients to rest quietly. In 100% of cases, the buildings of psychiatric health care facilities are built according to the «corridor» type, with the placement of sanitary and hygienic premises at the end of the corridor at a distance of up to 25 m from the oppositely located extreme wards for patients. Wards for patients in 100% of psychiatric health care facilities are equipped with one exit to a common corridor. The capacity of the wards ranges from 4 to 10 beds. In psychiatric healthcare institutions, the provision of hard equipment (furniture) for patients with mental disorders is unsatisfactory, namely: 8.3% have their own desk, 58.4% have their own chairs, 50.0% have their own bedside tables, wardrobes for storing personal clothes - 25%. Occupational therapy is carried out in 25% of psychiatric health care facilities, where special workshops are equipped and patients acquire professional skills, in 16.7% the workshops are partially equipped. According to the results of the assessment of the sanitary and technical condition of the premises of psychiatric health care facilities (ceilings, floors, doors, windows), it was found that 25% of the facilities need repair work (peeled ceiling, walls, etc.). In psychiatric health care institutions, 75.0% of wards, 75.0% of rooms for medical and therapeutic procedures, and 50.0% of resident rooms are not equipped with cold and hot running water (no water supply, no hand washers), which makes it impossible for patients to comply elementary rules of hygiene and sanitary and anti-epidemic regime in the specified premises.

According to the results of a retrospective analysis for the period 2013-2022 according to the state statistics of the Ministry of Health of Ukraine №18 «Report on environmental factors affecting the state of human health» in the Vinnytsya region according to the data of table №12 «Study of Physical Environmental Factors» it was established: artificial lighting at the workplaces of medical workers did not meet regulatory requirements in 6.5% of measurements; the maximum number of studies that did not meet the regulatory indicators were registered in 2017 – 1.8 times, in 2019 – 1.6 times and in 2015 – 1.3 times.

1261 instrumental measurements of the equivalent sound level were carried out at the workplaces of general health care institutions, in 1.4% of cases the results did not meet the permissible levels. The maximum number of measurements that did not meet the permissible levels of 14.0% was registered in 2015, there were also high indicators of similar measurements in 2016 – 11.0% and 2019 – 3.7%. In psychiatric healthcare institutions profile similar measurements were not carried out during this period.

Of the 48,770 studies of microclimate parameters that were conducted at 6,213 workplaces of general health care institutions, the number of measurements that did not meet regulatory requirements is 6.4%, the maximum number of studies that did not meet regulatory requirements was registered in 2016 – 13.0%, the indicators of similar studies in 2015 – 11.0% and 2019 – 9.5% were also high.

According to the results of the survey of relatives/guardians, in 68.5% of cases, seeking medical help occurred when the patient's illness worsened, in 21.7% of cases - due to the reassignment of the disability group in relation to mental disorders, in 8.7% - due to psychogenic burden on the family - of a domestic nature. 39.1% of patients were admitted to inpatient psychiatric health care facilities for treatment, 32.6% of them without a doctor's referral (brought by relatives) and 6.5% by an ambulance called by relatives/guardians. 38.1% of patients with mental disorders were hospitalized on the referrals of psychiatric specialists, 27.2% of them by the psychoneuropathologist of the polyclinic, 10.9% by the doctor of the psychoneurological dispensary. According to the survey of relatives/guardians, outdated equipment and facilities (beds, furniture, wardrobes, etc.) rank first among the shortcomings of inpatient psychiatric health care facilities, as evidenced by the responses of 77.6% of female relatives and 76.9% of male relatives. Unsatisfactory sanitary and hygienic and household conditions are in second place - 63.3% of female relatives and 61.5% of male relatives. The third ranking place is occupied by the low quality of medical care - 42.3% of male relatives and 34.7% of female relatives.

Based on the results of research, it was found that the negative attitude of future medical workers towards patients with mental disorders increases over time and is at a high level - 86.3-94.5% of higher education graduates of medical institutions from the

total number consider patients with mental disorders to be a threat to society. The situation is complicated by the fact that 90.8% of future Ukrainian doctors believe that patients with mental disorders should continue treatment in these conditions - psychiatric dispensaries as opposed to the proposed day hospitals and at home (patronage) in community conditions, as implemented in the countries of the European Union.

According to the results of the analysis of the State statistical form №10 «Report on the provision of psychiatric care to the population in Ukraine» in the dynamics of three years (2018-2020), there is an increase in referrals of patients with mental disorders for medical help in outpatient clinics of psychiatric health care institutions from 63.8% to 70.6%. Hospitalization of patients in hospitals decreased from 32.1% to 27.0%, in day hospitals from 4.1% to 2.4%, which may be caused by unsatisfactory sanitary and hygienic conditions.

The substantiation of the criteria for changes in indicators of the psychophysiological state of the medical personnel of psychiatric hospitals and general hospitals depending on the conditions of the hospital environment, the duration of their medical work and gender characteristics were carried out with the help of anonymous, voluntary sociological research both in peacetime and in martial law conditions.

In peacetime, medical workers of psychiatric health care institutions, in comparison with medical workers of general health care institutions, attach less importance to health ($U=8382.5$; $Z=3.55$; $p<0.001$), interest in work or career ($U=8717.5$; $Z=2.7$; $p<0.05$), recognition of people from the environment ($U=8922.5$; $Z=2.17$; $p<0.05$) that is a risk of mental disorders, indifference to work, patients, and family.

In peacetime, medical workers in psychiatric health care institutions show more signs of deterioration compared to medical workers in general health care institutions health, in particular, according to signs of fatigue ($p<0.001$), monotony ($p<0.05$), mental oversaturation ($p<0.001$), stress ($p<0.05$). Medical workers with 6 to 15 years of work experience have a high degree of monotony and an increase in mental oversaturation ($p>0.05$). At the same time, there is no gender difference in these

indicators both among medical workers of psychiatric health care institutions and general health care institutions.

It was established that in peacetime the first phase of «Tension» and the second phase of «Resistance» in medical workers of psychiatric health care institutions is in the stage of formation, and in medical workers of a general profile it is considered unformed. The third phase of «Exhaustion» among medical workers of psychiatric and general health care institutions in peacetime is in the stage of formation. Statistically, the symptom of the third phase «Psychosomatic and psychovegetative disorders» occurred more often in women - employees of general health care institutions ($p < 0.05$). Significantly higher indicators of professional burnout, emotional exhaustion ($p < 0.05$), as well as an integral indicator for the average medical staff of psychiatric healthcare institutions were revealed ($p < 0.05$). The reduction of professional achievements among doctors, in contrast to the average medical staff, is higher ($p < 0.05$). Symptoms of «Depersonalization» are more pronounced in male employees in the conditions of general health care institutions compared to female employees ($p < 0.05$).

Efforts to avoid criticism from colleagues and management, as well as possible troubles at work among medical workers of general health care institutions were revealed ($p < 0.05$). There was a tendency towards a lower effort for promotion at work, monetary earnings and an increase in social prestige among medical workers of psychiatric health care institutions ($p < 0.05$).

The internal motivation of male employees of psychiatric health care institutions exceeds that of female employees ($p < 0.05$). There was a statistically significant shift in the manifestations of external positive ($p < 0.05$) and external negative motivation ($p < 0.05$) towards men in general health care institutions.

The professional motivational type is statistically more common among doctors of psychiatric health care institutions (8.34+2.2 points) and doctors of general health care institutions (7.0 points). The share of this type among the average medical staff is significantly lower (psychiatric health care facilities – 5.35+2.33 points and general health care facilities – 6.24+2.43 points). This indicates a greater interest of doctors in their own professional achievements.

During the martial law, there is a statistically significant difference in the psychophysiological state of the medical staff of general health care institutions and psychiatric health care institutions, which is revealed by all indicators of the questionnaire ($p < 0.001$) and indicates significantly greater manifestations of fatigue, monotony, mental oversaturation and stress in medical workers of psychiatric health care institutions.

It was found that the fatigue index of men - employees of general health care facilities is at a statistically higher level in relation to women ($p < 0.05$). For men in psychiatric health care facilities, «Mental oversaturation» is in first place, for women - «Stress», among workers in general health care facilities, both for men and for women, stress is in the first place. A statistically significant difference was found between the observation groups for all indicators of the questionnaire ($p < 0.001$), which indicates significantly greater manifestations of fatigue, monotony, mental oversaturation and stress among medical workers of psychiatric health care institutions during martial law. There is a certain tendency to increase the Stress Index in persons with experience of less than 5 years and more than 30 years during martial law, which may indicate a lower stress resistance of these medical workers.

Employees of psychiatric health care institutions have more significant manifestations of predictors for the development of emotional burnout according to the indicators: «Dissatisfaction with oneself» ($p < 0.001$), «Feeling of being» backed into a corner» ($p < 0.05$), «Anxiety and depression», formed experiences of psychotraumatic circumstances.

Among doctors and secondary medical staff of psychiatric health care institutions, the professional success rate is within the average range, but the numerical values themselves are significantly lower among secondary medical staff, which indicates a faster development of professional reduction among them ($p < 0.001$).

Among medical workers of psychiatric health care institutions, there is a more significant development of depersonalization symptoms in women compared to men ($p < 0.05$). When comparing the results, a statistically significant difference is determined between the control and main groups on the subscales of emotional

exhaustion ($p < 0.001$) and professional success ($p < 0.001$). Medical workers of psychiatric health care institutions show more emotional exhaustion and reduction of their personal professional achievements.

A significantly higher share of external positive motivation ($p < 0.05$) and external negative motivation ($p < 0.05$) was found among male medical workers of general health care institutions compared to women.

A significantly higher share of respondents of professional ($p < 0.001$) and patriotic ($p < 0.001$) motivational types was found among medical workers of general health care institutions, while among medical workers of psychiatric health care institutions a significantly higher share of economic type ($p < 0.05$). In general, the values found indicate a rather heterogeneous motivation of doctors and medical staff.

Indicator The index of the influence of the war of mental oversaturation among doctors of psychiatric health care institutions during the martial law increased by 5.9%, fatigue by 4.8% compared to the average medical staff - The index of the influence of the war of monotony increased by 4.6%, fatigue – by 4.4%. The psychophysiological condition of men in psychiatric health care institutions during the martial law worsened, as evidenced by an increase in the fatigue index by 13.7%; mental oversaturation by 13.5%; monotony by 11.9% Index of the impact of war ($p < 0.05$) compared to peacetime.

The increase in the index of the impact of the war «Emotional deficit» among doctors by 24.9% and among the average medical staff of psychiatric health care institutions by 25.0% ($p < 0.05$) indicates their devastation, the development of emotional sensitivity against the background overexhaustion of the body during the performance of professional duties. Symptoms of depersonalization (personal alienation, detachment) are more pronounced in male employees of general health care institutions compared to female employees ($p < 0.05$). During the martial law, the indicator of the Index of the influence of war, emotional exhaustion, personal alienation (depersonalization) among doctors increased in the negative direction by 53.8% and 41.5%, the same trend was observed in the average medical staff of psychiatric health care institutions by 37.9% and 38.7% ($p < 0.05$), respectively. During the martial law,

external negative motivation among doctors of psychiatric health care institutions increased by 6.7% ($p < 0.05$), which negatively affects work and attitudes towards patients.

As a result of the research, for the first time: a health-preserving component was substantiated and developed, taking into account the state of war, based on an analysis of the compliance of national sanitary and urban planning legislation in the field of design and construction of psychiatric health care institutions with modern European requirements; the influence of architectural and planning decisions, factors of the in-hospital environment of domestic psychiatric institutions on the well-being of patients and medical personnel, on the formation of deviations in the health of medical workers is determined; the level of sanitary and epidemic well-being of psychiatric patients is determined; an algorithm was developed for the multidisciplinary and cross-sectoral implementation of international and European standards in the field of creating safe and optimal conditions for providing psychological and psychiatric care to the population, which are taken into account in the process of reforming the medical and urban development industries and are reflected in the project Law of Ukraine «On Psychological and Psychiatric Assistance to the Population of Ukraine»; justified the need for psychologists and psychotherapists in connection with the consequences of the Ukrainian-Russian war, and developed a standard for provision of psychological assistance based on the calculation: 1 position of psychologist per outpatient polyclinic facility (for 90 patient visits per shift), at the second and third levels of providing psychological assistance - 1 position for every 75 workers in general health care facilities and for every 50 workers in psychiatric health care facilities involved in providing assistance to patients on a work shift (psychological relief room - 12 m² and psychologist's office 6 m²); substantiated new hygienic approaches to the design of health care facilities for the provision of medical and psychological services to the population during new construction (reconstruction, major repairs) with maximum approximation to their living conditions - at the level of primary medical care - in primary health care centers (PHCs); the normative-legal and informational-methodological base on issues of design hygiene during new construction

(reconstruction, overhaul) of psychiatric health care institutions has been improved to ensure conditions for preserving the mental health of the population; the Concept («Road Map») of the formation of the regulatory framework for the design and construction of buildings and complexes of health care institutions was developed.

Based on the results of analytical and field studies and their theoretical generalization, hygienic requirements for architectural and planning decisions of psychiatric health care institutions were developed, proposals for improving the system of psychological and psychiatric care for the population of Ukraine were substantiated, taking into account international experience, which are set out in regulatory and methodological documents, in particular:

- Projects of state sanitary rules and norms «Sanitary and anti-epidemic requirements for health care institutions providing inpatient medical care to the population»;

- State building regulations of Ukraine: DBN V.2.2-10:2022 «Health care facilities. Basic provisions» (agreement with Public Joint Stock Company «KYIVZNDIEP» dated May 18, 2017 №21); projects of DBN V.X.X-XX:20XX «Health care facilities Part 1. Objects of primary medical care facilities»; DBN projects V.H.X-XX:20XX «Health care facilities. Part 2. Centers for emergency medical care and disaster medicine»;

- State sanitary norms and rules «Sanitary and anti-epidemic requirements for newly built, restored and reconstructed health care facilities», Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 21.02.2023 № 354;

- Project of the Law of Ukraine «On psychological and psychotherapeutic assistance to the population in Ukraine».

- Materials for the Concept («Road Map») of the formation of a regulatory framework for the design and construction of buildings and complexes of health care institutions.

According to the materials of the work, for the first time in Ukraine, the need to create three levels of psychiatric care for the population by analogy with the domestic three-level medical care was determined (or proven): at the level of the primary link

(general practice outpatient clinic - family medicine); on the secondary level - general hospitals with a psychiatric care department, psychiatric dispensaries or rehabilitation psychiatric day care units, university hospitals, medical and social care institutions, etc.; at the tertiary level - departments of highly specialized hospitals, institutes of a psychiatric profile, which is included in the new State Building Regulations of Ukraine: DBN V.2.2-10:2022 «Health Care Facilities» (Main positions); project of the State Building Standards of Ukraine: «Health Care Facilities Part 1. Objects of primary medical care facilities»; the project of the State Building Standards of Ukraine «Health Care Institutions. Part 2. Centers of emergency medical care and disaster medicine», project of the State sanitary norms and rules «Sanitary anti-epidemic requirements for health care institutions providing inpatient medical care to the population».

Recommendations and preventive measures have been developed, which are set out in modern regulatory and methodological documents aimed at the implementation of the Association Agreement between Ukraine and the European Union (Association Agreement Chapter 22 «On Public Health», Articles № 426, № 427), which ensures implementation of the «health care in all policies» approach and gradual integration of Ukraine into European health care networks.

The results of the research are implemented in the educational process of the departments: general hygiene and ecology of Danylo Halytskyi Lviv National Medical University; Vinnytsya National Pirogov Memorial Medical University; Bogomolets National Medical University, Kyiv; Bukovinian State Medical University; The Department of Medical Psychology and Psychiatry with a course of Postgraduate Education of Vinnytsya National Pirogov Memorial Medical University; in the training course for medical workers of the department of hygiene and preventive toxicology of the Faculty of Postgraduate Education of the Danylo Halytskyi Lviv National Medical University; of the Vinnytsya Regional Center for Postgraduate Education of Medical Workers in the Vinnytsya Region, which is confirmed by the relevant acts of implementation.

Keywords: reform of the mental health care system, architectural and planning solutions, sanitary and hygienic requirements, sanitary and urban planning legislation, psychiatric institutions, public (mental) health, patients with mental disorders, hygienic assessment, martial law.

СПИСОК НАУКОВИХ ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

– у наукових фахових виданнях України:

1. 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. *Biomedikaland Biosocialant hropology*, 35, 48. <https://doi.org/10.31393/bba34-2019-08> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

2. 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> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено статтю).

3. Чорна, В. В., Хлєстова, 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) (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

4. Чорна, В. В., Махнюк, В. М., Хлєстова, С. С., Гуменюк, Н. І., Хлєстова, 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) (*Дисертантом

розроблено анкету щодо визначення якості надання медичної допомоги, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

5. Чорна, В. В. (2020). Реформування охорони здоров'я для зміцнення психічного здоров'я населення України та досвід країн ЄС. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 24(3), 447–456. <https://dspace.vnmu.edu.ua/handle/123456789/5775> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено висновки і статтю).

6. Чорна, В. В., Махнюк, В. М., Чайка, Г. В., Юрченко, С., Ковалів, М. О. (2021). Обґрунтування санітарно-епідеміологічної складової до нової редакції державних будівельних норм України “Заклади охорони здоров'я” щодо проєктування психіатричних лікарень з урахуванням міжнародного досвіду. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 25(1), 118–125. [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2021-25\(1\)-22](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2021-25(1)-22) (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено статтю).

7. 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) (*Дисертантом розроблено анкету щодо визначення якості надання медичної допомоги, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

8. 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) (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено висновки та статтю).

9. 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 *Vinnitsia 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) (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено висновки та статтю).

10. Махнюк, В. М., Петриченко, О. О., Могильний, С. М., Чорна, В. В., Махнюк, В. В., Павленко, Н. П., ... Скочко, В. П. (2023). Гігієна планування та забудови населених місць: накові здобутки та перспективи (до 30-річчя Національної академії медичних наук України та 90-річного ювілею лабораторії гігієни планування та забудови населених місць ДУ “ІГЗ НАМНУ”). *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 27(3), 455–460. <http://surl.li/nopag>

11. Шевчук, Т. І., Чорна, В. В., Хлєстова, 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) (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено статтю).

12. Гозак, С. В., Єлізарова, О. Т., Станкевич, Т. В., Чорна, В. В., Товкун Л. П., Лебединець, Н. В., ...Хмель, Л.Л. (2023). Особливості ментального здоров'я та способу життя студентів під час війни. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 27(4), 628–634.

13. 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> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено висновки та статтю).

14. Чорна, В. В., Фурман, Л. Б., Подолян, В. М. (2021). Гігієнічні заходи з оптимізації умов функціонування закладів охорони здоров'я та профілактики

захворювань медичних працівників. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, 2, 45–52. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2021.2.12381> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, проведено аналіз законодавчої та нормативно-правової бази щодо умов праці медичних працівників, підготовлено висновки та статтю).

15. Чорна, В. В. (2020). Детермінація психічного здоров'я населення України та країн ЄС. *Довкілля та здоров'я*, 2(95), 47–53. <https://doi.org/10.32402/dovkil2020.02.047>(*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено висновки та статтю).

16. 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> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено висновки та статтю).

17. 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>

18. 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> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

19. 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>

20. Чорна, В. В., Махнюк, В. М., Могильний, С. М., Хлестова, С. С., Подолян, В. М., Фурман, Л. Б., ... Чайка, А. В. (2022). Стан професійного стресу медичних працівників, протидії та його подолання. *Довкілля та здоров'я*, 2(103), 53–62. <https://doi.org/10.32402/dovkil2022.02.053> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

21. 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> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено висновки та статтю).

22. 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>

23. 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>

24. Очеретяна, Г. В., Махнюк, В. М., Чорна, В. В., Горваль, А. К., Redah Mir. (2020). Нормативно-правове регулювання гігієнічних питань щодо розміщення вбудованих закладів охорони здоров'я в Європейських країнах. *Молодий вчений*, 10(86), 272–278. <http://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2020/10/56.pdf>

25. 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> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено висновки та статтю).

26. 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> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено висновки та статтю).

27. 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> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

28. Чорна, В. В. (2021). Гігієнічні аспекти становлення психіатричної служби в Україні: минуле, теперішнє, майбутнє. *Молодий вчений*, 2 (90), 47-51. <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2021-2-90-9> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено висновки та статтю).

– **у виданнях, які входять до наукометричних баз даних, та в міжнародних фахових виданнях:**

29. 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/nnvhd> (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

30. Chorna, V., Makhniuk, V., Pshuk, N., Gumeniuk, N., Shevchuk, Yu., Khliestova, S. (2021). Burnout in mental health professionals and the measures to

prevent it. *Georgian medical al news*, 1(310), 113–118. <http://surl.li/nwjhw> (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

31. 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> (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено висновки та статтю).

32. 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> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено статтю).

33. Chorna, V. V., Khliestova, S. S., Gumeniuk, N. I., Podolian, V. M., Shevchuk, T. I. (2023). Predictors of the development of emotional burnout and the motivational component of the medical staff of health care institutions in Ukraine. *Wiadomości Lekarskie Medical Advances*, 76(2), 370–376. <https://doi.org/10.36740/wlek202302118> (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

34. 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 (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

35. Chorna, V., Syrota, H., Syrota, M., Khliestova, S., Poliarush, V., Hudzevych, L. (2023). Hygienic assessment of the occurrence and development of emotional burnout syndrome among medical students and its prevention. *European*

Journal of Clinical and Experimental Medicine, 21(3), 465–475. <https://doi.org/10.15584/ejcem.2023.3.4> 2023 (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

36. 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://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.geomednews.com/Articles/2023/9_2023/142-148.pdf (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

37. Chorna, V., Khliestova, S., Pashkovskyi, 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> (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

38. 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. (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

39. 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. (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено статтю).

40. 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> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

41. 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.

42. 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. (*Дисертантом підготовлено матеріали до 5,6 глави).

43. 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> (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

44. 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> (*Дисертантом розроблено анкету, проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

45. 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> (*Дисертантом розроблено анкету, проаналізовано

результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

46. 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> (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

47. 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> (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

48. Chorna, V. (2022). Hygienic, epidemiological, psychogenic, and urban aspects of mental health facilities compared to eu countries. В *Wissenschaft für den modernen menschen: Innovative technik und technologie, informatik, verkehrsentwicklung, physik und mathematik, medizin, biologie, landwirtschaft: Monographie. Book 8, Part 2*. (p. 102–129). Karlsruhe (Germany). 10.30890/2709-2313.2022-08-02 (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено висновки та статтю).

49. Serebrennikova, O., Serheta I., Khliestova S., Chorna, V. (2022). Problems of improvement psychical zdorovya are population of Ukraine and feature of their decision on the modern stage. В *Prospektive globale wissenschaftliche trends: Innovative technik, sicherheit, medizin, 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> (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку

результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

50. Єдиний медичний простір України: правовий вимір /Чорна В.В., колектив авторів за заг. ред. С. Г. Стеценка. Глава 3.9 Правові, організаційні засади створення та функціонування закладів охорони здоров'я первинної ланки, вбудованих у житлові будинки. Харків «Право», 2022. С. 269-276. (*Дисертантом підготовлено матеріали до глави 3.9).

51. Chorna, V. V. (2023). Measures to improve the provision of psychological and psychotherapeutic assistance to the population of Ukraine and EU countries. В *Innovative ways of improving medicine, psychology and biology: Collective monograph.* (р. 132–166). Boston: Primediae Launch, <https://doi.org/10.46299/ISG.2023.MONO.MED.2> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено висновки та статтю).

52. 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: PrimediaeLaunch. <https://doi.org/10.46299/isg.2023.mono.med.3.3.3> (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено висновки та статтю).

53. Чорна, В. В., Махнюк, В. М. (2023). Нормативна база з проектування закладів охорони здоров'я з надання психологічної і психіатричної допомоги населенню України: сучасні санітарно-епідеміологічна та містобудівна складові, закордонний досвід. 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> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено висновки та статтю).

54. 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). *BModern science: challenges of today: Collective monograph.* (p. 246–298). Bratislava (Slovakia). <http://surl.li/nowez> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено висновки та статтю).

55. Chorna, V. (2023). The psikhofiziologichniy state of health of medical workers of establishments of health protection is during the military state. В *Vectors of the development of science and education in the modern world: Collective monograph.* (p. 221–252). California: GS Publishing Services. <https://doi.org/10.51587/9798-9866-95976-2023-014-221-252> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено висновки та статтю).

56. Chorna, V.V., Hudzevych, L. S. (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. *Theoretical and practical aspects of science development : Monograph.* (p. 391-430) Riga (Latvia) Baltija Publishing. <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-355-2-31> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено висновки та статтю).

– **в інших наукових виданнях:**

57. 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.

58. Очеретяна, Г. В., Махнюк, В. М., Горваль, А. К., Чорна, В. В. (2019). Гігієнічні вимоги до місць зберігання автотранспорту на території закладів охорони здоров'я приватної форми власності з урахуванням закордонного досвіду. *Гігієна населених місць*, 69, 24-33. <https://doi.org/10.32402/hygiene2019.69.024>

59. 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>

60. 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>

61. 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> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел).

62. 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> (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено висновки та статтю).

63. Махнюк, В. М., Чорна, В. В., Махнюк, В. В. (2022). Еколого-гігієнічні, економічні та правові аспекти «Концепції формування нормативної бази проектування 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)

64. 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> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, статистичних даних, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено висновки та статтю).

– **тези доповідей:**

65. 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. (*Дисертантом підготовлено тези, зібрано матеріал та його узагальнено).

66. Чорна, В. В. (2019). Психічне здоров'я і стигматизація в умовах сьогодення. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 2(4). <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/201>. (*Дисертантом підготовлено тези, зібрано матеріал та його узагальнено).

67. 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> (*Дисертантом підготовлено тези, зібрано матеріал та його узагальнено).

68. Очеретяна, 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/nodcs>

69. 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/nodcs> (*Дисертантом підготовлено тези, зібрано матеріал та його узагальнено).

70. 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). (*Дисертантом підготовлено тези, зібрано матеріал та його узагальнено).

71. 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). (*Дисертантом підготовлено тези, зібрано матеріал та його узагальнено).

72. 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 симпозиуму з міжнародною участю, 22–24 вересня 2021 року*. (с. 10–12). Тернопіль. (*Дисертантом підготовлено тези, проведено аналіз статистичних даних, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення)

73. 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> (*Дисертантом підготовлено тези, проведено аналіз статистичних даних, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення)

74. 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> (*Дисертантом підготовлено тези, проведено аналіз статистичних даних, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення)*

75. Chorna, V. V., Anhelska, V. Y., Makhnyuk, V. V. (2023). Telemedical assistance of mental health centers of health care institutions. *Scientific progress: Innovations, achievements and prospects: Proceedings of X International scientific and practical conference.* (p. 29–36). Munich (Germany). <http://surl.li/npetn> (*Дисертантом підготовлено тези, проведено аналіз статистичних даних, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення)

76. 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>

77. Чорна, В. В., Бойко, В. В., Бегма, М. А. (2023). 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.*(p. 93–97). Stockholm (Sweden). <http://surl.li/nwjyg> (*Дисертантом підготовлено тези, проведено аналіз статистичних даних, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення)

78. Чорна, В. В., Сирота, М. Г., Сирота, Г. Г. (2023). Дослідження синдрому емоційного вигорання серед студентів-медиків: причини розвитку та профілактика. В *Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку: Матеріали XXX міжнародної науково-практичної конференції.* (с. 390–394). Гамбург (Німеччина). (*Дисертантом підготовлено тези, проведено

аналіз статистичних даних, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення)

79. 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>

80. 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/pmgrp.v8i4.463](https://doi:10.26766/pmgrp.v8i4.463)

– ***інформаційні листи:***

81. 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.

– ***методичні рекомендації:***

82. Чорна, В. В., Корольова, Н. Д., Серебрнікова, О. А., Гуменюк, Н. І., Махнюк, В. М., Матвійчук, М. В., ...Пашковський, С. М. (2022). *Особливості мотиваційної діяльності медичних працівників охорони здоров'я, шляхи оптимізації*. Вінниця: Твори.<http://surl.li/nonva> (*Дисертантом підготовлено методичні рекомендації, проведено аналіз статистичних даних, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення)

– ***свідоцтво на раціоналізаторську пропозицію:***

83. Чорна, В. В., Махнюк, В. М., Очеретяна, Г. В., Хлестова, С. В., Гуменюк, Н. І. (2020). Спосіб визначення оцінки якості надання медичної допомоги пацієнту психіатричної лікарні та взаємовідношення «лікар-пацієнт», № 1 від 16.01.20 р. Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. (*Дисертантом підготовлено апробований опитувальник)

84. Чорна, В. В., Махнюк, В. М., Очеретяна, Г. В., Хлестова, С. В., Гуменюк, Н. І. (2020). Спосіб визначення оцінки якості надання медичної допомоги родичам хворого психіатричної лікарні та взаємовідношення «лікар-родич», №2 від 16.01.20 р. Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. (**Дисертантом підготовлено апробований опитувальник*)

85. Чорна, В. В., Махнюк, В. М., Очеретяна, Г. В., Хлестова, С. В., Гуменюк, Н. І. (2020). Спосіб визначення особистої думки родичів пацієнта про оплату медичної допомоги в психіатричному стаціонарі, №3 від 16.01.20 р. Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. (**Дисертантом підготовлено апробований опитувальник*)

ЗМІСТ

	Стор.
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ.....	49
ВСТУП.....	50
РОЗДІЛ 1 ГІГІЄНИЧНІ ПИТАННЯ РОЗМІЩЕННЯ ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПСИХІАТРИЧНОГО ПРОФІЛЮ ЯК БЕЗПЕКОВА ДЕТЕРМІНАНТА НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	63
1.1 Історичні аспекти створення спеціалізованих закладів охорони здоров'я психіатричного профілю в Україні.....	63
1.2 Аналіз формування архітектурно-планувального, епідемічного благополучного та безпекового середовища у закладах охорони здоров'я психіатричного профілю країн Європейського Союзу.....	70
1.3 Питання архітектурно-планувального, санітарно-гігієнічного та безпекового середовища вітчизняних закладів охорони здоров'я психіатричного профілю.....	81
РОЗДІЛ 2 ПРОГРАМА, ПРЕДМЕТ, ОСНОВНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ....	90
2.1 Обґрунтування вибору об'єктів і напрямку досліджень.....	90
2.2 Види та об'єм виконаних досліджень, що використовувалися в роботі.....	99
2.2.1 Психофізіологічні та соціологічні (анкетування) методи дослідження медичних працівників психіатричних закладів охорони здоров'я.....	104
РОЗДІЛ 3 САНІТАРНО-ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА УМОВ ПРАЦІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ТА УМОВ ПЕРЕБУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ У СУЧАСНИХ ПСИХІАТРИЧНИХ ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	112
3.1 Аналіз законодавства Європейського Союзу щодо покращення психічного здоров'я населення – як стратегія охорони психічного здоров'я.....	112

3.2	Деінституціалізації системи охорони здоров'я психічного здоров'я населення різних країн світу та України.....	125
3.3	Результати гігієнічної оцінки проєктних архітектурно-планувальних рішень та санітарно-гігієнічних умов праці в існуючих закладах охорони здоров'я психіатричного профілю України (за авторською Програмою оцінки санітарно-гігієнічного стану закладів охорони здоров'я психіатричного профілю).....	138
3.4	Аналіз даних державної статистичної звітності щодо впливу чинників внутрішньолікарняного середовища закладів охорони здоров'я на стан здоров'я медичних працівників	151
3.5	Санітарно-гігієнічна оцінка якості умов перебування медичних працівників і пацієнтів з психічними розладами в стаціонарах закладів охорони здоров'я психіатричного профілю та їхніх родичів.....	160
3.6	Особливості ставлення майбутніх медичних працівників до пацієнтів з психічними розладами в умовах стаціонару та профілактика стигматизації.....	170
РОЗДІЛ 4 ВИВЧЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПСИХІАТРИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ВИЗНАЧЕННЯ ЧИННИКІВ, ЩО ЙОГО ЗУМОВЛЮВАЛИ В МИРНИЙ ЧАС.....		
4.1	Аналіз показників захворюваності і поширеності психічних розладів серед населення України і забезпеченість психолого/психіатричної служби медичними працівниками у порівнянні з країнами Європейського Союзу.....	182
4.2	Визначення стану здоров'я медичних працівників психіатричного та загального профілю закладів охорони здоров'я за результатами аналізу оцінки здоров'я в мирний час.....	196
4.3	Обґрунтування критеріїв змін психофізіологічного стану медичного персоналу закладів охорони здоров'я психіатричного профілю та медичних працівників загального профілю в залежності від стажу їх трудової діяльності в мирний час.....	219

4.4	Визначення формування предикторів розвитку емоційного вигорання у медичних працівників закладів охорони здоров'я в мирний час	231
4.5	Визначення особливості формування мотивації у медичних працівників закладів охорони здоров'я до виконання професійних обов'язків та встановлення чинників, що впливають на ефективність їх праці в мирний час.....	241
РОЗДІЛ 5 ВИВЧЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПСИХІАТРИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ВИЗНАЧЕННЯ ЧИННИКІВ, ЩО ЙОГО ЗУМОВЛЮВАЛИ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ.....		
5.1	Визначення стану здоров'я медичних працівників закладів охорони здоров'я за результатами аналізу оцінки здоров'я під час воєнного стану.....	251
5.2	Обґрунтування критеріїв змін психофізіологічного стану медичного персоналу закладів охорони здоров'я під час воєнного стану залежно від стажу їх трудової діяльності	272
5.3	Визначення формування предикторів розвитку емоційного вигорання у медичних працівників закладів охорони здоров'я в умовах воєнного стану.....	281
5.4	Визначення особливостей формування мотивації у медичних працівників закладів охорони здоров'я до виконання професійних обов'язків та встановлення чинників, що впливають на ефективність їх праці під час воєнного стану.....	292
РОЗДІЛ 6 ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ ЗМІН У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У МИРНИЙ ЧАС ТА УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ЧИННИКІВ, ЩО ВПЛИВАЛИ НА СТАН ЇХ ЗДОРОВ'Я.....		
РОЗДІЛ 7 ГІГІЄНІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАХОДІВ З ОПТИМІЗАЦІЇ УМОВ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ПАЦІЄНТІВ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПСИХІАТРИЧНОГО ПРОФІЛЮ.....		
7.1	Санітарно-епідеміологічні вимоги до нормативної містобудівної бази України з проектування закладів охорони здоров'я з надання психологічної і	

психіатричної допомоги населенню з урахуванням закордонного досвіду, вимог реформування медичної галузі та воєнного стану.....326

7.2 Гігієнічне обґрунтування заходів з оптимізації умов перебування пацієнтів з психічними розладами в стаціонарах закладів охорони здоров'я психіатричного профілю.....343

7.3 Гігієнічне обґрунтування профілактичних заходів та мультидисциплінарного алгоритму у сфері забезпечення створення оптимальних умов для надання психологічної та психіатричної допомоги населенню в Україні з урахуванням Міжнародних і Європейських стандартів.....353

РОЗДІЛ 8 МІСТОБУДІВНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ГАРМОНІЗАЦІЇ ВИМОГ З ЄВРОПЕЙСЬКИМ ЗАКОНОДАВСТВОМ У СФЕРІ ПРОЄКТУВАННЯ ТА ЕКСПЛУАТАЦІЇ СУЧАСНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....361

8.1 Створення умов для надання психологічної та психотерапевтичної допомоги населенню на первинному та вторинному рівнях медичної допомоги, розробка відповідного Закону України для збереження психічного здоров'я населення у воєнний та післявоєнний періоди України.....361

8.2 Імплементация міжнародного досвіду країн Європейського Союзу та інших країн світу з питань санітарно-гігієнічних вимог до проєктування закладів охорони здоров'я психіатричного профілю щодо створення оптимальних умов для пацієнтів та безпечних і комфортних умов праці для медичних працівників в національну санітарну та містобудівну бази України.....370

8.3 Імплементация Європейського досвіду диджиталізації закладів охорони здоров'я України для покращення умов надання психологічної та психіатричної допомоги населенню в сучасних умовах.....376

АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....387

ВИСНОВКИ.....407

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ412

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ414

ДОДАТОК А.....489

ДОДАТОК Б.....507

ДОДАТОК В.....	509
ДОДАТОК Г.....	544
ДОДАТОК Д.....	545
ДОДАТОК Е.....	567
ДОДАТОК Ж.....	590
ДОДАТОК З.....	606

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

АПУ	- Асоціація психіатрів України
ВООЗ	- Всесвітня організація охорони здоров'я
ВОР	- Вінницька обласна Рада
ВПА	- Всесвітня психіатрична асоціація
ВМ	- внутрішня мотивація
ГЗ	- громадське (у тому числі ментальне/психічне) здоров'я
ДДСЗП	- диференційна діагностика станів зниженої працездатності
ЄС	- Європейський Союз
ЗВО	- заклади вищої освіти
ЗОЗ	- заклади охорони здоров'я
ЗОЗ ПП	- заклади охорони здоров'я психіатричного профілю
ЗОЗ ЗП	- заклади охорони здоров'я загального профілю
ЗІЗ	- засоби індивідуального захисту
ЗМІ	- засоби масової інформації
ЗПМ	- зовнішня позитивна мотивація
ЗНМ	- зовнішня негативна мотивація
ІВВ	- індекс впливу війни
ІПНМД	- інфекційні хвороби, пов'язані з наданням медичної допомоги
КНП	- комунальне некомерційне підприємство
ЛПЗ	- лікувально-профілактичні заклади
МОЗ	- Міністерство охорони здоров'я
МП	- медичний персонал
ПВ	- професійне вигорання
ПРЕВ	- предиктори розвитку емоційного вигорання
СМП	- середній медичний персонал

ВСТУП

Актуальність роботи. Недосконалість, застарілість чинної нормативної бази санітарного та містобудівного законодавства у сфері проєктування закладів охорони психічного здоров'я при новому будівництві (реконструкції, капітальному ремонті), 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 (далі – ГЗ) 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 закладів охорони здоров'я (далі – 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.

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].

План дій Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ) щодо охорони психічного здоров'я населення висвітлено у Європейській програмі на 2020-2025 рр. «Спільні дії для міцнішого здоров'я», якою передбачено створення

системи соціалізації людей з проблемами психічного здоров'я; захисту людей від надзвичайних ситуацій, як, 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». Результатом ефективності та дієвості заходів зазначеного Плану є рівень зайнятості людей із психічними розладами, який становить у Європі від 18% до 30% (CarrRobert, 2017) [2].

У багатьох країнах світу з найбільшим розвитком економіки за результатами реформування сфери психіатричної допомоги спостерігається скорочення кількості психіатричних лікарень та зменшення кількості днів перебування в стаціонарах (у Литві – 20,8 днів, у Польщі – 20,3 днів, в Україні – 48,7-53,5 днів). Перевагу надають лікуванню пацієнтів у близькому йому «терапевтичному середовищі», амбулаторіям загальної практики – сімейної медицини і 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 Україні створенню належного «терапевтичного середовища» у вітчизняних закладах охорони психічного здоров'я увага не приділяється, так як і в лікарнях та амбулаторіях терапевтичного профілю. Українські вчені питання проектування цих закладів та імплементації європейських вимог в національне законодавство не вивчають. Поодинокі праці присвячені впливу умов внутрішньолікарняного середовища на здоров'я медичного персоналу та пацієнтів з психічними розладами: вплив фізичних факторів – природного і штучного освітлення (D'Agostino A., 2020, Canazei M., 2017, Sahlem, G.L., 2014) [5-7], рівнів шуму (Hsu T., 2012, Jue K., 2017) та інше [8,9].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота виконана самостійно, з використанням матеріалів власних натурних, аналітичних та лабораторних досліджень та даних НДР ДУ «ІГЗ НАМНУ»: «Удосконалення гігієнічних підходів до планування громадської та житлової забудови» (шифр теми АМН.05.20, номер держреєстрації

0119U000546). НДР виконувалася згідно з договором про творчу співпрацю між ДУ «ІГЗ НАМНУ» та ВНМУ ім. М.І. Пирогова (угода №30 від 19 грудня 2018 р.). Керівник НДР – завідувачка лабораторії гігієни планування та забудови населених місць д.мед.н., проф. Махнюк В.М.

Національне санітарне та містобудівне законодавство у сфері проєктування та нового будівництва, реконструкції, капітального ремонту існуючих психіатричних закладів охорони здоров'я є застарілим і не відповідає сучасним європейським вимогам щодо його здоров'язберігаючої складової, особливо в умовах воєнного стану.

Аналізуючи основні положення, які визначають незаперечну актуальність дослідження, необхідно зазначити, що відповідно до чинного Закону України від 07.07.2011 р. № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та в місті Києві» здійснюється реформування галузі охорони здоров'я, за яким заклади охорони здоров'я розподіляються на три рівні.

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 їх 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 проектування, будівництва, оздоблення, оснащення та експлуатації психіатричних закладів охорони здоров'я, які надають психологічну, психіатричну медичну допомогу населенню, що і обумовлює актуальність дисертаційної роботи.

Висловлюю щирю подяку Махнюк Валентині Михайлівні – завідувачці лабораторії гігієни планування та забудови населених місць, доктору медичних наук, професору, лікарю вищої кваліфікаційної категорії за спеціальністю «Загальна гігієна» Державної установи «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва Національної академії медичних наук України», за суттєву наукову консультативну допомогу в написанні докторської дисертації.

Мета роботи: – обґрунтування вдосконалення гігієнічного оцінювання забезпечення ефективності надання психологічної і психіатричної допомоги населенню у закладах охорони здоров'я в умовах реформування медичної, містобудівної галузей та воєнного стану і післявоєнного періоду.

Для досягнення поставленої мети було визначено такі **завдання:**

1. Проаналізувати та встановити відповідність національного медичного та містобудівного законодавств у сфері охорони психічного здоров'я сучасним міжнародним вимогам.

2. Визначити санітарно-гігієнічні проблеми існуючого фонду психіатричних закладів охорони здоров'я і дати оцінку стану забезпеченості населення України психологічною і психіатричною допомогою в умовах воєнного стану та післявоєнного періоду.

3. Провести гігієнічну оцінку проєктних архітектурно-планувальних рішень існуючих психіатричних закладів охорони здоров'я за поглибленою програмою оцінки санітарно-гігієнічного стану та умов їх функціонування з урахуванням вимог реформування медичної галузі.

4. Визначити та вивчити вплив чинників внутрішньолікарняного середовища психіатричних закладів на самопочуття пацієнтів.

5. Дослідити динаміку змін психофізіологічного стану медичного персоналу (з урахуванням статі) закладів охорони здоров'я загального та психіатричного

профілю залежно від внутрішньолікарняних умов, тривалості їх медичної трудової діяльності в мирний час та в умовах воєнного стану.

6. Розробити санітарно-епідеміологічні вимоги до нормативної містобудівної бази України з проектування закладів охорони здоров'я з надання психологічної і психіатричної допомоги населенню з урахуванням вимог реформування медичної галузі та воєнного стану.

7. Розробити комплекс профілактичних заходів, спрямованих на оптимізацію умов та безпеку в закладах охорони здоров'я психіатричного профілю та визначення детермінант психічного здоров'я медперсоналу.

8. Розробити алгоритм мультидисциплінарного та міжсекторального запровадження міжнародних і європейських стандартів у сфері забезпечення створення оптимальних умов для надання психологічної та психіатричної допомоги в умовах воєнного стану та післявоєнного періоду в Україні.

Об'єкт дослідження: – формування нормативно-правової здоров'язберігаючої складової проектування сучасних закладів охорони здоров'я з надання психологічної та психіатричної допомоги; комплекс гігієнічних показників архітектурно-планувальних рішень для створення безпечних умов праці медперсоналу, перебування пацієнтів з урахуванням воєнного стану; вплив внутрішньолікарняного середовища психіатричних лікарень на умови перебування пацієнтів, самопочуття та працездатність медперсоналу.

Предмет дослідження: – нормативно-правове забезпечення проектування закладів охорони здоров'я психіатричного профілю; архітектурно-планувальні рішення закладів охорони здоров'я психіатричного профілю; санітарно-гігієнічні умови в психіатричних закладах.

Методи дослідження: бібліографічний – аналіз наукової літератури, нормативно-правового законодавства щодо проектування, будівництва, реконструкції та експлуатації психіатричних закладів охорони здоров'я); системний аналіз – застосовувався на всіх етапах роботи для формування та розв'язання проблеми; гігієнічний – для розробки методики гігієнічної оцінки

проектів будівництва, реконструкції, перепланування психіатричних закладів охорони здоров'я; *санітарно-епідеміологічний* – експертизи проектів будівництва, реконструкції, перепланування психіатричних закладів охорони здоров'я; методи санітарно-гігієнічного обстеження чинних психіатричних закладів охорони здоров'я, для вивчення чинників, які впливають на психофізіологічні функції медичних працівників закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ); *психологічний* – для вивчення психофізіологічних змін показників здоров'я; *соціологічний* – анкетне опитування пацієнтів, родичів/опікунів та медичних працівників закладів охорони здоров'я; метод експертних оцінок (пропозиції щодо покращення умов експлуатації психіатричних закладів охорони здоров'я); *математико-статистичний* (з використанням непараметричних методів оцінки за U-критерієм Манна-Уїтні). Статистичну обробку отриманого цифрового матеріалу здійснювали за допомогою програмного забезпечення ліцензованої програми TIBCO Statistica v.13.4 (серійний номер: JPZ808E093701ARACD-3), Excel.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає в тому, що це перше комплексне дослідження, на теренах України з наукового розгляду питань щодо гігієнічного забезпечення оптимальних умов та безпеки проектування нових або реконструкції існуючих закладів охорони здоров'я з надання психологічної та психіатричної допомоги населенню з урахуванням вимог реформування медичної і містобудівної галузей воєнного стану і післявоєнного часу.

У результаті проведення досліджень уперше:

- на основі аналізу відповідності національного санітарного та містобудівного законодавств у сфері проектування та будівництва психіатричних закладів охорони здоров'я сучасним європейським вимогам науково обґрунтовано та розроблено його здоров'язберігаючу складову до них з урахуванням воєнного стану;

- визначено вплив архітектурно-планувальних рішень, чинників

внутрішньолікарняного середовища вітчизняних психіатричних закладів на самопочуття пацієнтів та медичного персоналу, на формування відхилень у здоров'ї медпрацівників;

- визначено рівень санітарного та епідемічного добробуту психіатричних закладів охорони здоров'я;

- розроблено алгоритм мультидисциплінарного та міжсекторального запровадження міжнародних і європейських стандартів у сфері створення безпечних та оптимальних умов надання психологічної і психіатричної допомоги населенню, урахування їх у процесі реформування медичної, містобудівної галузей, а також відображення їх у проекті Закону України «Про психологічну, психіатричну допомогу населенню України»;

- обґрунтовано потребу в лікарях-психологах, психотерапевтах у зв'язку з наслідками російсько-української війни та розроблено норматив забезпеченості психологічною допомогою з розрахунку 1 посада психолога на першому рівні – амбулаторно-поліклінічний заклад (на 90 відвідувань пацієнтів за зміну), на другому та третьому рівнях надання психологічної допомоги – 1 посада на кожні 75 працівників у ЗОЗ ЗП і на кожних 50 працівників у ЗОЗ ПП, що залучені до надання допомоги пацієнтам на робочій зміні (приміщення психологічного розвантаження – 12 м² і кабінет психолога – 6 м²);

- обґрунтовано нові гігієнічні підходи до планування та забудови закладів охорони здоров'я з надання медичних психологічних послуг населенню з максимальним наближенням до місця проживання – на рівні первинної медичної допомоги – в центрах первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД);

- удосконалено нормативно-правову та інформаційно-методичну бази з питань гігієни проєктування, нового будівництва, реконструкції (капітального ремонту) психіатричних закладів охорони здоров'я щодо забезпечення умов для збереження психічного здоров'я населення; розроблена Концепція («Дорожня карта») формування нормативної бази проєктування та будівництва споруд і

комплексів закладів охорони здоров'я.

Теоретичне значення. На основі натурних досліджень виявлено залежності санітарно-гігієнічного стану закладів охорони здоров'я психіатричного профілю зі змінами психофізіологічного стану пацієнтів; виявлено особливості впливу санітарно-епідемічного стану зазначених закладів на умови праці медичних працівників. Удосконалено теорію профілактичної медицини щодо збереження психічного здоров'я медпрацівників, пацієнтів та населення в цілому шляхом оптимізації архітектурно-планувальних рішень, санітарно-гігієнічних умов закладів охорони здоров'я психіатричного профілю та організації психологічної і психіатричної допомоги.

Розроблено модель надання медичної допомоги особам з порушенням психічного здоров'я на різних рівнях системи охорони здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів. За результатами аналітичних, натурних досліджень та їх теоретичного узагальнення розроблено гігієнічні вимоги щодо архітектурно-планувальних рішень закладів охорони здоров'я психіатричного профілю; обґрунтовано пропозиції щодо удосконалення системи психологічної та психіатричної допомоги населенню України з урахуванням міжнародного досвіду, які викладено в нормативно-методичних документах, зокрема:

- проєкті державних санітарних правил і норм «Санітарно-протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають стаціонарну медичну допомогу населенню»;

- Державних будівельних норм України: ДБН В.2.2-10:2022 «Заклади охорони здоров'я. Основні положення» (угода з ПАТ «КИЇВЗНДІЕП» від 18.05.2017 р. № 21); проєкті ДБН «Заклади охорони здоров'я. Ч.1. Об'єкти закладів з надання первинної медичної допомоги»; проєкті ДБН «Заклади охорони здоров'я. Ч.2. Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»;

- Державних санітарних нормах і правилах «Санітарно-

протиепідемічні вимоги до новозбудованих, реставрованих і реконструйованих закладів охорони здоров'я», Наказ МОЗ України від 21.02.2023 р. № 354;

- проєкті Закону України «Про психологічну, психотерапевтичну допомогу населенню в Україні»;
- матеріалах до Концепції «Дорожня карта» формування нормативної бази проєктування та будівництва споруд і комплексів закладів охорони здоров'я.

За матеріалами роботи висвітлено питання створення трьох рівнів психіатричної допомоги населенню України за аналогією до вітчизняної трирівневої медичної допомоги: на рівні первинної ланки амбулаторії загальної практики – сімейної медицини; на вторинному – лікарні загального профілю з відділенням психіатричної допомоги, психіатричні диспансери чи реабілітаційні психіатричні денні відділення, університетські лікарні, заклади медико-соціальної допомоги тощо; на третинному – відділення високоспеціалізованих лікарень, інститутів психіатричного профілю, що внесено в нові Державні будівельні норми України: ДБН В.2.2-10:2022 «Заклади охорони здоров'я» (Основні положення); проєкт Державних будівельних норм України: «Заклади охорони здоров'я. Ч.1. Об'єкти закладів з надання первинної медичної допомоги»; проєкт Державних будівельних норм України «Заклади охорони здоров'я. Ч.2. Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф», проєкт Державних санітарних норм і правил «Санітарні протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають стаціонарну медичну допомогу населенню».

За участі автора підготовлено методичні рекомендації: «Особливості мотиваційної діяльності медичних працівників охорони здоров'я, шляхи оптимізації» (затвержені Вченою радою Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова (протокол № 4 від 30 грудня 2021 р.)), які впроваджено у навчальний процес кафедр загальної гігієни та екології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького (акт

впровадження від 14.06.2022 р.), Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (акт впровадження від 01.09.2022 р.), Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця (акт впровадження від 20.06.2022 р.), Буковинського державного медичного університету (акт впровадження від 11.07.2022 р.), кафедри медичної психології та психіатрії з курсом ПО Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова (акт впровадження від 02.09.2022 р.), у курс підвищення кваліфікації медичних працівників кафедри гігієни та профілактичної токсикології ФПДО Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького (акт впровадження від 09.06.2022 р.), у курс Вінницького обласного центру післядипломної освіти медичних працівників у Вінницькій області (акт впровадження від 05.07.2022 р.), що підтверджено відповідними актами впровадження.

Підготовлено та надруковано інформаційний лист «Санітарно-гігієнічні та протиепідемічні вимоги до розміщення закладів охорони здоров'я, вбудованих в житлові будинки» (№ 167 – 2020). Матеріали інформаційного листа впроваджено в навчальний процес кафедр загальної гігієни та екології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (акт впровадження від 02.06.2021 р.), медичної психології та психіатрії з курсом ПО Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (акт впровадження від 22.09.2020 р.), гігієни та екології № 1 Харківського національного медичного університету (акт впровадження від 03.06.2021 р.), гігієни та екології № 3 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (акт впровадження від 15.05.2021 р.), гігієни та екології Івано-Франківського національного медичного університету (акт впровадження 15.06.2021 р.), Департаментом охорони здоров'я Закарпатської ОДА (акт впровадження від 03.06.2021 р.), Департаментом охорони здоров'я Львівської ОДА (акт впровадження від 14.06.2021 р.), Департаментом охорони здоров'я Житомирської ОДА (акт впровадження від 15.06.2021 р.), Департаментом охорони здоров'я Чернігівської ОДА (акт впровадження від 15.06.2021 р.), Департаментом охорони здоров'я

Хмельницької ОДА (акт впровадження від 14.06.2021 р.).

Підготовлено та надруковано навчальний посібник «Нові гігієнічні підходи до сучасного містобудування в Україні» (2021), який впроваджено в навчальний процес медичних ЗВО.

Особистий внесок здобувача. Автором самостійно здійснено інформаційний пошук, аналіз даних вітчизняної та зарубіжної літератури за темою дисертації, визначено мету та завдання дослідження, розроблено його програму, опановано та адаптовано методики, необхідні для реалізації мети та завдань дисертаційної роботи, здійснено збір первинних матеріалів. Дисертантом самостійно проведено статистичну обробку й аналіз отриманих результатів та їх інтерпретацію. Матеріали дисертації відображено в опублікованих наукових працях за темою дисертації, в тому числі у вигляді графіків, таблиць, рисунків. У дисертаційній роботі автором самостійно сформульовано висновки та практичні рекомендації. Дисертантом окреслено проблематику та концепцію дослідження, обрано стратегічні напрямки виконаного дисертаційного дослідження.

У дисертаційній роботі не було використано результати та ідеї співавторів публікацій. Розроблені дисертантом наукові положення та одержані дані є самостійним внеском у розв'язання проблеми. Особистий внесок дисертанта становить 100% від загального обсягу роботи.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційної роботи доповідалися та обговорювалися на XV науково-практичній конференції «Актуальні питання медичної допомоги в умовах війни на сході України, цивільних умовах, психологічна реабілітація» (Вінниця, 2017); Науково-практичній конференції «Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України» (Київ, 2019, 2022); XVII науково-практичній конференції «Перший крок в науку» (Вінниця, 2020); Науково-практичній конференції «Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України» (Київ, 2020); Міжнародній науково-практичній конференції «Наукові досягнення медичної галузі та фармації країн ЄС» (Ченстохова, Республіка

Польща, 2021); Міжнародній науково-практичній конференції «Концепція сучасної фармації та медицини в Україні та країнах ЄС» (Влоцлавек, Республіка Польща, 2021); Третьому науковому симпозиумі з міжнародною участю «Громадське здоров'я в глобальному та регіональному просторі – виклики в умовах пандемії COVID-19 та перспективи розвитку» (Тернопіль, 2021); XI міжнародній науково-практичній конференції «International scientific innovations in human life» (Манчестер, Велика Британія, 2022); I міжнародній науково-практичній конференції «Scientific progress: innovations, achievements and prospects» (Мюнхен, Німеччина, 2022); International scientific conference «New trends and unsolved issues in medicine» (Рига, Латвія, 2022); Науково-практичній конференції з міжнародною участю до всесвітнього дня ВООЗ «Здоров'я для всіх» (Київ, 2023); II міжнародній науково-практичній конференції «Innovation and prospects in modern science» (Стокгольм, Швеція, 2023); Міжнародній науково-практичній конференції «Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку» (Гамбург, Німеччина, 2023); Міжнародній науково-практичній конференції «Безпека життєдіяльності, екологія і охорона здоров'я дітей і молоді XXI сторіччя: сучасний стан, проблеми та перспективи» (Переяслав, Київська обл., 2023).

Публікації. Всього за темою дисертації опубліковано 80 наукових праць, у тому числі 28 наукових праць у наукометричних та фахових виданнях, іноземних – 4, Scopus та Web of Science – 9, колективних монографій – 14, із них 11 в інших державах (США, Республіка Польща, Німеччина, Словаччина, Румунія, Грузія, Латвія), у наукометричних виданнях – 8, а також у 17 тезах доповідей матеріалів з'їздів і конференцій, написаних одноосібно та у співавторстві, видано 1 інформаційний лист, 1 методичні рекомендації, 3 навчальних посібники, 3 свідоцтва на раціоналізаторську пропозицію.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація викладена на 627 сторінках друкованого тексту (основний текст – 343 сторінки), складається зі вступу, аналітичного огляду наукової літератури, програми, методів та обсягу досліджень, 7 розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів,

висновків та практичних рекомендацій, списку використаних джерел (всього 601 найменування, із них кирилицею – 149, латиницею – 452) та 8 додатків. Робота ілюстрована 100 таблицями та 73 рисунками.

РОЗДІЛ 1

ГІГІЄНИЧНІ ПИТАННЯ РОЗМІЩЕННЯ ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПСИХІАТРИЧНОГО ПРОФІЛЮ ЯК БЕЗПЕКОВА ДЕТЕРМІНАНТА НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

1.1 Історичні аспекти створення спеціалізованих закладів охорони здоров'я психіатричного профілю в Україні

Ставлення до пацієнтів з психічними розладами психіки та поведінки завжди залежало від конкретного історичного періоду. 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 пацієнти з психічними розладами оголошувались «божевільними», або «особами на межі розуму і його відсутності», «юродивими», «інакодумцями», «буйними», «святими» тощо [11-13].

В Україні перші дослідження у психіатрії почалися в часи Київської Русі, за двома напрямками розвитку: «практична психіатрія» та «наукова психіатрія». У 996 році князь Київський Володимир вперше видає Статут (закон), який передбачав нагляд за пацієнтами з психічними розладами і відкриття притулків для них при Києво-Печерському монастирі, а також при церквах, де були окремі приміщення для лікування та перебування пацієнтів з психічними розладами. В XI столітті в Київській Русі будуються окремі будівлі для лікування/перебування пацієнтів з психічними розладами.

В Україні будівництво «братських шпиталів» для пацієнтів з психічними розладами, де вони перебували довший період порівняно з пацієнтами із загальними захворюваннями, почалося в XIV-XVI столітті. За часи Запорізької Січі (до 1883 року) та Українського Козацтва пацієнти на психічні розлади лікувались/перебували як в приміщеннях великих монастирів Максаківському, Міжгірському, Самаро-Миколаївському, Лебединському, так і у звичайних

сільських будинках, в яких були розташовані 600 шпиталів. У 1669 році був прийнятий закон «Про неосудність» щодо примусового лікування пацієнтів з психічними розладами, а з 1690 року започатковано проведення психіатричної експертизи щодо «неспокійних пацієнтів». У 1775 році після введення «Положення про створення губерній» почали будуватися психіатричні заклади на заміну приміщень при монастирях [14-20].

В європейських країнах у період VII-VIII століття будинки бідних божевільних також нагадували в'язницю для пацієнтів з психічними розладами психіки та поведінки, які не отримували належного лікування, а лише стримування/репресії стосовно них (побиття, зв'язування, опускання в холодні ванни). Пацієнтів утримували у невеликих брудних, вогких приміщеннях, де було недостатньо природного освітлення і чистого повітря [21].

Початок будівництва першого спеціалізованого медичного закладу на 24 ліжка для пацієнтів з розладами психіки та поведінки відбувся в 1781 році на базі Максаківського монастиря Новгород-Сіверської єпархії Чернігівської губернії. Згодом, із 1796 року у 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. У 1830 році з метою збільшення ліжкового фонду до 400 ліжок 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. Так, з 1955 року до теперішнього часу – це Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3. Початок наукової психіатрії в Україні відбувся у 1877 р., коли при Харківському університеті професором П.І. Ковалевським була створена перша самостійна кафедра психіатрії і неврології. Розпад Російської імперії надав на деякий час самостійний розвиток українській психіатричній медицині [22-27].

У 1833 році та згодом у 1886 році на Буковині в м. Чернівці будуються перші психіатричні лікарні місткістю на 50 ліжок [28, 29].

Перші відділення для пацієнтів з психічними розладами (чоловіків і жінок)

були побудовані у 1790 році на Галичині при крайовій лікарні у м. Львові. З 1876 року пацієнтів переводять у спеціально збудовану будівлю у передміському селі Кульпарків, як заклад «для божевільних», в якому їх доглядали і утримували. Під час Другої світової війни (1941-1944 рр.) лікарня зазнала руйнування і лише після закінчення війни лікарню відреставрували, оснастили необхідним обладнанням, інвентарем, і вона до теперішнього часу працює.

У 1803 році в Полтаві була заснована перша лікарня для пацієнтів з психічними розладами, де лише проводили нагляд за ними. У 1829 році за ініціативою лікаря О.Я. Матвєєва були скасовані знущання з пацієнтів з розладами психіки та поведінки у вигляді ланцюгів та шкіряних нарукавників і замість них почали застосовуватись сорочки для фіксації «збуджених, важкохворих». За ініціативою медичної комісії Полтавської губернської земської управи у 1882 році почалося будівництво трьох двоповерхових корпусів психіатричної лікарні на 50 ліжок, яка до цього часу функціонує та, продовжує приймати пацієнтів з психічними розладами. З 1888 р. були побудовані трудові майстерні під керівництвом психіатрів А.Ф. Мальцева в м. Полтава, Н.В. Країнського – в м. Харькові, А.А. Говсеєва – в м. Єкатеринославі. Вони були призначені для пацієнтів з психічними розладами для трудотерапії та покращення рівня їх соціальної реабілітації, при цьому «вгамувальні сорочки» були скасовувані. Для пацієнтів з психічними розладами, які мешкали в сільській місцевості та, які потребували догляду в домашніх умовах, впроваджують патронаж медичними працівниками.

На I з'їзді Українських психіатрів (1887р.) приймається рішення щодо необхідності впровадження серед широких верст населення України психогієни та надання роз'яснення населенню її основ.

У XIX столітті у м. Харкові у приватних психіатричних лікарнях були створені окрім гігієнічних, лікувальних умов, умови для «терапевтичного середовища». Наприклад, у приватній психіатричній лікарні на 35 ліжок доктора І.Я. Платонова (1885 р.) створено умови із науковим підходом до лікування та відповідним комфортом. Пацієнти, що хворіли на психічні захворювання

знаходилися в таких умовах, які відповідали вимогам сьогодення європейських країн. Одним із головних принципів лікування було використання «терапевтичного ландшафту», при якому кожна кімната пацієнта виходила в сад, де все було обладнано в естетичному та екологічному аспектах для пацієнта: квітники, фонтани тощо. В приміщеннях приватної психіатричної лікарні І.Я. Платонова були розташовані роялі, більярдні столи та інші предмети дозвілля. Унікальним було те, що в цій лікарні був облаштований «Цандерівський кабінет механотерапії», де пацієнти з психічними розладами мали можливість займатися спортом на велосипедних тренажерах, тренажерах для греблі тощо [30].

У приватних лікарнях ХІХ століття пацієнтам з розладами психіки та поведінки організували трудотерапію, яка, наприклад, у психіатричних лікарнях Республіки Польщі, використовується в умовах сьогодення – це майстерні для гончарства, малювання, перукарів, для жінок – майстерні крою і шиття, вишивки та інше. Арттерапію використовують у багатьох лікарнях європейських країн і сьогодні, прикладом є програма Art Therapy Programme у психіатричній клініці Psychiatric University.

У 1897 році була відкрита спеціалізована психіатрична лікарня ім. О.І. Ющенка у м. Вінниці для пацієнтів з розладами психіки та поведінки Південно-Західного регіону на 720 ліжок для надання спеціалізованої психіатричної допомоги, яка до цього часу працює. 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 [31].

Більшість дореволюційних будівель психіатричних закладів в Українській Народній Республіці розміщувались у непристосованих будівлях, які раніше використовувались 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 вимоги для

перебування/лікування пацієнтів з психічними розладами в таких непристосованих приміщеннях.

Значний розвиток першого етапу психіатрії почався після II з'їзду психіатрів у 1905 році, де було прийнято рішення збільшити кількість ліжок в Українській Народній Республіці шляхом будівництва нових лікарень для пацієнтів з психічними захворюваннями. Вперше у 1906 р. в м. Києві професором Сікорським Ш.А. відкрито заклад для дітей з психічними розладами. Вже до 1912 року в Українській Народній Республіці приймали пацієнтів з психічними захворюваннями 31 державна психіатрична лікарня із загальною кількістю ліжок на 8912. На той час також працювали 34 приватних психіатричних лікарень в м. Києві, м. Харкові, м. Одесі, м. Чернігові. Аналізуючи показники смертності пацієнтів з психічними розладами, які перебували у психіатричних лікарнях встановлено, що за період з 1880 до 1903 роки смертність зменшилася з 24% до 11,2% [32].

Другий великий етап збільшення будівництва психіатричних лікарень відбувся у період з 1920 до 1980 роки, при цьому забезпеченість населення психіатричними ліжками склала 13,5 на 10 тис. населення та досягла 70205 ліжок в УРСР. З 1920 р. в УРСР все більше уваги приділяється розвитку науково-дослідницькій і лікувально-профілактичній, судово-психіатричній роботам в галузі неврології і психіатрії. У 1922-1923 рр. відкрито Центральний науково-дослідницький інститут психоневрології, у 1926 р. – Український інститут клінічної психіатрії та соціальної психогігієни в м. Харкові, у 1932 р. на базі цих інститутів організована Всеукраїнська психоневрологічна академія на 1500 ліжок [33, 34].

Ігреська психіатрична лікарня на Дніпропетровщині з 1933 р. приймала 850 пацієнтів, а у 1941 р. кількість ліжок збільшилася до 1500. Лікарня здійснювала свою роботу на трьох рівнях: лікарня, патронаж і колонія. Головним напрямком психіатричної лікарні було повернення хворого до «свідомого трудового життя» шляхом трудотерапії, при цьому 57% пацієнтів працювали у кузні, швейній та лозово-плетінній майстернях, які були при психіатричній

лікарні, показник зайнятих пацієнтів перевищував середній показник у загальноукраїнських масштабах. Також пацієнти з психічними розладами брали участь у сільськогосподарських роботах на плантаціях при лікарні (загальною площею 330 га). Через відсутність документальних свідчень складно відобразити медикаментозне лікування пацієнтів.

З початком Другої світової війни, керівники Третього Рейху вважали, що пацієнти з психічними розладами – «неповноцінні, нездатні для життя в суспільстві, непрацездатні особи». Таких пацієнтів, на жаль, масово знищували [35-37].

В Україні будівництво психіатричних лікарень проводилось за принципом «коридорного» однотипного розташування приміщень і звичайно гігієнічні аспекти щодо психологічного комфорту для пацієнтів з розладами психіки та поведінки не враховувались: палати розраховані на велику кількість пацієнтів, умови для приватності відсутні (відсутні двері), ліжка розміщені у холах, тумбочок та шаф не достатньо для кожного пацієнта, умови для особистої гігієни не були створені (туалет у кінці коридору, душові кімнати працюють за графіком).

У багатьох обласних центрах України до 1945 року були побудовані обласні психіатричні лікарні: Чернігівська, Львівська, Херсонська та інші, які працюють і досі. Проте при будівництві не було передбачено гігієнічних вимог щодо комфортності пацієнта.

Третій етап розвитку психіатрії (1951-1991 рр.) полягав у розширенні діагностичних та експертних можливостей впровадження системи судово-психіатричних оцінювальних критеріїв пацієнтів з психічними захворюваннями. У практичну психіатрію запроваджуються примусові заходи лікування в психіатричних закладах загального і спеціального (суворого) режиму – типу тюрма [38, 39].

В Україні при всіх медичних інститутах працювали кафедри психіатрії та неврології. В радянські часи психлікарні будувались за принципом централізації, тобто за наказом «зверху». У часи СРСР часто зловживали психіатрією для

розправи з вільнодумством у країні. Були непоодинокі випадки, коли радянські колеги оголошували людей «пацієнтами з психічними розладами», через їхні політичні, соціальні чи релігійні погляди, та ув'язнювали, лікували у психіатричних установах як «неблагонадійних» для суспільства. Цей принцип ізоляції і віддалення будівель психіатричних лікарень від населених місць знайшов відображення у радянських нормативних документах, які були перезатвердженні у період незалежної України. Проведений аналіз показав збільшення кількості ліжко-місць у психоневрологічних лікарнях з 1962 до 1974 рр. в СРСР, а саме ліжковий фонд зріс з 222600 до 390000, тобто на 57,1%. Контроль над психіатричними лікарнями мали МВС СРСР та П'яте управління КДБ СРСР [40].

Грінченко Г. проводячи екскурс в історію (1960-1980 рр.) стверджує, що функцією психіатричних лікарень було здійснювати репресивні дії стосовно представників політичної опозиції, дисидентів, ідеологічно-несумісних зі світоглядом лідерів держав, шляхом їх примусового лікування. Люди оголошені як «пацієнти з психічними розладами» не мали визначеного терміну ув'язнення та «примусово» утримувались на лікуванні. Концепція радянської психіатрії була пов'язана з масовими репресіями проти людей. Світова спільнота не визнавала та критикувала радянську політику щодо лікування пацієнтів з психічними розладами [41-43].

З 1948 р. була заснована Всесвітня федерація психічного здоров'я (далі – ВФПЗ) та у 1950 р. Всесвітня психіатрична асоціація (далі – ВПА), які захищали і захищають до наших днів права пацієнтів з психічними розладами та розладами поведінки і 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, було виключила радянську асоціацію психіатрів із ВПА.

Четвертий етап розвитку триває з початку незалежності України (з 1991 р.) і до теперішнього часу. У психіатричних лікарнях використовуються досконаліші і надійніші діагностичні критерії психічних розладів, однак

пацієнти з психічними розладами знаходяться в будівлях, які були побудовані ще у XVII-XVIII сторіччі, і які не пристосовані для лікування у «терапевтичному/цілющому середовищі» як це відбувається в європейських країнах. Початок реформи щодо охорони психічного здоров'я як сільського, так і міського населення України, полягає у покращенні взаємозв'язку з лікарями-психіатрами, з сімейними лікарями центрів первинної медико-санітарної допомоги, що відповідає моделі міжнародних підходів щодо забезпечення доступності профілактичних заходів розвитку психічних захворювань [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 і тому звідси стає очевидною актуальність подальшого вивчення цієї важливої проблеми будівництва/реконструкції нових закладів охорони здоров'я психіатричного профілю (далі – ЗОЗ ПП).

1.2 Аналіз формування архітектурно-планувального, епідемічного благополучного та безпекового середовища у закладах охорони здоров'я психіатричного профілю країн Європейського Союзу

У країнах Європейського Союзу (далі – ЄС) в умовах сьогодення психіатрична допомога громадянам надається у психіатричних відділеннях лікарень загального профілю, денних стаціонарах психіатричних відділень лікарень загального типу, кризових відділеннях короткострокового перебування лікарень загального типу, сімейних кімнатах стаціонарних відділень Центрів психічного здоров'я. Також надається амбулаторна психіатрична допомога пацієнтам з психічними розладами в домашніх умовах шляхом здійснення медичного патронату територіальної громади [48-56].

За останні роки велику перевагу в країнах ЄС надають консультативно-психіатричній службі в лікарнях загального профілю. Консультаційна психіатрія

заслуговує подальшого впровадження та розширення своїх послуг у загальних лікарнях на різних рівнях надання медичної допомоги для покращення психічного здоров'я населення. Консультативно-психіатрична служба широко доступна всім верстам населення, водночас медичні послуги надаються комплексно з використанням мультидисциплінарного підходу, а саме у поєднанні фахівців психологічної служби (психолог), психіатричної (психіатр та медична сестра із психічного здоров'я) та соціальної (соціальний працівник) [57-60].

У країнах ЄС заклади охорони здоров'я психіатричного профілю мають сучасний, комфортний дизайн будівель ЗОЗ, медичних приміщень, палат ЗОЗ, який враховує вимоги конфіденційності/приватності пацієнтів, орієнтований на створення терапевтичного середовища, забезпечення ефективного лікування та умов для їх соціалізації, що сприяє їхньому поверненню до повноцінного життя, родини, суспільства, громади [61-65].

Архітектурно-планувальні рішення закладів охорони здоров'я психіатричного профілю (далі – ЗОЗ ПП) направлені на забезпечення раціонального функціонала, адаптації до сучасних методів догляду та лікування, реабілітації, інклюзивності, а також створення «терапевтичного/цілющого ландшафтного середовища», яке орієнтоване на психологічні аспекти перебування пацієнтів в умовах госпіталізації [66-79].

За результатами дослідження Faerden A. (2023), Grignoli N. (2021), Brambilla A. (2019), Ahern C. (2016), Alvaro C. (2016) архітектурно-планувальні рішення щодо будівництва ЗОЗ відіграють важливу роль у покращенні психічного здоров'я пацієнта в стаціонарних умовах [80-84].

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 середовища.

Метою будівництва нових ЗОЗ ПП є створення комфортного перебування пацієнтів в умовах стаціонару, так званого «цілющого архітектурного

середовища», а також безпечного приватного осередку до їх повного одужання і повернення до родини, громади.

Проектування нових ЗОЗ ПП, а також психіатричних відділень у лікарнях загального профілю, денних стаціонарів у психіатричних відділеннях лікарень загального типу, центрів психічного здоров'я, на думку Liu J. (2019), Jiang F. (2019), Ayalew F. (2019), Ai Y. (2022), Lavelle M. (2016), Hallett N. (2017), повинно забезпечити всі умови для ефективної роботи медичного персоналу, які б задовольняли їх професійні потреби і сприяли мотивації; створити відповідні умови для візуального нагляду за пацієнтами, під час загострення патології і для захисту від їх агресивних дій; зменшувати емоційне виснаження; нівелювати прояви стигматизації [85-90].

Важливу роль у профілактиці виникнення інфекційних хвороб, пов'язаних із наданням медичної допомоги (далі – ІПНМД), за твердженнями Hsu T. (2012), Jue K. (2019), Zhang Y.W. (2022) відіграють архітектурно-планувальні заходи щодо вибору земельної ділянки під будівництво, зонування території, внутрішнє планування та обладнання головних підрозділів ЗОЗ ПП. При виборі земельної ділянки під лікарню науковцями рекомендується урахувувати також екологічні, демографічні, соціально-економічні, медичні показники [8, 9, 91].

За рекомендаціями науковців, зокрема Hsu T. (2012), Jue K. (2019) пропонується будівництво лікарень у районах зелених масивів (з площею зелених насаджень не менше 60%), подалі від промислових зон, залізничного транспорту, автомагістралей, аеропортів, які є потужними додатковими джерелами шуму, вібрації, викидів шкідливих речовин тощо [8, 9].

Також у наукових працях Sten Gromark and Björn Andersson (2020) велике значення приділяється садово-парковій зоні, зеленим насадженням, які мають лікувально-оздоровчий ефект. За цією причиною спеціалізовані заклади, як, наприклад, психіатричні, пропонується будувати у приміській зоні у зелених масивах. Однак радіус обслуговування не повинен перевищувати 30 хвилин громадським транспортом [92-94].

Формування середовища ЗОЗ ПП здійснюється в передпроектному процесі

та залежить від особливостей захворювання пацієнтів. Водночас повинно враховуватися забезпечення комфортних умов не тільки для пацієнтів та їхніх родичів, а й для медичного персоналу. Залежно від типу ЗОЗ ПП у архітектурно-планувальних рішеннях необхідно враховувати специфіку розміщення палат для пацієнтів.

При попередньому проєктуванні (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. Саме при будівництві відділень невідкладної допомоги психіатричних закладів всі ці критерії враховуються у поєднанні з вимогами щодо дотримання особистих прав пацієнтів. Велика роль при будівництві багатoproфільних лікарень приділяється окремим входам у кожне відділення та терапевтичним зонам (психіатричні, акушерські, педіатричні, психосоматичні), про що свідчать роботи таких вчених Федосюк Р.М. (2017, 2018), Jiang S. (2017), Brambila A. (2019), Jiang S. (2020) [95-99].

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, а саме 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 і підвищує працездатність [63,100-102].

У праці Ulrich R.S. (2018) проведено моніторинг за період 2005-2007 рр. умов перебування і лікування пацієнтів у психіатричних лікарнях Швеції, які були побудовані в різні роки і відрізнялися підходами до проєктування, оздоблення, оснащення тощо. Результати зазначеного моніторингу дозволили 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, такі як кухні, кімнати для активної діяльності, окремий вихід до саду, де облаштовано місце для сидіння та забезпечують належні умови приватності пацієнтів і покращують їх стан [4].

Підтвердження досліджень щодо впливу архітектурно-планувальних рішень будівництва ЗОЗ на психофізіологічний стан пацієнтів та МП відображено у працях багатьох науковців Paroulis C. (2014), Haines A. (2017), Liu Z. (2021, 2022) [103-106].

У нових шведських спеціалізованих лікарнях для пацієнтів з розладами психіки та поведінки більшість кімнат розташовують навколо центральної робочої зони медичного персоналу, що дозволяє їм спостерігати за пацієнтами, мати постійний контакт з ними і більше часу проводити за межами медичних кабінетів [4].

Додатково створюється візуальний нагляд за дверима спалень, душових, санвузлів, кухні, садових альтанок. Сучасні проекти психіатричних лікарень відрізняються більшою площею палат на одного пацієнта (37,7 м² проти 36,9 м²), зони активного відпочинку (13,6 м² проти 12,1 м²), меншою площею коридорів у зоні перебування медичного персоналу (6,9 м² проти 10,1 м²), а також можливістю централізованого спостереження за приміщеннями для відпочинку й кімнатами для активної діяльності (кухня, альтанка тощо), доступ до яких у старих лікарнях здійснювався з коридору. Таке планування центральної робочої зони медперсоналу в будівлі ЗОЗ ПП використовується і в інших країнах Північної Європи [4].

В роботах Fanneran T. (2015), Han K. T. (2015), Jones A. (2017), Sousa C. (2018), Park S. (2020), висвітлюється питання великого трудового навантаження на МП у психіатричних закладах, що призводить до плинності кадрів висококваліфікованого медичного персоналу. З цієї причини реєструється дефіцит саме медсестринського персоналу в усьому світі [107-111].

Наукові дані Yousefzadeh A. (2022), Hiwar W. (2021), Gizaw Z. (2016) та інших науковців, присвячені питанням облаштування внутрішньолікарняного

середовища, а саме: контролю вентиляції та параметрів внутрішнього середовища, мікроклімату та 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 [112-117].

До неспецифічної профілактики ПНМД за рекомендаціями Zimring C., (2013), Stichler J.F. (2014), Cho M. (2023) відносяться 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 ПНМД [118-120].

Вченими Farrow T.S. (2009), Emmanue I.U. (2020), Machry H. (2022) визнаний вплив архітектурно-планувальних рішень ЗОЗ ПП на здоров'я пацієнтів. Процес проектування ЗОЗ має бути невід'ємною частиною механізму запобігання ПНМД і контролю. З кожним роком вимоги до проектування нових або реконструкції існуючих ЗОЗ ПП удосконалюються. Вивчаються питання пов'язані, в тому числі з пандемією COVID-19, а саме: переповнення палат хворими, недостатність палат-ізоляторів, універсальних санітарно-гігієнічних кімнат, кімнат для проведення деконтамінації засобів індивідуального захисту (далі – ЗІЗ), відсутність обладнання кожного ліжка апаратами штучного дихання [121-123].

Houghton C. (2020) в своїй роботі 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. У своїх анкетах МП відмітив фактори, які сприяли покращенню їх роботи: 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 [124].

Peters A. (2022) у своїй роботі показав, 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. Як зазначив автор для покращення екологічної гігієни внутрішнього середовища у ЗОЗ та зниження показників ПНМД слід враховувати механічні, хімічні, фізичні, психофізіологічні аспекти середовища [125].

Проведені власні дослідження Sheehan В.Е. (2013), Coburn A. (2019), Weber С. (2021), Cusack L. (2023) дозволили констатувати, що для поглибленої реорганізації психіатричних відділень, використовуючи мультидисциплінарний підхід до проектування європейських ЗОЗ ПП, необхідно залучати у робочу групу з реконструкції ЗОЗ ПП окрім архітектора, й керівника медичного закладу, МП, зокрема, медичних сестер. Істотно, що набір приміщень в нових ЗОЗ ПП країн ЄС орієнтований на пацієнтів, на забезпечення їх максимально комфортного перебування у цих закладах. Водночас чіткими є вимоги щодо проектування не лише психіатричних лікарень, але й психіатричних відділень інтенсивної терапії, психіатричних відділень для ветеранів війни тощо [126-129].

За дослідженнями Hobday R.A. (2013), Hunt J. (2015), Canazei M. (2017), D'Agostino A. (2020) головною умовою профілактики виникнення ПНМД 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 в повітрі палат та медичних приміщень шляхом дотримання нормативів природного освітлення, інсоляції, провітрювання [5-7, 130, 131].

У наукових дослідженнях Sahiem G. (2014), Valerio R. M (2016), Hurd D. (2019), Ioannou M. (2021) та інших науковців доведено покращання стану пацієнтів з психічними захворюваннями, швидкий і тривалий антидепресивний ефект у пацієнтів ЗОЗ ПП за умови достатнього природного і штучного освітлення та інсоляції не менше 3 годин в палатах і використання терапії яскравим світлом при психічних захворювань [7, 132-136].

У працях Sahlem G.L. (2014), Chang C-H. (2018), Vanuk J. R. (2022) за результатами опитування пацієнтів і медичних працівників ЗОЗ Італії, Нідерландів виявлено 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 і 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 [7, 137, 138].

Критерії забезпечення сонячним світлом/тривалості інсоляції приміщень за національними стандартами в різних країнах: Чеській Республіці, Естонії, Німеччині, Італії, Нідерландах, Польщі, Словаччині коливається від 1,5 години до 4 годин, що має виражений лікувальний ефект за твердженнями Verso V. (2016), Darula S.(2015) [139, 140].

За даними авторів Basner M. (2014), Applebaum D. (2016), Jue K. (2019), Walker L. (2019) та ін., високі рівні звуку в лікарнях створюють негативний вплив на пацієнтів. Неконтрольований, непередбачений шум у лікарнях збільшує стрес як у пацієнтів, так і в МП, викликає або загострює агресивну поведінку у пацієнтів і, таким чином, сприяє загостренню перебігу захворювання, погіршує результати лікування. Вплив звуку різних рівнів викликає роздратування, порушує сон, негативно впливає на стан пацієнтів та МП, і може бути ризиком виникнення супутніх захворювань у пацієнтів з психічними розладами, як гіпертонія, серцево-судинні захворювання, погіршення когнітивної діяльності.

Тому застосування звукопоглинальних технологій при проектуванні і будівництві ЗОЗ ПП покращує їх захист від шуму і слугує забезпеченню нормативного акустичного режиму в палатах та медичних приміщеннях [9, 141-150].

Результати досліджень Shajahan A. (2019), Lenzer B. (2020), Brigand G. (2022) свідчать про негативний вплив на здоров'я пацієнтів в стаціонарних умовах ЗОЗ ПП з неефективними системами вентиляції, кондиціонування повітря, опалення. Авторами спостерігалось покращення стану пацієнтів при дотриманні вимог щодо ефективної роботи цих систем, їх адаптації та покращення життєвих функцій [151-153].

За даними Thornton G.M. (2020), Giampieri A., (2022), Luongo J.C. (2016) під час пандемії COVID-19 не дотримання вимог параметрів вологості, температури повітря через неефективну роботу вентиляції створювало умови для передачі вірусів та виникнення інфекцій [154-159].

За даними LeBel J.L. (2014), Staggs V.S. (2015), Smith G.M. (2015) Flannery R.V. (2018), Tsunematsu K. (2021), Ventura C.A. (2021) та інших науковців встановлено, що обмеження та ізоляція негативно впливає на пацієнтів з психічними розладами. На державному рівні у США прийнята модель щодо основних стратегій по запобіганню насильства, використання ізоляції, обмеження прав пацієнтів з психічними розладами. Цю модель запозичили інші країни: Фінляндія, Австралія, Велика Британія для створення позитивного лікувального ефекту у пацієнтів, зменшення тривалості їх перебування в умовах стаціонару і запобігання негативних наслідків, як стрес, агресія, суїцидальні думки. [160-166].

У наукових працях Lavy S. (2012), Lauren J. (2014), Kalantari S. (2017) йдеться про важливість елементів інтер'єру для ЗОЗ ПП, таких як кольорове рішення внутрішнього середовища психіатричних лікарень. У США, ще в 1997 р. був затверджений список елементів інтер'єру, які складають позитивний терапевтичний ефект та підвищують якість життя пацієнтів з психічними захворюваннями в ході лікування. Застосування дизайнерських сучасних

поєднань у проєктуванні ЗОЗ ПП, а саме світла і кольору, фактурних і природних матеріалів, сприяють покращенню психофізіологічного стану пацієнта незалежно від терміну перебування, діагнозу, гостроти захворювань, віку та супутніх медичних станів [167-170].

Досить часто практикується 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 добробуту пацієнтів з психічними розладами [171-181].

На думку Papoulas C. (2014), Maben J. (2015), Rehn J. (2020), Chrysikou E. (2020) проєктування та облаштування приміщень ЗОЗ ПП повинно бути одне 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, запобіганню виникнення ПНМД.

Науковці європейських країн стверджують, що умови в одномісних палатах ЗОЗ ПП повинні нагадувати «типову житлову» атмосферу, в якій пацієнти можуть відчувати себе розслаблено і 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 [103, 182-185].

За даними Kamal S., архітектори європейських країн при проєктуванні психіатричних лікарень звертають увагу на наступні 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 із 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.

Невірне функціонально-просторове архітектурне планування та використання невідповідних елементів дизайну інтер'єру, меблів сприяє більшій частоті суїцидальних спроб [186-191].

Під час проєктування ЗОЗ ПП архітектори приділяють увагу безпеці пацієнтів.

Відповідно до даних James M., Hunt, J. (2015), Carr R.F. (2017) нині у США при проєктуванні закладів для пацієнтів з психічними розладами виділяють п'ять рівнів дизайну з огляду безпеки 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. В таких зонах МП може не завжди бути присутнім;

III рівень – періодичне спостереження. До цих зон відносяться: телевізійні та оглядові кімнати, зали та денні кімнати, де пацієнти з 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 і туалети для пацієнтів;

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

сильно збудженому стані. У цих приміщеннях повинно бути мінімум меблів, і все повинно бути надійно закріплено на місці. Комп'ютери, телефони, шнури та кабелі слід тримати якомога далі від пацієнтів. Під час проєктування сигналізація в таких приміщеннях передбачається обов'язково [2, 146, 192-197].

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

1.3 Питання архітектурно-планувального, санітарно-гігієнічного та безпекового середовища вітчизняних закладів охорони здоров'я психіатричного профілю

В Україні вченими Сміяновим В.А. (2013), Дубінським С.В. (2016), Дерлюком М.Д. (2016), Князевичем В.М. (2018), Погоріляком Р.Ю. (2018), Данько В.В. (2019), Іртищевою І.О. (2020) розглядаються питання забезпечення доступності та якості медичної допомоги, як базової основи формування міцного здоров'я і добробуту населення, розробляються заходи щодо удосконалення системи управління ЗОЗ на інноваційних засадах, в тому числі ЗОЗ приватної форми власності [198-205].

За результатами досліджень Чугунова В.В. (2015), Тімашова В.М. (2017) та Орапа М. (2019) психічне здоров'я розглядається 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, як підґрунтя соціальної адаптації пацієнтів з психічними розладами, та його удосконаленню [47, 206-208].

Питанням щодо архітектурно-планувальних рішень будівництва нових ЗОЗ ПП, дизайну інтер'єрів, формування зовнішнього та внутрішнього

середовищ вітчизняними фахівцями/науковцями приділяється недостатньо уваги, хоча новітні підходи до будівництва, внутрішнього оздоблення, дизайну інтер'єрних просторів психіатричних лікарень відіграють важливу роль як на самопочутті, лікуванні пацієнтів, так і на психофізіологічному стані медичних працівників лікарняного закладу.

Більшість психіатричних лікарень будувалася в радянські часи, ергометричні, естетично-композиційні, візуальні та інші питання для комфортності пацієнта та медичних працівників ЗОЗ не врахувалися.

В своїх працях Целуйкін О.В. (2015) і Булах І.В. (2016-2020) звертали увагу, що основним акцентом при будівництві ЗОЗ ЗП є розміщення лікарень у природно-ландшафтній місцевості, використання індивідуальних проєктних рішень для кожного окремого лікувального закладу та відмова від традиційного типово-індустріального проєктування та будівництва ЗОЗ [209-213].

Авторами Байда Л., Іванова О. (2019) запропоновано 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 і соціально незалежними від сторонньої допомоги. Застосування принципів універсального дизайну в медичних закладах авторами запропоновано дотримуватись таких принципів: рівноправне використання, гнучкість у використанні, просте та інтуїтивне використання, сприйняття інформації, незалежно від фізичного зусилля та сенсорних можливостей користувачів відчувати розмір та простір. Авторами в архітектурно-планувальних рішеннях, дизайні інтер'єрів враховані індивідуальні можливості пацієнтів (освітлення, підбір столів, стільців по висоті, кольорове кодування на стінах, підлозі) [214].

У дослідженнях Поцелуєва Н.В. (2016) порушено питання щодо проєктування та будівництва сучасних багатофункціональних наркологічних закладів (диспансерів, лікарень, реабілітаційних/трудотерапевтичних центрів) в Україні, які повинні мати функціонально-організаційний зв'язок між собою. На

його думку, при проектуванні таких закладів необхідно такі центри розміщувати у великих містах, як наприклад у м. Києві – міська наркологічна клінічна лікарня «Соціотерапія». Разом з тим, автором відмічено, що цей комплекс знаходиться в пристосованій будівлі, а не в новій побудованій багатофункціональній будівлі. Автором зазначено відсутність 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, наступні: соціально-економічні, природно-кліматичні, містобудівні, інженерно-технічні, функціонально-планувальні, архітектурно-естетичні, конструктивні [215-217].

За даними дослідження Шкляра С. (2023), Луценка А.О. (2022), Костюченко О.А. (2018), Гнатюка Л.Р. (2018), Обиночної З.В. (2018), Булаха І.В. (2017) та інших науковців щодо дизайнерських та архітектурно-планувальних рішень реабілітаційних центрів ЗОЗ, центрів соціально-психологічної реабілітації як для дітей, так і для дорослих, на прикладі закордонного досвіду необхідно приділяти увагу внутрішньому комфорту як для пацієнтів, які проходять реабілітацію, так і для МП. Архітектурно-планувальні рішення повинні включати економічні, соціальні, екологічні (пацієнт і природний ландшафт), санітарно-гігієнічні, інженерно-технічні аспекти під час планування та будівництва ЗОЗ [218-230].

Питання щодо впливу дизайну інтер'єрів ЗОЗ стосовно пацієнта досліджувалось Велігоцькою Ю.С. (2020), Булгаковою Т. (2021), Радченко В. (2023). В їх працях акцентується увага на дотриманні необхідних аспектів для комфортності пацієнтів: естетичного, екологічного, функціонального (технічний та лаконічний дизайн для легкого пересування пацієнтів, МП), психологічного. Також науковцями наголошено, 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 пропонується 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 ІПНМД [231-233].

Вченими Отрощенко Д.В. (2014), Чернявським К.В. (2013) вивчалось питання щодо зовнішніх (природно-кліматичні, містобудівні, соціально-демографічні, економічні та екологічні) та внутрішніх (санітарно-гігієнічні, психофізіологічні, естетичні, медико-технологічні, інженерно-технічні) факторів, що впливають на формування архітектури дитячих лікувальних закладів онкологічної спеціалізації на особливості психофізіології дітей через світло-кольоровий дизайн інтер'єрів в них [234-236].

Лише окремими вченими приділяється увага проектуванню, будівництву ЗОЗ психіатричного профілю, зокрема авторами Ковальова Ю.М. (2013), Андрущенко Л.М. (2013) запропоновано використовувати поєднання світла і кольору, фактурних і природних матеріалів, які мають властивість покращення психофізіологічного стану пацієнтів з психічними розладами та МП ЗОЗ [237-239].

Українськими вченими Акіменко В. Я. (2017, 2018, 2019), Сердюком А. М. (2018), Бердник О. В. (2016) приділено увагу якості внутрішньолікарняного середовища приміщень ЗОЗ ЗП за фізичними факторами, зокрема освітленістю палат. Науковцями встановлено вірогідний взаємозв'язок між психофізіологічним станом людини та дією природного і штучного світла, інсоляції. Чим менше природного світла в приміщеннях палат ЗОЗ, тим більше пацієнт відчуває занепокоєння, втому, депресивні та тривожні ознаки, панічні атаки [240-245].

Українськими вченими Махнюк В. М. (2018, 2020), Чайкою А. В. (2021) у

своїх дослідженнях вивчалися 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 розміщення автостоянки для медпрацівників та пацієнтів [246-249].

У працях Кундієва Ю. І. (2011), Сагош О. Д. (2015), Яворовського О. П. (2017, 2020, 2021), Салманова А. (2017), Буряка О. (2021) висвітлено дію багатьох професійно-шкідливих чинників на МП під час надання ними медичної допомоги пацієнтам. Авторами вивчалися 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, дезінфікуючі та антисептичні засоби при обробці рук та приміщень); біологічні (резистентність вірусів); важкість праці (робота у вимушеному положенні, стереотипні робочі рухи, надлишкове напруження аналізаторних систем) [250-258].

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 боязкість втратити роботу [259-264].

Професійна захворюваність працівників в галузі охорони здоров'я досліджувалась Тимошиною Д. П. (2015), Нагорною А. М. (2016), Баркевич В.

А. (2017) та іншими науковцями, як в основній із виробничих сфер, в якій фіксуються найбільш численні випадки по виробничому травматизму та травми зі смертельними наслідками. Аналіз професійної захворюваності по Україні за 15 років (з 2001 по 2015 рр.) провела Нагорна А. М. За її даними за цей період сталося 1092 випадки (1,2%) серед МП, що є найвищим показником серед інших галузей [265-267].

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% [268].

За даними Сидоренка А. С. (2021), Березовського А. П., (2021) Буряка О. (2021), Хиць А. Р. (2021) під час пандемії COVID-19 до основних травмонезбезпечних галузей економіки в Україні та видів робіт в Україні відносилася 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 інше) [258, 269-271].

Як відмічає Сидоренка А. С. (2021) МП ЗОЗ під час пандемії COVID-19 виконував ключову роль в лікуванні, профілактиці, вакцинації пацієнтів, при цьому постійно стикався з ризиком інфікування [269].

За даними Яворовського О. П. (2020), Федорчук-Мороза В. І. (2020), Буряка О. (2021), 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% [255, 258, 272, 273].

За результатами досліджень Яворовського О. П. (2020), Андрейчука М. А. (2021) комбінований вплив на умови праці МП завдавався не лише збудником

вірусу SARS-CoV-2, а й фізичними, хімічними, психофізіологічними чинниками, недостатнім забезпеченням ЗІЗ, встановлено, що інфікування серед медичних працівників збільшувалось у 3,8 раза, а ризик смертельних випадків – у 1,5 раза [255, 274-277].

Для безпечного та комфортного перебування як МП, так і пацієнтів на SARS-CoV-2, ВООЗ 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 [278].

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 та інші.

Розглянуті у 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 на самопочутті, лікуванні пацієнтів, так і на психофізіологічному стані медичних працівників ЗОЗ ПП жодним із українських науковців не піднімаються і залишаються на сьогодні надзвичайно актуальними.

Висновки до розділу 1

Таким чином, узагальнення вітчизняних та закордонних літературних даних виявило, що розміщення/будівництво «братських шпиталів» для пацієнтів з 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 і 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, що є і сьогодні прикладом для будівництва психлікарень у європейських країнах.

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 ПІНМД.

Заслуговує 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 і компетентних кадрів з впровадженням системи акредитації та сертифікації фахівців в 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, та 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

ПРОГРАМА, ПРЕДМЕТ, ОСНОВНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Обґрунтування вибору об'єктів і напрямку досліджень

Предмет дослідження: нормативно-правове забезпечення проектування закладів охорони здоров'я психіатричного профілю; архітектурно-планувальні рішення закладів охорони здоров'я психіатричного профілю; санітарно-гігієнічні умови в психіатричних закладах.

Мета роботи: – обґрунтування вдосконалення гігієнічного оцінювання забезпечення ефективності надання психологічної і психіатричної допомоги населенню у закладах охорони здоров'я в умовах реформування медичної, містобудівної галузей та воєнного стану і післявоєнного періоду.

Для досягнення поставленої мети було визначено такі **завдання:**

1. Проаналізувати та встановити відповідність національного медичного та містобудівного законодавств у сфері охорони психічного здоров'я сучасним міжнародним вимогам.

2. Визначити санітарно-гігієнічні проблеми існуючого фонду психіатричних закладів охорони здоров'я і дати оцінку стану забезпеченості населення України психологічною і психіатричною допомогою в умовах воєнного стану та післявоєнного періоду.

3. Провести гігієнічну оцінку проектних архітектурно-планувальних рішень існуючих психіатричних закладів охорони здоров'я за поглибленою програмою оцінки санітарно-гігієнічного стану та умов їх функціонування з урахуванням вимог реформування медичної галузі.

4. Визначити та вивчити вплив чинників внутрішньолікарняного середовища психіатричних закладів на самопочуття пацієнтів.

5. Дослідити динаміку змін психофізіологічного стану медичного персоналу (з урахуванням статі) закладів охорони здоров'я загального та психіатричного профілю залежно від внутрішньолікарняних умов, тривалості їх медичної трудової діяльності в мирний час та в умовах воєнного стану.

6. Розробити санітарно-епідеміологічні вимоги до нормативної містобудівної бази України з проєктування закладів охорони здоров'я з надання психологічної і психіатричної допомоги населенню з урахуванням вимог реформування медичної галузі та воєнного стану.

7. Розробити комплекс профілактичних заходів, спрямованих на оптимізацію умов та безпеку в закладах охорони здоров'я психіатричного профілю та визначення детермінант психічного здоров'я медперсоналу.

8. Розробити алгоритм мультидисциплінарного та міжсекторального запровадження міжнародних і європейських стандартів у сфері забезпечення створення оптимальних умов для надання психологічної та психіатричної допомоги в умовах воєнного стану та післявоєнного періоду в Україні.

Матеріали і методи дослідження. Базовий аспект дослідження. Санітарно-гігієнічну оцінку готовності закладів охорони здоров'я до надання психологічної і психіатричної допомоги населенню проводили одночасно у 12 (21% від загальної кількості – 56 ЗОЗ в Україні) закладах охорони здоров'я психіатричного напрямку за розробленою авторською поглибленою програмою оцінки санітарно-гігієнічного стану (за 125 показниками).

Базовий аспект дослідження проведено в натурних умовах на базі Комунального некомерційного підприємства (далі КНП) «Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенка Вінницької Обласної Ради (далі – ВОР)», була проведена експертна оцінка впливу особливостей архітектурно-планувальних рішень ЗОЗ на здоров'я пацієнтів та медпрацівників у мирний час та час воєнного стану, охоплено соціологічними дослідженнями 1877 осіб, у тому числі 664 медичних працівники за 6 адаптованими методиками-опитувальниками, 120 пацієнтів їхніх родичів і 1062 здобувачі закладів вищої освіти України медичного профілю – за власними опитувальниками (Свідоцтво на раціоналізаторську пропозицію № 1, 2, 3 від 16.01.2020 р. Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова).

Дослідження проведено за спеціально розробленою програмою, яка відповідала поставленій меті та завданням.

Для вирішення завдань дослідження використані такі методи: бібліографічний, системний аналіз, гігієнічний, санітарно-епідеміо-логічний, психологічний, соціологічний, математико-статистичний. Санітарно-епідеміологічний (оцінка санітарно-гігієнічних умов внутрішньолікарняного середовища за фізичними факторами (звітна форма – форма 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.; форма 7.8/1-21 ДУ «Вінницький обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» за період 2020-2021 рр.) лікувально-профілактичних закладів (далі – ЛПЗ) охорони здоров'я [279], санітарно-епідеміологічна експертиза, соціологічні, психологічні, медико-статистичні (результати дослідження оброблено з використанням статистичного пакету ліцензованої програми TIBCO Statistica v.13.4 (серійний номер: JPZ808E093701ARACD-3), Excel.

Використані для перевірки обґрунтованих результатів дослідження методики були попередньо апробовані. Для оцінки статистичної різниці в показниках обраного тесту для множинних груп було застосовано непараметричну оцінку за Крускалом-Уоллісом. Для порівняння показників основної та контрольної груп дослідження було використано U-критерій Манна-Уїтні.

Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань, дослідження проводили за такими етапами:

На першому етапі дослідження було проведено аналіз вітчизняних та міжнародних наукових досліджень щодо гігієнічних аспектів становлення психіатричної служби в Україні, реалізації права людини на психіатричну та психологічну допомогу в міжнародних нормативних документах, визначення відповідності національного медичного та містобудівного законодавств у сфері охорони психічного здоров'я сучасним міжнародним вимогам, деінституціоналізації системи охорони психічного здоров'я населення різних країн світу, характеристики стану надання психіатричної та психологічної

допомоги населенню України порівняно з різними країнами світу. Відбір наукової інформації за напрямами дослідження відбувався з використанням первинних джерел літератури, електронних фахових журналів та інтернет-ресурсів: PubMed, UpToDate, Amboss, «GoogleScholar» та «Google» (всього 601 джерело, з них – 452 латиницею). Проведений аналіз дозволив зробити висновок про визначену актуальність, наукову новизну, практичну значущість і раціональність виконання дисертаційної роботи. Також визначити невирішені аспекти та основні шляхи їх вирішення, обґрунтувати пріоритетні напрями дослідження.

На другому етапі було вибрано напрямок, сформовано мету та завдання, програму, обґрунтовано обсяг і методи дослідження.

На третьому етапі було проаналізовано та узагальнено результати соціологічних досліджень (анкетування) родичів пацієнтів та пацієнтів з психічними розладами, щодо оцінки санітарно-гігієнічних умов перебування пацієнтів з психічними розладами в КНП «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенко ВОР» за допомогою спеціально розроблених анкет: «Спосіб визначення оцінки якості надання медичної допомоги пацієнту психіатричної лікарні та взаємовідношення «лікар-пацієнт»» від 16.01.2020 р. № 1, «Спосіб визначення оцінки якості надання медичної допомоги родичами хворого психіатричної лікарні та взаємовідношення «лікар-родич»» від 16.01.2020 р. № 2, «Спосіб визначення особистої думки родичів пацієнта про оплату медичної допомоги в психіатричному стаціонарі» від 16.01.2020 р. № 3, які визнано раціоналізаторськими та зареєстровано в журналі реєстрації раціоналізаторських пропозицій Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (Додаток В 7а-г).

Результати зазначеного анкетування можуть слугувати одним з критеріїв комплексної оцінки діяльності закладів охорони психічного здоров'я. Оскільки думки пацієнтів щодо задоволеності санітарно-гігієнічними умовами, якістю медичних послуг, що надаються в умовах ЗОЗ ПП, досить точно відображають позитивні або негативні тенденції в лікарні, під час реабілітації, це дозволило

виявити чинники, які знижують задоволеність пацієнтів і стало підставою для ухвалення відповідних рішень керівництвом ЗОЗ ПП.

В анкетуванні з елементами інтерв'ю брали участь 28 пацієнтів, які проходили лікування в КНП «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенко ВОР», з них чоловіків – 39,3% та жінок – 60,7%, з них віком від 21 до 30 років – 17,9% (n=5), від 31 до 40 років – 35,7% (n=10), від 41 до 50 років – 21,4% (n=6) і старше 50 років – 25,0% (n=7). У дослідженні взяли участь пацієнти з базовою середньою освітою – 10,7%, профільною середньою освітою – 39,3%, професійно-технічною освітою – 14,3%, вищою освітою (бакалавр) – 14,3%, вищою освітою (магістр) – 21,4%. Із загальної кількості досліджуваних 67,8% – не працюють, 14,3% – працюють, 14,3% – пенсіонери та 3,6% опитуваних – навчаються.

Проведено опитування за допомогою спеціально розробленої авторської анкети: «Спосіб визначення оцінки якості надання медичної допомоги пацієнту психіатричної лікарні та взаємовідношення «лікар-пацієнт»» (Свідоцтво на раціоналізаторську пропозицію №1 від 16.01.2020р.) у січні 2020 року до початку карантину на COVID-19 і до початку другого етапу медичної реформи в галузі психіатрії.

В анкетуванні з елементами інтерв'ю щодо визначення оцінки якості надання медичної допомоги родичами хворого психіатричної лікарні брали участь 92 особи – родичі пацієнтів з розладами психіки і поведінки, які проходили лікування на базі КНП «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенко ВОР», із них чоловіків – 29,3% та жінок – 70,7%, з них віком до 20 років – 3,3%, від 21 до 30 років – 9,8%, від 31 до 40 років – 17,4%, від 41 до 50 років – 33,7% і старше 50 років – 35,9%. В анкетуванні з елементами інтерв'ю взяли участь респонденти з базовою середньою освітою – 10,9%, профільною середньою освітою – 23,9%, професійно-технічною освітою – 30,4%, вищою освітою – 34,8%. Із загальної кількості опитаних родичів пацієнтів у 52,2% випадків працюють, у 29,3% – пенсіонери, у 10,9% – не працюють, у 7,6% – навчаються.

Опитування родичів пацієнтів проведено за допомогою спеціально розробленої анкети: «Спосіб визначення оцінки якості надання медичної допомоги родичами пацієнтів психіатричної лікарні та взаємовідношення «лікар-родич»» та «Спосіб визначення особистої думки родичів пацієнта про оплату медичної допомоги в психіатричному стаціонарі» визнано раціоналізаторською за № 2 та № 3 від 16.01.2020р. та зареєстровано в журналі реєстрації раціоналізаторських пропозицій ВНМУ ім. М. І. Пирогова.

Проаналізовано та узагальнено результати анкетувань «Стигматизм щодо осіб, які страждають на психічні захворювання» серед 1062 здобувачі 4–5 курсів медичних закладів вищої освіти (далі – ЗВО) України (Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова – ВНМУ, Буковинський державний медичний університет – БДМУ, Одеський національний медичний університет – ОНМедУ, Українська медична стоматологічна академія – УМСА м. Полтава та Івано-Франківський національний медичний університет – ІФНМУ. Вік здобувачів становив від 20 до 22 років (913 осіб; 85,9%); від 23 до 24 років (119; 11,3%) і від 25 до 26 років (30; 2,8%). Із загальної кількості опитаних жінки склали 78,2%, чоловіки – 21,8%. Анкетування проводили за спеціально розробленою нами анкетною щодо явищ стигматизації серед здобувачів медичних закладів вищої освіти України до осіб, які страждають на психічні захворювання. Анкетування проводили анонімно, на засадах добровільності за допомогою додатку Telegram, програмного забезпечення Microsoft Excel 2010.

На четвертому етапі було проведено аналіз проєктних архітектурно-планувальних рішень наявних ЗОЗ ПП за поглибленою програмою оцінки санітарно-гігієнічного стану та умов їх функціонування з урахуванням вимог реформування медичної галузі. Вивчення вітчизняного та світового досвіду стосовно питань архітектурно-планувальних показників проводилось на підставі аналізу та порівняння нормативної документації вітчизняного та міжнародного містобудівного законодавства. Проаналізовано та узагальнено результати розробленої програми «Анкета наукової санітарно-епідеміологічної оцінки умов розміщення психіатричної лікарні», яку було надіслано віцепрезиденту Асоціації

психіатрів України (далі – АПУ) Пінчук І. Я. за допомогою Всеукраїнської психіатричної асоціації (лист від 07.10.2020 р.) для заповнення головними лікарями психіатричних лікарень України (Додаток Г).

Санітарно-епідеміологічна програма «Анкета наукової санітарно-епідеміологічної оцінки умов розміщення психіатричної лікарні» здійснювалась за 125 гігієнічними показниками з визначенням їх відповідності нормативним вимогам, яку заповнили 12 головних лікарів ЗОЗ ПП, з них 9 міських та 3 сільських населених пунктів (Додаток Д).

Санітарно-гігієнічну оцінку проводили за окресленими нижче блоками:

1-й блок – Санітарно-гігієнічна оцінка розміщення психіатричної лікарні: площа земельної ділянки (га) та її організація (га); дотримання переліку функціональних зон лікарні, дотримання нормативних показників площ функціональних зон, психіатричної лікарні стосовно прилеглих промислових підприємств, автомагістралей, гаражів, автостоянок тощо за наявною містобудівною ситуацією (у метрах), дотримання переліку функціональних зон лікарні; дотримання нормативних показників площ функціональних зон психіатричної лікарні стосовно прилеглих промислових підприємств, автомагістралей, гаражів, автостоянок тощо за наявною містобудівною ситуацією (у метрах); озеленення ділянки; основні елементи ділянки; умови для проведення фізкультурно-оздоровчих заходів; господарська зона. Лабораторні дослідження (інструментальні).

2-й блок – Санітарно-епідеміологічна оцінка умов внутрішньолікарняного середовища психіатричної/психоневрологічної лікарні: приміщення фізіотерапевтичного кабінету; забезпеченість меблями; набір та площі адміністративно-господарських і службово-побутових приміщень; санітарно-технічний стан приміщень; водопостачання, каналізація, тепlopостачання та санітарне обладнання приміщень будівлі тощо.

3-й блок – Запропоновані питання до головних лікарів цих закладів стосувалися змін щодо реформування охорони психічного здоров'я у частині надання психологічної та психіатричної допомоги населенню; зменшення радіуса

обслуговування психіатричних лікарень; механізму фінансування закладів; нової моделі надання медичних послуг у сфері психічного здоров'я.

Для визначення відповідності площі земельної ділянки, ЗОЗ ПП використовувалися нормативні гігієнічні показники визначені у державних санітарних правилах та будівельних нормах.

Санітарно-гігієнічні умови психіатричних лікарень оцінювалися відповідно до Закону України «Про будівельні норми» 3 1704-VI від 02.10.2012 р., Державних будівельні норми України: ДБН В.2.2-10-2022 «Заклади охорони здоров'я. Основні положення», ДБН В.2.2-10-2022. Київ: Мінрегіон України. 2022, ДБН В.2.2-9-2018 «Громадські будівлі та споруди. Основні положення», ДБН В.2.5-28:2018 «Природне і штучне освітлення»; ДБН В.2.5-67:2013 «Опалення, вентиляція та кондиціонування» (із змінами)), ДБН В.1.2-10:2021 «Основні вимоги до будівель і споруд. Захист від шуму та вібрацій»; Державних санітарних правил і норм: ДСанПіН № 259-2013 «Санітарно-протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу», ДСН 463-2019 «Державних санітарних норм допустимих рівнів шуму в приміщеннях житлових та громадських будинків і на території житлової забудови», ДСПіН № 325-2015 «Державних санітарно-протиепідемічних правил і норм щодо поведінки з медичними відходами»; Державних стандартів України: ДСТУ-Н Б. В.1.1-27:2021 «Будівельна кліматологія», ДСТУ – Н Б В.2.2-27:2010 «Настанова з розрахунку інсоляції об'єктів цивільного призначення. Будинки і споруди.», ДСТУ EN Світло та освітлення. Освітлення робочих місць. Частина 1. Внутрішні робочі місця (EN 12464-1:2011, IDT).

На п'ятому етапі проаналізовано та узагальнено результати інструментальних методів дослідження державної статистичної щорічної форми № 18 МОЗ України «Звіт про фактори навколишнього середовища, що впливають на стан здоров'я людини» у Вінницькій області за період 2013-2022 рр. даних таблиці № 12 (колишня №17) «Дослідження фізичних факторів навколишнього середовища» ДУ «Вінницький обласний центр контролю та

профілактики хвороб МОЗ України» і результати інструментально-лабораторного дослідження мікроклімату (форма №7.8/1-21 в КНП «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня ім. акад. О. І. Ющенко ВОР» (дослідження ДУ «Вінницький обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України») за період 2020-2021 рр. [279].

На шостому етапі проведено комплексне соціологічне/психологічне дослідження медичних працівників КНП «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенко ВОР» та медичних працівників ЗОЗ ЗП (м. Вінниця) в мирний час до початку пандемії COVID-19 та під час воєнного стану.

Проаналізовано та узагальнено результати соціологічних досліджень (анкетування) за наступними методиками: Березовської Р. А. «Ставлення до здоров'я»; Бойко В.В. «Діагностика рівня емоційного вигорання» та опитувальника «Психічне вигорання» Водоп'янової Н. Є. та Старченко О. С. (на основі моделі Маслач К. та Джексона С.); Леонової А. Б. та Велічковської С.Б. (є модифікованою версією німецького тесту BMSII Пласа і Ріхтера) щодо диференційної оцінки станів зниженої працездатності; Замфіра К. в модифікації Реана А., щодо мотивації професійної діяльності медичного персоналу; Герчикова В. І. щодо визначення типів мотиваційних провідних внутрішніх мотивів в мирний час до початку пандемії COVID-19 та під час повномасштабної війни. Визначено предиктори розвитку емоційного вигорання, особливості формування мотивації у МП ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП до виконання професійних обов'язків та встановлені чинники, що впливають на ефективність їх праці в мирний час та в умовах воєнного стану (Додаток Ж) [280-285].

На сьомому етапі проведено наукове обґрунтування та узагальнення всіх результатів. Проведено аналіз статистичних даних з використанням статистичного пакету ліцензованої програми TIBCO Statisticav.13.4 (серійний номер: JPZ808E093701ARACD-3), Excel. Значення $p < 0,05$ вважали статистично значущим. Також було використано логістичний регресійний аналіз з метою вивчення впливу окремих факторів (ставлення до здоров'я, емоційне вигорання,

мотивація професійної діяльності, станів зниженої працездатності) у МП в умовах мирного часу та воєнного стану. Визначено співвідношення шансів при 95% довірчому інтервалі та р-значеннях критерію Вальда для кожної незалежної змінної. Оцінено прогностичну значущість стресових факторів.

На восьмому етапі:

1. Підготовлено модель надання психолого/психотерапевтичної медичної допомоги на різних рівнях, враховуючи взаємодію між рівнями надання медичної допомоги окремими службами з вторинними рівнями надання психіатричної допомоги.

2. Підготовлено методичні рекомендації «Особливості мотиваційної діяльності медичних працівників охорони здоров'я, шляхи оптимізації».

3. Підготовлено:

- Державні будівельні Норми України ДБН В.2.2-10:2022 «Заклади охорони здоров'я. Основні положення» ДБН В.2.2-10:2022;
- Проєкт ДБН «Заклади охорони здоров'я Ч.1. Об'єкти закладів з надання первинної медичної допомоги»;
- Проєкт ДБН «Заклади охорони здоров'я. Ч.2. Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»;
- Проєкт Закону «Про психологічну, психотерапевтичну допомогу населенню в Україні»;
- Проєкт Державних санітарних норм і правил «Санітарні протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають стаціонарну медичну допомогу населенню».

2.2. Види та об'єм виконаних досліджень, що використовувалися в роботі.

Види та об'єм виконаних досліджень надано у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1 - Види та об'єм виконаних досліджень

№ п/п	Характеристика досліджень	Кількість
1	2	3
1	<p>Аналіз санітарного, містобудівного законодавств України та Європейських директив у сфері психіатричних закладів охорони здоров'я побудованих за типовими проєктами, та тих, що знаходяться у пристосованих будівлях:</p> <p>– Закони України; Постанови Кабінету Міністрів, Накази МОЗ України, Мінрегіону, Мінприроди, Держпродспоживслужби та ін.;</p> <p>Директиви, нормативні документи ЄС.</p>	<p>56</p> <p>17</p>
2	<p>- Розроблено:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Державні будівельні Норми України ДБН В.2.2-10:2022 «Заклади охорони здоров'я. Основні положення» ДБН В.2.2-10:2022; 2. Проєкт ДБН «Заклади охорони здоров'я Ч.1. Об'єкти закладів з надання первинної медичної допомоги»; 3. Проєкт ДБН «Заклади охорони здоров'я. Ч.2. Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»; 4. Проєкт Закону «Про психологічну, психотерапевтичну допомогу населенню в Україні»; 5. 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» Наказ МОЗ України від 21.02.2023р. № 354; 6. Проєкт Державних санітарних норм і правил «Санітарні протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають стаціонарну медичну допомогу населенню»; 7. Проєкт Концепції («Дорожня карта») формування нормативної бази проєктування та будівництва споруд і комплексів закладів охорони здоров'я» є надзвичайно актуальним для <i>відбудови медичної інфраструктури України</i> в умовах воєнного та післявоєнного періоду в 	<p>7</p>

	Україні.	
--	----------	--

Продовження таблиці 2.1

1	2	3
3	Проаналізовано та узагальнено результати інструментальних методів дослідження державної статистичної щорічної форми № 18 МОЗ України «Звіт про фактори навколишнього середовища, що впливають на стан здоров'я людини» у Вінницькій області за період 2013-2022 рр. даних таблиці № 12 (колишня № 17) «Дослідження фізичних факторів навколишнього середовища» ДУ «Вінницький обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України»	10 (82848 досліджень)
4	Аналіз результатів інструментально-лабораторного дослідження мікроклімату (форма № 7.8/1-21 в КНП «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенко ВОР» (дослідження ДУ «Вінницький обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України») за період 2020-2021рр.	44 протоколи (264 дослідження)
5	Проаналізовано та узагальнено за державною статистичною формою № 10 «Звіт щодо надання психіатричної допомоги населенню по Україні» за період 2018-2020 рр. щодо кадрового забезпечення ЗОЗ ПП України	Таблиця № 4000 (за 9 показниками)
6	Проаналізовано та узагальнено державну статистичну форму № 10 «Звіт щодо надання психіатричної допомоги населенню по Україні» в динаміці трьох років (2018-2020 рр.)	Таблиці № 1000, 2000, 3000 (за 53 показниками - 159)

7	Проаналізовано та узагальнено результати розробленої «Анкети наукової санітарно-епідеміологічної оцінки умов розміщення психіатричної лікарні», яку було надіслано для заповнення головними лікарями психіатричних лікарень України	12 (1500 показників)
---	---	----------------------------

Продовження таблиці 2.1

1	2	3
8	Проаналізовано та узагальнено результати соціологічних досліджень (анкетування) медичних працівників ЗОЗ за наступними методиками: Березовської Р.А. «Ставлення до здоров'я»; Бойко В.В. «Діагностика рівня емоційного вигорання» та опитувальника «Психічне вигорання» Водоп'янової Н.Є. та Старченко О.С. (на основі моделі К. Маслач та С. Джексона); Леонової А.Б. та Велічковської С.Б. (модифікованою версією німецького тесту BMSII Пласа і Ріхтера) щодо диференційної оцінки станів зниженої працездатності (ДОСЗП); Замфіра К. в модифікації Реана А. щодо мотивації професійної діяльності медичного персоналу; Герчикова В.І. визначення типів мотиваційних провідних внутрішніх мотивів в мирний час до початку пандемії COVID-19.	318 осіб (1908 анкет) в мирний час
9	Проаналізовано та узагальнено результати соціологічних досліджень (анкетування) за наступними методиками: Березовської Р.А. «Ставлення до здоров'я»; Бойко В. В. «Діагностика рівня емоційного вигорання» та опитувальника «Психічне вигорання» Водоп'янової Н. Є. та Старченко О.С. (на основі моделі К. Маслач та С. Джексона); Леонової А.Б. та Велічковської С.Б.(є модифікованою версією німецького тесту BMSII Пласа і Ріхтера) щодо диференційної оцінки станів зниженої працездатності; Замфіра К. в модифікації Реана А., щодо мотивації професійної діяльності медичного персоналу; Герчикова В.І. щодо визначення типів мотиваційних провідних внутрішніх мотивів в мирний час до початку пандемії COVID-19 та під час повномасштабної війни.	346 осіб (2076 анкет) в умовах воєнного стану

10	Проаналізовано та узагальнено результати соціологічних досліджень (анкетування) родичів пацієнтів з розладами психіки та поведінки щодо оцінки санітарно-гігієнічних умов перебування пацієнтів в КНП «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенко ВОР»	92 особи (68 питань-6256)
----	--	---------------------------

Продовження таблиці 2.1

1	2	3
11	Проаналізовано та узагальнено результати соціологічних досліджень (анкетування) пацієнтів з психічними розладами щодо оцінки санітарно-гігієнічних умов перебування пацієнтів в КНП «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенко ВОР»	28 осіб (38 питань- 1064)
12	Проаналізовано та узагальнено результати соціологічних досліджень (анкетування) щодо стигматизації здобувачів Вищих медичних навчальних закладів України	1062 здобувачі ЗВО (5 питань - 5310)
13	Проведено аналіз статистичних даних з використанням статистичного пакету ліцензованої програми TIBCO Statistica v.13.4 (серійний номер: JPZ808E093701ARACD-3), Excel.	664 медпрацівник и (3984 анкети)

2.2.1 Психофізіологічні та соціологічні (анкетування) методи дослідження медичних працівників психіатричних закладів охорони здоров'я

Адаптована методика «Ставлення до здоров'я» (автор Р. А. Березовська) [280].

Ставлення до здоров'я виступає як один з основних елементів самозберігаючої поведінки людини і є системою індивідуальних, виборчих зв'язків особи з різними явищами навколишнього середовища, що сприяють або, навпаки, загрожують здоров'ю людей, а також, що визначають оцінку індивідом свого фізичного і психічного стану.

У якості змістовної теоретико-психологічної основи опитувальника розробленого Р. А. Березовською (2001) виступає концепція «психології стосунків» В. Мясіщева. Відповідно до концепції ставлення до здоров'я, володіючи всіма характеристиками властивими психічному відношенню, містить в собі когнітивний, емоційний і поведінковий компоненти. Структура опитувальника включає систему відповідних шкал (або блоків питань):

1. Когнітивна шкала характеризує знання людини про своє здоров'я, розуміння ролі здоров'я в життєдіяльності, знання основних чинників, що роблять як негативний (ушкоджувальний), так і позитивний (зміцнюючий) вплив на здоров'я людини і тому подібне.
2. Емоційна шкала виявляє переживання і відчуття досліджувального, пов'язані зі станом його здоров'я, а також особливості емоційного стану, обумовлені погіршенням фізичного або психічного самопочуття людини.
3. Поведінкова шкала відображає особливості пов'язані зі здоров'ям поведінки, мірою прихильності здоровому способу життя, своєрідністю поведінки людини в разі погіршення стану її здоров'я.
4. Ціннісно-мотиваційна шкала визначає місце здоров'я в індивідуальній ієрархії термінальних і інструментальних цінностей респондентів, а також характеризує особливості мотивації в області здорового способу життя і 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»).

Методика Бойко В. В. «Діагностика рівня емоційного вигорання» [281]:

Емоційне вигорання розглядають як професійну деформацію особи, яка виникає під впливом ряду чинників – зовнішніх і внутрішніх.

Зовнішні чинники:

Хронічно напружена психоемоційна діяльність. (Це відбувається в тих випадках, коли професіоналові, що працює з людьми, доводиться постійно підкріплювати емоціями різні аспекти діяльності).

Дестабілізуюча організація діяльності. (Дестабілізуюча обстановка позначається не лише на самому професіоналові, але і на суб'єктові спілкування – клієнтові, пацієнтові, партнерові).

Підвищена відповідальність за виконувани функції і операції (перш за все це стосується медичних, педагогічних, соціальних працівників, юристів і працівників судових установ).

Неблагополучна психологічна атмосфера професійної діяльності. (Вона визначається двома основними обставинами: конфліктністю «по вертикалі», тобто між начальником і підлеглим, і конфліктністю «по горизонталі» – між колегами).

Внутрішні чинники:

Схильність до емоційної ригідності. (Емоційне вигорання частіше виникає в тих, хто менш реактивний і сприйнятливий, емоційніше стриманий. У людей імпульсивних, таких, що володіють рухливими нервовими процесами, формування симптому вигорання відбувається повільніше. Підвищена вразливість і чутливість можуть повністю блокувати цей механізм

психологічного захисту).

Інтенсивна інтеріоризація. (У людей з підвищеною відповідальністю більше шансів піддатися синдрому, але інколи трапляється, що в роботі професіонала чергуються періоди інтенсивної інтеріоризації і психологічного захисту).

Слабка мотивація емоційної віддачі в професійній діяльності. В цьому випадку вірогідно 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 по 12 шкалам, які групуються відповідно до цих трьох фаз.

Фаза «Напруження»: передвісник і «запускаючий механізм» у формуванні емоційного вигорання. Напряга має динамічний характер, що обумовлюється вимотуючою постійністю або посиленням психотравмувальних чинників.

Фаза «Резистенції»: опір зростальному стресу.

Фаза «Виснаження»: характеризується більш менш вираженим падінням загального енергетичного тону і ослабленням нервової системи.

Запускаючий 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 або особистої тривоги.

Фаза «Резистенції» (опір) – формування захисту на даній 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 виборчим чином.

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 або 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, в 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 ряді симптомів.

Емоційний дефіцит: заявляє про себе у відчутті, що емоційно професіонал вже не може допомогти суб'єктам своєї діяльності.

Емоційне відчуження/уникнення: працівник майже повністю виключає емоції з 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. Перш за все наголошується повна або часткова втрата інтересу до людини – суб'єкта професійної діяльності.

Психосоматичні і психовегетативні порушення: виявляються на рівні психічного і фізичного самопочуття. Даний 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 «Психичне вигорання» Водоп'янової Н. Є. та Старченко О. С. (на основі моделі К. Маслач та С. Джексона) використана для визначення трьох субшкал [282]:

- «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 оточуючих людей, 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.

Методика Леонової А. Б. та Велічковської С. Б. – диференційна діагностика станів зниженої працездатності (далі – ДДСЗП). Методика є модифікованою версією німецького тесту BMSII Пласа і Ріхтера, використовуваного для оцінки ступеня важкості праці в різних видах професійної діяльності [283, 284].

Відповіді респондентів оцінювалися за допомогою чотирибальних шкал, що виділяють чотири ступені симптомів таких психічних станів:

- монотонія – свідомого контролю 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;

- психічне пересичення – стан неприйняття дуже простої і суб'єктивно нецікавої або малоусвідомленої діяльності, яке проявляється у вираженому прагненні припинити роботу (відмова від діяльності) або внести різноманітність до заданого стереотипного виконання;

- 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);

- стомлення – стан емоційного виснаження і дискоординації у процесі основних реалізуючих діях, що виникають 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 даній 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 по кожному з них, але і визначити вираженість їх спільної динаміки.

Такий багатовимірний «зріз» дозволив визначити наявність зрушень у бік змін працездатності, а також виявити критичні складові в цілісному стрес-синдромі. Опитувальник ДДСЗП є оригінальним діагностичним інструментом, оскільки він призначений для індивідуальної діагностики стану суб'єкта, а не непрямой оцінки робочих навантажень за груповими даними.

Методика Замфіра К. в модифікації Реана А. [285] для визначення особливості формування мотивації. Зазначена методика дає можливість визначити актуальність типів мотивацій як: 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. Дана 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 і 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-якій складній задачі, визнання їх високого рівня професіоналізму; патріотичний – причетність до виконання важливої справи, визнання їх участі в загальних досягненнях; господарський – високі якості відповідальності у роботі, відсутність зовнішнього контролю; люмпенізований – властивість людини уникати роботи, відповідальності, взаємодопомоги у будь-якій справі [285].

РОЗДІЛ 3

САНІТАРНО-ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА УМОВ ПРАЦІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ТА УМОВ ПЕРЕБУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ У СУЧАСНИХ ПСИХІАТРИЧНИХ ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1 Аналіз законодавства Європейського Союзу щодо покращення психічного здоров'я населення – як стратегія охорони психічного здоров'я

Порушення психічного здоров'я населення є однією з основних причин інвалідності у світі, яка є досить великим додатковим навантаженням на фінансово-економічну та соціальну політику будь-якої держави. Найчастішим психологічним захворюванням в країнах світу є депресія, яка до 2030 року займатиме третє місце серед причин психічних розладів. За даними ВООЗ за 2019 р. у світі зареєстровано 301 млн людей з тривожними розладами, 280 млн з депресивними розладами, у тому числі 23 млн дітей і підлітків; з біполярними розладами – до 40 млн, з діагнозом шизофренія – до 24 млн; з розладами харчової поведінки до 14 млн, у тому числі 3 млн дітей і підлітків, з розладами поведінки та дисоціальними розладами – до 40 млн, включаючи дітей та підлітків [286].

Нормативно-правове забезпечення в країнах світу у сфері надання медичних послуг передбачені міжнародними та внутрішньодержавними актами, які гарантують людині якісну, кваліфіковану, вчасну медичну допомогу при виникненні захворювання, особливо пацієнта з психічними розладами. Уряди держав членів Ради Європи у 1948 році підписали Конвенцію «Щодо захисту прав людини і основоположних свобод», на меті якої є забезпечення і розвиток прав людини та основоположних свобод (дата набрання чинності для України у 1997 році), що передбачено основними статтями 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, поводженню або покаранню»; Стаття 4 «Заборона рабства і примусової праці: не може тримати в рабстві або в підневільному стану, не може бути присилуваний виконувати примусову чи

обов'язкову працю»; Стаття 5 «Право на свободу та особисту недоторканність». Це актуально на сьогодні щодо пацієнтів з психічними розладами, які перебувають на лікуванні в психоневрологічних лікарнях та диспансерах. Конвенція передбачає, що «всі люди народжуються вільними та рівними у своїй гідності та правах», встановлюючи правозахисний стандарт, зокрема, і для осіб, які мають психічні розлади [287, 288].

Конвенція містить закріплення права кожної людини на такий життєвий рівень, зокрема їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який потрібний для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї, і право на забезпечення в разі безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, старості чи іншого випадку втрати засобів для існування через незалежні від неї обставини [289].

У резолюції ВООЗ, Ради ЄС, Ради Європи починаючи з 1975 року, важливе значення відводиться зміцненню психічного здоров'я щодо гуманітарної сфери (Гельсінська декларація 994_055) підписана 35 державами у столиці Фінляндії Гельсінкі, в тому числі і Україною (у складі колишнього СРСР). Декларація стосується заборони експериментів на людях, безпосередньо стосується клінічної дослідної роботи, зазнала вісім переглядів і останній у 2000 р. ВООЗ пропонує усім урядам посилити співробітництво для покращення ефективності імплементації положень Гельсінської декларації (1975 р.).

Меранська декларація відображає вдалий досвід країн Європи і рекомендує урядам новостворених незалежних держав врахувати при реформуванні системи охорони психічного здоров'я ключові напрями. Головним з пріоритетів національної політики кожної держави є: забезпечення психічного добробуту в галузі охорони психічного здоров'я; адекватне і справедливе фінансування для розвитку служби охорони психічного здоров'я на різних етапах життя людини (дитина, дорослий, похилий вік, інвалід); підтримка і розвиток інноваційних проєктів та систем у галузі охорони психічного здоров'я; організація мультидисциплінарного та біопсихосоціального підходу підвищення компетентності медичних, соціальних кадрів, які надають допомогу; боротьба та

профілактика стигми, усунення дискримінації при доступності до загальномедичних, соціальних, освітніх послуг для пацієнтів з психічними розладами; надання якісної первинної медичної допомоги за місцем постійного проживання та проведення профілактичних заходів щодо запобігання виникнення психічних розладів [290-293].

У «Рекомендації ПАРЄ 818 (1977) про ситуацію з психічними захворюваннями» пропонується Комітетові Міністрів закликати уряди держав-учасниць вжити заходів:

- переглянути законодавство, яке стосується психічних захворювань;
- заснувати незалежні спеціальні суди або комісії з питань психіатричної допомоги для забезпечення права на захист осіб із психічними захворюваннями;
- забезпечити право осіб із психічними захворюваннями бути почутими в судовому процесі, у якому ухвалюється рішення щодо визнання їх недієздатними [294].

Головною декларацією для країн ЄС є Гавайська декларація Всесвітньої психіатричної асоціації (1983 р.), ухвалена ВПА 10.07.1983 р.

Відповідно до Гавайської декларації, мета психіатрії – лікування психічних захворювань і покращення психічного здоров'я. Зазначено, що психіатри повинні служити інтересам пацієнта, згідно з отриманими науковими знаннями і прийнятими етичними принципами. Згідно з ст. 6 Гавайської декларації пацієнт повинен бути звільнений від примусового лікування, як тільки показання для такого лікування зникають, а для проведення подальшої терапії лікар повинен отримати добровільну згоду пацієнта. Визначені конкретні обов'язки лікаря психіатра в лікуванні пацієнтів з психічними розладами, які повинні бути: довіра, конфіденційність, контакт з родичами, постійне інформування пацієнта про його хворобу та про способи лікування, не порушувати права пацієнтів та відсутність дослідів над пацієнтами (дата набрання чинності для України 06.03.2010 р.).

У додатку до Резолюції 37/194 викладено 6 принципів медичної етики, які стосуються ролі працівників охорони здоров'я, а особливо лікарів, у захисті

ув'язнених чи затриманих осіб від тортур та інших жорстоких, нелюдських чи таких, що принижують гідність, видів поведінки та покарання. Наголошується, 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 або затримані [295, 296].

На VIII Всесвітньому конгресі психіатрів у Афінах, який відбувся у 1989 році було прийнято Хартію (положення та погляди) ВПА щодо прав та юридичного захисту пацієнтів з психічними розладами психіки та поведінки. Ця Хартія продовжує і доповнює Гавайську декларацію (995_872), яка відображає основну частину головних керівних принципів щодо прав пацієнтів з психічними розладами, а саме на свободу, на лікування як і інші пацієнти з іншими захворюваннями, не бути об'єктом дискримінації через їх 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 [297, 298].

Генеральна асамблея ВПА на VIII Всесвітньому конгресі з психіатрії в Атенах (Греція) 17.10.1989 ухвалила положення щодо заборони примусового втручання в госпіталізацію людини з психічними розладами, що є грубим порушенням її прав та свободи. Тому для такого втручання необхідні особливі критерії та ретельно визначені гарантії. Госпіталізація чи лікування не повинні проводитися проти волі пацієнта, якщо тільки пацієнт не страждає серйозними психічними захворюваннями. Примусове втручання має проводитись відповідно до правила найменшого обмеження [297].

Щодо захисту пацієнтів з психічними розладами Генеральною Асамблеєю ООН у 1992 році прийнята резолюція 46/119 «Захист осіб з психічними захворюваннями та поліпшення психіатричної допомоги» [299] для виключення будь-якої дискримінації в цих закладах. В цьому документі викладені 25

принципів щодо осіб із психічними розладами та їх права на: 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 родича/опікуна); конфіденційність та медичну етику з боку лікаря; грошову винагороду від психіатричного закладу за будь-яку працю; індивідуальне лікування з його обговоренням із самим пацієнтом або його родичем/опікуном.

Резолюцією 46/119 ухвалено Принципи захисту осіб із психічними захворюваннями та покращення психіатричної допомоги. У контексті нашого дослідження особливу увагу слід звернути на зміст Принципу 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 й тільки тоді, коли уповноважений для цієї мети, відповідно до закону, кваліфікований профільний фахівець встановить, що ця особа страждає на психічне захворювання. Після засідчення психічного захворювання у особи фахівець визначає чи існує серйозна загроза заподіяння особою безпосередньої або неминучої шкоди собі або іншим особам. У випадку особи, чиє психічне захворювання тяжке, а розумові здібності ослаблені, якщо відмова від госпіталізації або тримання цієї особи в психіатричному закладі може призвести до серйозного погіршення її здоров'я або 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 або попереднього лікування, для розгляду госпіталізації або затримання контрольним органом» [299, 300-302].

У рекомендаціях ПАРЄ 1235 «Психіатрія і права людини» (1994) зазначено, що лікування повинно проводитися на основі розмежування між недієздатними пацієнтами з психічними розладами. Пацієнт повинен мати вільний доступ до «захисника», незалежного від установи. Особлива увага

звертається на проблеми та зловживання в психіатрії, серед яких заборона сексуальних домагань з боку медичних працівників до пацієнтів, обмеження використання кімнат ізоляції, заборона проведення наукових досліджень у галузі психічного здоров'я без відома пацієнта або проти його волі [303].

Саламанською декларацією передбачено принципи, політики та практичної діяльності у галузі освіти осіб з особливими освітніми потребами, які також стосуються осіб з психічними захворюваннями (1994).

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 [304].

Мадридська декларація про етичні стандарти психіатричної практики (1996) була ухвалена Генеральною асамблеєю ВПА 25.08.1996 р. У преамбулі Декларації наголошується, що психіатри повинні завжди пам'ятати про межі відносин між психіатром і пацієнтом та керуватися насамперед повагою до пацієнтів і турботою про їхні добробут і гідність. Окрім того, Декларація наполягає на лікуванні, в основі якого партнерство з особами з психічними та поведінковими розладами та на примусовому лікуванні – лише за наявності виняткових обставин [305].

Європейська соціальна хартія (1996, переглянута) визначила права осіб з інвалідністю на самостійність, соціальну інтеграцію та участь у житті суспільства. З 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 й утримувати їх у звичайному виробничому середовищі 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 справедливу винагороду тощо [306].

Пацієнт з 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 пацієнта будь-які його зауваження повинні бути прикріплені в історію пацієнта. У психіатричному закладі повинні бути умови для забезпечення безпеки, приватності пацієнта та здійснюватися перевірки/інспектування з достатньою регулярністю компетентними органами [307].

Існує поняття «АААQ» (вказане в Загальному Коментарі № 14 (2000)) 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, які надають медичні заклади повинні бути якісними і науково-обґрунтованими.

Доступність до надання якісних медичних послуг особам сільської місцевості обмежена або недоступна в багатьох країнах світу. Пацієнти з психічними розладами повинні витратити ресурси на проїзд, час на дорогу, проживання у закладах, які надають медичні послуги. Через відсутність фахівців в закладах, які повинні бути в громадах, відділеннях, службах (амбулаторії, психосоціальні центри, відділення денного перебування, психіатричні відділення у лікарнях загального профілю, гуртожитки для пацієнтів з хронічними психічними розладами) вони не отримують вчасну та якісну медичну допомогу. Уряди країн витрачають великі ресурси на утримання великих спеціалізованих установ, які надають невеликій кількості пацієнтів з психічними розладами медичну допомогу. За умови створення медичних закладів на первинному рівні, які максимально наближені до місця проживання і могли б надати первинну допомогу особам з психічними розладами не порушуючи можливості спілкування та опіки з боку родичів [308].

Згідно з рекомендаціями ВООЗ (2003 р.) щодо організації служб охорони психічного здоров'я країнам запропоновані модулі для впровадження в області збереження та зміцнення психічного здоров'я: плани і стратегія покращення психічного здоров'я населення, фінансування, законотворчість, перебудова структури та покращення якості надання медичної допомоги щодо психічного здоров'я, підготовка кадрів, інформаційно-освітня робота, наукові дослідження в області психічного здоров'я. Всі запропоновані модулі були адаптовані ВООЗ (2003 р.) та органами державної влади на всіх рівнях. Інтереси людей з психічними розладами захищаються: Національною службою здоров'я, надавачами медичних послуг, громадами або організаціями, правозахисниками, представниками або асоціаціями сімей та осіб, представниками різних конфесій [309, 310].

В останнє десятиліття ГЗ є важливим напрямком, стратегії збереження психічного здоров'я населення ЄС. Результатом є постійні консультації 53 країн Європейського регіону Гельсінської декларації з метою підготовки матеріалів реформ охорони психічного здоров'я населення. Найважливішим кроком

Європейської Комісії стало прийняття Зеленої книги «Покращення психічного здоров'я населення – стратегія психічного здоров'я для Європейського Союзу» (2005р.). Пріоритетом у резолюції Європарламенту є профілактика депресивних станів, суїцидів серед молоді. Зелена книга визначає наступні пріоритети: охорона психічного здоров'я пацієнтів з розладами психіки та поведінки – покращення якості життя, захисту прав і гідності, працевлаштування, соціальної інклюзії [311]; зміцнення психічного здоров'я – добробут людини, реалізація власного потенціалу, подолання звичайних життєвих стресів, продуктивна праця, можливість робити внесок у життя спільноти, що зазначено у спільній доповіді ВООЗ, Департаменту психічного здоров'я та токсикоманії у співпраці з Вікторіанським фондом зміцнення здоров'я і Мельбурьським університетом [312, 313].

На Європейській конференції ВООЗ (2006) на рівні міністрів охорони здоров'я розроблено європейський план дій з охорони психічного здоров'я, в якому визначались пріоритетні завдання ВООЗ та держав-членів:

- 1) зміцнення психічного здоров'я, профілактика психічних розладів, лікування та реабілітація осіб із психічними розладами та догляд за ними, сприяння ширшому усвідомленню важливого значення психічного добробуту;
- 2) проведення спільних дій, спрямованих на боротьбу зі стигматизацією, дискримінацією та нерівністю, а також розширення прав та можливостей осіб із психічними розладами та членів їхніх сімей і надання їм підтримки з метою залучення їх до активної участі в цьому процесі;
- 3) розробляти та впроваджувати комплексні, інтегровані й ефективні системи охорони психічного здоров'я, що охоплюють такі елементи як: зміцнення здоров'я, профілактика, лікування та реабілітація, догляд та відновлення здоров'я;
- 4) забезпечення задоволення потреб у кваліфікованому персоналі, здатному ефективно працювати в усіх цих галузях [314, 315].

На X конференції Європейських національних координаторів Програми охорони психічного здоров'я ВООЗ (2007р.) була створена робоча група з

членством України щодо розробки «Плану спільних дій для підвищення ефективності національних програм реформування систем охорони психічного здоров'я нових незалежних держав». У 2008 році на конференції Європейських національних координаторів (Мерано, Італія), робочою групою прийнята «Меранська декларація ВООЗ про психічне здоров'я в країнах, що утворилися після розпаду СРСР». В цій декларації викладені експертна оцінка та рекомендації ВООЗ щодо подальшої стратегії і тактики у покращенні системи охорони психічного здоров'я у новостворених незалежних державах: Україні, Азербайджані, Киргизстані, Таджикистані, Туркменістані, Узбекистані, Грузії, Молдові та інших [316].

ВООЗ у 2008 році у своєму звіті «Первинна медична допомога зараз більше, ніж колись» звернула увагу урядів усіх країн на основні групи реформи: універсальні реформи охоплення; реформи надання послуг; реформи державної політики, які забезпечували б здоровіші громади; реформи керівництва. Португалія і Бразилія на шляху впровадження реформ для покращення психічного здоров'я враховували наступні чинники: командна робота з професійною мотивацією, внутрішня та зовнішня комунікація, посилення навчальної безперервної діяльності, інвестиції в засоби та обладнання, прихильність до інформаційної системи та комп'ютеризації, належна оплата за виконану працю, складання договорів про медичне обслуговування між фінансуючими організаціями та постачальниками, технічне та політичне керівництво, якість та акредитація об'єктів державним агентством [317-319].

У документі «Удосконалення систем охорони здоров'я та послуг для психічного здоров'я» ВООЗ (2009) містяться основні інструменти для зміцнення системи психічного здоров'я в контексті загального розвитку системи охорони здоров'я. Це відповідний підсумок останніх ініціатив ВООЗ щодо покращення доступу до лікування та його якості, а також догляду за людьми з психічними розладами [320].

В Комплексному плані дій щодо психічного здоров'я ВООЗ описані, конкретні напрями для держав-членів щодо досягнення глобальних цілей, а саме:

посилення ефективності керівництва та управління психічним здоров'ям; надання комплексних, інтегрованих та соціальних послуг щодо психічного здоров'я в громадах; реалізація стратегії просування та профілактики психічного здоров'я; використання інформаційних систем, дослідження та докази психічного здоров'я.

Щорічно у «Атласі психічного здоров'я» ВООЗ надає аналіз основних показників, які досягли країни та заходів, які необхідно ще провести. Зміни до покращення психічного здоров'я у світі не відбуваються швидко у зв'язку з нездатністю адекватного і справедливого інвестування в систему охорони психічного здоров'я, що позначається на здоров'ї населення планети (дані 177 держав-членів ВООЗ – 97% населення планети), а особливо в країнах з низьким рівнем доходу. Згідно з даними опитування ВООЗ «Атлас психічного здоров'я 2011 р.» щодо витрат на послуги з охорони психічного здоров'я в країнах з низьким рівнем доходу витрачено 1% бюджету охорони здоров'я проти 5% у країнах з високим рівнем доходу [321].

Комплексний план дій ВООЗ «Охорона здоров'я щодо глобальних та національних дій із зміцнення психічного добробуту на 2013-2020 рр.» був прийнятий 66-ю Всесвітньою Асамблеєю у м. Женева (2013 р.). План дій фокусує міжнародну увагу на забутій проблемі, що призвело до збільшення захворювань на психічні розлади, які стали соціальним тягарем кожної держави. Найчастішим психічним захворюванням в будь-яких країнах, а особливо в країнах з низьким рівнем доходу, є депресія, яка до 2030 року займатиме третє місце серед причин психічних розладів та збільшення стигматизації і дискримінації у суспільстві до осіб з психічними розладами. Стигматизація до осіб з психічними розладами триває ще із давніх часів і викликає наявність соціальної небажаності, дискримінації суспільства до цих людей у всьому світі [322-331].

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

1. Служба охорони психічного здоров'я первинної медико-санітарної ланки, до якої відносяться медичні послуги, які надаються сімейними лікарями,

медичними сестрами, психологами, психіатрами, невропатологами, соціальними працівниками за місцем проживання хворого, який залишатиметься в своєму звичному оточенні. Також на базі первинної медико-санітарної ланки можуть працювати центри з надання психологічної допомоги населенню (медико-психологічну допомогу) з початковими ознаками тривожного та депресивного реагування, предикторами емоційного вигорання.

2. Служба охорони психічного здоров'я в лікарнях загального профілю (для профілактики стигматизації) включає послуги, які надають в районних або центральних лікарнях загального профілю, лікарнях при навчальних закладах у загальних палатах і відділеннях невідкладної психіатричної допомоги психіатрами, медичними сестрами, соціальними працівниками, психологами, фахівцями, які пройшли спеціальний курс підготовки з психіатрії.

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 важко виліковних психічних захворювань, при постійному контролі правозахисних організацій [325].

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 зустрічаються з проблемою збереження та зміцнення психічного здоров'я, а особливо серед маргінальних і уразливих груп населення, зважаючи на масштаби матеріального і людського збитку, що наноситься суспільству, страждання рідних пацієнтів та їх інвалідність. За даними епідеміологічних досліджень від 5 до 7% населення світу страждає на психічні захворювання [332].

За даними ВООЗ «Атлас психічного здоров'я 2020» середні річні державні витрати у 2019 р. на душу населення на психічне здоров'я у США склали 7,49 доларів США. У 2019 р. середні світові витрати на психіатричні лікарні на душу

населення становили 2,77 доларів США. Атлас надає актуальну інформацію про політику щодо психічного здоров'я, законодавство та фінансування, наявність та використання служб психічного здоров'я, людських ресурсів та систем збору інформації/даних [333].

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. За даними ВООЗ до професійних ризиків під час пандемії COVID-19 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 дезінфікуючих 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 [334-336].

У сфері покращення охорони психічного здоров'я важливими орієнтирами стали наступні країни: США, Італія, Іспанія, Польща, Бельгія, Угорщина, Швеція, Франція, Велика Британія та інші країни. Всі ці країни досягли успіху завдяки прийняттю «Загальних законодавчих норм щодо охорони психічного здоров'я», які створили сприятливі умови для проведення успішної реформи в даній галузі: реформування психіатричних стаціонарів, деінституціоналізації спеціалізованої допомоги, покращення рівня первинної медичної допомоги за постійним місцем проживання, перехід на мультидисциплінарну модель надання медичної допомоги особам з розладами психіки та поведінки. Головні цілі цієї реформи були направлені на зміцнення та відновлення здоров'я пацієнтів, забезпечення належного догляду, повагу до прав пацієнтів, дотримання конфіденційності, інформування про лікування пацієнтів, залучення пацієнтів до планування та здійснення їх догляду, формування довіри між персоналом та

пацієнтом, згоду на лікування, повідомлення родичів, опікунів про діагноз тощо.

Законодавство ЄС у сфері збереження психічного здоров'я, орієнтовано на децентралізацію системи охорони психічного здоров'я, розвиток служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання з соціальною інтеграцією пацієнтів (здобуття освіти, забезпечення проживання) на рівні територіальної громади, нарощуванням потенціалу і компетентних кадрів з впровадженням системи акредитації та сертифікації фахівців в області психічного здоров'я, а також реструктуризацію державного фінансування спеціалізованих медичних послуг із охорони психічного здоров'я, що повністю відповідає Комплексному плану дій в галузі охорони психічного здоров'я, розробленому ВООЗ. Законодавство європейських країн спонукає лікування осіб з психічними розладами здійснювати у психологічному комфорті, у терапевтичному середовищі з метою «відновлення життя людини», духовного одужання, інтеграції пацієнтів у суспільство [337].

Законодавство Європейського Союзу орієнтовано на децентралізацію системи охорони психічного здоров'я, розвиток служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання з соціальною інтеграцією пацієнтів (здобуття освіти, забезпечення проживання, праці) на рівні територіальної громади, нарощуванням потенціалу і компетентних кадрів з впровадженням системи акредитації та сертифікації фахівців в області психічного здоров'я, тому доцільно було дослідити досвід ЄС та імплементувати у службу охорони психічного здоров'я України.

3.2 Деінституціалізація системи охорони здоров'я психічного здоров'я населення різних країн світу та України

Реформування системи психічного здоров'я в середині минулого століття заведено називати деінституціалізацією. Деінституціалізацію можна визначити як новий альтернативний вид психологічної, психіатричної допомоги за місцем проживання, що сприяє зменшенню тривалого перебування в ЗОЗ ПП за рахунок покращення санітарно-гігієнічних умов та зменшення застосування ізолюючих

методів надання медичної допомоги особам з психічними розладами.

В європейських країнах при проведенні деінституціалізації системи охорони психічного здоров'я населення важливою складовою були проєктування/реконструкція старих будівель психіатричних лікарень. Особлива увага приділялася архітектурно-планувальним рішенням будівель, їх навколишньому та внутрішньому середовищу, встановленню обладнання як для пацієнтів, так і для медичних працівників.

В країнах ЄС була створена модель екопсихосоціальної середовищної психіатрії щодо збереження та зміцнення громадського (ментального/психічного) здоров'я населення шляхом надання медичної допомоги на різних рівнях – спочатку на рівні первинної ланки охорони здоров'я – амбулаторій силами психологів, психотерапевтів, сімейних лікарів, соціальних працівників за місцем проживання, тобто в родинному оточенні, а в складних випадках – на вторинному та третинному рівнях – психіатрами, невропатологами, клінічними психологами [3].

Країни ЄС перейняли досвід США, Англії, Швеції, Бельгії щодо так званої середовищної психіатрії, яка 90% пацієнтів повертає до самостійного життя в соціумі. За такою системою в країнах ЄС зменшився відсоток осіб з психічними розладами до 12,5%, а в Республіці Польщі – до 20,6%. В результаті було зменшено кількість психіатричних лікарень, диспансерів та збільшено фінансування на створення нових «Центрів психічного здоров'я», як це передбачено у директивах ВООЗ [338-340].

У США в державних психіатричних лікарнях закритого типу в 1955 році перебувало 559 тисяч осіб при загальній кількості населення 165 млн, а вже у 1998 році, при збільшенні населення країни до 275 млн, на лікуванні у психіатричних лікарнях нового типу знаходилось 57 тисяч пацієнтів, тобто кількість населення, що перебувало в психіатричних лікарнях зменшилась у 17 разів за рахунок впровадження середовищної психіатрії та повернення пацієнтів у соціум. Так, наприклад, у Каліфорнії (1980 р.) на 100 тис. населення зайнято було менше трьох ліжок. Результати впровадження деінституціалізації в США

показали основні шляхи вирішення усіх головних проблем сучасної психіатрії, а саме: покращення санітарно-гігієнічних умов за рахунок створення нових «Центрів психічного здоров'я» та створення сучасних психіатричних відділень у лікарнях загального профілю; викорінення явища приниження пацієнтів з психічними розладами з боку суспільства та з боку самих пацієнтів по відношенню до себе [341-342].

Сьогодні питання комфортного перебування осіб з психічними розладами повинно вирішуватись, в тому числі архітекторами, гігієністами, медичними працівниками, місцевими самоупрядовцями, як це вирішується в країнах ЄС упродовж останніх років. Реформування системи психічного здоров'я в середині минулого століття заведено називати деінституалізацією. Деінституалізацію можна визначити як новий альтернативний вид психологічної, психіатричної допомоги за місцем проживання, що сприяє зменшенню тривалого перебування в ЗОЗ ПП за рахунок покращення санітарно-гігієнічних умов та зменшення застосування ізолюючих методів надання медичної допомоги особам з психічними розладами. Прагнення до деінституалізації, що поєднує елементи ідеалізму та прагматизму, відображало на той час виправдане прагнення щодо покращення благополуччя пацієнтів з психічними розладами, оскільки велика кількість з них перебували в державних лікарнях та були за межею бідності [343, 344].

Служби охорони психічного здоров'я можуть бути як державними, так і приватними. До державних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання можуть відноситися мобільні мультидисциплінарні кризові бригади, які тісно працюють з медичними установами первинної медико-санітарної ланки, зі спеціалістами районних або центральних лікарень загального профілю, лікарнями при навчальних закладах у загальних палатах і відділеннях невідкладної психіатричної допомоги, реабілітаційними службами. До приватних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання можуть належати приватні будинки для пацієнтів з психічними розладами, фахівці нетрадиційної медицини та інші.

В багатьох країнах з 1980 року пройшла реформа децентралізації, яка позитивно вплинула не тільки на економічні реформи країн, а й на систему охорони здоров'я в цілому. В Західній Європі з 1970 по 2005 рр. процес деінституціалізації призвів до значного скорочення ЗОЗ ПП.

Кожна країна пройшла деінституціалізацію з метою покращення психічного здоров'я населення та 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 низького чи середнього рівня доходу [345-352].

Особи, які мешкають в сільській місцевості і особливо з низьким рівнем доходу зустрічаються з проблемами як своєчасного звернення, так і отримання кваліфікованої/спеціалізованої медичної допомоги. Програми, проекти, які розробляються в країнах з низьким та середнім економічним рівнем доходу для покращення психічного здоров'я, направлені на розвиток, оснащення, покращення санітарно-гігієнічних умов первинної медико-санітарної допомоги на національному рівні для більш доступного універсального охоплення населення медичними послугами. В рамках цих Програм, проєктів передбачено оснащення центрів первинної медико-санітарної допомоги сучасним обладнанням, інтернетом, електронними програмними продуктами для проведення проактивних та телемедичних консультацій тощо [353-364].

Реформа психічного здоров'я у Бразилії почалася з 1991 року за 10-літній період в країні було скорочено на 30% ЗОЗ ПП, водночас збільшилася кількість центрів психосоціального впливу до 295, у багатопрофільних лікарнях та реабілітаційних центрах були запроваджені різноманітні реабілітаційні програми.

В Італії з 1978 року кількість пацієнтів з психічними розладами в ЗОЗ ПП зменшалася з 78538 до 7704 осіб у 1998 році, тобто у 10,2 раза, що слугувало закриттю всіх психіатричних лікарень у 2000 році на підставі «Закону 180» (Закон Базалія), відповідно до якого передбачено надавати медичну психіатричну допомогу за місцем проживання – у громаді.

Новітнім у цьому Законі було надання можливості пацієнтам брати участь у житті громади, проходити лікування у психіатричних відділеннях в лікарнях загального профілю, денних стаціонарах ЗОЗ ПП.

Отже, реформа надання психіатричної допомоги передбачає вдосконалення законодавства і впровадження сучасних управлінських та економічних концепцій, які включають безперервну модель надання психіатричної допомоги на різних щаблях охорони психічного здоров'я [365-370].

За висловленням італійського психіатра Лоренцо Торесіні деінституціалізація в Італії сприяла здешевленню нової системи надання медичних послуг психіатричного профілю порівняно зі старою моделлю психіатричних лікарень.

«Закон 180» (Закон Базалія) взято Бразилією за аналог, що сприяло прийняттю національного «Закону про психіатричну допомогу» (від 2001 р. № 10216), який визначив швидкі шляхи подолання кризи у питанні психічного здоров'я населення Бразилії. Реформа охорони здоров'я була направлена на наступні напрями: адміністративні, організаційної моделі та моделі надання медичної допомоги шляхом покращення санітарно-гігієнічних умов для пацієнтів з психічними розладами, зміцнення та оновлення матеріально-технічної бази ЗОЗ ПП.

Новим впровадженням в ЗОЗ ПП є імплементація електронного медичного контролю за зверненнями та своєчасним наданням консультацій, лікування, проведенням протиепідемічних заходів, дотримання заходів особистої гігієни та безпеки, а також постійного контролю щодо задоволеності надання медичної допомоги як з боку керівництва ЗОЗ ПП, так і пацієнтів [371, 372].

В Іспанії за 10 років (з 1978 р.) зменшилася кількість місць у психіатричних лікарнях із 100 до 25 ліжко-місць на 100 тисяч населення. Побудовані 500 центрів охорони психічного здоров'я з середнім рівнем охоплення 87 тис. осіб, створені умови для лікування у 95 психіатричних відділеннях в лікарнях загального профілю і у 108 денних стаціонарах. В країнах Східної Європи: Болгарії, Чехії,

Угорщини, Молдови, Румунії, Словаччини процес деінституціалізації, починаючи з 1990-х років, призвів до значного скорочення кількості ліжок-місць у психіатричних лікарнях. До того ж новою політикою щодо психічного здоров'я населення є покращення якості медичної допомоги на рівні первинної медичної допомоги (лікарі загальної практики) [340, 373-378].

У Республіці Польщі у 1994 році був прийнятий Закон «З охорони психічного здоров'я» («Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego») [379, 380], в якому надано визначення терміну «психічне здоров'я», а саме:

«Психічне здоров'я – це основне особисте благо людини, а захист прав осіб з психічними розладами є обов'язком держави».

У Республіці Польщі діяла Національна програма захисту психічного здоров'я на 2017-2023 рр., яка була направлена 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 та забезпечення сучасних нормативних санітарно-гігієнічних умов як для лікарів, так і для пацієнтів з психічними розладами.

За 10 років побудовано та введено в експлуатацію 100 загальних лікарень, 200 денних відділень, які приймають пацієнтів з психічними розладами і 27 центрів психічного здоров'я для пацієнтів, які проходять лікування в осередках середовищного типу. У зазначених ЗОЗ ПП першу медичну психологічну/психіатричну допомогу пацієнти з психічними розладами отримують згідно з медичною страховкою.

У Республіці Польщі за сприяння Європейського Союзу з Європейського соціального фонду в галузі психічного здоров'я здійснюється підтримка багатьох проєктів, наприклад «Повернення до громади» [381-383].

У Бельгії процес деінституціалізації проходив швидкими темпами. Так, згідно з доповіддю ВООЗ у 2008 р. у Бельгії показник охоплення стаціонарною допомогою становив 152 психіатричні ліжка на 100 тис. населення, що посів друге місце серед країн Європи.

У 2010 р. федеральним урядом прийнята так звана «Реформа 107» щодо застосування надання медичної психолого/психіатричної допомоги, яка заснована на рівні територіальної громади. Реформа була спрямована на розв'язання таких питань: організація надання медичної психолого/психіатричної допомоги на базі територіальної громади з метою раннього виявлення психічних станів (бригади домашнього лікування – патронат); запровадження диференціації різних типів ЗОЗ ПП за рахунок зменшення кількості психіатричних лікарень та створення нових ЗОЗ ПП (заклади щодо тривалого догляду за пацієнтами з психічними розладами з хронічним перебігом); розширення переліку постачальників медичних послуг; покращення соціальної реабілітації пацієнтів з психічними розладами (оздоровлення та соціальна допомога).

Як і в інших країнах ЄС в Бельгії передбачена тісна співпраця між всіма рівнями надання медичної психолого/психіатричної допомоги. Характерним також є розвиток 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 з працевлаштування, соціальних служб тощо.

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

У 2015 р. для населення Бельгії, яке становить 11,3 млн, функціонувало 68 психіатричних лікарень. Завдяки зазначеній реформі поступово збільшувалась кількість мультидисциплінарних та кризових груп (первинний та вторинний рівень медичної психолого/психіатричної допомоги) у кожному бельгійському регіоні.

Завдяки цьому, станом на 2017 р. в Бельгії вже функціонувало 22

оперативні мережі, 59 мобільних команд, із них 24 мобільні кризові групи, 35 мобільних бригад для пацієнтів з психічними розладами [384].

У Грузії у 2014 році була прийнята «Національна стратегія та план 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. Завдяки зазначеному національному плану дій з 2017 року в Грузії відзначається позитивна динаміка щодо збільшення ЗОЗ ПП на рівні первинної ланки охорони психічного здоров'я стосовно вторинного та третинного рівня надання медичної психолого/психіатричної допомоги зі співвідношенням 42/58% (служби в громаді /інституційні служби) [385-387].

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

В Україні для покращення медико-психологічної допомоги населенню прийнятий Закон «Про психіатричну допомогу» (2000 р.), яким передбачено доступність лікування для всіх верст населення та постійний моніторинг щодо якості надання медико-соціально-психологічної допомоги на всіх ланках, якісних медичних психіатричних послуг висококваліфікованими досвідченими фахівцями-психіатрами. Статтею 1 цього Закону під визначенням «Психіатрична допомога» передбачається 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, здійсненні соціального захисту та навчання пацієнтів, які страждають на психічні розлади» сьогодні не реалізовані на місцевому рівні жодним підзаконним актом [388].

Прийнятий 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 [389]. Зазначеним законом передбачено створення умов для осіб з 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 і обмежень, соціальних ролей, розуміння прав та обов'язків, уміння здійснювати самообслуговування).

Постановою Уряду України «Деякі питання створення госпітальних округів» від 2009 р. № 1074 передбачено, в тому числі організацію надання психологічної/психіатричної допомоги на рівні округів. При створенні госпітальних округів за вимогами постанови КМУ лікарі отримуватимуть наступне: 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, що отримує пацієнт: 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». Окрім того, питання щодо організації психолого/психіатричної допомоги на рівні округів та первинної ланки не розкрито [390].

У Постанові КМ України «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році» (№ 1440), яка

прийнята у 2021 році на розвиток цього ж питання, передбачається створення госпітальних округів для надання якісної, комплексної, безперервної, гарантованої медичної допомоги, з сучасною матеріально-технічною базою, населенню відповідної території [391].

У 2020 році прийнятий 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, кваліфіковано-мотиваційними 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 [392, 393].

Розпорядженням КМ України «Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року» від 27.12.2017р. № 1018-р була приділена особлива увага показникам захворюваності та смертності населення від психічних розладів [394]. У 2017 р. 1673328 жителів України перебували на обліку у зв'язку з розладами психіки та поведінки, в тому числі 694928 – внаслідок розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю та наркотиків (3,9% населення). За 2016 рік до закладів з надання психіатричної допомоги було госпіталізовано 182415 пацієнтів, які пробули в середньому 53,4 дня у стаціонарі. На кінець 2016 року в Україні було 261240 пацієнтів на психічні розлади з групою інвалідності, з них 8,5% – діти у віці 0-17 років. У 2016 році 9893 пацієнтів первинно були визнані особами з інвалідністю у зв'язку з психічними розладами. Смертність населення України від навмисного самоушкодження у 2015 році становила 17,7 випадків на 100 тис. населення. У зазначеному Розпорядженні КМ України від 27.12.2017 р. № 1018-р визначено основні компоненти 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, який залучається до надання допомоги у сфері психічного здоров'я;
- надмірна зосередженість допомоги у сфері психічного здоров'я у стаціонарних ЗОЗ ПП, що спричиняє дефіцит доступу до психологічної та психотерапевтичної допомоги на рівні територіальних громад та унеможливорює 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» [395].

Метою зазначеної вище Концепції є створення цілісної, ефективної системи охорони психічного здоров'я, яка функціонує в єдиному міжвідомчому просторі, де пацієнт має зручну і доступну інтегровану медичну допомогу, можливість самостійно вибирати лікаря, кращі санітарно-гігієнічні умови перебування в ЗОЗ ПП.

Орієнтирами для розв'язання проблем у сфері охорони психічного здоров'я Урядом України було взято досягнення у зазначеній сфері сусідньої Європейської країни Румунії.

У Румунії психічне здоров'я забезпечується в психіатричних відділеннях загальних та психіатричних лікарень. Амбулаторне лікування проводиться у центрах психічного здоров'я та центрах денного догляду. У 2014 році

психіатрична допомога почала надаватися 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 у сфері психічного здоров'я здійснюється комплексно: сімейні лікарі, психологи, психотерапевти, соціальні працівники та інші. Існує система формування та підтримки професійних компетентностей серед фахівців інших суміжних професій у сфері психічного здоров'я.

Кабінетом Міністрів України пропонуються наступні шляхи розв'язання проблем у системі охорони психічного здоров'я населення:

- поліпшення доступності медичної допомоги за рахунок децентралізації та розвитку позастаціонарних форм надання психологічної/психіатричної допомоги, створення системи кризового консультування; поліпшення надання допомоги щодо психічного здоров'я на рівні первинної медичної допомоги; реорганізація процесу надання допомоги в закладах охорони здоров'я на рівні вторинної та третинної медичної допомоги; впровадження чіткого механізму перенаправлення між наявними службами, розвитку мультидисциплінарних команд та міжгалузевої співпраці;

- розвиток системи психологічної та соціальної допомоги на рівні територіальних громад за рахунок підготовки фахівців за міжнародними стандартами; створення умов для надання в територіальній громаді психосоціальної допомоги та реабілітації;

- 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, шляхом 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 у 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 у наданні реабілітаційних послуг (сімейний лікар, психіатр, психолог (психотерапевт), медична сестра, соціальний працівник) та інші – не реалізовано в жодних підзаконних актах, та не забезпечено державним фінансуванням.

На жаль, у цій Концепції відсутні заходи щодо вимог будівництва/реконструкції нових ЗОЗ ПП з урахуванням європейського досвіду впровадження архітектурно-планувальних рішень цих типів закладів [396-398].

Нова модель надання медичної психолого/психіатричної допомоги з акцентом на рівень первинної ланки, яка впроваджена в більшості країн ЄС, за аналогією досвіду США, є класичною моделлю фундаментальної профілактичної медицини психічного здоров'я населення в класичному розумінні, яку ми пропонуємо імплементувати в систему охорони здоров'я

України та відобразили у нормативних документах [399, 400].

3.3 Результати гігієнічної оцінки проєктних архітектурно-планувальних рішень та санітарно-гігієнічних умов праці в існуючих закладах охорони здоров'я психіатричного профілю України (за авторською Програмою оцінки санітарно-гігієнічного стану закладів охорони здоров'я психіатричного профілю)

Гігієнічна оцінка проєктних архітектурно-планувальних рішень та санітарно-гігієнічних умов існуючих ЗОЗ ПП України здійснювалася за авторською Програмою оцінки санітарно-гігієнічного стану та умов функціонування існуючих ЗОЗ ПП України (Додаток Д).

Програма оцінки санітарно-гігієнічного стану та умов функціонування існуючих ЗОЗ ПП України (далі Програма) складається з 6 блоків і призначена для заповнення керівниками ЗОЗ ПП України. Всього за Програмою було вивчено 125 гігієнічних архітектурно-планувальних показників санітарно-гігієнічного стану та умов функціонування чинних ЗОЗ ПП України (Додаток Д).

У першому блоці Програми питання стосувались паспортних даних ЗОЗ ПП: адреса; тип забудови ЗОЗ ПП (типовий проєкт, розміщення у пристосованих умовах (колишні казарми для військових, царські конюшні, релігійні культові будівлі, архітектурна пам'ятка); кількість відділень; проєктна 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 визначалися гігієнічні параметри будівель ЗОЗ ПП, взаєморозміщення лікувальних корпусів та допоміжних підрозділів на земельній ділянці.

У другому блоці Програми «Санітарно-гігієнічна оцінка гігієнічних показників при розміщенні психіатричної лікарні» питання стосувалися: 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.

Третій блок Програми стосувався таких питань: санітарно-епідеміологічної оцінки 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.

У четвертому блоці Програми керівниками ЗОЗ ПП були надані дані щодо характеристики водопостачання, каналізування, тепlopостачання, освітлення, вентиляції та санітарно-технічного стану обладнання приміщень будівель ЗОЗ ПП (медичних приміщень, їдалень, душових, обідніх залів).

У п'ятому блоці Програми питання стосувались 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.

Останній блок Програми стосувався вивчення ставлення керівників ЗОЗ ПП до питань реформування галузі психічного здоров'я населення України – сучасний стан, перспективи розвитку в Україні.

Всього за Програмою було проведено гігієнічну оцінку проєктних

архітектурно-планувальних рішень та вивчено санітарно-гігієнічні умови у 12 існуючих ЗОЗ ПП, що складає 21,8% від загальної кількості ЗОЗ ПП України.

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

За результатами досліджень встановлено, що 50% ЗОЗ ПП розміщені у 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 характеризувалися наступним чином: 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. Разом з тим висота огорожі досягає до 1,5 м – у 12,5% ЗОЗ ПП, до 2 м – у 50%, понад 3 м – у 37,5%. Водночас у 37,5 % ЗОЗ ПП паркан є бетонним, у 37,5% – комбінованим (бетонний і сітчастий), у 12,5% – сітчастим, у 12,5% – лише озелененим (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 у 50,0% – 3 м.

За гігієнічною оцінкою функціонального зонування ЗОЗ ПП встановлено, що лише господарська зона є обладнаною у 100 % випадків. 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.

Вкрай незадовільним є те, що у 58,3% ЗОЗ ПП на земельній ділянці відсутня зона трудотерапії, що є необхідним для покращення лікувального процесу та соціалізації пацієнта з психічними розладами. Така ж ситуація спостерігалася і з фізкультурною зоною, а саме у 41,7% ЗОЗ ПП взагалі відсутні. Саме прогулянки на свіжому повітрі та рухова активність пацієнтів з психічними розладами, які довготривало знаходяться на стаціонарному лікуванні, покращують їх якість 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 відносяться наступні

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 з 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

У ЗОЗ ПП на території яких розміщені майданчики для рухових ігор наявне спортивне обладнання та спортивний реманент (тенісні столи, волейбольні сітки) лише у 25% випадків. Майданчики для тихого відпочинку обладнані (шахи, доміно) також у 25% ЗОЗ ПП. Значно гірша ситуація із обладнанням спортивно-ігрової зони ЗОЗ ПП, яка у 87,5% не обладнана (відсутні умови) для проведення фізкультурно-оздоровчих заходів. Навіть при обладнанні цих майданчиків у ЗОЗ ПП незадовільний стан мають 58,4% зазначених вище майданчиків [401-403].

Наступним етапом досліджень за Програмою гігієнічної оцінки було з'ясування санітарно-гігієнічних умов перебування пацієнтів з психічними розладами, умов праці медичних працівників та умов для відвідувачів (родичів пацієнтів).

Зона догляду та лікування пацієнтів в ЗОЗ ПП у 100% обладнана одним виходом із палат у загальний коридор. Місткість палат відділень становить від 4 до 10 ліжок, на противагу вимогам ЄС, коли за «Architecture for psychiatric environment sand the rapeutic spaces» передбачається перебування пацієнта з психічними розладами в одномісній палаті [192-197, 404].

Враховуючи, що у палатах ЗОЗ ЗП від 4 до 10 пацієнтів простір між ліжками складає менш як 1 м у 75% (при нормі не менше 1 м). Аналогічна

ситуація у відділеннях психіатричних лікарень України, що порушує 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) [404].



Рисунок 3.1 – Вигляд палати № 3 чоловічого відділення із звичайним режимом (Миколаївська обласна психіатрична лікарня № 1) [404].

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 обладнані ґратами, на противагу вимогам ЄС, коли ґрати відсутні з метою профілактики стигматизації. Кольоровий спектр стін у ЗОЗ ПП використовується від бежево-білого до оливкового кольору. Висота палат в 100% випадків відповідає вітчизняному нормативу у 2,8 м.

М'яким інвентарем (постільна білизна) забезпечені всі 100% пацієнтів ЗОЗ ПП. Вкрай незадовільним є забезпеченість пацієнтів з 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 швидкої допомоги пацієнту з психічними розладами на випадок виникнення у нього кризового стану в умовах стаціонару встановлено, що сигналізація відсутня у

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

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

Палати відділень ЗОЗ ПП у 100% не мають універсальних санітарно-гігієнічних приміщень із зоною для душу, як це передбачено вимогами ЄС [192-197, 405].

Санітарні вузли відділень знаходяться у кінці коридору, що збільшує відстань від палат і призводить до перенапруження фізіологічних процесів пацієнта. До прикладу, на фото представлено вкрай незадовільний стан санітарного вузла Миколаївської обласної психіатричної лікарні № 1 (рис. 3.2),

яка була досліджена у 2015 році за ініціативою Української Гельсінської спілки прав людини, громадських організацій та за підтримки МОЗ України. Проведено моніторинг правових, санітарно-гігієнічних та санітарно-побутових умов трьох обласних психоневрологічних лікарень Миколаївської, Полтавської та Херсонської областей [404]. За результатами перевірок зроблено висновки, які були практично однакові за всіма трьома закладами, а саме: порушено виконання принципів захисту пацієнтів з 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 з 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 – 6м²), недостатня кількість меблів для особистих речей; обмеження пацієнтів з 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 з психічними розладами в стаціонарі душпастирської допомоги; відсутні умови для трудотерапії.

За результатами наших досліджень санітарні вузли у 50% ЗОЗ ПП відкриті та 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) [404].

Враховуючи специфіку надання медичної допомоги пацієнтам з психічними розладами, довготривале їх перебування в умовах стаціонару некомфортне та не сприяє швидкому одужанню, через відсутність умов приватності як в палатах (палати розраховані на 4-10 пацієнтів), так і в туалетних кімнатах (відсутні перегородки), які, крім того, знаходяться на значному віддаленні від палат (у кінці коридору) і створюють дискомфорт для фізіологічних потреб пацієнтів, що створює нагально потребу імплементації європейських стандартів, в тому числі щодо одномісних палат для пацієнтів з психічними розладами, до складу яких входять універсальні санітарно-гігієнічні приміщення.

Наступним елементом дослідження була наявність умов для проведення фізичного виховання в стаціонарних умовах ЗОЗ ПП. 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.

Трудотерапія проводиться у 25% ЗОЗ ПП, де обладнані спеціальні майстерні і пацієнти набувають професійних навичок, у 16,7% випадків майстерні обладнано частково, що негативно відчувається в 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 з психічними розладами.



Рисунок 3.3 – Вигляд приміщення майстерні-кухні у психоневрологічній лікарні Юзефа Бабінського (м. Краків, Республіка Польща) для формування навичок самообслуговування у пацієнтів з психічними розладами [404].

За даними досліджень встановлено, що у 66,7% випадків у ЗОЗ ПП фізіотерапевтичні кабінети облаштовані та надаються фізіотерапевтичні послуги. За характеристикою медичного обладнання встановлено, що зазначені фізіотерапевтичні кабінети обладнані старими приладами: апарат для місцевої дарсонвалізації «Искра-1», гальванізатор «Поток-1», опромінювач ОРК-21, УЗД, апарат низькочастотної електротерапії «Радиус-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 санітарно-технічного стану приміщення ЗОЗ ПП (стелі, підлоги, двері, вікна) у 25% випадків гостро потребують ремонтних робіт (облущення, тріщини, знос облицювання тощо).

За результатами обстеження інженерно-технічного стану приміщення ЗОЗ ПП у 100% забезпеченні холодною проточною водою від централізованих мереж населеного пункту. За результатами лабораторних досліджень якість води, що постачається на господарські та питні потреби у досліджених ЗОЗ ПП відповідає

вимогам ДСанПіН 2.2.4-171-10 «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною» [406].

Забезпеченість холодною проточною водою приміщень різного призначення ЗОЗ ПП надана 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 унеможлиблює дотримання пацієнтами елементарних правил гігієни та санітарно-протиепідемічного режиму в зазначених медичних приміщеннях.

Забезпеченість приміщень для видачі їжі необхідним кухонним, холодильним обладнанням, столовим посудом, кухонним реманентом у всіх ЗОЗ ПП становило 100%. У 25% обідніх залів не створені умови для гігієни рук пацієнтів (відсутні рукомийники), тому вони змушені мити руки в туалетах, що є вкрай незадовільним і фізично складно та незручно для пацієнтів.

У 100% ЗОЗ ПП приміщення арттерапія для пацієнтів з психічними розладами (музичний супровід, малювання тощо) є в наявності, проте лише у 33,3% випадків вони відповідно обладнані і 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 і зберігання особистих речей. Ординаторська для лікарів, як правило, відокремлена від палатної зони і знаходиться на віддаленні (у кінці коридору), що відмежовує лікарів від пацієнтів впродовж 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 у 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 [4, 192-196].

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 пацієнтів з психічними розладами родичами. За результатами досліджень встановлено, що у 100% ЗОЗ ПП зона для відвідування родичами облаштована у 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 відвідуючими його родичами, 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 з психічними розладами та їхніх родичів за аналогією душпастирської допомоги в психіатричних лікарнях Республіки Польщі (рис. 3.4).

Зазначене нововведення, у разі потреби, дасть можливість пацієнту, що перебуває тривалий час в ЗОЗ ПП, відвідувати релігійну службу, яка позитивно впливатиме на його одужання.

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 [192-197].



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

За результатами гігієнічної оцінки проєктних архітектурно-планувальних рішень та санітарно-гігієнічних умов існуючих ЗОЗ ПП України нами встановлено. 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. Вкрай незадовільною є забезпеченість пацієнтів з психічними розладами твердим інвентарем (меблями), холодною і гарячою проточною водою в палатах тощо, що потребує подальшого дослідження [407].

3.4 Аналіз даних державної статистичної звітності щодо впливу чинників внутрішньолікарняного середовища закладів охорони здоров'я на стан здоров'я медичних пацієнтів

У ході дисертаційного дослідження проведено ретроспективний аналіз 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 (колишня № 17) «Дослідження фізичних факторів навколишнього середовища» ДУ «Вінницький обласний центр

контролю та профілактики хвороб МОЗ України» [281].

Було детально вивчено дані таблиці № 12 «Дослідження фізичних факторів навколишнього середовища», що стосувались санітарно-гігієнічного стану внутрішньолікарняного середовища ЗОЗ Вінницької області, та встановлено наступне. У зазначеній таблиці надані результати моніторингових досліджень, яким підлягали всі ЗОЗ Вінницької області без диференціації за типами (загального профілю, психіатричного, протитуберкульозного профілю тощо). Тому, нами для загальної картини фактичного санітарно-гігієнічного стану внутрішньолікарняного середовища ЗОЗ в цілому, використано для аналогії ЗОЗ ПП. За результатами дослідження встановлено, 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. За звітний період 2013-2022 рр. у Вінницькій області проведено 82848 досліджень згідно з даними форми № 18 МОЗ України «Звіт про фактори навколишнього середовища, що впливають на стан здоров'я людини».

Зведені результати досліджень штучного освітлення у палатах, на посту чергової медичної сестри, в процедурних кабінетах, кабінетах лікарів ЗОЗ представлено у таблиці 1. 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% (табл.1) [408].

Недостатнє освітлення робочих місць є порушенням вимог ДБН В.2.5.-28:2018 «Природне і штучне освітлення» та імовірно 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 (табл. 3.5).

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
Всього/середній показник штучного освітлення, що не відповідав нормативним вимогам (%)	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) за закладами охорони здоров'я у період 2013-2022 рр. З цієї причини реєструвалась найменша кількість обстежень – не більше 300 у 2015 р., 2016 р. та 2020 роках (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 будівлі лікарні допустимі рівні звуку становлять: у денний час доби – 45 дБА, у нічний – 35 дБА.

Новим національним нормативним документом «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, унормовані допустимі рівні звуку в приміщеннях палат з урахуванням кількості одночасного перебування пацієнтів: у палаті на одного пацієнта допустимі рівні звуку у 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 [409].

Заразом нормативним документом «Санітарними нормами 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 [410-413].

Водночас за період 2013-2022 рр. у медичних закладах Вінницької області було проведено 5686 вимірювань рівня еквівалентних рівнів звуку. 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 еквівалентних рівнів звуку відповідали

нормативним вимогам ДБН В.1.1-31:2013 «Захист територій, будинків і споруд від шуму» (табл. 3.6) [409].

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 еквівалентного рівнів звуку, що не відповідали нормативним вимогам (%)	5686	3,2	1261	4,3

За даними авторів Hsu T. (2012), Jue K. (2017), які вивчали негативний вплив на пацієнтів високих рівнів звуку в ЗОЗ, неконтрольований,

непередбачений шум у ЗОЗ збільшує стрес як у пацієнтів, так у МП, викликає або провокує агресивну поведінку у пацієнтів і, таким чином, 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, %.

У всіх ЗОЗ за період 2013-2022 рр. параметри мікроклімату були наступні (табл.3.7).

Проведений аналіз таблиці № 12 «Дослідження фізичних факторів навколишнього середовища» за досліджуваний період показав, що у 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) в порівнянні з 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) за рахунок 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
Всього	48770	3,8	6213	6,4

У доповнення до 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, нами було ініційовано проведення моніторингу фізичних факторів в умовах стаціонарів ЗОЗ ПП. З цією метою 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. Ющенка 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 відноситься 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» [412-414].



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 [415-422].

3.5 Санітарно-гігієнічна оцінка якості умов перебування медичних працівників і пацієнтів з психічними розладами в стаціонарах закладів охорони здоров'я психіатричного профілю та їхніх родичів

Умови життєдіяльності та лікувально-реабілітаційні заходи для пацієнтів з психічними розладами в ЗОЗ ПП в Україні суттєво відрізняються в порівнянні з європейськими країнами. Соціалізація та реінтеграція пацієнтів з психічними розладами в європейських країнах на сьогодні набуває великої актуальності.

З метою з'ясування проблемних питань соціалізації та реінтеграції пацієнтів з психічними розладами у соціум нами проведено анкетування родичів пацієнтів з психічними розладами, що знаходились в умовах стаціонару. Дослідження проведені у січні 2020 року до початку карантину на COVID-19 та до початку повномасштабної війни 2022 р. (Додаток В7а-г).

За результатами нашого соціологічного опитування родичів/опікунів

пацієнтів з психічними розладами встановлено. На думку більшості опитаних родичів/опікунів пацієнти з психічними розладами потрапляють на лікування в умови стаціонару на лікування лише тоді, коли вони перебувають у кризовому стані.

Незадовільні санітарно-гігієнічні умови внутрішньолікарняного середовища стаціонарів ЗОЗ ПП, на думку більшості родичів/опікунів – 68,5%, спонукають пацієнтів та самих родичів/опікунів звертатись за медичною допомогою лише в крайньому разі – при загостренні хвороби (кризові стани) цих пацієнтів. Від загальної кількості опитаних з причини переоформлення групи інвалідності щодо захворювання на психічні розлади звертається 21,7% пацієнтів від загальної кількості опитаних. Через психогенне навантаження сімейно-побутового характеру звертається лише 8,7% пацієнтів (табл. 3.8).

Таблиця 3.8 - Результати опитування родичів/опікунів пацієнтів з психічними розладами щодо причин госпіталізації у ЗОЗ ПП, %

Родичі/опікуни пацієнтів	Причини госпіталізації			
	Загостренн я хвороби (кризові стани)	Переоформленн я групи інвалідності щодо захворювання на психічні розлади	Психогенне навантаженн я сімейно- побутового характеру	Причин а 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 родичів/опікунів	68,5 %	21,7 %	8,7 %	1,1 %

Серед родичів-чоловіків пацієнтів з психічними розладами 74,1% опитуваних вважали санітарно-гігієнічні умови внутрішньолікарняного середовища стаціонарів ЗОЗ ПП вкрай незадовільними, що впливало на

поведінку пацієнтів щодо спротиву госпіталізації, а відтак вони потрапляли в стаціонар у вкрай важкому стані (кризовому).

Система надання психіатричної допомоги пацієнтам з психічними розладами на другому етапі реформування за нашими дослідженнями була наступною. До стаціонарів ЗОЗ ПП за даними опитування родичів/опікунів пацієнтів з 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/опікунів, що свідчить про недоліки реформування у сфері психічного здоров'я.

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

За направленням сімейного лікаря первинної ланки медичної допомоги на госпіталізацію було направлено 22,8% пацієнтів з 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 з психічними розладами до госпіталізації 39,1% опитуваних родичів/опікунів відповіли таким чином:

- незадовільні санітарно-побутові та гігієнічні умови внутрішньолікарняного середовища стаціонарів ЗОЗ ПП;
- режимні умови перебування пацієнтів з 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 з 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.

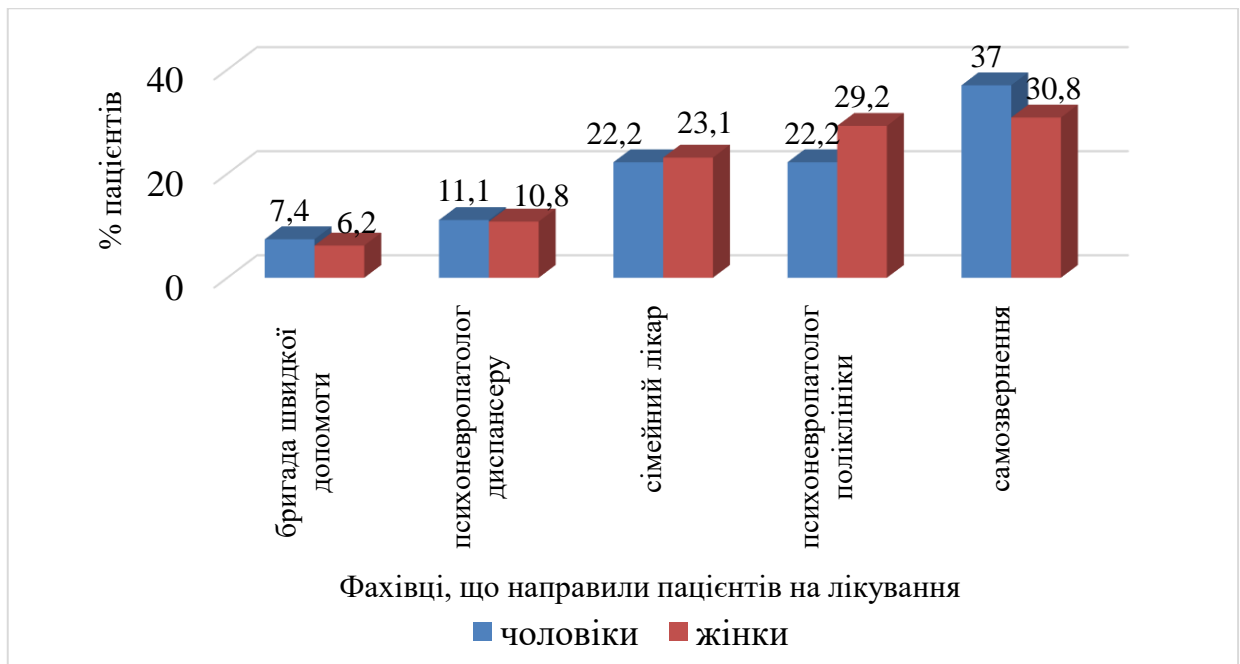


Рисунок 3.8 – Результати опитування родичів пацієнтів з психічними розладами на питання «Хто направив Вашого родича на лікування в ЗОЗ ПП?», %.

За даними наших досліджень за стаціонарним лікуванням, через загострення хвороби, пацієнти з 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 родичами/опікунами своїх близьких у стаціонарі їм було поставлено питання «Як часто Ви відвідуєте свого хворого родича?», на яке отримані наступні відповіді: 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). Із пояснень родичів, що відвідували своїх пацієнтів родичів лише раз на місяць

встановлено, що основною причиною була важка транспортна досяжність – добиратися до лікарні понад три години.

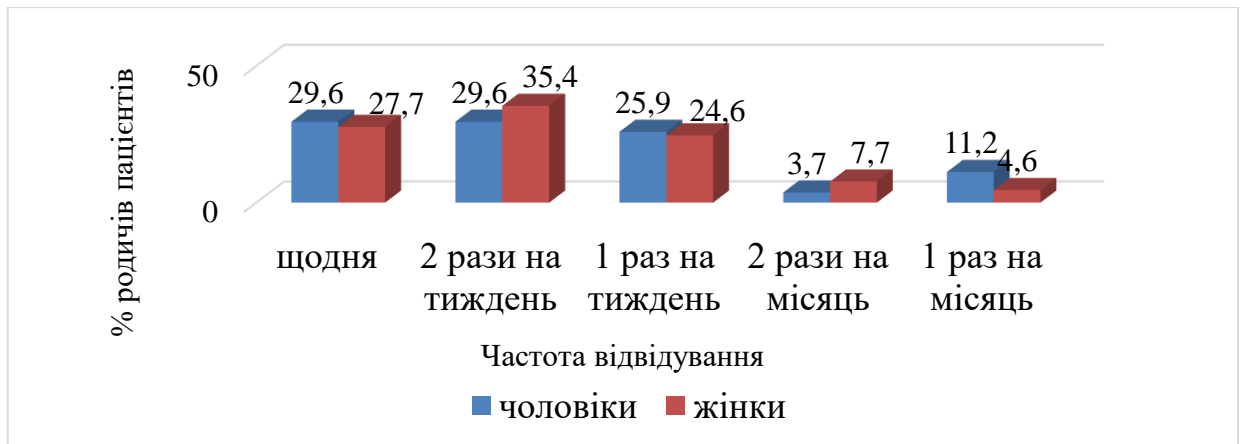


Рисунок 3.9 – Результати опитування родичів/опікунів пацієнтів з психічними розладами щодо частоти відвідувань у стаціонарі ЗОЗ ПП, %.

На питання «Як часто Ви зустрічаєтесь з лікуючим лікарем Вашого родича?» від родичів/опікунів пацієнтів з психічними розладами були отримані від родичів/опікунів пацієнтів з психічними розладами наступні 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).

У наших дослідженнях ми встановили час витрачений родичами/опікунами на очікування лікаря для спілкування щодо пацієнта-родича. За результатами дослідження 68,5% родичів/опікунів пацієнтів з психічними розладами, 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 відносяться до ургентних, екстрених лікарів. Зауважимо, що загальноновизнаними етичними принципами у повсякденній діяльності лікаря

є: довіра, відкритість, прагнення бути корисним для пацієнта з психічними розладами, вміти поставити себе на місце пацієнта, подивитися на світ його очима.

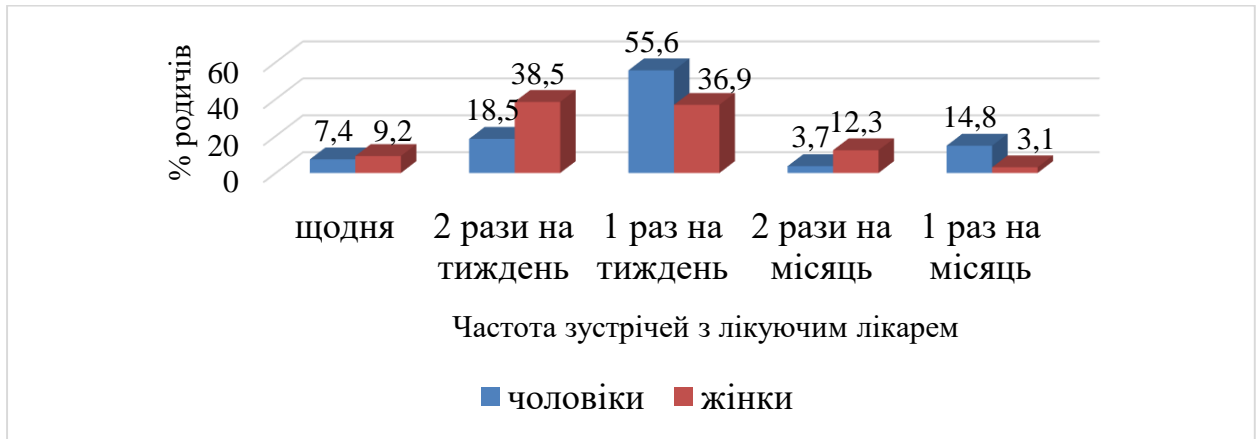


Рисунок 3.10 – Результати опитування родичів/опікунів пацієнтів з психічними розладами щодо частоти зустрічей з лікуючим лікарем стаціонару ЗОЗ ПП, %.

Нами було проведено дослідження щодо часу витраченого лікарем на спілкування з родичем/опікуном стосовно стану пацієнта з психічними розладами: 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 ми з'ясували, що 54,3% від загального числа опитаних родичів/опікунів пацієнтів з психічними розладами погодились з тим, що їм було достатньо часу, щоб розв'язувати всі питання з лікуючим лікарем із приводу їх хворого-родича, а у 45,7% родичів/опікунів зазначили, що часу було недостатньо. Тому, у 32,6% родичів/опікунів від загального числа опитаних склалася думка, що лікар повною мірою не розуміє проблеми хворого.

На питання «Що викликає у Вас сьогодні найбільшу турботу щодо умов перебування та медичного обслуговування у ЗОЗ ПП України?», родичі/опікуни

пацієнтів з психічними розладами відповіли наступним чином (табл. 3.9).

Таблиця 3.9 - Результати опитування родичів/опікунів пацієнтів з 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 по відношенню до пацієнтів)
Всього 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 родичі/опікуни 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 відповіли 63,3% родичів-жінок та 61,5% родичів-чоловіків. Третє рейтингове місце посідає – низька якість медичної допомоги, так відповіли 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 нами були розроблені заходи та запропоновані родичам/опікунам пацієнтів з психічними розладами для оцінки їх ефективності.

Нами було запропоновано впровадження ряду заходів для покращення роботи стаціонарів ЗОЗ ПП, відносно яких родичі/опікуни пацієнтів з психічними розладами ЗОЗ ПП дали наступні відповіді при опитуванні (табл. 3.10).

Таблиця 3.10 - Перелік гігієнічних заходів для покращення санітарно-гігієнічних умов стаціонарів ЗОЗ ПП, які вважають необхідними родичі/опікуни пацієнтів з 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 оточуючим середовищем (доступ до телефону, соціальних мереж тощо), доступ до інформації про їх стан здоров'я та лікування лікарськими препаратами, які призначено	81,5	64,0
Впровадження реабілітаційних програм 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 вимог ЄС)	66,7	30,8

Продовження таблиці 3.10

1	2	3
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 психіатричні заклади при розгляді справ про примусову госпіталізацію, зміну чи скасування застосування примусових заходів медичного характеру	48,1	26,2
Для пацієнтів з хронічними психічними розладами передбачити створення умов середовищної терапії як в стаціонарі, так і в умовах територіальної громади	37,0	26,2
Відсутність або обмеження режиму 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 однаковість між побажаннями як родичів/опікунів чоловіків, так і родичів/опікунів 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 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 оточуючим середовищем (доступ до телефону, соціальних мереж тощо) за відповідями 81,5% родичів-чоловіків та 64,0% – родичів-жінок.

Запровадження розроблених нами гігієнічних заходів для покращення санітарно-гігієнічних умов стаціонарів ЗОЗ ПП, що підтримала більшість родичів/опікунів пацієнтів з психічними розладами, свідчать про потребу інноваційних практик у сучасній психіатрії з використанням європейського досвіду на заміну радянської системи госпітальної медицини у сфері охорони психічного здоров'я.

Родичі/опікуни, які брали участь в будь-яких програмах щодо психокорекційних, психоосвітніх заходів від загального числа опитаних склали лише – 3,3%, а решта – 96,7% не приймали та не знали про такі заходи. Ми запропонували перелік програм, для визначення ними тих, в яких би вони хотіли взяти участь і отримали наступні результати (табл. 3.11).

Таблиця 3.11 - Результати опитування родичів/опікунів пацієнтів з психічними розладами щодо їх бажання взяти участь у реабілітаційних програмах, %

Назви реабілітаційних програм для родичів/опікунів пацієнтів з психічними розладами	Родичі-чоловіки	Родичі-жінки
Освітня програма для родичів/опікунів з 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 наших досліджень встановлено, що 85,2% чоловіків, які доглядають своїх пацієнтів дружин, а також 76,9% жінок, які доглядають своїх пацієнтів чоловіків, потребують спілкування, підтримки, прийняття участі у

освітніх програмах з 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% випадках обирають тренінги щодо профілактики самоповаги (табл. 3.10).

Незадовільні санітарно-гігієнічні умови внутрішньолікарняного середовища стаціонарів ЗОЗ ПП, на думку більшості родичів/опікунів – 68,5%, спонукають пацієнтів та самих родичів/опікунів звертатись за медичною допомогою лише в крайньому разі – 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, санітарно-гігієнічні умови внутрішньолікарняного середовища стаціонарів ЗОЗ ПП та низьку якість медичної допомоги [416-422].

3.6 Особливості ставлення майбутніх медичних працівників до пацієнтів з психічними розладами в умовах стаціонару та профілактика стигматизації

Питання щодо вивчення ставлення з боку медичних працівників ЗОЗ ПП до пацієнтів з психічними розладами у всьому світі та в Україні на різних етапах розвитку суспільств, особливо в сучасному соціумі, продовжує бути надзвичайно актуальною. Саме пацієнти з 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 наслідком збільшення поширеності та захворюваності населення на психічні розлади.

Агресивні дії пацієнтів з психічними розладами відносно оточуючих в громадських місцях спричиняють до них упереджене ставлення суспільства. Упереджене ставлення суспільства до осіб з проблемами психічного здоров'я є результатом необізнаності про психічні розлади, а відтак формування негативного ставлення до таких людей. Подібна упередженість з боку здорових людей до зазначеного контингенту осіб породжує у цих пацієнтів, їхніх родичів/опікунів явище самознецінення особистості та крайньої невпевненості в собі. Всі вище зазначені чинники призводять до ще більшої соціальної дисфункції, що насамперед проявляється недовірою до медичної допомоги на різних рівнях, що ускладнює ефективність лікування і впливає на тривалість перебування пацієнта з психічними розладами в умовах стаціонару ЗОЗ ПП і відтак створюється замкнуте коло [423-428].

В умовах стаціонарів ЗОЗ ПП частим є прояви негативного ставлення з боку МП як серед медичних сестер, так і серед лікарів до пацієнтів з психічними розладами, хоча за своїми функціональними обов'язками вони повинні ставитись до пацієнтів з такою патологією з розумінням.

У дослідженнях науковців Dabby L. (2015), Sathyanath S.(2016), Kochański A. (2017) встановлено, що негативне ставлення медичних працівників до пацієнтів з психічними розладами є їх захисною реакцією на відсутність належних умов роботи та умов для перебування пацієнтів з психічними розладами, соціального захисту з боку держави та укорінення в соціумі явища приниження таких пацієнтів з боку родичів та знайомих [429-431].

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

В країнах ЄС і Північної Атлантики, зокрема Канаді, Німеччині, США, Новій Зеландії, підтримка пацієнтам з психічними розладами надається не тільки з боку державних структур, а й з боку громадських організацій, профспілок [432].

За результатами нашого дисертаційного дослідження встановлено, що явище стигматизації поширене серед української молоді, особливо серед здобувачів освіти у вищих медичних закладах України та молодих спеціалістів психіатричних закладів охорони здоров'я.

Встановлено, що 93,8% респондентів з усієї досліджуваної когорти 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.

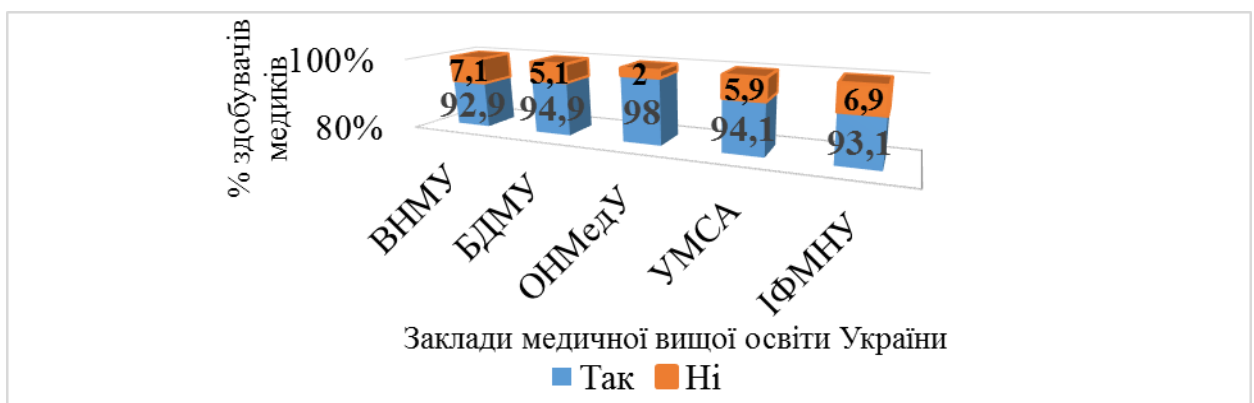


Рисунок 3.11 – Результати відповідей здобувачів-медиків з питання визначення потреби особливого ставлення до пацієнтів з психічними розладами, %.

Для зазначених респондентів наступним питанням було становлення загрози для суспільства від пацієнтів з психічними розладами. У 87,9% випадків від загальної кількості респондентів була ствердна відповідь щодо загрози для

суспільства від осіб, які мають психічні захворювання. Аналізуючи показники по кожному із медичних ЗВО, виявлено, що найбільша кількість здобувачів-медиків з такою відповіддю була у ІФНМУ – 94,5%, найменша, але на достатньо високому рівні в ОНМедУ – 86,3% здобувачів.

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

На нашу думку, зростання негативного ставлення майбутніх лікарів до пацієнтів з психічними розладами пояснюється наступним. Як і раніше пацієнти з психічними розладами вимушені лікуватися у закладах із суворою ізоляцією, в так званих «закритих центрах тотального контролю», попри те, що вони не є злочинцями. 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 (здобувачі ЗВО) до пацієнтів з психічними розладами, і як наслідок призводять до повної дезінтеграції особистості, формування дисфункціональних станів та подальшого загострення психічного стану пацієнта.

Наступним питанням для інтерв'юєрів – майбутніх лікарів 4–5 курсів медичних ЗВО було «чи спостерігали під час навчання та проходження медичної практики явища негативного ставлення до пацієнтів з психічними розладами з боку працюючого медичного персоналу психіатричних лікарень», отримано відповіді надані на рисунку 3.12.

На зазначене запитання 17,3% респондентів від загальної кількості відповіли ствердно, що в їх присутності працюючий МП негативно відносився до пацієнтів з психічними розладами (приниження).

Характеризуючи осередки здобувачів ЗВО за географією зазначених вишів, які подано на рисунку 3.12, найвищий показник – 23,5% здобувачів ОНМедУ в умовах стаціонару ЗОЗ ПП м. Одеса, були свідками недбалого, зверхнього ставлення МП до пацієнтів з психічними розладами.

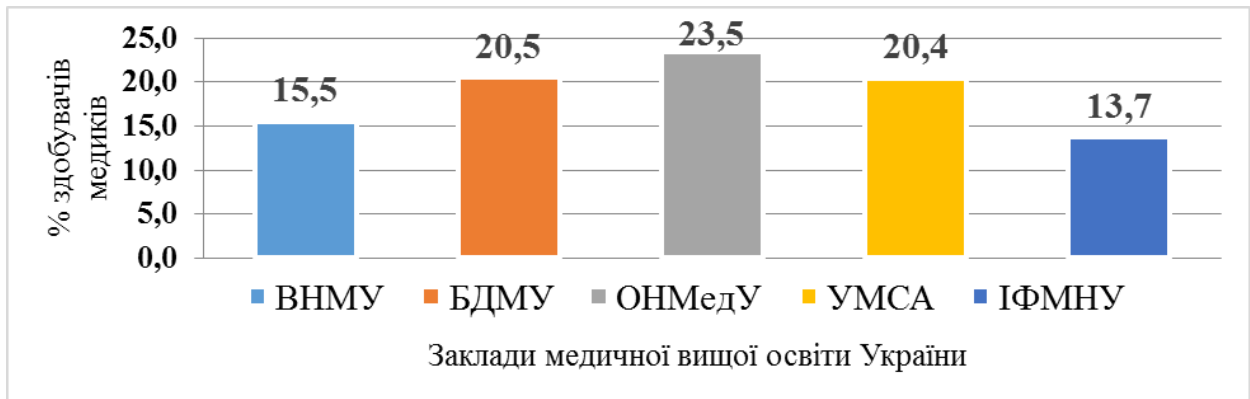


Рисунок 3.12 – Питома вага здобувачів-медиків у різних медичних ЗВО, у присутності яких пацієнти з психічними розладами зазнавали негативного ставлення з боку медичного персоналу ЗОЗ ПП, %.

Цей факт спостерігався рідше (13,7%) у ЗОЗ ПП м. Івано-Франківськ. Прояви недопустимого ставлення до осіб з психічними захворюваннями є порушення 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».

Для подолання негативного ставлення до пацієнтів з психічними розладами не тільки з боку майбутніх медичних працівників, практикуючих лікарів, а й з боку членів родини, які наслідують зазначену поведінку, пропонується проводити дослідження з цього питання, аналіз, опитування, тренінги починаючи зі школярів, студентів різних ЗВО, поліцейських і інших фахівців з метою виховання толерантного ставлення до людей з психічними розладами та знищення в цілому такого явища у суспільстві. Необхідно вирішувати питання покращення санітарно-гігієнічних умов у ЗОЗ ПП, зокрема організації перебування пацієнтів з психічними розладами в одноосібних палатах.

Складним та відвертим питанням для досліджуваних респондентів було «Чи дозволяли ви собі ображати пацієнтів з психічними розладами, які

знаходилися на стаціонарному лікуванні у ЗОЗ ПП, під час вашого навчання?».

Серед усіх досліджуваних здобувачів-медиків ОНМедУ 2,9% майбутніх лікарів дозволяли собі негативне ставлення до пацієнтів з психічними розладами, значно менша кількість у 3,2 рази здобувачів була у Буковинському державному медичному університеті (БДМУ) виявлено 0,9% таких здобувачів, що значно менше у 3,2 рази порівняно з ОНМедУ.

Основним виправданням негативного ставлення до пацієнтів з психічними розладами було прояв фізичної/вербальної агресії з їх сторони.

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

Аналізуючи результати по кожному медичному ЗВО, найбільша кількість здобувачів-медиків, що проявляли співчуття до пацієнтів з психічними розладами була в ІФНМУ (87,7%), БДМУ (86,3%), УМСА (86,1%) (Українська медична стоматологічна академія), більшість здобувачів, які виявляли жалість до цих пацієнтів також спостерігалась у цих навчальних ЗВО (рис. 3.13).

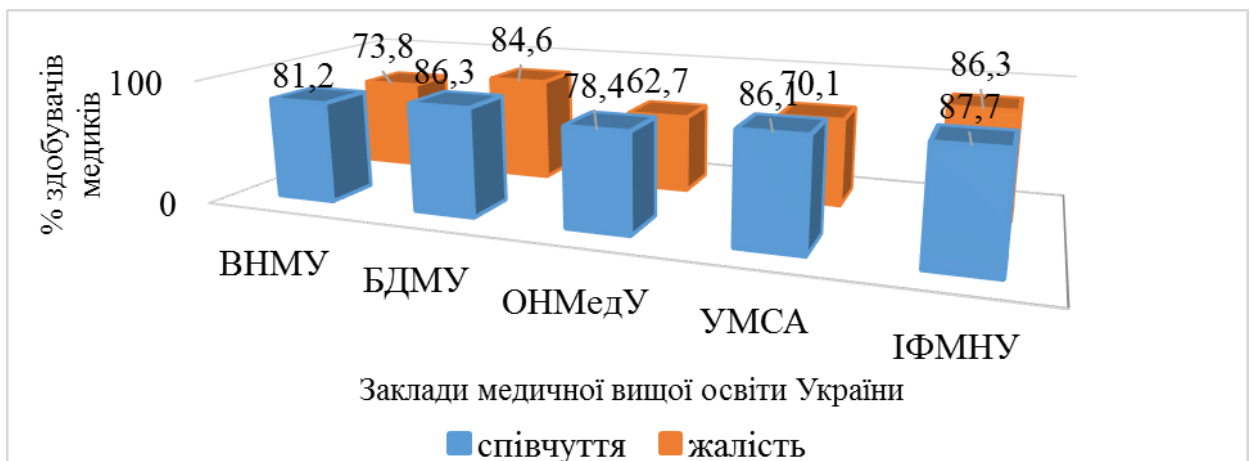


Рисунок 3.13 – Частка здобувачів-медиків медичних ЗВО України, які проявляли емпатію до пацієнтів з психічними розладами, %.

У європейських країнах постійно проводяться реформи, які в першу чергу спрямовані, в першу чергу, на соціальну реінтеграцію пацієнтів з психічними

розладами, замінюючи стаціонарну модель на модель середовищної, терапевтичної, амбулаторної, домашньої психіатрії.

Тому, використовуючи європейський досвід наступним питанням для здобувачів-медиків було «Де, в яких умовах, пацієнти з психічними розладами повинні проходити лікування?» та було надано декілька варіантів відповідей: 1) лікування тільки в психіатричних лікарнях; 2) в психіатричних диспансерах; 3) в денному стаціонарі; 4) лікування вдома/в громаді.

На превеликий жаль, 90,8% майбутніх лікарів України вказали, що пацієнти з 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 [431, 432].

За даними авторів країн ЄС модель середовищної/терапевтичної психіатрії повертає у громаду до самостійного та повноцінного життя близько 90% пацієнтів, які перестають бути соціальним тягарем для суспільства.

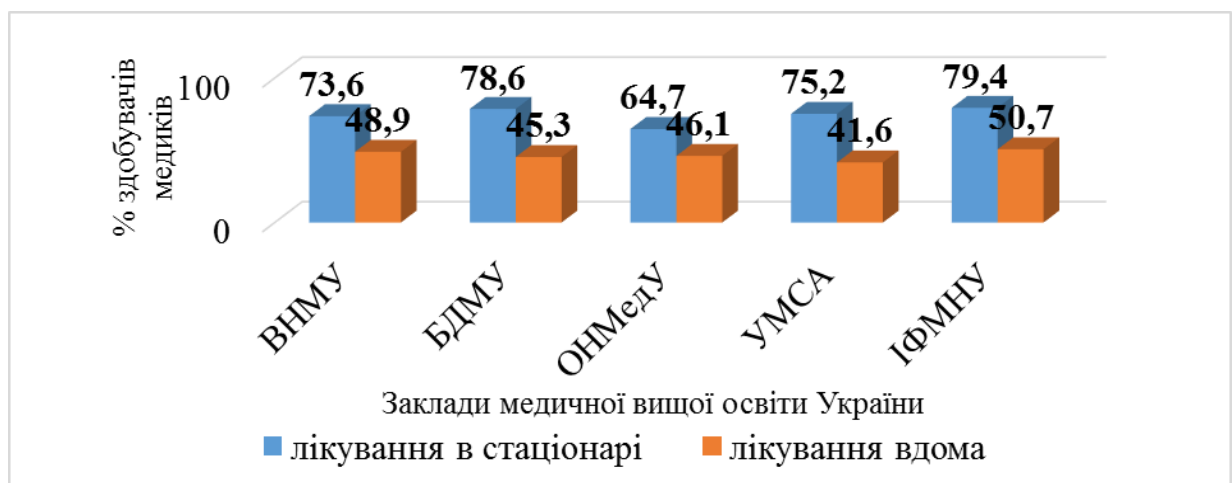


Рисунок 3.14 – Частка здобувачів різних ЗВО, щодо умов лікування пацієнтів з психічними розладами, %.

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 з психічними розладами зростає у часі та є на високому рівні – 86,3%-94,5% здобувачів медичних ЗВО від загальної кількості вважають пацієнтів з 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 їх боку на відсутність належних умов перебування пацієнтів з психічними розладами. Адже, пацієнти досі вимушені лікуватися у 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», по типу виправних колоній, у яких, продовжує діяти режимність тасувора ізоляція пацієнтів, хоча вони не є злочинцями. Ускладнюється ситуація тим, що 90,8% майбутніх лікарів України вважають, що пацієнти з психічними розладами повинні продовжувати лікування саме в цих умовах – психіатричних диспансерах на противагу запропонованих денних стаціонарів та вдома (патронаж) в умовах громади, як це повсемісно впроваджено в країнах ЄС, що сприяє їх ментальному здоров'ю [435-439].

Висновки до розділу 3

Таким чином, проблема ГЗ є однією з головних у сучасному світі. Тому, запропонована нова модель надання якісної психолого/психіатричної допомоги спочатку в центрах психічного здоров'я/центрах первинної медико-санітарної допомоги населенню, як це здійснюється у країнах ЄС (Республіка Польща, Велика Британія, Литва, Естонія, ін.) та у США, можуть бути прототипами для створення аналогічних Державних психологічних центрів в Україні, які виконуватимуть функції первинної медико-санітарної допомоги (амбулаторії загальної практики – сімейної медицини) з охорони психічного здоров'я

населення.

МОЗ України потребує вивчення досвіду європейських країн щодо методології збору інформації стану психічного здоров'я населення шляхом створення єдиної електронної системи обміну медичною інформацією про кожного пацієнта незалежно від закладу (приватний, державний), у якому він отримав допомогу. Таке нововведення сприятиме покращенню роботи закладів охорони здоров'я всіх рівнів форм власності, забезпечуватиме достовірність статистичних даних, що відповідатиме вимогам реформування системи охорони психічного здоров'я, орієнтованої на пацієнта.

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. При дослідженні 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 та підтримання фізичної та емоційної якості життя.

За набором приміщень зона догляду та лікування пацієнтів ЗОЗ ПП, враховуючи специфіку їх 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 душу; у 100% ЗОЗ ПП відсутні приміщення для зустрічей з родичами; у 100% випадків відсутні приміщення для проведення релігійної служби для пацієнтів з 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 незадовільною є забезпеченість пацієнтів з 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 унеможливує 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 натурного 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 кореспондуються 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 їх достовірність.

Незадовільні санітарно-гігієнічні умови внутрішньолікарняного середовища стаціонарів ЗОЗ ПП, на думку 68,5% родичів/опікунів, спонукають хворих та самих родичів/опікунів 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 однастайність у відповідях як родичів/опікунів-чоловіків (96,3 %), так і родичів/опікунів-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 з 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 з психічними розладами зростає у часі та є на високому рівні – 86,3-94,5% здобувачів медичних ЗВО від загальної

кількості вважають пацієнтів з психічними розладами загрозою суспільству.

Ускладнюється ситуація тим, що 90,8% майбутніх лікарів України вважають, що пацієнти з 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 з психічними захворюваннями мали місце серед студентів медичних ЗВО у 2,1% випадків – це 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, є негативним прикладом для майбутніх лікарів та потребує впровадження профілактичних заходів на рівні нових навчальних дисциплін «сфері деонтології медичного працівника ЗОЗ ПП».

Матеріали даного розділу відображені в наступних публікаціях: [340, 342, 352, 359, 361, 386, 387, 400-403, 407, 415-422, 433-439].

РОЗДІЛ 4

ВИВЧЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПСИХІАТРИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ВИЗНАЧЕННЯ ЧИННИКІВ, ЩО ЙОГО ЗУМОВЛЮВАЛИ В МИРНИЙ ЧАС

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

В умовах глобалізації, інтенсифікації, мобільності, пандемії, військових дій найголовнішим завданням в сфері охорони здоров'я країн світу є надання якісних медичних послуг для профілактики захворювань та запобігання поширенню хвороб, в тому числі на психічні розлади, які залежать від багатьох чинників. За даними ВООЗ головний чинник здоров'я людини залежить на 60% – від способу життя, на 30% – від стану навколишнього середовища, на 10% – від рівня розвитку системи охорони здоров'я [440, 441].

ВООЗ щорічно констатує, що депресивні розлади є глобальним, регіональним, національним тягарем. Кількість випадків психічних розладів у 1990 р. становила 654,8 млн випадків, у 2019 р. становила 970,1 млн випадків (48,3%). Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-11) ВООЗ за 2019 р. у світі з тривожними розладами у зареєстровано 301 млн людей, у тому числі 58 млн серед дітей і підлітків; з депресивними станами – 280 млн людей, у тому числі 23 млн серед дітей і підлітків; з біполярними розладами – 40 млн людей; з шизофренією – 301 млн людей, у тому числі 24 млн серед дітей і підлітків; з розладами харчової поведінки – 14 млн людей; з розладами поведінки та дисоціальними розладами – 40 млн людей.

Австралійською національною радою охорони здоров'я, Національним інститутом охорони здоров'я США, дитячим фондом ООН проведено дослідження у 204 країнах світу за період 1990-2019 рр. щодо поширеності,

захворюваності, ремісії, тривалості, смертності для 12 форм психічних розладів в залежності від кількості втрачених років життя з поправкою на інвалідність (DALYS), років, прожитих з інвалідністю (YLD) і втрачених років життя (YLL). За останні 29 років (за період з 1990 року по 2019 рік) в європейських країнах у 19,5% випадків смертей причинами були психічні захворювання і цей показник зріс до 34 % за зазначений період.

За результатами дослідження встановлено, що за цей період кількість DALYS (втрата років життя через захворюваність) через психічні розлади зростає з 80,8 млн людей (3,1%) до 125,3 млн людей (4,9%). Кількість YLDs (витрачення життя в роках через інвалідність) становила 125,3 млн осіб через захворювання на психічні розлади. Із загальної чисельності захворілих на психічні розлади кількість чоловіків склала 1426,5 на 100 тис. населення, кількість жінок 1703,3 на 100 тис. населення, що на 276,8 перевищує показник захворюваності серед чоловіків [442].

Захворюваність на психічні розлади входить у 10 найпоширеніших захворювань, є соціальним тягарем у всьому світі і однією з вагомих причин зменшення років життя людей [443-447].

Поширеність захворювання на психічні розлади в різних країнах залежить від багатьох факторів і тому статистичні дані різняться. Так, за допомогою епідеміологічного дослідження Rim S. J. (2023) поширеність психічних розладів протягом життя серед дорослих у загальній популяції у Республіці Корея дорівнювала 27,8% (серед чоловіків - 32,7 %, жінок – 22,9%) з причини вживання алкоголю та наркотичних засобів. Показник лікування осіб з психічними розладами становив 7,2%, що є суттєво низьким. Тому Урядом Республіки Корея згідно з статтею 10 Закону «Про покращення психічного здоров'я» кожні п'ять років проводяться національні опитування серед дорослих щодо психічного здоров'я для виявлення та ранньої профілактики розладів психічного здоров'я [448, 449].

За даними ВООЗ кожна восьма людина у світі живе з 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 [450].

За результатами дослідження Hu H. (2018), Yang W. (2020), Lu J. (2021), депресивні розлади у жінок Китаю зустрічаються частіше, ніж у чоловіків, у безробітних людей ніж у працюючих, а також у людей, які розлучилися, або овдовіли, порівняно з тими, хто перебував у шлюбі чи спільному проживанні. Лише приблизно 84 (9,5%) із 1007 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 [451-453].

В своїй роботі Houghton C. (2020) відмічав, що під час COVID – 19 у ЗОЗ виявилися незадовільні санітарно-гігієнічні умови праці медичних працівників у ЗОЗ: 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 призводило до психоемоційного навантаження (стрес, тривожні ознаки, депресивні стани) [124].

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 наступне. 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. Порухення 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 [274-278, 454-461].

За аналогічними дослідженнями китайських вчених Zheng R. (2021), Nicolaou C. (2021), Chew N. (2020), Bai 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 симптоми у МП були наступні: тривога – 26,7%, млявість/втома – 26,6%, безсоння/порушення сну – 21,0% та інші [462-467].

За даними Young K. P. (2021), Bryant-Geneviev J. (2022) та інших світових науковців під час пандемії серед МП педіатричного профілю (1685 обстежених) спостерігалися 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% [468].

За результатами онлайн-опитування (250 тис. медичних працівників державних і місцевих ЗОЗ), яке відбулося з 29 березня по 16 квітня у 2021 р. в Сполучених Штатах (Bryant-Geneviev J., 2021) встановлено наступне. 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 [469].

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 відобразилося на мобілізації всіх внутрішніх резервів (ресурсів) здоров'я МП екстреної допомоги та спровокувало потенційний ризик розвитку психологічного дистресу [470].

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 їх психічного та фізичного здоров'я [471].

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 2023-2030 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 чином, щоб повний спектр потреб у сфері психічного здоров'я задовольнявся через місцеву мережу доступних, недорогих і якісних послуг і підтримки.

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 [472, 473].

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», дані про кількість ліжко-місць у ЗОЗ ПП відмінено [474].

За інформацією АПУ на початок 2019 року в Україні існували 58 психіатричних лікарень та 24 наркологічні стаціонарні заклади (22 наркологічні диспансери зі стаціонаром і 2 наркологічні лікарні) з 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 [475, 476].

Наявні дані АПУ свідчать про суттєве зменшення ліжкового фонду у ЗОЗ ПП на 4942 ліжко-місця за період з 2014 р. по 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, в динаміці трьох років (2018-2020 рр.) встановлено негативну динаміку змін кадрового ресурсу ЗОЗ ПП (табл. 4.1) [477].

У структурних підрозділах ЗОЗ ПП, наприклад, в амбулаторіях кількість посад по Україні за профілем лікар-психіатр у 2018 р. становила 1145,25 штатних посад, укомплектовано було 1036,0 посад, тобто дефіцит становив 9,5%. У порівнянні 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, при цьому зайнято було 29,5 посад, дефіцит становив 18,6%. У порівнянні 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. у амбулаторіях ЗОЗ ПП передбачалося 183,25 посад психологів, укомплектовано було 165,25 посад, дефіцит складав 9,8%. У порівнянні з 2018 р. у 2019 р. та 2020 р. дефіцит посад психологів збільшився і становив 10,7% та 13,7% відповідно [478, 479].

Як видно із 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.
1	2	3	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
Соціал. праців (із вищ. освіт)	штатних посад	44,25	47,75	38,75	56,00	53,50	39,5
	зайнятих	38,25	42,25	37,25	53,50	64,00	27,25
	%	86,4	88,5	96,1	95,5	119,6	67,0
Соціал. праців (без вищ. освіт)	штатних посад	16,25	21,50	11,0	37,50	28,00	24,25
	зайнятих	9,25	15,75	10,75	30,50	19,00	15,50
	%	56,9	73,3	97,7	81,3	67,9	63,9

Продовження таблиці 4.1

1	2	3	4	5	6	7	8
Мед.сестра соціал.допомог и	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
Мед.сестра	штатних посад	2397,5	2260,25	2132,25	10494,50	10 298,0	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 направлено на попередження/профілактику психічних захворювань на рівні центрів первинної медико-санітарної допомоги як нами запропоновано в попередніх розділах.

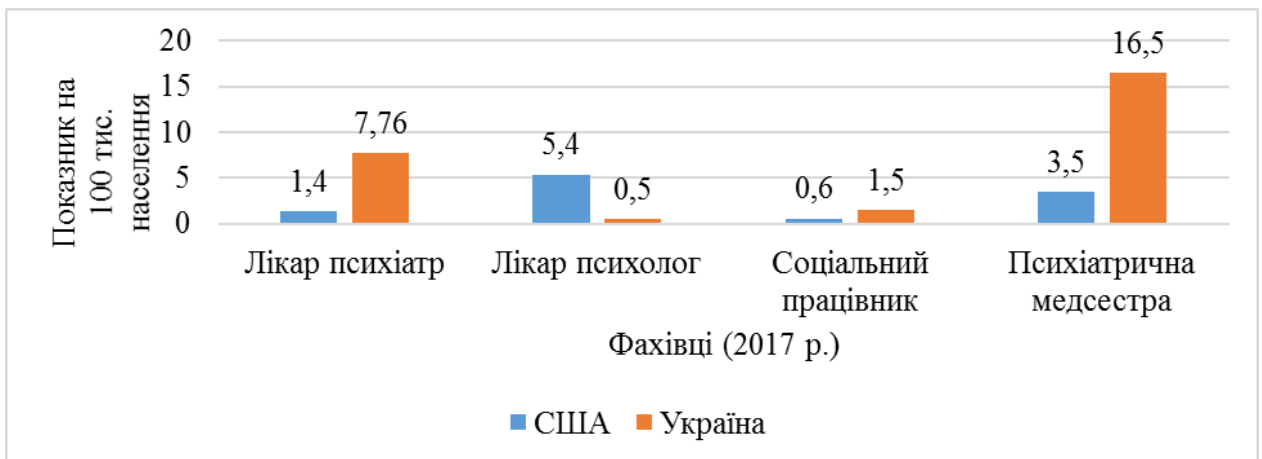


Рисунок 4.1 – Розподіл кадрів у сфері психічного здоров'я на 100 тис. населення (ВООЗ, 2017 р.).

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 [480].

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 з високим рівнем життя ЄС варіюється і в середньому склали 13 фахівців на 100 тис. населення (у 2014 р. – 9 фахівців). Найбільші зміни у зростанні кількості працівників в регіоні Західної частини Тихого океану у 2020 р. і становили 15,4 фахівця 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 психічних захворювань 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 охорони здоров'я [481-484].

В 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 у порівнянні 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. у порівнянні 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. у порівнянні 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 з 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).

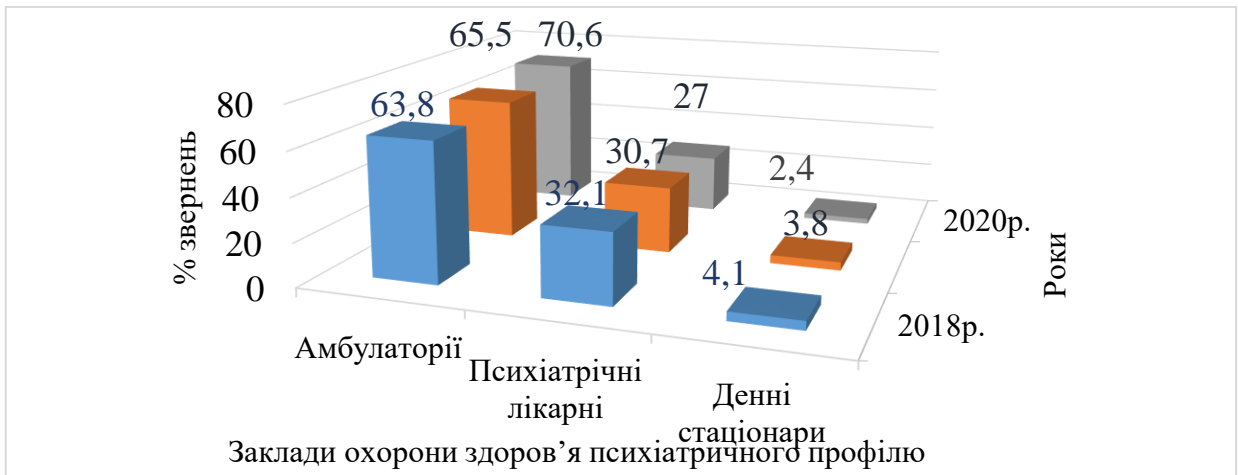


Рисунок 4.2 – Кількість звернень щодо надання психіатричної допомоги в ЗОЗ ПП в Україні протягом періоду 2018-2020 рр., %.

В таблиці № 1 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% чоловіків. Водночас лікувалися в психіатричних лікарнях ЗОЗ ПП від 32,8% до 34,7% пацієнтів жінок, що значно менше за відсоток 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 <u>амбулаторної</u> 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

Продовження таблиці 4.3

1	2	3	4
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	201	156
1) чоловіки	690	348	531
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:			
- діти	10 912	9 879	5 904
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

Продовження таблиці 4.3

1	2	3	4
За віковими групами:			
- діти	1 979	2 509	1 580
Всього осіб, яким надавалась психіатрична допомога у денних стаціонарах, %	5,0	6,7	7,5
- молодь	2 261	2 787	1 810
Всього осіб, яким надавалась психіатрична допомога у денних стаціонарах, %	5,8	7,5	8,6
3) особи середнього віку	9 078	7 222	3 815
Всього осіб, яким надавалась психіатрична допомога у денних стаціонарах, %	23,1	19,3	18,2
4) особи похилого віку	5 766	5 857	2 985
Всього осіб, яким надавалась психіатрична допомога у денних стаціонарах, %	14,7	15,7	14,2
Психіатрична допомога у денних стаціонарах надавалась два та більше разів на рік	4 990	4 110	2 091
Всього осіб, яким надавалась 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 штатами: психологами, психотерапевтами, соціальними працівниками як це передбачено в країнах ЄС, США та інших країнах світу, що підтверджує наші пропозиції щодо вивченого питання [485-487].

4.2 Визначення стану здоров'я медичних працівників психіатричного та загального профілю закладів охорони здоров'я за результатами аналізу оцінки здоров'я в мирний час

У преамбулі Статуту (Конституції) ВООЗ визначено: «Здоров'я – це стан повного фізичного, психічного та соціального добробуту, а не лише відсутність

хвороб та фізичних вад». ВООЗ залишається твердо відданою щодо принципу здоров'я [488].

Більше 70 років як дане твердження є основним в академічній термінології і впевнено залишатиметься там завжди. У визначення поняття увійшли три базові компоненти – фізичного, психічного та соціального добробуту, відсутність лише одного з них, неважливо тимчасово чи постійно, має глобальний вплив на життєдіяльність людини.

Для індивідуальної оцінки здоров'я індивіда не існує ідеальних інтегративних показників. Науковці звикли до покрокової оцінки певного компонента на основі великої кількості як точних досліджень, так і спеціальних тестів. Однак важливим залишається сприйняття власного здоров'я окремим індивідом.

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 психотравмуючих чинників призводять до емоційного, душевного, психологічного виснаження ресурсів індивідуума без можливості їх 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.

Саме тому, в нашому дослідженні використовувалась методика «Ставлення до здоров'я» Березовської Р. А. [280].

Дана методика містить в собі чотири різні шкали, об'єднані спеціальними блоками питань щодо видів поведінки/реакції людини на різні ситуації: когнітивна, емоційна, поведінкова та ціннісно-мотиваційна.

Медичні працівники ЗОЗ ПП, на нашу думку, в першу чергу несуть найважче навантаження на щонайменше два компоненти здоров'я, а тому підлягають першочерговій оцінці. Зазначене дослідження було проведено у мирний час, що дає можливість оцінки респондентів у нормальних умовах (без

додаткового негативного (або стресового) впливу бойових дій на території України).

Базовий аспект дослідження проведено в натурних умовах на базі КНП «Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. акад. О. І. Ющенко ВОР» як основна група та контрольна група – заклади охорони здоров'я загального профілю (м.Вінниця).

В основній групі загальна кількість респондентів склала 222 особи в мирний час. За гендерним розподілом 188 – жінки (84,68%) та 34 – чоловіки (15,32%). Середній вік МП основної групи – $40,04 \pm 12,38$ років, стаж роботи – $18,37 \pm 15,43$ років. Розподіл працівників, що взяли участь в опитуванні, за кваліфікаційними категоріями: вищої категорії – 126 (56,76%) спеціалістів, першої категорії – 31 (13,96%), другої категорії – 27 (12,16%), без категорії – 38 (17,12%) спеціалістів.

Отже, контрольну групу сформовано з МП ЗОЗ ЗП, загальною кількістю 96 осіб. Серед них – 73 (76%) жінки та 23 (24%) чоловіка. Середній вік респондентів склав $38,36 \pm 11,0$ років, стаж роботи – $18,45 \pm 11,61$ років. Відповідно до стажу роботи розподіл за кваліфікаційними категоріями наступний: вищої категорії – 53 (55%), першої категорії – 10 (10%), другої категорії – 12 (13%), без категорії – 21 (22%) спеціаліста (рис. 4.3).

Для подальшої зручності аналізу даних стаж роботи респондентів нами було розподілено на чотири групи: до 5 років включно, від 6 до 15 років, від 16 до 30 років та стаж, понад 30 років роботи (рис. 4.4).

Отже, результати нашого дослідження «Ставлення до здоров'я» за методикою Березовської Р. А. розподілено відповідно згаданих вище блоків питань.

Когнітивний блок відповідає за обізнаність конкретної людини про поняття здоров'я в цілому, а також розуміння важливості цього розуміння 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.

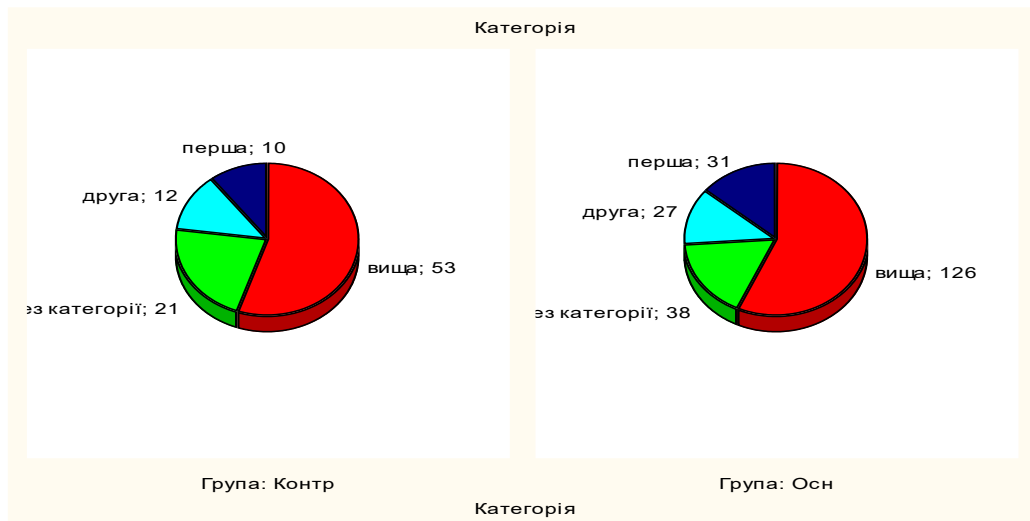


Рисунок 4.3 – Розподіл респондентів-медпрацівників основної групи (ЗОЗ ПП) та контрольної групи (ЗОЗ ЗП) за їх кваліфікаційною категорією в мирний час, %.

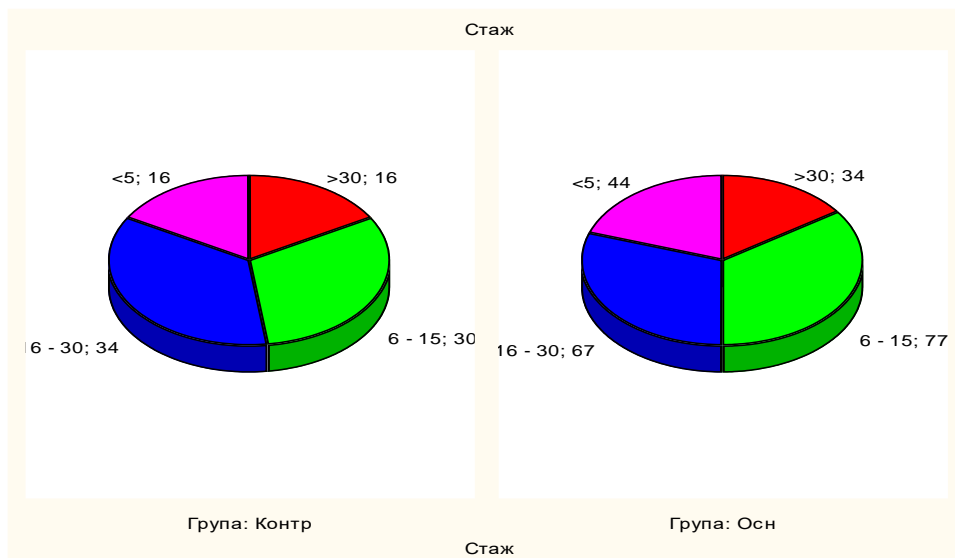


Рисунок 4.4 – Розподіл респондентів-медпрацівників основної групи (ЗОЗ ПП) та контрольної групи (ЗОЗ ЗП) за стажем роботи в мирний час, %.

При опитуванні респондентів щодо оцінки джерел інформації, які мають критичний вплив на їх обізнаність в галузі здоров'я, як в контрольній групі МП ЗОЗ ЗП, так і в основній групі МП ЗОЗ ПП, склалась стабільна ситуація з

найбільшою довірою саме до лікарів, середній бал в групі контролю $5,79 \pm 1,45$, в основній групі – $5,78 \pm 1,38$. Наступним за частотою використання респондентами джерелом стали науково-популярні книги ($4,77 \pm 2,0$ та $5,01 \pm 1,79$) і найменшу цінність мали засоби масової інформації (далі – ЗМІ) ($4,28 \pm 1,95$ та $4,24 \pm 1,76$), газети і журнали ($4,12 \pm 1,84$ та $4,24 \pm 1,77$) та друзі ($4,21 \pm 1,82$ та $4,13 \pm 1,69$) (рис. 4.5).

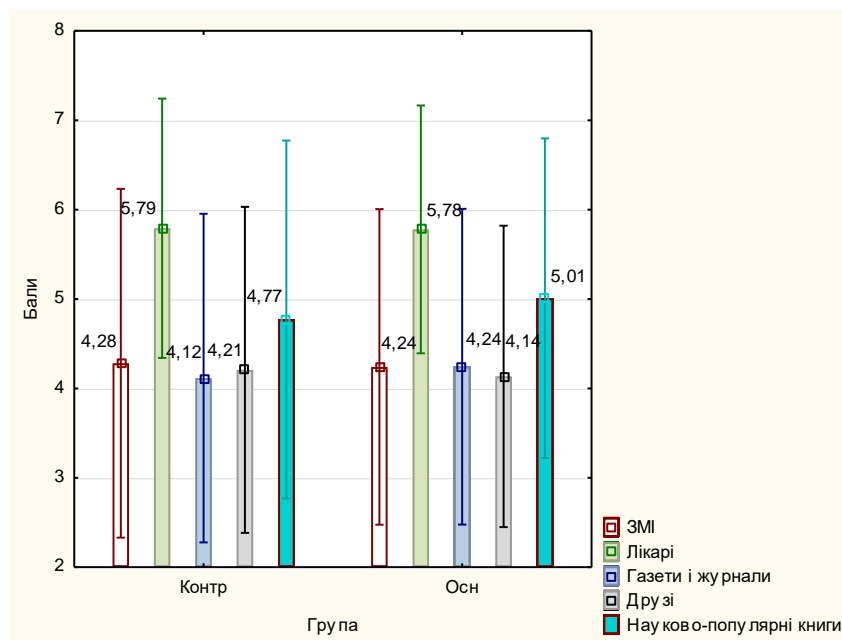


Рисунок 4.5 – Характеристика джерел медичної інформації щодо впливу на обізнаність медичних працівників ЗОЗ ПП і ЗОЗ ЗП в галузі здоров'я за ступенем довіри в мирний час, бали, $M \pm \sigma$.

При порівнянні обох груп статистично значущої різниці не виявлено по жодному з поставлених питань. Це вказує на спільно однорідне сприйняття та когнітивне розуміння МП важливості використання джерел медичної інформації для обізнаності в сфері здоров'я. В першу чергу, 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 з психічного здоров'я та сформоване позитивне ставлення до збереження 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. В свою чергу, лікарі, на відміну від СМП, віддають більшу перевагу науково-популярним книгам (таб. 4.4).

Таблиця 4.4 - Джерела інформації щодо здоров'я використовувані лікарями і СМП ЗОЗ ПП і ЗОЗ ЗП в мирний час, бали, $M \pm \sigma$

Джерела інформації	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Лікарі, n=86	СМП, n=136	Лікарі, n=1	СМП, n=95
ЗМІ	3,91±1,75	4,45±1,75*	4,28±1,95	
Лікарі	5,76±1,49	5,79±1,32	5,79±1,45	
Газети і журнали	4,48±1,8	4,1±1,73	4,16±1,84	
Друзі	4,0±1,77	4,22±1,63	4,21±1,82	
Науково-популярні книги	5,45±1,49*	4,73±1,9	4,77±2,0	

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

Слід зазначити, що за даним блоком питань в обох досліджуваних групах гендерних розбіжностей не виявлено.

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 (рис. 4.6).

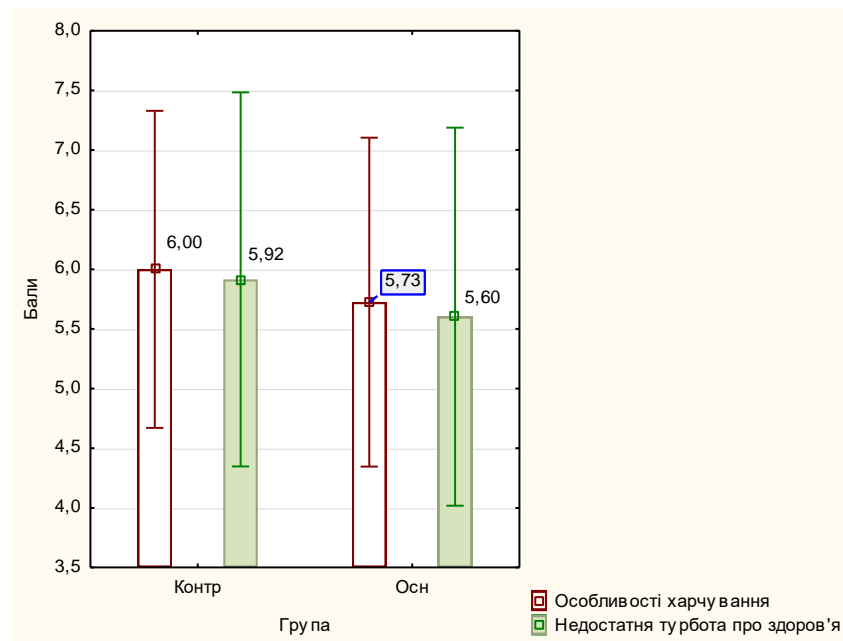


Рисунок 4.6 – Бальна оцінка чинників, які мають найбільший вплив на особисте здоров'я медичних працівників ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП за суб'єктивною оцінкою в мирний час, бали, $M\pm\sigma$.

При порівнянні обох досліджуваних груп 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 фактором впливу на здоров'я людини ($U=2422,0$; $Z=2,35$; $p < 0,05$) (таб. 4.5).

Таблиця 4.5 - Суб'єктивна оцінка чинників, які впливають на стан здоров'я лікарів та СМП ЗОЗ за гендерним розподілом в мирний час, бали, $M \pm \sigma$

Чинники	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Жінки, n=188	Чоловіки, n=34	Жінки, n=78	Чоловіки, n=25
Якість медичного обслуговування	5,56±1,61	5,26±1,73	5,65±1,59	5,77±1,11
Екологічне середовище	5,83±1,44*	5,23±1,56	5,81±1,6	5,96±1,26
Професійна діяльність	5,37±1,51	5,21±1,55	5,53±1,75	5,74±1,05
Особливості харчування	5,81±1,28	5,23±1,78	5,94±1,44	6,17±0,89
Шкідливі звички	5,03±2,14	5,06±2,01	5,28±2,06	5,48±1,93
Спосіб життя	6,0±1,33	5,71±1,62	5,93±1,67	6,35±0,88
Недостатня турбота про здоров'я	5,61±1,58	5,56±1,62	5,9±1,67	5,96±1,22

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

Чинники, які впливають на здоров'я медичних працівників ЗОЗ відображено у таблиці 4.6.

Емоційний блок передбачав оцінювання рівня реактивності та переживань, які супроводжують респондентів при зміні їх стану здоров'я або погіршенні

самопочуття.

Перше питання блоку стосувалось найчастішого відчуття у опитуваного за умов благополучного здоров'я. Як видно на рисунку 4.7, 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.

Таблиця 4.6 - Чинники, які впливають на здоров'я медичних працівників ЗОЗ ПП і ЗОЗ ЗП в мирний час, за суб'єктивною оцінкою респондентів, бали, $M\pm\sigma$

Чинники	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Лікарі, n=86	СМП, n=136	Лікарі, n=1	СМП, n=95
Якість медичного обслуговування	5,3±1,77	5,65±1,52	5,68±1,49	
Екологічне середовище	5,51±1,57	5,88±1,39	5,85±1,53	
Професійна діяльність	5,18±1,57	5,46±1,47	5,58±1,61	
Особливості харчування	5,41±1,49	5,93±1,27 *	5,99±1,33	
Шкідливі звички	4,79±2,11	5,19±2,11	5,32±2,03	
Спосіб життя	5,99±1,41	5,94±1,37	6,02±1,53	
Недостатня турбота про здоров'я	5,76±1,5	5,51±1,63	5,91±1,58	

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

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 (табл. 4.7).

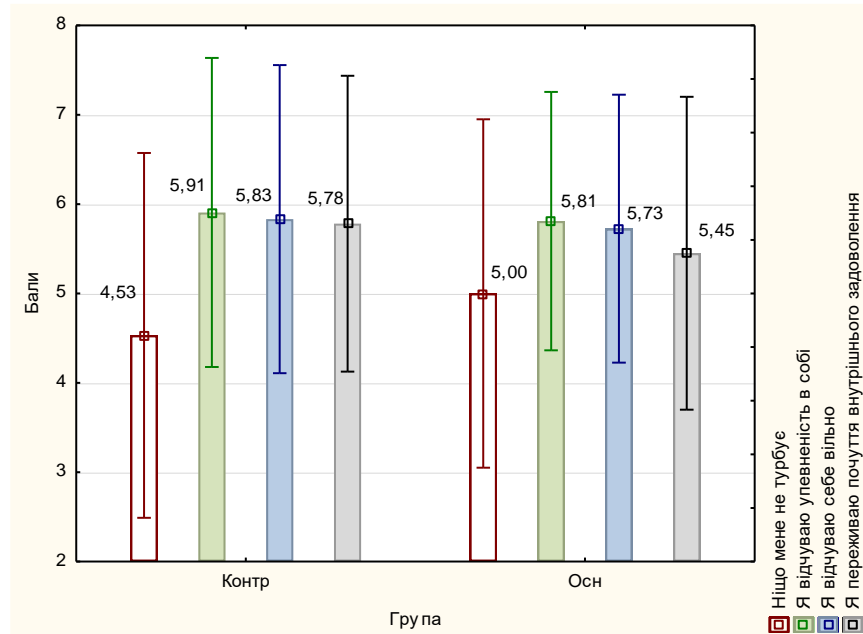


Рисунок 4.7 – Характеристика емоційного компонента медичних працівників ЗОЗ ПП та медпрацівників ЗОЗ ЗП, які брали участь у дослідженні в мирний час, бали, $M \pm \sigma$.

Таблиця 4.7 - Порівняльна характеристика емоційного компонента медичних працівників ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП, які брали участь у дослідженні в залежності від статі в мирний час, бали, $M \pm \sigma$

Емоційний компонент	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Жінки, n=188	Чоловіки, n=34	Жінки, n=78	Чоловіки, n=25
1	2	3	4	5
Я спокійний	6,05±1,5	6,12±1,01	5,92±1,88	6,48±0,95
Я задоволений	6,06±1,45	6,0±1,1	5,94±1,73	6,43±0,9
Я щасливий	6,1±1,4	6,06±1,04	5,96±1,72	6,39±0,94

У таблиці 4.8 ми спостерігали під час професійної діяльності зміни емоційного компонента в мирний час, як у лікарів, так і у СМП ЗОЗ.

Продовження таблиці 4.7

1	2	3	4	5
Мені радісно	5,78±1,59	5,44±1,52	5,68±1,88	6,04±1,15
Мені ніщо не загрожує	5,62±1,82	5,12±1,95	5,37±1,93	5,87±1,25
Мені це байдуже	3,52±2,3	3,53±2,08	3,17±2,05	3,22±1,78
Ніщо мене не турбує	5,02±1,95	4,88±1,95	4,25±2,05	5,43±1,75*
Я відчуваю упевненість в собі	5,77±1,49	6,03±1,16	5,85±1,88	6,09±1,12
Я відчуваю себе вільно	5,71±1,53	5,79±1,34	5,78±1,86	6,0±1,24
Я переживаю почуття внутрішнього задоволення	5,52±1,73	5,06±1,86	5,75±1,79	5,87±1,14

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

Таблиця 4.8 - Порівняльна характеристика емоційного компонента медичних працівників ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП, які брали участь у дослідженні залежно від сфери діяльності в мирний час, бали, $M \pm \sigma$

Емоційний компонент	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Лікарі, n=86	СМП, n=136	Лікарі, n=1	СМП, n=95
Я спокійний	6,16±1,02	5,99±1,64	6,04±1,72	
Я задоволений	6,19±1,06	5,97±1,58	6,06±1,59	
Я щасливий	6,08±1,09	6,1±1,5	6,06±1,58	
Мені радісно	5,74±1,38	5,72±1,7	5,78±1,74	
Мені ніщо не загрожує	5,51±1,8	5,57±1,88	5,5±1,8	
Мені це байдуже	3,43±2,12	3,58±2,35	3,17±1,99	
Ніщо мене не турбує	5,05±1,79	4,97±2,05	4,5±2,04	
Я відчуваю упевненість в собі	5,92±1,2	5,74±1,58	5,89±1,73	
Я відчуваю себе вільно	5,8±1,35	5,68±1,59	5,82±1,73	
Я переживаю почуття внутрішнього задоволення	5,29±1,85	5,55±1,68	5,8±1,65	

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

Різниця у відповідях за професійною ознакою в обох групах не спостерігалася.

По даному блоку 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 даних 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. Розподіл по групах продемонстровано на рисунку 4.8. Найвищий бал спостерігався в обох досліджуваних групах по підпункту «Я засмучений» ($m(k)=4,68\pm 2,01$; $m(o)=4,57\pm 1,93$), найнижчий бал відповідає підпункту «Мені соромно» ($m(k)=2,74\pm 1,89$; $m(o)=2,46\pm 1,81$).

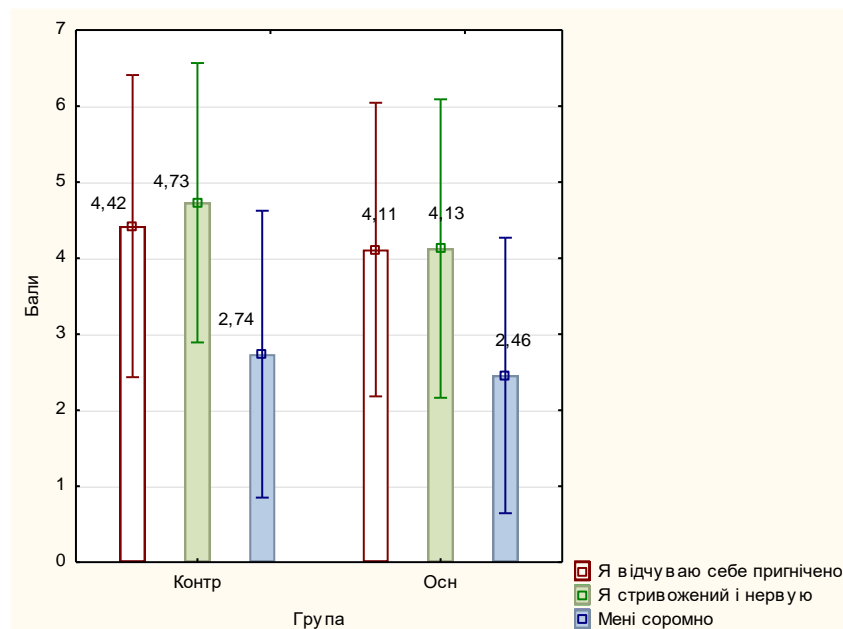


Рисунок 4.8 – Суб'єктивна оцінка емоційних реакцій медичних працівників ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП, на погіршення їх стану здоров'я в мирний час, бали, $M\pm\sigma$.

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 ЗП 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 їх 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. Як видно з отриманих графіків, середні показники більшості підпунктів є відносно низькими, що вказує на обмежене застосування великої кількості профілактичних заходів для підтримки здоров'я в цілому. Також, привертає до себе увагу візуально нижча зацікавленість профілактичними заходами щодо свого здоров'я працівниками ЗОЗ ПП.

Різниця між досліджуваними підгрупами прослідковується по декількох важливих підпунктах: респонденти основної групи статистично рідше «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 ($m(k)=3,09\pm 1,91$; $m(o)=2,41\pm 1,98$; $U=8414,0$; $Z=3,18$; $p<0,001$) (рис. 4.9).

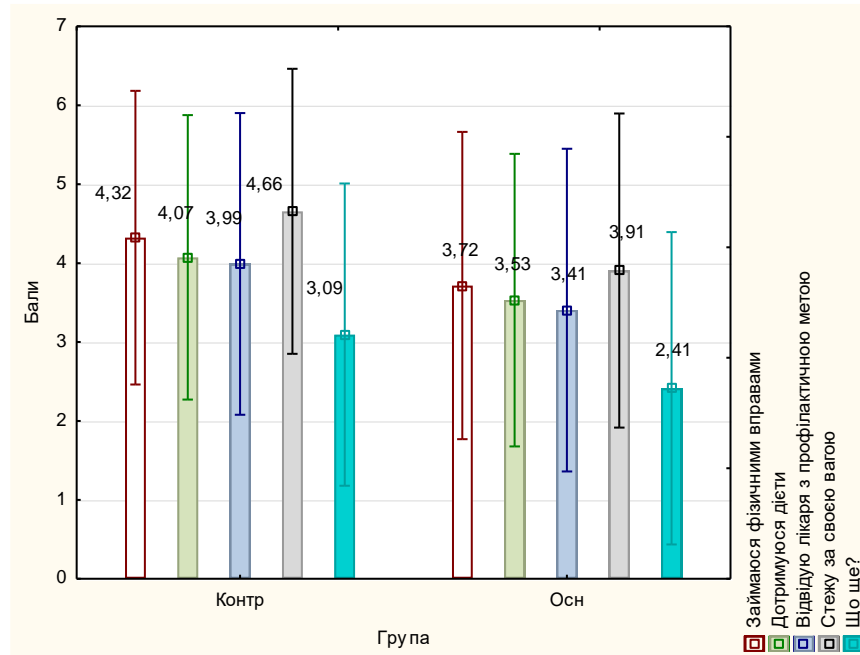


Рисунок 4.9 – Суб’єктивна оцінка поведінкових реакцій медичних працівників ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП щодо профілактичних заходів зміцнення їх здоров’я в мирний час, бали, $M \pm \sigma$.

Статистичні розбіжності також спостерігаються між лікарями та СМП ЗОЗ ПП. Так, лікарі частіше ніж СМП ЗОЗ ПП «виконання фізичних вправ», дотримуються дієти, піклуються про режим, а також уникають шкідливих звичок (табл. 4.9).

Нами встановлено гендерні особливості МП за ставленням до профілактичних заходів для покращення власного здоров’я в мирний час (табл. 4.10).

Даний блок виявився цікавим за гендерним розподілом первинних даних виявляється даний блок: 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 ($U=552,0$; $Z=-2,59$; $p<0,05$).

Таблиця 4.9 - Профілактичні заходи в мирний час, які проводять лікарі та СМП ЗОЗ щодо власного здоров'я в мирний час, бали, $M \pm \sigma$

Заходи	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Лікарі, n=86	СМП, n=136	Лікарі, n=1	СМП, n=95
Виконуються фізичні вправи	4,1±1,96*	3,47±1,9	4,32±1,86	
Дотримуюся дієти	3,89±1,84*	3,3±1,83	4,07±1,8	
Піклуюся про режим	4,03±1,74*	3,49±1,76	3,98±1,66	
Загартовуюсь	2,95±1,97	2,51±1,76	2,98±1,83	
Відвідую лікаря з профілактичною метою	3,2±2,04	3,54±2,04	3,99±1,91	
Стежу за своєю вагою	3,79±2,07	3,98±1,94	4,66±1,8	
Ходжу в лазню	2,94±2,19	2,44±1,77	2,83±2,04	
Уникаю шкідливих звичок	5,06±1,95*	4,3±2,31	4,92±2,17	
Відвідую спортивні секції	2,8±2,25	2,62±1,89	3,16±2,07	
Практикую спеціальні оздоровчі системи	2,32±2,05	2,35±1,85	2,89±2,08	
Щось ще	2,29±2,02	2,49±1,95	3,09±1,91	

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

Таблиця 4.10 - Порівняльна характеристика бальної оцінки профілактичних заходів, які проводили медичні працівники ЗОЗ в мирний час щодо власного свого здоров'я залежно від статі, бали, $M \pm \sigma$

Заходи	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Жінки, n=188	Чоловіки, n=34	Жінки, n=78	Чоловіки, n=25
1	2	3	4	5
Виконуються фізичні вправи	3,58±1,89	4,44±2,09*	4,16±1,89	4,83±1,72
Дотримуюся дієти	3,49±1,82	3,76±2,06	4,14±1,85	3,87±1,66
Піклуюся про режим	3,64±1,74	4,06±1,94	3,92±1,73	4,17±1,43
Загартовуюсь	2,51±1,73	3,62±2,22*	2,9±1,92	3,22±1,51
Відвідую лікаря з профілактичною метою	3,45±2,03	3,15±2,13	4,0±1,95	3,96±1,82

Продовження таблиці 4.10

1	2	3	4	5
Стежу за своєю вагою	3,91±1,96	3,85±2,16	4,63±1,92	4,74±1,42
Ходжу в лазню	2,56±1,87	3,06±2,36	2,52±1,92	3,83±2,12*
Уникаю шкідливих звичок	4,56±2,23	4,79±2,07	4,88±2,15	5,04±2,27
Відвідую спортивні секції	2,65±1,99	2,88±2,27	2,99±2,04	3,7±2,1
Практикую спеціальні оздоровчі системи	2,34±1,9	2,32±2,11	2,79±2,03	3,22±2,23
Щось ще	2,48±2,02	2,06±1,72	3,08±1,99	3,13±1,69

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

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 приймаю заходи», що, на нашу думку, тісно та глибинно пов'язане з професійними особливостями МП ($m(\kappa) = 5,32 \pm 1,62$; $m(o) = 5,02 \pm 1,62$) (рис. 4.10).

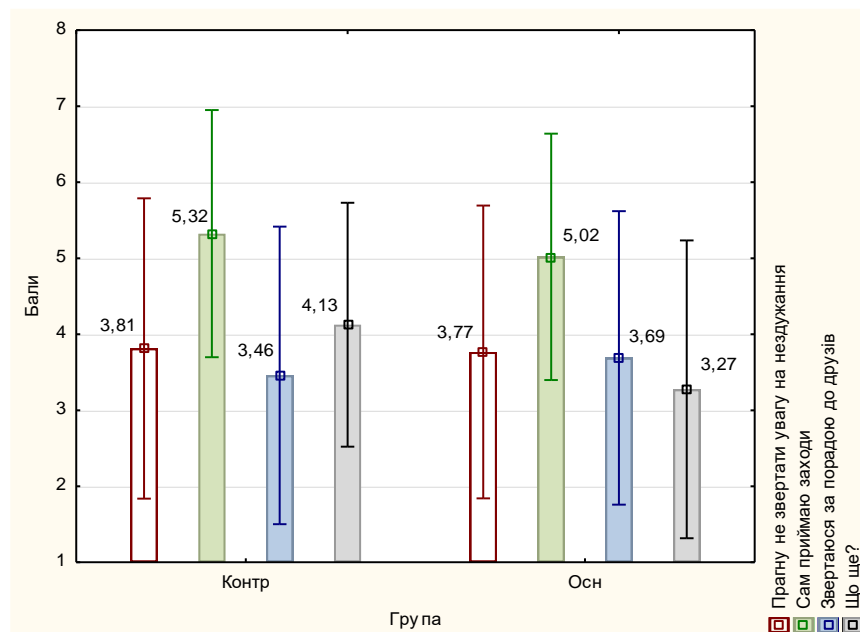


Рисунок 4.10 – Суб'єктивна оцінка поведінкових реакцій медичних працівників ЗОЗ на погіршення їх стану здоров'я (за результатами дослідження) в мирний час, бали, $M \pm \sigma$.

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?» ($U=3888,5$; $Z=-4,27$; $p<0,001$) (табл. 4.11).

Таблиця 4.11 - Порівняльна характеристика поведінкових реакцій медичних працівників ЗОЗ на погіршення їх власного стану здоров'я в залежності від статі в мирний час, бали, $M \pm \sigma$

Заходи	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Лікарі, n=86	СМП, n=136	Лікарі, n=1	СМП, n=95
Прагну не звертати увагу на нездужання	3,73±1,8	3,79±2,01	3,81±1,97	
Сам приймаю заходи	5,29±1,59*	4,85±1,62	5,32±1,62	
Звертаюся за порадою до друзів	3,76±1,95	3,65±1,93	3,46±1,96	
Щось ще	2,58±1,77	3,71±1,95*	4,12±1,6	

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

Жінки-респонденти ЗОЗ ЗП частіше за чоловіків самі приймають певні заходи при погіршенні здоров'я ($U=606,5$; $Z=2,06$; $p<0,05$), водночас чоловіки більше схильні звертатися за порадою до друзів ($U=589,5$; $Z=-2,18$; $p<0,05$) (табл. 4.12).

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 включає поширені загальнолюдські цінності з відміткою найбільш значимих з них нашими респондентами. Хоча і більшість показників знаходяться у високих рангах для обох груп дослідження (рис. 4.11), 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, найнижчі показники, хоча все одно високі, відмічено у «визнанні тих, хто оточує» ($m(k)=5,62\pm 1,59$; $m(o)=5,33\pm 1,46$).

Таблиця 4.12 - Суб'єктивна оцінка заходів, які проводять медичні працівники ЗОЗ в мирний час залежно від статі для покращення свого здоров'я, бали, $M\pm\sigma$

Заходи	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Жінки, n=188	Чоловіки, n=34	Жінки, n=78	Чоловіки, n=25
Прагну не звертати увагу на нездужання	3,85±1,93	3,29±1,83	3,78±1,99	3,91±1,97
Сам приймаю заходи	5,04±1,58	4,88±1,84	5,48±1,61	4,83±1,61
Звертаюся за порадою до друзів	3,73±1,92	3,44±2,0	3,22±1,94	4,22±1,83*
Щось ще	3,32±1,95	3,03±2,02	4,0±1,69	4,52±1,24

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

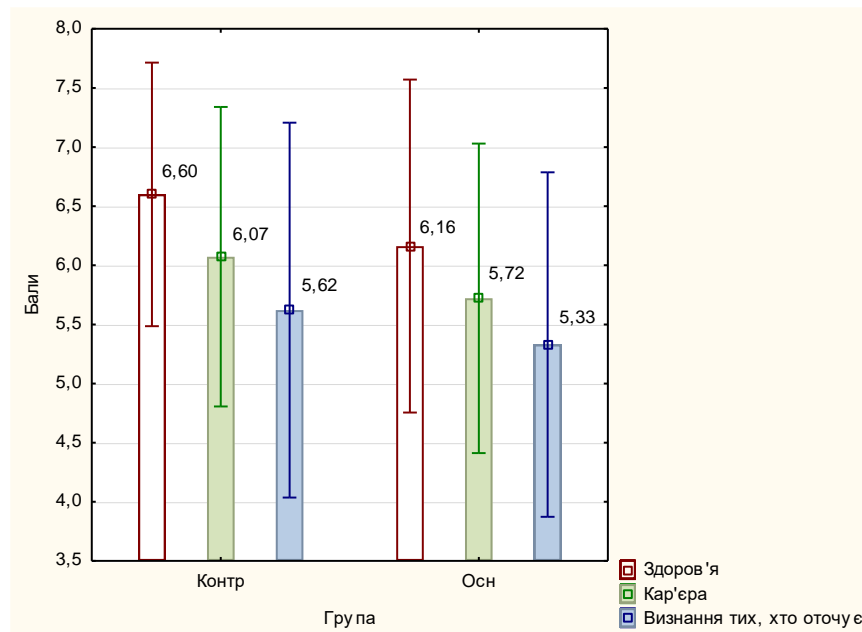


Рисунок 4.11 – Бальна оцінка ціннісно-мотиваційного компонента медичних працівників ЗОЗ на погіршення їх стану здоров'я в мирний час, бали, $M\pm\sigma$.

Згідно U – критерію Манна-Уїтні, вагома різниця у відповідях респондентів обох груп дослідження спостерігалася в оцінці «здоров'я», «кар'єри» та «визнані 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'єрі ($U=8717,5$; $Z=2,7$; $p<0,05$) та визнанню людей, що оточують ($U=8922,5$; $Z=2,17$; $p<0,05$).

Специфічних гендерних або професійних проявів за даним 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 середньо важливе значення, а найнижче середнє спостерігалось у підпункті «потрібні зв'язки» ($m(k)=5,47\pm 1,6$; $m(o)=5,31\pm 1,53$) (рис. 4.12).

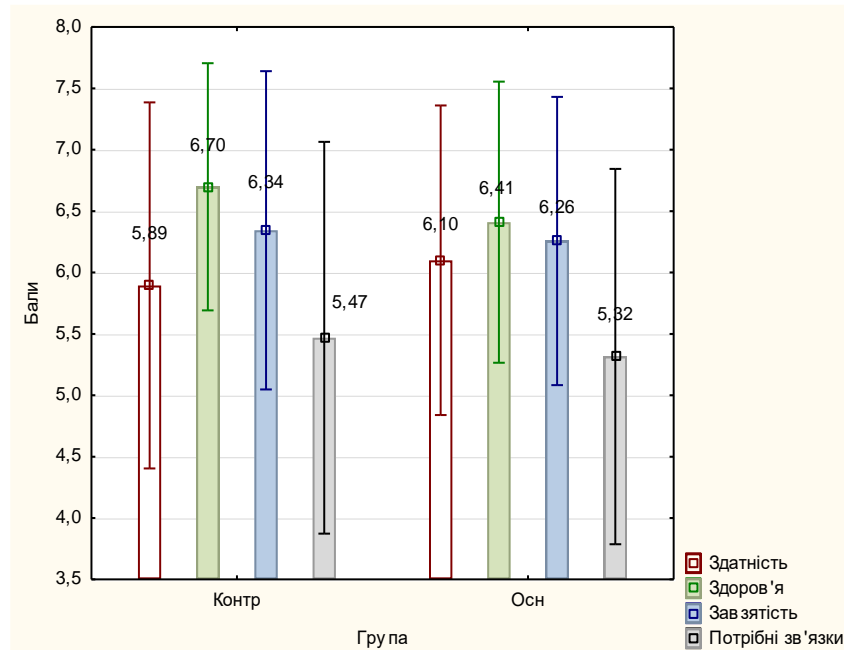


Рисунок 4.12 – Бальна оцінка ціннісно-мотиваційного компонента у медичного персоналу ЗОЗ щодо визначення місця особистого здоров'я в своїй ієрархії цінностей в мирний час, бали, $M\pm\sigma$.

Лише показник здоров'я виявляється статистично вагома та вказує на більшу прихильність респондентів контрольної групи до нього, як 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 схильний до такого фактора як «потрібні зв'язки» ($U=4789,0$; $Z=-2,33$; $p<0,05$) (таб. 4.13).

Таблиця 4.13 - Суб'єктивна оцінка структури ціннісно-мотиваційного компонента серед лікарів та СМП ЗОЗ щодо визначення місця особистого здоров'я в своїй ієрархії цінностей в мирний час, бали, $M \pm \sigma$

Ціннісно-мотиваційні компоненти	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Лікарі, n=86	СМП, n=136	Лікарі, n=1	СМП, n=95
Хороша освіта	6,49±0,75*	5,75±1,45	5,94±1,35	
Матеріальний достаток	5,72±1,29	5,72±1,35	5,49±1,43	
Здатність	6,15±1,16	6,07±1,32	5,89±1,49	
Везіння	5,8±1,31	5,9±1,44	5,99±1,25	
Здоров'я	6,45±0,95	6,38±1,25	6,7±1,01	
Завзятість	6,41±0,92	6,16±1,3	6,34±1,3	
Потрібні зв'язки	5,03±1,54	5,49±1,5*	5,47±1,6	

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

Водночас, за даними питаннями серед усіх працівників досліджуваних ЗОЗ гендерних розбіжностей не спостерігалось (табл. 4.14).

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» ($m(k)=3,3 \pm 1,81$; $m(o)=2,63 \pm 1,71$) (рис. 4.13).

Таблиця 4.14 - Порівняльна оцінка структури ціннісно-мотиваційного компонента залежно від статі медичних працівників ЗОЗ щодо визначення місця особистого здоров'я в своїй ієрархії цінностей в мирний час, бали, $M \pm \sigma$

Ціннісно-мотиваційні компоненти	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Жінки, n=188	Чоловіки, n=34	Жінки, n=78	Чоловіки, n=25
Хороша освіта	6,02±1,28	6,15±1,28	6,0±1,33	5,74±1,42
Матеріальний достаток	5,75±1,33	5,53±1,31	5,4±1,46	5,78±1,31
Здатність	6,1±1,28	6,12±1,17	5,83±1,59	6,09±1,12
Везіння	5,87±1,39	5,82±1,42	6,05±1,27	5,78±1,2
Здоров'я	6,41±1,18	6,41±0,96	6,71±0,98	6,65±1,11
Завзятість	6,2±1,22	6,56±0,79	6,36±1,39	6,3±0,97
Потрібні зв'язки	5,36±1,54	5,09±1,46	5,41±1,72	5,65±1,11

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

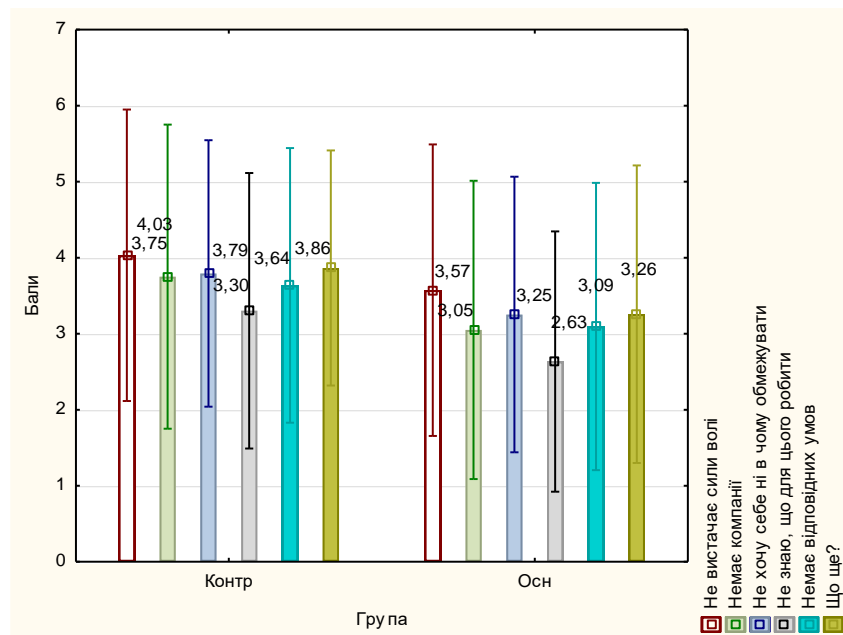


Рисунок 4.13 – Суб'єктивна оцінка ціннісно-мотиваційного компонента медичних працівників ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП щодо причин погіршення стану здоров'я в мирний час, бали, $M \pm \sigma$.

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 ($U=8792,5$; $Z=2,52$; $p<0,05$), незнані, 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 ($U=8752,5$; $Z=2,58$; $p<0,05$) (табл. 4.15).

Таблиця 4.15 - Порівняльна оцінка структури ціннісно-мотиваційного компонента у медичних працівників ЗОЗ щодо визначення місця особистого здоров'я в ієрархії цінностей в їхньому житті в мирний час, бали, $M \pm \sigma$

Ціннісно-мотиваційний компонент	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Лікарі, n=86	СМП, n=136	Лікарі, n=1	СМП, n=95
У цьому немає потреби, оскільки я здоровий	3,59±1,88	3,47±1,68	3,45±1,82	
Не вистачає сили волі	3,53±1,96	3,6±1,89	4,02±1,92	
У мене немає на це часу	4,03±1,95	3,98 ±1,81	4,15±1,84	
Немає компанії	3,15±1,97	2,98±1,96	3,73±2,0	
Не хочу себе ні в чому обмежувати	3,01±1,83	3,4±1,79	3,8±1,76	
Не знаю, що для цього робити	2,51±1,69	2,71±1,73	3,33±1,81	
Немає відповідних умов	2,93±1,96	3,2±1,84	3,66±1,8	
Необхідність великих матеріальних витрат	3,43±1,98	4,06±2,01*	3,98±2,06	
Є важливіші справи	3,43±1,94	3,81±1,97	3,7±1,87	
Щось ще	2,84±1,92	3,52±1,94*	3,86±1,55	

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

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 перепорою в догляді за власним здоров'ям статистично частіше у жінок, що працюють в умовах ЗОЗ ПП ($U=2421,0$; $Z=2,03$; $p<0,05$).

Загальна інтерпретація показників по блоках даного опитувальника вказана в наступному графіку (рис. 4.14).

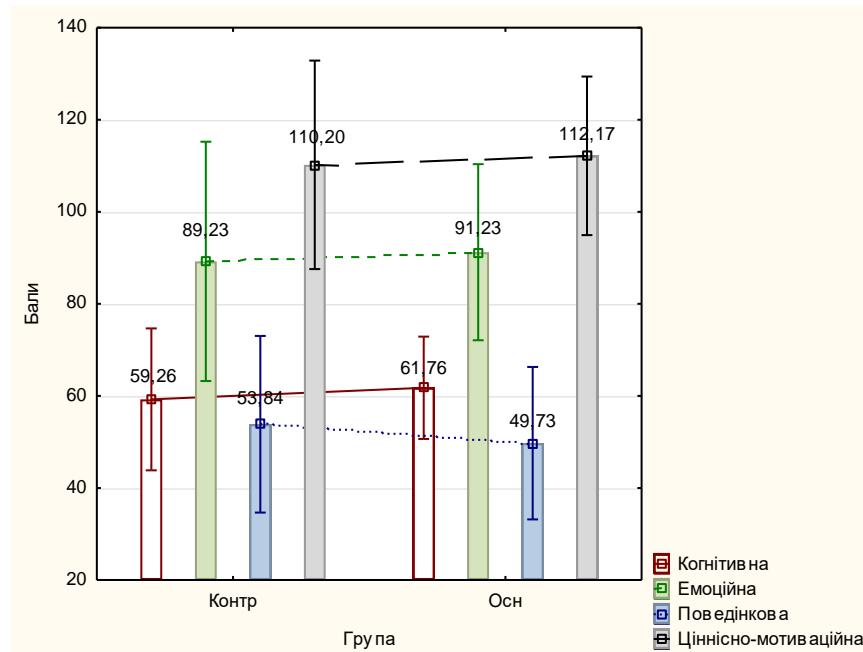


Рисунок 4.14 – Загальна бальна оцінка усіх компонентів (емоційного, поведінкового, ціннісно-мотиваційного) погіршення стану здоров'я респондентів ЗОЗ ПП та ЗП ЗОЗ в мирний час, бали, $M \pm \sigma$.

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, спрямованих на корекцію виявлених у здоров'ї порушень ($p>0,05$).

Таким чином, за результатами проведеного анкетування мною 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 важав 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 в порівнянні 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 «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 ($U=8414,0$; $Z=3,18$; $p<0,001$) в порівнянні з медичними працівниками ЗОЗ ЗП. За гендерним розподілом чоловіки ЗОЗ ПП суттєво частіше загартовуються ($U=2291,0$; $Z=-2,72$; $p<0,05$) та «виконання фізичних вправ» ($U=2441,5$; $Z=-2,22$; $p<0,05$) 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'єрі ($U=8717,5$; $Z=2,7$; $p<0,05$) 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 [489-490].

4.3 Обґрунтування критеріїв змін психофізіологічного стану медичного персоналу закладів охорони здоров'я психіатричного профілю та медичних працівників загального профілю в залежності від стажу їх трудової діяльності в мирний час

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 з психологічної точки зору, використано

модифіковану версію тесту BMSII Пласа і Ріхтера – методика Леонової А. та Велічковської С. [283, 284]. В даному дослідженні ми робимо особливий акцент можливого впливу тривалості роботи на зміни психофізичного стану здоров'я медичних працівників ЗОЗ. Підгрупи було розподілено відповідно стажу роботи: менше 5 років, від 6 до 15 років, від 16 до 30 років та більше 30 років. Для оцінки статистичної різниці в показниках обраного тесту для множинних груп було застосовано непараметричну оцінку за Крускаллом-Уоллісом.

Показник втоми за обраною методикою Леонової А. та Велічковської С. демонструє, рівномірний розподіл даних серед респондентів усіх когорт стажу роботи, що видно на наступному рисунку 4.15. Оцінювані показники відповідають помірному ступеню вираженості даного стану.

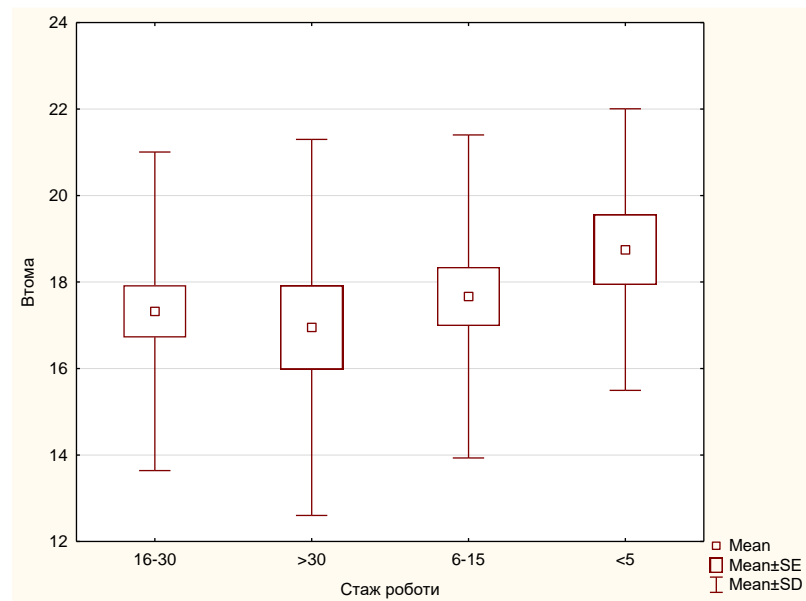


Рисунок 4.15 – Диференційна оцінка працездатності медичних працівників ЗОЗ ЗП за ступенем вираженості Індекса стомлення в залежності від стажу роботи в мирний час, бали, $M \pm \sigma$.

Незначна тенденція до збільшення показника втоми спостерігалася в підгрупі зі стажем роботи менше 5 років, що, ймовірно, потребує більш поглибленого якісного аналізу. Проте, зазначена тенденція не значуща $p > 0,05$, таблиця 4.16.

Таблиця 4.16 - Порівняльна оцінка втоми в залежності від стажу роботи медичних працівників ЗОЗ ЗП в мирний час

Стаж роботи	Кількість	Сума рангів	Середній ранг
<5	16	1012,0	63,25
6-15	30	1615,5	53,85
16-30	37	1801,5	48,69
>30	20	927,0	46,35

Примітка. Контрольна група «Втома» Kruskal-Wallistest: $H(3, N=103) = 3,58$ $p = 0,3102$.

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 малоїмовірність залежності даного фактору від досвіду МП. Хоча сам індекс монотонії знаходиться у помірно вираженому стані (рис. 4.16).

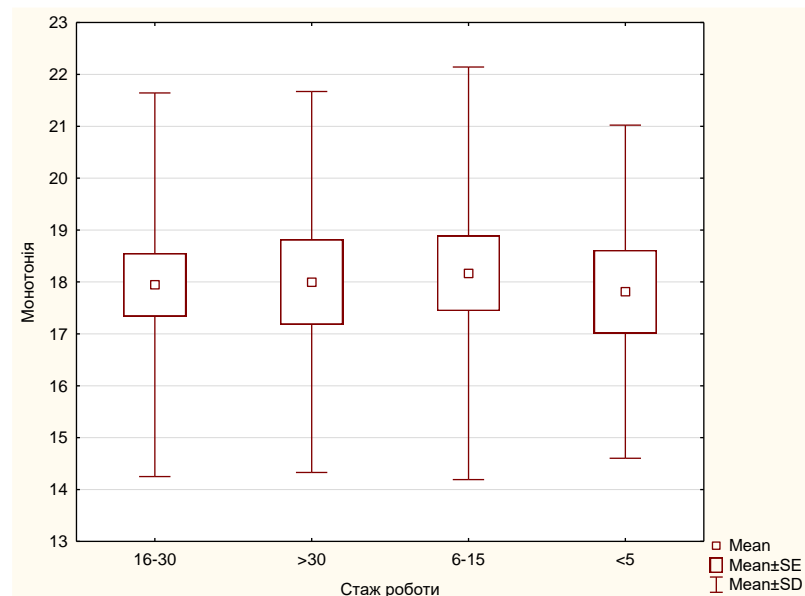


Рисунок 4.16 – Диференційна оцінка працездатності медичних працівників ЗОЗ ЗП за ступенем вираженості Індекса монотонії в залежності від стажу роботи в мирний час, бали, $M \pm \sigma$.

Як видно з таблиці 4.17, середній ранг респондентів кожної когорти стажу практично рівний по ступеню вираженості монотонії, що вказує на відсутність статистичної різниці між усіма підгрупами $p > 0,05$.

Таблиця 4.17 - Порівняльна оцінка вираженості монотонії в залежності від стажу роботи медичних працівників ЗОЗ ЗП в мирний час

Стаж роботи	Кількість	Сума рангів	Середній ранг
16-30	37	1876,0	50,7
>30	20	1077,5	53,87
6-15	30	1579,0	52,63
<5	16	823,5	51,47

Примітка. Контрольна група «Монотонія» Kruskal-Wallistest: $H(3, N=103) = 0,169$ $p = 0,9824$.

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 проявляється у вираженому прагненні припинити роботу (відмова від діяльності) або внести різноманітність до заданого стереотипного виконання.

Психічне пересичення під час трудового навантаження, у своїй більшості (рис. 4.17), також є помірним серед досліджуваних контрольної групи.

Внутрішньогрупове порівняння рангових показників (таб. 4.18) 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 або 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).

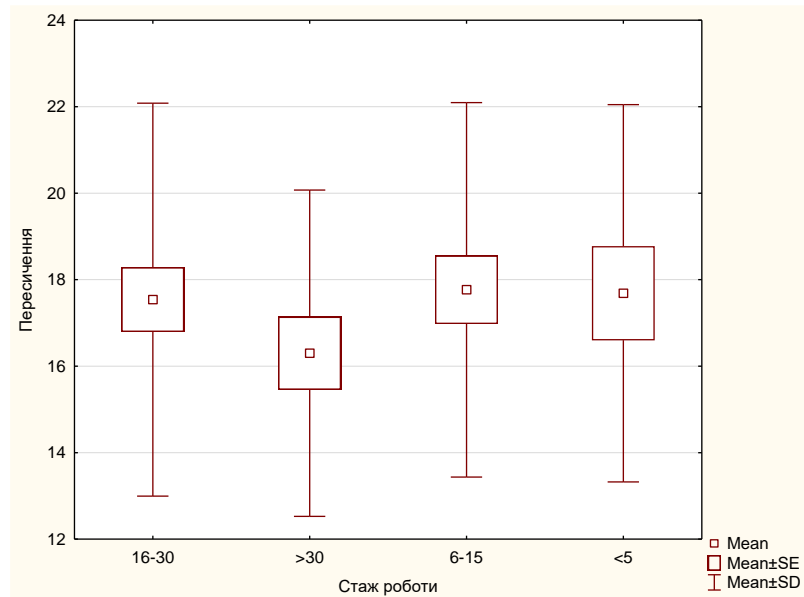


Рисунок 4.17 – Диференційна оцінка працездатності медичних працівників ЗОЗ ЗП за ступенем вираженості Індекса психічного пересичення в залежності від стажу роботи в мирний час, бали, $M \pm \sigma$.

Таблиця 4.18 - Порівняльна оцінка рангових показників у респондентів ЗОЗ ЗП в залежності від стажу роботи в ЗОЗ в мирний час

Стаж роботи	Кількість	Сума рангів	Середній ранг
16-30	37	1942,0	52,49
>30	20	882,5	44,12
6-15	30	1673,5	55,78
<5	16	858,0	53,62

Примітка. Контрольна група «Психічного пересичення» Kruskal-Wallistest: $H(3, N=103) = 1,94, p = 0,5850$.

Стрес або напруженість в даній 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.

Хоча статистично вагома різниця між показниками усіх чотирьох когорт

дослідження відсутня, певна тенденція до підвищення показника стресу у медичних спеціалістів зі стажем роботи менше 5 років та до 15 років має місце $p > 0,05$ у таблиці 4.19.

Таблиця 4.19 - Порівняльна оцінка показників стресу у респондентів ЗОЗ ЗП в залежності від стажу роботи в ЗОЗ в мирний час

Стаж роботи	Кількість	Сума рангів	Середній ранг
16-30	37	1710,5	46,23
>30	20	913,0	45,65
6-15	30	1714,5	57,15
<5	16	1018,0	63,62

Примітка. Контрольна група «Стрес» Kruskal-Wallistest: $H(3, N=103) = 5,63$ $p = 0,1309$.

Втома представників основної групи дослідження, в середньому, знаходиться в помірному ступені процесу. Розподіл даних по підгрупах стажу роботи, в цілому, рівноцінний, що продемонстровано на рисунку 4.18.

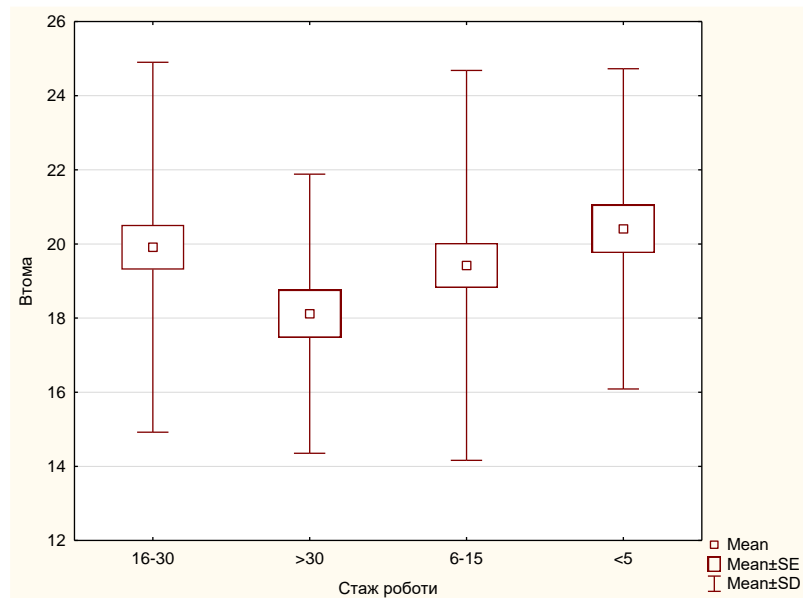


Рисунок 4.18 – Диференційна оцінка працездатності медичних працівників ЗОЗ ЗП за ступенем вираженості Індекса стомлення в залежності від стажу роботи в мирний час, бали, $M \pm \sigma$.

Статистично вагома різниця між показниками підгруп дослідження не прослідковується. Тенденція до більшої стомленості від роботи (табл. 4.20) можлива у групі медпрацівників зі стажем роботи менше 5 років ($p > 0,05$).

Таблиця 4.20 - Порівняльна оцінка втоми залежно від стажу роботи медичних працівників ЗОЗ ПП в мирний час

Стаж роботи	Кількість	Сума рангів	Середній ранг
16-30	68	8017,0	117,9
>30	34	3092,0	90,94
6-15	76	8318,5	109,45
<5	44	5325,5	121,03

Примітка. Основна група «Втома» Kruskal-Wallistest: $H(3, N=222) = 5,23, p = 0,1559$.

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 (рис. 4.19).

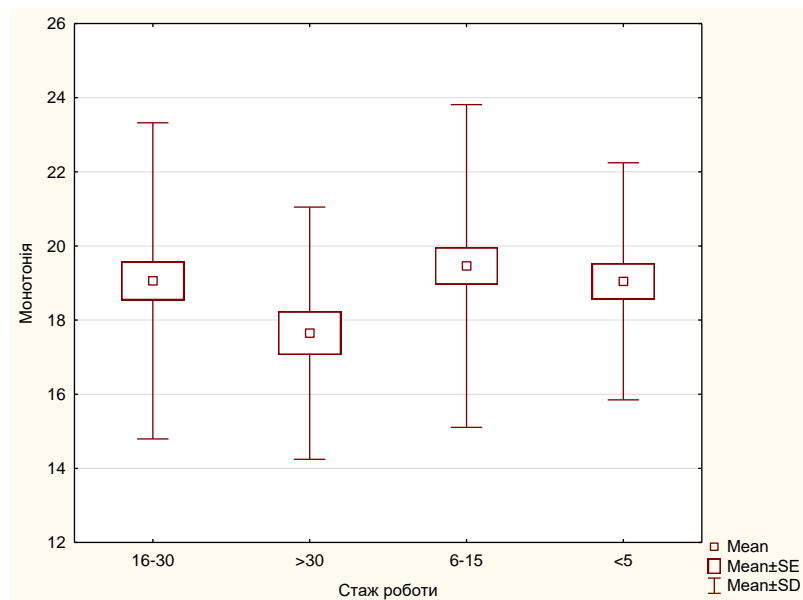


Рисунок 4.19 – Диференційна оцінка працездатності медичних працівників ЗОЗ ПП за ступенем вираженості Індекса монотонії в залежності від стажу роботи в мирний час, бали, $M \pm \sigma$.

Порівняння середніх рангів усіх когорт за стажом роботи демонструє відсутність статистично вагомої різниці, але із незначною тенденцією до зниження показника монотонії у досвідченіших медпрацівників зі стажом роботи більше 30 років $p > 0,05$ (табл. 4.21).

Таблиця 4.21 - Порівняльна оцінка вираженості монотонії в залежності від стажу роботи медичних працівників ЗОЗ ПП в мирний час

Стаж роботи	Кількість	Сума рангів	Середній ранг
16-30	68	7696,5	113,18
>30	34	3065,0	90,15
6-15	76	8982,5	118,19
<5	44	5009,0	113,84

Примітка. Основна група «Монотонія» Kruskal-Wallis test: $H(3, N=222) = 4,72$ $p = 0,1935$.

Психічне пересичення демонструє розподіл даних, подібний до попередньо розглянутих з середніми показниками, що відповідають помірному ступеню вираженості стану (рис. 4.20).

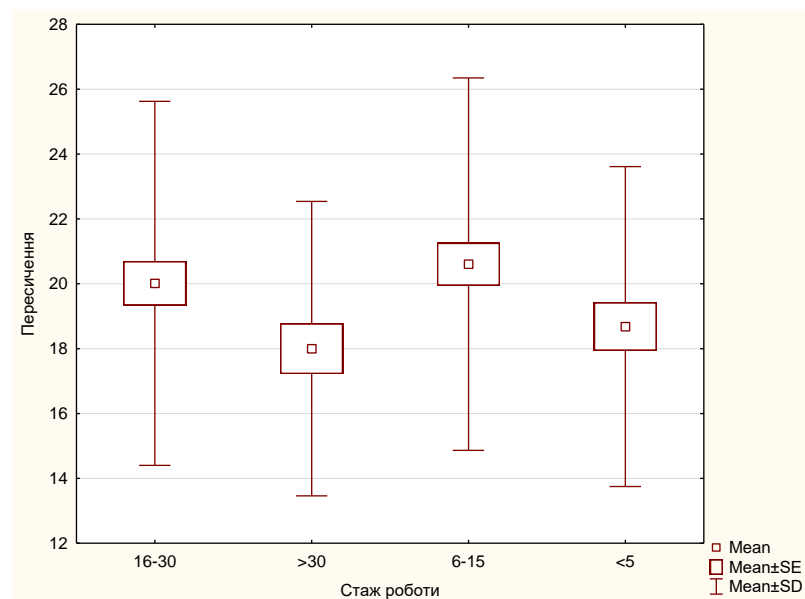


Рисунок 4.20 – Диференційна оцінка працездатності медичних працівників ЗОЗ ПП за ступенем вираженості Індекса психічного пересичення в залежності від стажу роботи в мирний час, бали, $M \pm \sigma$.

Як видно з рисунка 4.20 та таблиці 4.22, 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 ($p>0,05$).

Таблиця 4.22 - Порівняльна оцінка показників психічного пересичення у респондентів ЗОЗ ПП залежно від стажу роботи в ЗОЗ в мирний час

Стаж роботи	Кількість	Сума рангів	Середній ранг
16-30	68	7895,0	116,1
>30	34	3128,5	92,01
6-15	76	9306,5	122,45
<5	44	4423,0	100,52

Примітка. Основна група «Психічного пересичення» Kruskal-Wallis test: $H(3, N=222) = 7,001$ $p = 0,0719$.

Показники стресу в основній групі дослідження мають практично рівнозначний розподіл за всіма підгрупами за стажем роботи. Середні показники також демонструють помірну вираженість даного стану з часто більш вираженим ступенем у представників контингенту з меншим досвідом роботи (рис. 4.21).

Статистично вагома різниця між показниками різних підгруп дослідження (табл. 4.23) за стажем роботи відсутня, що вказує на відсутність впливу даного фактору на розвиток напруження або стресу в роботі фахівців $p>0,05$.

Для порівняння показників основної та контрольної груп дослідження було використано U-критерій Манна-Уїтні. Наступні графіки демонструють наочну різницю в розподілі даних між групами дослідження з явним збільшенням загального середнього балу у медичних працівниках 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 – $m(k)=19,41\pm 3,91$; $m(o)=20,84\pm 4,17$ (рис. 4.22).

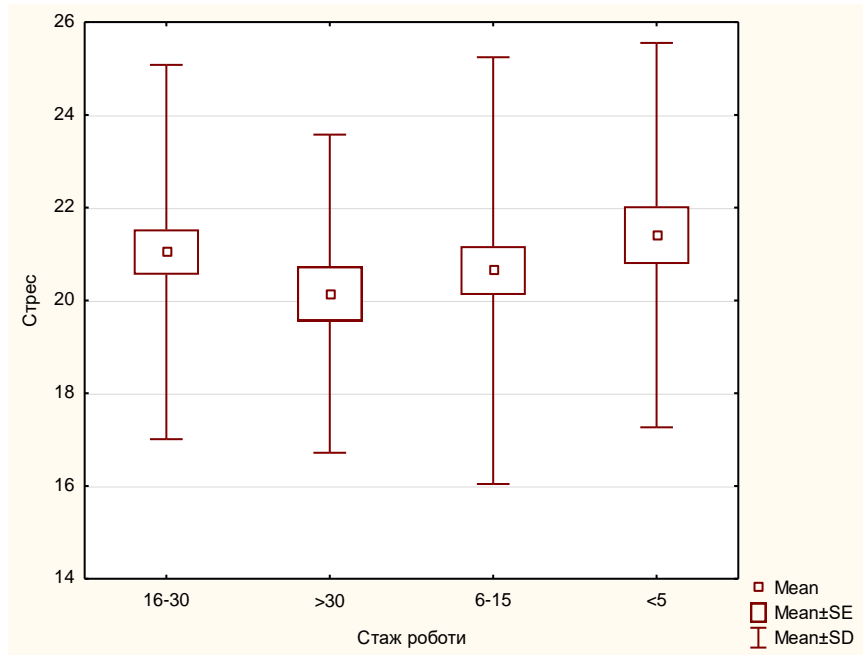


Рисунок 4.21 – Диференційна оцінка працездатності медичних працівників ЗОЗ ПШ за ступенем вираженості Індекса стресу в залежності від стажу роботи в мирний час, бали, $M \pm \sigma$.

Таблиця 4.23 - Порівняльна оцінка показників стресу у респондентів ЗОЗ ПШ в залежності від стажу роботи в ЗОЗ в мирний час

Стаж роботи	Кількість	Сума рангів	Середній ранг
16-30	68	7938,0	116,73
>30	34	3475,0	102,21
6-15	76	8077,5	106,28
<5	44	5262,5	119,6

Примітка. Основна група «Стрес» Kruskal-Wallis test: $H(3, N=222) = 2,38$
 $p = 0,4972$.

Статистично вагома різниця виявлена 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 ПШ.

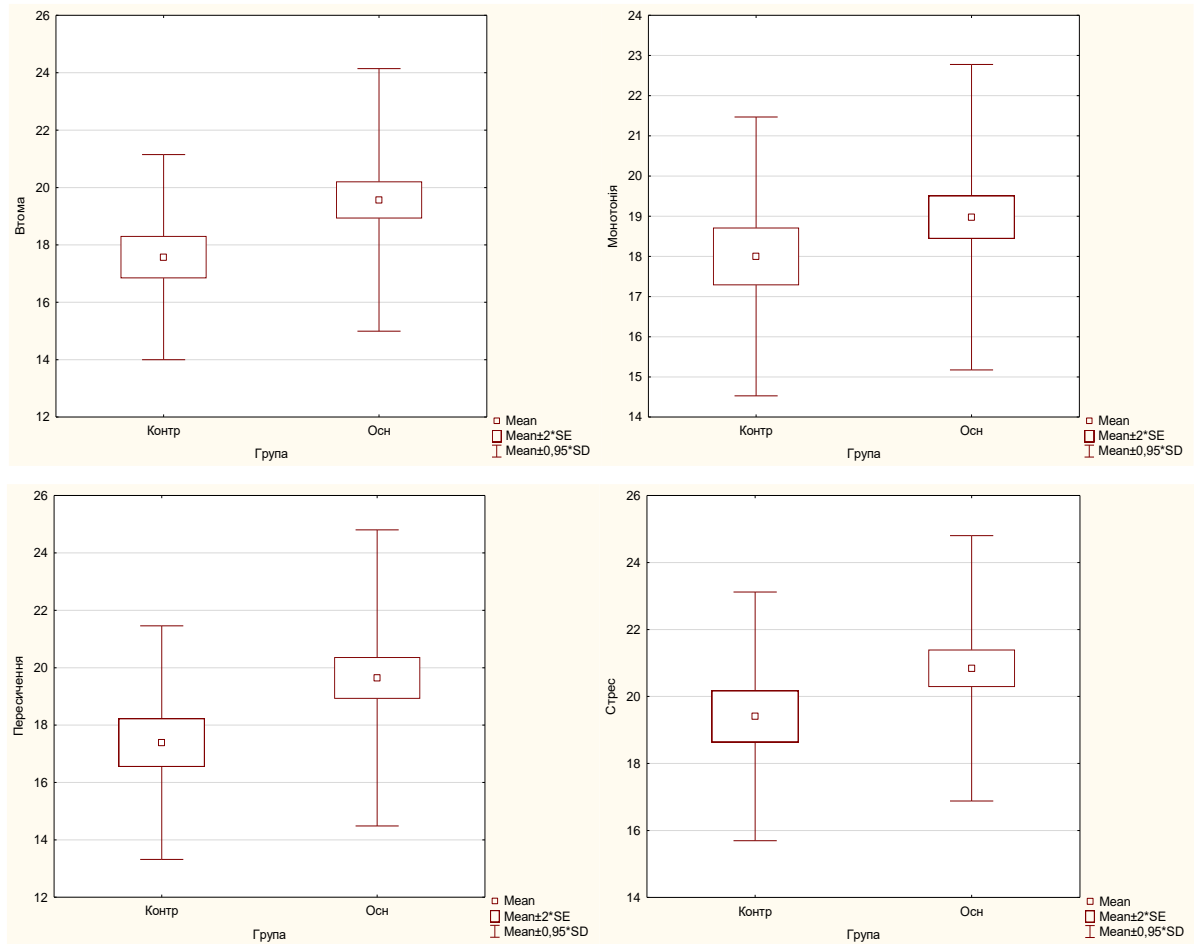


Рисунок 4.22 – Диференційна оцінка працездатності медичних працівників ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП в мирний час, бали, $M \pm \sigma$.

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.

При детальному розгляді станів зниженої працездатності не знайдено принципової різниці за проявами втоми, монотонії, психічного пересичення та стресу у лікарів та СМП (табл. 4.24).

Таблиця 4.24 - Порівняльна характеристика психофізіологічного стану медичного персоналу ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП залежно від сфери діяльності в мирний час, бали, $M \pm \sigma$

Ознаки	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Лікарі, n=86	СМП, n=136	Лікарі, n=1	СМП, n=95
Втома	19,3±4,97	19,73±4,72	16,0	17,6±3,79
Монотонія	18,77±4,12	19,11±3,93	17,0	18,02±3,69
Психічне пересичення	18,76±5,53	20,21±5,31	10,0	17,53±4,2
Стрес	20,77±4,91	20,89±3,64	17,0	19,45±3,93

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

Також відсутня гендерна зміна показників як у ЗОЗ ПП, так і у ЗОЗ ЗП (табл. 4.25).

Таблиця 4.25 - Порівняльна характеристика психофізіологічного стану медичного персоналу ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП в залежності від статі в мирний час, бали, $M \pm \sigma$

Ознаки	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Жінки, n=188	Чоловіки, n=34	Жінки, n=78	Чоловіки, n=25
Втома	19,83±4,78	18,09±4,79	17,68±3,58	17,54±3,84
Монотонія	19,13±4,07	18,15±3,56	17,72±2,95	18,09±3,86
Психічне пересичення	19,81±5,56	18,73±4,59	17,2±4,93	17,45±4,09
Стрес	20,98±4,21	20,06±3,91	19,88±4,22	19,26±3,82

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

На нашу думку, такі показники вказують на рівномірну залученість і лікарів, і медперсоналу в лікувальний процес, що відображається, в тому числі і на рівні робочого перевантаження усіх без виключення учасників лікувального процесу.

4.4 Визначення формування предикторів розвитку емоційного вигорання у медичних працівників закладів охорони здоров'я в мирний час

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, в першу чергу, страждає якість виконуваної роботи. Крім того, порушується професійна взаємодія та ставлення як з колегами, так і з пацієнтами.

Було проведено дослідження з використанням методики Бойка В.В. «Діагностика рівня емоційного вигорання» [281] та опитувальника «Психічне вигорання» Водоп'янової Н. Є. та Старченко О.С. [282] (на основі моделі К. Маслач та С. Джексона) для виявлення можливої різниці у розвитку професійного вигорання (далі – ПВ) середпрацівників ЗОЗ ПП та іншим МП. В ході дослідження також було вивчено вплив специфіки діяльності МП усіх обстежуваних ЗОЗ на розвиток ПРЕВ. Наступний рисунок 4.23 демонструє порівняльну оцінку першої фази ПРЕВ «Напруження», що складалася з наступних симптомів: переживання психотравмуючих 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 – $m(o)=40,25\pm 22,89$. В контрольній групі дослідження першої фази ПРЕВ за визначеними симптомами вважається несформованим, в основній групі – знаходиться в стадії формування.

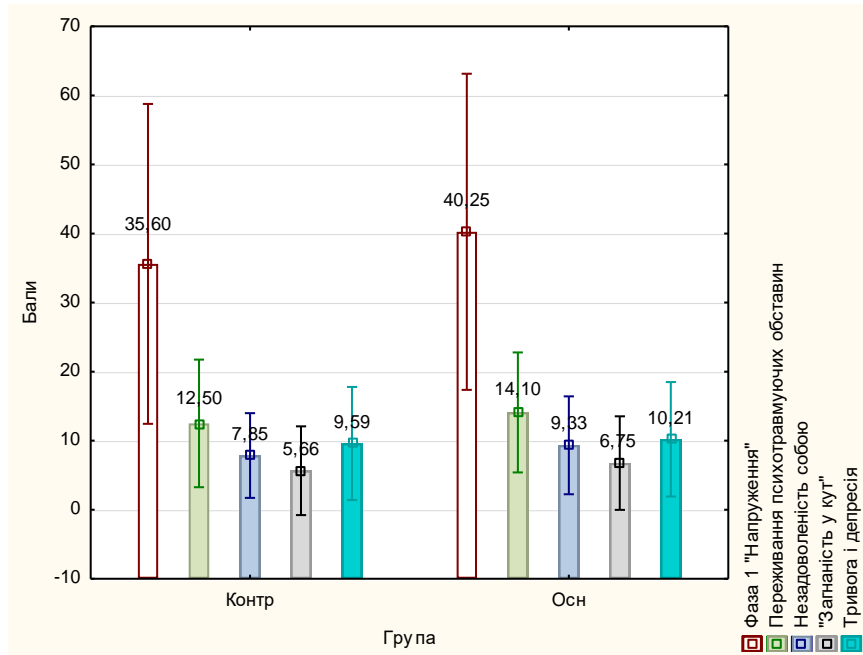


Рисунок 4.23 – Порівняльна оцінка формування ПРЕВ за фазою «Напруження» у медичних працівників ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП в мирний час, бали, $M \pm \sigma$.

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 (табл. 4.26).

За результатами дослідження залежно від гендерних особливостей у фазі «Напруження» встановлено більші зміни з боку жіночої статі ЗОЗ (табл. 4.27).

Переживання психотравмуючих 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.

Таблиця 4.26 - Порівняльна оцінка формування ПРЕВ за фазою

«Напруження» у лікарів та СМП ЗОЗ в мирний час залежно від сфери діяльності, бали, $M \pm \sigma$

Фаза	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Лікарі, n=86	СМП, n=136	Лікарі, n=1	СМП, n=95
Фаза 1 «Напруження»	39,7±24,07	40,6±22,19	23,0	35,85±23,33
Переживання психотравмуючих обставин	14,15±9,31	14,07±8,3	15,0	12,45±9,31
Незадоволеність собою	9,53±7,08	9,21±7,13	3,0	7,95±6,16
«Загнаність у кут»	5,51±6,31	7,54±6,98*	0	5,77±6,45
Тривога і депресія	10,6±8,98	9,96±7,85	5,0	9,68±8,23

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

Таблиця 4.27 - Порівняльна характеристика формування ПРЕВ за фазою «Напруження» у медичних працівників ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП в мирний час в залежності від статі, бали, $M \pm \sigma$

Фаза	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Жінки, n=188	Чоловіки, n=34	Жінки, n=78	Чоловіки, n=25
Фаза 1 «Напруження»	40,96±22,99	36,35±22,23	37,88±2,69	34,87±23,41
Переживання психотравмуючих обставин	13,61±8,65*	11,26±8,45	12,68±9,55	12,45±9,18
Незадоволеність собою	9,31±7,17	9,44±6,78	8,76±6,93	7,56±5,88
«Загнаність у кут»	6,85±6,84	6,23±6,51	5,56±6,16	5,69±6,56
Тривога і депресія	10,3±8,21	9,68±8,82	10,88±8,28	9,18±8,16

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

Друга фаза ПРЕВ «Резистенції» виявила наступний розподіл симптомів в групах дослідження: неадекватне вибіркоче емоційне реагування ($m(k)=14,34 \pm 7,46$; $m(o)=15,05 \pm 7,25$) – симптом формується; емоційно-моральна

дезорієнтація ($m(k)=9,97\pm6,83$; $m(o)=12,09\pm6,26$) – формується для обох груп; розширення сфери економії емоцій ($m(k)=10,78\pm9,65$; $m(o)=12,35\pm9,49$) – симптом, що формується; редукція професійних обов’язків ($m(k)=14,43\pm8,3$; $m(o)=15,18\pm8,11$) – симптом, що формується для обох груп. Сумарне середнє значення для другої фази «Резистенції» склало в основній досліджуваній групі $m(o)=54,3\pm21,57$, в контрольній групі – $m(k)=49,77\pm22,15$, що відповідають фазі у стадії формування (рис. 4.24).

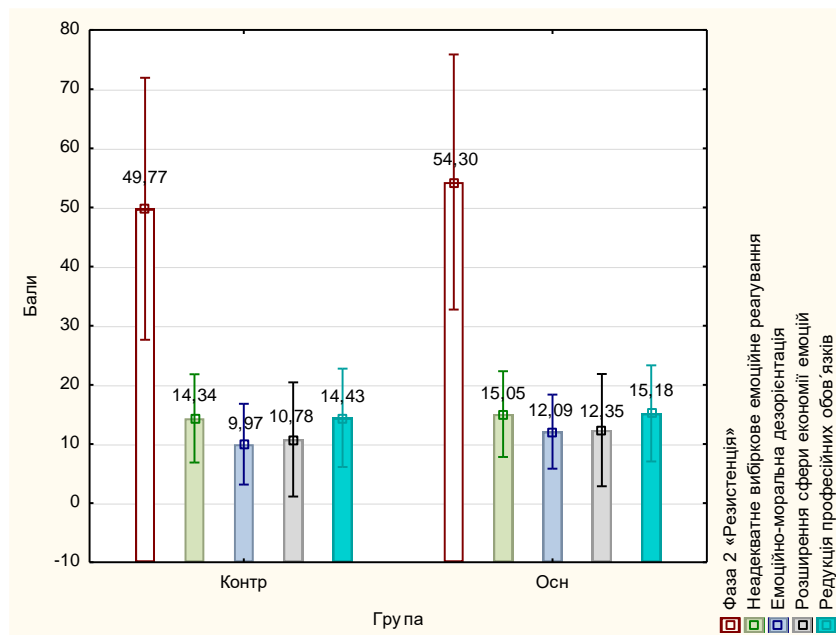


Рисунок 4.24 – Порівняльна характеристика формування ПРЕВ за фазою «Резистенції» у медичних працівників ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП в мирний час, бали, $M\pm\sigma$.

Хоча загалом по фазі статистично значимої різниці між групою дослідження та контролю 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 (табл. 4.28).

Таблиця 4.28 - Порівняльна оцінка ПРЕВ за фазою «Резистенції» у медичних працівників ЗОЗ ПП і ЗОЗ ЗП залежно від сфери діяльності в мирний час, бали, $M \pm \sigma$

Фаза	Основна група (ЗОЗ ПП), n=222		Контрольна група (ЗОЗ ЗП), n=103	
	М	σ	М	σ
Фаза 2 «Резистенції»	40,25	22,89	35,6	23,17
Неадекватне вибіркоче емоційне реагування	14,1	8,69	12,5	9,23
Емоційно-моральна дезорієнтація	9,33	7,09	7,85	6,14
Розширення сфери економії емоцій	6,75	6,78	5,66	6,43
Редукція професійних обов'язків	10,21	8,29	9,59	8,18

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

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 ($U=4770,5$; $Z=-2,31$; $p < 0,05$) (таб. 4.29).

Таблиця 4.29 - Порівняльна характеристика формування ПРЕВ за фазою «Резистенції» у лікарів і СМП ЗОЗ в мирний час, бали, $M \pm \sigma$

Фаза	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Лікарі, n=86	СМП, n=136	Лікарі, n=1	СМП, n=95
Фаза 2 «Резистенції»	52,99 \pm 21,3	55,12 \pm 21,77	42,0	49,92 \pm 22,34
Неадекватне вибіркоче емоційне реагування	14,95 \pm 6,96	15,12 \pm 7,46	12,0	14,39 \pm 7,53
Емоційно-моральна дезорієнтація	12,33 \pm 5,6	11,95 \pm 6,66	7,0	10,03 \pm 6,89
Розширення сфери економії емоцій	12,64 \pm 9,78	12,16 \pm 9,34	0	10,99 \pm 9,63
Редукція професійних обов'язків	13,69 \pm 8,65	16,12 \pm 7,64*	23,0	14,26 \pm 8,29

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

Фактично, професійне вигорання за даним 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 наступним чином: емоційний дефіцит ($m(k)=8,97\pm6,36$; $m(o)=9,93\pm6,86$) – симптом не сформувався у групі контролю та формується в основній групі; емоційне відчуження ($m(k)=10,66\pm6,22$; $m(o)=11,73\pm6,57$) – симптом формується в обох групах; особистісне відчуження (деперсоналізація) ($m(k)=7,52\pm7,77$; $m(o)=8,23\pm7,4$) – симптом не сформувався в обох групах; психосоматичні та психовегетативні порушення ($m(k)=9,45\pm6,95$; $m(o)=9,6\pm7,78$) – показники на межі симптому, що формується. Сумарний показник для третьої фази «Виснаження» склав: для контрольної групи $m(k)=36,28\pm19,44$, для основної групи $m(o)=39,34\pm20,74$. Для контрольної групи фаза вважається несформованою, для основної в стадії формування (рис. 4.25).

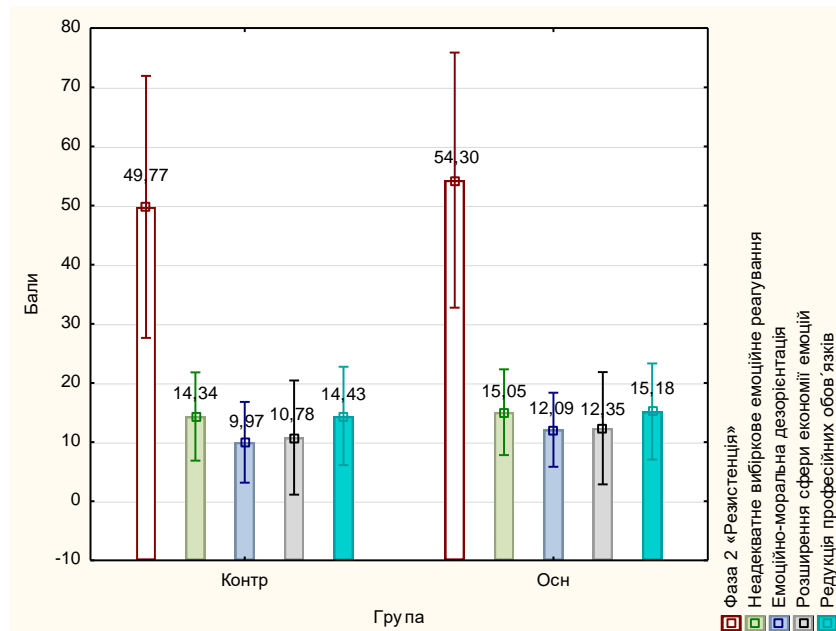


Рисунок 4.25 – Порівняльна характеристика формування ПРЕВ за фазою «Резистенції» у медичних працівників ЗОЗ ПП і ЗОЗ ЗП в мирний час, бали, $M\pm\sigma$.

Незважаючи на формування другої фази в основній групі та

несформованість в контрольній, статистично вагома різниця між показниками третьої фази для досліджуваної та контрольної групи відсутня ($p > 0,05$) (табл. 4.30).

Таблиця 4.30 - Порівняльна оцінка між фазою «Резистенції» та «Виснаження» у медичних працівників ЗОЗ в мирний час, бали, $M \pm \sigma$

Фази	Основна група (ЗОЗ ПП), n=222		Контрольна група (ЗОЗ ЗП), n=103	
	M	σ	M	σ
Фаза 2 «Резистенції»	54,3	21,57	49,77	22,15
Неадекватне вибіркоче емоційне реагування	15,05	7,25	14,34	7,46
Емоційно-моральна дезорієнтація	12,09*	6,26	9,97	6,83
Розширення сфери економії емоцій	12,35	9,49	10,78	9,65
Редукція професійних обов'язків	15,18	8,11	14,43	8,3
Фаза 3 «Виснаження»	39,34	20,74	36,28	19,44
Емоційний дефіцит	9,93	6,86	8,97	6,36
Емоційне відчуження	11,73	6,57	10,66	6,22
Особистісне відчуження (деперсоналізація)	8,23	7,4	7,52	7,77
Психосоматичні та психовегетативні порушення	9,6	7,78	9,45	6,95

Примітка 1. Значення відмічені «*» при $p < 0,05$.

Примітка 2. Достовірність відмінностей показників основної і контрольної груп * – $p < 0,05$).

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 (таб. 4.31).

Серед усіх проявів третьої фази «Виснаження» ПРЕВ лише психосоматичні та психовегетативні порушення зустрічалися статистично частіше у жінок – працівниць ЗОЗ ЗП ($U=704,0$; $Z=-2,09$; $p < 0,05$).

Таблиця 4.31 - Порівняльна оцінка формування ПРЕВ за фазою «Виснаження» у медичних працівників ЗОЗ в мирний час залежно від професійних обов'язків, бали, $M \pm \sigma$

Фаза	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Лікарі, n=86	СМП, n=136	Лікарі, n=1	СМП, n=95
Фаза 3 «Виснаження»	36,98±19,84	40,83±21,23	36,0	36,29±19,63
Емоційний дефіцит	9,55±6,88	10,18±6,86	15,0	8,85±6,36
Емоційне відчуження	10,93±6,41	12,23±6,64	8,0	10,71±6,27
Особистісне відчуження (деперсоналізація)	8,07±7,74	8,34±7,2	5,0	7,57±7,84
Психосоматичні та психовегетативні порушення	8,41±6,16	10,36±8,59	8,0	9,47±7,02

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

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 психотравмуючих 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.

Наступний графік демонструє професійне вигорання на основі опитувальника Водоп'янової Н. Є. та Старченко О. С. Із графіка видно, що 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) склала $m(k)=12,2 \pm 4,68$ для контрольної групи та $m(o)=11,72 \pm 5,01$ для основної, що відповідає низькому рівню ПРЕВ за даним симптомом в обох групах; редукція професійних досягнень в групі контролю склала $m(k)=27,96 \pm 7,34$, а в основній групі $m(o)=26,74 \pm 8,15$,

що вказує на високий рівень процесу вигорання по даному фактору. 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 (рис. 4.26).

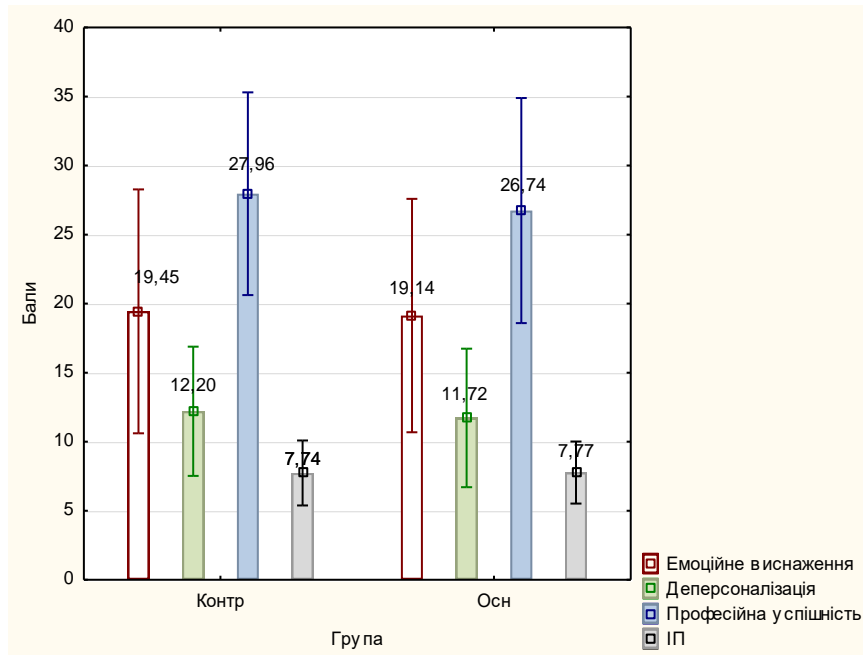


Рисунок 4.26 – Порівняльна оцінка формування ПРЕВ у медичних працівників ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП в мирний час за трьома субшкалами, бали, $M\pm\sigma$.

При міжгруповому порівнянні даних опитувальника статистично вагома різниця за всіма підшкалами не виявляється (табл. 4.32). Незначна тенденція до збільшення середнього балу професійної ефективності спостерігалася в контрольній групі ($p>0,05$).

При дослідженні 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 противагу, редукція професійних досягнень, на противагу, 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 (табл. 4.33).

Таблиця 4.32 - Порівняльна оцінка за трьома субшкалами серед медичних працівників ЗОЗ ПП і ЗОЗ ЗП в мирний час, бали, $M \pm \sigma$

Субшкали	Основна група (ЗОЗ ПП), n=222		Контрольна група (ЗОЗ ЗП), n=124	
	М	σ	М	σ
Емоційне виснаження	19,13	8,45	19,44	8,83
Деперсоналізація	11,72	5,01	12,2	4,68
Редукція професійних досягнень	26,74	8,15	27,96	7,34
Інтегральний показник	7,77	2,25	7,74	2,35

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

Таблиця 4.33 - Порівняльна характеристика формування ПРЕВ за субшкалами у лікарів та СМП ЗОЗ в мирний час залежно від професійних обов'язків, бали, $M \pm \sigma$

Субшкали	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Лікарі, n=86	СМП, n=136	Лікарі, n=1	СМП, n=95
Емоційне виснаження	17,48±8,28	20,18±8,42*	13,0	19,57±8,87
Деперсоналізація	11,49±4,89	11,87±5,1	12,0	12,21±4,72
Редукція професійних досягнень	28,2±7,79*	25,82±8,27	32,0	27,88±7,39
Інтегральний показник	7,3±2,17	8,07±2,25*	5,0	7,79±2,35

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

Статистично важливих гендерних розбіжностей серед респондентів ЗОЗ ПП не спостерігалось. Лише симптоми деперсоналізації більше виражені у чоловічої статі в умовах ЗОЗ ЗП порівняно з жінками-співробітниками ($U=644,0$; $Z=2,55$; $p < 0,05$) (табл. 4.34).

Таким чином, медпрацівники як ЗОЗ ПП, так і ЗОЗ ЗП виявляють

приблизно однакові симптоми професійного вигорання, що відповідають середньому або, за окремими параметрами, високому рівню процесу [491-496].

Таблиця 4.34 - Порівняльна характеристика формування ПРЕВ за субшкалами у медичних працівників ЗОЗ ПП і ЗОЗ ЗП в мирний час в залежності від статі, бали, $M \pm \sigma$

Субшкали	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Чоловіки, n=34	Жінки, n=188	Чоловіки, n=25	Жінки, n=78
Емоційне виснаження	16,88±7,82	19,54±8,52	19,72±10,03	19,36±8,48
Деперсоналізація	11,12±4,93	11,83±5,03	13,96±4,62*	11,64±4,58
Редукція професійних досягнень	28,79±8,78	26,37±8,0	29,32±6,82	27,53±7,49
Інтегральний показник	7,06±2,36	7,9±2,21	7,4±2,29	7,84±2,38

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

4.5 Визначення особливості формування мотивації у медичних працівників закладів охорони здоров'я до виконання професійних обов'язків та встановлення чинників, що впливають на ефективність їх праці в мирний час

Для виявлення основних мотиваційних чинників у медпрацівників, що стимулюють їхню професійну діяльність було застосовано опитувальник за методикою Замфір К. в модифікації Реана А. [285].

Середній показник внутрішньої мотивації склав: для контрольної групи $m(k)=3,44 \pm 0,94$, для основної групи $m(o)=3,5 \pm 0,98$. Середній показник зовнішньої позитивної мотивації склав: для контрольної групи $m(k)=3,04 \pm 0,87$, для основної – $m(o)=2,84 \pm 0,87$. Середній показник зовнішньої негативної мотивації склав: для контрольної групи $m(k)=3,27 \pm 1,07$, для основної – $m(o)=2,98 \pm 1,22$.

Згідно з отриманими даних, в обох групах дослідження виявлено

переважання внутрішньої мотивації та з дещо меншим показником ЗНМ і останньою йде ЗПМ. Даний розподіл займає проміжне значення в оцінці загальної тенденції, але переважання ЗНМ, як, наприклад, страх осуду колег, вплив керівництва, бажання уникнути покарання має вагоме значення на виникнення емоційної нестабільності працівників (рис. 4.27).

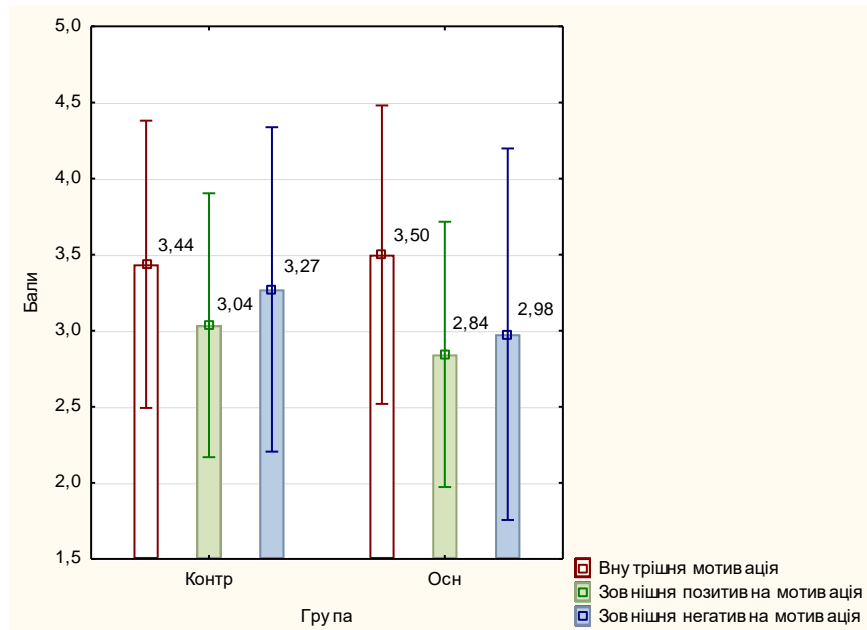


Рисунок 4.27 – Порівняльна характеристика формування мотивацій (внутрішня, зовнішня) у медичних працівників ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП в мирний час, бали, $M \pm \sigma$.

Статистично вагома різниця між досліджуваною та контрольною групами виявляється саме в ЗНМ. Цікаво, що серед медпрацівників ЗОЗ ЗП спостерігалися більші 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 намагання підвищення на роботі, грошового заробітку та збільшення соціального престижу серед медпрацівників ЗОЗ ПП ($U=10007,0$; $Z=1,82$; $p<0,05$) (табл. 4.35).

Таблиця 4.35 - Бальна оцінка формування мотивацій (внутрішня, зовнішня) у медичних працівників ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП в мирний час, бали, $M \pm \sigma$

Види мотивацій	Основна група (ЗОЗ ПП), n=222		Контрольна група (ЗОЗ ЗП), n=124	
	М	σ	М	σ
Внутрішня мотивація	3,5	0,98	3,44	0,94
Зовнішня позитивна мотивація	2,84	0,87	3,04	0,87
Зовнішня негативна мотивація	2,98	1,22	3,27*	1,07

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

Загалом розподіл даних виявив вищий показник ВМ у лікарів, аніж у СМП ЗОЗ ПП ($U=4717,5$; $Z=2,47$; $p < 0,05$). Структура розподілу мотиваційних комплексів, однак залишалася сталою для всіх медпрацівників (табл. 4.36).

Таблиця 4.36 - Бальна оцінка видів мотивацій у медичних працівників ЗОЗ ПП і ЗОЗ ЗП в залежності від виконання професійних обов'язків в мирний час, бали, $M \pm \sigma$

Види мотивацій	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Лікарі, n=86	СМП, n=136	Лікарі, n=1	СМП, n=95
Внутрішня мотивація	3,69±0,96*	3,38±0,98	4,5	3,42±0,94
Зовнішня позитивна мотивація	2,79±0,71	2,88±0,96	3,7	3,02±0,87
Зовнішня негативна мотивація	2,85±1,05	3,06±1,31	4,5	3,25±1,06

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

Внутрішня мотивація співробітників чоловічої статі ЗОЗ ПП перевищувала прояви жіночої ($U=2243,5$; $Z=-2,82$; $p < 0,05$). З іншого боку, спостерігалось 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 (табл. 4.37).

Таблиця 4.37 - Бальна оцінка видів мотивацій у медичних працівників ЗОЗ ПП і ЗОЗ ЗП залежно від статі в мирний час, бали, $M \pm \sigma$

Види мотивацій	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Чоловіки, n=34	Жінки, n=188	Чоловіки, n=25	Жінки, n=78
Внутрішня мотивація	3,9±1,09*	3,43±0,95	3,54±1,03	3,4±0,92
Зовнішня позитивна мотивація	3,04±0,95	2,81±0,85	3,46±0,83*	2,9±0,84
Зовнішня негативна мотивація	3,16±1,16	2,94±1,23	3,64±1,02*	3,15±1,06

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

При візуальній оцінці даних, отриманих за допомогою тестування Герчикова В.І., спостерігався нерівномірний розподіл між досліджуваною та контрольною групами (рис. 4.28).

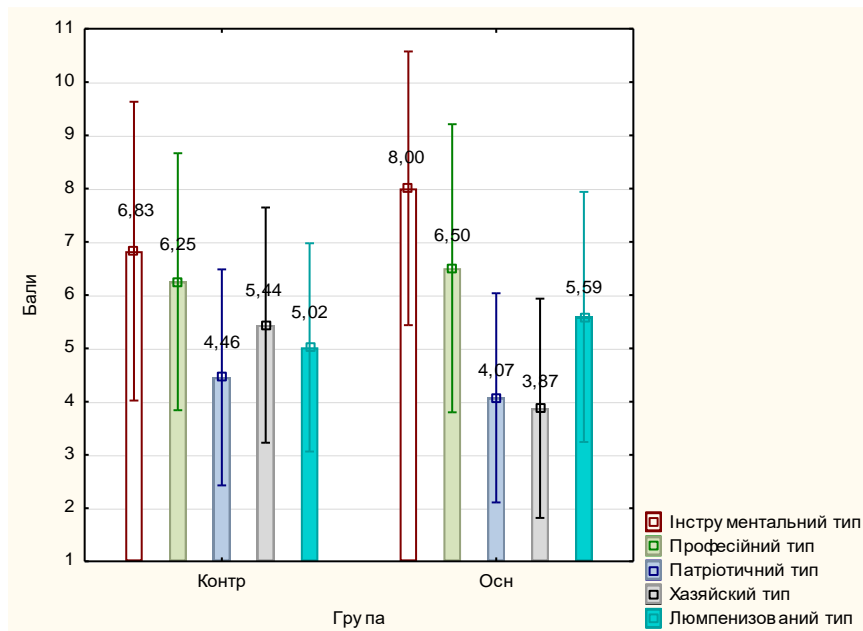


Рисунок 4.28 – Порівняльна характеристика формування мотиваційних типів у медичних працівників ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП в мирний час, бали, $M \pm \sigma$.

Згідно з U-критерем Манна-Уїтні, статистично вагома різниця спостерігалася в групах дослідження спостерігалася 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 ($U=9877,0$; $Z=-1,99$; $p<0,05$) (табл. 4.38).

Таблиця 4.38 - Порівняльна характеристика формування мотиваційних типів у медичних працівників ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП в мирний час, бали, $M \pm \sigma$

Мотиваційні типи	ЗОЗ ПП (ЗОЗ ПП), n=222		ЗОЗ ЗП (ЗОЗ ЗП), n=103	
	M	σ	M	σ
Інструментальний тип	8,0*	2,57	6,82	2,81
Професійний тип	6,5	2,7	6,25	2,41
Патріотичний тип	4,07	1,96	4,46	2,03
Господарський тип	3,87	2,06	5,44*	2,21
Люмпенізований тип	5,59*	2,35	5,02	1,95

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

В 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 когорти працівників з основним для себе бажанням матеріальної вигоди (табл. 4.39).

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 ($p<0,05$) (табл. 4.40).

Таблиця 4.39 - Порівняльна оцінка професійного розподілу медичних працівників ЗОЗ ПП і ЗОЗ ЗП за типами мотивації залежно від професійних обов'язків в мирний час, бали, $M \pm \sigma$

Типи мотивації	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Лікарі, n=86	СМП, n=136	Лікарі, n=1	СМП, n=95
Інструментальний тип	8,33±2,34	7,8±2,69	11,0*	6,74±2,77
Професійний тип	8,34±2,2*	5,35±2,33	7,0	6,24±2,43
Патріотичний тип	4,17±1,86	4,01±2,03	2,0	4,5±2,02*
Господарський тип	3,62±2,03	4,04±2,07	4,0	5,46±2,22
Люмпенізований тип	5,49±2,23	5,65±2,42	2,0	5,08±1,93*

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

Таблиця 4.40 - Порівняльна оцінка професійного розподілу медичних працівників ЗОЗ ПП і ЗОЗ ЗП за типами мотивації залежно від статі в мирний час, бали, $M \pm \sigma$

Типи мотивації	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Чоловіки, n=34	Жінки, n=188	Чоловіки, n=25	Жінки, n=78
Інструментальний тип	8,09±2,35	7,99±2,61	7,72±2,91*	6,54±2,73
Професійний тип	6,91±2,64	6,43±2,71	6,64±2,75	6,13±2,3
Патріотичний тип	4,26±1,78	4,04±2,0	4,36±2,1	4,49±2,02
Господарський тип	4,53±2,4*	3,75±1,97	5,4±2,22	5,45±2,22
Люмпенізований тип	5,88±2,41	5,54±2,34	4,8±1,68	5,09±2,04

Примітка. Достовірність відмінностей показників * – $p < 0,05$.

Отже, за результатами проведеного анкетування 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 і бути задоволеними від результатів своєї трудової діяльності [497, 498].

Висновки до розділу 4

За результатами аналізу державної статистичної форми № 10 «Звіт щодо надання психіатричної допомоги населенню по Україні» в динаміці трьох років (2018-2020 рр.) встановлено негативну динаміку змін кадрового ресурсу (психіатрів, психотерапевтів, психологів, соціальних працівників) ЗОЗ ПП. Дефіцит лікарів-психіатрів в амбулаторіях психіатричного профілю за цей період середній показник становив 12,7%; психотерапевтів – 29,5%; лікарів психологів – 22,3%, психологів – 11,4%. У стаціонарах психіатричного профілю дефіцит кадрового ресурсу за період 2018-2020 рр. із середнім показником становив лікарів-психіатрів –12,9%; психотерапевтів –29,3%; лікарів психологів – 19,9%, психологів – 8,1%. Водночас спостерігалось збільшення з 63,8% до 70,6% звернень пацієнтів з психічними розладами за медичною допомогою в амбулаторії ЗОЗ ПП, а госпіталізація пацієнтів у стаціонари зменшилася з 32,1% до 27,0%, у денні стаціонари – з 4,1% до 2,4%, що спричинено незадовільними санітарно-гігієнічними умовами зазначених закладів.

Визначено, що в мирний час як в групі медпрацівників ЗОЗ ЗП, так і в групі медпрацівників ЗОЗ ПП спостерігався досить високий рівень обізнаності в галузі здоров'я та склалася стабільна ситуація з найбільшою довірою саме до лікарів, як надійного джерела інформації щодо цього питання (ЗОЗ ЗП – $5,79 \pm 1,45$; ЗОЗ ПП – $5,78 \pm 1,38$). Наступним джерелом за частотою використання респондентами, стали науково-популярні книги ($4,77 \pm 2,0$ та $5,01 \pm 1,79$) і найменшу цінність мали ЗМІ ($4,28 \pm 1,95$ та $4,24 \pm 1,76$ відповідно) газети і журнали ($4,12 \pm 1,84$ та $4,24 \pm 1,77$) та друзі ($4,21 \pm 1,82$ та $4,13 \pm 1,69$).

Встановлено, що порівняно з лікарями, СМП ЗОЗ ПП (основної групи) дослідження вважав особливості харчування фактором, що впливає на стан

здоров'я ($p < 0,05$). Жінки – працівниці ЗОЗ ПП статистично більше вважали екологічне середовище важливим фактором впливу на здоров'я людини ($p < 0,05$). Статистично значущу різницю між респондентами виявлено при порівнянні обох груп дослідження за підпунктами особливості харчування ($p < 0,05$) та недостатня турбота про здоров'я ($p < 0,05$).

У дослідженні встановлено нижчий ступінь тривожності щодо погіршення здоров'я у медичних працівників ЗОЗ ПП порівняно з медичними працівниками ЗОЗ ЗП ($p < 0,05$) в мирний час. Чоловіки ЗОЗ ЗП частіше за жінок почували себе заклопотаними ($p < 0,05$), тоді як жінки ЗОЗ ПП статистично більше виявляли засмученість ($p < 0,05$).

Медичні працівники ЗОЗ ПП статистично рідше «виконання фізичних вправ» ($p < 0,05$), менше дотримувалися дієтичних рекомендацій ($p < 0,05$), рідше відвідували лікаря з профілактичною метою ($p < 0,05$), менше стежили за своєю вагою ($p < 0,001$), рідше застосовували спеціальні оздоровчі системи ($p < 0,05$), а також значно рідше практикували інші способи для підтримки здоров'я ($p < 0,001$) в порівнянні з медичними працівниками ЗОЗ ЗП. За гендерним розподілом чоловіки ЗОЗ ПП суттєво частіше загартовувалися ($p < 0,05$) та «виконання фізичних вправ» ($p < 0,05$) для профілактики захворювань, ніж жінки.

Медпрацівники ЗОЗ ПП, у порівнянні з медпрацівниками ЗОЗ ЗП, надавали меншого значення здоров'ю ($p < 0,001$), цікавості до роботи чи кар'єрі ($p < 0,05$) та визнанню оточення ($p < 0,05$), що є ризиком виникнення хвороби, байдужості до роботи, до пацієнтів, до родини.

Доведена статистично значуща різниця за всіма показниками опитувальника, що вказує на більший розвиток зниженої працездатності: втоми ($p < 0,001$), монотонії ($p < 0,05$), психічного пересичення ($p < 0,001$), стресу ($p < 0,05$) у медичних працівників закладів ЗОЗ ПП. Тенденція до більшої стомленості від роботи можлива у групі медпрацівників зі стажем роботи менше 5 років ($p > 0,05$), а високий ступінь монотонії зафіксовано у медичних працівників від 6 до 15 років стажу, збільшення показника психічного пересичення у медичних працівників зі стажем роботи від 6 до 15 років ($p > 0,05$). Водночас гендерна зміна

цих показників відсутня як у ЗОЗ ПП, так і у ЗОЗ ЗП.

Встановлено, що перша фаза ПРЕВ «Напруження» в основній групі – знаходиться в стадії формування ПРЕВ ($40,25 \pm 22,89$), а в контрольній групі – $35,6 \pm 23,17$ і вважається несформованою. Враховуючи загальну професійну зайнятість, СМП ЗОЗ ПП частіше відчували «Загнаність у кут» $7,54 \pm 6,98$ ($p < 0,05$) порівняно з лікарями ЗОЗ ПП – $5,51 \pm 6,31$, водночас тривогою і депресією найбільші показники спостерігалися у лікарів ЗОЗ ПП – $10,6 \pm 8,98$ порівняно з медичними працівниками ЗОЗ ЗП. Переживання психотравмуючих обставин має суттєвіші прояви серед жінок ЗОЗ ПП порівняно з чоловіками ($p < 0,05$).

Визначено, що сумарне середнє значення у другій фазі «Резистенції» склало у медичних працівників ЗОЗ ПП – $54,3 \pm 21,57$, ЗОЗ ЗП – $49,77 \pm 22,15$, що відповідали фазі у стадії формування симптомів ПРЕВ. Явні прояви ПРЕВ відмічено у СМП ЗОЗ ПП. Якщо поглянути на професійну специфічність, то виявляється суттєва статистична різниця між лікарями ($13,69 \pm 8,65$) та СМП ЗОЗ ПП ($16,12 \pm 7,64$) з вищим ступенем редукції професійних обов'язків серед останніх ($p < 0,05$).

Встановлено, що у третій фазі ПРЕВ «Виснаження» найвищі показники у СМП ЗОЗ ПП – $40,83 \pm 21,23$. Найвищі показники емоційного дефіциту, емоційного відчуження, особистісного відчуження (деперсоналізація), психосоматичних та психовегетативних порушень спостерігалися у СМП ЗОЗ ПП порівняно з лікарями ЗОЗ ПП та медичними працівниками ЗОЗ ЗП, що підтверджує формування ПРЕВ.

Доведено, що симптоми третьої фази «психосоматичні та психовегетативні порушення» зустрічався статистично частіше у жінок – працівниць ЗОЗ ЗП ($p < 0,05$). Виявлялися значно вищі показники професійного вигорання, емоційного виснаження ($p < 0,05$), а також інтегрального показника для СМП ЗОЗ ПП ($p < 0,05$). На противагу цьому, «редукція професійних досягнень» є вищою у лікарів ($p < 0,05$). Симптоми особистісного відчуження «деперсоналізація» більше виражені у чоловічої статі в умовах ЗОЗ ЗП з жінками-співробітницями

($p < 0,05$).

Виявлено намагання уникнути критики з боку колег та керівництва, а також можливих неприємностей на роботі серед медпрацівників ЗОЗ ЗП ($p < 0,05$). Спостерігалася тенденція до меншого намагання підвищення на роботі, грошового заробітку та збільшення соціального престижу серед медпрацівників ЗОЗ ПП ($p < 0,05$).

Внутрішня мотивація співробітників чоловічої статі ЗОЗ ПП перевищує прояви жіночої ($p < 0,05$). Спостерігалось статистично суттєве зміщення проявів зовнішньої позитивної ($p < 0,05$) та зовнішньої негативної мотивації ($p < 0,05$) у бік чоловіків у ЗОЗ ЗП.

Професійний мотиваційний тип статистично частіше притаманний саме лікарям ЗОЗ ПП ($8,34 \pm 2,2$) і лікарям ЗОЗ ЗП ($7,0$), частка такого типу серед СМП суттєво нижча (ЗОЗ ПП – $5,35 \pm 2,33$ і ЗОЗ ЗП – $6,24 \pm 2,43$). Це вказує на більшу зацікавленість лікарів у власних професійних здобутках.

За відносно низьких загальних значень господарського мотиваційного типу, статистично частіше він притаманний чоловікам ЗОЗ ПП ($4,53 \pm 2,4$) і ЗОЗ ЗП ($5,4 \pm 2,22$), аніж жінкам ($p < 0,05$). Серед працівників ЗОЗ ЗП привертає увагу суттєва кількість чоловіків серед інструментального типу ($p < 0,05$).

Матеріали даного розділу відображені в наступних публікаціях: [466, 467, 478, 479, 481-487, 489-498].

РОЗДІЛ 5
ВИВЧЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ
ПСИХІАТРИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА
ВИЗНАЧЕННЯ ЧИННИКІВ, ЩО ЙОГО ЗУМОВЛЮВАЛИ ПІД ЧАС
ВОЄННОГО СТАНУ

5.1 Визначення стану здоров'я медичних працівників закладів охорони здоров'я за результатами аналізу оцінки здоров'я під час воєнного стану

Як і в попередньому розділі, основу нашого дослідження склали МП ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП, але ці дослідження були проведені під час воєнного стану. Загальна кількість респондентів у основній групі склала 222 особи. Середній вік медпрацівників основної групи склав $43,05 \pm 10,7$ років. Серед них 39 (17,57%) чоловіків та 183 (82,4%) жінки. Серед досліджуваних працівників за кваліфікаційними категоріями, що взяли участь в опитуванні: вищої категорії – 69 (31,1%) спеціалістів, першої категорії – 31 (13,9%), другої категорії – 7 (3,2%), без категорії – 115 (51,8%) працівників.

Кількість респондентів контрольної групи склала 124 особи. Їх середній вік склав $36,12 \pm 8,18$ років. Відповідно до терміну роботи за категоріями спостерігався наступний розподіл: вищої категорії – 51 (41,1%), перша категорія – 17 (13,7%), друга категорія – 17 (13,7%), без категорії – 37 (29,8%), 2 (1,6%) працівника працювали на контракті (рис. 5.1).

Відповідно до стажу роботи респондентів нами було розподілено на групи: <5 років – 16 (12,9%) та 29 (13,06%), від 6 до 15 років – 63 (50,81%) та 91 (40,99%), від 16 до 30 років – 44 (35,48%) та 83 (37,39%), >30 років – 1 (0,81%) та 19 (8,56%) у контрольній і основній групах відповідно (рис. 5.2).

Кількісний підрахунок відповідей респондентів обох когорт дослідження проведено за опитувальником «Ставлення до здоров'я» Березовської Р. під час воєнного стану по всіх компонентах [280].

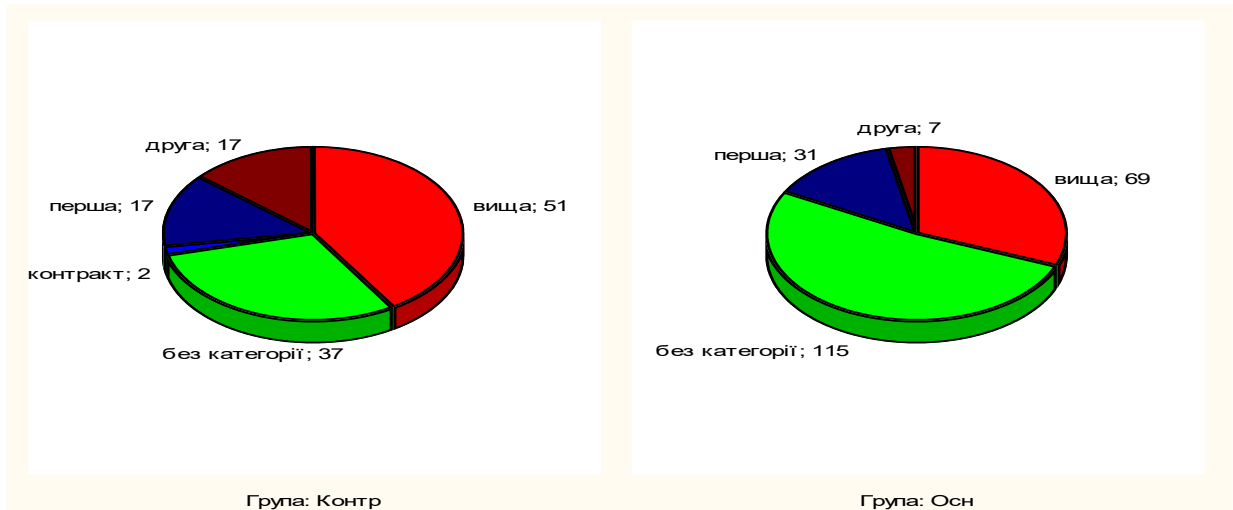


Рисунок 5.1 – Розподіл респондентів-медпрацівників основної групи (ЗОЗ ПП) та контрольної групи (ЗОЗ ЗП) за їх кваліфікаційною категорією під час воєнного стану, %.

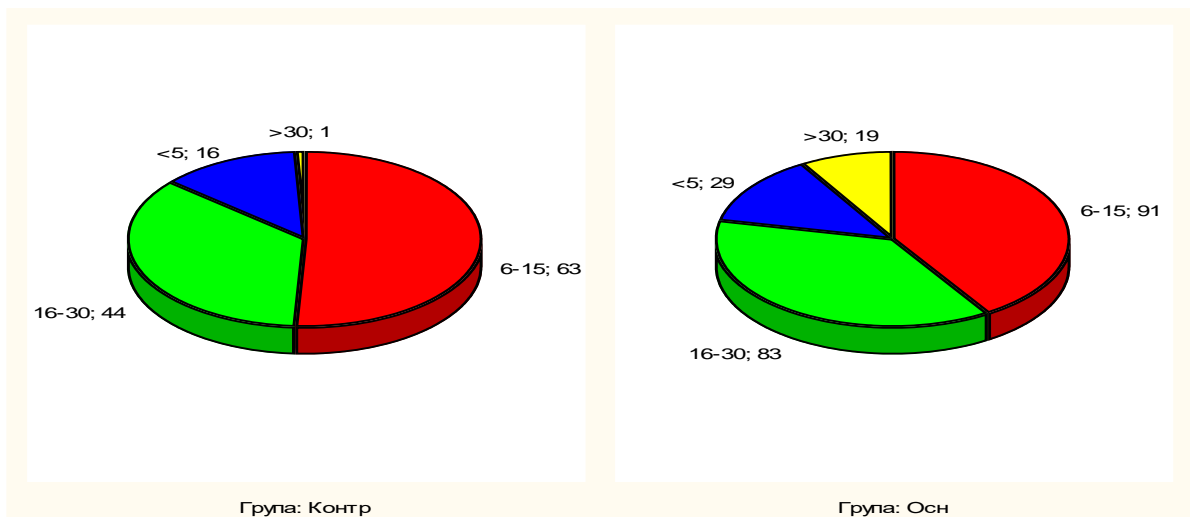


Рисунок 5.2 – Розподіл респондентів-медпрацівників основної групи (ЗОЗ ПП) та контрольної групи (ЗОЗ ЗП) за стажем роботи під час воєнного стану, %.

Когнітивний компонент – належить до пізнавальних властивостей: сприйняття, мислення, уява, відчуття, психічні функції і засоби інформації про самого себе.

Когнітивний компонент обізнаності медичних працівників ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП демонструє доволі широкий діапазон первинних даних у медичних

працівників. Суб'єктивна оцінка важливості джерел інформації, що впливають на обізнаність респондентів поняття 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 ($m(k)=3,60\pm 1,89$) (рис. 5.3).

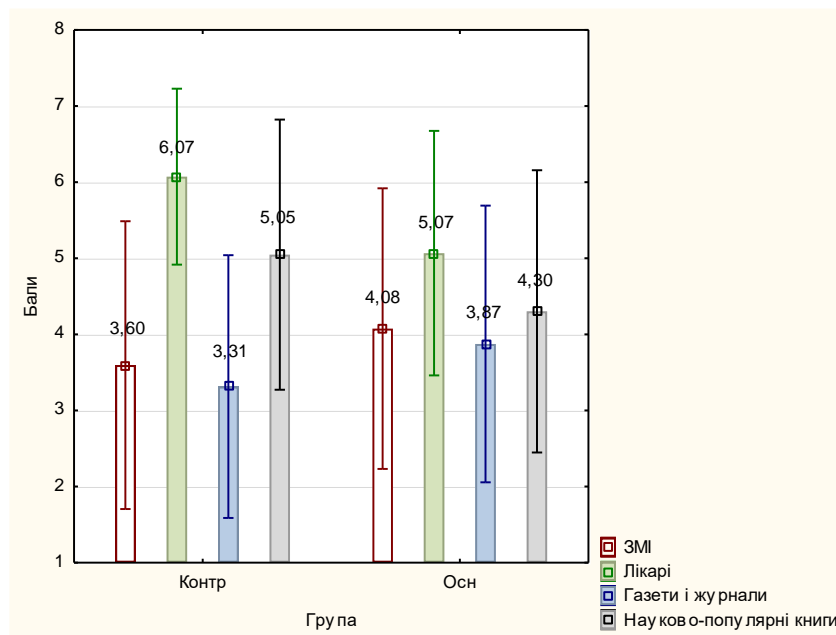


Рисунок 5.3 – Характеристика джерел медичної інформації щодо впливу на обізнаність медичних працівників ЗОЗ ПП і ЗОЗ ЗП в галузі здоров'я за ступенем довіри під час воєнного стану, бали, $M\pm\sigma$.

При порівнянні основної та контрольної групи 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 по кожному з підпитань. Найвищі значення за показником «лікаря-фахівця» є більш вагомими у контрольній групі, тобто більше цінуються медпрацівниками ЗОЗ ЗП, ніж 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 свого здоров'я, аніж лікарі (табл. 5.1).

Таблиця 5.1 - Джерела інформації щодо здоров'я використовувани лікарями та СМП ЗОЗ ПП і ЗОЗ ЗП під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$

Джерела інформації	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Лікарі, n=82	СМП, n=140	Лікарі, n=41	СМП, n=83
ЗМІ	4,13±1,99	4,04±1,76	3,39±1,73	3,70±1,20
Лікарі	5,11±1,59	5,04±1,62	6,15±1,27	6,04±2,08
Газети і журнали	3,46±1,85	4,11±1,76*	3,73±1,94	3,11±1,58
Друзі	3,95±1,64	4,01±1,7	3,76±1,91	3,74±1,75
Науково-популярні книги	3,98±1,94	4,5±1,78*	5,39±1,76	4,88±1,77

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

Загалом медичні працівники ЗОЗ ЗП і ЗОЗ ПП, однаково використовують джерела для обізнаності свого здоров'я. З іншого боку, медичні працівниці жіночої статі ЗОЗ ЗП статистично частіше довіряють ЗМІ, ніж протилежна стать ($U=1212,0$; $Z=-2,32$; $p<0,05$), що показано у таблиці 5.2 великою кількістю найнижчого балу у когорті чоловіків.

Таблиця 5.2 - Розподіл джерел медичної інформації за впливом на обізнаність медичних працівників ЗОЗ ПП і ЗОЗ ЗП в галузі здоров'я в залежності від статі під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$

Джерела інформації	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Чоловіки, n=39	Жінки, n=183	Чоловіки, n=38	Жінки, n=86
ЗМІ	3,59±1,82	4,18±1,84	3,0±1,89	3,86±1,84*
Лікарі	5,38±1,43	5,0±1,64	6,1±0,92	6,06±1,25
Газети і журнали	3,87±1,61	3,87±1,86	3,32±2,09	3,31±1,55
Друзі	4,1±1,55	3,96±1,7	3,53±2,02	3,85±1,69
Науково-популярні книги	4,49±1,97	4,26±1,83	5,1±2,02	5,02±1,67

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

Найвищу довіру обох статей встановлено до лікарів, як експертів по даному питанню. 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 до лікарів та науково-популярних книг, 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 показує, що для респондентів характерна адекватна обізнаність щодо інформаційних джерел з 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 їх 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 ($m(k)=5,96\pm 1,20$, $m(o)=5,32\pm 1,47$). В 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 (рис. 5.4).

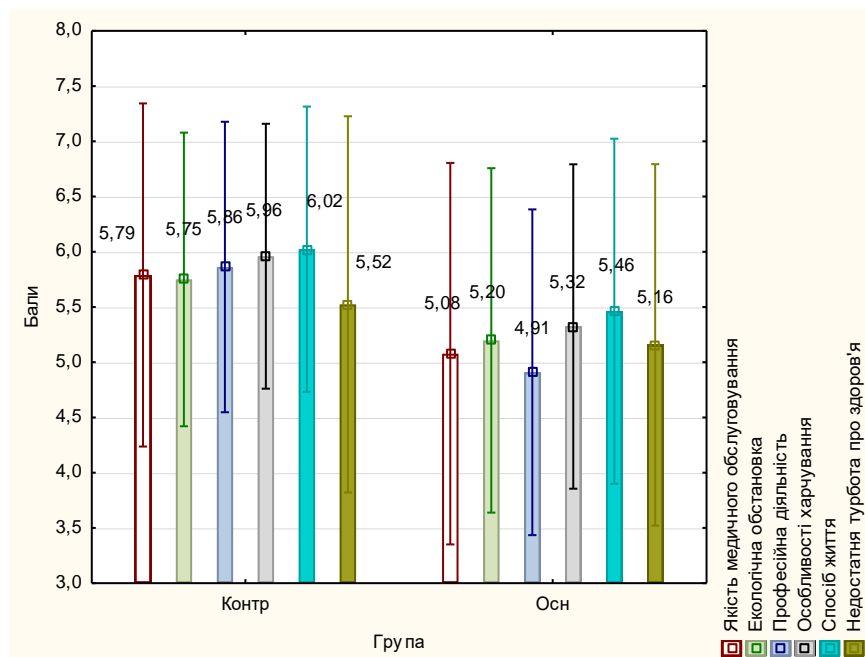


Рисунок 5.4 – Бальна оцінка чинників, які мають найбільший вплив на особисте здоров'я медичних працівників ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП за суб'єктивною оцінкою під час воєнного стану, бали, $M\pm\sigma$.

При порівняльному аналізі основної та контрольної груп спостерігалася статистично значуща різниця за даними всіх підпунктів, окрім чинника шкідливі

звички (рисунк 5.4). В усіх 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 ($U=4771,5$; $Z=1,99$; $p < 0,05$) (табл. 5.3).

Таблиця 5.3 - Суб'єктивна оцінка чинників, які впливають на стан здоров'я лікарів та СМП ЗОЗ під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$

Чиники	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Лікарі, n=82	СМП, n=140	Лікарі, n=41	СМП, n=83
Якість медичного обслуговування	4,71±1,83	5,30±1,63*	5,66±1,73	5,85±1,47
Екологічне середовище	5,08±1,58	5,26±1,55	5,93±1,13	5,66±1,42
Професійна діяльність	4,80±1,40	4,97±1,52	5,95±1,20	5,82±1,37
Особливості харчування	5,33±1,44	5,32±1,49	6,15±1,04	5,87±1,27
Шкідливі звички	5,37±1,89*	4,91±1,92	5,95±1,18*	4,96±2,1
Спосіб життя	5,59±1,44	5,39±1,63	6,27±0,97	5,90±1,41
Недостатня турбота про здоров'я	5,19±1,59	5,14±1,67	5,58±1,69	5,49±1,72

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

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 (табл. 5.4).

Таблиця 5.4 - Чинники, які впливають на стан СМП ЗОЗ залежно від статі під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$

Чинники	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Чоловіки, n=39	Жінки, n=183	Чоловіки, n=38	Жінки, n=86
Якість медичного обслуговування	4,56±1,9	5,19±1,67	5,26±1,97	6,02±1,27
Екологічне середовище	4,74±1,53	5,29±1,55*	5,97±1,24	5,65±1,36
Професійна діяльність	4,82±1,47	4,93±1,48	5,84±1,33	5,87±1,32
Особливості харчування	5,13±1,4	5,37±1,48	6,18±1,18	5,86±1,2
Шкідливі звички	5,0±1,64	5,1±1,98	5,95±1,29*	5,0±2,05
Спосіб життя	4,97±1,67	5,56±1,52*	6,32±1,04	5,89±1,37
Недостатня турбота про здоров'я	4,85±1,51	5,22±1,66	5,89±1,33	5,36±1,83

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

Емоційний компонент людини пов'язано з комплексом відчуттів хвилювання, а саме: радість, воля, симпатія, спокій, що визначається індивідуально-психологічними та індивідуально-типологічними ознаками осіб.

В результаті дослідження емоційний компонент 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) (рис. 5.5).

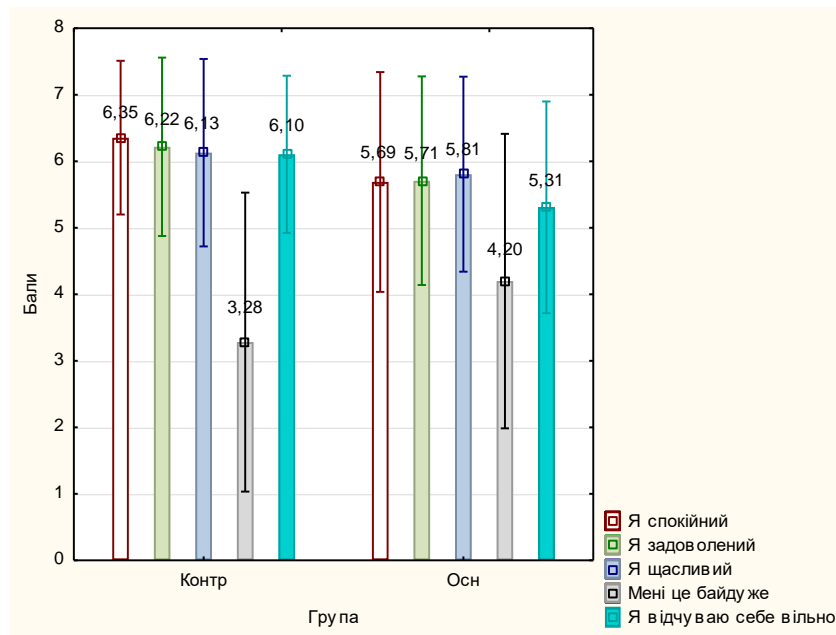


Рисунок 5.5 – Характеристика емоційного компонента медичних працівників ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП, які брали участь у дослідженні під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$.

Усі відповіді по даному питанню 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 (табл. 5.5).

Таблиця 5.5 - Порівняльна характеристика емоційного компонента медичних працівників ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП в залежності від статі під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$

Емоційний компонент	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Чоловіки, n=39	Жінки, n=183	Чоловіки, n=38	Жінки, n=86
Я спокійний	5,59±1,93	5,71±1,59	6,21±1,3	6,42±1,09
Я задоволений	5,44±1,57	5,76±1,57	6,18±1,33	6,23±1,35
Я щасливий	5,59±1,6	5,85±1,43	6,08±1,3	6,15±1,46
Мені радісно	5,03±1,63	5,66±1,52*	5,76±1,68	6,06±1,4
Мені ніщо не загрожує	4,79±1,89	5,48±1,61*	5,76±1,34	5,92±1,46
Мені це байдуже	3,97±1,97	4,25±2,26	3,21±2,19	3,31±2,28
Ніщо мене не турбує	4,87±1,9	5,03±1,98	5,0±1,86	5,22±1,77
Я відчуваю упевненість в собі	5,26±1,71	5,59±1,53	5,92±1,46	6,02±1,33
Я відчуваю себе вільно	5,13±1,63	5,34±1,58	5,95±1,18	6,17±1,18
Я переживаю почуття внутрішнього задоволення	4,97±1,62	5,34±1,48	5,65±1,58	5,77±1,64

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

У таблиці 5.6 наведено 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 на рис.5.6. 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 в обох групах дослідження за підпунктом «Мені соромно» ($m(k)=2,28 \pm 1,51$; $m(o)=3,07 \pm 1,84$ бали) (рис. 5.7).

Таблиця 5.6 - Порівняльна характеристика емоційного компонента серед лікарів та СМП ЗОЗ ПП і ЗП в залежності від сфери діяльності під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$

Емоційний компонент	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Лікарі, n=82	СМП, n=140	Лікарі, n=41	СМП, n=83
Я спокійний	5,72±1,71	5,67±1,62	6,32±1,19	6,37±1,14
Я задоволений	5,71±1,64	5,71±1,53	6,32±0,93	6,17±1,5
Я щасливий	5,74±1,58	5,84±1,4	6,22±1,21	6,08±1,5
Мені радісно	5,44±1,55	5,61±1,56	6,07±1,33	5,92±1,57
Мені ніщо не загрожує	5,21±1,71	5,45±1,66	5,9±1,3	5,85±1,48
Мені це байдуже	3,99±2,16	4,33±2,24	3,29±2,11	3,28±2,32
Ніщо мене не турбує	4,72±1,99	5,16±1,94	5,27±1,53	5,1±1,92
Я відчуваю упевненість в собі	5,35±1,67	5,64±1,5	5,98±1,17	6,0±1,46
Я відчуваю себе вільно	5,16±1,63	5,39±1,57	6,02±1,06	6,14±1,24
Я переживаю почуття внутрішнього задоволення	5,12±1,62	5,37±1,44	6,02±1,14	5,59±1,79

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

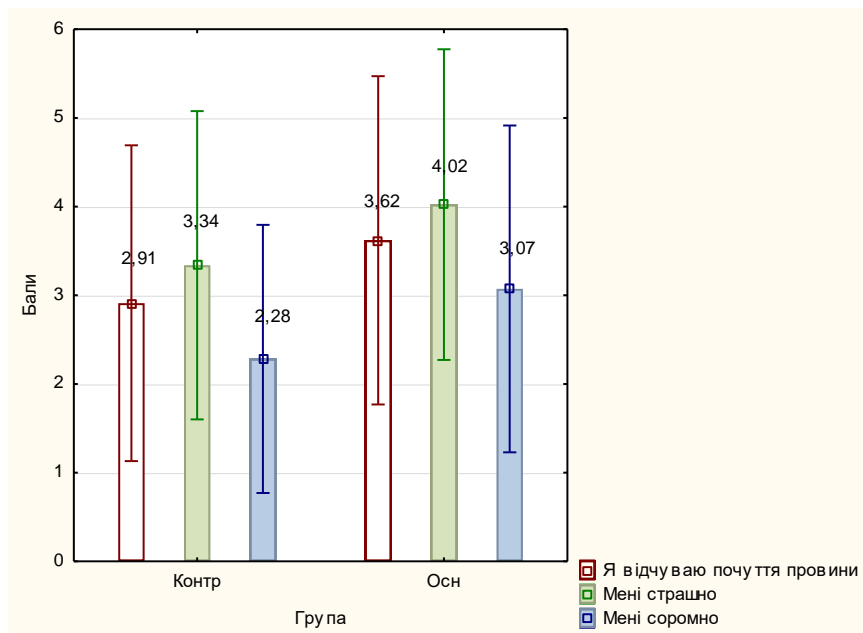


Рисунок 5.6 – Суб'єктивна оцінка емоційних реакцій медичних працівників ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП на погіршення їх стану здоров'я під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$.

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» ($U=10269,5$; $Z=-3,98$; $p<0,001$). Як видно, емоційна реакція працівників ЗОЗ ПП на погіршення здоров'я більш виражена за вказаними підпунктами, що опосередковано може вказувати на вищу сприйнятливість непідготовлених прошарків населення до змін власного здоров'я під час війни. Також, хоча і відсутня статистично значуща різниця, з графіком 5.5 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 дану ознаку ($U=1197,5$; $Z=-2,41$; $p<0,05$).

Поведінковий компонент – пов'язаний з актуалізацією діяльності людини, спрямованістю досягнення суб'єктивно значущих цілей.

За результатами дослідження медичних працівників ЗОЗ щодо профілактичних заходів зміцнення їх власного здоров'я встановлено. 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) (рис. 5.7).

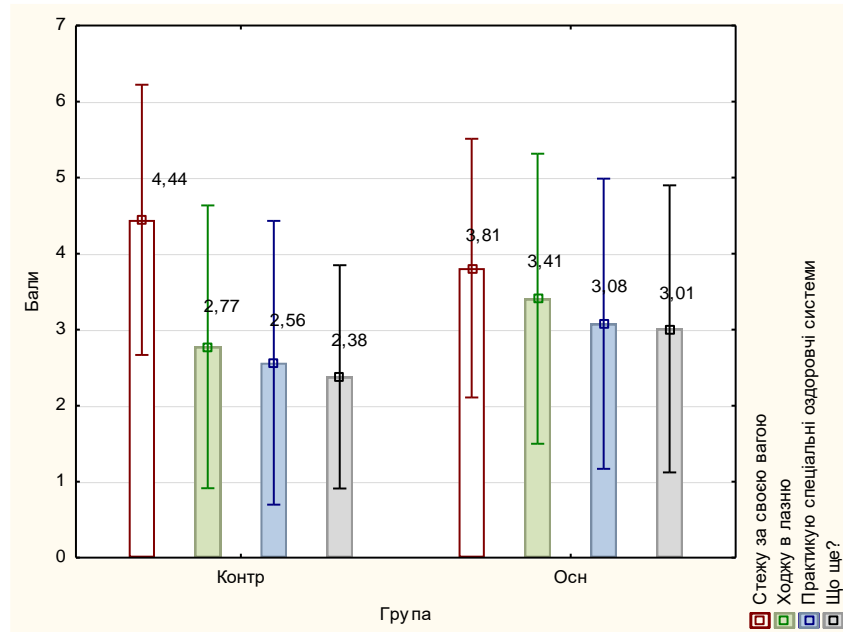


Рисунок 5.7 – Суб’єктивна оцінка поведінкових реакцій медичних працівників 303 ПП та 303 ЗП щодо профілактичних заходів зміцнення їх здоров’я під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$.

За результатами дослідження профілактичних заходів зміцнення власного здоров’я серед медичних працівників 303 ПП та 303 ЗП встановлено статистично значущу різницю. Між досліджуваними групами спостерігалася більше значення за підпунктом «стежу за своєю вагою» працівників 303 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 не конвенційних заходів для підтримки здоров’я представниками основної групи.

СМП 303 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 303 ЗП частіше за лікарів відвідують лікаря з профілактичною метою ($U=1140,0$; $Z=-3,02$; $p<0,05$), а лікарі частіше відвідують лазню (табл. 5.7).

Таблиця 5.7 - Профілактичні заходи, які проводять лікарі та СМП ЗОЗ щодо власного здоров'я під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$

Профілактичні заходи	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Лікарі, n=82	СМП, n=140	Лікарі, n=41	СМП, n=83
Виконання фізичних вправ	4,01±1,7	3,78±1,84	4,39±1,72	3,88±1,59
Дотримуюся дієти	3,32±1,62	3,74±1,69	3,73±1,72	3,58±1,49
Піклуюся про режим	3,52±1,79	3,81±1,71	4,02±1,6	3,89±1,56
Загартовуюся	2,78±1,98	3,49±1,9*	3,15±1,96	3,0±1,61
Відвідую лікаря з профілактичною метою	3,51±1,82	3,88±1,85	3,22±2,02	4,46±2,11*
Стежу за своєю вагою	3,8±1,91	3,81±1,57	4,46±1,63	4,43±1,86
Ходжу в лазню	3,07±1,89	3,6±1,9	3,24±2,13*	2,54±1,68
Уникаю шкідливих звичок	4,45±2,13	4,04±1,93	4,12±2,12	4,01±2,1
Відвідую спортивні секції	2,95±2,07	3,31±1,83	3,44±2,18	2,73±1,9
Практикую спеціальні оздоровчі системи	2,84±1,89	3,21±1,91	2,61±1,95	2,54±1,84
Щось ще	2,52±1,95	3,31±1,79*	2,34±1,62	2,4±1,4

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

В ході дослідження нами встановлено гендерні особливості медичних працівників стосовно профілактичних заходів для покращення власного здоров'я під час воєнного стану (табл. 5.8).

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, жінки-співробітниці частіше відвідують лікаря з профілактичною метою ($U=1126,5$; $Z=-2,78$; $p < 0,05$).

Таблиця 5.8 - Порівняльна характеристика бальної оцінки профілактичних заходів, які проводять медичні працівники ЗОЗ щодо свого здоров'я залежно від статі під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$

Профілактичні заходи	Основна група (ЗОЗ ПП), n=222		Контрольна група (ЗОЗ ЗП), n=124	
	М	σ	М	σ
Виконання фізичних вправ	3,86	1,79	4,05	1,64
Дотримуюся дієти	3,59	1,68	3,63	1,56
Піклуюся про режим	3,71	1,74	3,93	1,57
Загартовуюся	3,23	1,95	3,05	1,73
Відвідую лікаря з профілактичною метою	3,74	1,84	4,05	2,16
Стежу за своєю вагою	3,81	1,7	4,44*	1,78
Ходжу в лазню	3,41*	1,91	2,77	1,86
Уникаю шкідливих звичок	4,19	2,01	4,05	2,1
Відвідую спортивні секції	3,18	1,93	2,97	2,02
Практикую спеціальні оздоровчі системи	3,08*	1,91	2,56	1,87
Щось ще	3,01*	1,89	2,38	1,47

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

Конкретні дії спрямовані на виявлення та спробу ліквідації наслідків порушеного власного здоров'я відображені, в основному, однією відповіддю «сам приймаю заходи» ($m(k)=4,98 \pm 1,51$; $m(o)=4,46 \pm 1,69$). Найнижчий середній показник був за відповіддю «Щось ще» ($m(k)=3,23 \pm 1,69$; $m(o)=3,46 \pm 1,83$) (рис. 5.8).

При порівнянні результатів обох груп дослідження виявляється статистична різниця лише за згаданим підпунктом «сам приймаю заходи», 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 ($U=3883,5$; $Z=-3,8$; $p < 0,001$) (табл. 5.9).

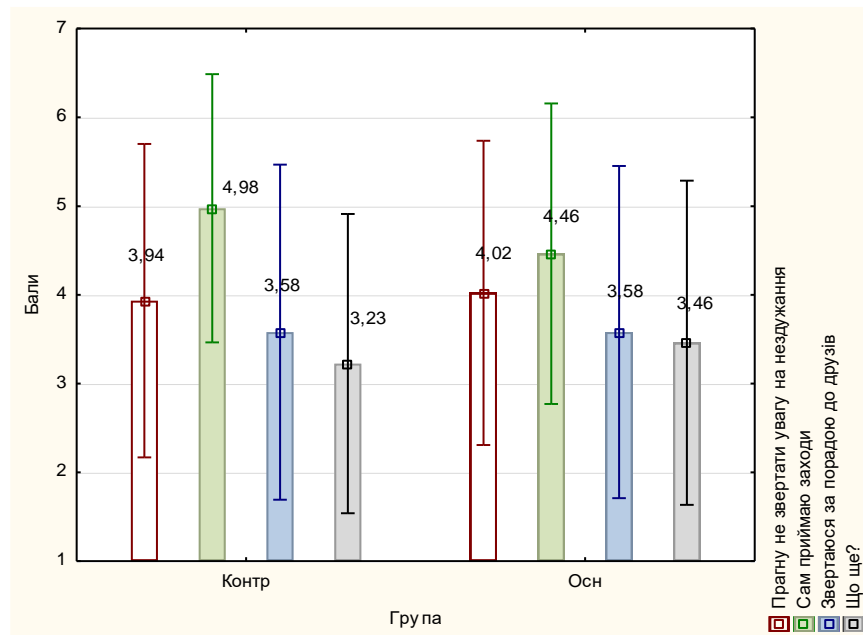


Рисунок 5.8 – Суб’єктивна оцінка поведінкових реакцій медичних працівників ЗОЗ на погіршення їх стану здоров’я (за результатами дослідження) під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$.

Таблиця 5.9 - Порівняльна характеристика поведінкових реакцій медичних працівників ЗОЗ на погіршення їх власного стану здоров’я під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$

Поведінкові реакції	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Лікарі, n=82	СМП, n=140	Лікарі, n=41	СМП, n=83
Прагну не звертати увагу на нездужання	3,87±1,72	4,11±1,71	4,15±1,62	3,83±1,83
Сам приймаю заходи	4,5±1,48	4,44±1,81	5,07±1,54	4,93±1,5
Звертаюся за порадою до друзів	3,41±1,81	3,68±1,9	3,19±1,73	3,77±1,94
Щось ще	2,83±2,16	3,84±1,46*	3,07±1,65	3,3±1,71

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

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 перевершує за «звертання за порадом до друзів» ($U=1246,0$; $Z=-2,13$; $p < 0,05$) (табл. 5.10).

Таблиця 5.10 - Суб'єктивна оцінка заходів, які проводять медичні працівники ЗОЗ залежно від статі для покращення свого здоров'я під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$

Заходи	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Чоловіки, n=39	Жінки, n=183	Чоловіки, n=38	Жінки, n=86
Прагну не звертати увагу на нездужання	3,87±1,75	4,05±1,71	4,5±1,59*	3,69±1,79
Сам приймаю заходи	4,51±1,47	4,45±1,74	5,34±1,17	4,81±1,62
Звертаюся за порадом до друзів	3,31±1,7	3,64±1,9	3,03±1,76	3,83±1,9*
Щось ще	4,33±1,64*	3,27±1,81	3,08±1,81	3,29±1,64

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

Ті МП, які при погіршенні їх власного здоров'я займаються самолікуванням провокують передхворобливий стан перейти 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 даному блоці дослідження виявлено найбільш значущі для респондентів загальнолюдські цінності, більшість з яких мають високі середні значення. Найвищі середні показники очікувано розподілилися по підпунктах «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» ($m(k)=6,02\pm 1,09$) (рис. 5.9).

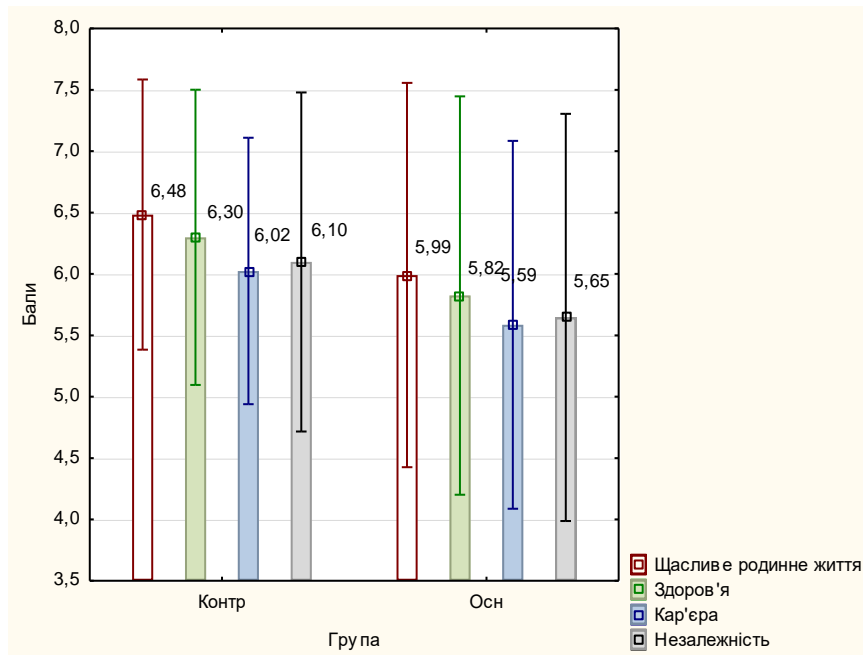


Рисунок 5.9 – Бальна оцінка ціннісно-мотиваційного компонента медичних працівників ЗОЗ на погіршення їх стану здоров'я в своїй ієрархії цінностей під час воєнного стану, бали, $M\pm\sigma$.

Незалежність (свобода) у роботі медичного персоналу ЗОЗ необхідна для подальшого професійного росту, щодо їх просування по кар'єрних сходах, відчуття самореалізації та задоволення роботою, отримання позитивних відгуків від керівництва, колег, пацієнтів. В 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 з 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) (рис. 5.10).

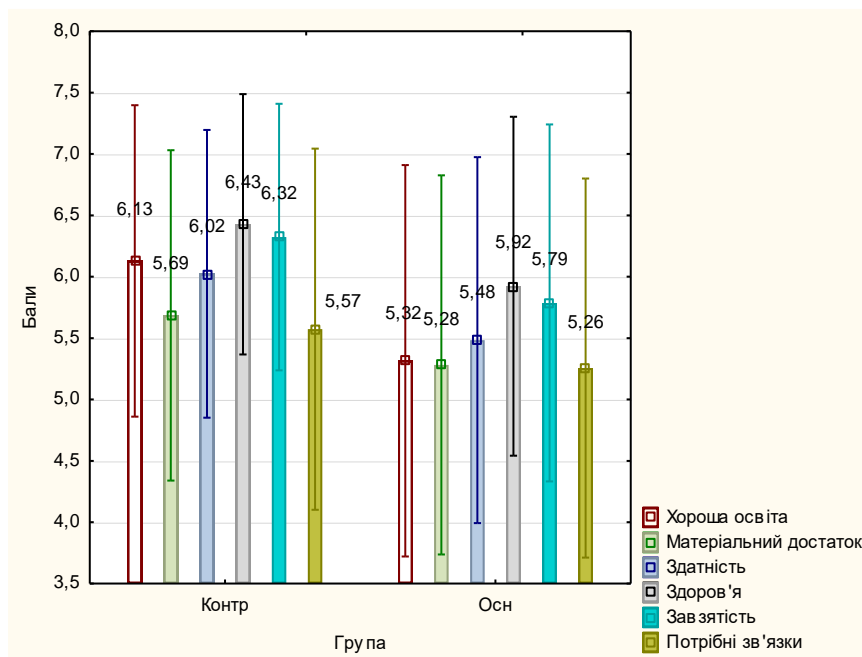


Рисунок 5.10 – Бальна оцінка ціннісно-мотиваційного компонента у медичного персоналу ЗОЗ щодо визначення місця особистого здоров'я в своїй ієрархії цінностей під час воєнного стану, бали, $M\pm\sigma$.

Усі перераховані умови, 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 даному 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) (рис. 5.11).

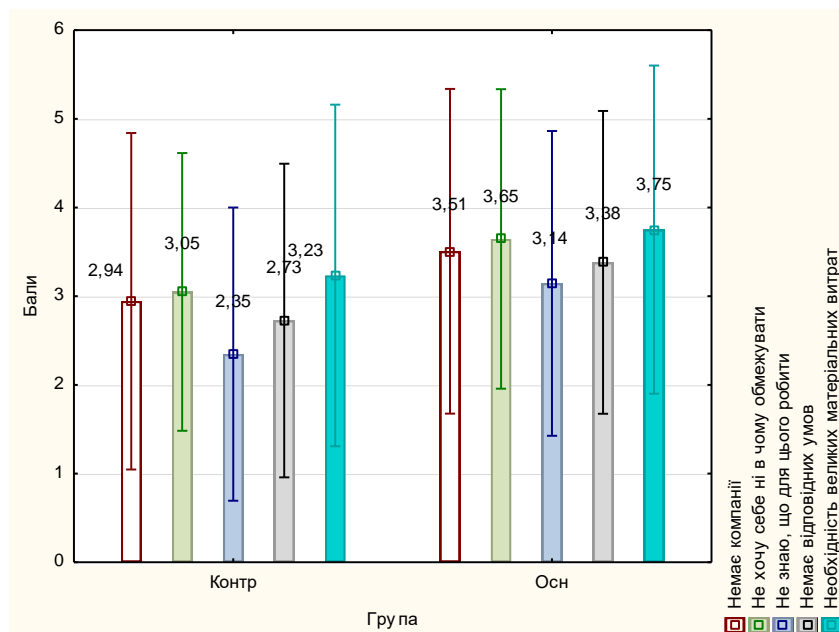


Рисунок 5.11 – Бальна оцінка ціннісно-мотиваційного компонента у медичних працівників ЗОЗ через погіршення їх стану здоров'я в своїй ієрархії цінностей під час воєнного стану, бали, $M\pm\sigma$.

Суттєва статистична різниця між групами 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 ($U=2419,0$; $Z=3,12$; $p<0,05$).

Загальна статистична оцінка в усіх блоках питань опитувальника продемонстрована на рисунку 5.12.

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 ($U=11917,0$; $Z=2,07$; $p<0,05$). Даний аналіз грубо показує меншу зацікавленість респондентів ЗОЗ ПП у понятті власного здоров'я, осмислення чинників, що на нього впливають, нижчу залученість до загальних цінностей, а також певну ступінь обмеженості навіть у турботі про власне здоров'я.

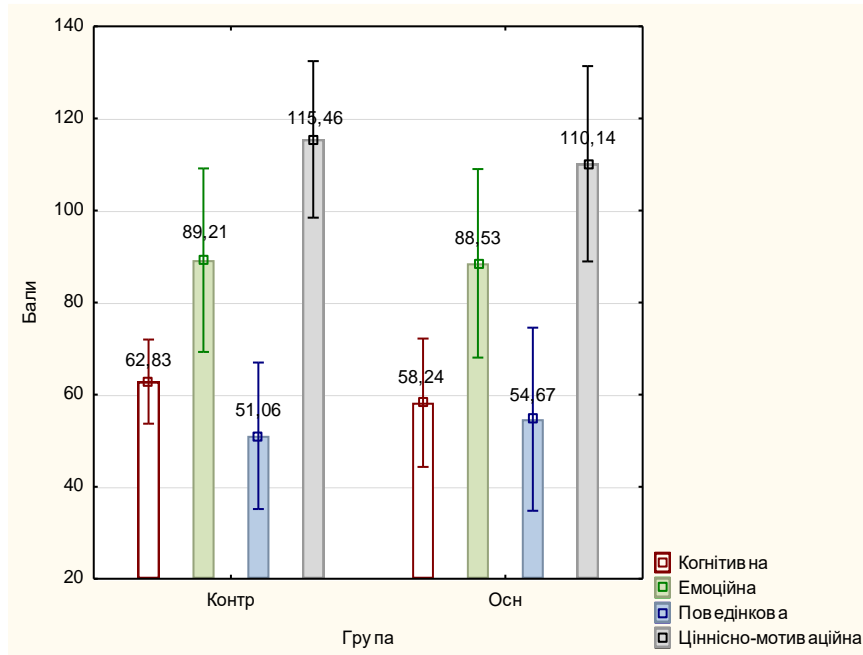


Рисунок 5.12 – Загальна бальна оцінка усіх компонентів (емоційного, поведінкового, ціннісно-мотиваційного) погіршення стану здоров'я респондентів ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП в своїй ієрархії цінностей під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$.

5.2 Обґрунтування критеріїв змін психофізіологічного стану медичного персоналу закладів охорони здоров'я під час воєнного стану залежно від стажу їх трудової діяльності

Методика диференційної діагностики станів зниженої працездатності за Леоною А. Б. та Велічковською С. Б. є модифікованою версією німецького тесту ВМСІІ Пласа і Ріхтера, яку ми використовували у своєму дослідженні для оцінки ступеня важкості праці за різними видами професійної діяльності. У прототипній версії методики ДДСЗП, створеної А. Б. Леоною та С. Б. Велічковською, виділяють чотири ступені симптомів таких психічних станів: монотонія, психічне пересичення, напруженість/стрес та стомлення. Відповіді респондентів оцінювалися за допомогою чотирибальних шкал [283, 284].

Під час дослідження у період воєнного стану ми спостерігали зміни психофізіологічного стану медичного персоналу ЗОЗ ПП та в групі медичних працівників ЗОЗ ЗП залежно від стажу їх трудової діяльності у воєнний стан.

Нами здійснювалася диференційна оцінка зниженої працездатності медичних працівників ЗОЗ ПП та контрольної групи за ступенем вираженості Індекса 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 приймає значення $18,48 \pm 3,75$ і знаходиться в межах помірному ступеня вираженості процесу (рис. 5.13).

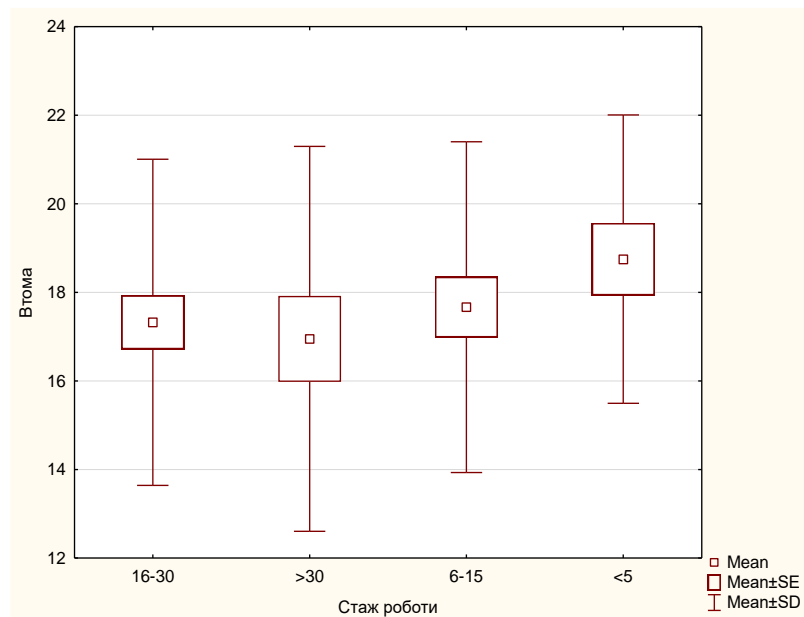


Рисунок 5.13 – Диференційна оцінка працездатності медичних працівників ЗОЗ ЗП за ступенем вираженості Індекса стомлення в залежності від стажу роботи під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$.

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 згідно з дослідженням знаходиться на рівні $20,46 \pm 4,75$, що відповідає середньому ступеню вираженості даного стану (рис. 5.14).

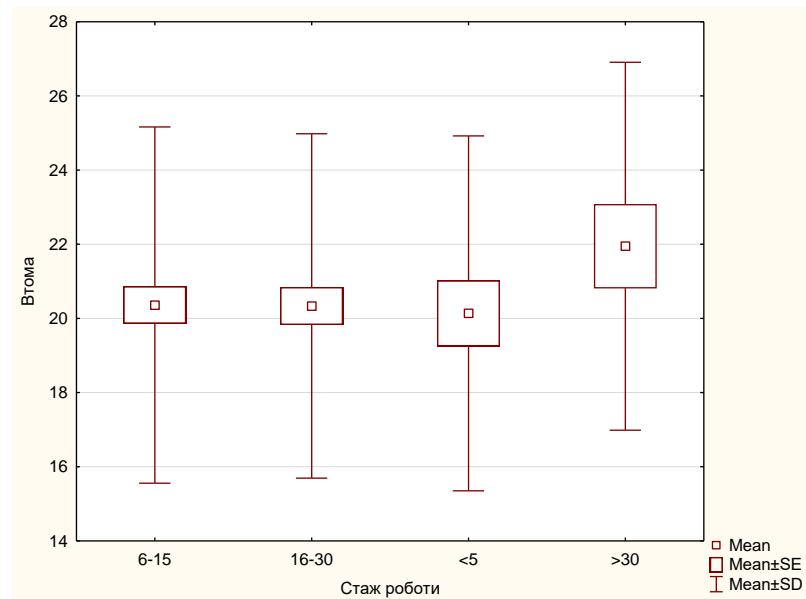


Рисунок 5.14 – Диференційна оцінка працездатності медичних працівників ЗОЗ ПП за ступенем вираженості Індекса стомлення в залежності від стажу роботи під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$.

Статистично значуща різниця у працівників основної групи дослідження щодо Індексу стомлення з різним стажем роботи відсутня.

Аналізуючи показники 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 (рис. 5.15).

Статистично значущої різниці між працівниками різного стажу в показнику монотонії також не виявлено.

Монотонія в основній досліджуваній групі загалом приймає середнє значення $19,73 \pm 5,26$ і тому, відповідає помірному ступеню вираженості даного стану (рис. 5.16).

Ступінь монотонності праці мало залежить від стажу роботи респондентів ЗОЗ ПП, що підтверджено тестом Крускала-Уолліса та множинним порівнянням значень.

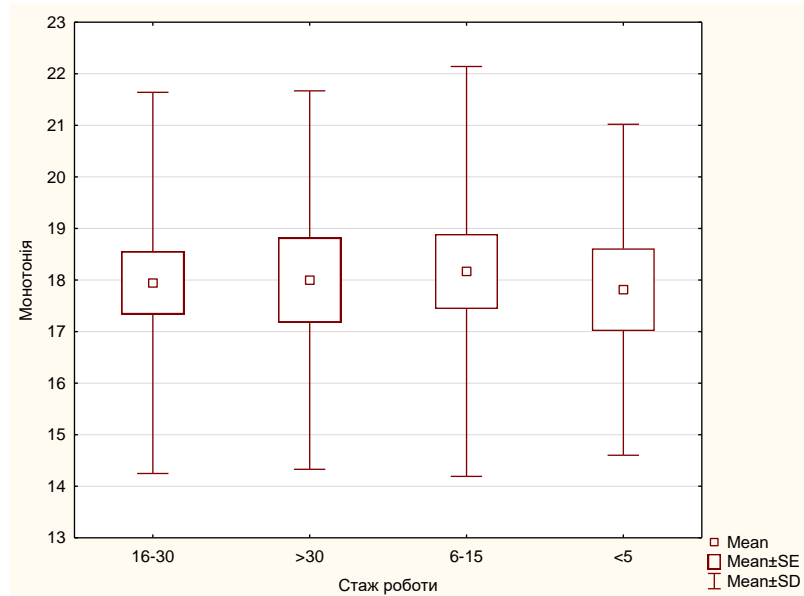


Рисунок 5.15 – Диференційна оцінка працездатності медичних працівників ЗОЗ ЗП за ступенем вираженості Індекса монотонії з різним стажем роботи під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$.

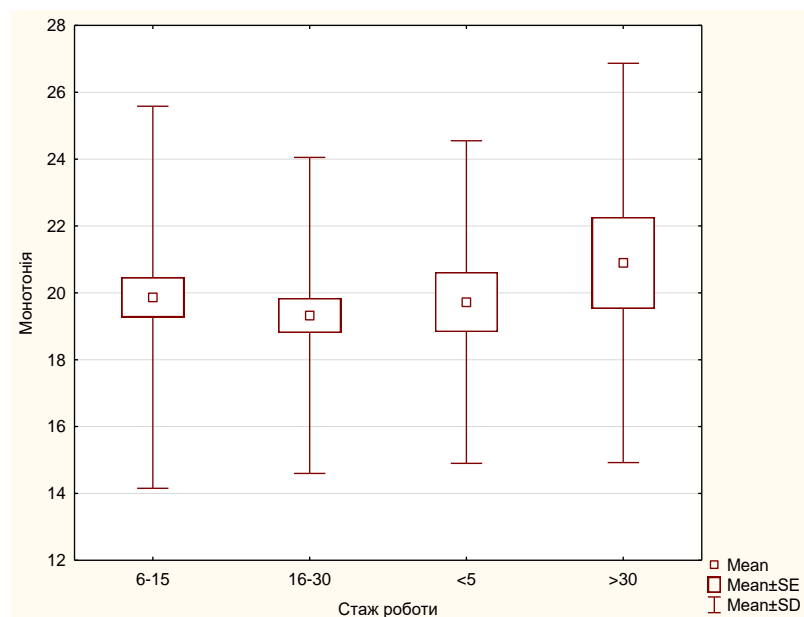


Рисунок 5.16 – Диференційна оцінка працездатності медичних працівників ЗОЗ ПП за ступенем вираженості Індекса монотонії з різним стажем роботи під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$.

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 проявитися у вираженому бажанні зупинити роботу або внести різноманітність до заданого стереотипного виконання. Індекс психічного пересичення у медичних працівників ЗОЗ ЗП знаходиться в межах $17,31 \pm 4,10$ і займає відповідно помірний ступінь (рис. 5.17).

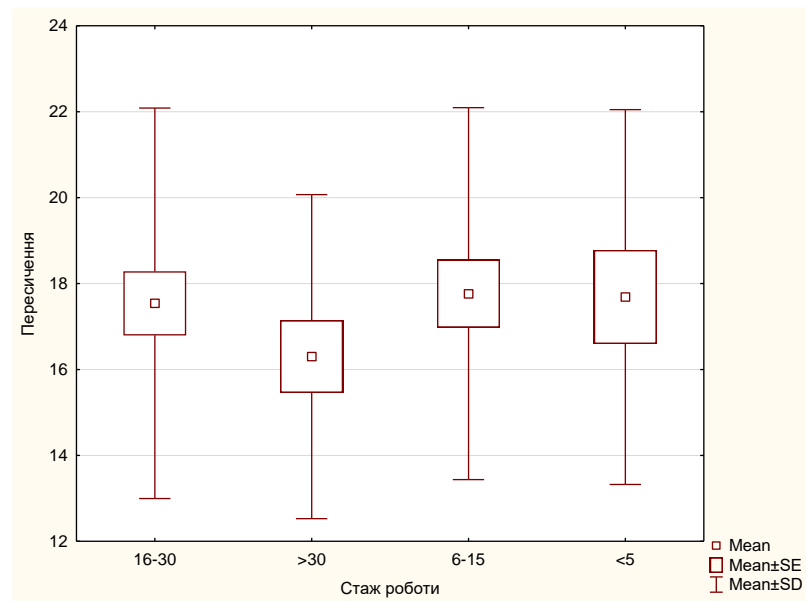


Рисунок 5.17 – Диференційна оцінка працездатності медичних працівників ЗОЗ ЗП за ступенем вираженості Індекса психічного пересичення з різним стажем роботи під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$.

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 знаходиться на рівні $20,19 \pm 4,44$, а тому теж відповідає помірному ступеню (рис. 5.18).

Виявлена певна тенденція до більшого психічного пересичення в працівників зі стажем роботи понад 30 років не знайшла свого підтвердження при статистичній перевірці.

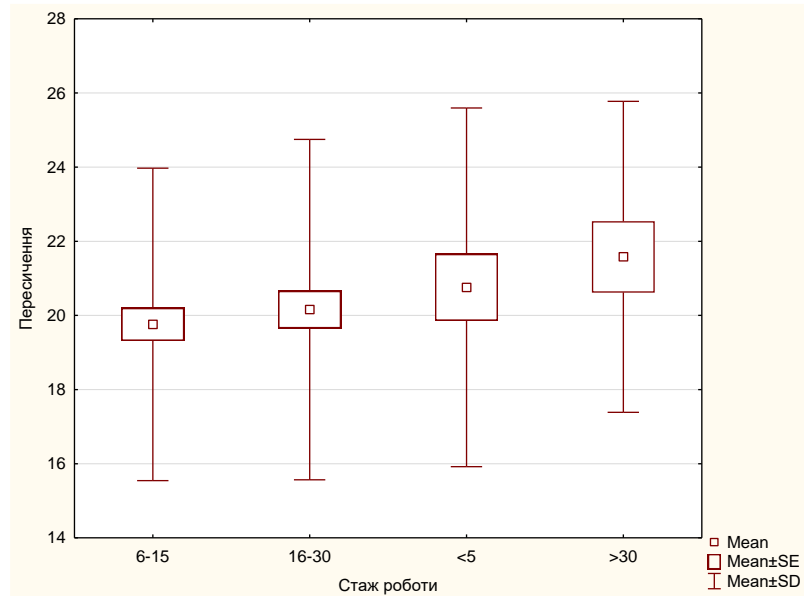


Рисунок 5.18 – Диференційна оцінка працездатності медичних працівників ЗОЗ ЗП за ступенем вираженості Індекса психічного пересичення з різним стажем роботи під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$.

Оцінювання зниженої працездатності медичних працівників проводилося за наявності/відсутності 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 реалізовується в продуктивній, деструктивній формах (переважання процесуальних мотивів – мотивів самозбереження або психологічного захисту).

Ступінь вираженості Індексу стресу або напруженості в групі контролю має середні значення $19,58 \pm 3,59$ (від 16 до 25 балів) і знаходиться в межах помірного ступеня стану (рис. 5.19).

За аналогією з іншими показниками, суттєвої різниці між показниками стресу у 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 даних медпрацівників.

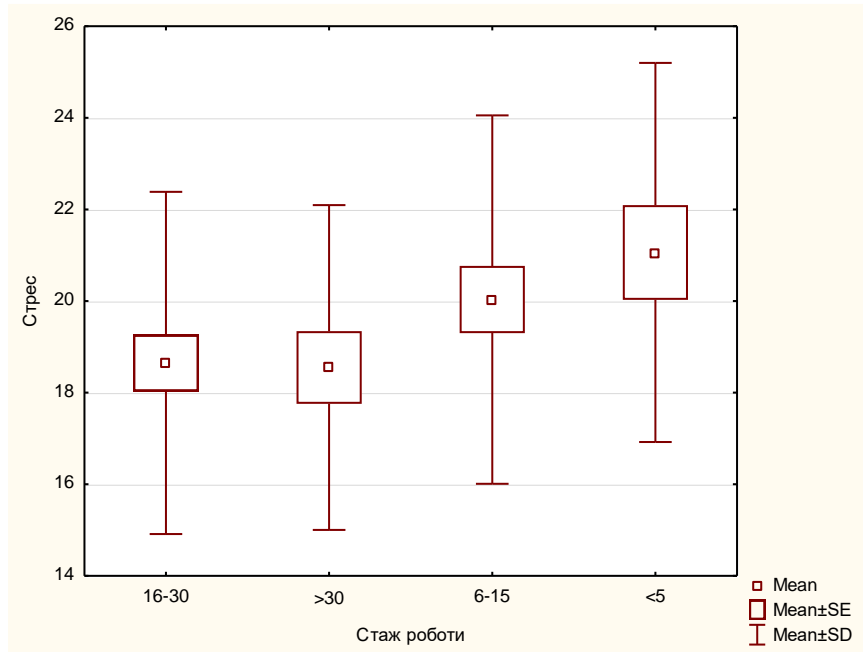


Рисунок 5.19 – Диференційна оцінка працездатності медичних працівників ЗОЗ ЗП за ступенем вираженості Індексу стресу або напруженості з різним стажем роботи під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$.

Середній показник вираженості Індексу стресу займає найвищі значення, в межах $21,39 \pm 4,45$, що попри це, також відповідає помірному ступеню вираженості стану (рис. 5.20).

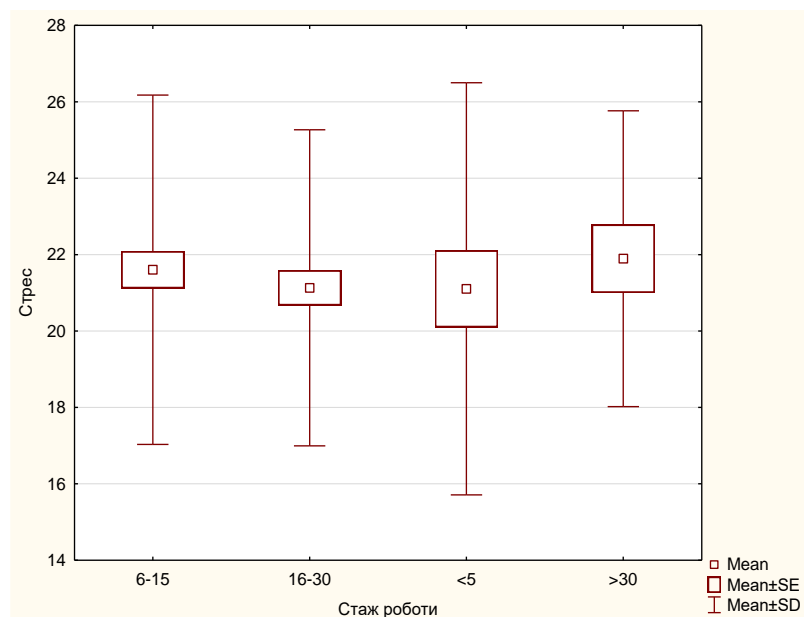


Рисунок 5.20 – Диференційна оцінка працездатності медичних працівників ЗОЗ ЗП за ступенем вираженості Індексу стресу або напруженості з різним стажем роботи під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$.

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 проведенням дослідженням, визначаються наступні 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 (рис. 5.21).

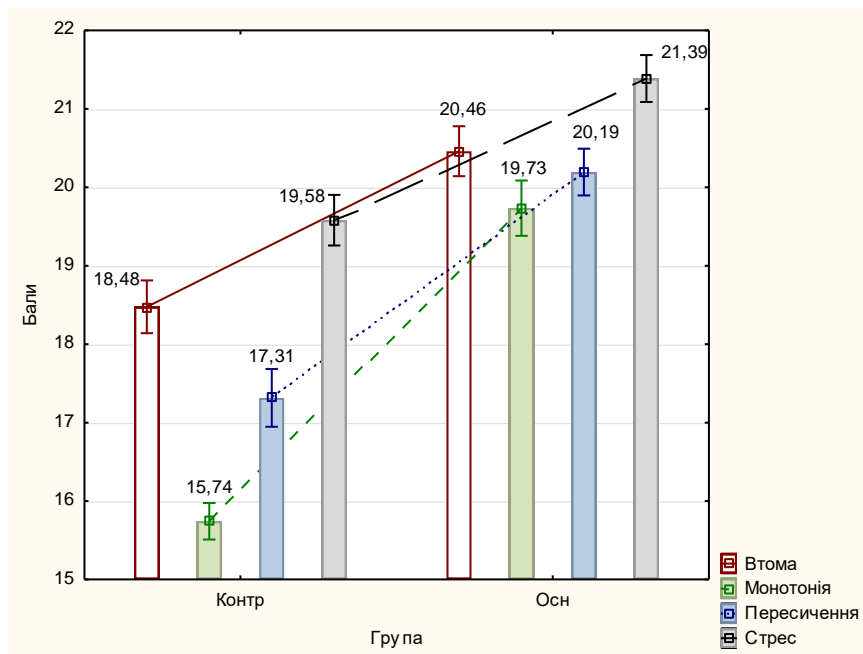


Рисунок 5.21 – Порівняльна оцінка психофізіологічного стану медичного персоналу ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП під час воєнного стану, бали, $M\pm\sigma$.

Як видно з рисунка 5.21 та таблиці 5.11, статистично значуща різниця виявлена в усіх показниках опитувальника ($p<0,001$), що вказує на значно більші прояви втоми, монотонії, психічного пересичення та стресу у медпрацівників ЗОЗ ПП під час воєнного стану (табл. 5.11).

Зміни психофізіологічного стану (втома, монотонія, психічне пересичення, стрес) респондентів, залежно від стажу їх роботи наочно виражена і мала

тенденцію до збільшої завантаженості у медичних працівників ЗОЗ ПП наочно виражена.

Таблиця 5.11 - Порівняльна характеристика психофізіологічного стану медичного персоналу ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$

Зміни психофізіологічного стану	Основна група (ЗОЗ ПП), n=222		Контрольна група (ЗОЗ ЗП), n=124	
	М	σ	М	σ
Втома	20,46*	4,75	18,48	3,75
Монотонія	19,73*	5,26	15,74	2,59
Психічне пересичення	20,19*	4,44	17,31	4,1
Стрес	21,39*	4,45	19,58	3,59

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

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 як в умовах ЗОЗ ПП, так і ЗОЗ ЗП під час воєнного стану (табл. 5.12).

Таблиця 5.12 - Порівняльна характеристика психофізіологічного стану медичного персоналу ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$

Зміни психофізіологічного стану	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Лікарі, n=82	СМП, n=140	Лікарі, n=41	СМП, n=83
Втома	20,22±4,95	20,6±4,64	18,46±4,26	18,48±3,49
Монотонія	19,29±5,51	19,99±5,1	15,83±2,52	15,7±2,64
Психічне пересичення	19,87±4,38	20,39±4,48	17,05±4,85	17,45±3,69
Стрес	21,11±4,25	21,55±4,58	19,27±4,06	19,73±3,35

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

Прояви симптомів зазвичай залишаються сталими у гендерному співвідношенні. Хоча втота у чоловіків – працівників ЗОЗ ЗП знаходиться на статистично вищому рівні проти жінок ($U=1196,5$; $Z=2,38$; $p<0,05$) (табл. 5.13).

Таблиця 5.13 - Порівняльна характеристика психофізіологічного стану медичного персоналу ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП залежно від статі під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$

Зміни психофізіологічного стану	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Чоловіки, n=39	Жінки, n=183	Чоловіки, n=38	Жінки, n=86
Втота	20,56±4,95	20,44±4,71	19,47±3,35*	18,03±3,84
Монотонія	20,31±4,88	19,61±5,34	15,71±2,5	15,76±2,64
Психічне пересичення	21,26±4,25	19,97±4,46	17,89±5,04	17,06±3,6
Стрес	20,56±4,91	21,56±4,35	19,89±3,97	19,44±3,42

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

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

5.3 Визначення формування предикторів розвитку емоційного вигорання у медичних працівників закладів охорони здоров'я в умовах воєнного стану

В наукових дослідженнях ПРЕВ у працівників медичної галузі більшість науковців всього світу стверджують, що причиною виникнення є результат їх професійної медичної діяльності, або трудової діяльності, при постійному контакті з пацієнтами упродовж робочого дня, що призводить до спалювання/виснаження їх психологічних, емоційних, розумових, фізичних ресурсів, які постійно потрібні в екстремальних умовах праці.

Враховуючи високий показник прояву ПРЕВ серед МП загальної профілізації, нами були проведені дослідження з виявлення ПРЕВ серед МП галузі охорони здоров'я Вінницької області.

Визначення різниці у розвитку ПРЕВ у медичних працівників ЗОЗ під час воєнного стану проводилося з використанням психодіагностичних методик емоційного вигорання Бойко В. «Психологічне вигорання» та адаптованої методики Водоп'янової Н.Є. та Старченко О.С. (на основі моделі К. Маслач та С. Джексон) [281, 282]

Згідно з методикою Бойко В. в обох групах дослідження отримані наступні показники першої фази «Напруження»: переживання психотравмуючих 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» ($m(k)=5,18\pm 5,97$; $m(o)=7,07\pm 6,99$) – симптом, 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 – $m(o)=37,09\pm 19,40$. В контрольній групі дослідження перша фаза вважається несформованою, в основній групі – знаходиться в стадії формування (рис. 5.22).

Суттєва статистична різниця між досліджуваними групами підтверджується по першій фазі ($U=11532,0$; $Z=-2,5$; $p<0,05$), а також за показниками незадоволеності собою ($U=9050,0$; $Z=-5,31$; $p<0,001$) та «Загнаності в кут» ($U=11371,0$; $Z=-2,7$; $p<0,05$) (рис. 5.24, табл. 5.14).

Таким чином, 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 психотравмуючих обставин.

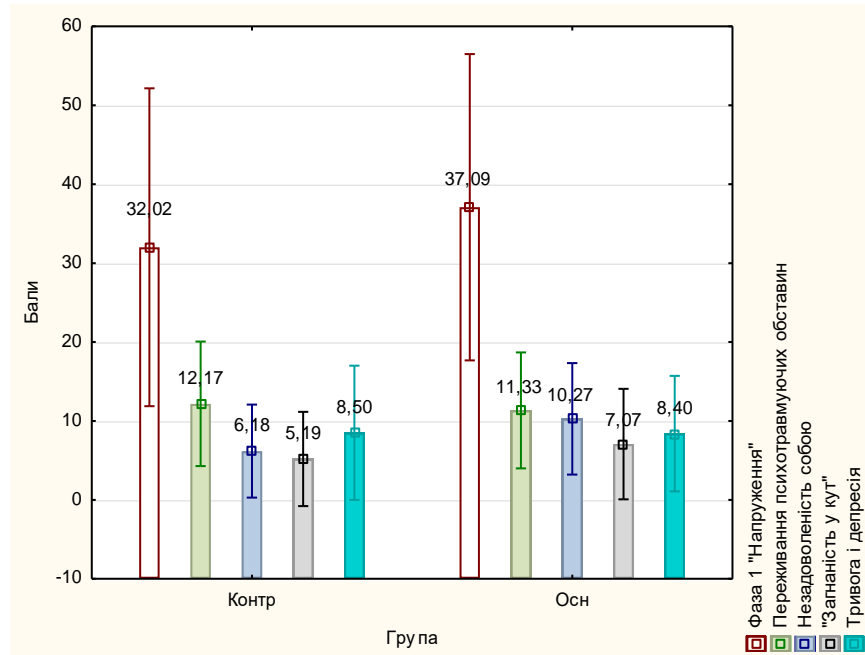


Рисунок 5.22 – Порівняльна оцінка формування ПРЕВ за фазою «Напруження» у медичних працівників ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$.

Таблиця 5.14 - Порівняльна оцінка формування ПРЕВ за фазою «Напруження» у медичних працівників ЗОЗ під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$

Фаза	Основна група (ЗОЗ ПП), n=222		Контрольна група (ЗОЗ ЗП), n=124	
	М	σ	М	σ
Фаза 1 «Напруження»	37,09*	19,4	32,02	20,14
Переживання психотравмуючих обставин	11,33	7,34	12,17	7,88
Незадоволеність собою	10,27*	7,06	6,18	5,89
«Загнаність у кут»	7,07*	6,99	5,18	5,97
Тривога і депресія	8,4	7,32	8,5	8,5

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

Ми не виявили статистично вагомої різниці між показниками першої фази у чоловіків та жінок ЗОЗ ПП. З іншого боку, виявлена різниця у підпункті «Загнаність у кут», який більше зустрічається у чоловічої частини медичних працівників ЗОЗ ЗП ($U=1242,0$; $Z=2,14$; $p < 0,05$) (табл. 5.15).

Таблиця 5.15 - Порівняльна характеристика формування ПРЕВ за фазою «Напруження» у медичних працівників ЗОЗ під час воєнного стану залежно від статі, бали, $M \pm \sigma$

Фаза	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Чоловіки, n=39	Жінки, n=183	Чоловіки, n=38	Жінки, n=86
Фаза 1 «Напруження»	33,33±19,17	37,88±19,4	34,87±22,81	30,76±18,85
Переживання психотравмуючих обставин	9,97±7,63	11,62±7,27	12,21±7,98	12,15±7,89
Незадоволеність собою	8,69±7,91	10,61±6,85	7,13±6,46	5,76±5,61
«Загнаність у кут»	6,92±5,94	7,1±7,21	7,74±8,01*	4,06±4,41
Тривога і депресія	8,28±6,71	8,43±7,46	7,79±8,64	8,81±8,47

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

Дані першої фази також не мають суттєвої різниці в перерахунку на лікарів та СМП в обох дослідних групах (табл. 5.16).

Таблиця 5.16 - Порівняльна характеристика формування ПРЕВ за фазою «Напруження» у лікарів і СМП ЗОЗ під час воєнного стану в залежності від професійних обов'язків, бали, $M \pm \sigma$

Фаза	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Лікарі, n=82	СМП, n=140	Лікарі, n=41	СМП, n=83
Фаза 1 «Напруження»	35,04±18,54	38,29±19,85	32,24±21,96	31,9±19,32
Переживання психотравмуючих обставин	11,48±7,65	11,25±7,19	12,76±8,04	11,88±7,84
Незадоволеність собою	9,84±7,41	10,53±6,87	6,58±5,86	5,98±5,93
«Загнаність у кут»	5,96±5,8	7,72±7,55	5,46±6,14	5,05±5,92
Тривога і депресія	7,69±6,56	8,81±7,72	7,44±8,48	9,02±8,51

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

У другій фазі формування ПРЕВ – «Резистенції» виявлено наступний розподіл даних в групах дослідження: неадекватне вибіркоче 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 $m(o)=50,31\pm 21,57$, в контрольній групі – $m(k)=52,94\pm 19,48$, що в обох випадках відповідає фазі у стадії формування (рис. 5.23).

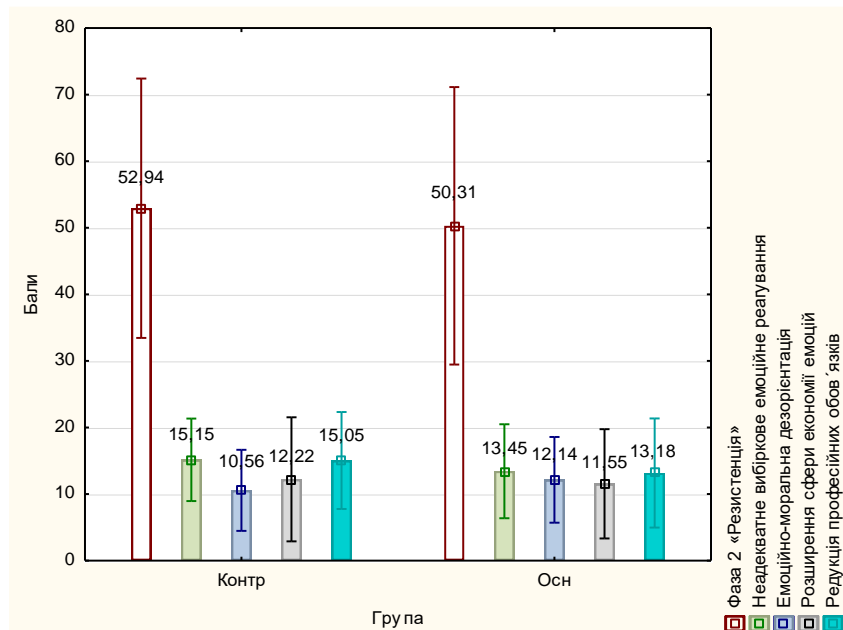


Рисунок 5.23 – Порівняльна характеристика формування ПРЕВ за фазою «Резистенції» у медичних працівників ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП під час воєнного стану, бали, $M\pm\sigma$.

Статистично значущої різниці між групами дослідження загалом по другій фазі 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 ($U=11905,0$; $Z=2,09$; $p<0,05$). На противагу, у працівників ЗОЗ ПП частіше спостерігалася емоційно-моральна дезорієнтація ($U=11734,0$; $Z=-2,28$; $p<0,05$) у таблиці 5.17.

Таблиця 5.17 - Порівняльна характеристика формування ПРЕВ за фазою «Резистенції» у медичних працівників ЗОЗ під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$

Фаза	Основна група (ЗОЗ ПП), n=222		Контрольна група (ЗОЗ ЗП), n=124	
	M	σ	M	σ
Фаза 2 «Резистенції»	50,31	20,83	52,94	19,48
Неадекватне вибіркоче емоційне реагування	13,45	7,06	15,15*	6,2
Емоційно-моральна дезорієнтація	12,14*	6,43	10,56	6,09
Розширення сфери економії емоцій	11,54	8,2	12,22	9,32
Редукція професійних обов'язків	13,18	8,19	15,05*	7,28

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

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 наступні числові показники окремих симптомів: 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 (рис. 5.24 і табл. 5.18).

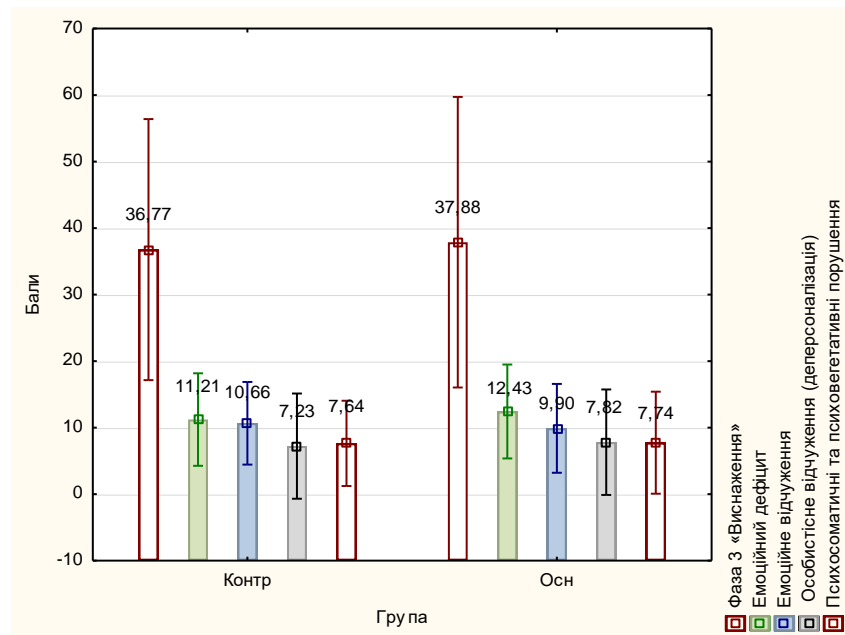


Рисунок 5.24 – Порівняльна характеристика формування ПРЕВ за фазою «Виснаження» у медичних працівників ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$.

При порівнянні результатів обох когорт статистично суттєва різниця між показниками третьої фази «Виснаження» відсутня (табл. 5.18).

Таблиця 5.18 - Порівняльна характеристика формування ПРЕВ за фазою «Виснаження» у лікарів та СМП ЗОЗ під час воєнного стану залежно від професійних обов'язків, бали, $M \pm \sigma$

Фаза	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Лікарі, n=82	СМП, n=140	Лікарі, n=41	СМП, n=83
Фаза 3 «Виснаження»	37,66±21,66	38,01±22,03	39,34±24,61	35,49±16,66
Емоційний дефіцит	11,93±7,7	12,73±6,66	10,39±7,21	11,61±6,84
Емоційне відчуження	10,74±6,68	9,4±6,65	11,73±7,11	10,13±5,68
Особистісне відчуження (деперсоналізація)	7,41±7,84	8,05±8,0	9,39±10,3*	6,16±6,2
Психосоматичні та психовегетативні порушення	7,71±7,11	7,76±8,01	7,58±6,41	7,66±6,45

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

При порівнянні результатів обох когорт статистично суттєва різниця між показниками третьої фази «Виснаження» відсутня.

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.

Наступне дослідження професійного вигорання медпрацівників виконано на основі методу Водоп'янової Н.С. та Старченко О.С. Він 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 [282].

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 ($U=8113,0$; $Z=6,34$; $p<0,001$) (табл. 5.19).

Враховуючи гендерну специфічність, у жінок ЗОЗ ПП і ЗОЗ ЗП спостерігається більш значущий розвиток симптомів деперсоналізації порівняно з протилежною статтю ($U=2855,5$; $Z=-1,96$; $p<0,05$). У працівників та працівниць ЗОЗ ЗП суттєвої різниці в розвитку симптомів вигорання за отриманими даними не виявлено (табл. 5.20).

Емоційне виснаження у медичних працівників ЗОЗ ЗП 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 даним 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 за даним фактором. 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 медпрацівників усіх закладів (рис. 5.25).

Таблиця 5.19 - Порівняльна оцінка формування ПРЕВ за трьома субшкалами серед лікарів та СМП ЗОЗ ПП і ЗОЗ ЗП під час воєнного стану, бали, $M\pm\sigma$

Субшкали	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Лікарі, n=82	СМП, n=140	Лікарі, n=41	СМП, n=83
Емоційне виснаження	26,89±6,6	27,82±7,48	23,41±7,7	25,16±8,67
Деперсоналізація	16,26±4,21	16,46±4,59	15,12±4,09	16,01±4,71
Редукція професійних досягнень	32,07±6,76*	29,65±6,53	35,15±7,36	35,43±5,83
Інтегральний показник	7,71±2,16	7,87±2,15	7,83±2,2	8,24±2,03

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

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.

Таблиця 5.20 - Порівняльна оцінка формування ПРЕВ за трьома субшкалами у медичних працівників ЗОЗ під час воєнного стану залежно від статі, бали, $M \pm \sigma$

Субшкали	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Чоловіки, n=39	Жінки, n=183	Чоловіки, n=38	Жінки, n=86
Емоційне виснаження	26,67±7,36	27,65±7,13	24,34±8,63	24,69±8,31
Деперсоналізація	15,03±4,35	16,67±4,42*	15,34±4,42	15,88±4,58
Редукція професійних досягнень	31,79±6,42	30,28±6,75	35,13±7,22	35,43±5,96
Інтегральний показник	7,56±2,35	7,86±2,11	7,92±2,14	8,19±2,08

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

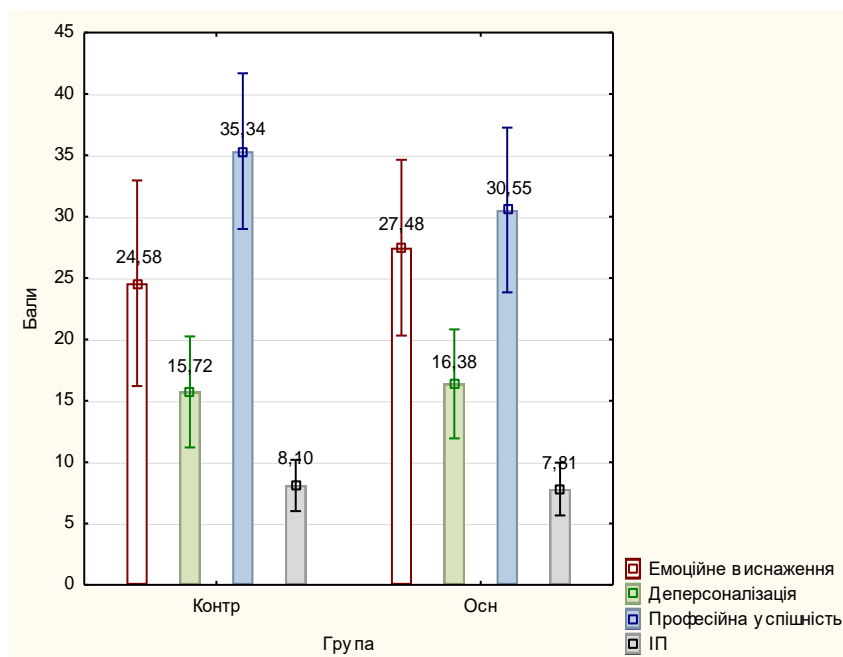


Рисунок 5.25 – Порівняльна характеристика формування ПРЕВ за трьома субшкалами у медичних працівників ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$.

Проведений підрахунок дозволяє зробити висновок про дуже високу

частоту розвитку деперсоналізації, яка характеризується підвищеним психологічним дистанціюванням від роботи, зниженням емпатії і байдужого/цинічного ставлення 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, що породжує стигматизацію медичних працівників до пацієнтів та є недопустимим порушенням морально-етичних принципів поведінки МП ЗОЗ.

В 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 з 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 відносяться: 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 по роботі та своїх рідних шляхом постійного проведення

діагностичних, профілактичних та корекційних заходів психосоматичного компоненту, компетентності, культури медичних працівників сфери охорони здоров'я.

5.4 Визначення особливостей формування мотивації у медичних працівників закладів охорони здоров'я до виконання професійних обов'язків та встановлення чинників, що впливають на ефективність їх праці 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 їх праці у період воєнного стану, які стимулюють до професійної діяльності було застосовано опитувальник за методикою Замфіра К. в модифікації Реана А. [285].

За результатами оцінювання 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 склав для контрольної групи – $m(k)=3,94\pm 0,94$, для основної – $m(o)=3,08\pm 1,04$.

У представників ЗОЗ ПП не відмічається 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 (табл. 5.21).

У чоловічої та жіночої частини працівників ЗОЗ ПП не спостерігалось суттєвої різниці в мотивації до їх практичної діяльності. На противагу, 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 (табл. 5.22).

Таблиця 5.21 - Бальна оцінка формування мотивацій (внутрішня, зовнішня) у медичних працівників ЗОЗ залежно від виконання професійних обов'язків під час воєнного стану, бали, $M+\sigma$

Види мотивацій	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Лікарі, n=82	СМП, n=140	Лікарі, n=41	СМП, n=83
Внутрішня мотивація	3,39±0,98	3,24±0,96	3,0±1,06	3,47±1,19*
Зовнішня позитивна мотивація	2,93±0,75	3,02±0,91	3,66±0,75*	3,38±1,03
Зовнішня негативна мотивація	3,04±1,06	3,11±1,03	4,19±0,92*	3,81±1,0

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

Таблиця 5.22 - Бальна оцінка формування мотивацій (внутрішня, зовнішня) у медичних працівників ЗОЗ залежно від статі під час воєнного стану, бали, $M+\sigma$

Види мотивацій	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Чоловіки, n=39	Жінки, n=183	Чоловіки, n=38	Жінки, n=86
Внутрішня мотивація	3,33±1,15	3,28±0,93	3,17±1,03	3,38±1,22
Зовнішня позитивна мотивація	3,01±0,76	2,99±0,87	3,72±0,83 *	3,36±0,71
Зовнішня негативна мотивація	3,01±1,16	3,1±1,02	4,14±0,97 *	3,85±0,91

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

У контрольній групі спостерігається найвищий рівень зовнішньої негативної мотивації і у чоловіків – $4,14\pm0,97(p<0,05)$ і у жінок – $3,85\pm0,91$.

Натомість найнижчий самерівень 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 точки зору ефективності, мотиваційний комплекс (рис. 5.26).

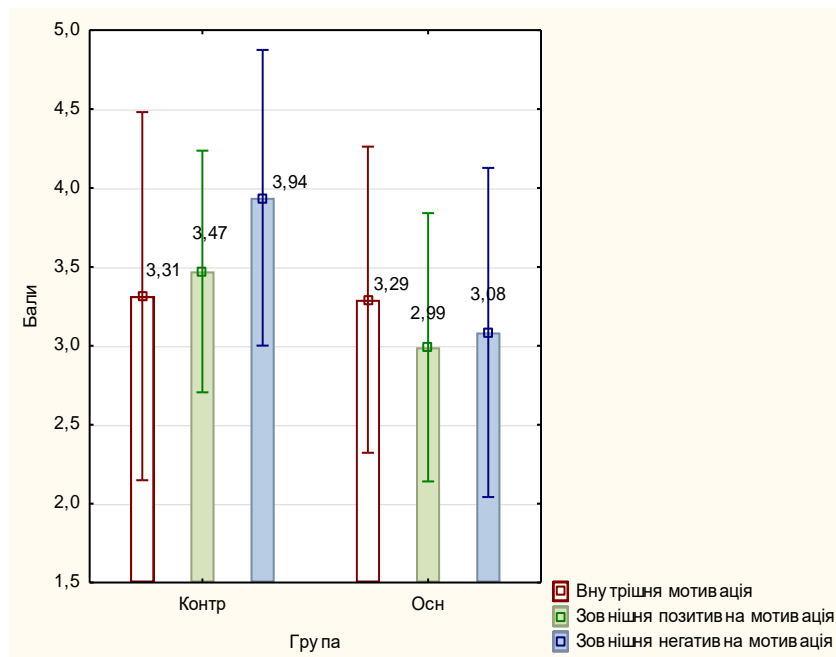


Рисунок 5.26 – Порівняльна характеристика формування мотивацій (внутрішня, зовнішня) у медичних працівників ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$.

Внутрішня мотивація в обох досліджуваних когортах не має суттєвої різниці. На противагу, спостерігається виражена статистична різниця отриманих результатів як по зовнішній позитивній ($U=9442,0$; $Z=4,88$; $p<0,001$), так і по зовнішній негативній мотивації ($U=7417,5$; $Z=7,18$; $p<0,001$) з перевагою у МП ЗОЗ ЗП.

Для визначення мотиваційних типів серед МП обох когорт дослідження було застосовано методику Герчикова В. Згідно з 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.

При порівнянні отриманих результатів, 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 ($U=11474,5$; $Z=-2,59$; $p<0,05$) (табл. 5.23).

Таблиця 5.23 - Порівняльна характеристика формування мотиваційних типів у медичних працівників ЗОЗ ПП та ЗОЗ ЗП під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$

Типи мотивацій	Основна група (ЗОЗ ПП),n=222		Контрольна група (ЗОЗ ЗП),n=124	
	М	σ	М	σ
Інструментальний тип	7,19	2,54	7,1	2,88
Професійний тип	6,07	2,41	7,24*	2,47
Патріотичний тип	4,33	1,88	4,95*	1,8
Господарський тип	4,26*	2,01	3,73	2,04
Люмпенізований тип	4,44	1,97	4,55	1,83

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

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 приймає значущу статистичну різницю до СМП. З іншого боку, серед останніх виявляється статистично більша частка люмпенізованого типу (табл. 5.24).

Таблиця 5.24 - Порівняльна оцінка професійного розподілу медичних працівників ЗОЗ ПП і ЗОЗ ЗП за типами мотивації під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$

Типи мотивацій	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Лікарі, n=82	СМП, n=140	Лікарі, n=41	СМП, n=83
Інструментальний тип	7,44±2,91	7,04±2,3	7,34±2,85	6,99±2,9
Професійний тип	6,38±2,56	5,89±2,31	7,87±2,69*	6,93±2,3
Патріотичний тип	4,49±1,87	4,24±1,88	4,54±1,61	5,16±1,86
Господарський тип	4,22±1,9	4,28±2,09	3,71±2,15	3,75±2,0
Люмпенізований тип	4,45±1,97	4,43±1,97	3,92±1,78	4,85±1,79*

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

При 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). 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 (табл. 5.25).

Загалом знайдені значення вказують на доволі різнорідну 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.

Таблиця 5.25 - Порівняльна оцінка професійного розподілу медичних працівників ЗОЗ ПП і ЗОЗ ЗП за типами мотивації в залежності від статі під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$

Типи мотивацій	Основна група (ЗОЗ ПП)		Контрольна група (ЗОЗ ЗП)	
	Чоловіки, n=39	Жінки, n=183	Чоловіки, n=38	Жінки, n=86
Інструментальний тип	7,2±2,98	7,19±2,45	7,87±3,26	6,77±2,65
Професійний тип	6,15±2,76	6,05±2,33	7,87±2,93	6,96±2,2
Патріотичний тип	4,61±1,74	4,27±1,9	4,29±1,93	5,24±1,67*
Господарський тип	4,2±1,7	4,27±2,08	3,82±2,25	3,7±1,96
Люмпенізований тип	4,05±1,95	4,52±1,97	3,76±1,73	4,89±1,78*

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

Проаналізувавши результати нашого дослідження для здорового психофізіологічного стану, ефективного формування позитивного мотиваційного комплексу у МП ЗОЗ та профілактики синдрому емоційного вигорання необхідно:

- зворотний зв'язок – обговорення конкретного завдання і результатів його виконання (командна робота), яку використовує більшість у операційних;
- різноманітність вмінь та навичок – підвищення змістовності роботи, насичення її професійними, нестандартними моментами, що дає інтерес до роботи як вагомий внутрішній мотив;
- важливість роботи – формування у медичних працівників ЗОЗ відчуття значущості і важливості своєї роботи;
- цілісність роботи – доручення медичним працівникам ЗОЗ конкретного завдання в повному обсязі, що надасть їм можливість отримати задоволення від роботи;
- запровадити обов'язкове медичне страхування та забезпечити соціальний пакет для медичних працівників ЗОЗ [499-501].

Висновки до розділу 5

Встановлено, що в обох групах медичних працівників ЗОЗ ЗП та ЗОЗ ПП в умовах воєнного стану продемонстрували стабільно найвищу довіру до лікарів, як до джерела інформації щодо поняття здоров'я $6,07 \pm 1,16$ і $5,07 \pm 1,61$ відповідно. На другому місці використання науково-популярних книг у медпрацівників ЗОЗ ЗП $5,05 \pm 1,78$; ЗОЗ ПП – $4,30 \pm 1,86$ в умовах воєнного стану ($p < 0,001$). Найменшу цінність мали газети та журнали для медпрацівників ЗОЗ ЗП $3,31 \pm 1,73$; ЗОЗ ПП – $3,87 \pm 1,82$ та ЗМІ для медпрацівників ЗОЗ ЗП – $3,60 \pm 1,89$ ($p < 0,05$).

Виявлено, що найвагомішими факторами під час воєнного стану, можуть впливати на стан здоров'я для медичних працівників ЗОЗ ЗП та ЗОЗ ПП відповідно: спосіб життя – $6,02 \pm 1,29$, $5,46 \pm 1,56$; особливості харчування – $5,96 \pm 1,20$, $5,32 \pm 1,47$. Критично важливими чинниками для медичних працівників ЗОЗ ЗП під час воєнного стану виявилися: професійна діяльність – $5,86 \pm 1,32$, якість медичного обслуговування – $5,79 \pm 1,55$ та екологічне середовище – $5,75 \pm 1,33$. Жінки-співробітниці ЗОЗ статистично частіше за чоловіків вважають, що впливають на здоров'я, екологічне середовище ($p < 0,05$) та спосіб життя ($p < 0,05$) факторами, що впливають на здоров'я. Водночас чоловіки-співробітники ЗОЗ ЗП достовірно більше, як фактор впливу, розглядають шкідливі звички ($p < 0,05$). Спостерігається тенденція до частішого сприйняття якості медичного обслуговування, як важливого фактору у жінок-медпрацівниць в обох групах ($p < 0,05$).

Встановлено, що серед профілактичних заходів зміцнення власного здоров'я медпрацівники, найбільшу частку складають «уникання шкідливих звичок» у медичних працівників ЗОЗ ЗП – $4,05 \pm 2,10$; ЗОЗ ПП – $4,19 \pm 2,01$), «виконання фізичних вправ» ЗОЗ ЗП – $4,05 \pm 1,64$; ЗОЗ ПП – $3,87 \pm 1,79$) та «стеження за своєю вагою» ЗОЗ ЗП – $4,44 \pm 1,78$; ЗОЗ ПП – $3,81 \pm 1,70$). Найрідше респонденти використовують «відвідування спортивних секцій» і «практикування спеціальних оздоровчих систем». СМП ЗОЗ ЗП частіше за лікарів відвідують лікаря з профілактичною метою ($p < 0,05$).

Визначено, що МП ЗОЗ ПП менше замислюються над важливістю таких благ, як здоров'я, щасливе родинне життя, незалежність та кар'єра під час війни. Зважаючи на гендерний розподіл, респонденти-жінки ЗОЗ ПП більше за чоловіків вважають важливими такі чинники, як «наявність вірних друзів» ($p < 0,05$) та «визнання тих, хто оточує» ($p < 0,05$). На противагу респонденти ЗОЗ ЗП надають значно більшого значення хорошій освіті ($p < 0,001$), матеріальному достатку ($p < 0,05$), здатності ($p < 0,001$), здоров'ю ($p < 0,001$), завзятості ($p < 0,001$) та потрібним зв'язкам ($p = 0,04$) під час війни, аніж МП ЗОЗ ПП. Також, працівники жіночої статі ЗОЗ ЗП більше за чоловіків надають перевагу завзятості ($p < 0,05$).

Виявлено суттєві зміни психофізіологічного стану організму щодо зниженої працездатності медичного персоналу ЗОЗ ПП статистично вагома різниця спостерігається у всіх показниках опитувальника ($p < 0,001$), що вказує на значно більші прояви втоми, монотонії, психічного пересичення та стресу у МП ЗОЗ ПП під час воєнного стану.

Втома у чоловіків-працівників ЗОЗ ЗП заходиться на статистично вищому рівні стосовно жінок ($p < 0,05$). У чоловіків ЗОЗ ПП на першому місці переважає психічне пересичення, на противагу до жінок ЗОЗ ПП, для яких є стрес. Водночас у контрольній групі переважає фактор стресу як у чоловіків, так і у жінок. Статистично значуща різниця виявлена за всіма показниками опитувальника ($p < 0,001$), що вказує на значно більші прояви втоми, монотонії, психічного пересичення та стресу у МП ЗОЗ ПП під час воєнного стану. Спостерігається певна тенденція до збільшення Індексу стресу зі стажем менш як 5 років та понад 30 років, що може вказувати на меншу стресостійкість даних МП.

При дослідженні формування ознак ПРЕВ встановлено, що перша фаза «Напруження» знаходилася в основній групі ($37,09 \pm 19,40$), в контрольній групі вважається несформованою ($35,6 \pm 23,17$). Показник переживання «психотравмуючих обставин» має суттєвіші прояви серед чоловіків та жінок ЗОЗ ЗП ($12,21 \pm 7,98$ і $12,15 \pm 7,89$ відповідно) та жінок ЗОЗ ПП частіше відчували «незадоволеність собою» порівняно з чоловіками ЗОЗ ПП – $8,69 \pm 7,63$, разом з

тим найбільші значення показника «тривога і депресія» відмічались у жінок як ЗОЗ ЗП $8,81 \pm 8,47$, так і ЗОЗ ПП $8,43 \pm 7,46$.

Працівники ЗОЗ ПП мають суттєвіші прояви ПРЕВ за згаданими підпунктами та за першою фазою в цілому під час воєнного стану і це пов'язано: «незадоволеністю собою» ($p < 0,001$), відчуттям «загнаності у кут» ($p < 0,05$), «тривогою і депресією», сформованими переживаннями психотравмуючих обставин.

Встановлено, що друга фаза «Резистенції» для обох груп перебуває у стадії формування симптомів ПРЕВ із сумарним середнім значенням в основній досліджуваній групі $50,31 \pm 21,57$, в контрольній групі – $52,94 \pm 19,48$. Однак у працівників ЗОЗ ЗП статистично доведено вищий показник неадекватного вибіркового емоційного реагування ($p < 0,05$) та редукції професійних обов'язків ($p < 0,05$). На противагу, у працівників ЗОЗ ПП частіше спостерігалася емоційно-моральна дезорієнтація ($p < 0,05$).

Доведено, що у третій фазі «Виснаження» формування ПРЕВ в період воєнного стану у працівників ЗОЗ ЗП спостерігалася тенденція до підвищеного неадекватного вибіркового емоційного реагування ($p < 0,05$). Водночас у фазі «Виснаження» найвищий показник виявлений у лікарів ЗОЗ ЗП $39,34 \pm 24,61$, серед яких емоційне відчуження – $11,73 \pm 7,1$; емоційний дефіцит – $10,39 \pm 7,21$. У СМП ЗОЗ ПП спостерігалися симптоми, серед яких на першому місці емоційний дефіцит – $12,73 \pm 6,66$; на другому – емоційне відчуження – $9,4 \pm 6,65$ ($p < 0,05$); особистісне відчуження (деперсоналізація) – $8,05 \pm 8,0$, до того ж у них отримано найвищий показник за психосоматичним та психовегетативним порушенням – $7,76 \pm 8,01$.

Серед лікарів і СМП показник професійної успішності знаходиться в межах середнього ступеня, але самі числові значення значно нижчі у СМП, що вказує на швидший розвиток професійної редукції саме у них ($p < 0,001$).

Встановлено гендерну специфічність у МП ЗОЗ ПП спостерігається більш значущий розвиток симптомів деперсоналізації у жіночої статі порівняно з протилежною статтю ($p < 0,05$). При порівнянні результатів визначається

статистично вагома різниця між контрольною та основною групами за субшкалами емоційного виснаження ($p < 0,001$) та професійної успішності ($p < 0,001$). Медичні працівники ЗОЗ ПП більше виявляють емоційне виснаження та редукцію своїх персональних професійних досягнень.

У медичних працівників ЗОЗ ЗП виявлена суттєва різниця за всіма трьома видам мотивацій. В першу чергу, потрібно зазначити вищу внутрішню мотивацію у СМП ЗОЗ. Однак показники і зовнішньої негативної, і зовнішньої позитивної мотивації мають вищі значення саме у лікарів.

Встановлено найвищий рівень зовнішньої негативної мотивації медичних працівників ЗОЗ ЗП чоловіків – $4,14 \pm 0,97$ ($p < 0,05$) і жінок – $3,85 \pm 0,91$ та найнижчий саме внутрішньої мотивації ($3,17 \pm 1,03$ і $3,38 \pm 1,22$ відповідно), що є найгіршим мотиваційним комплексом у виборі роботи. Серед медпрацівників ЗОЗ ЗП суттєво вища доля зовнішньої позитивної мотивації ($p < 0,05$) та зовнішньої негативної мотивації ($p < 0,05$) виявлені саме серед чоловіків.

Виявлено суттєво більшу частку респондентів професійного ($p < 0,001$) та патріотичного ($p < 0,001$) мотиваційних типів серед медичних працівників ЗОЗ ЗП, водночас серед медпрацівників ЗОЗ ПП достовірно більша частка господарського типу ($p < 0,05$). Загалом знайдені значення вказують на доволі різномірну мотивацію лікарів та СМП.

Матеріали даного розділу відображені в наступних публікаціях: [499-501].

РОЗДІЛ 6

**ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ ЗМІН У
МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У МИРНИЙ ЧАС ТА В УМОВАХ
ВОЄННОГО СТАНУ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ЧИННИКІВ, ЩО ВПЛИВАЛИ
НА СТАН ЇХ ЗДОРОВ'Я**

З метою визначення найбільш вагомих чинників, що впливають на психофізіологічні показники здоров'я МП ЗОЗ ПП в умовах мирного та воєнного стану проведена порівняльна оцінка даних анкетування, за якою встановлено. В 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 МП 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 зменшилася 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 збільшилася 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 переважно 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 в порівнянні з СМП – на 4,9% ІВВ (табл. 6.1).

Таблиця 6.1 - 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 по гендерній ознаці під час воєнного стану не прослідковується. В 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 їх здоров'я вважалися спосіб життя, екологічне середовище, особливості харчування за будь-яких умов. Показники професійної діяльності, якості медичного обслуговування та екологічне середовище 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 МП чоловічої статі вважали 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 у ЗОЗ ПП достовірно більше розглядали шкідливі звички ($U=1236,0$; $Z=2,23$; $p < 0,05$), як фактор впливу на формування здоров'я, як під час воєнного

стану, так і в умовах мирного часу. У таблиці 6.2 видно, що у чоловіків ЗОЗ ПП, порівняно з мирним часом, під час воєнного стану ІВВ зменшився за наступними 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 їх стан здоров'я (табл. 6.2).

Таблиця 6.2 - Бальна оцінка чинників, які впливають на стан здоров'я медичного персоналу ЗОЗ ПП в залежності 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
Екологічне середовище	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 як 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 на думку лікарів як ЗОЗ ПП, так і ЗОЗ ЗП мають більше значення 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 екологічне середовище навколишнього середовища та на особливості харчування, що зменшило ІВВ на 10,5% та 10,3% ($p<0,05$) відповідно (табл. 6.3, 6.4).

Таблиця 6.3 - 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
Екологічне середовище	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 6.4 - Порівняльна характеристика емоційного компонента медичних працівників ЗОЗ ПП, які брали участь у дослідженні в залежності 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, водночас під час війни такі особливості відсутні. Негативні зміни емоційного компоненту під час воєнного стану відмічались саме у лікарів ЗОЗ ПП на 11,2% «Я відчуваю себе вільно», на 9,6%

«Я відчуваю впевненість в собі» ІВВ (табл. 6.5).

Таблиця 6.5 - Порівняльна характеристика емоційного компонента 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		ІВВ (%)	
	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 впевненість 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 працівниці статистично частіше вказували на дану ознаку ($U=1197,5$; $Z=-2,41$; $p<0,05$).

В мирний час та в період дії воєнного стану серед заходів, які медпрацівники застосовують для підтримки власного здоров'я, найбільшу частку складала «уникання шкідливих звичок», «виконання фізичних вправ» 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 ($U=2451,5$; $Z=2,49$; $p<0,05$) чоловіки основної групи дослідження. В умовах воєнного стану МП 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 приймаю заходи», втім такі дії є більш притаманними МП 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% в порівнянні з чоловіками ІВВ: «практикую спеціальні оздоровчі системи» на 28,0%; «відвідую лікаря з профілактичною метою» на 22,9% ($p<0,05$) (табл. 6.6).

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 відвідує 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 у 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 «підтримуюся режим» цей показник зменшився на 12,7% (табл. 6.7).

Таблиця 6.6 - 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
Виконую фізичні вправи	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 * – $p < 0,05$.

Таблиця 6.7 - 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
Виконую фізичні вправи	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*
Піклуюся 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
Уникаю 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 розв'язання проблем зі здоров'ям ($U=2205,5$; $Z=3,67$; $p<0,001$). Серед МП ЗОЗ ЗП чоловіки мають суттєву перевагу за частотою відповіді «прагну не звертати увагу» ($U=1218,0$; $Z=2,28$; $p<0,05$), разом з тим, як жіноча частина працівників перевершує за «звертання за порадою до друзів» ($U=1246,0$; $Z=-2,13$; $p<0,05$).

Згідно з проведеною непараметричною оцінкою досліджуваної та контрольної когорт, 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 військовий стан у країні негативно відобразився на ціннісно-мотиваційному компоненті чоловіків в порівнянні з жінками ЗОЗ ПП, що підтверджується відповідями чоловіків-медпрацівників, які нехтують показником «хороша освіта» із зменшенням ІВВ на 15,4% в порівнянні 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. 6.8).

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» ($U=4011,0$; $Z=-3,63$; $p<0,001$). Лікарями, в умовах ЗОЗ ЗП частіше ніж медсестрами виявлялася причина «важливіші справи» ($U=1299,5$; $Z=2,16$; $p<0,05$).

Таблиця 6.8 - Бальна оцінка ціннісно-мотиваційного компонента 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 * – $p < 0,05$.

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

Проведений аналіз демонструє нижчу зацікавленість представників ЗОЗ ПП у 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 пересичення працівників у мирний час виражено помірно в усіх випадках. Індекс психічного пересичення 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 МП зі стажем менше 5 років, що може вказувати на меншу стресостійкість даних МП.

Внутрішньогруповий аналіз демонструє однорідність розвитку симптомів у лікарів та СМП. Подібний розподіл даних вкотре демонструє статистично рівноцінне перенавантаження лікарів та медичного персоналу, як елементу 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 з СМП – ІВВ монотонії збільшився на 4,6%, втоми – на 4,4% (табл. 6.9).

Суттєві зміни у психофізіологічному стані здоров'я ми спостерігали саме у МП ЗОЗ ПП навіть при розташуванні значень в межах помірного ступеня в обох групах дослідження. Ці зміни виявлялися вагомими як під час воєнного стану, так і в мирний час. Втома у чоловіків ЗОЗ ЗП заходила на статистично вищому рівні стосовно жінок під час воєнного стану. У чоловіків ЗОЗ ПП на першому місці переважає втома та психічне пересичення, на противагу жінки ЗОЗ ПП виявили значнішим втому та стрес. 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 ($p < 0,05$) в порівнянні з мирним часом (табл. 6.10).

При визначенні ПРЕВ у МП ЗОЗ в умовах мирного часу та під час воєнного стану було встановлено. У МП ЗОЗ ЗП перша фаза «Напруження» вважається несформованою, натомість у МП ЗОЗ ПП знаходиться в стадії формування, що є

переходом в хворобу.

Таблиця 6.9 - Порівняльна характеристика психофізіологічного стану медичного персоналу ЗОЗ ПП залежно від сфери діяльності в мирний час 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 * – $p < 0,05$.

В 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 всіма 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 відчували «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% в порівнянні з СМП ЗОЗ ПП (табл. 6.11).

Переживання психотравмуючих 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 в мирний час.

Таблиця 6.10 - Порівняльна характеристика психофізіологічного стану медичного персоналу ЗОЗ ПП в залежності від статі в мирний час 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 * – $p < 0,05$.

Таблиця 6.11 - 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 1 «Напруження»	39,7±24,07	40,6±22,19	35,04±18,54	38,29±19,85	-11,7*	-5,7
Переживання психотравмуючих обставин	14,15±9,31	14,07±8,3	11,48±7,65	11,25±7,19	-18,9*	-20,0*
Незадоволеність собою	9,53±7,08	9,21±7,13	9,84±7,41	10,53±6,87	+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 МП ЗОЗ ПП і ЗОЗ ЗП відповідає фазі у стадії формування в період мирного та воєнного часу, що є ознакою переходу в передхворобу. Показник емоційно-моральної дезорієнтації в мирний час виявив чітке збільшення у МП 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 негативну сторону на 4,8% (табл. 6.12).

Під час воєнного стану у 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.

В період війни значення третьої фази «Виснаження» для обох досліджуваних груп знаходилися в стадії формування. В мирний час для контрольної групи фаза несформована, 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 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 при виконанні професійних обов'язків (табл. 6.13).

Таблиця 6.12 - Порівняльна оцінка формування ПРЕВ за фазою «Резистенції» у медичних працівників ЗОЗ ПП в залежності 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 вибіркове 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 * – $p < 0,05$.

Таблиця 6.13 - 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		ІВВ (%)	
	Лікарі, n=86	СМП, n=136	Лікарі, n=82	СМП, n=140	Лікарі	СМП
Фаза 3 «Виснаження»	36,98±19,8 4	40,83±21,2 3	37,66±21,6 6	38,01±22,0 3	+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, однак симптоми деперсоналізації (особисте відчуження) більше виражені у чоловічої статі МП ЗОЗ ЗП порівняно з жінками-співробітниками ($U=644,0$; $Z=2,55$; $p<0,05$).

При порівнянні результатів визначається статистично вагома 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 негативну сторону 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. 6.14).

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.

В мирний час у працівників обох груп емоційне виснаження та вигорання відповідало середньому рівню; особистісне відчуження (деперсоналізація) – низькому рівню; редукція професійних досягнень – високому рівню. В період воєнного стану емоційне виснаження МП 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. Інтегральний показник відповідає високому ступеню ПВ медпрацівників усіх закладів. Професійне емоційне вигорання за всіма фазами ПРЕВ у МП 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 цинічного/байдужого ставлення до оточення, песимістичними думками про роботу, що також впливало на ставлення до своєї власної родини у МП ЗОЗ ЗП і ЗОЗ ПП, і є недопустимим порушенням морально-етичних принципів поведінки МП ЗОЗ при виконанні професійних обов'язків.

Статистично вагому 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, спостерігалася тенденція до меншого прагнення у підвищенні грошового заробітку серед медпрацівників ЗОЗ ПП, але до збільшення соціального престижу ($U=10007,0$; $Z=1,82$; $p<0,05$). Розподіл даних виявив вищий показник внутрішньої мотивації у лікарів, аніж у СМП ЗОЗ ПП ($U=4717,5$; $Z=2,47$; $p<0,05$). Втім структура розподілу мотиваційних комплексів, залишалася сталою для всіх МП 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. 6.15).

Структура розподілу мотиваційних комплексів, тим не менш, залишалася сталою для всіх МП. У чоловічої та жіночої частин працівників ЗОЗ ПП під час воєнного стану не спостерігалася суттєва різниця в мотивації до їх практичної діяльності. На противагу, серед МП ЗОЗ ЗП чоловічої статі 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.

Таблиця 6.14 - Порівняльна оцінка за трьома субшкалами серед лікарів та СМП ЗОЗ ПП в мирний час та під час воєнного стану в залежності 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 * – $p < 0,05$.

Таблиця 6.15 - Бальна оцінка формування мотивацій (внутрішня, зовнішня) у медичних працівників ЗОЗ ПП в залежності від виконання професійних обов'язків в мирний час та під час воєнного стану, бали, $M \pm \sigma$

Види мотивацій	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
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 * – $p < 0,05$.

Таблиця 6.16 - Порівняльна характеристика формування мотиваційних типів у медичних працівників ЗОЗ ПП 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		ІВВ (%)	
	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 * – $p < 0,05$.

У мирний час найчастіше зустрічаються наступні мотиваційні типи: інструментальний; професійний; люмпенізований. Під час воєнного часу найчастіший тип – інструментальний. Більша частка респондентів професійного та патріотичного мотиваційних типів спостерігалася серед МП ЗОЗ ЗП, у той же час серед МП 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 відмічалася збільшення ІВВ патріотичного типу як у лікарів ЗОЗ ПП на 7,7%, так і у СМП ЗОЗ ПП на 5,7% (табл. 6.16).

За відносно низьких загальних значень господарського мотиваційного типу, статистично частіше він притаманний чоловікам ЗОЗ ПП, аніж жінкам ($p < 0,04$). Серед МП 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 МП 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.

Висновки до розділу 6

Під час воєнного стану кількість звернень лікарів ЗОЗ ПП щодо здоров'я до лікарів зменшився ІВВ 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% IBV у лікарів ЗОЗ ПП ($p < 0,05$), порівняно з лікарями ЗОЗ ЗП.

Чоловіки ЗОЗ ПП, порівняно з мирним часом, під час воєнного стану IBV 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% IBV порівняно з мирним часом через стресові ситуації, у наслідок 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 IBV на 10,5% та 10,3% ($p < 0,05$).

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

Введений воєнний стан у країні негативно відобразився на ціннісно-мотиваційному компоненті чоловіків порівнянні з жінками ЗОЗ ПП, що підтверджується відповідями чоловіків-медпрацівників, які нехтують показником «хороша освіта» із зменшенням IBV на 15,4% порівняно з мирним часом, втратою надії на «везіння» – на 11,9%, зменшенням IBV 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 меншу стресостійкість цих медпрацівників.

Показник IBV психічного пересичення у лікарів ЗОЗ ПП під час воєнного стану збільшився на 5,9%, втоми на 4,8% порівняно з СМП – IBV 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% IBV ($p < 0,05$) порівняно з мирним часом.

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 при виконанні професійних обов'язків. Симптоми деперсоналізації (особистісне відчуження, відсторонення) більше виражені у чоловічої статі в умовах ЗОЗ ЗП у порівнянні 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 вставлення 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 люмпенізований тип (уникнення відповідальності). Виявлена велика частка люмпенізованого типу серед СМП може негативно вплинути на надання медичної допомоги під час воєнного стану в цілому.

Матеріали даного розділу відображені в наступних публікаціях: [466, 467, 478, 479, 481-487, 489-501].

РОЗДІЛ 7


ГІГІЄНИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАХОДІВ З ОПТИМІЗАЦІЇ УМОВ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ПАЦІЄНТІВ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПСИХІАТРИЧНОГО ПРОФІЛЮ

7.1 Санітарно-епідеміологічні вимоги до нормативної містобудівної бази України з проєктування закладів охорони здоров'я з надання психологічної і психіатричної допомоги населенню з урахуванням закордонного досвіду, вимог реформування медичної галузі та воєнного стану








Аналізуючи нормативні документи санітарного та містобудівного законодавств із проєктування, розміщення, та експлуатації ЗОЗ ПП встановлено, що профільні (спеціалізовані) нормативні документи в Україні відсутні.

Будівництво та функціонування ЗОЗ загального профілю в Україні, здійснюється відповідно до таких нормативних документів санітарного та містобудівного законодавств (таблиця 7.1).


Таблиця 7.1 - 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 7.1

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 рентген. кабінетів	
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 7.1

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	

Продовження таблиці 7.1

1	2	3	4
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	

В таблиці 7.1 наведено 20 нормативних документів санітарного законодавства України, з них 7 ДСанПіНів вузькоспеціалізованого напрямку та 5 нормативних документів містобудівного законодавства.

ДБН В.2.2-10-2001 «Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я» був

створений у 2001 році і ґрунтувався на нормативній базі санітарного та містобудівного законодавств чинного (або затвердженого або розробленого) до 2000 року. Зокрема, зазначений ДБН В.2.2-10-2001 був взаємопов'язаний з нормативним документом – «Санитарные правила устройства, оборудования и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров СанПиН 5179-90», затвержені Головним державним санітарним лікарем СРСР від 29.06.1990 р., - відповідно до Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про будівельні норми» щодо удосконалення нормування у будівництві від 03.10.2019 р. № 156-IX потребував осучаснення із імплементацією європейських стандартів [502-506].

Радянський нормативний документ «Санитарные правила устройства, оборудования и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров. СанПиН 5179-90» на сьогодні скасований розпорядженням Кабінету Міністрів України від 20.01.2016 р. № 94-р. Окрім цього документу, скасовані всі нормативно-правові акти (понад 300 документів), які були видані до прийняття Акту проголошення незалежності України, тобто нормативно-правові акти Союзу РСР та Української РСР. Будівництво 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 близького та далекого зарубіжжя. Тому, виникла нагальна потреба у розробці сучасного нормативного документа санітарного законодавства України для сучасних стаціонарних лікарень, які є базовими закладами вторинної ланки за реформою 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.

На сьогодні використовуються сучасні протоколи лікування, які суттєво відрізняються від методів, що використовувалися у радянські часи. Відтак, у новому типі лікувально-профілактичного закладу необхідно створювати нове оточення (дизайн) з внутрішнім артеколого-терапевтичним простором для створення умов соціалізації осіб, які мають психічні розлади, забезпечення санітарно-гігієнічних та протиепідемічних умов праці медпрацівників та розробляти новітні нормативні документи з проектування цих закладів. В Україні на сьогодні будівництво нових закладів охорони психічного здоров'я не здійснюється взагалі, як і реконструкції, проводяться тільки поточні ремонти існуючих ЗОЗ ПП [507, 508].

В ході дослідження була вивчена та проаналізована нормативно-правова база Європейського санітарного та містобудівного законодавств щодо гігієнічних вимог до розміщення ЗОЗ, яка охоплює наступні країни: Республіка Польща, Республіка Чехія, Румунія, Республіка Молдова, Франція та Україна.

Досліджувані нормативні документи були відібрані на офіційних інтернет-ресурсах профільних міністерств та відомств європейських країн, де зазначається дата прийняття документа, статус його чинності, а також наведено повний текст документа. Нами здійснено переклад оригінального варіанту документів з іноземних мов на українську мову для можливості його читання, вивчення та 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 наступне.

Для порівняльної оцінки європейських нормативів з вітчизняними вимогами в частині проектування, розміщення та експлуатації ЗОЗ було відібрано нормативні документи санітарного та містобудівного законодавств, які містять основні положення з цих питань, що представлено в таблиці 7.2.





Таблиця 7.2 - 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	«Krajowe ramy strategiczne Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020»	Національний стратегічний документ МОЗ Республіки Польща про «Захист здоров'я на 2014-2020 рр.»	07.2014 р.	
2	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA w sprawie szczegółowych wymagań, jakimi 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.	




Продовження таблиці 7.2

1	2	3	4	5
4	«W sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie»	Постанова Міністерства інфраструктури Республіки Польща про «ТУ, яким повинні відповідати будівлі та їх розташування»	12.04.2002 р.	
Республіка Чехія				
5	Vyhláška č. 92/2012 Sb. Vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče	Постанова МОЗ Республіки Чехія «Про вимоги до мінімального технічного та матеріального оснащення закладів охорони здоров'я та контактних центрів домашньої допомоги»	15.03.2012 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	Ordinul nr. 1338/2007 pentru aprobarea Normelor privind structura funcțională a cabinetelor medicale și de medicină dentară	Наказ Міністерства громадського здоров'я Румунії «Про затвердження норм щодо функціональної структури медичного та стоматологічного кабінетів»	22.08.2007 р. № 1338/2007	

Продовження таблиці 7.2

1	2	3	4	5
8	GUVERNUL HOTĂRÎRE Nr. HG 696/2018 din 2018-07- 11 pentru aprobarea Regulamentului sanitar privind gestionarea deșeurilor rezultate din activitatea medical	Рішення уряду Румунії «Про затвердження санітарного регламенту поводження з відходами результати від медичної діяльності»	07.11.2018 р. №HG 696	
Республіка Молдова				
9	Hotărîrea 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	
1	2	3	4	5
Франція				
10	Code de la santé publique. Ministère des Solidarités et de la Santé	Кодекс громадської охорони здоров'я	02.07.2020 р.	
11	Règlement de sécurité contre l'incendie relat if aux établissements recevant du public Livre II : Dispositions applicables aux établissements des quatre premières categories Titre deux : Dispositions particulières Arrêté	Правила пожежної безпеки для громадських закладів (Установи типу U – Установи по догляду)	10.09.2004 р.	

Продовження таблиці 7.2

1	2	3	4	5
	du 10 décembre 2004 Chapitre IX : Établissements du type U - Établissements de soins. Ministère des Solidarités et de la Santé			
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. Ministère des Solidarités et de la Santé	Закон «Про рівні права та можливості, участь та громадянство для людей з обмеженими можливостями»	11.02.2005 р. № 2005-102	
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 7.2, при проектуванні і будівництві ЗОЗ ПП 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[®] A Mental of the International Code Family (Міжнародний будівельний кодекс) і посилання та посібники Architecture for psychiatric 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) [192-197].

Враховуючи актуальність розробки новітньої нормативної медико-санітарної та містобудівної бази з проектування ЗОЗ ПП, нами у рамках угоди про наукове співробітництво між Національним авіаційним університетом та Державною установою «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва Національної академії медичних наук України» від 27.10.2021 р. №802/16 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 [509-513].

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 і комплексів закладів охорони здоров'я.

Саме розробка еколого-гігієнічної, санітарно-епідеміологічної, економічної та правової складової до проєтування та будівництва закладів охорони здоров'я та включення їх до зазначеної Концепції сприятиме покращенню умов доступності, перебування пацієнтів в закладах охорони здоров'я та ефективній роботі медичного персоналу, обумовлює актуальність зазначеного дослідження на рівні держави та територіальних громад.

Для ефективного виконання зазначеної Концепції, запропоновано приділити увагу оновленню нормативної бази щодо проєктування та будівництва у галузі охорони здоров'я та містобудування з урахуванням чинних міжнародних вимог та найкращого світового досвіду: *Mental health facilities design guide*. 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^{RA} Mental of the International Code Family* (Міжнародний будівельний кодекс), що сприятиме покращенню проєктування, будівництву, організації та експлуатації ЗОЗ [192-197].

В Україні продовжується здійснення реформування системи охорони здоров'я, основна мета якого – забезпечення громадян України рівним доступом до якісних медичних послуг, в результаті змін орієнтування системи так, щоб у центрі її був пацієнт. 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 напрямків 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 здоров'я, залучення приватного капіталу, пільгове оподаткування за рахунок податку на прибуток та ін. Для реалізації завдань реформування системи охорони здоров'я зазначеною Концепцією запропоновано створення сучасної повноцінної мережі закладів охорони здоров'я [340].

Проектування та будівництво 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. Нами запропоновано для включення в Концепцію участь громадськості у розв'язанні питань проектування та будівництва ЗОЗ ПП, що відповідає вимогам Європейської Хартії, міжнародній програмі ВООЗ «Здорові Міста» та новітньому законодавству України [514-517].

Зазначена Концепція передбачає розвиток нормативного забезпечення щодо проектування та будівництва 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 новітньому Законі України від 06 вересня 2022 року №4142 «Про систему громадського здоров'я» новелою є положення статті 27 «Медико-санітарні вимоги безпеки для здоров'я і життя людини у містобудівній діяльності», якою передбачено у режимах 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 [518].

У статті 28 Закону України «Про систему громадського здоров'я» на

виконання вимог Міжнародного та Європейського законодавства запроваджена пряма 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, що потребує обов'язкового виконання при будівництві закладів охорони здоров'я з метою попередження онкологічних захворювань, викликаних дією азбесту [518].

Саме на виконання ст.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 у проектуванні ЗОЗ, пропонується включити до першого розділу «Нормативні посилання» Концепції наступний 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. [519].

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 проектування та будівництва споруд закладів охорони здоров'я [519].

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 від 30.07.2018 р. № 879/32331, зазначені захисні споруди цивільного захисту входять 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 їх здоров'я та захисту життя [520].

У зазначеній Концепції нами запропоновано підсилити доступність,

ефективність медичних послуг, їх економічної, епідеміологічної складової шляхом запровадження у медичному процесі новітніх європейських медичних технологій: обладнання ЗОЗ системами пневматичної пошти для переміщення по медичному закладу рецептів, результатів аналізів, інструментів, витратних матеріалів, лікувальних засобів, препаратів крові тощо; встановлення великогабаритного високотехнологічного медичного обладнання (МРТ, КТ), що потребує врахування нових планувальних та інженерно-технічних рішень при проектуванні 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.).

Для розробки нових ДБН В.2.2-10:2022 були використані наступні законодавчі документи: Кодекс цивільного захисту України (зі змінами від 2022), Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо забезпечення вимог цивільного захисту під час планування та забудови територій» (2022), Закон України «Про систему громадського здоров'я» (2022), Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про будівельні норми щодо удосконалення нормування у будівництві» (2019), оновлені міжнародні правила: 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^{RA} Mental of the International Code Family (Міжнародний будівельний кодекс), щодо санітарних правил і норм стосовно проектування, організації та експлуатації ЗОЗ та ЗОЗ ПП, національні стандарти України, гармонізовані з міжнародними та європейськими нормативними стандартами – всього понад 50 документів [192-197].

У ДБН В.2.2-10:2022 «Заклади охорони здоров'я. Основні положення» встановлено основні положення до проектування 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 проектування 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 з психічними розладами, відвідувачів (родичів), так і медпрацівників, які враховували вимоги нормативної бази ЄС та були включені в зазначені ДБН В.2.2-10:2022.

Враховуючи вплив та наслідки на психічне здоров'я населення України від повномасштабної війни, нами запропоновано запровадити заходи щодо попередження професійних захворювань серед медичних працівників ЗОЗ ПП (предиктори розвитку емоційного вигорання), що обґрунтовано результатами наших досліджень, такі як розширення переліку медичних приміщень в ЗОЗ та ЗОЗ ПП за рахунок приміщень для психологічного розвантаження медперсоналу.

В ДБН В.2.2-10:2022 нами 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. В спорудах цивільного захисту ЗОЗ та ЗОЗ ПП підлягають укриттю пацієнти з психічними розладами, медичний та обслуговуючий персонал, які не підпадають 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) [520-523].

Новостворений ДБН В.2.2-10:2022 слугує становленню нової нормативної бази містобудівного законодавства та законодавства в галузі охорони здоров'я при проектуванні/реконструкції/ або відновленні ЗОЗ внаслідок руйнації від бойових дій у воєнний та післявоєнний періоди України та сприятиме підвищенню якості менеджменту в сучасній охороні здоров'я територіальних громад країни.

Метою створення медичної складової новітніх державних будівельних норм України ДБН В.2.2-10:2022 «Заклади охорони здоров'я. Основні положення» є забезпечення ефективного менеджменту охорони здоров'я територіальних громад України при проектуванні/реконструкції/ або відновленні внаслідок руйнації від бойових дій закладів охорони здоров'я у воєнний та післявоєнний періоди України.

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 країни, передбачено ремонт ЗОЗ, які зазнали пошкоджень та повна відбудова тих, які були повністю знищені [524, 525]. Саме санітарно-епідеміологічна складова розроблена до нормативної містобудівної бази України з проектування ЗОЗ та ЗОЗ ПП з урахуванням міжнародного досвіду слугує їй вдосконаленню та є детермінантом громадського здоров'я.

7.2 Гігієнічне обґрунтування заходів з оптимізації умов перебування пацієнтів з психічними розладами в стаціонарах закладів охорони здоров'я психіатричного профілю

В Україні, до повномасштабного вторгнення РФ, 91 ЗОЗ надавав медичну психіатричну допомогу за пакетом «Стаціонарна психіатрична допомога» і 65 ЗОЗ – за пакетом «Психіатрична допомога, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами». За даними МОЗ України, кожна п'ята людина в Україні матиме важкі психічні травми у зв'язку з наслідками повномасштабної війни, і кожна десята – відчує тривожні ознаки, депресію, психосоматичні розлади середнього та важкого ступеня, які можуть тривати від 7 до 10 років при тому, що війна продовжується. Вже тепер близько 15 млн українців, із них понад 7,7 мін внутрішньо переміщених осіб (ВПО) потребують психологічної консультації, і 3-4 млн українців потребують медикаментозного

лікування [1, 526-530].

Постановою 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, в яких цього потребують українці в умовах повномасштабної війни [531].

До початку воєнного стану, нами було проведено дослідження в умовах натурного експерименту (Додаток В 7 а-г), що стосувалось оцінки пацієнтами ЗОЗ ПП санітарно-гігієнічних умов їх перебування в умовах стаціонару.

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 10,7% випадках – причина не була вказана (із них 18,2% чоловіки і 5,9% жінки відповідно) рис. 7.1.

На питання «Хто Вам порадив звернутися за психіатричною допомогою?» були отримані від респондентів наступні 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. 7.2).

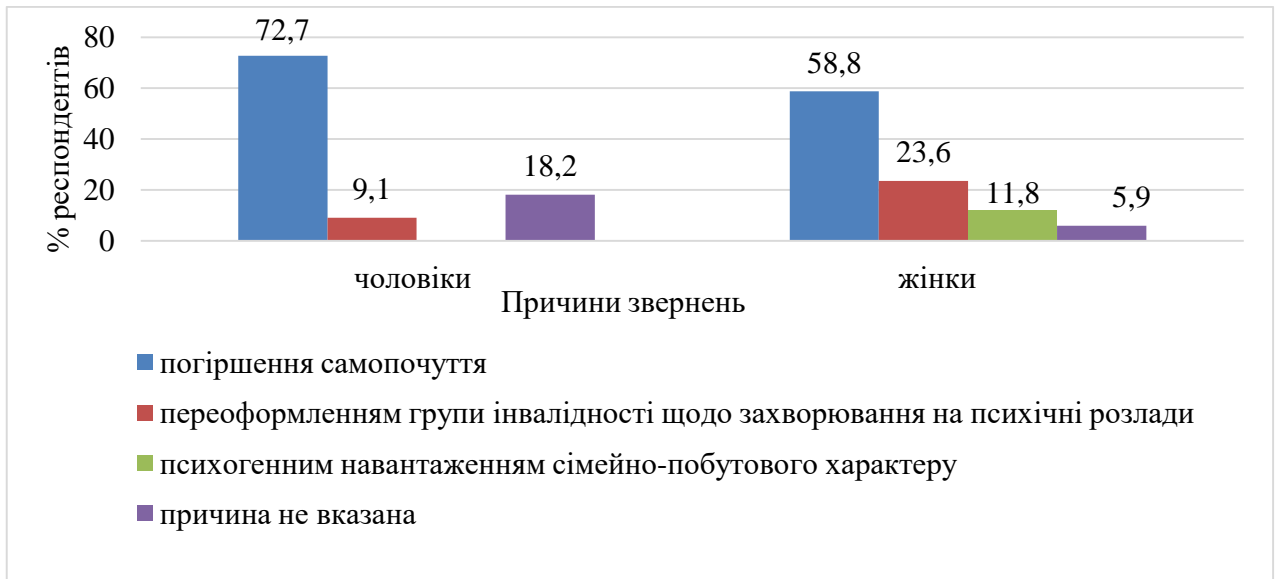


Рисунок 7.1 – Результати опитування респондентів щодо причини звернення за психіатричною допомогою в ЗОЗ ПП, %

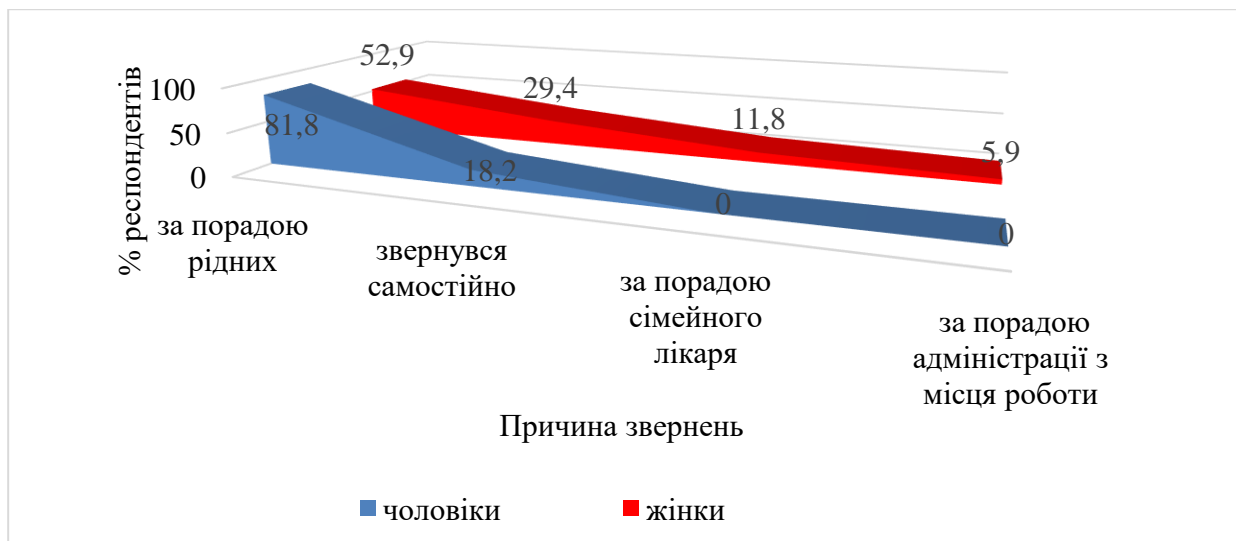


Рисунок 7.2 – Результати опитування респондентів на питання «Хто Вам порадив звернутися за психіатричною допомогою?» в ЗОЗ ПП, %

При вивченні відповідей на питання «Хто фактично направив на госпіталізацію зазначених пацієнтів за даними медичної документації?», було встановлено наступне: 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% пацієнтів (від загального числа опитаних) і за направленням психоневропатолога поліклініки 3,6 % відповідно (рис. 7.3).

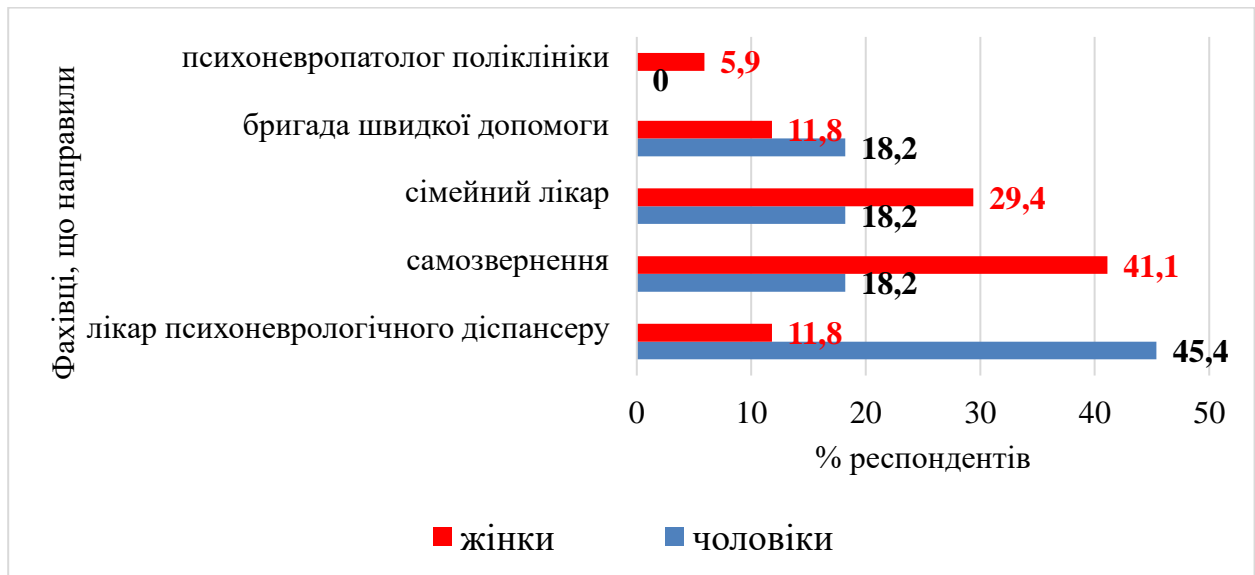


Рисунок 7.3 – Результати опитування респондентів: «Хто фактично направив на госпіталізацію зазначених пацієнтів за даними медичної документації?», %

На жаль, в Україні при реформуванні первинної ланки галузі охорони здоров'я, не передбачено і фактично відсутні умови для охоплення пацієнтів з психічними розладами медичними оглядами на рівні сімейних лікарів. Так само відсутня первинна профілактика психічних захворювань та відсутня нерозривність (наступність) первинної ланки та ЗОЗ ПП з цих питань.

У ході дослідження в умовах натурного експерименту, що здійснювався безпосередньо в ЗОЗ ПП, визначалась задоволеність пацієнтів санітарно-гігієнічним станом та санітарно-побутовими умовами в стаціонарі за відповідністю, на їх думку, потребам та сподіванням.

З точки зору пацієнта якість надання медичної допомоги визначається наявністю у медичних працівників навичок, ресурсів, умов необхідних для поліпшення здоров'я пацієнта, знань і умінь виконувати професійні обов'язки. Але крім професіоналізму медичного працівника, пацієнту необхідно

спілкування з лікарем, взаєморозуміння, пояснення причин хвороби, тактики лікування та потреби у призначенні того чи іншого препарату. Пацієнт постійно спостерігає за ставленням медичного персоналу лікарні до нього як до особистості та його прав. На відміну від України в країнах Європи лікар постійно будує міжособистісні стосунки з пацієнтом та рішення щодо багатьох питань в лікуванні, реабілітації, соціалізації приймається спільно [532-534].

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 ставлення медперсоналу до пацієнтів в умовах стаціонару (табл. 7.3).

Таблиця 7.3 - Результати опитування пацієнтів ЗОЗ ПП щодо якості санітарно-побутових умов, лікування та ставлення медперсоналу до пацієнтів в умовах стаціонару, %

Недоліки /респонденти	Незадовільні санітарно-побутові умови	Незадовільне лікування	Жорсткий режим	Незадовільне ставлення лікарів	Незадовільне ставлення медичних сестер
Питома вага пацієнтів-чоловіків	100%	18,2%	81,8%	9,1%	36,4%
Питома вага пацієнтів-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%

Аналізуючи дані таблиці 7.3 можна констатувати, що умови перебування пацієнтів в ЗОЗ ПП 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 їх прав користування телефоном, проведення прогулянок, заняття улюбленою справою і інше. Гендерною особливістю є те, що саме пацієнти-чоловіки у 81,8% мали

таку відповідь.

На відміну від України в 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 ресурсів, підвищенню почуття енергії та життєвих сил, швидшому одужанню [535].

Для з'ясування оцінки респондентами їх санітарно-побутових умов та режиму перебування нами було розроблено опитувальник з більш широким конкретним колом питань та короткими прямими варіантами відповідей «так» чи «ні». Результати відповідей представлені у таблиці 7.4.

Таблиця 7.4 - Результати опитування пацієнтів ЗОЗ ПП щодо оцінки санітарно-побутових умов ЗОЗ ПП, %

Недоліки	Питома вага пацієнтів-чоловіків	Питома вага пацієнтів-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 результатами анкетування більшість респондентів (72,7 - 90,9%) були

незадоволені санітарно-побутовими умовами. Серед чоловіків-респондентів – 90,9% були незадоволені недостатньою площею на одного пацієнта, при нормативному показнику у 6 м². Аналогічним незадоволенням серед жінок-пацієнтів (88,2%) була недостатня площа на одного пацієнта у палаті та відсутність умов для зберігання особистих речей (недостатньо шаф або тумбочок).

Виявлено, що пацієнти-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 рукомийників в палаті. Майже однотайними були відповіді пацієнтів-чоловіків (90,9%) і пацієнтів-жінок (88,2%) щодо скупченості пацієнтів у палатах із-за недотримання нормативної площі на одного хворого (норма 6 м²), що порушує вимоги санітарно-гігієнічного і санітарно-протиепідемічного режимів. Недостатність тумбочок для особистих речей зазначили 85,7% пацієнтів, що порушувало їх право на особистий простір. По 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.

Тобто 82-88% відповідей опитуваних були співставні аналогічним висновкам за результатами аналітичного звіту Української Гельсінської спілки з прав людини трьох обласних психоневрологічних лікарень щодо незадовільних санітарно-побутових умов, про що йшлося в розділі 3.3 [404].

Нами встановлено, що більша частина 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. 7.5).

Відсутні прогулянкові дворики і як наслідок кількість прогулянок обмежено, а інколи відсутні взагалі – так зазначили 72,7% пацієнтів-чоловіків, обмеження використання телефонів – 72,7% пацієнтів-чоловіків. Відповідь «не маю можливості займатися улюбленими справами» відповіли – 63,6% пацієнтів-

чоловіків і 47,1% пацієнтів-жінок.

Таблиця 7.5 - Результати опитування пацієнтів щодо ставлення до режимних умов їх перебування в ЗОЗ ПП, %

Недоліки	Питома вага пацієнтів-чоловіків	Питома вага пацієнтів-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

Наші результати досліджень свідчать про виявлення режимних елементів, які характерні для закладів закритого типу з суворим режимом, а не для ЗОЗ ПП Європейського зразка. Штучне відлучення пацієнтів від улюбленої справи, прогулянок на свіжому повітрі, що є життєвою необхідністю, спілкування з оточуючими, з рідними спричиняє втрату інтересу до праці та набування трудових навичок, і як наслідок призводить до зтяжнього перебігу захворювання, що є негативним явищем – «госпіталізмом», яке необхідно викоринити задля сприяння як найшвидшому одужанню пацієнтів.

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 з психічними розладами отримано наступні відповіді (табл. 7.6).

Таблиця 7.6 - Перелік гігієнічних заходів для покращення умов перебування в стаціонарах ЗОЗ ПП за результатами анкетування пацієнтів з психічними розладами, %

Заходи	Питома вага пацієнтів-чоловіків	Питома вага пацієнтів-жінок	Питома вага пацієнтів (всього)
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 з 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 оточуючим середовищем (доступ до телефону, соціальних мереж тощо) доступ до інформації про їх стан здоров'я та лікування лікарськими препаратами, які йому призначено	36,4	47,1	42,9
Дозволити пацієнтам приймати 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

Продовження таблиці 7.6

1	2	3	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, зміну чи скасування застосування примусових заходів медичного характеру (за аналогією вимог ЄС)	27,3	23,5	25,0
Надати доступ громадським організаціям щодо контролю якості надання медичних, діагностичних, лікувальних, профілактичних, реабілітаційних та інших послуг та 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 пацієнтів з хронічними захворюваннями як у будівлі лікарні, так і в умовах територіальної громади, започаткування диференціації ЗОЗ ПП за рівнем стану пацієнтів: кризові центри для пацієнтів з гострими захворюваннями на психічні розлади, відділення загального типу для пацієнтів з хронічними захворюваннями, доступу громадських організацій до нагляду за функціонуванням лікарні та її ефективністю роботи аналогічно вимог ЄС.

Зазначені результати та вивчення Європейського досвіду свідчать про вичерпання радянської системи госпітальної медицини у сфері охорони психічного здоров'я та потребу у запровадженні інноваційних практик у

сучасній психіатрії [536-538].

7.3 Гігієнічне обґрунтування профілактичних заходів та мультидисциплінарного алгоритму у сфері забезпечення створення оптимальних умов для надання психологічної та психіатричної допомоги населенню в Україні з урахуванням Міжнародних і Європейських стандартів

За останні роки ми спостерігаємо, особливо після пандемії COVID-19 і зараз – під час повномасштабної війни, значні негативні зміни у ГЗ населення. Рівень поширення психічних розладів поведінки та психіки за даними ВООЗ з кожним роком зростає. В Україні до поширеності психічних розладів спонукає соціальна напруженість у суспільстві через військові дії, міграцію, безробіття, відсутність впевненості у майбутньому. Негативним є те, що Україна на сьогодні має найвищі рівні поширеності хвороб на психічні розлади серед країн Європи, при цьому ситуація погіршується через те, що звернень з боку населення зменшується з причини боязкості (сором'язливості) оприлюднити свій стан на рівні медичного працівника ЗОЗ, що спричиняє прогресування аутостигматизації таких пацієнтів в суспільстві. Через це з'являються проблеми у соціальних стосунках, знижується якість життя хворого та родини, виникають родинні конфлікти, пацієнти з психічними розладами ізолюються від суспільства. При дослідженні причин виникнення цієї ситуації нами встановлено, що на рівні первинної медико-санітарної допомоги (амбулаторія загальної практики – сімейної медицини), які за реформою галузі ОЗ є найбільш багаточисельними закладами в Україні, відсутні кваліфіковані лікарі з надання першої психологічної допомоги. Тому, особи, які потребували такої допомоги, вимушені звертатися вже коли є наявні, негативні симптоми психічних розладів.

Ситуація додатково ускладнюється тим, що в сучасних умовах, людям з психічними розладами, у яких знижений рівень психічної активності, порушена мотиваційна, когнітивна, емоційна сфери, регуляція соціальної поведінки важко знайти роботу.

З метою покращення, зміцнення психічного здоров'я та благополуччя населення України вважаємо за необхідне впровадити первинні та вторинні профілактичні заходи, які полягають у наступному (табл. 7.7).

Таблиця 7.7 - 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 особи з психічними розладами пріоритетним повинна бути соціальна реабілітація, а не фармакотерапія.
3	Розробка державних програм для соціалізації осіб з психічними розладами, шляхом їх працевлаштування на підприємствах, виробництвах без дискримінації (за аналогією різних країн світу).
4	Запровадження повсемісного (на підприємствах, організаціях тощо) проведення скринінгових тестів працівників будь-якої галузі з метою виявлення у них порушень психічного здоров'я (проводити щоквартально). При виявленні пацієнти з розладами психіки та поведінки сприяти наданню вчасної медичної допомоги за затвердженими стандартними протоколами та проводити інформативну (або просвітницьку) роботу зі зменшення дискримінації таких пацієнтів.
5	Запровадити широкомасштабну санітарно-просвітницьку роботу (програми) щодо ставлення до осіб з психічними розладами через всі можливі ЗМІ (інтернет-публікації, інтернет-брошури, телебачення, громадські організації), виявлення та подолання стигм психічних Розладів.

Продовження таблиці 7.7

1	2
6	В амбулаторіях загальної практики, центрах психічного здоров'я та ЗОЗ ПП запровадити заняття, тренінги з родичами, опікунами осіб з психічними розладами для підтримки їх психічного здоров'я
7	Створення громадських організацій, які виконуватимуть функції представництв із захисту прав осіб з психічними розладами.
8	Забезпечити психосоціальну взаємодію всіх ланок оточуючого середовища осіб з 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 загальної практики) – 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 оточуючого середовища осіб з психічними розладами (територіальна громада, ЗОЗ (амбулаторія загальної практики, центр психічного здоров'я, ЗОЗ ПП), роботодавець (виробництво, підприємство, організація), громадські організації, родичи/опікуни) для оптимізації умов життєдіяльності та лікувально-реабілітаційного процесу для осіб з психічними розладами

За аналогією європейських країн на рівні первинної ланки (амбулаторії загальної практики) необхідно залучати компетентних фахівців мультидисциплінарної команди (сімейний лікар, лікар психолог, соціальний працівник, медична сестра психіатричного профілю) для формування у пацієнтів

з психічними розладами активного ставлення до процесу надання реабілітаційної трудотерапії. Особи з психічними розладами на цьому етапі отримують лікування за місцем проживання – на рівні територіальної громади (амбулаторії загальної практики). У разі загострення захворювань пацієнта з психічними розладами зазначеною мультидисциплінарною мобільною бригадою потрібно доправити на наступний рівень надання психіатричної допомоги, який представлений наступним чином: лікарня загального профілю з відділенням психіатричної допомоги, психіатричний диспансер або реабілітаційне психіатричне денне відділення, університетські лікарні, заклад медико-соціальної допомоги, гуртожиток або хоспіс для пацієнтів з тяжкими/хронічними психічними розладами [539-542].

На цьому рівні пропонуємо створення «Базового модуля» за аналогією ЗОЗ ПП Республіки Польщі. За аналогією до складу «Базового модуля» повинні входити підрозділи амбулаторо-поліклінічного відділення та «Центр психічного здоров'я» із штатом спеціалістів: медичний психолог, психотерапевт, соціальний працівник, медичні сестри за спеціальністю психіатричне обслуговування. Завданням «Центру психічного здоров'я» є проведення психотерапевтичної, психосоціальної, соціотерапевтичної допомоги та інші форми соціального забезпечення/супроводу, мобільний догляд (екологічне/домашнє лікування), сімейні сеанси, консультативні бесіди з родичами пацієнта, законними представниками, законними або фактичними опікунами [543-545].

На другому рівні медичної допомоги повинна забезпечуватися: психологічна та психотерапевтична допомога, яка надається у лікарнях загального профілю з відділенням психіатричної допомоги, психіатричних диспансерах або реабілітаційних психіатричних денних відділеннях, університетських лікарнях, закладах медико-соціальної допомоги тощо.

На третьому рівні – рівнів госпітальних округів за постановою КМУ України «Деякі питання створення госпітальних округів» від 2019 р. за № 1074, психіатрична допомога особам з психічними розладами надається на базі відділень високоспеціалізованої лікарні, спеціалізованих лікарень, інститутів

психіатричного профілю. До складу високоспеціалізованої лікарні входять різні відділення психіатричного профілю: загально-психіатричне відділення, психіатричне відділення для соматичних пацієнтів, геріатричне відділення, відділення алкогольної абстиненції/детоксикації, наркологічне відділення [390].

Запропонована нами модель надання медичної допомоги особам з порушенням психічного здоров'я на різних рівнях системи охорони здоров'я надана на рис. 7.4.



Рисуюнок 7.4 – Власна модель надання медичної допомоги особам з порушенням психічного здоров'я на різних рівнях системи охорони здоров'я.

У доповнення до запропонованої до впровадження в Україні нашої Моделі, для підсилення ефективного функціонування системи охорони здоров'я, необхідно запровадити моделі, наприклад: «Проактивна інтегрована психологічна медицина/консультаційна психіатрія», які ефективно діють у ЗОЗ ПП Великої Британії та США [546-549].

Проактивна консультаційна психіатрія є новою моделлю надання психіатричної консультативної допомоги силами первинних мультидисциплінарних мобільних бригад ПП та амбулаторій, у складі яких є

фахівці (медичний психолог, психотерапевт, соціальний працівник, медичні сестри за спеціальністю психіатричне обслуговування) лікарень загального профілю зі стаціонарами, які здатні надати допомогу пацієнтам з розладами психіки, та широкому колу пацієнтів інших відділень соматичного профілю з метою покращення їх психічного здоров'я. Ця модель медичної допомоги направлена на скорочення тривалості перебування в стаціонарних умовах, покращення психіатричного обслуговування, зменшення стигматизації, підвищення задоволеності у наданні медичної психолого/психіатричної допомоги, попередження повторних госпіталізацій, зниження загальних витрат для ОЗ. На нашу думку, ці Моделі можуть слугувати пріоритетною профілактикою психічного здоров'я, використовуючи стандартизований підхід до них, що дозволить завчасно виявити серйозні психіатричні проблеми і надання психолого/психіатричної допомоги на ранніх стадіях хвороби. Мультидисциплінарний командний підхід слугує униканню проблем, які виникли, наприклад: при серцевій недостатності, лікуванні депресивних або тривожних станів. Цю профілактичну місію може виконувати як психолог, так і соціальний працівник широкого спектра індивідуальних послуг «особисто-орієнтованої допомоги» в режимі реального часу, у функції якого входить вирішення складних сімейних конфліктів.

Висновки до розділу 7

Таким чином, можна зробити висновки, що санітарно-епідеміологічна складова, яка базується на міжнародному досвіді, зокрема і європейських країн, при реформуванні медичної галузі, вимогах цивільного захисту, включена до Концепції «Дорожня карта» формування нормативної бази проектування та будівництва споруд і комплексів закладів охорони здоров'я, є надзвичайно актуальною для відбудови медичної інфраструктури в умовах воєнного стану та післявоєнний період в Україні.

Доведено, що створена Концепція «Дорожня карта» із впровадженням розробленої нами санітарно-гігієнічної складової, доповненням еколого-

гігієнічною, санітарно-епідеміологічною, економічною та правовою складовими, до основного за ієрархічною структурою нормативного документа ДБН «Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я» та низки інших будівельних норм, з урахуванням чинних міжнародних вимог та найкращого світового досвіду, вдосконалив оновлену національну нормативну базу з проєктування та будівництва ЗОЗ, в т. ч. ЗОЗ ПП та сприятиме її ефективній реалізації на рівні територіальних громад.

Визначення та врахування спеціалізації ЗОЗ ПП в новоствореному ДБН спрямовано на забезпечення оптимальних умов: перебування пацієнтів з психічними розладами в стаціонарі, праці медичних працівників, відвідувачів.

Встановлено, що 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 з психічними розладами медичними оглядами на рівні первинної медико-санітарної допомоги (в амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини), що підтверджує відсутність наступності (нерозривності) первинної ланки та ЗОЗ ПП за цими питаннями, а відтак 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 пацієнтів 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 в Україні, на відміну від європейських країн, в ЗОЗ ПП існує жорсткий режим перебування пацієнтів у стаціонарі (60,7%) із обмеженням їхніх особистісних прав на: користування телефоном, проведення прогулянок на свіжому повітрі, заняття улюбленою справою, що викликає в них втрату інтересу до праці й розвитку трудових навичок та спричиняє затяжний перебіг

захворювання з відсутністю ефекту видужання пацієнтів.

Обґрунтовано заходи первинної та вторинної профілактики в гігієнічному аспекті, мультидисциплінарний алгоритм надання психологічної та психіатричної допомоги населенню, необхідність впровадження Проактивної інтегрованої психологічної медицини/консультаційної психіатрії, що сприятиме створенню оптимальних умов перебування пацієнтів з психічними розладами в умовах ЗОЗ ПП різних рівнів.

Матеріали даного розділу відображені в наступних публікаціях: [506-508, 510-513, 515-517, 521-523, 526-530, 536-538]

РОЗДІЛ 8

МІСТОБУДІВНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ГАРМОНІЗАЦІЇ ВИМОГ З ЄВРОПЕЙСЬКИМ ЗАКОНОДАВСТВОМ У СФЕРІ ПРОЄКТУВАННЯ ТА ЕКСПЛУАТАЦІЇ СУЧАСНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

8.1 Створення умов для надання психологічної та психотерапевтичної допомоги населенню на первинному та вторинному рівнях медичної допомоги, розробка відповідного Закону України для збереження психічного здоров'я населення у воєнний та післявоєнний періоди України

В Україні психологічні служби функціонують у ряді галузей та державних інституцій окремо друг від друга: медицина, соціальна служба, освіта, державна служба з надзвичайних ситуацій, органи внутрішніх справ, пенітенціарна система та інші. З огляду на чинних загрозу психічному здоров'ю населення України внаслідок збройної агресії російської федерації та оголошення в Україні воєнного стану є велика необхідність скоординувати всі ці інституції в єдину ланку психологічної допомоги населенню України.

В європейських країнах, наприклад у Канаді, є окреме відомство щодо психічного здоров'я та його залежностей, яке розробляє державну політику у сфері психічного здоров'я. Україна також почала шлях в напрямку посилення захисту психічного здоров'я населення на різних рівнях медичної допомоги, що особливо актуально під час воєнної агресії рф.

Відповідно до статті 3 Конституції України здоров'я, життя, безпека, права та гідність людини є одними з найвищих соціальних цінностей держави [550, 551].

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) відповідно до покладених завдань на МОЗ «...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». Всі ці напрямки направлені на збереження здоров'я людини, однак відсутні заходи щодо збереження саме психічного здоров'я населення [552, 553].

У всіх нормативних документах передбачена психологічна допомога у кожній окремій інституції: Наказ МОН України «Про затвердження Положення про психологічну службу у системі освіти України» від 22.05.2018 р. № 509; Накази 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 та «Про затвердження Положення про психологічне забезпечення в Національній гвардії України» від 08.12.2016 р. № 285; Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу» від 15.04.2008 р. № 199, але вони не взаємодіють разом з МОЗ України і дані про послуги особам/пацієнтам не передаються в єдину електронно-комунікаційну систему для контролю за психічним здоров'ям пацієнта. З огляду на це, в Україні відсутні достовірні дані щодо поширеності та захворюваності на психічні розлади як дорослого, так і дитячого населення [554-557].

На початку повномасштабної війни, через чинну загрозу погіршення психічного здоров'я учасників освітнього процесу, МОН України 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. Проте в зазначених рекомендаціях не вказано місце отримання такої допомоги та місце зберігання даних щодо діагностики, лікування, реабілітації [558-560].

В Україні відсутній Закон щодо надання психологічної,

психотерапевтичної допомоги населенню України. В кожному Законі, Наказі різних інституцій фрагментарно вказано інформацію щодо психіатричних лікарень із надання профільної допомоги для груп контингентів населення із встановленим діагнозом.

Фундаментальним принципом для дотримання прав людини/пацієнта в системі охорони психічного здоров'я в країнах ЄС є принцип побудови міжсекторальної та біопсихосоціальної моделі надання психолого/психіатричної допомоги, яку Україна, як незалежна держава, не змогла створити.

Біопсихосоціальна модель є міждисциплінарною моделлю взаємозв'язку біологічного, психологічного і соціального напрямків, чинники яких разом чи окремо впливають на здоров'я людини. В результаті зазначена модель включає взаємодію цілого ряду фахівців: сімейний лікар, психолог, психотерапевт, психіатр, медична сестра, соціальний працівник у наданні психолого/психіатричної допомоги особам/пацієнтам і їхнім родичам/опікунам.

У свою чергу міжсекторальна модель передбачає взаємодію фахівців різних галузей медичної, соціальної, освітньої та інших сфер у наданні всебічної допомоги у сфері психічного здоров'я, однак в Україні така модель також відсутня.

Чинний Закон України «Про психіатричну допомогу» від 2000р. № 1489-III (із змінами) передбачає умови для надання психіатричної допомоги та соціального захисту особам, які вже страждають на психічні розлади (із встановленим діагнозом). Проте Закон України, яким би передбачалось надання психологічної допомоги населенню на стадії прехвороби, з метою попередження психічних розладів, відсутній [388].

Проаналізувавши Закон України «Про психіатричну допомогу», можемо констатувати наявність невідповідності його міжнародним стандартам стосовно пацієнтів.

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 місцевого самоврядування з організації надання психіатричної допомоги, правового і соціального захисту, навчання осіб, які страждають на психічні розлади. Проте ці позиції – правові і організаційні засади, сьогодні не мають розвитку в жодному підзаконному акті і тому не реалізовані на місцевому рівні і потребують доопрацювання.

У статті 1 Закону України «Про психіатричну допомогу» надається визначення терміну «Психіатрична допомога» лише як медичному аспекту 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 профілактика, діагностика, лікування психічних розладів, медична та психологічна реабілітація проводиться без врахування біопсихосоціальної, міжсекторальної моделей та без врахування міжнародних вимог у сфері психічного здоров'я, які передбачають взаємодію та координацію різних інституцій. До того ж, відповідна взаємодія між різними інституціями повинна бути затверджена на законодавчому рівні України, що скоординує їх роботу в єдину ланку і сприятиме для надання якісної допомоги населенню України у сфері психічного здоров'я, особливо в воєнний та післявоєнний час.

Статтею 4 зазначеного Закону України визначено принципи надання психіатричної допомоги, які ґрунтуються на: «...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» разом з тим, на сьогодні недостатня участь психологів, освітян, соціальних працівників лише в ЗОЗ ПП, тому слід доповнити зазначеними фахівцями штатний розклад у амбулаторіях, що наразі не передбачено законодавством. Втім, принципи статті 4 зазначеного Закону України априорі не можуть бути виконані.

Наступною Статтею 5 зазначеного Закону України передбачаються 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.

У статті 5 також 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 за даними аналізу «Української Гельсінської спілки» права людини, громадських організацій у сфері надання психіатричної допомоги суперечать дійсності, про що висвітлено в попередніх розділах дисертації. Цією комісією у 2015 році проведено перевірку трьох обласних психоневрологічних лікарень Миколаївської, Полтавської та Херсонської областей з питань забезпечення санітарно-гігієнічних умов у ЗОЗ ПП, дотримання прав пацієнтів, організації харчування, тощо. Висновки щодо фактичного санітарно-гігієнічного стану практично були однакові за всіма трьома заклада: 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 та ін. Такі недоліки санітарно-гігієнічних умов притаманні більшості психіатричних лікарень України [404].

Новелою статті 5 цього Закону передбачено організацію навчання осіб з психічними розладами: «... за спеціальними програмами безоплатне спеціальне (корекційне), загальноосвітнє та професійно-технічне навчання осіб, які страждають на психічні розлади». Однак на дійсності, навчання не виконується через закриття професійно-технічних майстерень та вчительських кадрів, а відтак відсутності таких умов. Разом з цим, лише у 25% ЗОЗ ПП України обладнані спеціальні майстерні, де пацієнти набувають професійних навичок,

натомість у 16,7% ЗОЗ ПП майстерні обладнано частково, що не дає можливості пацієнтам оволодіти професією для покращення процесу їх соціалізації.

У 2017 р. прийнято Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо надання психіатричної допомоги» №2205-VIII, у якому визначно засади щодо приведення чинного законодавства у відповідність до міжнародних норм та Європейської практики, проте не в повному обсязі [389].

При порівнянні засад Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо надання психіатричної допомоги» із законодавством європейських країн, зокрема Республіки Польщі, виявлено. В Україні відсутні норми щодо участі інститутів громадського суспільства у захисті прав пацієнтів з психічними розладами, у проведенні незалежної громадської експертизи стану дотримання прав пацієнтів у зв'язку з 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 з 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 з психічними захворюваннями до Європейського суду з прав людини. Нові положення прийнятих законів передбачають забезпечення прав недієздатних осіб та пацієнтів на доступ до правосуддя, захист від свавілля лікарів-психіатрів при застосуванні примусових заходів медичного характеру, що зменшить кількість позовів до Європейського суду з прав людини.

В Україні охорона психічного здоров'я передбачена Концепцією державної цільової програми на період до 2030 року, яка визначає стратегію та заходи щодо попередження психічних захворювань, покращення якості надання медичної допомоги [394].

У прийнятій в Україні «Концепції державної цільової програми на період до 2030 року» передбачається виконання програм підтримки осіб з 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 [394, 396].

Новим розробленим нами Законом України «Про психологічну, психотерапевтичну допомогу населенню в Україні» (в доповнення до чинного законодавства) оновлена сама парадигма надання психіатричної допомоги, а саме проведення профілактичних заходів щодо попередження виникнення негативних змін у психічному стані, а не концентрація уваги лише на стаціонарному лікуванні. До того ж перехід на мультидисциплінарну форму у наданні реабілітаційних послуг сімейним лікарем, психологом (психотерапевтом), психіатром, медичною сестрою, соціальним працівником, що повністю відповідає 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 у Додатку Е.

Зазначеним законопроектом передбачено: мету, завдання, права осіб, види та перелік психологічної допомоги за трирівневою системою надання психологічної допомоги особам з психічними розладами: перший – соціально-психологічна підтримка та супровід; другий – психологічна реабілітація; третій – комплексна медико-психологічна реабілітація.

Нами запропоновано на першому рівні медичної допомоги на рівні первинної медико-санітарної допомоги (амбулаторіях загальної практики –

сімейної медицини) створення умов для надання психологічної допомоги населенню психологом, який входить в штат амбулаторії, а не сімейним лікарем. Відповідна допомога має надаватися, зокрема, шляхом організації виїзного обслуговування, та/або дистанційного за бажанням отримувача послуг у разі наявності можливості суб'єкта надання послуг.

Для надання психологічної допомоги першого рівня можуть залучатися особи, які не є фахівцями у сфері психічного здоров'я, але пройшли відповідну підготовку, в тому числі члени громадських об'єднань ветеранів та осіб з інвалідністю, працівники закладів охорони здоров'я та закладів освіти, працівники органів військового обліку, зокрема центрів комплектування та соціальної підтримки, соціальних служб, інші громадські та благодійні організації відповідного напрямку діяльності, релігійні організації.

На другому рівні медичної допомоги психологічна та психотерапевтична допомога надається у лікарнях загального профілю з відділенням психіатричної допомоги, психіатричному диспансері або реабілітаційно-психіатричному денному відділенні, університетських лікарнях, 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 закладами охорони здоров'я амбулаторно/стаціонарно.

Взаємозв'язок між всіма рівнями надання медичної допомоги, інституціями в Україні, який нами запропонований на законодавчому рівні, слугує вирішенню питань з проблем психічного здоров'я в Україні і є актуальним, особливо під час повномасштабної війни з РФ.

За аналогією країн ЄС, США, Англії, Китаю нами запроваджений постійний моніторинг стану надання психологічних послуг та оцінка їх якості на

державному рівні шляхом щорічного національного анкетування всього населення для попередження переходу прехвороби психічних станів у хворобу – психічні розлади. Зазначене анкетування є профілактичним заходом у сфері психічного здоров'я для виявлення початкових ознак порушення/змін психічного здоров'я. Зазначену профілактичну функцію згідно з проєктом Закону України «Про психологічну, психотерапевтичну допомогу населенню в Україні» покладено на МОЗ шляхом створення електронно-комунікаційної системи ЗОЗ. Слід зазначити, що у лікаря ЗОЗ відсутня актуалізована, своєчасна та стандартизована інформація про пацієнтів, що призводить до дублювання консультацій, лабораторних досліджень на різних рівнях надання медичної допомоги та до нераціональних витрат ресурсів; використання медичними працівниками веденням великої кількості паперових форм, які необхідно відмінити, або оптимізувати з метою удосконалення та покращення інформації про стан здоров'я пацієнтів. Великою проблемою є неоднорідність покриття інтернет-мережею ЗОЗ, нестача кваліфікованого медичного персоналу, непропорційний територіальний розподіл спеціалістів (концентрація у великих містах, недостатність у сільській місцевості), що ускладнює роботу саме на первинному рівні надання якісної медичної допомоги, на якому має бути впроваджена біопсихосоціальна, міжсекторальна моделі з головним напрямком – профілактика психічних розладів (хвороб). В Україні на первинному рівні необхідно: покращити умови праці (сучасним обладнанням, транспортним засобом); забезпечити висококваліфікованими медичними кадрами, сучасною електронно-комунікаційною системою як для введення документації, так і для отримання телемедичної консультації від високоспеціалізованих фахівців ЗОЗ ПП. На сьогодні, медичні статистичні дані, на даному етапі в ЗОЗ, не мають взаємозв'язку та достовірної валідності і верифікації первинних даних, що ускладнює надання якісної, адресної (конкретно для пацієнта) медичної допомоги. Саме на усунення цих недоліків пропонується розроблений нами зазначений законопроект [561].

Розроблена нами нова модель (або функціонально-організаційна система)

надання психолого/психотерапевтичної допомоги надасть змогу покращити психічне 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, потребує законодавчого супроводу та впровадження на місцях.

8.2 Імплементация міжнародного досвіду країн Європейського Союзу та інших країн світу з питань санітарно-гігієнічних вимог до проєктування закладів охорони здоров'я психіатричного профілю щодо створення оптимальних умов для пацієнтів та безпечних і комфортних умов праці для медичних працівників в національну санітарну та містобудівну бази України

Реформа в галузях охорони здоров'я та містобудування в Україні, як однієї із сучасних європейських держав, потребує вирішення низки проблем з питань проєктування та будівництва нових сучасних ЗОЗ ПП.

Саме на етапі проєктування та будівництва ЗОЗ ПП можливо передбачити заходи та засоби для створення оптимальних санітарно-гігієнічних умов перебування пацієнтів з психічними розладами, що сприятиме їх одужанню та поверненню до родин, соціуму та створить безпечні і комфортні умови праці для медичних працівників ЗОЗ ПП з метою попередження професійних захворювань [62, 63, 562-565].

В Україні, впродовж незалежності, не було розроблено жодного нормативного документа (будівельного, санітарно-гігієнічного) до проєктування психіатричних закладів.

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 та на сьогодні чинні Державні будівельні норми України

«Заклади охорони здоров'я. Основні положення. ДБН В.2.2-10:2022» містять поряд з санітарно-гігієнічними вимогами до ЗОЗ загального профілю, санітарно-епідеміологічну складову до проєктування ЗОЗ ПП нового типу, психіатричних відділень у багатопрофільних ЗОЗ, денних стаціонарів ПП при новому будівництві, реконструкції або при проведенні капітального ремонту ЗОЗ (Додаток 3).

За результатами дисертаційного дослідження за тематикою «Удосконалення гігієнічних підходів до планування громадської та житлової забудови» (шифр теми АМН.05.20, номер держреєстрації 0119U000546) нами було ініційовано створення робочої групи з питань розроблення сучасного новітнього нормативного документа ДБН В.2.2-10:2022 «Заклади охорони здоров'я. Основні положення», (Наказ Міністерства розвитку громад та територій України від 29 липня 2022 р. № 135 про робочу групу з питань розроблення проєкту ДБН «Заклади охорони здоров'я Ч.1. Об'єкти закладів з надання первинної медичної допомоги»; проєкту ДБН «Заклади охорони здоров'я. Ч.2. Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»).

Нами було імплементовано європейський досвід Швейцарії «Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. Architect Medical Planne» (2017) щодо проєктування психіатричного відділення ЗОЗ ПП, 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 за рахунок ефективної організаційно-ергономічної побудови робочого місця, що викладено у п. 8.3.1.5 ДБН В.2.2-10:2022 (Додаток 3) та показано на рис. 8.1.



Рисунок 8.1 - 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, 196].

На рисунку 8.1 показано модель проектування психіатричних відділень на прикладі сучасних шведських ЗОЗ ПП, що повністю імплементовано в новітні ДБН В.2.2-10:2022у п.8.2.11.5, п.8.3.2.4. (Додаток А, таблиця А.1, п.1.16):

- при новому будівництві передбачено одномісні палати площею 18 м^2 з ванною кімнатою площею 6 м^2 ; для осіб з інвалідністю - від 17 до 19 м^2 з ванною кімнатою площею 6 м^2 ; для пацієнта з ожирінням (баріатричною хворобою – вагою пацієнтів понад 300 кг) від 26 до 29 м^2 з ванною кімнатою площею 6 м^2 ;

- 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 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 родин пацієнтів;
- зона дня 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 проектування ЗОЗ ПП в національну санітарну та містобудівну законодавчу базу України» (Додаток З).

Зокрема, зона відпочинку для родин пацієнтів повинна «...розміщуватися в безпосередній близькості до відділення або розташовуватися в окремому приміщенні в межах будівлі. В зоні відпочинку для родин пацієнтів повинні розміщуватися стільці та місце для одного крісла колісного...». Приміщення зони відпочинку для родин пацієнтів мають бути розраховані 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 А, 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

«Імплементація міжнародного досвіду країн ЄС з питань санітарно-гігієнічних вимог до проектування ЗОЗ ПП в національну санітарну та містобудівну законодавчу базу України», Додаток 3).

За аналогією з європейськими ЗОЗ ПП нами запропоновано і вже реалізовано в положеннях новітніх Державних санітарних нормах 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 їх 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 ДСН № 354-2023), як це передбачено у 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 ДСН №354-2023), як це передбачено у європейських країнах (Mental health facilities designguide (2010) п.3.2.1, п.3.2.9, п.3.3.6).

Для забезпечення кожного громадянина України психологічною та психотерапевтичною допомогою з урахуванням територіального принципу нами запропоновано новітні положення у проєкт ДБН «Заклади охорони здоров'я Ч.1. Об'єкти закладів з надання первинної медичної допомоги», а саме:

- обладнання приміщення для психолога/психотерапевта площею 12 м² з розрахунку 1 посада на амбулаторно-поліклінічний заклад на 90 відвідувань за зміну (лист Державної установи «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзеєва НАМН України» до Мінрегіону України №19/1319 від 04.10.2022 р.).

З метою профілактики професійних захворювань медичного персоналу

«Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» нами обґрунтовано доповнення до переліку медичних приміщень у проєкт ДБН «Заклади охорони здоров'я. Ч.2. Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф», яким передбачено кімнату для психологічного розвантаження медичного персоналу зазначених ЗОЗ.

У проєкті Державних санітарних норм і правил «Санітарно-протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають стаціонарну медичну допомогу населенню», які вже ухвалені 11.10.2023 р. на засіданні Комітету з питань гігієнічного регламентування МОЗ України (лист Державної установи «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України» до Комітету з питань гігієнічного регламентування МОЗ України №19/1319 від 04.10.2022 р. нами передбачено зміну нормативу санітарної відстані в сторону зменшення з 1000 м до 500 м від житлової забудови до спеціальних закладів з надання психіатричної допомоги потужністю понад 1000 ліжко-місць з метою покращення пішохідної доступності до цих закладів та оптимізації містобудівної ситуації населених пунктів, про що були запити від ДП «Діпромсто», чисельних проєктних організацій та територіальних громад. Також вилучено термін «Лікарняні містечка спеціального профілю (психіатричні і ін.), оскільки відповідно до Наказу МОЗ від 28.10.2002 р. № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я...», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 12.11.2002 р. за № 892/7180 (із змінами), такий тип ЗОЗ в Україні не існує.

Аналогічні зміни підготовлено до п. 3.6 «Державних санітарних правил планування та забудови населених місць. ДСП № 173-96» (із змінами), затверджених Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.06.1996 р. № 173, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України від 24.07.1996 р. № 379/1404, а саме: на заміну чинного «п.3.63.6. Лікарняні містечка спеціального профілю (протитуберкульозні, психіатричні і ін.), будинки для інвалідів і людей похилого віку, призначені для перебування пацієнтів і підопічних протягом тривалого часу слід розташовувати відокремлено, за межами населеного пункту

в зеленій зоні не ближче 1000 м від межі житлової забудови, оздоровчих та санаторно-курортних установ» запропоновано: «3.6. Спеціалізовані заклади охорони здоров'я потужністю більше 1000 ліжко-місць для перебування пацієнтів протягом тривалого часу, а також стаціонари з особливим режимом вказаної потужності (туберкульозні та ін.) необхідно розміщувати в приміській зоні або периферійних районах, по можливості в зелених масивах, з дотриманням розривів від житлової забудови не менше 1000 метрів та обов'язковим облаштуванням відповідної структури транспортних комунікацій.

Спеціальні заклади з надання психіатричної допомоги потужністю більше 1000 ліжко-місць, хоспіс обласного рівня необхідно розміщувати в приміській зоні або периферійних районах, по можливості в зелених масивах, з дотриманням розривів від житлової забудови не менше 500 метрів та обов'язковим облаштуванням відповідної структури транспортних комунікацій». Зазначений проєкт змін доп. 3.6 «Державних санітарних правил планування та забудови населених місць. ДСП №173-96» направлено до МОЗ України листом Державної установи «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України» № 19/1319 від 04.10.2022 р.

8.3 Імплементация Європейського досвіду диджиталізації закладів охорони здоров'я України для покращення умов 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 з психічними розладами. Особливо цьому сприяла популяризація моделі центрів психічного здоров'я. Пілотні програми центрів психічного здоров'я почали діяти з 2005 р. але практичний досвід/результат досягли у 2016-2018 рр. в різних країнах в умовах реформування сфери охорони психічного здоров'я. Реформа психіатричної

медичної допомоги в країнах ЄС дозволяє розвивати «громадську/екологічну психіатрію», «проактивну інтегровану психологічну медицину/консультаційну психіатрію» («Proactive Integrated Consultation-Liaison Psychiatry (PICLP)» у Великобританії, консультаційну психіатрію у США (CL), телемедичну систему CZP (Центр психічного здоров'я), екологічну модель психіатричної допомоги у Польщі, всі вони спрямовані на багатосторонню, загальнодоступну, якісну, комплексну, профілактичну медичну допомогу, яка необхідна у першу чергу для профілактики, у другу - для повернення пацієнта в родинне і соціальне середовище. Модернізація надання медичної допомоги вже функціонуючих Центрів психічного здоров'я в країнах ЄС забезпечує високий рівень медичної допомоги, що покращує взаємозв'язок з закладами охорони здоров'я всіх рівнів психіатричної допомоги, що створює умови для пацієнта отримувати комплексну, спеціалізовану медичну допомогу. Всі загальнодержавні програми охорони психічного здоров'я мають напрямок 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 якісної медичної допомоги. Ключовим 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 Amaize A. (2023) проведено аналіз ефективності надання телемедичної психіатричної медичної допомоги через Internet мережі в лікарнях і встановлено наступне. Найбільш ефективним застосування телемедицини є у період патронажу пацієнтів після їх виписки з стаціонару, що покращує своєчасний безперервний взаємозв'язок «лікар-пацієнт» та координацію медичної допомоги закладу в цілому.

Так, приблизно 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 [570].

Кількість людей із захворюваннями на психічні розлади у всьому світі збільшується, і є одною із основних причин їх інвалідності та смерті. В європейських країнах у 19,5% смертей причиною є психічні захворювання і за останні 29 років цей показник зріс на 34 % (1990-2019 рр.).

Науковцями всього світу доведено великий потенціал цифрових/інтернет технологій щодо надання медичної допомоги пацієнтам з 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 з психічними розладами, 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 диджиталізації психотерапевтичної, психіатричної (кіберпсихіатричної) допомоги, яка широко впроваджена у Центрах психічного здоров'я ЄС, є покращення стану здоров'я пацієнта, а відтак зменшення захворювань на психічні розлади серед населення шляхом наближення та підвищення ефективності методів лікування.

Використання телемедицини у закладах охорони здоров'я слугує покращенню епідемічної ситуації на території громад, що пов'язана з пандемією коронавірусного захворювання на COVID-19, за рахунок дистанційного отримання цих медичних послуг [571-573].

Також запровадження цифрових технологій – телемедицини сприяє зменшенню залучення ресурсів закладів охорони здоров'я, його лікарського фонду, призводить до зменшення середньої кількості госпіталізацій, зменшення

лікарняних днів (тривалість) на лікарняному, що сприяє здешевленню медичної психологічної/психіатричної допомоги. Особливістю кіберпсихологічної, кіберпсихіатричної допомоги населенню є обізнаність з цифровим світом як з боку медичного персоналу, так і пацієнтів [574].

За результатами досліджень різних науковців, своєчасне, швидке втручання, за допомогою телемедичної системи, дозволяє пацієнту з психічними розладами побудувати міжособистісні стосунки та спільно приймати рішення в частині покращення умов його життєдіяльності, нормального функціонування/працевлаштування в суспільстві [575-577].

Все 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% спеціалізованих закладів, кількість ліжок скорочено на 63,8 %) та в сучасних (воєнних та післявоєнних) умовах, коли 60 % українців потребують психологічної допомоги [404].

В Україні існують лише галузеві психологічні служби (освіта, ДСНС, збройні сили і 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, Фінляндія, Греція та інших країн можуть бути прототипами для створення аналогічних Державних психологічних центрів в Україні з імплементацією телемедицини.

У США, Великій Британії, Франції, Греції, Фінляндії, Німеччині, Польщі, Китаї розробляються та проводяться дослідження ефективності телемедичної допомоги пацієнтам з психічними розладами за різними програмами/платформами з використанням стандартних протоколів зв'язку та систем візуалізації на базі Центрив психічного здоров'я: eHealth, SMART (Self-ManagementAndRecoveryTechnology), LEAN, @HOMETV, ITAREPS, Mobile Therapeutic Attentionfor Patientswith Treatment Resistant Shizophrenia (m-RESIST). MHealth. ExPRESS, ITAREPS, FOCUS [578-580].

За рівнем використання смартфонів, які мали основну підтримку мережевих послуг, з 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 [581-584].

Диджиталізація медицини дозволить вирішувати багато питань: проведення консультації, первинної діагностики, лікування пацієнта за допомогою відео-зв'язка 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 родичам/опікунам про необхідність прийому ліків; підвищення або підтримка мотивації до лікування, моніторингу підтвердженого вживання наркотиків; організація співпраці між працівниками Центрів психічного здоров'я різних рівнів (I-III) та лікарями загальної практики; складання звітів про роботу терапевтів та звітів про результати лікування пацієнтів з 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 родичів/опікунів пацієнта; 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 резервування їх ролі за нетиповими контактами, що вимагають їх особистої участі.

Телемедична (телепсихіатрична) допомога – це психотерапевтична/психіатрична, соціотерапевтична підтримка/допомога пацієнтам, їх 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 з психічними розладами за територіальним принципом – на території громади у різних формах, невідкладної, амбулаторної, денної допомоги, при 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 з 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 і ін.) не повинно перевищувати 60 ліжок. Термін перебування в будь-якому закладі не перевищує 21 день. Пацієнт при потребі 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, при необхідності можуть переглядати, доповнювати декілька разів на рік. Для цього будь-хто, хто потребує психологічної/психіатричної допомоги повинен безкоштовно

zareєструватися 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. В кабінеті психосоціальної підтримки (загальною площею не менше 15 м²) проводяться очні сеанси як для пацієнтів, так і для родичів/опікунів. Пропускна спроможність цих кабінетів - не більше 6 осіб за сеанс. В цих Центрах використовують різні форми зв'язку з пацієнтами, наприклад: телефонний контакт, листування електронною поштою. Однак найефективнішим зв'язком є відео-зустрічі, які допомагають візуально оцінити стан пацієнта (міміка, мова тіла (пантоміміка), словесний зміст, настрій, думки) або домашній візит, де лікар може оцінити стан пацієнта в звичних для нього умовах (без додаткового стресу).

Лікарі Центрів психічного здоров'я виконують наступні 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 з 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 з постійним контролем ходу їх виконанням; 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 з сім'єю, законними представниками, законними або фактичними опікунами, при необхідності пропонують консультацію з лікарем психіатром.

Телепсихотерапевтична/телепсихіатрична (кіберпсихіатрична) допомога, за результатами вивчення наукових досліджень у країнах ЄС, має цілий ряд переваг: раннє розпізнавання/діагностика депресій; тривожних розладів як серед дітей, підлітків, дорослих, так і серед пацієнтів з 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; профілактика ранніх проявів/ознак рецидивів; суїцидальних думок/спроб; лікування за межами стаціонарного відділення лікарні (відсутність стигматизації, ярлика «психічно хворий», «госпіталізму») – стаціонар вдома; «терапевтичне/цілюще» 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 [585-587].

Всі ці переваги телепсихотерапевтичної/телепсихіатричної (кіберпсихіатричної) допомоги сприяють зниженню завантаженості стаціонарів, рівня повторної госпіталізації та запобіганню рецидивів, скороченню тривалості госпіталізації і дозволяє пацієнтам повністю інтегруватися і 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% за рахунок використання системи інтенсивного телемоніторингу здоров'я [588].

Телемедицина є корисним інструментом для моніторингу психічного здоров'я, для підтримки лікування та для будь-яких соматичних захворювань (серцево-судинних, онкологічних захворювань, туберкульозу і ін.) [589-591].

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 (ремонт 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.) [592, 593].

Отже, відбудова багатофункціональних лікарень з психіатричними відділеннями, психіатричних диспансерів, кризових гуртожитків для людей з 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, є особливо актуальною в наш час, 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 існуючих 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 їх ефективну діяльність та сприятиме реалізації угоди про асоціацію між Україною та ЄС (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 [594].

Зазначена нова діяльність – телемедична психологічна та телемедична психіатрична медична допомога відображена у статтях розробленого у рамках дисертаційного дослідження Закону України «Про психологічну та психотерапевтичну допомогу населенню України» (Додаток Е) [557, 595-601]

Висновки до розділу 8

Розроблено проєкт 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 подальше затвердження, з метою створення умов для збереження і покращення психічного здоров'я населення України шляхом створення психологічної і психотерапевтичної допомоги населенню.

Розроблено положення та внесено у проєкт ДБН «Заклади охорони здоров'я Ч.1. Об'єкти закладів з надання первинної медичної допомоги» щодо започаткування профілактичної складової охорони психічного здоров'я населення України шляхом запровадження на базі первинної медико-санітарної допомоги (в амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини) психологічної та психотерапевтичної допомоги населенню.

Обґрунтовано новий тип ЗОЗ ПП в Україні із безпечним та комфортним середовищем як для пацієнтів, так і для 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 проєктування 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 ЄС (Угода про асоціацію Глава 22 «Про громадське здоров'я», статті № 426, № 427).

Обґрунтовано створення телемедичної психологічної та телемедичної психіатричної допомоги для населення у закладах охорони здоров'я, в умовах реформування у сфері охорони психічного здоров'я у воєнних та післявоєнних умовах в Україні, шляхом розробки та прийняття на рівні держави відповідного законодавства і нормативно-правової бази.

Доведено необхідність створення в Україні Державних психологічних центрів та впровадження в них телемедичної психологічної та телемедичної психіатричної допомоги за аналогією з первинною поліклінічною ланкою з охорони психічного здоров'я населення та Центрів психічного здоров'я України з ЄС.

Встановлено ефективність функціонування нових Центрів психічного здоров'я в чинних закладах охорони здоров'я з імплементацією європейського досвіду щодо диджиталізації (телекомунікації) психотерапевтичної та психіатричної допомоги з надання психологічної та психіатричної допомоги населенню, створених за аналогією країн ЄС, що сприятиме покращенню доступності допомоги населенню та зменшенню завантаженості стаціонарів, що важливо для економіки післявоєнного періоду.

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 (COVID-19) шляхом дистанційного отримання цих медичних послуг.

Матеріали даного розділу відображені в наступних публікаціях: [561, 591, 595-601]

АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Недосконалість, застарілість чинної нормативної бази санітарного та містобудівного законодавства у сфері проєктування закладів охорони психічного здоров'я при новому будівництві (реконструкції, капітальному ремонті), 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 (далі – ГЗ) населення України, з метою створення безпечних умов життєдіяльності пацієнтів і збереження громадського здоров'я населення України, особливо у військовий та післявоєнний періоди.

Реалії сьогодення свідчать про нагальну потребу у відбудові пошкоджених/зруйнованих 1740 об'єктів закладів охорони здоров'я (далі – 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 [1].

Отже, у дисертаційній роботі не лише досліджувалося збільшення захворюваності, поширеність психічних захворювань, а й запропоновано заходи для створення/покращення умов надання якісної медичної допомоги у ЗОЗ, які відповідатимуть всім санітарно-гігієнічним, містобудівним, проєктно-архітектурно-планувальним вимогам, що створюватиме сучасні заклади охорони психічного здоров'я та покращить умови функціонування вже чинних закладів та тих закладів охорони здоров'я, які потребують відбудови в наслідок пошкодження/знищення бойовими діями РФ на території України.

В останній доповіді ВООЗ «Світова доповідь про психічне здоров'я: зміна психічного здоров'я для всіх» [472, 473] основним меседжем до країн світу 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 трансформаційних складових, включаючи: забезпечення повного спектру потреб у сфері психічного здоров'я через місцеву мережу доступних, недорогих і якісних послуг і підтримки у центрах первинної медико-санітарної допомоги I рівень (амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини); впровадження моделі екопсихосоціальної середовищної психіатрії збереження та зміцнення громадського (ментального/психічного) здоров'я населення шляхом надання медичної допомоги на різних рівнях медичної допомоги, в тому числі при кризових станах пацієнтів з психічними розладами на II і III рівнях (у психіатричних відділеннях лікарень загального профілю) – психіатрами, невропатологами іншими фахівцями [3].

Плани дій, які викладені у Декларації ВООЗ «Про психічне здоров'я у країнах, що утворилися після розпаду СРСР» (2008) направлені на покращення психічного здоров'я у пострадянських країнах, які стали суверенними [316]. Наприклад, в Грузії у 2014 році була прийнята «Національна стратегія та план дій на 2015-2020 рр.», яка започаткувала надання медичної психолого/психіатричної допомоги на рівні служб: амбулаторних, мобільних команд/бригад в громаді та допомоги при кризових станах. Завдяки зазначеному національному плану дій з 2017 року в Грузії відзначається позитивна динаміка щодо збільшення кількості ЗОЗ ПП на рівні первинної ланки охорони психічного здоров'я стосовно вторинного та третинного рівнів надання медичної психолого/психіатричної допомоги і співвідношення при цьому становило 42/58% (служби в громаді/інституційні служби) [385-387].

У Литві починаючи з 1997 р. на базі 114 центрів первинної психолого/психіатричної допомоги, надавалась психолого/психіатрична допомога, з 2013 р. за допомогою фондів ЄС для покращення психолого/психіатричної допомоги відкрито 5 кризових відділень при лікарнях загального профілю (проведено реконструкцію), відкрито 27 денних відділень для кризових пацієнтів [385].

В європейських країнах будівництво/реконструкція ЗОЗ ПП полягає у системному та комплексному підході та створення: садово-паркової зони, яка має лікувально-оздоровчий ефект; оптимального ергономічного дизайну внутрішньолікарняного середовища, комфорту для пацієнтів та медичного персоналу; належного санітарно-гігієнічного, протиепідемічного, екологічного та безпекового середовища, та сприяння покращенню організації лікувально-охоронного, реабілітаційного режиму, лікувально-профілактичної роботи, запобіганню ПНМД [231-233].

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» передбачаються лише декларативні програми соціалізації пацієнтів з психоневрологічною патологією (працевлаштування, проживання). Проте, перехід на мультидисциплінарну форму у наданні реабілітаційних послуг (сімейний лікар, психіатр, психолог (психотерапевт), медична сестра, соціальний працівник) та інші не реалізовані в жодних підзаконних актах та не забезпечені державним фінансуванням [389].

На жаль, у цій Концепції відсутні заходи щодо вимог до будівництва/реконструкції нових ЗОЗ ПП з урахуванням Європейського досвіду [396-398].

Заслуговує на увагу використання мультидисциплінарного підходу до проектування сучасних ЗОЗ ПП країн ЄС в частині залучення до робочих груп з проектування/реконструкції ЗОЗ ПП 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 медичних працівників, що потребує запозичення [497, 498, 500].

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, зокрема й 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 в ЗОЗ, та вивчають питання ставлення лікарів до проблем профілактики [250-258].

Лише вченими-наркологами порушено питання щодо потреби у будівництві нових багатофункціональних будівель наркологічних клінічних лікарень на базі індивідуальних проектних рішень для кожного окремого лікувального закладу та відмову від традиційного типово-індустріального проектування та будівництва ЗОЗ [215-217].

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, що обумовлює актуальність і потребує подальшого розвитку дослідження за цим напрямком.

За результатами гігієнічної оцінки проектних 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. При дослідженні 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 та підтримання фізичної та емоційної якості життя.

За набором приміщень зона догляду та лікування пацієнтів ЗОЗ ПП, враховуючи специфіку їх 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 душу; у 100% ЗОЗ ПП відсутні приміщення для зустрічей з родичами; у 100% випадків відсутні приміщення для проведення релігійної служби для пацієнтів з 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 є незадовільною є забезпеченість пацієнтів з 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 унеможлиблює 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

zareєстровано: 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 кореспондуються 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 їх достовірність.

Незадовільні санітарно-гігієнічні умови внутрішньолікарняного середовища стаціонарів ЗОЗ ПП, на думку 68,5% родичів/опікунів, спонукають хворих та самих родичів/опікунів 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 (зношене) 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 родичів/опікунів-чоловіків (96,3%), так і родичів/опікунів-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 з 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 з психічними розладами зростає у часі та є на високому рівні – 86,3-94,5% здобувачів медичних ЗВО від загальної кількості вважають пацієнтів з психічними розладами загрозою суспільству.

Ускладнюється ситуація тим, що 90,8% майбутніх лікарів України вважають, що пацієнти з 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 Європейського Союзу.

Прояви недопустимого ставлення до пацієнтів з психічними захворюваннями мали місце серед студентів медичних ЗВО у 2,1% випадків – це 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 [340, 342, 352, 359, 361, 386, 387, 400-403, 407, 415-422, 433-439].

За результатами аналізу державної статистичної форми № 10 «Звіт щодо надання психіатричної допомоги населенню по Україні» в динаміці трьох років (2018-2020 рр.) встановлено негативну динаміку змін кадрового ресурсу (психіатрів, психотерапевтів, психологів, соціальних працівників) ЗОЗ ПП [477].

Дефіцит лікарів-психіатрів в амбулаторіях психіатричного профілю за цей

період – середній показник становив 12,7%; психотерапевтів – 29,5%; лікарів психологів – 22,3%, психологів – 11,4%. У стаціонарах психіатричного профілю дефіцит кадрового ресурсу за період 2018-2020 рр. із середнім показником становив; лікарів-психіатрів – 12,9%; психотерапевтів – 29,3%; лікарів психологів – 19,9%, психологів – 8,1%. Водночас спостерігалось збільшення з 63,8% до 70,6% звернень пацієнтів з психічними розладами за медичною допомогою в амбулаторії ЗОЗ ПП, а госпіталізація пацієнтів у стаціонари зменшилася з 32,1% до 27,0%, у денні стаціонари – з 4,1% до 2,4%, що спричинено незадовільними санітарно-гігієнічними умовами зазначених закладів.

Визначено, що в мирний час як в групі медпрацівників ЗОЗ ЗП, так і в групі медпрацівників ЗОЗ ПП спостерігався досить високий рівень обізнаності в галузі здоров'я та склалася стабільна ситуація з найбільшою довірою саме до лікарів як надійного джерела інформації щодо цього питання (ЗОЗ ЗП – $5,79 \pm 1,45$; ЗОЗ ПП – $5,78 \pm 1,38$). Наступним джерелом за частотою використання респондентами стали науково-популярні книги ($4,77 \pm 2,0$ та $5,01 \pm 1,79$) і найменшу цінність мали ЗМІ ($4,28 \pm 1,95$ та $4,24 \pm 1,76$ відповідно), газети і журнали ($4,12 \pm 1,84$ та $4,24 \pm 1,77$) та друзі ($4,21 \pm 1,82$ та $4,13 \pm 1,69$).

Визначено, що в мирний час як в групі медпрацівників ЗОЗ ЗП, так і в групі медпрацівників ЗОЗ ПП спостерігався досить високий рівень обізнаності в галузі здоров'я, та склалася стабільна ситуація з найбільшою довірою саме до лікарів, як надійного джерела інформації щодо цього питання (ЗОЗ ЗП - $5,79 \pm 1,45$; ЗОЗ ПП – $5,78 \pm 1,38$). Наступним джерелом за частотою використання респондентами, стали науково-популярні книги ($4,77 \pm 2,0$ та $5,01 \pm 1,79$) і найменшу цінність мали ЗМІ ($4,28 \pm 1,95$ та $4,24 \pm 1,76$ відповідно) газети і журнали ($4,12 \pm 1,84$ та $4,24 \pm 1,77$) та друзі ($4,21 \pm 1,82$ та $4,13 \pm 1,69$).

Встановлено, що порівняно з лікарями, СМП ЗОЗ ПП (основної групи) дослідження вважав особливості харчування фактором, що впливає на стан здоров'я ($p < 0,05$). Жінки – працівниці ЗОЗ ПП статистично більше вважали екологічне середовище важливим фактором впливу на здоров'я людини ($p < 0,05$).

Статистично значущу різницю між респондентами виявлено при порівнянні обох груп дослідження за підпунктами особливості харчування ($p < 0,05$) та недостатня турбота про здоров'я ($p < 0,05$).

У дослідженні встановлено нижчий ступінь тривожності щодо погіршення здоров'я у медичних працівників ЗОЗ ПП у порівнянні з медичними працівниками ЗОЗ ЗП ($p < 0,05$) в мирний час. Чоловіки ЗОЗ ЗП частіше за жінок почували себе заклопотаними ($p < 0,05$), тоді як жінки ЗОЗ ПП статистично більше виявляли засмученість ($p < 0,05$).

Медичні працівники ЗОЗ ПП статистично рідше займалися фізичними вправами ($p < 0,05$), менше дотримувалися дієтичних рекомендацій ($p < 0,05$), рідше відвідували лікаря з профілактичною метою ($p < 0,05$), менше стежили за своєю вагою ($p < 0,001$), рідше застосовували спеціальні оздоровчі системи ($p < 0,05$), а також значно рідше практикували інші способи для підтримки здоров'я ($p < 0,001$) в порівнянні з медичними працівниками ЗОЗ ЗП. За гендерним розподілом чоловіки ЗОЗ ПП суттєво частіше загартовувалися ($p < 0,05$) та займалися фізичними вправами ($p < 0,05$) для профілактики захворювань, ніж жінки.

Медпрацівники ЗОЗ ПП, порівняно з медпрацівниками ЗОЗ ЗП, надавали меншого значення здоров'ю ($p < 0,001$), цікавості до роботи чи кар'єрі ($p < 0,05$) та визнанню оточення ($p < 0,05$), що є ризиком виникнення хвороби, байдужості до роботи, до пацієнтів, до родини.

Доведена статистично значуща різниця за всіма показниками опитувальника, що вказує на більший розвиток зниженої працездатності: втоми ($p < 0,001$), монотонії ($p < 0,05$), психічного пересичення ($p < 0,001$), стресу ($p < 0,05$) у медичних працівників закладів ЗОЗ ПП. Тенденція до більшої стомленості від роботи можлива у групі медпрацівників зі стажем роботи менше 5 років ($p > 0,05$), а високий ступінь монотонії зафіксовано у медичних працівників від 6 до 15 років стажу, збільшення показника психічного пересичення у медичних працівників зі стажем роботи від 6 до 15 років ($p > 0,05$). Водночас гендерна зміна цих показників відсутня як у ЗОЗ ПП, так і у ЗОЗ ЗП.

Встановлено, що перша фаза ПРЕВ «Напруження»: в основній групі – знаходиться в стадії формування ПРЕВ ($40,25 \pm 22,89$), а в контрольній групі – $35,6 \pm 23,17$ вважається несформованою. Враховуючи загальну професійну зайнятість, СМП ЗОЗ ПП частіше відчували «Загнаність у кут» $7,54 \pm 6,98$ ($p < 0,05$) порівняно з лікарями ЗОЗ ПП – $5,51 \pm 6,31$, водночас тривога і депресія найбільші показники спостерігалися у лікарів ЗОЗ ПП – $10,6 \pm 8,98$ в порівнянні з медичними працівниками ЗОЗ ЗП. Переживання психотравмуючих обставин має суттєвіші прояви серед жінок ЗОЗ ПП, порівняно з чоловіками ($p < 0,05$).

Визначено, що сумарне середнє значення у другій фазі «Резистенції» склало у медичних працівників ЗОЗ ПП $54,3 \pm 21,57$, ЗОЗ ЗП – $49,77 \pm 22,15$, що відповідали фазі у стадії формування симптомів ПРЕВ. Явні прояви ПРЕВ відмічено у СМП ЗОЗ ПП. Якщо поглянути на професійну специфічність, то виявляється суттєва статистична різниця між лікарями ($13,69 \pm 8,65$) та СМП ЗОЗ ПП ($16,12 \pm 7,64$) з вищим ступенем редукції професійних обов'язків серед останніх ($p < 0,05$).

Встановлено, що у третій фазі ПРЕВ «Виснаження» найвищі показники у СМП ЗОЗ ПП – $40,83 \pm 21,23$. Найвищі показники емоційного дефіциту, емоційного відчуження, особистісного відчуження (деперсоналізація), психосоматичних та психовегетативних порушень спостерігалися у СМП ЗОЗ ПП у порівнянні з лікарями ЗОЗ ПП та медичними працівниками ЗОЗ ЗП, що підтверджує формування ПРЕВ.

Доведено, що симптом третьої фази «Психосоматичні та психовегетативні порушення» зустрічався статистично частіше у жінок – працівниць ЗОЗ ЗП ($p < 0,05$). Виявлялися значно вищі показники професійного вигорання, емоційного виснаження ($p < 0,05$), а також інтегрального показника для СМП ЗОЗ ПП ($p < 0,05$). На противагу цьому, редукція професійних досягнень є вищою у лікарів ($p < 0,05$). Симптоми особистісного відчуження (деперсоналізація) більше виражені у чоловічій статі в умовах ЗОЗ ЗП порівняно з жінками-співробітницями ($p < 0,05$).

Виявлено намагання уникнути критики з боку колег та керівництва, а

також можливих неприємностей на роботі серед медпрацівників ЗОЗ ЗП ($p < 0,05$). Спостерігалася тенденція до меншого намагання підвищення на роботі, грошового заробітку та збільшення соціального престижу серед медпрацівників ЗОЗ ПП ($p < 0,05$).

Внутрішня мотивація співробітників чоловічої статі ЗОЗ ПП перевищує прояви жіночої ($p < 0,05$). Спостерігалася статистично суттєве зміщення проявів зовнішньої позитивної ($p < 0,05$) та зовнішньої негативної мотивації ($p < 0,05$) у бік чоловіків у ЗОЗ ЗП.

Професійний мотиваційний тип статистично частіше притаманний саме лікарям ЗОЗ ПП ($8,34 \pm 2,2$) і лікарям ЗОЗ ЗП ($7,0$), частка такого типу серед СМП суттєво нижча (ЗОЗ ПП – $5,35 \pm 2,33$ і ЗОЗ ЗП – $6,24 \pm 2,43$). Це вказує на більшу зацікавленість лікарів у власних професійних здобутках.

За відносно низьких загальних значень господарського мотиваційного типу статистично частіше він притаманний чоловікам ЗОЗ ПП ($4,53 \pm 2,4$) і ЗОЗ ЗП ($5,4 \pm 2,22$), аніж жінкам ($p < 0,05$). Серед працівників ЗОЗ ЗП привертає увагу суттєва кількість чоловіків серед інструментального типу ($p < 0,05$).

Встановлено, що в обох групах медичних працівників ЗОЗ ЗП та ЗОЗ ПП в умовах воєнного стану продемонстровано стабільно найвищу довіру до лікарів як до джерела інформації щодо поняття здоров'я $6,07 \pm 1,16$ і $5,07 \pm 1,61$ відповідно. На другому місці – використання науково-популярних книг у медпрацівників ЗОЗ ЗП $5,05 \pm 1,78$; ЗОЗ ПП $4,30 \pm 1,86$ в умовах воєнного стану ($p < 0,001$). Найменшу цінність мали газети та журнали для медпрацівників ЗОЗ ЗП $3,31 \pm 1,73$; ЗОЗ ПП $3,87 \pm 1,82$ та ЗМІ для медпрацівників ЗОЗ ЗП $3,60 \pm 1,89$ ($p < 0,05$).

Виявлено, що найвагомішими факторами під час воєнного стану, які можуть впливати на стан здоров'я, для медичних працівників ЗОЗ ЗП та ЗОЗ ПП відповідно є: спосіб життя – $6,02 \pm 1,29$, $5,46 \pm 1,56$; особливості харчування – $5,96 \pm 1,20$, $5,32 \pm 1,47$. Критично важливими чинниками для медичних працівників ЗОЗ ЗП під час воєнного стану виявилися: професійна діяльність – $5,86 \pm 1,32$, якість медичного обслуговування – $5,79 \pm 1,55$ та екологічне середовище –

5,75±1,33. Жінки – співробітниці ЗОЗ статистично частіше за чоловіків вважають факторами, що впливають на здоров'я, екологічне середовище ($p<0,05$) та спосіб життя ($p<0,05$), а чоловіки – співробітники ЗОЗ ЗП достовірно більше як фактор впливу розглядають шкідливі звички ($p<0,05$). Спостерігається тенденція до частішого сприйняття якості медичного обслуговування як важливого фактору у жінок-медпрацівниць в обох групах ($p<0,05$).

Встановлено, що серед профілактичних заходів зміцнення, які медпрацівники застосовують для підтримки власного здоров'я, найбільшу частку складають «уникання шкідливих звичок» у медичних працівників ЗОЗ ЗП – 4,05±2,10; ЗОЗ ПП – 4,19±2,01), «виконання фізичних вправ» ЗОЗ ЗП – 4,05±1,64; ЗОЗ ПП – 3,87±1,79) та «стеження за своєю вагою» ЗОЗ ЗП – 4,44±1,78; ЗОЗ ЗП – 3,81±1,70). Найрідше респонденти використовують «відвідування спортивних секцій» і «практикування спеціальних оздоровчих систем». СМП ЗОЗ ЗП частіше за лікарів відвідують лікаря з профілактичною метою ($p<0,05$).

Визначено, що медпрацівники ЗОЗ ПП менше замислюються над важливістю таких благ, як здоров'я, щасливе родинне життя, незалежність та кар'єра під час війни. Зважаючи на гендерний розподіл, респонденти-жінки ЗОЗ ПП більше за чоловіків вважають важливими такі чинники, як «наявність вірних друзів» ($p<0,05$) та «визнання тих, хто оточує» ($p<0,05$). На противагу цьому, респонденти ЗОЗ ЗП надають значно більшого значення хорошій освіті ($p<0,001$), матеріальному достатку ($p<0,05$), здатності ($p<0,001$), здоров'ю ($p<0,001$), завзятості ($p<0,001$) та потрібним зв'язкам ($p=0,04$) під час війни, аніж медичні працівники ЗОЗ ПП. Також працівники жіночої статі ЗОЗ ЗП більше за чоловіків надають перевагу завзятості ($p<0,05$).

Виявлено суттєві зміни психофізіологічного стану організму щодо зниженої працездатності медичного персоналу ЗОЗ ПП, статистично вагома різниця спостерігається у всіх показниках опитувальника ($p<0,001$), що вказує на значно більші прояви втоми, монотонії, психічного пересичення та стресу у медпрацівників ЗОЗ ПП під час воєнного стану.

Втома у чоловіків – працівників ЗОЗ ЗП заходиться на статистично вищому рівні стосовно жінок ($p < 0,05$). У чоловіків ЗОЗ ПП на першому місці переважає психічне пересичення, натомість у жінок ЗОЗ ПП – це стрес, водночас у контрольній групі переважає фактор стресу як у чоловіків, так і у жінок. Статистично значуща різниця виявлена за всіма показниками опитувальника ($p < 0,001$), що вказує на значно більші прояви втоми, монотонії, психічного пересичення та стресу у медпрацівників ЗОЗ ПП під час воєнного стану. Спостерігається певна тенденція до збільшення Індексу стресу зі стажем менш як 5 років та понад 30 років, що може вказувати на меншу стресостійкість таких медпрацівників.

При дослідженні формування ознак ПРЕВ встановлено, що перша фаза «Напруження» знаходилася в основній групі ($37,09 \pm 19,40$), у контрольній групі вважається несформованою ($35,6 \pm 23,17$). Показник переживання «психотравмуючих обставин» має суттєвіші прояви серед чоловіків та жінок ЗОЗ ЗП ($12,21 \pm 7,98$ і $12,15 \pm 7,89$ відповідно) та жінок ЗОЗ ПП, що частіше відчували «незадоволеність собою» порівняно з чоловіками ЗОЗ ПП – $8,69 \pm 7,63$, однак найбільші значення показника «тривога і депресія» спостерігали у жінок ЗОЗ ЗП $8,81 \pm 8,47$ і ЗОЗ ПП $8,43 \pm 7,46$.

Працівники ЗОЗ ПП мають суттєвіші прояви ПРЕВ за згаданими підпунктами та за першою фазою в цілому під час воєнного стану і це пов'язано з: «незадоволеністю собою» ($p < 0,001$), відчуттям «загнаності у кут» ($p < 0,05$), «тривогою і депресією», сформованими переживаннями психотравмуючих обставин.

Встановлено, що друга фаза «Резистенції» для обох груп перебуває у стадії формування симптомів ПРЕВ із сумарним середнім значенням в основній досліджуваній групі $50,31 \pm 21,57$, у контрольній групі – $52,94 \pm 19,48$. Однак у працівників ЗОЗ ЗП статистично доведено вищий показник неадекватного вибіркового емоційного реагування ($p < 0,05$) та редукції професійних обов'язків ($p < 0,05$). Натомість у працівників ЗОЗ ПП частіше спостерігалася емоційно-моральна дезорієнтація ($p < 0,05$).

Доведено, що у третій фазі «Виснаження» формування ПРЕВ у період воєнного стану у працівників ЗОЗ ЗП спостерігалась тенденція до підвищеного неадекватного вибіркового емоційного реагування ($p < 0,05$). Водночас у фазі «Виснаження» найвищий показник виявлений у лікарів ЗОЗ ЗП $39,34 \pm 24,61$, серед яких емоційне відчуження – $11,73 \pm 7,1$; емоційний дефіцит – $10,39 \pm 7,21$. У СМП ЗОЗ ПП спостерігалися симптоми, де на першому місці емоційний дефіцит – $12,73 \pm 6,66$; на другому – емоційне відчуження – $9,4 \pm 6,65$ ($p < 0,05$); особистісне відчуження (деперсоналізація) – $8,05 \pm 8,0$, до того ж у них отримано найвищий показник за психосоматичним та психовегетативним порушенням – $7,76 \pm 8,01$.

Серед лікарів і СМП показник професійної успішності знаходиться в межах середнього ступеня, але самі числові значення значно нижчі у СМП, що вказує на швидший розвиток професійної редукції саме у них ($p < 0,001$).

Встановлено гендерну специфічність у медичних працівників ЗОЗ ПП, зокрема спостерігається більш значущий розвиток симптомів деперсоналізації у жіночої статі порівняно з протилежною статтю ($p < 0,05$). При порівнянні результатів визначається статистично вагома різниця між контрольною та основною групами за субшкалами емоційного виснаження ($p < 0,001$) та професійної успішності ($p < 0,001$). Медичні працівники ЗОЗ ПП більше виявляють емоційне виснаження та редукцію своїх персональних професійних досягнень.

У медичних працівників ЗОЗ ЗП виявлена суттєва різниця за усіма трьома видами мотивацій. Насамперед потрібно зазначити вищу внутрішню мотивацію у СМП ЗОЗ. Однак показники і зовнішньої негативної, і зовнішньої позитивної мотивації мають вищі значення саме у лікарів.

Встановлено найвищий рівень зовнішньої негативної мотивації медичних працівників ЗОЗ ЗП чоловіків – $4,14 \pm 0,97$ ($p < 0,05$) і жінок – $3,85 \pm 0,91$ та найнижчий саме внутрішньої мотивації ($3,17 \pm 1,03$ і $3,38 \pm 1,22$ відповідно), що є найгіршим мотиваційним комплексом у виборі роботи. Серед медпрацівників ЗОЗ ЗП суттєво вищі показники зовнішньої позитивної мотивації ($p < 0,05$) та зовнішньої негативної мотивації ($p < 0,05$) виявлені саме серед чоловіків.

Виявлено суттєво більшу частку респондентів професійного ($p < 0,001$) та патріотичного ($p < 0,001$) мотиваційних типів серед медичних працівників ЗОЗ ЗП, водночас серед медпрацівників ЗОЗ ПП достовірно більша частка господарського типу ($p < 0,05$). Загалом знайдені значення вказують на доволі різномірну мотивацію лікарів та СМП.

Під час воєнного стану кількість звернень лікарів ЗОЗ ПП щодо здоров'я до лікарів зменшився ІВВ 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 зменшилась на 9,2%, порівнюючи з мирним часом. Використання науково-популярних книг під час воєнного стану зменшився 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, у порівнянні 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 у порівнянні з мирним часом через стресові ситуації, унаслідок вживання алкоголю, паління. СМП ПП під час воєнного стану нехтують або не звертають 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 впевненість 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 у порівнянні 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% у порівнянні з 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 при виконанні професійних обов'язків. Симптоми деперсоналізації (особистісне відчуження, відсторонення) більше виражені у чоловічій статі в умовах ЗОЗ ЗП у порівнянні 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 збільшилась 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 в усіх медичних працівників ЗОЗ займають третє місце. У мирний час спостерігали люмпенізований тип (уникання відповідальності). Виявлена велика частка люмпенізованого типу серед СМП може негативно вплинути на надання медичної допомоги під час воєнного стану в цілому.

Таким чином, можна зробити висновки, що санітарно-епідеміологічна складова, яка базується на міжнародному досвіді, зокрема і європейських країн, при реформуванні медичної галузі, вимогах цивільного захисту включена до Концепції «Дорожньої карти» формування нормативної бази проєктування та будівництва споруд і комплексів закладів охорони здоров'я», є надзвичайно актуальною для відбудови медичної інфраструктури в умовах воєнного стану та післявоєнний період в Україні.

Доведено, що створена «Дорожня карта» із впровадженням розробленої нами санітарно-гігієнічної складової, доповненням еколого-гігієнічною, санітарно-епідеміологічною, економічною та правовою складовими до основного за ієрархічною структурою нормативного документа ДБН «Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я» та низки інших будівельних норм, з урахуванням чинних міжнародних вимог та найкращого світового досвіду, вдосконалить оновлену національну нормативну базу з проєктування та будівництва ЗОЗ, в т. ч. ЗОЗ ПП та сприятиме її ефективній реалізації на рівні територіальних громад.

Визначення та врахування спеціалізації ЗОЗ ПП в новоствореному ДБН спрямовано на забезпечення оптимальних умов перебування пацієнтів з психічними розладами в стаціонарі, праці медичних працівників, відвідувачів.

Встановлено, що 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 з психічними розладами медичними оглядами на рівні первинної медико-санітарної допомоги (в амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини), що підтверджує відсутність наступності (нерозривності) первинної ланки та ЗОЗ ПП за цими питаннями, а відтак 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 пацієнтів 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 в Україні, на відміну від європейських країн, в 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 й розвитку трудових навичок та спричиняє затяжний перебіг захворювання з відсутністю ефекту видужання пацієнтів.

Обґрунтовано заходи первинної та вторинної профілактики в гігієнічному аспекті, мультидисциплінарний алгоритм надання психологічної та психіатричної допомоги населенню, необхідність впровадження Проактивної інтегрованої психологічної медицини/консультаційної психіатрії, що сприятиме створенню оптимальних умов перебування пацієнтів з психічними розладами в умовах ЗОЗ ПП різних рівнів.

Розроблено проєкт 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 подальше затвердження, з метою створення умов для збереження і покращення психічного здоров'я населення України шляхом створення психологічної і психотерапевтичної допомоги населенню.

Розроблено положення та внесено у проєкт ДБН «Заклади охорони здоров'я. Ч.1. Об'єкти закладів з надання первинної медичної допомоги» щодо започаткування профілактичної складової охорони психічного здоров'я населення України шляхом запровадження на базі первинної медико-санітарної допомоги (в амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини) психологічної та психотерапевтичної допомоги населенню.

Обґрунтовано новий тип ЗОЗ ПП в Україні із безпечним та комфортним середовищем як для пацієнтів, так і для 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 проєктування 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 ЄС (Угода про асоціацію. Глава 22 «Про громадське здоров'я», статті № 426, № 427).

Обґрунтовано створення телемедичної психологічної та телемедичної психіатричної допомоги для населення у закладах охорони здоров'я в умовах реформування у сфері охорони психічного здоров'я у воєнних та післявоєнних умовах в Україні шляхом розробки та прийняття на рівні держави відповідного законодавства і нормативно-правової бази.

Доведено необхідність створення в Україні Державних психологічних центрів та впровадження в них телемедичної психологічної та телемедичної психіатричної допомоги за аналогією з первинною поліклінічною ланкою з охорони психічного здоров'я населення та Центрів психічного здоров'я України з ЄС.

Встановлено ефективність функціонування нових Центрів психічного здоров'я в чинних закладах охорони здоров'я з імплементацією європейського досвіду щодо диджиталізації (телекомунікації) психотерапевтичної та психіатричної допомоги з надання психологічної та психіатричної допомоги населенню, створених за аналогією країн ЄС, що сприятиме покращенню доступності допомоги населенню та зменшенню завантаженості стаціонарів, що важливо для економіки післявоєнного періоду.

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 (COVID-19) шляхом дистанційного отримання цих медичних послуг.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі вперше на підставі комплексних експертно-аналітичних, санітарно-гігієнічних, лабораторних досліджень, проведених в умовах натурного експерименту, та теоретичного узагальнення результатів науково обґрунтовано вирішення актуального завдання профілактичної медицини – забезпечення умов для збереження громадського (ментального/психічного) здоров'я та профілактики психічних розладів у населення в умовах воєнного стану і післявоєнного періоду в країні.

1. Порівняльна оцінка вітчизняного та європейського законодавства у сфері забезпечення громадського (ментального/психічного) здоров'я населення свідчить про невідповідність національної нормативної бази сучасним міжнародним документам. Встановлена відсутність в Україні нормативної бази санітарного та містобудівного законодавства щодо створення сучасних закладів охорони здоров'я психіатричного профілю. Доведено, що на відміну від країн ЄС та США, де питання з охорони психічного здоров'я базується на профілактичній складовій ще на первинній ланці надання медичної допомоги, в Україні увагу зосереджують тільки на другій та третій ланці. Такий підхід на стадії реформування медичної галузі привів до скорочення числа психіатричних закладів на 25% та ліжкового фонду на 64%, у результаті чого зріс дефіцит штатних одиниць лікарів-психологів на 42,1%, лікарів-психотерапевтів на 53,2% та психіатрів на 24,5%.

2. Забезпечення населення України психологічною та психотерапевтичною допомогою на первинному рівні – в амбулаторіях медичної сімейної практики та на вторинному рівні – у відділеннях лікарень загального профілю, як це здійснюється в європейських країнах, відсутнє. Згідно із Законом України «Про психіатричну допомогу» медична психіатрична допомога надається у стаціонарах закладів охорони здоров'я психіатричного профілю для пацієнтів з психічними розладами, які тривалий період перебувають у стаціонарі. Середній термін перебування пацієнтів з психічними розладами у стаціонарі

складає 48,7-53,5 днів, що перевищує середньоєвропейський показник (20,3 днів) у 2,4-2,6 рази.

3. Показано, що реформування галузі охорони психічного здоров'я відбувається на застарілій матеріально-технічній базі закладів охорони здоров'я психіатричного профілю, де 28,6% закладів побудовано в Україні у період з 1786 до 1945 рр., 28,6% – після закінчення Другої світової війни і тільки 42,8% – за часів незалежності України. У 58,3% закладів охорони здоров'я психіатричного профілю на земельній ділянці відсутня зона трудотерапії, у 66,7% – спортивно-фізкультурна зона, у 58,4% – майданчики для тихого відпочинку пацієнтів, у 87,5% закладів не обладнані майстерні для трудової та соціальної реабілітації пацієнтів. Відсутня подача як холодної, так і гарячої проточної води до 75,0% палат та медичних приміщень для лікувально-терапевтичних процедур і 50,0% ординаторських, що унеможливує дотримання пацієнтами та медичними працівниками елементарних правил гігієни і санітарно-протиепідемічного режиму в закладах. За результатами ретроспективного аналізу (за період 2013-2022 рр. за держстатформами МОЗ України) встановлено невідповідність нормативним вимогам 6,5% вимірювань досліджень штучного освітлення на робочих місцях медичних працівників, 6,4% вимірювань параметрів мікроклімату.

4. Поглиблене оцінювання санітарно-гігієнічного стану та архітектурно-планувальних рішень досліджуваних закладів охорони здоров'я психіатричного профілю України висвітлило незадовільні умови у вітчизняних закладах: тільки 21,8% закладів знаходяться за межами санітарно-захисних зон підприємств та автомагістралей; у 33,3% міських закладів не дотримується нормативна санітарна відстань у 1000 м до прилеглої житлової та громадської забудови; у 16,6% відсутнє тверде покриття в'їздів, виїздів, пішохідних доріжок; зовнішнє освітлення відсутнє на території 25% закладів; внутрішній простір будівель усіх закладів організований за коридорним принципом із загальним санвузлом наприкінці коридору; місткість палат становить 4-10 ліжок, що не відповідає нормативу за площею (6м² на хворого), із застарілим оснащенням та

обладнанням палат; відсутні рукомийники в їдальнях; відсутні кімнати для психологічного розвантаження медичного персоналу, у 100% закладів відсутні санітарно-гігієнічні умови для відвідування/перебування родичів; відсутні приміщення для душпастирської допомоги пацієнтам з психічними розладами та їхнім родичам (проведення релігійних служб); за санітарно-технічним станом приміщення будівель 25% закладів охорони здоров'я психіатричного профілю потребують капітального ремонту. Незадовільний санітарно-гігієнічний стан ЗОЗ ПП, на думку більшості родичів/опікунів пацієнтів (68,5%), спонукають пацієнтів та самих родичів/опікунів звертатись за медичною допомогою лише в крайньому разі – при загостренні хвороби пацієнтів.

5. У мирний час встановлено особливості психофізіологічного стану медичних працівників закладів охорони здоров'я. У медичних працівників закладів охорони здоров'я психіатричного профілю визначено зміни тривожності з приводу погіршення здоров'я, зокрема за ознаками втоми ($p < 0,001$), монотонії ($p < 0,05$), психічного пересичення ($p < 0,001$), стресу ($p < 0,05$). Встановлено, що всі фази предиктори розвитку емоційного вигорання: «Напруження», «Резистенції», «Виснаження» у медичних працівників уже сформовані за рахунок «психотравмуючих обставин», що є ознакою переходу у хворобу ($p < 0,05$). Показано, що лікарі ЗОЗ ПП більше відчують тривогу і депресію у порівнянні з лікарями ЗОЗ ЗП ($p < 0,05$). Для усіх закладів охорони здоров'я гендерною ознакою було більш суттєве переживання психотравмуючих обставин (сприйняття умов праці як психотравми) у медперсоналу жіночої статі порівняно з чоловічою ($p < 0,05$). Такі показники, як емоційний дефіцит, емоційне відчуження, особистісне відчуження (деперсоналізація), психосоматичні та психовегетативні порушення, редукція професійних обов'язків, були вищими у СМП ЗОЗ психіатричного профілю у порівнянні з лікарями ЗОЗ психіатричного профілю, а також з медичними працівниками ЗОЗ загального профілю. Симптоми особистісного відчуження (деперсоналізації) були більше виражені у чоловіків ($p < 0,05$) для усіх закладів охорони здоров'я.

6. Під час воєнного стану спостерігаються суттєві негативні зміни у

психофізіологічному стані медичних працівників закладів охорони здоров'я психіатричного профілю за показниками проявів втоми, монотонії, психічного пересичення та стресу ($p < 0,001$). У медичних працівників закладів охорони здоров'я загального профілю у чоловіків прояви втоми заходяться на статистично вищому рівні стосовно жінок ($p < 0,05$).

В умовах воєнного стану всі фази предиктори розвитку емоційного вигорання «Напруження», «Резистенції», «Виснаження» сформовані у медичних працівників психіатричного профілю, як це було і в довоєнний час, з вираженою емоційно-моральною дезорієнтацією (байдужістю до виконання професійних обов'язків) ($p < 0,05$). У медичних працівників закладів охорони здоров'я загального профілю, на відміну від довоєнного періоду, коли не відмічалось суттєвих змін у всіх фазах ПРЕВ, зареєстровано як у другій фазі «Резистенції», так і в третій фазі «Виснаження» статистично високі показники неадекватного емоційного реагування ($p < 0,05$) та редукції професійних обов'язків ($p < 0,05$), що є проявами передхворобних станів.

7. Для створення умов надання психологічної, психотерапевтичної медичної допомоги населенню та медичному персоналу на всіх рівнях обґрунтовано необхідність імплементації міжнародних вимог в національну нормативну базу санітарного та містобудівного законодавства.

Рекомендовано:

- включити в перелік медичних приміщень кабінет лікаря-психолога/психотерапевта площею 12 м² із розрахунку одна посада на амбулаторно-поліклінічний заклад (до 90 відвідувань за зміну);

- обґрунтовано необхідність створення у закладах охорони здоров'я стаціонарного типу психіатричних відділень із зонуванням обслуговування пацієнтів, їхніх родичів та медичного персоналу;

- для профілактики професійних захворювань медичного персоналу закладів охорони здоров'я обґрунтовано створення зони медичного персоналу (ординаторська на кожного лікаря, приміщення відпочинку (включно із зоною прийому їжі), приміщення психологічного розвантаження).

8. З урахуванням міжнародних і європейських стандартів в умовах воєнного стану та післявоєнного періоду обґрунтована необхідність впровадження профілактичної компоненти в систему вітчизняної медичної допомоги у сфері охорони психічного здоров'я, яка в Україні має запроваджуватись на трьох рівнях: на рівні первинної ланки (амбулаторії) за територіальним принципом – психолог, психотерапевт (у наборі медичних приміщень передбачено додаткове медичне приміщення психолога площею 12 м²); на вторинному – відділення психіатричної допомоги у лікарнях загального профілю, психіатричний диспансер або реабілітаційне психіатричне денне відділення, університетські лікарні, заклад медико-соціальної допомоги тощо; на третинному – відділення високоспеціалізованих лікарень, інститутів психіатричного профілю.

9. Розроблено комплекс профілактичних заходів щодо запобігання професійним захворюванням медичних працівників закладів охорони здоров'я, спрямованих на унеможливлення предикторів розвитку емоційного вигорання та формування хвороби, первинні і вторинні профілактичні заходи для зміцнення психічного здоров'я і добробуту населення України.

10. Розроблено нову профілактичну модель надання психолого/психотерапевтичної допомоги для покращення психічного здоров'я населення України із застосуванням міжгалузевого та мультидисциплінарного підходу у воєнний та повоєнний періоди, що знайшло відображення у проекті Закону України «Про психологічну, психотерапевтичну допомогу населенню України».

Розроблено рекомендації щодо умов збереження психічного здоров'я та профілактики психічних розладів у населення в умовах воєнного стану і післявоєнного періоду в країні, що реалізовано в нормативній базі санітарного та містобудівного законодавства (ДБН В.2.2.-10:2022 «Заклади охорони здоров'я. Основні положення» та Державних санітарних нормах і правилах «Санітарно-протиепідемічні вимоги до новозбудованих, реставрованих і реконструйованих закладів охорони здоров'я» (Наказ МОЗ України № 354 від 21.02.2023 р.)).

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Для покращення системи психічного здоров'я населення України нами запроваджено реалізацію таких заходів:

1. Проведення реструктуризації стаціонарних ЗОЗ ПП та створення трьох рівнів психіатричної допомоги населенню України за аналогією вітчизняної трирівневої медичної допомоги: на рівні первинної ланки (амбулаторії) – мультидисциплінарні команди; на вторинному – лікарні загального профілю з відділенням психіатричної допомоги, психіатричний диспансер або реабілітаційне психіатричне денне відділення, університетські лікарні, заклад медико-соціальної допомоги тощо; на третинному – відділення високоспеціалізованих лікарень, інститутів психіатричного профілю.

2. Запровадження моделей Проактивної консультаційної психіатрії для надання психіатричної допомоги стаціонарним пацієнтам з розладами психіки первинними бригадами та амбулаторіями для лікарень загального профілю сприятиме скороченню тривалості перебування пацієнтів з психічними розладами в стаціонарних умовах, покращенню психіатричного обслуговування, підвищенню задоволеності у наданні медичної психолого/психіатричної допомоги, попередженню повторних госпіталізацій.

3. Створення державної системи чіткої електронної звітності та підвищення рівня інформованості про стан ГЗ населення на всіх рівнях системи охорони здоров'я України. З цією метою необхідно створити Національний центр психічного здоров'я (моніторинг, розробка заходів та інше);

4. Отримані результати дослідження використані для розробки та впровадження у нові Державні будівельні норми України: ДБН В.2.2-10:2022 «Заклади охорони здоров'я. Основні положення»; проєкт ДБН «Заклади охорони здоров'я. Ч.1. Об'єкти закладів з надання первинної медичної допомоги»; проєкт ДБН «Заклади охорони здоров'я. Ч.2. Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»; проєкт Державні санітарні норми і правила «Санітарні

протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають стаціонарну медичну допомогу населенню» та інших.

5. Запропонована модель надання психологічної та психотерапевтичної допомоги населенню на первинному та вторинному рівні медичної допомоги має відображення у розробленому проєкті Закону України «Про психологічну, психотерапевтичну допомогу населенню в Україні» для збереження психічного здоров'я населення у воєнний та післявоєнний періоди України. Запропоновано обґрунтовані профілактичні заходи та розроблено алгоритм мультидисциплінарного та міжсекторального запровадження міжнародних і європейських стандартів у сфері забезпечення створення оптимальних умов для надання психолого/психіатричної допомоги, впровадження Європейського досвіду диджиталізації (проактивній, консультативній допомоги) закладів охорони здоров'я в умовах воєнного та післявоєнного періоду в Україні.

6. Розроблено методичні рекомендації: «Особливості мотиваційної діяльності медичних працівників охорони здоров'я, шляхи оптимізації» та впроваджено у навчальний процес кафедри загальної гігієни з екологією Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, Буковинського державного медичного університету; кафедри медичної психології та психіатрії з курсом ПО ЗВО Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; у курс підвищення кваліфікації медичних працівників кафедри гігієни та профілактичної токсикології ФПДО Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького; Вінницького обласного центру післядипломної освіти медичних працівників у Вінницькій області, що підтверджено відповідними актами впровадження.

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. (4 July 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. 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.
6. Canazei, M., Pohl, W., Bauernhofer, K., Papousek, I., Lackner, H., Bliem, H., Weiss, E. (2017). Psychophysiological effects of a single, short, and moderately bright room light exposure on mildly depressed geriatric inpatients: a pilot study. *Gerontology*, 63(4), 308-317.
7. Sahlem, G. L., Kalivas, B., Fox, J. B., Lamb, K., Roper, A., Williams, E. N., Short, E. B. (2014). Adjunctive triple chronotherapy (combined total sleep deprivation, sleep phase advance, and bright light therapy) rapidly improves mood and suicidality in suicidal depressed inpatients: an open label pilot study. *Journal of Psychiatric Research*, 59, 101–107. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.08.015>

8. Hsu, T., Ryherd, E., Wayne, K., Ackerman, J. (2012). Noise pollution in hospitals: impact on patients. *Journal of clinical outcomes management*, 19(7), 301–309.
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, N., Mishchenko, T., Maruta, N., Gaichuk, L., Naydabrus, A., Khaustov, M., ... Zelenska, K. (2021). *Psychiatry and narcoligy: Textbook.* Kyiv: Medicine.
16. Погорєлов, 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 київської психіатрії. *История украинской психиатрии: 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). *Психиатрия при нацизме: об истории установления памятных знаков расстрелянных пациентам Сабуровой дачи.* *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 развития психиатрии на Черниговщине. *История украинской психиатрии: Сборник научных работ.* (Т. 1). (с. 97–99). <http://www.psychiatry.ua/books/history/>
27. Петрюк, П. Т. (1994). Дореволюционный этап деятельности Сабуровой дачи. *История украинской психиатрии: Сборник научных работ.* (Т. 1). (с. 112–115). <http://www.psychiatry.ua/books/history/>
28. Селезнев, Е. И., Касько, А. Ф. (1994). Развитие психиатрической помощи на Буковине. В *История украинской психиатрии: Сборник научных работ.* (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 *История украинской психиатрии: Сборник научных работ*. (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/nprwcy>
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). *Медичне 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 НаУКМА. 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 НаУКМА. Історичні науки*, 143, 36–42.
41. Кузовова, Н. М. (2022). Слідча справа Якова Бер-Баєра, завідувача Херсонської інфекційної лікарні, як джерело з історії Голокосту. *Південний 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. *BJPpsych 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. Schaaf, P. S., Dusseldorp, E., Keuning, F. M., Janssen, W. A., Noorthoorn, E. O. (2013). Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *British Journal of Psychiatry*, 202(2), 142–149. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.118422>
55. Isobel, S., Foster, K., Edwards, C. (2015). Developing family rooms in mental health inpatient units: an exploratory descriptive study. *BMC Health Services Research*, 15(238), 2–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0914-0>

56. Derby, M. M., Hamehkasi, M., Eckels, S., Hwang, G. M., Jones, B., Maghirang, R., Shulan, D. (2016). Update of the scientific evidence for specifying lower limit relative humidity levels for comfort, health, and indoor environmental quality in occupied spaces (RP-1630). *Science and Technology for the Built Environment*, 23(1), 30–45. <https://doi.org/10.1080/23744731.2016.1206430>
57. 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>
58. 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>
59. 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>
60. 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>
61. 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>
62. 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>
63. 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>
64. World Health Organization. *Mental health*. (17 June 2022). <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
65. 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.
66. Richter, D., Hoffmann, H. (2014). Architektur und design psychiatrischer einrichtungen. *Psychiatrische Praxis*, *41*(3), 128–134. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1360032>
67. Sulyok, C., Weiland-Fiedler, P., Schwehla, S., Pfersmann, V. (2016). [End of a psychiatric era? : Impact on the use of mechanical restraints after prohibition of psychiatric cage beds in a regional psychiatric department in Vienna, Austria]. *Neuropsychiatrie*, *30*(3), 158–164. <https://doi.org/10.1007/s40211-016-0197-7>
68. Connellan, K., Gaardboe, M., Riggs, D., Due, C., Reinschmidt, A., Mustillo, L. (2013). Stressed spaces: mental health and architecture. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, *6*(4), 127–168. <https://doi.org/10.1177/193758671300600408>
69. Shepley, M. M., Watson, A., Pitts, F., Garrity, A., Spelman, E., Kelkar, J., Fronsman, A. (2016). Mental and behavioral health environments: critical considerations for facility design. *General Hospital Psychiatry*, *42*, 15–21. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2016.06.003>
70. McKellar, S. (2015). Contested spaces: the problem with modern psychiatric interiors. *Design/Architecture/Culture*, *6*(1), 21–39. <https://doi.org/10.2752/204191115x14218559960150>
71. Andrade, C. C., Devlin, A. S. (2015). Stress reduction in the hospital room: applying Ulrich's theory of supportive design. *Journal of Environmental*

- Psychology*, 41, 125–134. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2014.12.001>
72. 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>
73. Augustin, S. (2014). Book Review Therapeutic landscapes: an evidence-based approach to designing healing gardens and restorative outdoor spaces. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 7(4), 140–141. <https://doi.org/10.1177/193758671400700413>
74. Whear, R., Coon, J. T., Bethel, A., Abbott, R., Stein, K., Garside, R. (2014). What is impact of using outdoor spaces such as gardens on the physical and mental well-being of those with dementia? A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Journal Am Med Dir Assoc*, 15(10), 697–705. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.05.013>
75. 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>
76. 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>
77. Bil, J. S. (2016). Kształtowanie środowiska zbudowanego szpitali psychiatrycznych. Shaping built environment of mental health hospitals. *Przestrzeń i FORMa*, 25(1), 75–90. <https://doi.org/10.21005/pif.2016.25.b-01>
78. Bil, J. S. (2016). Stigma and architecture of mental health facilities. *British Journal of Psychiatry*, 208(5), 499–500. <https://doi.org/10.1192/bjp.208.5.499b>
79. Bil, J. (2016). Letter to editor. Psychiatric hospital architecture – selected problems of existind infrastructure. *Psychiatria Polska*, 50(4), 887–890. <https://doi.org/10.12740/pp/62572>

80. 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 used-driven service design project. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 16(2), 55–72. <https://doi.org/10.1177/19375867221136558>
81. 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>
82. 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>
83. Ahern, C., McKinnon, M. C., Bieling, P. J., McNeely, H., Langstaff, K. (2016). Overcoming the challenges inherent in conducting design research in mental health settings: lessons from St. Joseph's Healthcare, Hamilton's Pre and Post-Occupancy evaluation. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 9(2), 119–129. <https://doi.org/10.1177/1937586715602219>
84. Alvaro, C., Wilkinson, A. J., Gallant, S. N., Kostovski, D., Gardner, P. (2016). Evaluating intention and effect: the impact of healthcare facility design on patient and staff well-being. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 9(2), 82–104. <https://doi.org/10.1177/1937586715605779>
85. 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>
86. 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/fpsy.2019.00177>
87. Ayalew, F., Kibwana, S., Shawula, S., Misganaw, E., Abose, 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>
88. 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>
89. Lavelle, M., Stewart, D., James, K., Richardson, M., Renwick, L., Brennan, G., Bowers, L. (2016). Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings. *Journal of Clinical Nursing*, 25(15–16), 2180–2188. <https://doi.org/10.1111/jocn.13239>
90. Hallett, N., Dickens, G. L. (2017). De-escalation of aggressive behavior in healthcare setting: concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 10–20. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.03>.
91. 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>
92. Gromark, S. (Ed.), Andersson, B. (Ed.). (2020). *Architecture for residential care and ageing communities*. <https://doi.org/10.4324/9780429342370>
93. 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>
94. 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/>
95. 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.
96. 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.
97. 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>
98. 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/>
99. 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>
100. 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>
101. 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>
102. 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>
103. Papoulias, C., Csipke, E., Rose D., McKellar, S., Wykes, T. (2014). The psychiatric ward as a therapeutic space: systematic review. *British journal of psychiatry*, 205(3), 171–176. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.144873>
104. 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>
105. 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>
106. 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>
107. Fanneran, T., Brimblecombe, N., Bradley, E., Gregory, S. (2015). Using workload measurement tools in diverse care contexts: the experience of staff in mental health and learning disability inpatient settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(10), 764–772. <https://doi.org/10.1111/jpm.12263>
108. Han, K.-T., Kim, S. J., Jang, S.-I., Hahm, M.-I., Kim, S. J., Lee, S. Y., Park, E.-C. (2015). The outcomens of psychiatric inpatients by proportion of experienced psychiatrists and nurse staffing in hospital: new findings on improving the quality of mental health care in Soutr Korea. *Psychiatry Research*, 229(3), 880–886. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.051>
109. Jones, A., Gregory, S. (2017). Is collecting care hours per patient day the way forward in determining safe staffing for inpatient mental health wards? *Journal Psychiatr Journal Psychiatr Mental Health Nurs*, 24(2–3), 178–181. <https://doi.org/10.1111/jpm.12352>
110. Sousa, C., Seabra, P. (2018). Assessment of nursing workload in adult psychiatric inpatient units: a scoping review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(7), 432–440. <https://doi.org/10.1111/jpm.12468>
111. Park, S., 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>

112. 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>
113. 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>
114. Gizaw, Z., Gebrehiwot, M., Yenew, C. (2016). High bacterial load of indoor air in hospital wards: the case of University of Gondar teaching hospital, Northwest Ethiopia. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 11(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s40248-016-0061-4>
115. Ashuro, Z., Diriba, K., Afework, A., Husen Washo, G., Shiferaw Areba, A., G/meskel Kanno, G., ... Tesfu, M. (2022). Assessment of microbiological quality of indoor air at different hospital sites of Dilla University: a cross-sectional study. *Environmental Health Insights*, 16. <https://doi.org/10.1177/11786302221100047>
116. Stockwell, R. E., Ballard, E. L., O'Rourke, P., Knibbs, L. D., Morawska, L., Bell, S. C. (2019). Indoor hospital air and the impact of ventilation on bioaerosols: a systematic review. *Journal of Hospital Infection*, 103(2), 175–184. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2019.06.016>
117. Cabo Verde, S., Almeida, S. M., Matos, J., Guerreiro, D., Meneses, M., Faria, T., ... Viegas, C. (2015). Microbiological assessment of indoor air quality at different hospital sites. *Research in Microbiology*, 166(7), 557–563. <https://doi.org/10.1016/j.resmic.2015.03.004>
118. Zimring, C., Denham, M. E., Jacob, J. T., Cowan, D. Z., Do, E., Hall, K., ... Steinberg, J. P. (2013). Evidence-based design of healthcare facilities: opportunities for research and practice in infection prevention. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 34(5), 514–516. <https://doi.org/10.1086/670220>
119. 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>
120. 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>
121. Farrow, T. S., Blach, S. M. (2009). Infection prevention and control in the design of healthcare facilities. *Healthcare Papers*, 9(3), 32–37. <https://doi.org/10.12927/hcpap.2009.20924>
122. 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>
123. 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>
124. 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>
125. 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>
126. Sheehan, B., Burton, E., Wood, S., Stride, C., Henderson, E., Wearn, E. (2013). Evaluating the built environment in inpatient psychiatric wards. *Psychiatric services*, 64(8), 789–795. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200208>

127. Johnson, S., Dalton-Locke, C., Baker, J., Hanlon, C., Salisbury, T. T., Fossey, M., ... Lloyd-Evans, B. (2022). Acute psychiatric care: approaches to increasing the range of services and improving access and quality of care. *World Psychiatry*, *21*(2), 220–236. <https://doi.org/10.1002/wps.20962>
128. 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/fpsy.2021.758039>.
129. 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>
130. 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>
131. Hunt, J., Sine, D. (2015). Design Guide for the Built Environment of Behavioral Health Facilities. Facility guidelines institute. Edition 7.0.
132. Valerio, R. M. Lo Verso, 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. DOI:10.1177/1420326x15588337.
133. 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>
134. 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/fpsy.2021.705090>
135. Sikkens, D., Riemersma-Van der Lek, R. F., Meesters, Y., Schoevers, R. A.,

- Haarman, B. C. M. (2019). Combined sleep deprivation and light therapy: clinical treatment outcomes in patients with complex unipolar and bipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 246, 727–730. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.117>
136. Hirakawa, H., Terao, T., Muronaga, M., Ishii, N. (2020). Adjunctive bright light therapy for treating bipolar depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Brain and Behavior*, 10(12), e01876. <https://doi.org/10.1002/brb3.1876>
137. 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>.
138. 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>.
139. 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>
140. 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>
141. Basner, M., Babisch, W., Davis, A., Brink, M., Clark, C., Janssen, S., Stansfeld, S. (2014). Auditory and non-auditory effects of noise on health. *The Lancet*, 383(9925), 1325–1332. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61613-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61613-X)
142. 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>

143. Wilson, C., Whiteman, K., Stephens, K., Swanson-Biearman, 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>
144. Walker, L., Karl, C. A. (2019). The hospital (Not So) quiet zone: creating an environment for patient satisfaction through noise reduction strategies. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 12(4), 197–202. <https://doi.org/10.1177/1937586719839229>
145. Brown B., Rutherford, P., Crawford, P. (2015). The role of noise in clinical environments with particular reference to mental health care: a narrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(9), 1514–1524. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.04.020>
146. Wallis, R., Harris, E., Lee, H., Davies, W., Astin, F. (2019). Environmental noise levels in hospital settings: a rapid review of measurement techniques and implementation in hospital settings. *Noise Health*, 21(102), 200–216. https://doi.org/10.41403/nah.NAH_19_18
147. Sayilan, A. A., Kulakaç, N., Sayilan, S. (2021). The effects of noise levels on pain, anxiety, and sleep in patients. *Nursing in Critical Care*, 26(2), 79–85. <https://doi.org/10.1111/nicc.12525>
148. Miranda-Ackerman, R. C., Lira-Trujillo, M., Gollaz-Cervantez, A. C., Cortés-Flores, A. O., Zuloaga-Fernández del Valle, C. J., García-González, ... González-Ojeda, A. (2020). Associations between stressors and difficulty sleeping in critically ill patients admitted to the intensive care unit: a cohort study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 631. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05497-8>
149. Apañicio, C., Panin, F. (2020). Interventions to improve inpatients' sleep quality in intensive care units and acute wards: a literature review. *British Journal of Nursing*, 29(13), 770–776. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.13.770>
150. Veale, D., Ali, S., Papageorgiou, A., Gournay, K. (2020). The psychiatric ward environment and nursing observations at night: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(4), 342–351.

<https://doi.org/10.1111/jpm.12583>

151. 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>
152. 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>
153. 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)
154. 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>
155. 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>
156. Thornton, G. M., Fleck, B. A., Fleck, N. (2022). The impact of heating, ventilation, and air conditioning design features on the transmission of viruses, including the 2019 novel coronavirus: A systematic review of ultraviolet radiation. *PLOS One*, 17(4), e0266487. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266487>.
157. Luongo, J. C., Fennelly, K. P., Keen, J. A., Zhai, Z. J., Jones, B. W., Miller, S. L. (2016). Role of mechanical ventilation in the airborne transmission of infectious agents in buildings. *Indoor Air*, 26(5), 666–678. <https://doi.org/10.1111/ina.12267>
158. Saran, S., Gurjar, M., Baronia, A., Sivapurapu, V., Ghosh, P. S., Raju, G. M.,

- Maurya, I. (2020). Heating, ventilation and air conditioning (HVAC) in intensive care unit. *Critical Care*, 24(1), 194. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02907-5>
159. Dai, R., Liu, S., Li, Q., Wu, H., Wu, L., Ji, C. (2021). A systematic review and meta-analysis of indoor bioaerosols in hospitals: the influence of heating, ventilation, and air conditioning. *PLOS One*, 16(12), e0259996. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259996>
160. LeBel, J. L., Duxbury, J. A., Putkonen, A., Sprague, T., Rae, C., Sharpe, J. (2014). Multinational experiences in reducing and preventing the use of restraint and seclusion. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 52(11), 22–29. <https://doi.org/10.3928/02793695-20140915-01>
161. Staggs V. S. (2015). Trends in Use of seclusion and restraint in response to injurious assault in psychiatric units in U.S. hospitals, 2007–2013. *Psychiatric Services*, 66(12), 1369–1372. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400490>
162. Smith, G. M., Ashbridge, D. M., Altenor, A., Steinmetz, W., Davis, R. H., Mader, P., Adair, D. K. (2015). Relationship between seclusion and restraint reduction and assaults in Pennsylvania’s forensic services centers, 2001–2021. *Psychiatric Services*, 66(12), 1326–1332. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400378>
163. Flannery, R. B., Wyshak, G., Flannery, G. J. (2018). Characteristics of international assaultive psychiatric patients: review of previous published findings, 2013–2017. *Psychiatric Quarterly*, 89(2), 349–357. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9539-2>
164. 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>
165. 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>
166. Bowers, L., Cullen, A. E., Achilla, E., Baker, J., Khondoker, M., Koeser, L., ... Tulloch, A. D. (2017). Seclusion and psychiatric intensive care evaluation study

- (SPICES): combined qualitative and quantitative approaches to the uses and outcomes of coercive practices in mental health services. *Health Services and Delivery Research*, 5(21). <https://doi.org/10.3310/hsdr05210>
167. Lavy, S., Dixit, M. (2012). Wall finish selection in hospital design: a survey of facility managers. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 5(2), 80–98. <https://doi.org/10.1177/193758671200500207>
168. Laursen, J., Danielsen, A., Rosenberg, J. (2014). Effects of environmental design on patient outcome: a systematic review. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 7(4), 108–119. <https://doi.org/10.1177/193758671400700410>
169. Kalantari, S., Snell, R. (2017). Post-occupance evaluation of a mental healthcare facility based on staff perceptions of design interventions. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 10(4), 121–135. <https://doi.org/10.1177/1937586716687714>
170. McGreevy J. (2016). Arts-based and creative approaches to dementia care. *Nurs Older People*, 28(1), 20–23. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26938607/>
171. Fenner, P., Abdelazim, R. S., Bräuninger, I., Strehlow, G., Seifert, K. (2017). Provision of arts therapies for people with severe mental illness. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(4), 306–311. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000338>
172. Saavedra, J., Pérez, E., Crawford, P., Arias, S. (2018). Recovery and creative practices in people with severe mental illness: evaluating well-being and social inclusion. *Disability and Rehabilitation*, 40(8), 905–911. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1278797>
173. 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 literature. *Psychiatric Quarterly*, 90(4), 871–882. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09672-x>
174. 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>

175. 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>
176. 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>.
177. 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>
178. Cui, Y., Wang, F. (2022). The research focus and development trend of art therapy in Chinese education since the 21 st century. *Frontiers in Psychology*, 13, 1002504. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.1002504>
179. 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>
180. 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>
181. Jenkins, O. (2015). The psychiatric ward as a therapeutic space. *British Journal of Psychiatry*, 206(3), 252. <https://doi.org/10.1192/bjp.206.3.252>
182. Maben, J., Griffiths, P., Penfold, C., Simon, M., Pizzo, E., Anderson, J., Barlow, J. (2015). Evaluating a major innovation in hospital design: workforce implications and impact on patient and staff experiences of all single room hospital accommodation. *Health Services and Delivery Research*, 3(3). <https://doi.org/10.3310/hsdr03030>
183. Maben, J., Griffiths, P., Penfold, C., Simon, M., Anderson, J. E., Robert, G., ... Barlow, J. (2016). One size fits all? Mixed methods evaluation of the impact of

- 100% single-room accommodation on staff and patient experience, safety costs. *BMJ Quality & Safety*, 25(4), 241–256. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004265>
184. 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>
185. 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>
186. 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>
187. Olfson, M., Wang, S., Blanco, C. (2015). National trends in hospital-treated self-harm events among middle-aged adults. *General Hospital Psychiatry*, 37(6), 613–619. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.08.004>
188. 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>
189. Betz, M. E., Boudreux, E. D. (2016). Managing Suicidal Patients in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 67(2), 276–282. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.09.001>
190. 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>
191. 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>.

192. *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
193. *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
194. *Sustainable design guidelines for hospitals and outpatient facilities: a white paper.* (5 February 2014).
https://www.fgiguideguidelines.org/wp-content/uploads/2015/08/2014_FGI_SustainableDesign_HOP.pdf
195. *Design guidance for psychiatric intensive care units.* (May 2017).
<https://doi.org/10.20299/napicu.2017.002>
196. *Mental health facilities design guide.* (December 2010).
<https://docplayer.net/352611-Mental-health-facilities-design-guide-december-2010.html>
197. *Explore results from the 2019 Global Burden of Disease (GBD) study* (2019).
<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
198. Сміянов, В. А., Тарасенко, С. В. (2013). Інструменти та методи управління якістю медичної допомоги: умови та особливості застосування у процесі реформування системи охорони здоров'я України. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*, 1, 51–57.
199. Сміянов, В. А., Степаненко, А. В., Тарасенко, С. В. (2013). Модель управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я. *Медицина сьогодні і завтра*, 4(61), 106–109.
200. Дубінський, С. В. (2016). Проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України. *Європейський вектор економічного розвитку*, 1(20), 51–59.
201. Дерлюк, М. Д., Рега, Н. І. (2016). Оцінка якості надання медичних послуг середнім медичним персоналом в умовах приватного медичного центру. *Медсестринство*, 4, 35–39.

202. Князевич, В. М. (2018). Розвиток національної системи охорони здоров'я: стан, перспективи та шляхи розбудови. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*, 3(3), 23–37.
203. 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.
204. 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
205. Іртищева, 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.
206. 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.
207. 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.
208. Орап, М. (2019). Психосемантичне дослідження концептів “Здоров'я” та “Хвороба”. *Humanitarium*. 43, 1, 113–122.
209. 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.
210. Булах, І. В. (2016). Ландшафт і вода, як основа сучасних світових тенденцій в проектуванні медичних закладів. *Сучасні проблеми архітектури та містобудування*, 46, 392–396.

211. Булах, І. В. (2018). Аналіз існуючої архітектурно-містобудівної мережі лікувально-профілактичних закладів України. *Містобудування та територіальне планування*, 68, 46–53.
212. Булах, І. В. (2019). Питання нормативно-містобудівного регулювання містобудівної системи закладів охорони здоров'я. *Colloquium-journal*, 2(26), 4–6.
213. 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
214. Байда, Л., Іванова, О. (2019). *Універсальний дизайн в медичних закладах*: Посібник. Київ: Ваште.
215. 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
216. 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
217. 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>
218. 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>
219. 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>
220. Костюченко, О. А. (2018). Архітектурно-типологічні моделі арт-

- центрів. *Сучасні проблеми архітектури та містобудування*, 52, 71–77.
221. 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>
222. Обиночна, З. В. (2018). Систематизація факторів, які впливають на формування реабілітаційних центрів іпотерапія. *Містобудування та територіальне планування*, 68, 385–394.
223. Булах, І. В. (2017). Передумови реорганізації мережі дитячих лікувальних закладів України. *Сучасні проблеми архітектури та містобудування*, 47, 444–450.
224. 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.
225. Пекер, А. Й., Голубов, В. О. (2021). Аналіз зарубіжного досвіду проектування реабілітаційних центрів для військовослужбових. *Архітектурний вісник*, 22/23, 46–52.
226. 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/nmmxо>
227. 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>
228. Коваль-Цєпова, А. В. (2018). Особливості художньої експозиції дитячих творчих робіт у дізайні інтер'єру спеціалізованих закладів для дітей. *Арт-простір*, 3, 111–115.
229. 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.
230. Шевель, Ю. В., Гнатюк, Л. Р. (2018). Особливості формування середовища реабілітаційних центрів. *Технічна естетика і дизайн*, 14, 51–55.
231. 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>
232. Булгакова, Т., Черкашина, А., Препелиця, В. (2021). Використання сучасних технологій при формування інтер'єру медичних установ. В *Актуальні проблеми сучасного дизайну: Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції*. (с. 212–215). Київ.
233. 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>
234. Отрощенко, Д. В. (2014). Фактори, що впливають на формування архітектури дитячих лікувальних закладів онкологічної спеціалізації. *Сучасні проблеми архітектури та містобудування*, 37, 398–405.
235. Чернявський, К. В. (2013). Принципи підвищення естетичних якостей інтер'єрів лікувально-оздоровчих закладів. *Сучасні проблеми архітектури та містобудування*, 32, 161–167.
236. Чернявський, К. В. (2013). Особливості психофізіології сприйняття світло-кольорового середовища інтер'єрів дитячих лікувальних закладів. *Сучасні проблеми архітектури та містобудування*, 33, 195–200.
237. 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>
238. 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.
239. Андрушенко, Л. М., Дядюх-Богатько, Н. Й. (2013). Значення білого кольору в інтер'єрі. *Науковий вісник Національного лісотехнічного*

- університету України, 23(18), 283–287.*
240. 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.*
241. 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>
242. 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>
243. 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>
244. 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.*
245. 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. *Здоровье ребенка, 5(73), 21–25.* http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zd_2016_5_4
246. 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/pmgr.v8i4.463](https://doi:10.26766/pmgr.v8i4.463)
247. 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.
248. 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.
249. 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.
250. 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.
251. 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.
252. Сагош, О. Д., Катрушов, О. В., Філатова, В. Л. (2015). *Охорона праці в галузі: Навчально-методичний посібник*. Полтава.
253. 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.
254. 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.
255. 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.
256. Рогач, І. М., Реґо, О. Ю. (2021). *Охорона праці в медичній галузі: Навчальний посібник*. Ужгород: Ужгородський національний університет.

257. Салманов, А. (2017). Охорона праці медичних працівників у системі інфекційного контролю. *Журнал заступника головного лікаря*, 3, 34–44.
258. 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>
259. Кундієв, Ю. І., Нагорна, А. М., Варивончик, Д. В. (2014). *Професійні інфекційні хвороби*. Київ: Авіцена.
260. Кундієв, Ю. І. (Уклад.), Андрейчин, М. А. (Уклад.), Нагорна, А. М. (Уклад.), Копча, В. С. (Уклад.). (2016). *Профілактика професійних ВІЛ-інфекції та гепатитів В і С у сфері медичних послуг: Методичні рекомендації*. Київ.
261. 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.
262. 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.
263. 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.
264. 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>
265. Тимошина, Д. П., Лубянова, І. П. (2015). Проблеми здоров'я працівників медичної галузі в Україні. *Управління закладами охорони здоров'я*, 8, 54–58.
266. 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.
267. Баркевич, В. А. (2017). Гігієна праці і стан здоров'я медичних працівників різних спеціальностей. *Військова медицина України*, 17, 54–58.
268. 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.
269. 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.
270. 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>
271. 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>
272. 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>
273. 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>
274. 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. *Довкілля та здоров'я*, 4(97), 4–13. <https://doi.org/10.32402/dovkil2020.04.004>

275. 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>
276. 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)
277. 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>
278. 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>
279. 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/>
280. 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.
281. Лемак, М. В., Петрище, В. Ю. (2012). *Психологу для роботи. Діагностичні методики: Збірник*. (Вид. 2-ге, виправл.). Ужгород: Олександр Гаркуша.
282. 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.
283. Кокун, О. М. (2004). *Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності*: Монографія. Київ: Міленіум.
284. Корольчук, М. С. (2009). *Психофізіологія діяльності*: Підручник для студентів вищих навчальних закладів. Київ: Ніка-Центр.
285. 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.
286. Wu, H. Y.-J. (2015). World citizenship and the emergence of the social psychiatry project of the World Health Organization, 1948–1965. *History of Psychiatry*, 26(2), 166–181.
<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0957154X14554375>
287. *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
288. 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
289. Шуміло, І. А. (2018). *Міжнародна система захисту прав людини*: Навчальний посібник. Київ: Голембовська О. О.
290. 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>
291. Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження: Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації. (червень 1964). Верховна Рада України:

- Законознавство України*. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_005#Text
292. Nilsson, A. (2021). Compulsory mental health interventions and the CRPD: minding equality. <http://surl.li/nskbq>
293. 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
294. Situation of the mentally ill: Recommendation № 818. (8 October 1977). *Parliamentary Assembly*. <http://surl.li/nsuwm>
295. 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>
296. Mental health in the future: Conference of European health ministers, 16–18 April 1985, Stockholm. <https://rm.coe.int/09000016809b6c5e>
297. 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>
298. Юрник, С. В., Сенюк, Б. П., Савка, С. Д., Наварчук Н. М. (2017). Права людини у сфері надання психіатричної допомоги. *Вісник проблем біології і медицини*, 3(2), 148–150. <chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcgclefindmkaj/https://vpbm.com.ua/upload/2017-3-2/31.pdf>
299. 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>
300. Куцик, Л. (2023). Деякі аспекти надання осіб психіатричної допомоги у примусовому порядку за цивільним процесуальним законодавством України. *Аналітично-порівняльне правознавство*, 2, 89–96. <http://surl.li/nsvkb>
301. 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
302. 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>
303. Parliamentary Assembly. (1994). *Psychiatry and human rights: Recommendation № 1235*. (12 April 1994). <http://surl.li/nunju>
304. 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
305. 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>
306. Європейська соціальна хартія: (переглянута). Страсбург, 3 травня 1996 р. *Верховна Рада України*. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062#Text
307. 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>
308. 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-naivyisshiy-dostijimyiy-uroven-23266.html>
309. World Health Organization. (2003). *Organization of services for mental health: Mental health policy and service guidance package*. chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcgkclefindmkaj/<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/333104/9241545925-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
310. 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

311. Improving the mental health of the population: Towards a mental health strategy for the European Union. (14 October 2005). chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf
312. Herrman, H. (Ed.), Saxena, S. (Ed.), Moodie, R. (Ed.). (2005). Promoting Mental Health: A report of the world health organization, department of mental health and substance abuse in collaboration with the Victorian health promotion foundation and the University of Melbourne. <http://surl.li/nsxme>
313. 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://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349859/WHO-EURO-2005-4248-44007-62062-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
314. Європейська декларація з охорони психічного здоров'я: Проблеми та шляхи їх вирішення (Гельсінкі, 2005). *Психічне здоров'я*, 4(5), 4–9.
315. 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://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://rm.coe.int/report-psychiatry-2022-web/1680a63357
316. Всемирная организация здравоохранения. (2008). О психическом здоровье в странах, которые образовались после распада СССР: Декларация ВООЗ. Мериано (Италия).
317. World Health Organization. (2008). Polityky ta praktyky schodo psykhichnoho zdorov'ia v Yevropi borot'ba iz trudnoschamy. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark.
318. Soranz, D., Pisco, L. A. C. (2017). Primary health care reform in the cities of Lisbon and Rio de Janeiro: context, strategies, results, learning and challenges. *Cien*

- Saude Colet*, 22(3), 679–686. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33722016>
319. Carrapiço, E. I. do N., Ramires, J. H. V., Ramos, V. M. B. (2017). Unidades de saúde familiar e clínicas da família – essência e semelhanças: family healthcare units in Portugal and family clinics in Rio de Janeiro – their essence and similarities. *Ciencia Saude Coletiva*, 22(3), 691–700. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33602016>
320. European Parliament. (2009). Resolution of Mental Health of January 28, 2009. European Parliament, Strasbourg, France.
321. 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>
322. 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/ntcxd>
323. Ivbijaro, G. (Ed.). (2012). The case for change: The global mental health action plan 2013–2020. *Mental Healthin Family Medicine*, 9(3), 135. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3622905/>
324. 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.
325. Saxena, S. (2014). World Health organization's comprehensive mental health action plan 2013–2020. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 68, 585–586. <https://doi.org/10.1111/pcn.12207>
326. The European mental health action plan 2013–2020. (2015). *World Health Organization*. <http://surl.li/ntemn>
327. 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>
328. Yin, H., Wardenaar, K. J., Xu, G., Tian, H., Schoevers, R. A. (2020). Mental

- health stigma and mental health knowledge in Chinese population: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 20(1), 323. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02705-x>
329. Picco, L., Abdin, E., Pang, S., Vaingankar, J. A., Jeyagurunathan, A., Chong, S. A., Subramaniam, M. (2016). Association between recognition and help-seeking preferences and stigma towards people with mental illness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(1), 84–93. <https://doi.org/10.1017/s2045796016000998>
330. Subramaniam, M., Abdin, E., Picco, L., Pang, S., Shafie, S., Vaingankar, J. A., Chong, S. A. (2017). Stigma towards people with mental disorders and its components – a perspective from multi-ethnic Singapore. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(4), 371–382. <https://doi.org/10.1017/s2045796016000159>
331. Yuan, Q., Seow, E., Abdin, E., Chua, B. Y., Ong, H. L., Samari, E., ... Subramaniam, M. (2018). Direct and moderating effects of personality on stigma towards mental illness. *BMC Psychiatry*, 18(1), 358. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1932-3>
332. Singh, A. (Inspector). (2021). *A joint thematic inspection of the criminal justice journey for individuals with mental health needs and disorders*. <https://rm.coe.int/0900001680a49050>
333. World Health Organization. (2021). *Mental health atlas 2020*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
334. 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>
335. 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
336. Aljohani, B., Burkholder, J., Tran, Q. K., Chen, C., Beisenova, K., Pourmand, A. (2021). Workplace violence in the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*, 196, 186–197. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.02.009>

337. Ochrony Zdrowia Psychicznego. (2022). *Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w Centrum zdrowia psychicznego: Założenia projektu*. (Zeszyt 1, wydanie 2). <http://surl.li/ntlcz>
338. Закаль, Ю. (2011). Про охорону здоров'я в Республіці Польща. *Вісник Асоціації психіатрів України*, 2. <http://www.mif-ua.com/archive/article/27208>
339. Fletcher, J., Buchanan-Hagen, S., Brophy, L., Kinner, S. A., Hamilton, B. (2019). Consumer perspectives of safeguards impact in acute inpatient mental health wards in Victoria, Australia. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 461. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00461>. eCollection 2019
340. Чорна, В. В. (2020). Реформування охорони здоров'я для зміцнення психічного здоров'я населення України та досвід країн ЄС. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 24(3), 447–456. <https://dspace.vnmu.edu.ua/handle/123456789/5775>
341. Wetterberg, L. (2012). History of psychiatry in Sweden During a millennium. *Nord journal Psychiatry*, 66(1), 42–53. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/08039488.2011.590605>
342. Чорна, В. В. (2020). Детермінація психічного здоров'я населення України та країн ЄС. *Довкілля та здоров'я*, 2(95), 47–53. <https://doi.org/10.32402/dovkil2020.02.047>
343. Чернушенко, Д. А. (2013). Стандарти ООН щодо забезпечення прав користувачів психіатричної допомоги. *Науковий вісник Національної академії внутрішніх справ*, 3, 173–181.
344. Parker, C. (2012). Forgotten Europeans forgotten rights: the human rights of persons placed in institutions. *Source*. <http://surl.li/ntvdp>
345. Barasa, E. W., Cloete, K., Gilson, L. (2017). From bouncing back, to nurturing emergence: reframing the concept of resilience in health systems strengthening. *Health Policy and Planning*, 32(3), 91-94. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx118>
346. Jamal, Z., Alameddine, M., Diaconu, K., Lough, G., Witter, S., Ager, A., Fouad, F. M. (2020). Health system resilience in the face of crisis: analyzing the challenges, strategies and capacities for UNRWA in Syria. *Health Policy and Planning*

- Planning*, 35(1), 26–35. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz129>
347. Sumah, A. M., Baatiema, L., Abimbola, S. (2016). The impacts of decentralization on health-related equity: a systematic review of the evidence. *Health Policy*, 120, 1183–1192. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.09.003>
348. Abimbola, S., Baatiema, L., Bigdeli, M. (2019). The impacts of decentralization on health system equity, efficiency and resilience: a realist synthesis of the evidence. *Health Policy and Planning*, 34(8), 605–617. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz055>
349. Dwicaksono, A., Fox, A. M. (2018). Does decentralization improve health system performance and outcomes in low-and middle-income countries? A systematic review of evidence from quantitative studies. *The Milbank Quarterly*, 96(2), 323–368. Portico. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12327>
350. 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>
351. Ahmed, S., Chase, L. E., Wagnild, J., Akhter, N., Sturridge, S., Clarke, A., ... Hampshire, K. (2022). Community health workers and health equity in low-and middle-income countries: systematic review and recommendations for policy practice. *Journal for Equity in Health*, 21(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01615-y>
352. 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>
353. Javanparast, S., Windle, A., Freeman, T., Baum, F. (2018). Community health worker programs to improve healthcare access and equity: are they only relevant to low-and middle-income countries? *International Journal of Health Policy and Management*, 7(10), 943–954. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.53>
354. Ludwick, T., Morgan, A., Kane, S., Kelaher, M., McPake, B. (2020). The distinctive roles of urban community health workers in low-and middle-income

- countries: a scoping review of the literature. *Health Policy and Planning*, 35(8), 1039–1052. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa049>
355. Perveen, S., Lassi, Z. S., Mahmood, M. A., Perry, H. B., Laurence, C. (2022). Application of primary healthcare principles in national community health worker programs in low-income and middle-income countries: a scoping review. *BMJ Open*, 12(2), e051940. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051940>
356. Perveen, S., Laurence, C., Mahmood, M. A. (2022). Indicator-activities to apply primary health care principles in national or large-scale community health worker programs in low-income and middle-income countries: a Delphi exercise. *BMC Public Health*, 22(1), 1599. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13996-y>
357. Goodyear-Smith, F., Bazemore, A., Coffman, M., Fortier, R. D. W., Howe, A., Kidd, M., ... van Weel, C. (2019). Research gaps in the organization of primary healthcare in low-income and middle-income countries and ways to address them: a mixed-methods approach. *BMJ Global Health*, 4(8), e001482. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001482>
358. Burian, R., Franke, M., Diefenbacher, A. (2016). Crossing the bridge – a prospective comparative study of the effect of communication between a hospital based consultation – liaison service and primary care on general practitioners' concordance with consultation – liaison psychiatrists' recommendations. *Journal Psychosom Res*, 86, 53–59. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.05.002>
359. Kim, H., Khanna, R., Olver, J., Norman, T. (2022). Diagnostic agreement and concordance between consultation – Liaison psychiatry and non – psychiatric (medical and surgical) doctors: changes within junior doctor's terms. *Journal Australas Psychiatry*, 30(1), 60-63. <https://doi.org/10.1177/10398562211037338>
360. Толстанов, О., Круть, А., Дмитренко, І., Горачук, В. (2022). Проблеми регулювання якості медичної допомоги в Україні та основні напрями їх вирішення. *Медичні перспективи*, 27(1), 166–173. <http://journals.uran.ua/index.php/2307-0404/article/view/254468>
361. 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>
362. 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.
363. Elgeti, H. (2019). Psychiatric reform needs good planning-a national, federal, and regional responsibility. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 62(2), 222–229. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2872-2>
364. Fioritti, A. (2018). Is freedom (still) therapy? The 40th anniversary of the Italian mental health care reform. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(4), 319–323. <https://doi.org/10.1017/s2045796017000671>
365. Thornicroft, G., Tansella, M. (2013). The balanced care model: the case for both hospital-and community-based mental healthcare. *British Journal of Psychiatry*, 202(4), 246–248. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.111377>
366. Chatterjee, S. (2016). Time to focus on institutional reforms in low and middle income countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(1), 1–3. <https://doi.org/10.1017/s2045796016000718>
367. Rabrenovic, M., Simonovic, P., Cogoljevic, D. (2020). Optimization strategies for the organization of mental healthcare. *International Journal for Quality in Health Care*, 32(6), 412–413. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa061>
368. Ginneken, N., Maheedhariah, M. S., Ghani, S., Ramakrishna, J., Raja, A., Patel, V. (2017). Human resources and models of mental healthcare integration into primary and community care in India: case studies of 72 programmes. *PLOS One*, 12(6), e0178954. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178954>
369. Corleone, F. (2017). *Seconda relazione semestrale sull'attività svolta dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*, 19 Febbraio – 19 Agosto 2017. <http://surl.li/ntnir>

370. Campos, C. A., Cohn, A., Brandão, A. L. (2016). Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro, 1916–2015: Cem anos de inovações e conquistas. *Ciência Saúde Coletiva*, 21(5), 1351–1364. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.00242016>
371. 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>
372. Pycha, R., Giupponi, G., Schwitzer, J., Duffy, D., & Conca, A. (2011). Italian psychiatric reform 1978 milestones for Italy and Europe in 2010? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(2), 135–139. <https://doi.org/10.1007/s00406-011-0245-z>
373. Dlouhy, M. (2014). Mental health policy in Eastern Europe: A comparative analysis of seven mental health systems. *BMC Health Services Research*, 42. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/42>
374. Németh, A. (2019). Potential directions of development of the Hungarian mental health system. *Psychiatr Hungarica*, 34(4), 380–392.
375. Friedman, J. R. (2016). “A world crazier than us”: Vanishing social contexts and the consequences for psychiatric practice in contemporary Romania. *Transcult Psychiatry*, 53(2), 176–197. <https://doi.org/10.1177/1363461515590917>
376. Pelto-Piri, V., Enqström, K., Enqström, I. (2013). Paternalism, autonomy and reciprocity: ethical perspectives in encounters with patients in psychiatric in-patient care. *BMC Medical Ethics*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6939-14-49>
377. Aderhold, V. (2018). Wie Menschenrechte der Psychiatrie in Deutschland den Weg weisen. *Fortschritte Der Neurologie. Psychiatrie*, 86(08), 477–484. <https://doi.org/10.1055/a-0646-4054>
378. 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>

379. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. № 111. (19 Sierpnia 1994). Polska. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19941110535/U/D19940535Lj.pdf
380. 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>
381. Чмель, О., Пустовойт, Д., Шігаль, А. (2018). Аналіз системи охорони здоров'я в Польщі. *Сучасні економічні дослідження*, 1, 3–20.
382. Оксентюк, Н. В. (2018). Проблеми психічного здоров'я: Європейський досвід. *Збірник наукових праць РДГУ*, 10, 107–114.
383. Baig, V. J., Delvenne, V. (2008). Psychiatry in Belgium. *International Psychiatry*, 5(4), 88–90. <https://doi.org/10.1192/s1749367600002265>
384. 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>
385. 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>
386. 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/nodcs>
387. 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).

388. Закон України “Про психіатричну допомогу” № 1489-III (2000). *Відомості Верховної Ради України*, 19. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text>
389. 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>
390. Постанова КМУ України “Деякі питання створення госпітальних округів” № 1074. (2019). *Верховна Рада України*. (Із змінами і доповненнями № 589 (2020) № 97 (2023)). <http://surl.li/nuitj>
391. 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>
392. 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>
393. Постанова КМУ 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>
394. Розпорядження КМУ 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>
395. Розпорядження КМУ 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>
396. Концепція розвитку охорони психічного здоров’я в Україні на період до 2030 року (2018). *Нейронews*, 2(95), 6–10. <http://surl.li/noefb>

397. Авраменко, Н. В. (2017). *Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: сучасний стан, шляхи вдосконалення*: Монографія. Запоріжжя: КПУ.
398. Бердник, О. В., Добрянская, О. В., Рудницкая, О. П., Скочко, Т. П. (2018). Здоровье населения как критериальная характеристика его качества. *Довкілля та здоров'я*, 1, 4–8.
399. Chrysiro, E. (2014). *Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces*. Architect medical planner. <http://surl.li/nwiic>
400. Chorna, V.V., Hudzevych, L. S. (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. *Theoretical and practical aspects of science development* : Monograph. (p. 391-430) Riga (Latvia) Baltija Publishing. <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-355-2-31>
401. 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>
402. 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>
403. 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>
404. 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>
405. SzpitalKlinicznyim. dr. JózefaBabińskiegoKraKowie. <https://mapujpomoc>.

- pl/placowki/szpital-kliniczny-im-dr-jozefa-babinskiego/
406. 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>
407. 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>
408. НДІБК. (2018). *Природне і штучне освітлення*. (ДБН В.2.5-28:2018). Київ: Мінрегіон України. https://ledeffect.com.ua/images/___branding/dbn2018.pdf
409. 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>
410. 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>
411. 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
412. МОЗ України. (1999). Санітарні норми мікроклімату виробничих приміщень (ДСН 3.3.6.042-99). *БУДСТАНДАРТ Online*. <http://surl.li/eyfsr>
413. 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>
414. Herasym, L. M., Slobodian, O. M. (2019). Peculiarities of organometric parameters of the coronary arteries in the perinatal period of ontogenesis.

- Biomedical and Biosocial Anthropology*, 34, 55–61.
<https://doi.org/10.31393/bba34-2019-08>
415. 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
416. Chorna, V. V., Makhniuk, V. M. (2020). Comparative charateristics 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>
417. 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>
418. 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>
419. 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>
420. 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)

421. 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>
422. 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>
423. Мединська, Ю. Я. (2013). Стигма як соціальний й стереотип у сфері психічного здоров'я. *Психологічні перспективи*, 22, 140–396.
424. Малина, О. Г. (2016). Психологічний аналіз проблеми стигматизації хворих на психічні розлади. *Проблеми сучасної психології*, 2(10), 86–91.
425. 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>
426. 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>
427. 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
428. 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>
429. Dabby, L., Tranulis, C., Kirmayer, L. J. (2015). Explicit and implicit attitudes of

- Canadian psychiatrists toward people with mental illness. *Can journal psychiatry*, 60(10), 451–459.
430. Sathyanath, S., Mendonsa, R. D., Thattil, A. M., Chandran, V. M., Karkal, R. S. (2016). Socially restrictive attitudes towards people with mental illness among the non-psychiatry medical professional in university teaching hospital in South India. *Journal of Social Psychiatry*, 62(3), 221–226. <https://doi.org/10.1177/0020764015623971>
431. 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>
432. 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>
433. 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)
434. 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>
435. 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)
436. 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.
437. 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>
438. 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>
439. Чорна, В. В. (2019). Психічне здоров'я і стигматизація в умовах сьогодення. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 2(4). <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/201>.
440. United Nations Development Programme. (2019). *Human Development Report 2019: Beyond income, beyond averages, beyond today: Inequalities in human development in the 21st century*.<https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2019>
441. Gaughran, F., Stahl, D., Patel, A., Ismail, K., Smith, S., Greenwood, K., Murray, R. M. (2020). A health promotion intervention to improve lifestyle choices and health outcomes in people with psychosis: a research programme including the IMPACT RCT. *Programme Grants for Applied Research*, 8(1), 1–124. <https://10.3310/pgfar08010>
442. Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137–150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
443. Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ...

- Unützer, Jü. (2018). The lancet commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553–1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
444. Thornicroft, G., Semrau, M. (2019). Health system strengthening for mental health in low-and middle-income countries: introduction to the Emerald programme. *BJPsych Open*, 5(5). <https://doi.org/2019/10.1192/bjo.2019.9>
445. Wang, H., Abbas, K. M., Abbasifard, M., Abbasi-Kangevari, M., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., ... Murray, C. J. L. (2020). Global age-sex-specific fertility, mortality, healthy life expectancy (HALE), and population estimates in 204 countries and territories, 1950–2019: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1160–1203. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30977-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30977-6)
446. Abbafati, C., Abbas K. M., Abbasi-Kangevari, M., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., ... Adham, D. (2019). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systemic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258). P. 1223–1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)
447. Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., ... Acebedo, A. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204–1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
448. 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>
449. Act on improvement of mental health and the support for welfare services for mental patients. №14224. (29 May 2016). <http://surl.li/ntmux>
450. 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>
451. Hu, H., Cao, Q., Shi, Z., Lin, W., Jiang, H., Hou, Y. (2018). Social support and depressive symptom disparity between urban and rural older adults in China. *Journal of Affective Disorders*, 237, 104–111. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.076>
452. Yang, W., Li, D., Gao, J., Zhou, X., Li, F. (2020). Decomposing differences 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>
453. 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)
454. Андрейчин, М. А., Ничик, Н. А., Завіднюк, Н. Г., Йосик, Я. І., Іщук, 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
455. 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.
456. 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>
457. Яворовський, О. П., Зенкіна, В. І. (2020). Медики України найменш

- захищені. *Охорона праці*, 6(312), 46–49.
458. Otter, J. A., Donskey, C., Yezli, S., Douthwaite, S., Goldenberg, S. D., & Weber, D. J. (2016). Transmission of SARS and MERS coronaviruses and influenza virus in healthcare settings: the possible role of dry surface contamination. *Journal of Hospital Infection*, 92(3), 235–250. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2015.08.027>
459. Jones, S. (2011). Hand hygiene and transmission of *Pseudomonas aeruginosa* on hands in a hospital environment. *Journal of Infection Prevention*, 12, 146–148. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1757177411402864>
460. Knight, G. M., Pham, T. M., Stimson, J., Funk, S., Jafari, Y., Pople, D., ... Bosse, N. I. (2022). The contribution of hospital-acquired infections to the COVID-19 epidemic in England in the first half of 2020. *BMC Infectious Diseases*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12879-022-07490-4>
461. Bohlken, J., Schömig, F., Lemke, M. R., Pumberger, M., Riedel-Heller, S. G. (2020). COVID-19-Pandemie: Belastungen des medizinischen Personal. *Psychiatrische Praxis*, 47(04), 190–197. <https://doi.org/10.1055/a-1159-5551>
462. 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>
463. 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>
464. Nicolaou, C., Menikou, J., Lamnisis, 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>
465. 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>
466. 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>
467. Чорна, В. В. (2021). Порухення 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 симпозиуму з міжнародною участю, 22–24 вересня 2021 року.* (с. 10–12). Тернопіль.
468. 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>
469. 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>
470. El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yroni, 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>
471. 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>
472. 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>
473. World Health Organization. (2021). Comprehensive mental health action plan, 2013–2030. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
474. Центр громадського здоров'я МОЗ України. *Статистичні дані МОЗ.* <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanividomstva.html>
475. Пінчук, І. Я. (2021). Для чого створювати мобільні мультидисциплінарні команди з психічного здоров'я? *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*, 4(125). <http://surl.li/enaff>
476. 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>
477. 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>
478. 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://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.geomednews.com/Articles/2023/9_2023/142-148.pdf
479. Chorna, V., Shevchuk, A. (2021). Сучасний стан психічного здоров'я ХХІ століття 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>
480. 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>

481. 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>
482. 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)
483. 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>
484. 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.
485. Chorna, V., Makhniuk, V., Gumeniuk, N., Khliestova, S., Tomashevskyi, 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/nnvhd>
486. 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.
487. 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>
488. World Health Organization. (1948). Constitution World Health Organization. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
489. 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>
490. 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).
491. Чорна, В. В., Махнюк, В. М., Могильний, С. М., Хлестова, С. С., Подолян, В. М., Фурман, Л. Б., ... Чайка, А. В. (2022). Стан професійного стресу медичних працівників, протидії та його подолання. *Довкілля та здоров'я*, 2(103), 53–62. <https://doi.org/10.32402/dovkil2022.02.053>
492. Chorna, V., Makhniuk, V., Pshuk, N., Gumeniuk, N., Shevchuk, Yu., Khliestova, S. (2021). Burnout in mental health professionals and the measures to prevent it. *Georgian medical al news*, 1(310), 113–118. <http://surl.li/nwjhw>
493. Chorna, V. V., Khliestova, S. S., Gumeniuk, N. I., Podolian, V. M., Shevchuk, T. I. (2023). Predictors of the development of emotional burnout and the motivational component of the medical staff of health care institutions in Ukraine. *Wiadomości Lekarskie Medical Advances*, 76(2), 370–376. <https://doi.org/10.36740/wlek202302118>
494. Chorna, V., Syrota, H., Syrota, M., Khliestova, S., Poliarush, V., Hudzevych, L. (2023). Hygienic assessment of the occurrence and development of emotional burnout syndrome among medical students and its prevention. *European Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 21(3), 465–475. <https://doi.org/10.15584/ejcem.2023.3.4> 2023.

495. Чорна, В. В., Сирота, М. Г., Сирота, Г. Г. (2023). Дослідження синдрому емоційного вигорання серед студентів-медиків: причини розвитку та профілактика. В *Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку*: Матеріали XXX міжнародної науково-практичної конференції. (с. 390–394). Гамбург (Німеччина).
496. 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 студентській 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>
497. 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)
498. 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>
499. Chorna, V. (2023). The psikhofiziologichniy state of health of medical workers of establishments of health protection is during the military state. В *Vectors of the development of science and education in the modern world*: Collective monograph. (p. 221–252). California: GS Publishing Services. <https://doi.org/10.51587/9798-9866-95976-2023-014-221-252>
500. Чорна, В. В., Корольова, Н. Д., Серебрінікова, О. А., Гуменюк, Н. І., Махнюк, В. М., Матвійчук, М. В., ...Пашковський, С. М. (2022). *Особливості мотиваційної діяльності медичних працівників охорони здоров'я, шляхи оптимізації*. Вінниця: Твори.<http://surl.li/nonva>

501. Чорна, В. В., Фурман, Л. Б., Подолян, В. М. (2021). Гігієнічні заходи з оптимізації умов функціонування закладів охорони здоров'я та профілактики захворювань медичних працівників. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, 2, 45–52. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2021.2.12381>
502. Держбуд України. (2001). Державні будівельні норми України. Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я (ДБН В.2.2-10-2001). *Верховна Рада України*. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0002241-01#Text>
503. Главный государственный санитарный врач. (1990). Санитарные правила устройства, оборудования и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров СанПиН. № 5179. *Нормативно-директивні документи МОЗ України*. <https://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=4697>
504. Закон України “Про внесення змін до Закону України “Про будівельні норми” щодо удосконалення нормування у будівництві” № 156-ІХ (2019). *Відомості Верховної Ради*, 46. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/156-20#Text>
505. Постанова КМУ України “Про затвердження Порядку та умов надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на реалізацію проєктів у рамках Програми з відновлення України” № 1324 (2021). *Верховна Рада України*. <https://rada.gov.ua/laws/show/1324-2021-п#n10>
506. Чорна, В. В., Махнюк, В. М., Чайка, Г. В., Юрченко, С., Ковалів, М. О. (2021). Обґрунтування санітарно-епідеміологічної складової до нової редакції державних будівельних норм України “Заклади охорони здоров'я” щодо проєктування психіатричних лікарень з урахуванням міжнародного досвіду. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 25(1), 118–125. [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2021-25\(1\)-22](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2021-25(1)-22)
507. 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>

508. 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.
509. Рада Європи. (2015). Європейська Хартія місцевого самоврядування № 24. *Офіційний вісник України*, 24. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_036#Text
510. Махнюк, В. М., Петриченко, О. О., Могильний, С. М., Чорна, В. В., Махнюк, В. В., Павленко, Н. П., ... Скочко, В. П. (2023). Гігієна планування та забудови населених місць: накові здобутки та перспективи (до 30-річчя Національної академії медичних наук України та 90-річного ювілею лабораторії гігієни планування та забудови населених місць ДУ "ІГЗ НАМНУ"). *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 27(3), 455–460. <http://surl.li/nopag>
511. 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>
512. 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>
513. 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>
514. ВООЗ. (2003). Формування здорового способу життя: стан, проблеми та перспективи: Парламентські слухання. <http://surl.li/nwjprn>

515. Сердюк, А. М., Махнюк, В. М. (2015). Вивчення європейського досвіду щодо забезпечення санітарно-епідеміологічної складової у нормуванні планування і забудови територій та визначення можливості його імплементації у вітчизняні норми. *Гігієна населених місць*, 65, 3–12. [http://www.hygiene-journal.org.ua/site/gnm.nsf/id/2633F62A6DBACA6DC22587DB003793FD/\\$file/3-12.pdf](http://www.hygiene-journal.org.ua/site/gnm.nsf/id/2633F62A6DBACA6DC22587DB003793FD/$file/3-12.pdf)
516. 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>
517. 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://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2020/10/56.pdf>
518. Закон України “Про систему громадського здоров'я” № 4142 (2022). *Верховна Рада України*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>
519. 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>
520. 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>
521. 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.

522. 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.
523. Чорна, В. В., Махнюк, В. М. (2023). Нормативна база з проектування закладів охорони здоров'я з надання психологічної і психіатричної допомоги населенню України: сучасні санітарно-епідеміологічні та містобудівні складові, закордонний досвід. 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>
524. Указ Президента України “Про введення воєнного стану в Україні” № 64 (2022). <https://www.president.gov.ua/documents/642022-41397>
525. Війна в Україні і її наслідки для психічного здоров'я нації. (2022). *Голос Країни*. <http://www.golos.com.ua/article/361064>. (8 червня 2022).
526. Чорна, В. В., Махнюк, В. М., Могильний, С. М., Павленко Н. П., Ларченко, І. В., Хлєстова, 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>
527. 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>
528. 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>

529. 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*. (р. 246–298). Bratislava (Slovakia). <http://surl.li/nowez>
530. 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.
531. 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>
532. McBride, J. L. (2016). Family physician support for a family with a mentally ill member. *Annals of Family Medicine*, 14(5), 460–462. <https://doi.org/10.1370/afm.1969>
533. Mokgothu M. C., Plessis E. D., Koen M. P. (2015). The strengths of families in supporting mentally-ill family members. *Curationis*, 38(1), a1258. <https://doi.org/10.4102/curationis.v38i1.1258>. (10 April 2015).
534. Chironda, G., Jarvis, M. A., Brysiewicz, P. (2022). Family-focused nursing research in WHO Afro-region member states: a scjhing review. *Journal of Family Nursing*, 29(2), 136–154. <https://doi.org/10.1177/10748407221132018>
535. Schoer, N., Rodrigues, R., Reid, J., Ryan, B. L., Lizotte, D. J., Booth, R., ... Anderson, K. K. (2021). Patterns of primary care use prior to a first diagnosis of nonaffective psychotic disorder in Ontario, Canada: modèles d'utilisation des soins de première ligne avant un premier diagnostic de trouble psychotique non affectif et Intario, Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 66(4), 406–417. <https://doi.org/10.1177/0706743720961732>

536. 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)
537. Очеретяна, 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/nodcs>
538. 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>
539. 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>
540. 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>
541. Sved-Williams, A., Poulton, J. (2010). Primarycare mental health consultation-

- liaison: A connecting system for private psychiatrists and general practitioners. *Australasian Psychiatry*, 18(2), 125–129. <https://doi.org/10.3109/10398560903469783>
542. Wiener, J. C., Rodrigues, R., Reid, J. N. S., Archie, S., Booth, R. G., Cheng, C., ... Anderson, K. K. (2022). Patient and physician factors associated with first diagnosis of non-affective psychotic disorder in primary care. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 50(2), 212–224. <https://doi.org/10.1007/s10488-022-01233-y>
543. Ochrony Zdrowia Psychicznego. (2020). *Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w Centrum zdrowia psychicznego: Założenia projektu. (Zeszyt 1)*. <http://surl.li/ntlatt>
544. Pieters, G., Ruud, T., Weeghel, J., Bähler, M., Murphy, B., Shields-Zeeman, L., ... Keet, R. (2021). *Zdrowienie dla wszystkich w społeczności lokalnej: Ucząc się od siebie nawzajem: Konsensus w sprawie podstawowych zasad i kluczowych elementów środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego. (Zeszyt 2)*. Warszawa. https://eucoms.net/wp-content/uploads/2021/06/EUCOMS_Polishtranslation2021.pdf
545. Rozporządzenie Ministra zdrowia “W sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia” (2018). *Wolters Kluwer*. <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzudziennik-ustaw/program-pilotazowy-w-centrach-zdrowia-psychicznego-18716860> (Wersja od: 10 października 2023 r.).
546. Honig, A., Sierink, D., Verwey, B. (2016). The tasks and aims of hospital psychiatry today and in the future. *Tijdschr Psychiatr*, 58(10), 733–738.
547. Sharpe, M., Toynbee, M., Walker, J. (2020). Proactive integrated consultation-liaison psychiatry: a new service model for the psychiatric care of general hospital inpatients. *General Hospital Psychiatry*, 66, 9–15. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.06.005>
548. 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>
549. 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>
550. ВРУ (1996). Конституція України (зі змінами). *Відомості Верховної Ради України*, 30. <http://surl.li/gdyl>
551. Закон України «Про затвердження Указу Президента України «Про введення воєнного стану в Україні» № 2102-IX (2022). *Верховна Рада України*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2102-20#Text>
552. 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>
553. 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>
554. 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>
555. 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>
556. 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>
557. 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>
558. 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-psihologichna-dopomoga-algoritm-dij>
559. 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-psihologichnogo-suprovodu-uchasnikiv-osvitnogo-procesu-v-umovah-voennogo-stanu-v-ukrayini>
560. 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>
561. Chorna, V. V. (2023). Measures to improve the provision of psychological and psychotherapeutic assistance to the population of Ukraine and EU countries. *Innovative ways of improving medicine, psychology and biology: Collective monograph*. (p. 132–166). Boston: Primedia eLaunch, <https://doi.org/10.46299/ISG.2023.MONO.MED.2>
562. Rosen, A., Holmes, D. J. (2022). Co-Leadership to co-design in mental health-care ecosystems: what does it ment to us? *Leadership in Health Services*, 36(1), 59–76. <https://doi.org/10.1108/lhs-06-2022-0065>
563. Merner, B., Schonfeld, L., Virgona, A., Lowe, D., Walsh, L., Wardrope, C., ... Hill, S. (2023). Consumers’ and health providers’ views and perceptions of partnering to improve health services design, delivery and evaluation: a co-produced qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CDO13274. <http://surl.li/npdp0>
564. Lowe, D., Ryan, R., Schofeld, L., Merner, B., Walsh, L., Graham-Wisener, L., Hill, S. (2021). Effects of consumers and health providers working in partnership

- on health services planning, delivery and evaluation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9), CDO13373. <https://doi:10.1002/14651858.cd013373.pub2>
565. McDerott, B. E., Holoyda, B. J. (2014). Assessment of aggression in inpatient settings. *CNS Spectrums*, 19(5), 425–431. <https://doi.org/10.1017/s1092852914000224>
566. Bach, M. (2018). Violence, research, and non-identity in the psychiatric clinic. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 39(4), 283–299. <https://doi.org/10.1007/s11017-018-9451-2>
567. Bradford, N. K., Caffery, L. J., Smith, A. (2016). Telehealth services in rural and remote Australia: a systematic review of models of care and factors influencing success and sustainability. *Rural and Remote Health*, 16(4), 4268.
568. 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. *Preventive Medicine*, 163, 107223. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.107223>
569. Liu, L., Alford-Teaster, J., Onega, T., Wang, F. (2023). Refining 2SVCA method for measuring telehealth accessibility of primary care physicians in Baton-Rouge, Louisiana. *Cities*, 138, 104364. <https://doi.org/10.1016/j.cities.2023.104364>
570. 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>
571. Chen, J., Spencer, M. R. T., Buchongo, P. (2022). Strengthening the public health partnership and telehealth infrastructure to reduce health care disparities. *Population Health Management*, 25(6), 814–821. <https://doi.org/10.1089/pop.2022.0166>
572. Ng, B. P., Park, C., Silverman, C. L., Eckhoff, D. O., Guest, J. C., Díaz, D. A. (2022). Accessibility and utilization of telehealth services among older adults

- during COVID-19 pandemic in the united states. *Health Social Care in the Community*, 30(5). <https://doi.org/10.1111/hsc.13709>
573. Chen, J. A., Chung, W.-J., Young, S. K., Tuttle, M. C., Collins, M. B., Darghouth, S. L., ... Huffman, J. C. (2020). COVID-19 and telepsychiatry: early outpatient experiences and implications for the future. *General Hospital Psychiatry*, 66, 89–95. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.07.002>
574. Prisco, V., Prisco L., Donnarumma, B. (2020). Telepsychiatry in adults and adolescents: a useful tool against COVID-19. *Recenti Progressi in Medicina*, 111(7), 411–414. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32658880/>
575. 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>
576. Tates, K., Antheunis, M. L., Kanters, S., Nieboer, T. E., Gerritse, M. B. (2017). The effect of screen-to-screen versus face-to-face consultation on doctor patient communication: an experimental study with simulated patients. *Journal of Medical Internet Research*, 19(12), e421. <https://doi.org/10.2196/jmir.8033>
577. Raviola, G., Naslund, J. A., Smith, S. L., Patel, V. (2019). Innovative models in mental health delivery systems: task sharing care with non-specialist providers to close the mental health treatment gap. *Current Psychiatry Reports*, 21(6). <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1028-x>
578. Naslund, J. A., Shidhaye, R., Patel, V. (2019). Digital technology for buiding 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>
579. Athanasopoulou, C., Välimäki, M., Koutra, K., Löttöniemi, E., Bertsiias, A., Basta, M., ... Lionis, C. (2017). Internet use, eHealth literacy and attitudes toward computer/internet among people with schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study in two distant European regions. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12911-017-0531-4>

580. Beebe, L. H., & Schuman, D. W. (2015). Understanding the perspectives of family members on telephone intervention for individuals with schizophrenia: results of a focus group. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 53(3), 32–38. <https://doi.org/10.3928/02793695-20150214-01>
581. Huerta-Ramos, E., Marcó-García, S., Usall, J., Escobar-Villegas, M. S., Rubio-Abadal, E., Ochoa, S., Bello, E. M. G., ... Usall, J. (2017). m-RESIST, a complete m-Health solution for patients with treatment-resistant schizophrenia: a qualitative study of user needs and acceptability in the Barcelona metropolitan area. *Actas Esp Psiquiatr*, 45(6), 277–289.
582. 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>
583. Miralles, I., Granell, C., Díaz-Sanahuja, L., Van Woensel, W., Bretón-López, J., Mira, A., ... Casteleyn, S. (2020). Smartphone apps for the treatment of mental disorders: systematic review. *JMIR MHealth and UHealth*, 8(4), e14897. <https://doi.org/10.2196/14897>
584. Marbin, D., Gutwinski, S., Lech, S., Fürstenau, D., Kokwaro, L., Krüger, H., ... Schreiter, S. (2023). Use of digital technologies by users of psychiatric inpatient services in Berlin, Germany: a cross-sectional patient survey. *BMJ Open*, 13(3), e067311. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067311>
585. Manjunatha, N., Kulkarni, K., Shyam, R. P. S., Bagewadi, V., Gowda, G., Manjunatha, B., ... Math, S. (2020). A study of collaborative telepsychiatric consultations for a rehabilitation centre managed by a primary healthcare centre. *Indian Journal of Medical Research*, 152(4), 417. https://doi.org/10.4103/ijmr.ijmr_676_18
586. Al Achkar, M., Bennett, I. M., Chwastiak, L., Hoeft, T., Normoyle, T., Vredevoogd, M., Patterson, D. G. (2020). Telepsychiatric consultation as training and workforce development strategy for rural primary care. *The Annals of Family*

- Medicine*, 18(5), 438–445. <https://doi.org/10.1370/afm.2561>
587. Kaphzan, H., Sarfati Noiman, M., Negev, M. (2022). The attitudes and perceptions of Israeli psychiatrists toward telepsychiatry and their behavioral intention to use telepsychiatry. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 829965 <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.829962>
588. 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>
589. Gumley, A. I., Bradstreet, S., Ainsworth, J., Allan, S., Alvarez-Jimenez, M., Birchwood, M., ... Gleeson, J. (2022). Digital smartphone intervention to recognize and manage early warning signs in schizophrenia to prevent relapse: the EMPOWER feasibility cluster RCT. *Health Technology Assessment*, 26(27), 1–174. <https://doi.org/10.3310/hlze0479>
590. Hassan, A., Sharif, K. (2019). Efficacy of telepsychiatry in refugee populations: a systematic review of the evidence. *Cureus*, 11(1), e3984. <https://doi.org/10.7759/cureus.3984>
591. Chorna, V. V., Anhelska, V. Y., Makhnyuk, V. V. (2023). Telemedical assistance of mental health centers of health care institutions. *Scientific progress: Innovations, achievements and prospects: Proceedings of X International scientific and practical conference*. (p. 29–36). Munich (Germany). <http://surl.li/npetn>
592. Від початку війни в Україні пошкоджено 627 закладів охорони здоров'я – Ляшко. (2022). *Гордон*. <http://surl.li/npetx>
593. План відновлення України. Візія Відродження України: «Сильна Європейська країна – магніт для іноземних інвестицій (2022). *Відновлення України*. <https://recovery.gov.ua/>
594. 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
595. 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)
596. 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>
597. 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>
598. Chorna, V. (2022). Hygienic, epidemiological, psychogenic, and urban aspects of mental health facilities compared to eu countries. *Wissenschaft für den modernen menschen: Innovative technik und technologie, informatik, verkehrsentwicklung, physik und mathematik, medizin, biologie, landwirtschaft: Monographie. Book 8, Part 2.* (p. 102–129). Karlsruhe (Germany). 10.30890/2709-2313.2022-08-02
599. Serebrennikova, O., Serheta I., Khliestova S., Chorna, V. (2022). Problems of improvement psychical zdorovya are population of Ukraine and feature of their decision on the modern stage. *W Prospektive globale wissenschaftliche trends: Innovative technik, sicherheit, medizin, 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>
600. 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.

601. 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>

ДОДАТОК А

СПИСОК НАУКОВИХ ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ
ДИСЕРТАЦІЇ

– у наукових фахових виданнях України:

1. 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. *Biomedikalant Biosocialant hropology*, 35, 48. <https://doi.org/10.31393/bba34-2019-08> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).
2. 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> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено статтю).
3. Чорна, В. В., Хлєстова, 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) (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).
4. Чорна, В. В., Махнюк, В. М., Хлєстова, С. С., Гуменюк, Н. І., Хлєстова, 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) (*Дисертантом розроблено анкету щодо визначення якості надання медичної допомоги, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

5. Чорна, В. В. (2020). Реформування охорони здоров'я для зміцнення психічного здоров'я населення України та досвід країн ЄС. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 24(3), 447–456. <https://dspace.vnmu.edu.ua/handle/123456789/5775> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено висновки і статтю).

6. Чорна, В. В., Махнюк, В. М., Чайка, Г. В., Юрченко, С., Ковалів, М. О. (2021). Обґрунтування санітарно-епідеміологічної складової до нової редакції державних будівельних норм України “Заклади охорони здоров'я” щодо проєктування психіатричних лікарень з урахуванням міжнародного досвіду. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 25(1), 118–125. [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2021-25\(1\)-22](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2021-25(1)-22) (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено статтю).

7. 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) (*Дисертантом розроблено анкету щодо визначення якості надання медичної допомоги, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

8. 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) (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено висновки та статтю).

9. 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 *Vinnitsia 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) (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено висновки та статтю).

10. Махнюк, В. М., Петриченко, О. О., Могильний, С. М., Чорна, В. В., Махнюк, В. В., Павленко, Н. П., ... Скочко, В. П. (2023). Гігієна планування та забудови населених місць: накові здобутки та перспективи (до 30-річчя Національної академії медичних наук України та 90-річного ювілею лабораторії гігієни планування та забудови населених місць ДУ “ІГЗ НАМНУ”). *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 27(3), 455–460. <http://surl.li/norag>

11. 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) (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено статтю).

12. Гозак, С. В., Єлізарова, О. Т., Станкевич, Т. В., Чорна, В. В., Товкун Л. П., Лебединець, Н. В., ...Хмель, Л.Л. (2023). Особливості ментального здоров'я та способу життя студентів під час війни. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 27(4), 628–634.

13. 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> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено висновки та статтю).

14. Чорна, В. В., Фурман, Л. Б., Подолян, В. М. (2021). Гігієнічні заходи з оптимізації умов функціонування закладів охорони здоров'я та профілактики захворювань медичних працівників. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, 2, 45–52. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2021.2.12381> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел,

проведено аналіз законодавчої та нормативно-правової бази щодо умов праці медичних працівників, підготовлено висновки та статтю).

15. Чорна, В. В. (2020). Детермінація психічного здоров'я населення України та країн ЄС. *Довкілля та здоров'я*, 2(95), 47–53. <https://doi.org/10.32402/dovkil2020.02.047>(*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено висновки та статтю).

16. 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/dovkil2020.04.053>C.53 (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено висновки та статтю).

17. 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>

18. 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> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

19. 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>

20. Чорна, В. В., Махнюк, В. М., Могильний, С. М., Хлестова, С. С., Подолян, В. М., Фурман, Л. Б., ... Чайка, А. В. (2022). Стан професійного стресу медичних працівників, протидії та його подолання. *Довкілля та здоров'я*, 2(103),

53–62. <https://doi.org/10.32402/dovkil2022.02.053>(*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

21. 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> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено висновки та статтю).

22. 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>

23. 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>

24. Очеретяна, Г. В., Махнюк, В. М., Чорна, В. В., Горваль, А. К., Redah 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>

25. 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> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено висновки та статтю).

26. 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> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено висновки та статтю).

27. 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> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

28. Чорна, В. В. (2021). Гігієнічні аспекти становлення психіатричної служби в Україні: минуле, теперішнє, майбутнє. *Молодий вчений*, 2 (90), 47-51. <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2021-2-90-9> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено висновки та статтю).

– **у виданнях, які входять до наукометричних баз даних, та в міжнародних фахових виданнях:**

29. 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/nnvhd> (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

30. Chorna, V., Makhniuk, V., Pshuk, N., Gumeniuk, N., Shevchuk, Yu., Khliestova, S. (2021). Burnout in mental health professionals and the measures to prevent it. *Georgian medical al news*, 1(310), 113–118. <http://surl.li/nwjhw> (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

статтю).

31. Чорна, В. В., Махнюк, В. М., Хлєстова, 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>(*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено висновки та статтю).

32. 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> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено статтю).

33. Chorna, V. V., Khliestova, S. S., Gumeniuk, N. I., Podolian, V. M., Shevchuk, T. I. (2023). Predictors of the development of emotional burnout and the motivational component of the medical staff of health care institutions in Ukraine. *Wiadomości Lekarskie Medical Advances*, 76(2), 370–376. <https://doi.org/10.36740/wlek202302118> (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

34. 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 (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

35. Chorna, V., Syrota, H., Syrota, M., Khliestova, S., Poliarush, V., Hudzevych, L. (2023). Hygienic assessment of the occurrence and development of emotional burnout syndrome among medical students and its prevention. *European Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 21(3), 465–475. <https://doi.org/10.15584/ejcem.2023.3.4> 2023. (*Дисертантом проаналізовано

результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

36. 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://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.geomednews.com/Articles/2023/9_2023/142-148.pdf (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

37. Chorna, V., Khliestova, S., Pashkovskyi, 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> (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

38. 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. (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

39. 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. (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено статтю).

40. 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> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

41. 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.

42. Махнюк, В. М., Сердюк, С. А., Чорна, В. В., Гаркавий, С. С., Лаптев, В. Е. (2021). Нові гігієнічні підходи до сучасного містобудування в Україні: Монографія. Київ: Медінформ. (*Дисертантом підготовлено матеріали до 5,6 глави).

43. 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> (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

44. 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> (*Дисертантом розроблено анкету, проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

45. 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/npeuz> (*Дисертантом розроблено анкету, проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

46. 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> (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

47. 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> (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

48. Chorna, V. (2022). Hygienic, epidemiological, psychogenic, and urban aspects of mental health facilities compared to eu contries. В*Wissenschaft für den modernen menschen: Innovative technik und technologie, informatik, verkehrsentwicklung, physik und mathematik, medizin, biologie, landwirtschaft: Monographie.* Book 8, Part 2. (p. 102–129). Karlsruhe (Germany). 10.30890/2709-2313.2022-08-02 (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено висновки та статтю).

49. Serebrennikova, O., Serheta I., Khliestova S., Chorna, V. (2022). Problems of improvement psychical zdorovya are population of Ukraine and feature of their decision on the modern stage. В*Prospektive globale wissenschaftliche trends: Innovative technik, sicherheit, medizin, 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> (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено статтю).

50. Єдиний медичний простір України: правовий вимір /Чорна В.В.,

колектив авторів за заг. ред. С. Г. Стеценка. Глава 3.9 Правові, організаційні засади створення та функціонування закладів охорони здоров'я первинної ланки, вбудованих у житлові будинки. Харків «Право», 2022. С. 269-276. (*Дисертантом підготовлено матеріали до глави 3.9).

51. Chorna, V. V. (2023). Measures to improve the provision of psychological and psychotherapeutic assistance to the population of Ukraine and EU countries. *In Innovative ways of improving medicine, psychology and biology: Collective monograph.* (p. 132–166). Boston: Primediae Launch, <https://doi.org/10.46299/ISG.2023.MONO.MED.2> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено висновки та статтю).

52. 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: PrimediaeLaunch. <https://doi.org/10.46299/isg.2023.mono.med.3.3.3> (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено висновки та статтю).

53. Чорна, В. В., Махнюк, В. М. (2023). Нормативна база з проектування закладів охорони здоров'я з надання психологічної і психіатричної допомоги населенню України: сучасні санітарно-епідеміологічна та містобудівна складові, закордонний досвід. 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> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено висновки та статтю).

54. 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> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено висновки та статтю).

55. Chorna, V. (2023). The psikhofiziologichniy state of health of medical workers of establishments of health protection is during the military state. В *Vectors of the development of science and education in the modern world: Collective monograph.* (p. 221–252). California: GS Publishing Services. <https://doi.org/10.51587/9798-9866-95976-2023-014-221-252> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено висновки та статтю).

56. Chorna, V.V., Hudzevych, L. S. (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. *Theoretical and practical aspects of science development* : Monograph. (p. 391-430) Riga (Latvia) Baltija Publishing. <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-355-2-31>(*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, підготовлено висновки та статтю).

– **в інших наукових виданнях:**

57. 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.

58. Очеретяна, Г. В., Махнюк, В. М., Горваль, А. К., Чорна, В. В. (2019). Гігієнічні вимоги до місць зберігання автотранспорту на території закладів охорони здоров'я приватної форми власності з урахуванням закордонного досвіду. *Гігієна населених місць*, 69, 24-33. <https://doi.org/10.32402/hygiene2019.69.024>

59. 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>

60. 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>

61. Польша, 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> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел).

62. 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> (*Дисертантом проаналізовано результати дослідження, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення, підготовлено висновки та статтю).

63. Махнюк, В. М., Чорна, В. В., Махнюк, В. В. (2022). Еколого-гігієнічні, економічні та правові аспекти «Концепції формування нормативної бази проектування 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)

64. 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> (*Дисертантом проведено аналіз літературних джерел, статистичних даних, здійснено статистичну обробку

результатів та їх узагальнення, підготовлено висновки та статтю).

– ***тези доповідей:***

65. 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. (*Дисертантом підготовлено тези, зібрано матеріал та його узагальнено).

66. Чорна, В. В. (2019). Психічне здоров'я і стигматизація в умовах сьогодення. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 2(4). <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/201>. (*Дисертантом підготовлено тези, зібрано матеріал та його узагальнено).

67. 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> (*Дисертантом підготовлено тези, зібрано матеріал та його узагальнено).

68. Очеретяна, 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/nodcs>

69. 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/nodcs> (*Дисертантом підготовлено тези, зібрано матеріал та його узагальнено).

70. 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 України ЄС: Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції*. (р. 202–205). Ченстохова, (Польща). (*Дисертантом підготовлено тези, зібрано матеріал та його узагальнено).
71. 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). (*Дисертантом підготовлено тези, зібрано матеріал та його узагальнено).
72. Чорна, В. В. (2021). Порухення 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 симпозиуму з міжнародною участю, 22–24 вересня 2021 року*. (с. 10–12). Тернопіль. (*Дисертантом підготовлено тези, проведено аналіз статистичних даних, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення)
73. 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> (*Дисертантом підготовлено тези, проведено аналіз статистичних даних, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення)
74. 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> (*Дисертантом підготовлено тези, проведено аналіз статистичних даних, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення)

75. Chorna, V. V., Anhelska, V. Y., Makhnyuk, V. V. (2023). Telemedical assistance of mental health centers of health care institutions. *Scientific progress: Innovations, achievements and prospects: Proceedings of X International scientific and practical conference.* (p. 29–36). Munich (Germany). <http://surl.li/npetn>(*Дисертантом підготовлено тези, проведено аналіз статистичних даних, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення)

76. 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>

77. Чорна, В. В., Бойко, В. В., Бегма, М. А. (2023). 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.*(p. 93–97). Stockholm (Sweden). <http://surl.li/nwjyg> (*Дисертантом підготовлено тези, проведено аналіз статистичних даних, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення)

78. Чорна, В. В., Сирота, М. Г., Сирота, Г. Г. (2023). Дослідження синдрому емоційного вигорання серед студентів-медиків: причини розвитку та профілактика. В *Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку*: Матеріали XXX міжнародної науково-практичної конференції. (с. 390–394). Гамбург (Німеччина). (*Дисертантом підготовлено тези, проведено

аналіз статистичних даних, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення)

79. 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 студентській 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>

80. 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/pmgrp.v8i4.463>

– ***інформаційні листи:***

81. 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.

– ***методичні рекомендації:***

82. Чорна, В. В., Корольова, Н. Д., Серебрінкіова, О. А., Гуменюк, Н. І., Махнюк, В. М., Матвійчук, М. В., ...Пашковський, С. М. (2022). *Особливості мотиваційної діяльності медичних працівників охорони здоров'я, шляхи оптимізації*. Вінниця: Твори.<http://surl.li/nonva> (*Дисертантом підготовлено методичні рекомендації, проведено аналіз статистичних даних, здійснено статистичну обробку результатів та їх узагальнення)

– ***свідоцтво на раціоналізаторську пропозицію:***

83. Чорна, В. В., Махнюк, В. М., Очеретяна, Г. В., Хлестова, С. В., Гуменюк, Н. І. (2020). Спосіб визначення оцінки якості надання медичної допомоги пацієнту психіатричної лікарні та взаємовідношення «лікар-пацієнт», № 1 від 16.01.20 р. Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. (*Дисертантом підготовлено апробований опитувальник)

84. Чорна, В. В., Махнюк, В. М., Очеретяна, Г. В., Хлестова, С. В., Гуменюк, Н. І. (2020). Спосіб визначення оцінки якості надання медичної допомоги родичам хворого психіатричної лікарні та взаємовідношення «лікар-родич», №2 від 16.01.20 р. Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. (**Дисертантом підготовлено апробований опитувальник*)

85. Чорна, В. В., Махнюк, В. М., Очеретяна, Г. В., Хлестова, С. В., Гуменюк, Н. І. (2020). Спосіб визначення особистої думки родичів пацієнта про оплату медичної допомоги в психіатричному стаціонарі, №3 від 16.01.20 р. Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. (**Дисертантом підготовлено апробований опитувальник*)

ДОДАТОК Б

АПРОБАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ

–XV науково-практичній конференції «Актуальні питання медичної допомоги в умовах війни на сході України, цивільних умовах, психологічна реабілітація» (Вінниця, 2017) *(публікація)*;

–Науково-практичній конференції «Актуальні питання громадського здоров'я та екологічного безпеки України» (Київ, 2019, 2020, 2022) *(усна доповідь і публікація)*;

–XVII науково-практичній конференції «Перший крок в науку» (Вінниця, 2020) *(публікація)*;

–Міжнародній науково-практичній конференції «Наукові досягнення медичної галузі та фармації країн ЄС» (Ченстохова, Республіка Польща, 2021) *(публікація)*;

–Міжнародній науково-практичній конференції «Концепція сучасної фармації та медицини в Україні та країнах ЄС» (Влоцлавек, Республіка Польща, 2021) *(публікація)*;

–Третьому науковому симпозиуму з міжнародною участю "Громадське здоров'я в глобальному та регіональному просторі – виклики в умовах пандемії COVID-19 та перспективи розвитку» (Тернопіль, 2021) *(усна доповідь і публікація)*;

–XI міжнародній науково-практичній конференції International scientific innovations in human life: (Манчестер, Великобритани, 2022) *(публікація)*;

–I міжнародній науково-практичній конференції «Scientific progress: innovations, achievements and prospects» (Мюнхен, Німеччина, 2022) *(публікація)*;

–International scientific conference: conference proceedings «New trends and unsolved issues in medicine» (Рига, Латвія, 2022) *(публікація)*;

–Науково-практичній конференції з міжнародною участю до всесвітнього дня ВООЗ «Здоров'я для всіх» (Київ, 2023) *(публікація)*;

–II міжнародній науково-практичній конференції "Innovation and prospects in modern science» (Стокгольм, Швеція, 2023) *(публікація)*;

–Міжнародній науково – практичній конференції «Сучасні аспекти модернізації науки : стан, проблеми, тенденції розвитку» (Гамбург Німеччина, 2023) (*публікація*);

–Міжнародній науково – практичній конференції «Безпека життєдіяльності, екологія і охорона здоров'я дітей і молоді ХХІ сторіччя: сучасний стан, проблеми та перспективи» (Переяслав, Київська обл., 2023).

ДОДАТОК В-1

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор Департаменту охорони
здоров'я та реабілітації Вінницької
обласної державної адміністрації
Ольга ЗАДОРОЖНА
2022 р.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** методичні рекомендації «Особливості мотиваційної діяльності медичних працівників охорони здоров'я, шляхи оптимізації».
2. **Установа розробник:** Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018.
3. **Автори:** к.мед.н., доцент ЗВО Чорна В.В., к.псих.н., доцент ЗВО Корольова Н.Д., д.мед.н., професор ЗВО, Серебреннікова О.А., стар.вик. ЗВО Гуменюк Н.І., д.мед.н., професор Махнюк В.М., к.мед.н., доцент ЗВО Матвійчук М.В., к.пед.н, доцент ЗВО Хлестова С. С., директор КНП «ВОЦПОМП» Фурман Л.Б., директор Вознесенської міськрайонної філії Миколаївського обласного центру зайнятості Ларченко І.В., к.мед.н., доцент ЗВО Пашковський С.М.
4. **Джерело інформації:** Методичні рекомендації «Особливості мотиваційної діяльності медичних працівників охорони здоров'я, шляхи оптимізації» протокол № 4 від 30 грудня 2021 року засідання Вченої ради Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, к.мед.н., доцент ЗВО Чорна В.В., к.псих.н., доцент ЗВО Корольова Н.Д., д.мед.н., професор ЗВО, Серебреннікова О.А., стар.вик. ЗВО Гуменюк Н.І., д.мед.н., професор Махнюк В.М., к.мед.н., доцент ЗВО Матвійчук М.В., к.пед.н, доцент ЗВО Хлестова С. С., директор КНП «ВОЦПОМП» Фурман Л.Б., директор Вознесенської міськрайонної філії Миколаївського обласного центру зайнятості Ларченко І.В., к.мед.н., доцент ЗВО Пашковський С.М.
5. **Форма впровадження:** Результати досліджень впроваджено у план «Вінницького обласного центру післядипломної освіти медичних працівників» у Вінницькій області в термін січень 2022-червень 2022 р.р.
6. **Ефективність впровадження:** за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.4).

7. **Соціально-економічний ефект:** покращення мотиваційної діяльності медичних працівників охорони здоров'я і шляхи оптимізації.

8. **Зауваження та пропозиції:** відсутні.

Відповідальний за впровадження

**Директор КНП «Вінницький обласний центр
Післядипломної освіти медичних працівників**



Лариса ФУРМАН



ДОДАТОК В-2

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Т. в. о. Першого проректора з науково-педагогічної роботи

Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

доцент Ірина СОЛОНИНКО

« 14 » 06 2022 р.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** методичні рекомендації «Особливості мотиваційної діяльності медичних працівників охорони здоров'я, шляхи оптимізації».
2. **Установа розробник:** Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018.
3. **Автори:** к.мед.н., доцент ЗВО Чорна В.В., к.псих.н., доцент ЗВО Корольова Н.Д., д.мед.н., професор ЗВО, Серебреннікова О.А., стар.вик. ЗВО Гуменюк Н.І., д.мед.н., професор Махнюк В.М., к.мед.н., доцент ЗВО Матвійчук М.В., к.пед.н, доцент ЗВО Хлестова С. С., директор КНП «ВОЦПОМП» Фурман Л.Б., директор Вознесенської міськрайонної філії Миколаївського обласного центру зайнятості Ларченко І.В., к.мед.н., доцент ЗВО Пашковський С.М.
4. **Джерело інформації:** Методичні рекомендації «Особливості мотиваційної діяльності медичних працівників охорони здоров'я, шляхи оптимізації» протокол № 4 від 30 грудня 2021 року засідання Вченої ради Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, к.мед.н., доцент ЗВО Чорна В.В., к.псих.н., доцент ЗВО Корольова Н.Д., д.мед.н., професор ЗВО, Серебреннікова О.А., стар.вик. ЗВО Гуменюк Н.І., д.мед.н., професор Махнюк В.М., к.мед.н., доцент ЗВО Матвійчук М.В., к.пед.н, доцент ЗВО Хлестова С. С., директор КНП «ВОЦПОМП» Фурман Л.Б., директор Вознесенської міськрайонної філії Миколаївського обласного центру зайнятості Ларченко І.В., к.мед.н., доцент ЗВО Пашковський С.М.
5. **Форма впровадження:** Результати досліджень впроваджено у навчальний процес кафедри загальної гігієни з екологією під час викладання дисципліни «Гігієна та екологія» ЗВО в термін січень 2022 - червень 2022 р.р.

6. **Ефективність впровадження:** за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.4).
7. **Соціально-економічний ефект:** покращення підготовки майбутніх лікарів з актуальних проблем мотиваційної діяльності медичних працівників охорони здоров'я і шляхи оптимізації, а також мотиваційної діяльності майбутніх лікарів в галузі охорони здоров'я.
8. **Зауваження та пропозиції:** відсутні.

Відповідальний за впровадження

**д.мед.н., професор,
завідувач кафедри загальної гігієни
з екологією ЗВО**



Віра ФЕДОРЕНКО

ДОДАТОК В-3

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з наукової роботи

Вінницького національного медичного
університету ім. М.І. Пирогова

проф. Олег ВЛАСЕНКО

« 01 » 09 2022 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** методичні рекомендації «Особливості мотиваційної діяльності медичних працівників охорони здоров'я, шляхи оптимізації».

2. **Установа-розробник:** Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018.

3. **Автори:** к.мед.н., доцент ЗВО Чорна В.В., к.псих.н., доцент ЗВО Корольова Н.Д., д.мед.н., професор ЗВО, Серебреннікова О.А., стар.вик. ЗВО Гуменюк Н.І., д.мед.н., професор Махнюк В.М., к.мед.н., доцент ЗВО Матвійчук М.В., к.пед.н, доцент ЗВО Хлестова С. С., директор КНП «ВОЦПОМП» Фурман Л.Б., директор Вознесенської міськрайонної філії Миколаївського обласного центру зайнятості Ларченко І.В., к.мед.н., доцент ЗВО Пашковський С.М.

4. **Джерело інформації:** Методичні рекомендації «Особливості мотиваційної діяльності медичних працівників охорони здоров'я, шляхи оптимізації» протокол № 4 від 30 грудня 2021 р. засідання Вченої ради Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, к.мед.н., доцент ЗВО Чорна В.В., к.псих.н., доцент ЗВО Корольова Н.Д., д.мед.н., професор ЗВО, Серебреннікова О.А., стар.вик. ЗВО Гуменюк Н.І., д.мед.н., професор Махнюк В.М., к.мед.н., доцент ЗВО Матвійчук М.В., к.пед.н, доцент ЗВО Хлестова С. С., директор КНП «ВОЦПОМП» Фурман Л.Б., директор Вознесенської міськрайонної філії Миколаївського обласного центру зайнятості Ларченко І.В., к.мед.н., доцент ЗВО Пашковський С.М.

5. **Форма впровадження:** Результати досліджень впроваджено у навчальний процес кафедри загальної гігієни та екології під час викладання дисциплін: «Гігієна та екологія» та «Охорона праці в галузі» ЗВО, термін: січень 2022 р - червень 2022 р.

6. **Ефективність впровадження:** за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.4).

7. **Соціально-економічний ефект:** покращення підготовки майбутніх лікарів з актуальних проблем підвищення мотиваційної діяльності медичних працівників охорони здоров'я.

8. **Зауваження та пропозиції:** відсутні.

9. **Матеріали наукових досліджень та результати їх впровадження** розглянуті на засіданні кафедри загальної гігієни та екології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова 3.06.2022 року (протокол № 17).

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри
загальної гігієни та екології
Вінницького національного медичного
університету ім. М.І. Пирогова
д.мед.н., професор ЗВО

Ігор СЕРГЕТА

ДОДАТОК В-4



«З а т в е р д ж у ю»
 Проректор з наукової роботи та
 інновацій НМУ імені О.О. Богомольця
 професор Сергій Земсков
 « 06 » 2022 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Методичних рекомендацій «Особливості мотиваційної діяльності медичних працівників охорони здоров'я, шляхи оптимізації» у навчальний процес кафедри гігієни та екології № 3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Рекомендації щодо особливостей мотиваційної діяльності медичних працівників закладів охорони здоров'я та шляхи її оптимізації
2. **Автори:** к.мед.н., доцент ЗВО Чорна В.В., к.псих.н., доцент ЗВО Корольова Н.Д., д.мед.н., професор ЗВО, Серебреннікова О.А., стар.вик. ЗВО Гуменюк Н.І., д.мед.н., професор Махнюк В.М., к.мед.н., доцент ЗВО Матвійчук М.В., к.лед.н, доцент ЗВО Хлестова С. С., директор КНП «ВОЦПОМП» Фурман Л.Б., директор Вознесенської міськрайонної філії Миколаївського обласного центру зайнятості Ларченко І.В., к.мед.н., доцент ЗВО Пашковський С.М.
3. **Установа розробник:** Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018.
4. **Джерело інформації:** Методичні рекомендації «Особливості мотиваційної діяльності медичних працівників охорони здоров'я, шляхи оптимізації» протокол № 4 від 30 грудня 2021 року засідання Вченої ради Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, к.мед.н., доцент ЗВО Чорна В.В., к.псих.н., доцент ЗВО Корольова Н.Д., д.мед.н., професор ЗВО, Серебреннікова О.А., стар.вик. ЗВО Гуменюк Н.І., д.мед.н., професор Махнюк В.М., к.мед.н., доцент ЗВО Матвійчук М.В., к.лед.н, доцент ЗВО Хлестова С. С., директор КНП «ВОЦПОМП» Фурман Л.Б., директор Вознесенської міськрайонної філії Миколаївського обласного центру зайнятості Ларченко І.В., к.мед.н., доцент ЗВО Пашковський С.М.
5. **Форма впровадження:** Методичні рекомендації впроваджено у навчальний процес кафедри гігієни та екології № 3 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця під час викладання розділів навчальної дисципліни: «Гігієна та екологія» протягом січня - травня 2022 р.
6. **Ефективність впровадження:** за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.4).
7. **Кількість студентів, що прослухали курс:** 200.
8. **Соціально-економічний ефект:** покращення підготовки майбутніх лікарів з актуальних проблем мотиваційної діяльності медичних працівників в галузі охорони здоров'я та шляхи її оптимізації.
9. **Методичні рекомендації та їх впровадження у навчальний процес** розглянуті на засіданні кафедри гігієни та екології № 3 НМУ імені О.О. Богомольця 12.05.2022 р. (протокол № 10).

Відповідальний за впровадження
 завідувач кафедри гігієни та
 екології № 3, д. мед. н., професор

доцент кафедри, к. мед. н.

доцент кафедри, к. мед. н.

С.І. Гаркавий

О.С. Кучеренко

О.В. Швагер

ДОДАТОК В-5



«З А Т В Е Р Д Ж У Ю»

Проректор з наукової роботи

Вінницького національного медичного

університету імені М.І. Пирогова

проф. Олег ВЛАСЕНКО

« 02 » 09 2022 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

- **Найменування пропозиції для впровадження:** методичні рекомендації «Особливості мотиваційної діяльності медичних працівників охорони здоров'я, шляхи оптимізації».
- **Установа розробник:** Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018.
- **Автори:** к.мед.н., доцент ЗВО Чорна В.В., к.псих.н., доцент ЗВО Корольова Н.Д., к.мед.н., професор ЗВО Серебреннікова О.А., стар.вик. ЗВО Гуменюк Н.І., д.мед.н., професор Махнюк В.М., к.мед.н., доцент ЗВО Матвійчук М.В., к.пед.н, доцент ЗВО Хлестова С. С., директор КНП «ВОЦПОМП» Фурман Л.Б., директор Вознесенської міськрайонної філії Миколаївського обласного центру зайнятості Ларченко І.В., к.мед.н., доцент ЗВО Пашковський С.М.
- **Джерело інформації:** Методичні рекомендації «Особливості мотиваційної діяльності медичних працівників охорони здоров'я, шляхи оптимізації» протокол № 4 від 30 грудня 2021 року засідання Вченої ради Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, к.мед.н., доцент ЗВО Чорна В.В., к.псих.н., доцент ЗВО Корольова Н.Д., к.мед.н., професор ЗВО Серебреннікова О.А., стар.вик. ЗВО Гуменюк Н.І., д.мед.н., професор Махнюк В.М., к.мед.н., доцент ЗВО Матвійчук М.В., к.пед.н, доцент ЗВО Хлестова С. С., директор КНП «ВОЦПОМП» Фурман Л.Б., директор Вознесенської міськрайонної філії Миколаївського обласного центру зайнятості Ларченко І.В., к.мед.н., доцент ЗВО Пашковський С.М.
- **Форма впровадження:** Результати досліджень впроваджено у навчальний процес кафедри медичної психології та психіатрії з курсом ПО ЗВО в термін січень 2022-червень 2022 р.р.

- **Ефективність впровадження:** за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.4).
- **Соціально-економічний ефект:** покращення підготовки майбутніх лікарів з актуальних проблем мотиваційної діяльності медичних працівників охорони здоров'я і шляхи оптимізації, а також мотиваційної діяльності майбутніх лікарів в галузі охорони здоров'я.
- **Зауваження та пропозиції:** відсутні.

Відповідальний за впровадження

Доцент ЗВО кафедри
медичної психології та психіатрії
д.мед.н., доцент



Олександр БЕЛОВ

ДОДАТОК В-6

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Проректор з наукової роботи
 Буковинського державного
 медичного університету
 д.мед.н., професор
 Олександр ІВАЩУК
 «_____» _____ 2022 р.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** методичні рекомендації «Особливості мотиваційної діяльності медичних працівників охорони здоров'я, шляхи оптимізації».
2. **Установа розробник:** Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018.
3. **Автори:** к.мед.н., доцент ЗВО Чорна В.В., к.псих.н., доцент ЗВО Корольова Н.Д., д.мед.н., професор ЗВО, Серебреннікова О.А., стар.вик. ЗВО Гуменюк Н.І., д.мед.н., професор Махнюк В.М., к.мед.н., доцент ЗВО Матвійчук М.В., к.пед.н, доцент ЗВО Хлестова С. С., директор КНП «ВОЦПОМП» Фурман Л.Б., директор Вознесенської міськрайонної філії Миколаївського обласного центру зайнятості Ларченко І.В., к.мед.н., доцент ЗВО Пашковський С.М.
4. **Джерело інформації:** Методичні рекомендації «Особливості мотиваційної діяльності медичних працівників охорони здоров'я, шляхи оптимізації» протокол № 4 від 30 грудня 2021 року засідання Вченої ради Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, к.мед.н., доцент ЗВО Чорна В.В., к.псих.н., доцент ЗВО Корольова Н.Д., д.мед.н., професор ЗВО, Серебреннікова О.А., стар.вик. ЗВО Гуменюк Н.І., д.мед.н., професор Махнюк В.М., к.мед.н., доцент ЗВО Матвійчук М.В., к.пед.н, доцент ЗВО Хлестова С. С., директор КНП «ВОЦПОМП» Фурман Л.Б., директор Вознесенської міськрайонної філії Миколаївського обласного центру зайнятості Ларченко І.В., к.мед.н., доцент ЗВО Пашковський С.М.
5. **Форма впровадження:** Результати досліджень впроваджено у навчальний процес кафедри гігієни та екології під час викладання дисципліни «Гігієна та екологія» ЗВО в термін січень 2022-червень 2022 р.р.
6. **Ефективність впровадження:** за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.4).

7. **Соціально-економічний ефект:** покращення підготовки майбутніх лікарів з актуальних проблем мотиваційної діяльності медичних працівників охорони здоров'я і шляхи оптимізації, а також мотиваційної діяльності майбутніх лікарів в галузі охорони здоров'я.
8. **Зауваження та пропозиції:** відсутні.

Відповідальний за впровадження

**д.мед.н., професор,
завідувач кафедри гігієни
та екології ЗВО**



Леонід ВЛАСИК

ДОДАТОК В-7а



Вінницький національний медичний університет
ім.М.І.Пирогова

СВІДОЦТВО**на раціоналізаторську пропозицію**

Спосіб визначення оцінки якості надання
медичної допомоги пацієнту психіатричної лікарні
та взаємовідношення «лікар-пацієнт»

автор(співавтори) Чорна В.В., Хлестова С.С.,
Махнюк В.М., Очеретна Г.В., Гуменюк Н.І.

подану «_16_»__01__2020 р.

визнану раціоналізаторською «_16_»__01__2020 р.

та зареєстровану в журналі реєстрації
раціоналізаторських пропозицій за №_1__



Проректор наукової роботи

О.Власенко

ДОДАТОК В-76



Вінницький національний медичний університет
ім.М.І.Пирогова

СВІДОЦТВО**на раціоналізаторську пропозицію**

Спосіб визначення оцінки якості надання
медичної допомоги родичам хворого
психіатричної лікарні та взаємовідношення
«лікар-родич»

автор(співавтори) Чорна В.В., Хлестова С.С.,
Махнюк В.М., Очеретна Г.В., Гуменюк Н.І.

подану «_16_»__01__2020 р.

визнану раціоналізаторською «_16_»__01__2020 р.

та зареєстровану в журналі реєстрації
раціоналізаторських пропозицій за №_2__



Проректор з наукової роботи

О.Власенко

ДОДАТОК В-7В



Вінницький національний медичний університет
ім.М.І.Пирогова

СВІДОЦТВО**на раціоналізаторську пропозицію**

Спосіб визначення особистої думки родичів
пацієнта про оплату медичної допомоги в
психіатричному стаціонарі

автор(співавтори) Чорна В.В., Хлестова С.С.,
Махнюк В.М., Очеретна Г.В., Гуменюк Н.І.

подану «_16_»__01__2020 р.

визнану раціоналізаторською «_16_»__01__2020 р.

та зареєстровану в журналі реєстрації
раціоналізаторських пропозицій за №_3__



Проректор з наукової роботи

О.Власенко

ДОДАТОК В-7Г

Свідоцтво на раціоналізаторську пропозицію № 1 від 16.01.20 р «Спосіб визначення оцінки якості надання медичної допомоги пацієнту психіатричної лікарні та взаємовідношення «лікар-пацієнт»» Чорна В.В., Махнюк В.М., Очеретяна Г.В., Хлєстова С.В., Гуменюк Н.І.

Опитувальник щодо оцінки якості наданої медичної допомоги пацієнтом психіатричної лікарні та взаємовідношення лікар-пацієнт

Просимо Вас уважно прочитайте питання у анкеті та вибрані відповіді, які відповідають

Вашій думці обведіть.

Конфіденційність гарантуємо!

Вдячні за участь в опитуванні

Дата обстеження _____

Найменування установи _____

1. Ваша Стать: чоловік – 1

жінка – 2

2. Ваш вік:

2.1. до 20 років – 1

2.2. 21– 30 років – 2

2.3. 31– 40 років – 3

2.4. 41–50 років – 4

2.5. Понад 50 років – 5

3. Ваша освіта:

3.1. Початкова освіта – 1

3.2. Базова середня освіта (школа) – 2

3.3. Профільна середня освіта (ПТУ) – 3

3.4. Професійно-технічна (коледж) освіта – 4

3.5. Перед вища освіта (бакалаврат, магістр) – 5

3.6. Вища освіта – 6

4. Ваша професія: _____

4.1. Ви навчаєтесь - 1

4.2. Ви працюєте – 1

4.3. Ви не працюєте – 2

4.4. Ви пенсіонер – 3

4.5. Ви маєте групу інвалідності:

I гр. – 1

II гр. – 2

III гр. – 3

5. Чому Ви звернулись за психіатричною допомогою?

5.1. Погіршення самопочуття – 1

5.2. Рішення експертних питань:

А. Для отримання групи – 2

Б. Переоформлення групи – 2

5.3. Загострення сімейно-побутових умов – 3

5.4. Не знаю – 4

5.5. Свій варіант _____ 5

6. Хто Вам порадив звернутися за психіатричною допомогою?

6.1. Ніхто не радив, звернувся самостійно – 1

6.2. За порадою рідних – 2

6.3. Сімейний лікар – 3

6.4. Психоневролог поліклініки – 4

6.5. Лікар психоневрологічного диспансеру – 5

6.6. На вимогу адміністрації з місця роботи – 6

6.7. Свій варіант _____ 7

7. Хто направив Вас на лікування в психіатричну лікарню?

7.1. Стаціонарований без направлення (самозвернення) – 1

7.2. Сімейний лікар – 2

7.3. Психоневролог поліклініки – 3

7.4. Лікар психоневрологічного диспансеру – 4

7.5. Доставлений бригадою швидкої допомоги – 5

7.6. Свій варіант _____ 6

8. Чи перебували Ви коли-небудь на обліку в психоневрологічному диспансері:

8.1. Так – 1

8.2. Ні – 2

9. 1. Якщо ТАК, то з якого року _____

9.2. Скільки всього років _____

10. Вкажіть, будь ласка, скільки разів Ви лікувалися раніше в психіатричній лікарні: _____ разів

11. Як часто ви лікувалися в психіатричній лікарні:

- 11.1. Один раз на рік – 1
 11.2. Два рази на рік – 2
 11.3. Три рази на рік – 3
 11.4. Свій Варіант _____

12. Ви госпіталізовані з Вашої згоди або всупереч йому?

- 12.1. За згодою – 1
 12.2. З примусу родичів – 2
 12.3. З примусу суду – 3
 12.4. Важко відповісти – 4

13. Як на Вашу думку в психіатричну лікарню пацієнти добровільно госпіталізуються?

- 13.1. Переважно добровільно – 1
 13.2. Дуже часто примусово – 2
 13.3. Важко відповісти – 3

14. Особисто до Вас раніше застосовувалися заходи по примусової госпіталізації, то чи Ви вважаєте їх виправданими?

- 14.1. Дійсно потребував лікування, але не розумів цього – 1
 14.2. Не потребував в лікарняній допомоги, але був госпіталізований – 2
 14.3. Важко відповісти – 3

15. У яких з перерахованих психіатричних закладів або фахівців Ви раніше отримували медичну допомогу. Наскільки Ви залишилися задоволені або не задоволені цією допомогою? (Надайте відповідь в кожному рядку)

№	Заклад	Задоволений повністю	Задоволений лише частково	Не задоволений
15.1	Психоневрологічний диспансер	1	2	3
15.2	Психіатрична лікарня	1	2	3
15.3	Психоневрологічний кабінет при поліклініці	1	2	3
15.4	Денний стаціонар	1	2	3
15.5	Приватний психоневролог	1	2	3
15.6	Приватний психолог	1	2	3
15.7	Екстрасенс	1	2	3

16. Як Ви вважаєте, чи є лікування в психіатричній лікарні найбільш ефективний та

зручним для Вас відом допомоги ?

- 16.1. ТАК – 1;
- 16.2. Ні – 2;
- 16.3. Лише частково – 3
- 16.4. Важко відповісти – 4

17. Домагає Вам стаціонарне лікування розв'язати Ваші проблеми зі здоров'ям?

- 17.1. ТАК – 1
- 17.2. Ні – 2
- 17.3. Лише частково – 3
- 17.4. Важко відповісти – 4

18. Чи могли бути розв'язані ці проблеми іншими шляхами?

- 18.1. ТАК – 1
- 18.2. Ні – 2
- 18.3. Важко відповісти – 3

19. Якщо так, то вкажіть Ваш варіант у розв'язання цієї проблеми у Вашому психічному здоров'ї:

- 19.1. Жити вдома, приймати ліки під контролем медичних сестер, соціальних працівників, психологів, психіатрів – 1
- 19.2. Жити в окремому гуртожитку, квартирах (хоспісах), будинках-клубах під наглядом медичних сестер, соціальних працівників, психологів, педагогів, психіатрів (мультидисциплінарні бригади) – 2
- 19.3. Лікуватись в психоневрологічному диспансері – 3
- 19.4. Лікуватись в денному стаціонарі – 4
- 19.5. Свій варіант _____ 5

20. Чи все Вас влаштовує у відділенні психіатричної лікарні?

- 20.1. Так – 1
- 20.2. Ні – 2
- 20.3. Лише частково – 3
- 20.4. Важко відповісти – 4

21. Якщо Вас задовольнила медична допомога в стаціонарі, вкажіть що саме:

- 21.1. Якість наданої допомоги (лікування) – 1
- 21.2. Можливість щоденного контакту з лікарем – 2
- 21.3. Чуйне ставлення середнього медичного персоналу – 3
- 21.4. Застосування різних видів комплексного обстеження – 4

21.5. Застосування різних видів лікування – 5

21.6. Безкоштовність лікування – 6

21.7. Свій варіант _____ 7

22. Вкажіть недоліки в процесі лікування в стаціонарі:

<i>№</i>	<i>Недолік</i>	<i>Значний недолік</i>	<i>Не значний недолік</i>	<i>Важко відповіст и</i>
22.1	Погані санітарно-побутові умови:	1		3
	відсутні умови для особистої гігієни (відсутні рукомийники в палаті)	1	2	3
	відсутні умови для зберігання особистих речей (недостатньо шаф або тумбочок)	1	2	3
	недостатня площа на одного хворого (6 кв м.)	1	2	3
	в кімнаті понад 4 особи	1	2	3
	погана якість постільної білизни та рушників	1	2	3
	санвузли знаходяться далеко від палат	1	2	3
	ванні та душові кімнати можливо відвідувати за дозволом медичних працівників	1	2	3
22.2	Погане лікування	1	2	3
22.3	Жорсткий режим :	1	2	3
	обмеження, що стосуються користування телефоном	1	2	3
	обмеження кількості побачень	1	2	3
	Обмеження (відсутність) кількості прогулянок	1	2	3
	відсутність можливості зайнятися улюбленою справою (малювання, вишивання тощо)	1	2	3
22.4	Погане відношенні лікарів	1	2	3

22.5	Погане ставлення медичних сестер	1	2	3
------	----------------------------------	---	---	---

23. Чи були Ви забезпечені інформацією щодо Вашого захворювання в стаціонарі?

23.1. Так – 1

23.2. Ні – 2

23.3. Частково – 3

24. Чи були Ви забезпечені інформацією щодо вашого лікування в стаціонарі (інформація щодо ліків якими Вас лікують)

24.1. Так – 1

24.2. Ні – 2

24.3. Частково – 3

25. Чи залишилися Ви задоволені якістю наданої лікувальної допомоги?

25.1. Так, залишився задоволений – 1

25.2. Ні цілком не задоволений – 2

25.3. Частково задоволений – 3

25.4. Частково не задоволений – 4

25.5. Важко відповісти – 5

26. Якщо якість лікування та реабілітації у відділенні Вас не задовольняє, вкажіть, що на Вашу думку є причиною?

26.1. Недостатньо потрібних якісних лікарських засобів – 1

26.2. Низька кваліфікація лікарів – 2

26.3. Відсутність, або недостатність фахівців інших профілів (психолог, соціальний працівник, інструктор по праці) – 3

26.4. Погано організована реабілітація – 4

26.5. Недостатньо гарного мікроклімату, ставлення до п – 5

26.6. Свій варіант _____ 6

27. Чи вважаєте Ви виправданим обмежувальний режим в відділеннях психіатричної лікарні?

27.1 Так – 1

27.2 Ні – 2

27. Важко відповісти – 3

28. Чи вважаєте Ви виправданним обмежувальний режим в відділеннях психіатричної лікарні?

№	Заходи	пом'якшити	скасувати	Важко відповісти
---	--------	------------	-----------	------------------

28.1	обмеження свободи	1	2	3
28.2	обмеження часу та кількості побачень з близькими	1	2	3
28.3	обмеження прогулянок	1	2	3
28.4	примусова праця яка НЕ оплачується лікарнею	1	2	3
28.5	можливість віросповідання	1	2	3
28.6	культурно-масові заходи	1	2	3

29. Стосовно Вас мали місце дії які порушували Ваші права

29.1. Фізична дія (рукоприкладство) – 1

29.2. Вербальна дія (образи, приниження) – 2

29.3. Покарання (повинні виконувати якусь роботу) – 3

29.4. Недостатня увага – 4

29.5. Недовіра персоналу – 5

29.6. Свій варіант _____ 6

30. Які медичні працівники порушували Ваші права:

№	Персонал	Часто	Рідко	Ніколи
30.1	Лікарі	1	2	3
30.2	Медичні сестри	1	2	3
30.3	Санітари	1	2	3

31. Спробуйте оцінити рівень компетенції та професіоналізм медичного персоналу:

№	Персонал	Високий	Середній	Низький	Дуже низький
31.1	Лікарі	1	2	3	4
31.2	Медичні сестри	1	2	3	4
31.3	Санітари	1	2	3	4

32. Спробуйте оцінити рівень взаємовідношення медичного персоналу до Вас:

№	Персонал	Високий	Середній	Низький	Дуже низький
32.1	лікарі	1	2	3	4
32.2	медичні сестри	1	2	3	4
32.3	санітари	1	2	3	4

34. Які, на Ваш погляд, найбільш істотні або важливі причини

вищеперахованих недоліків в роботі психіатричної лікарні?

- 34.1. загальне політичне і фінансове становище справ в країні - 1
 34.2. відсутність закону, що захищає права пацієнтів - 2
 34.3. небажання адміністрації проводити реформи - 3
 34.4. байдужість до потреб пацієнтів - 4
 34.5. безкарність протиправних дій по відношенню до пацієнтів - 5
 34.6. безправ'я пацієнтів, недостатній їх юридичний захист - 6
 34.7. низький рівень культури персоналу - 7
 34.8. відсутність альтернативних форм допомоги - 8
 34.9. свій варіант _____ 9

35. Як на Вашу думку потрібно зробити, щоб покращити роботу психіатричних лікарень.**Які із нижче перерахованих заходів Ви б запропонували?**

<i>№</i>	<i>Захід</i>	<i>ТАК</i>	<i>НІ</i>	<i>Важко відповіст и</i>
35.1	Поліпшити матеріальне забезпечення лікарні	1	2	3
35.2	Підвищити кваліфікацію лікарів	1	2	3
35.3	Приймати на роботу за конкурсом і збільшити заробітну плату медичним працівникам	1	2	3
35.4	При порушеннях прав хворого необхідно передбачити міри щодо покарань і штрафів осіб	1	2	3
35.5	Покращити якість лікування, реабілітації, санітарно-курортне лікування, харчування	1	2	3
35.6	Перепрофілювати лікарні на кризові центри тільки для гострих пацієнтів	1	2	3
35.7	Для хронічних пацієнтів створити умови середовища ної терапії (жити вдома, хоспісах та інш)	1	2	3
35.8	Обмеження режиму дифференціювати в залежності від стану пацієнтів	1	2	3
35.9	Гарантувати пацієнтам доступ до інформації про стан їхнього здоров'я та інформувати щодо лікарських препаратів які йому призначено	1	2	3
35.10	Дозволити прийняти участь у рішенні – завдяки регламентації процедури вивчення та врахування думки пацієнтів під час психіатричної допомоги та здійснення планів відновлення	1	2	3
35.11	Забезпечити доступу до правосуддя осіб-користувачів психіатричної допомоги використовувати режим відеоконференцій та облаштування кімнат для	1	2	3

	проведення виїзних судових засідань у психіатричні заклади при розгляді справ про примусову госпіталізацію, зміну чи скасування застосування примусових заходів медичного характеру			
35.12	Надати доступ громадським організаціям щодо контролю якості надання медичних, діагностичних, лікувальних, профілактичних, реабілітаційних та інших послуг та швидкого реагування на можливі конфліктні ситуації	1	2	3

36. Чи змогли б Ви оплатити надану Вам допомогу в психіатричній лікарні?

36.1. Так - 1

36.2. Ні - 2

36.6. Частково - 3

37. А окремі, які не входять в обов'язкове лікування процедури, але необхідні на Вашу думку?

37.1. Швидше за все зміг би - 1

37.2. Ні, не зміг би - 2

38. Як Ви думаєте, чи стануть найближчим часом наші лікарні кращими?

38.1 ТАК – 1

38. 2 НІ – 2

38.3 Важко відповісти – 3

Свідоцтво на раціоналізаторську пропозицію № 2 від 16.01.20 р «Спосіб визначення оцінки якості надання медичної допомоги родичам хворого психіатричної лікарні та взаємовідношення «лікар-родич»» Чорна В.В., Махнюк В.М., Очеретяна Г.В., Хлєстова С.В., Гуменюк Н.І.

Опитувальник щодо оцінки якості наданої медичної допомоги родичем хворого психіатричної лікарні та взаємовідношення лікар-родич

Просимо Вас уважно прочитайте питання у анкеті та вибрані відповіді, які відповідають

Вашій думці обведіть.

Конфіденційність гарантуємо!

Вдячні за участь в опитуванні

Дата обстеження _____

Найменування установи _____

1. Ваша Стать: чоловік - 1 ; жінка - 2

2. Ваш вік:

- 2.1. до 20 років - 1
- 2.2. 21–30 років - 2
- 2.3. 31–40 років - 3
- 2.4. 41–50 років - 4
- 2.5. понад 50 років - 5

3. Ваша освіта:

- 3.1. початкова освіта - 1
- 3.2. базова середня освіта (школа) - 2
- 3.3. профільна середня освіта (ПТУ) - 3
- 3.4. професійно-технічна (коледж) освіта - 4
- 3.5. перед вища освіта (бакалаврат, магістр) - 5
- 3.6. вища освіта - 6

4. Ваша професія: _____

- 4.1. Ви навчаєтесь - 1
- 4.2. Ви працюєте - 1
- 4.3. Ви не працюєте - 2
- 4.4. Ви пенсіонер - 3
- 4.5. Ви маєте групу інвалідності:
 - I гр. - 1
 - II гр. - 2
 - III гр. - 3

5. Чому Ви звернулись за психіатричною допомогою для Вашого родича?

- 5.1. Погіршення самопочуття вашого родича - 1;
- 5.2. Рішення експертних питань:
 - А) для Отримання групи для вашого родича - 2
 - Б) переоформлення групи - 2
- 5.3. Загострення сімейно-побутових умов - 3
- 5.4. Не знаю - 4
- 5.5. Свій варіант _____ 5

6. Хто порадив Вам до кого звернутися щодо Вашого родича за психіатричною допомогою?

- 6.1. ніхто не радив, звернувся самостійно - 1
- 6.2. за порадою сімейного лікаря - 2
- 6.3. за порадою психоневролог поліклініки - 3

6.4. за порадою лікаря психоневрологічного диспансеру - 4

6.5. за порадою адміністрації з місця роботи - 5

6.6. Свій варіант _____ 6

7. Хто направив Вашого родича на лікування в психіатричну лікарню?

7.1. стаціонарований без направлення (самозвернення) - 1

7.2. сімейний лікар - 2

7.3. психоневролог поліклініки - 3

7.4. лікар психоневрологічного диспансеру - 4.

7.5. доставлений бригадою швидкої допомоги - 5

7.6. свій варіант _____ 6

8. Вкажіть, будь ласка, скільки разів Ваш родич лікувався раніше в психіатричній лікарні:

8.1. один раз на рік - 1

8.2. два рази на рік - 2

8.3. три рази на рік - 3

8.4. свій варіант _____ 4

9. Скільки часу у Вас займає шлях від вашого дому до лікарні, в яку в даний час госпіталізований Ваш родич?

9.1. до 30 хвилин - 1

9.2. від 30 хвилин до 1 години - 2

9.3. від 1 години до 1,5 годин - 3

9.4. від 1,5 годин до 3 годин - 4

9.5. понад 3 години - 5

10. Чи зручно розташована лікарня?

10.1. дуже зручно - 1

10.2. не зручно - 2

10.3. для мене це не важливо - 3

10.4. дуже важко - 4

11. Як часто Ви відвідуєте свого хворого родича?

11.1. кожен день - 1

11.2. два рази на тиждень - 2

11.3. один раз на тиждень - 3

11.4. два рази в місяць - 4

11.5. один рази в місяць - 5

11.6. свій варіант _____ 6

12. Як часто Ви зустрічаєтеся з лікуючим лікарем Вашого родича?

- 12.1. кожен день - 1
- 12.2. два рази на тиждень - 2
- 12.3. один раз на тиждень - 3
- 12.4. два рази в місяць - 4
- 12.5. один раз в місяць - 5

12.6. свій варіант _____ 6

13. Чи достатня, на Вашу думку, частота зустрічей з лікарем?

- 13.1. достатня - 1
- 13.2. недостатня - 2
- 13.3. важко відповісти - 3
- 13.4. вкрай недостатня - 4

14. Якщо частота зустрічей з лікарем недостатня, як часто Ви хотіли б з ним зустрічатися?

- 14.1. кожен день - 1
- 14.2. один раз на тиждень - 2
- 14.3. два рази на тиждень - 3
- 14.4. один раз в місяць - 4
- 14.5. два рази в місяць - 5

14.6. свій варіант _____ 6

15. Чи зручні години прийому лікаря, лікуючого Вашого родича?

- 15.1. цілком зручні - 1
- 15.2. не зручні - 2
- 15.3. лікар приймає коли я відвідую свого родича - 3
- 15.4. важко відповісти - 4

16. Скільки часу Ви витрачаєте на очікування лікаря для бесіди щодо лікування вашого родича?

- 16.1. до 30 хвилин - 1
- 16.2. від 30 хвилин до 1 години - 2
- 16.3. від 1 години до 2 годин - 3
- 16.4. понад 2 години - 4

17. Скільки часу в середньому лікуючий лікар Вашого родича витрачає на бесіду з Вами?

- 17.1. до 10 хвилин - 1

17.2. від 10 до 20 хвилин - 2

17.3. від 20 до 30 хвилин - 3

17.4. від 30 хвилин до 1 години - 4

18. Як Ви вважаєте, чи достатньо часу, відведеного лікарем на зустріч з Вами, щоб розв'язати проблему, з якою Ви звернулися?

18.1. достатньо - 1

18.2. недостатньо - 2

18.3. важко відповісти - 3

19. Як Ви думаєте, лікуючий лікар в повній мірі розуміє проблеми Вашого родича?

19.1. добре розуміє - 1

19.2. не дуже розуміє - 2

19.3. важко відповісти - 3

20. Лікар на зустріч був спокійний, ввічливий, вислуховував Ваші питання, на рівних відповідав на всі питання зрозумілою мовою?

20.1. так - 1

20.2. ні - 2

20.3. частково - 3

21. Як Ви думаєте, проблема, з якою Ваш родич звернувся в лікарню, могла б бути вирішена в іншому закладі?

21.1. так - 1

21.2. ні - 2

21.3. важко відповісти - 3

21.1.1 Якщо ТАК, то вкажіть, будь ласка, в якому саме: _____

22. Чи надавав Вам лікар повну інформацію щодо здоров'я і лікуванні Вашого родича?

22.1. так - 1

22.2. ні - 2

22.3. частково - 3

23. Якщо ТАК, чи задоволені Ви тим, наскільки зрозуміло і докладно вам він розповів?

23.1. повністю задоволений - 1

23.2. незадоволений - 2

23.3. важко відповісти - 3

24. Чи були у Вас якісь труднощі, щодо отримання інформації у лікаря по здоров'ю і лікуванню Вашого родича?

24.1. ніколи - 1

24.2. іноді - 2

24.3. досить часто - 3

24.5. важко відповісти - 4

25. Чи брали Ви участь в будь-яких програмах з підвищення Вашої психіатричної грамотності?

25.1. так - 1

25.2. ні - 2

25.3. не знаю, що це таке - 3

25.1.1. Якщо «так», то в яких саме? _____

26. Чи було це корисно?

26.1. дуже корисно - 1

26.2. досить марно - 2

26.3. важко відповісти - 3

27. Якщо не брали участь, хотілося б Вам брати участь в таких програмах для того, щоб покращити своє психічне здоров'я і родича?

27.1. так - 1

27.2. ні - 2

27.3. не маю часу - 3

28. Вкажіть, які саме програми Ви би пройшли:

28.1. реабілітаційні програми для родичів пацієнтів: освітня програма для родичів - 1

28.2. тренінги з розвитку навичок спілкування з хворими родичами - 2

28.3. тренінги з розвитку навичок спілкування з лікарем - 3

28.4. тренінги щодо дозвільних програм - 4

28.5. тренінги щодо профілактики синдрому хронічної втоми - 5

28.6. тренінги щодо профілактики самостигматизації - 6

29. Чи відвідуєте Ви групу підтримки для родичів пацієнтів?

29.1. так - 1

29.2. ні - 2

29.3. не знаю, що це таке - 3

30. Якщо не відвідуєте групу підтримки, чи необхідно Вам це?

30.1. так - 1

30.2. ні - 2

31. Чи були Ви залучені до обговорення питань, пов'язаних з оцінкою якості психіатричної допомоги в лікарні?

31.1. дуже часто - 1

31.2. іноді - 2

31.3. ніколи - 3

31.4. важко відповісти - 4

32. Якщо Вас залучали до обговорення цих питань, як Ви думаєте, Ваша думка була взята до уваги?

32.1. дуже часто - 1

32.2. іноді - 2

32.3. ніколи - 3

32.4. важко відповісти - 4

33. Якщо Вас не залучали до обговорення цих питань, хотілося б Вам брати участь в такій роботі?

33.1. так - 1

33.2. ні - 2

33.3. важко відповісти - 3

34. Оцініть, будь ласка, в цілому професійний рівень персоналу лікарні:

34.1. високий - 1

34.2. середній - 2

34.3. низький - 3

34.4. важко відповісти - 4

35. Оцініть, будь ласка, роботу лікарні в цілому стосовно Вашого родича по 5 бальній шкалі? _____

36. Звернулися б Ви знову в цю лікарню?

36.1. звичайно так - 1

36.2. можливо, но невпевнений - 2

36.3. звичайно ні - 3

36.4. важко відповісти - 4

37. Рекомендували б Ви іншим звернутися в цю лікарню?

37.1. так - 1

37.2. можливо - 2

37.3. ні - 3

37.4. важко відповісти - 4

38. Як на Вашу думку потрібно зробити, щоб покращити роботу психіатричних лікарень. Які з нижче перерахованих заходів Ви б запропонували?

<i>№</i>	<i>Захід</i>	<i>ТА К</i>	<i>НІ</i>	<i>Важко відповіст и</i>
38.1	Поліпшити матеріальне забезпечення лікарні	1	2	3
38.2	Підвищити кваліфікацію лікарів	1	2	3
38.3	Приймати на роботу за конкурсом і збільшити заробітну плату медичним працівникам	1	2	3
38.4	При порушенні прав хворого необхідно передбачити міри щодо покарань і штрафів осіб	1	2	3
38.5	Покращити якість лікування, реабілітації, санітарно-курортне лікування, харчування	1	2	3
38.6	Перепрофілювати лікарні на кризові центри тільки для гострих пацієнтів	1	2	3
38.7	Для хронічних пацієнтів створити умови середовищної терапії (жити вдома, хоспісах та інші)	1	2	3
38.8	Обмеження режиму диференціювання в залежності від стану пацієнтів	1	2	3
38.9	Гарантувати пацієнтам доступ до інформації про стан їхнього здоров'я та інформувати щодо лікарських препаратів які йому призначено	1	2	3
38.10	Дозволити прийняти участь у рішень – завдяки регламентації процедури вивчення та врахування думки пацієнтів під час психіатричної допомоги та здійснення планів відновлення	1	2	3
38.11	Покращити реабілітаційні програми для пацієнтів: навчання новим трудовим навичкам (наприклад, роботі на комп'ютері)	1	2	3
	-тренінги з розвитку соціально-побутових навичок	1	2	3
	-тренінги з розвитку навичок спілкування	1	2	3
	-тренінги з управління хворобою	1	2	3
38.12	Забезпечити доступу до правосуддя осіб – користувачів психіатричної допомоги використовував режим відеоконференцій та облаштування кімнат для проведення виїзних судових засідань у психіатричні заклади при розгляді справ про примусову госпіталізацію, зміну чи скасування застосування примусових заходів медичного характеру	1	2	3
38.13	Надати доступ громадським організаціям щодо контролю якості надання медичних, діагностичних, лікувальних, профілактичних, реабілітаційних та інших послуг та швидкого реагування на можливі конфліктні ситуації	1	2	3

Свідоцтво на раціоналізаторську пропозицію №3 від 16.01.20 р. «Спосіб визначення особистої думки родичів пацієнта про оплату медичної допомоги в психіатричному стаціонарі» Чорна В.В., Махнюк В.М., Очеретяна Г.В., Хлестова С.В., Гуменюк Н.І.

Опитувальник з вивчення думки родичів пацієнтів про оплату медичної допомоги в психіатричному стаціонарі

Всі отримані від Вас відомості є конфіденційними і не підлягають розголошенню.

Дякую за згоду відповісти на наші запитання!

Вкажіть, будь ласка, деякі дані про себе:

Дата обстеження _____

Найменування установи _____

1. **Ваш вік** _____ (повних років)

2. **Стать:** чоловіча - 1, жіноча - 2

3. **Ким Ви доводитеся пацієнту?**

3.1. батько (мати) - 1

3.2. чоловік (дружина) - 2

3.3. син (дочка) - 3

3.4. інше - 4

4. **Ваша трудова діяльність:**

4.1. працюєте - 1

4.2. не працюєте - 2

4.3. на пенсії, але працюєте - 3

4.4. на пенсії і не працюєте - 4

4.5. свій варіант _____ 5

5. **Чи є у Вас група інвалідності?**

5.1. так

5.2. ні

6. **Якщо є, то яка?**

6.1. 1 група - 1

6.2. 2 група - 2

6.3. 3 група - 3

7. **Ви проживаєте:**

7.1. спільно з хворим родичем - 1

7.2. окремо від нього - 2

8. Вік Вашого родича:

- 8.1. до 20 років - 1
- 8.2. 21-30 років - 2
- 8.3. 31-40 років - 3
- 8.4. 41-50 років - 4
- 8.5. понад 50 років - 5

9. Щодо праці вашого родича:

- 9.1. працює - 1
- 9.2. не працює - 2
- 9.3. він пенсіонер - 3
- 9.4. він має групу інвалідності:
 - I гр. - 1
 - II гр. - 2
 - III гр. - 3

10. Чи перебував Ваш родич коли-небудь на обліку в психоневрологічному диспансері:

- 10.1. так - 1
- 10.2. ні - 2

11. Якщо ТАК, то з якого року _____**12. Скільки всього років Ваш родич лікується _____****13. Вкажіть, будь ласка, скільки разів на рік Ви госпіталізуєте Вашого родича в психіатричній лікарні: _____ разів**

- 13.1. один раз на рік – 1
- 13.2. два рази на рік – 2
- 13.3. три рази на рік – 3
- 13.4. свій варіант _____ 4

14. Яка в середньому тривалість госпіталізації? _____ (днів)**15. Як часто Ви відвідуєте свого хворого родича?**

- 15.1. кожен день - 1
- 15.2. два рази на тиждень - 2
- 15.3. один раз на тиждень - 3
- 15.4. два рази в місяць - 4
- 15.5. один раз в місяць - 5
- 15.6. свій варіант _____ 6

16. Скільки грошей в середньому Ви витрачаєте на одне відвідування?

Вкажіть, будь ласка _____ (гривень)

17. Скільки грошей в середньому Ви витрачаєте на одне лікування?

Вкажіть, будь ласка _____ (гривень)

18. Вкажіть, будь ласка, на які цілі Ви витрачаєте гроші під час лікування Вашого родича?

18.1. на покупку продуктів - 1

18.2. на покупку додаткових медикаментів - 2

18.3. на покупку засобів особистої гігієни - 3

18.4. на дорогу до лікарні - 4

18.5. свій варіант _____ 5

19. Чи були випадки, коли медпрацівник примушував Вас неофіційно доплачувати за госпіталізацію, лікування, обстеження, обслуговування?

19.1	НІ	1	1
19.2	ТАК	Фахівець	Сума в гривнях
	За госпіталізацію	лікар	
	За лікування	лікар	
	За обстеження	лікар	
	За обслуговування	медична сестра	
	За обслуговування	молодший медперсонал	

21. Яким чином і яку суму Ви оплатили за медичні послуги? Вкажіть, будь ласка, окремо (гривні):

Вид платежу	Ви самі (або члени родини)	Ваш хворий родич
офіційно через касу установи		
Лікарю "в знак вдячності"		
Свій варіант		

22. Що викликає у Вас сьогодні найбільшу тривогу в медичному обслуговуванні психіатричних лікарень? (Можливі кілька варіантів відповідей)

22.1. збільшення обсягу платної медичної допомоги - 1

22.2. висока вартість ліків - 2

22.3. зниження якості медичної допомоги - 3

22.4. відсутність Вашого правового захисту як пацієнта - 4

22.5. слабе, застаріле оснащення стаціонару - 5

22.6. неухвалене ставлення медичного персоналу (порушення етики стосовно пацієнтів) - 6

22.7. недостатньо висока кваліфікація медичного персоналу - 7

22.8. погані санітарно-гігієнічні умови - 8

22.9. сервісні послуги не на належному рівні - 9

22.10. свій варіант _____ 10

23. Який дохід Вашої сім'ї в розрахунку на одну людину на місяць?

(Можна приблизно) _____ (гривні)

23.1. достатньо - 1

23.2. більш-менш достатньо - 2

23.3. не задоволений - 3

24. Вкажіть, будь ласка, з яких джерел складається дохід Вашої сім'ї:

24.1. заробітна плата - 1

24.2. пенсія - 2

24.3. стипендія - 3

24.4. допомога на утримання дитини - 4

24.5. аліменти - 5

24.6. свій варіант _____ 6

25. Чи доводилося Вам протягом останніх 12 місяців оплачувати медичну допомогу (психіатричну) за рахунок власних коштів?

25.1. так - 1

25.2. ні - 2

25.3. частково - 3

26. Якщо «так», то яку саме медичну допомогу Ви оплачували? Вкажіть, будь ласка, скільки Ви заплатили за кожен конкретну медичну послугу?

вид медичної допомоги, сплаченої <u>в</u> <u>психіатричному</u> <u>стаціонарі</u>	Сума в гривнях	вид медичної допомоги, <u>сплаченої поза</u> психіатричного стаціонару	Сума в гривнях
Консультації			
Діагностичні обстеження			
Стаціонарне лікування			
Стоматологічна допомога			
Інші види			

27. Чи викликала оплата медичної допомоги проблеми в сімейному бюджеті?

27.1. так, великі проблеми - 1

27.2. незначні проблеми - 2

27.3. ні, ніяких проблем - 3

28. Якщо у Вас протягом останніх 12 місяців був досвід отримання платної медичної допомоги, то що саме змусило Вас зробити вибір на її користь?

28.1. відсутність черги - 1

28.2. більш уважне ставлення персоналу - 2

28.3. більш висока кваліфікація лікаря - 3

28.4. швидка діагностика і постановка діагнозу - 4

28.5. свій варіант _____ 5

29. Чи виправдалися Ваші очікування після отримання платної медичної допомоги?

29.1. так, повністю виправдалися - 1

29.2. частково - 2

29.3. ні, зовсім не виправдалися – 3

30. Якщо ТАК, то вкажіть на які види послуг Ви погодилися заплатити?

30.1. додаткова діагностика - 1

30.2. додаткове медикаментозне лікування - 2

30.3. додаткове харчування - 3

30.4. більш комфортні умови перебування в стаціонарі (1 або 2-місних палатах з рукомийником, душовою кабіною, туалетом) - 4

30.5. стоматологічна допомога і зубопротезування - 5

30.6. психологічне консультування - 6

30.7. анонімний прийом лікаря-психіатра - 7

30.8. фізіотерапевтичні процедури - 8

30.9. масаж - 9

30.10. консультація психолога – 10

30.11. психотерапія (за 1 заняття) – індивідуальна, групова - 11

30.12. соціальні послуги на дому:

А) догляд за хворим - 12

Б) покупка продуктів - 12

Додаток В8

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи
(Укрмедпатентінформ)

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ**ПРО НОВОВВЕДЕННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

№ 167 - 2020

Випуск з проблеми
«Громадське здоров'я»
Підстава: витяг ЕПК
«Гігієна навколишнього
середовища»
Протокол № 2 від 05.10.20 р.

НАПРЯМ ВПРОВАДЖЕН
ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

САНІТАРНО-ГІГІЄНІЧНІ ТА ПРОТИЕПІДЕМІЧНІ ВИМОГИ ДО
РОЗМІЩЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ВБУДОВАНИХ В
ЖИТЛОВІ БУДИНКИ

УСТАНОВИ-РОЗРОБНИКИ:

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА
«ІНСТИТУТ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я
ім. О. М. МАРЗЄЄВА НАМН УКРАЇНИ»

УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ
МОЗ УКРАЇНИ

А В Т О Р И:

д. мед.н. МАХНЮК В.М.,
д.мед.н. ДУМАНСЬКИЙ В.Ю.,
ОЧЕРЕТЯНА Г.В.,
к.мед.н. ГОРВАЛЬ А.К.,
к.мед.н. ЧОРНА В.В.,
ПАВЛЕНКО Н.П.,
КЛИМЕНКО Г.В.,
АДАМЕНКО О.В

м. Київ

ДОДАТОК Г

Доброго вечора!

Вибачаюсь за затримку. Наші фахівці розглянули анкету. Вони вважають, що Ви можете її використовувати у своєму дослідженні без змін. І.Пінчук

Irina Pinchuk, MD, PhD, Prof. Director, Institute of Psychiatry of Taras Shevchenko National University of Kyiv, Director, International PEPFAR Addiction Technology Transfer Center - Ukraine and Central Asia Vice-President of the Ukrainian Psychiatric Association, tel. +380 97 209 45 08 e-mail: Irina.pinchuk0311@gmail.com

Отправитель: Ukrainian Psychiatric Association <apu.ukraine@gmail.com>

Тема: Анкета наукової санітарно-епідеміологічної оцінки умов розміщення психіатричної лікарні (1)

Дата: 7 жовтня 2020 г., 20:16:02 GMT+3

Кому: kzkopl@ukr.net, plikarnya@ukr.net, lond-sever@ukr.net, lokplkz@gmail.com, lokpnd@ukr.net, kzlopnd@ukr.net, mopl1@ukr.net, oopb2@dh.od.ua, oplrlnsp@ukr.net, opl4@ukr.net, info@okpl.poltava.ua, opnd1@ukr.net, kzzcrl@gmail.com, ostrog.opl@gmail.com, dispanser08@gmail.com, 2opl@ukr.net, tokkpnl@tokkpnl.org.ua, opsih1@ukr.net, sabdacha@ukr.net, xopnd@ukr.net, office@mental.kherson.ua, pavel.palamarchuk@mental.kherson.ua, dr_demchuk@ukr.net, hopl1kanc@ukr.net, xopl2g@gmail.com, psyho3@gmail.com, khopnd@ukr.net, opndsk@ukr.net, bukpsihiatria@gmail.com, chond@ukr.net, chernigivopnl@gmail.com, chopl.smila@gmail.com, Kosenkova.iryana@gmail.com

Головним лікарям обласних, міських психіатричних, психоневрологічних, наркологічних лікарень, психоневрологічних, наркологічних диспансерів

Шановні колеги!

В зв'язку з проведенням наукового дослідження, просимо вас заповнити анкету наукової санітарно-епідеміологічної оцінки умов розміщення психіатричної лікарні (у вкладенні).

Заповнену анкету просимо висилати на цю електронну адресу.

Заздалегідь вдячні! З повагою, Віцепрезидент АПУІ. Пінчук

пн, 2 лист. 2020 р.,

Kolodezhny

17:31

Aleksey <kolodezhny@ukr.net>

кому мені, Irina

Шановна пані Валентино,

надсилаємо Вам анкети обстеження психіатричних лікарень, які надішли на електронну пошту. Асоціації психіатрів України (коли вони ще були не в Гугл-формі). З повагою, Колодежний О.В. Програмний координатор Асоціації психіатрів України

ДОДАТОК Д
АНКЕТА
НАУКОВОЇ САНІТАРНО ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ ОЦІНКИ УМОВ РОЗМІЩЕННЯ
ПСИХІАТРИЧНОЇ ЛІКАРНІ

Психіатрична лікарня _____

Повна адреса _____

Кількість відділень _____

Кількість пацієнтів _____

Рік введення в експлуатацію _____

Кількість корпус _____ та їх поверховість 1 , 2, 3, більше 4 (підкреслити)

Кількість медичних приміщень денного стаціонару _____, якщо немає _____

Дата заповнення анкети _____

1. Санітарно-гігієнічна оцінка гігієнічних показників при розміщенні психіатричної лікарні

Земельна ділянка

1	Дотримання переліку функціональних зон лікарні, дотримання нормативних показників площ функціональних зон	Наявні функціональні зони лікарні, нормативи площі дотримані	Функціональні зони лікарні наявні, проте зменшені на 50 %	Функціональні зони лікарні наявні, проте зменшені на 30 %
1.1.	Радіус обслуговування психіатричної лікарні (у метрах)(підкреслити)	до 1000 м	до 500 м	до 300 м
1.2.	Віддалення розміщення земельної ділянки психіатричної лікарні стосовно прилеглих промислових підприємств, автомагістралей, гаражів, автостоянок тощо за наявною містобудівною ситуацією (у метрах)	до 1000 м	до 500 м	до 300 м
1.2.1	Розміщення в санітарній зоні	ні	частково	так
1.2.2	Ділянка примикає до магістральної вулиці	ні	частково	так
1.2.3	Будівля розміщена в зеленій зоні	так	частково	ні
1.2.4	Відстань від будівлі лікарні до прилеглих об'єктів (вказати у метрах):			

	<p>а) <u>найближчого прилеглого підприємства:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - від земельної ділянки - від найближчого корпусу лікарні 			
	<p>б) <u>відстань до магістральної вулиці:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - від земельної ділянки - від найближчого корпусу лікарні 			
1.2.5	Відстань від ділянки лікарні до прилеглої житлової та громадської забудови та місць зберігання автомобілів (вказати у метрах)			
	<p>а) <u>індивідуальної прилеглої житлової забудови:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - від земельної ділянки - від найближчого корпусу лікарні 			
	<p>б) <u>відкритих наземних автостоянок для паркування (вказати кількість місць для паркування, відстань у метрах):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - від земельної ділянки - від найближчого корпусу лікарні - в'їзду на автостоянку - виїзду з автостоянки 			
	<p>в) <u>підземних паркінгів (вказати кількість місць для паркування та відстань – у метрах):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - від земельної ділянки - від найближчого корпусу лікарні - відстань від в'їзду у підземний паркінг - відстань від виїзду з підземного паркінгу 			
	<p>г) <u>станцій технічного обслуговування (СТО) (вказати відстань -у метрах):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - від земельної ділянки - від найближчого корпусу лікарні 			

	<ul style="list-style-type: none"> - відстань від в'їзду на СТО - відстань від виїзду з СТО 			
	<p>д) <u>автозаправних станцій (АЗС)</u> <u>(вказати відстань – у метрах):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - від земельної ділянки - від найближчого корпусу лікарні - відстань від в'їзду на АЗС - відстань від виїзду з АЗС 			
1.2.6	Відстань від найближчого корпусу лікарні до (вказати <u>відстань - у метрах</u>):			
	а) <u>індивідуальної прилеглої житлової забудови;</u>			
	б) <u>відкритих наземних автостоянок (вказати кількість місць для паркування):</u>			
	<ul style="list-style-type: none"> - в'їзду на автостоянку - виїзду з автостоянки 			
	в) <u>підземних паркінгів (вказати кількість місць для паркування):</u>			
	<ul style="list-style-type: none"> - відстань від в'їзду у підземний паркінг - відстань від виїзду з підземного паркінгу 			
	г) <u>станцій технічного обслуговування (СТО):</u>			
	<ul style="list-style-type: none"> - відстань від в'їзду на СТО - відстань від виїзду з СТО 			
	д) <u>автозаправних станцій (АЗС):</u>			
	<ul style="list-style-type: none"> - відстань від в'їзду на АЗС - відстань від виїзду з АЗС 			
1.3.	Площа ділянки і її організація(га)			
1.3.1	Площа ділянки (без врахування площі забудови) (м ²)			
1.3.2	Питома площа ділянки на 1 хворого (м ²)			
1.3.3	Наявність огороження ділянки	так	частково	ні
1.3.4	Висота паркану (у метрах)			

1.3.5	Тип паркану: а) із зелених насаджень б) бетонний паркан в) сітчастий паркан г) комбінований паркан	Так Так Так так	частково частково частково частково	ні ні ні ні
1.3.6	Наявність твердого покриття: а) в'їздів та виїздів б) пішохідних доріжок в) довжина пішохідних доріжок: г) ширина пішохідних доріжок (у метрах) д) площа майданчиків для збору сміття (м ²)	Так Так До 100 м	частково частково більше ніж 100 м	ні ні більше ніж 200 м
1.3.7	Наявність функціонального зонування ділянки: а) лікувальна зона б) зона трудотерапії _____ (вказіть спеціалізацію трудотерапії) в) фізкультурна зона (м ²) г) зона відпочинку д) майданчик для зустрічей пацієнтів лікарні з родичами. е) прогулянкові дворики для кожного відділення є) господарська зона	так так так так так так так	частково частково частково частково частково частково частково	ні ні ні ні ні ні ні
1.3.8	Наявність зовнішнього освітлення території, рівень освітлення (лк)	так	частково	ні
1.4.	Озеленення ділянки			
1.4.1	Площа озелененої ділянки (%)			
1.4.2	Наявність зелених насаджень уздовж огорожі	так	частково	ні
1.4.3	Розділення функціональних зон зеленими насадженнями	так	частково	ні
1.4.4	Відстань від палатного корпусу до найближчих дерев з широкою кроною	7 м	5 м	3 м
1.5.	Основні елементи ділянки			
1.5.1	Площа дослідної зони її зони (м ²)	Немає		

1.5.2	Зона відпочинку: наявність майданчика для рухливих ігор для пацієнтів, площа _____ м ² , вказати його оснащення _____	Немає		
	наявність майданчика для тихого відпочинку, площа _____ м ² вказати його оснащення _____ _____	Немає		
	наявність спортивно-ігрової зони, площа _____ м ² його стаціонарне обладнання (описати) _____	Немає		
	наявність майданчика для тихих ігор, площа _____ м ² його обладнання _____ _____	Немає		
	прогулянкові дворики КІЛЬКІСТЬ _____, площа _____ м ² його обладнання _____	Немає		
1.6.	Умови для проведення фізкультурно-оздоровчих заходів (підкреслити)	задовільні	Частково задовільно	незадовільні
1.6.1	До складу фізкультурно-спортивної зони входять: стадіон, площа _____ м ² спортивне обладнання _____ _____	так	частково	ні
	майданчик для спортивних ігор, площа _____ м ² його обладнання _____	так	частково	ні
	майданчик для настільного тенісу, площа _____ м ² його обладнання _____	так	частково	ні

	–				
1.7.	Господарська зона		так	частково	ні
1.7.1	Господарська зона огорожена зеленими насадженнями		так	частково	ні
	самостійний в'їзд з вулиці		так	частково	ні
	відстань майданчика ТПВ (для твердих побутових відходів) від будівлі їдальні		В наявно сті і знаходиться на нормативній санітарній відстані від будівлі у 25 м	В наявно сті, але знаходиться далеко або ближче 25 м до будівлі	Немає
	наявність бетонowanego покриття майданчика ТПВ		так	частково	ні
	санітарний стан		задовільний	Частково задовільно	незадовільний
1.8.	Результати лабораторних досліджень				
Датарік, проведення дослідження	Лабораторно-інструментальні дослідження	Кількість досліджень	Відповідають санітарним нормам		Мають відхилення (конкретно що саме)
	Атмосферне повітря				
	Фізичні фактори				
	Ґрунт				

2. Санітарно-гігієнічна оцінка розміщення лікувальних корпусів та допоміжних підрозділів на земельній ділянці психіатричної/психоневрологічної лікарні

2.1. Кількість корпусів на території _____ та відстань між ними (у метрах) від _____ до _____ метрів

2.1.3. Поверховість корпусів: 1, 2, 3, 4 (підкреслити)

2.1.4. Дизайн корпусів (підкреслити):

2.1.3.1 павільйонна система (окремі корпуси)

2.1.3.2 блочна система

2.1.3.3.централізована система (все в одному корпусі)

2.1.3.4.комбіноване розміщення корпусів

2.1.5. Будівля типова/приспосована, архітектурна пам'ятка (**підкреслити**)

2.1.6. Набір приміщень: повний/ частковий/ недостатній (**підкреслити**)

2.2 Санітарно-епідеміологічна оцінка умов внутрішньо лікарняного середовища психіатричної/психоневрологічної лікарні

1) Назва лікувального корпусу _____

2) Вказати кількість відділень _____

3) Спеціалізація відділень _____

2.3. Приміщення фізіотерапевтичного кабінету в наявності

так _____, Ні _____

2.4 Площі основних приміщень відділення

Найменування приміщень	Площа загальна	Площа на 1 хворого м ²	Наявність дверей		Найменування приміщень	Загальна площа спальні	Площа на 1 хворого м ²	Наявність дверей	
			так	ні				так	ні
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Гостинна-рекреація					Спальня для пацієнтів №1				
Вестибюль					Спальня для пацієнтів №2				
Гардероб з сушаркою					Спальня для пацієнтів №3				
Кімната для зберігання одягу					Спальня для пацієнтів №4				
Кімната для відвідування пацієнтів					Спальня для пацієнтів №5				
Кімната чергової мед.сестри					Спальня для пацієнтів №6				

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Столова (обідній зал) №1					Спальня для пацієнтів №7				

Столова (обідній зал) №2					Спальня для пацієнтів № 8				
Кімната для перег ляду ТБ					Спальня для пацієнтів № 9				
Кімната для трудо терапії або лікувально- терапевтични х занять					Спальня для пацієнтів № 10				
Кімната для арт терапії					Приміщенн я ізолятора				
Кімната для реабі літаційних занять									
Сан. вузол для пацієнтів					Наглядова палата				
Сан. вузол для медич ного персоналу									
Ординатор ська									
Кабінет зав.відділення									
Бібліотека -читальний зал -книго сховище - кінотеатр									

2.5 Забезпеченість меблями

2.5.1 Чи є у кожного хворого постійний житловий простір:

ТАК/Частково/Ні (підкреслити)

2.5..2. Власний письмовий стілець для кожного хворого: ТАК/Частково/Ні (підкреслити), де він розташований:

а) по центру _____

б) біля стіни _____

В) інший варіант _____

Забезпечення письмовими столами від потреби _____ %

2.5.3.Тумбочкає для кожного хворого ТАК/Частково/Ні (підкреслити),

де вона розташована:

а) по центру _____

Б) біля стіни _____

В) інший варіант _____

2.5.4. Забезпечення **тумбочками** для пацієнтів _____ %

2.5.5.Шафа для зберігання одягу є для кожного хворого ТАК/Частково/Ні (підкреслити),

2.5.6.Стільци для кожного хворого є : ТАК/Частково/Ні (підкреслити),

забезпечення стільцями для пацієнтів _____ %

2.5.7.Обладнання спальних кімнат – задовільний/частково задовільний/незадовільний (підкреслити)

2.5.7.1.Розміри проходів в спальнях між ліжками (фактично _____)

2.5.7.2.Відстань від ліжок до стін з вікнами не менше 0,9м ____ Так ____ Ні ____

2.5.7.3.Відстань між торцями ліжок, а також між торцями ліжок і стіною не менше 1,2

м _____ Так ____ Ні ____

2.5.7.4.Відстань сторонами ліжок має бути не менше 0,8м, _____ Так

____ Ні ____

2.5.8.Чи є в спальних кімнатах штори (підкреслити): ТАК/Частково/Ні, _____ %

забезпечення шторами всіх спальних кімнат

2.5.8.1.Наявність постільної білизни (підкреслити) : ТАК/Частково/Ні

та санітарно-гігієнічний стан постільної білизни (підкреслити)

Задовільний/Частково задовільний/Незадовільний.

2.5.8.3.Наявність рушників у кожного хворого (підкреслити): ТАК/Частково/Ні та

санітарно-гігієнічний стан (підкреслити) Задовільний/Частково задовільний/Незадовільний

2.5.8.4.Рівень благоустрою: суб'єктивно комфортний дизайн та естетичний рівень приміщення

(підкреслити): ТАК/Частково/Ні

2.5.8.5.Наявність загальної сигналізації у відділенні (підкреслити): ТАК/Частково/Ні

2.5.8.6.Наявність в палатах сигналізація (підкреслити): ТАК/Частково/Ні

2.5.8.7. Наявність в туалетних та ванних кімнатах тривожна кнопка (підкреслити):

ТАК/Частково/Ні

2.6 Набір та площі адміністративно-господарських і службово-побутових приміщень

2.6.1 Набір приміщень(підкреслити): повний/Частковий/недостатній

2.6.2 Площа адміністративно-господарських та службово-побутових приміщень _____

№	Приміщення	Загальна площа (м ²)
1.	Кабінет гол. лікаря	
2.	Кабінет нач. мед.	
3.	Ординаторська	
	Гардероб для лікарів	
5.	Кімната для відвідувачів	
6.	Гардероб або шафа, стіл, стільці для відвідувачів	

2.7 Санітарно-технічний стан приміщень

2.7.1 Задовільний стан стін, стель, підлоги, дверей, вікон, освітлювального та санітарно-технічного обладнання (підкреслити) _____

2.7.2 Частково Задовільний стан стін, стель, підлоги, дверей, вікон, освітлювального та санітарно-технічного обладнання (підкреслити) _____

2.7.3 Незадовільний стан стін, стель, підлоги, дверей, вікон, освітлювального та санітарно-технічного обладнання (підкреслити) _____

2.8 Дотримання пожежної безпеки

2.8.1 Приміщення обладнані вуглекислими вогнегасниками: ТАК/Частково/Ні

3 Водопостачання, каналізація та санітарне обладнання приміщень будівлі

3.1 Якість холодної води в умовах центрального водопостачання

3.1.1 Останній відбір проб води на відповідність до ДСТУ проводився (вказати дату, рік) _____

3.1.2 Місце відбору проб (вписати) _____

3.1.3 Відповідність питної води гігієнічним вимогам якості води: ТАК/Частково/Ні

3.1.4 При відхиленні від нормативів вказати за якими показниками _____

3.2 .Режим холодного водопостачання

3.2.1 Забезпеченість постійної подачі холодної води: ТАК/Частково/Ні

3.2.2 Наявність перебоїв у подачі холодної води: ТАК/Частково/Ні

3.2.3 Причини перебоїв подачі холодної води (вказати) _____

3.2.4 Наявність ємностей для запасу води: ТАК/Частково/Ні, стан місткості _____

3.3 Якість холодної води в умовах децентралізованого водопостачання (криниці)

3.3.1 Останній відбір проб води на відповідність до ДСТУ проводився (вказати дату, рік) _____

3.3.2 Місце відбору проб (вписати) _____

3.3.3 Відповідність питної води гігієнічним вимогам якості води: ТАК/Частково/Ні

При відхиленні від нормативів вказати за якими показниками

3.4 Система централізованого теплопостачання

3.4.1 Наявність мережі централізованого гарячого водопостачання: ТАК/Частково/Ні

3.4.2 Гаряча вода надається з бойлерів і зв'язок з системою опалення відсутній:

ТАК/Частково/Ні

3.4.3 При відсутності централізованого гарячого водопостачання вказати спосіб підігріву води _____

3.5 Режим гарячого водопостачання

3.5.1 Відбір проб гарячої води проводиться: ТАК/Частково/Ні, дата та рік проведення _____

3.5.2 Якість гарячої води відповідає вимогам ДСТУ: ТАК/Частково/Ні

3.5.3 Які реагенти виявляються вище гігієнічних нормативів _____

3.5.4 Температура гарячої води становить _____

3.5.5 Наявність змішувачів на умивальниках: ТАК/Частково/Ні

3.6 Режим експлуатації гарячого водопостачання

3.6.1 Відключення системи гарячого водопостачання становить ___ днів на рік

3.6.2 Спосіб підігріву води на харчоблоці під час ремонту (вписати) _____

3.6. Приміщення, які забезпечені холодною та гарячою водою

3.6.1. Забезпечені холодною та гарячою водою:

Приміщення	Холодна вода			Гаряча вода		
	ТАК	Частково	Ні	ТАК	Частково	Ні
Харчоблок						
Душові, умивальники						
Кімнати для видачі їжі						
Обідній зал №1						
Обідній зал №2						
Спальні кімнати						
Кімната для трудотерапії або лікувально- терапевтичних занять						

Кімната для арттерапії або реабілітаційних занять						
Ординаторська						
Пральня						
Кімната для зберігання одягу						
Кімната для відвідування пацієнтів						
Сан. вузли при спальних кімнатах						
Приміщення ізолятора						
Наглядова палата						
Маніпуляційна						

3.6. Наявність сушильних шаф для одягу, які підключені до системи гарячого водопостачання: ТАК/Частково/Ні

3.7. Система каналізації

3.7.1. Система каналізації централізована: ТАК/Частково/Ні

3.7.2. Наявність в підлозі з нахилом для стоку води на харчоблоці: ТАК/Частково/Ні

3.8. Забезпеченість санітарними приборами туалетів та їх санітарно-технічний стан

3.8.1. Кількість умивальників _____, унітазів _____, пісуарів _____. Їх відповідність на число пацієнтів _____, % забезпечення _____

3.8.2. Кількість кабін особистої гігієни для жінок у відділенні _____

3.8.3. Висота умивальників в туалетах _____ метрів.

3.8.4. Наявність дверей між перегородками в туалетах: ТАК/Частково/Ні;

3.8.5. Санітарно-технічний стан: Задовільний/Частково Задовільно/ НЕЗАДОВ.

3.9. Забезпеченість необхідним санітарним обладнанням у медичному приміщенні

3.9.1. Наявність умивальника в медичному приміщенні (маніпуляційній): ТАК/Частково/Ні

3.10. Забезпеченість необхідним санітарним обладнанням приміщень їдалень, душових, спальних кімнатах, обідньому залі та їх санітарно-технічний стан

3.10.1 В кімнаті видачі їжі встановлені: мийна ванна (2-3): ТАК/Частково/Ні; умивальник з холодною та гарячою водою : ТАК/Частково/Ні,

Холодильник : ТАК/Частково/Ні

3.10.2 Санітарно технічний стан обладнання: налагоджено/частково налагоджено/ні не налагоджено (вказати)

3.10.3 Санітарно технічний стан технічного реманенту кімнати видачі їжі задовільний /частково задовільний/ незадовільний (підкреслети)

3.10.4 Санітарно технічний стан **стіл кімнати видачі їжі** - (в якому стані плитка)

задовільний /частково задовільний/ незадовільний (підкреслети)

3.10.5 Санітарно технічний стан **стін обідніх залів** (в якому стані плитка) - задовільний /частково задовільний/ незадовільний (підкреслети)

3.10.6 Для миття рук пацієнтів при їдальні є _____ (кількість) умивальників

3.10.7 Для персоналу їдальні є душ, унітаз, умивальник (підкреслити)

3.10.8 Душова кімната (набір обладнання : ванни, душові кабінки, тази для миття ніг та інш.)

ТАК/Частково/Ні, що саме _____

3.10.9 В туалетних кімнатах наявність туалетного паперу _____ : ТАК/Частково/Ні

4. Світловий режим

4.1. Наявність архітектурно-планувальних рішень для створення природного освітлення

Приміщення	Спальні кімнати							Обідні зали		Кабінет і лікарів	
	№ 1	№2	№ 3	№ 4	№ 5	№ 6	№7	№ 1	№2	№1	№ 2
Площа приміщення, м ²											
Висота приміщення, м											
Глибина приміщення (відстань від вікна до протилежної стіни), у метрах											
Розташування вікон: -однобічне -двобічне -кутове											
Площа одного вікна (вказати)											
Загальна площа освітлення											
Площа підлоги											
СК (світловий коеф.)											

4.2. Орієнтація вікон в основних приміщеннях на сторони горизонту

4.2.1. Орієнтація вікон

4.6. Система штучного освітлення

4.6.1. Передбачено аварійне освітлення : ТАК/Частково/Ні; в яких приміщеннях:

4.6.2. Загальне освітлення не передбачено в таких приміщеннях:

4.6.3. Спеціальне (місцеве) освітлення передбачено:

4.6.3.1. на медичних постах: ТАК/Частково/Ні

4.6.3.2. наглядової кімнати: ТАК/Частково/Ні

4.6.3.3. в спальних кімнатах: ТАК/Частково/Ні

4.7. Джерела світла, освітлювальні прилади та їхнє розташування

4.7.1. Джерела світла та типи освітлювальних приладів, які використовуються для загального освітлення в основних приміщеннях

Приміщення	Джерела світла (ЛЛ,ЛР), типи ламп (ЛВ, ЛЕ, ЛДЦ, ЛЕЦ та ін.)	Типи освітлювальних приладів, їх потужність (ЛПО,ЛСО, УСП, ПКР)
Обідні зали		
Кімната для перегляду ТБ		
Спальні кімнати		
Кімнати для лікувально- терапевтичних занять та арттерапії		
Кабінети для лікарів		

4.7.2. Використання в одному приміщенні люмінесцентних ламп чи ламп розжарювання: ТАК/Частково/Ні; вказати приміщення _____

4.7.3. Освітлювальні прилади: підвісні, стельові (підкреслити); висота приміщення _____ м, висота підвісу _____ м.

4.7.4. Світильники розташовані:

рядами, що паралельні вікнам; рядами, що перпендикулярні вікнам (підкреслити);
безперервними рядами чи з розривами (підкреслити);

на відстані від зовнішньої стіни _____ м, від внутрішньої стіни _____ м; види
світильників мають роздільне включення чи загальне (підкреслити).

4.7.5. Джерела світла і типи освітлювальних приборів, які використовують для місцевого освітлення

Приміщення	Джерела світла (ЛЛ,ЛР), типи ламп (ЛВ, ЛЕ, ЛДЦ, ЛЕЦ та ін.)	Типи освітлювальних приладів, їх потужність (ЛПО,ЛСО, УСП, ПКР)
Обідні зали		
Кімната для перегляду ТБ		
Спальні кімнати		
Кімнати для лікувально-терапевтичних занять та арттерапії		
Кабінети для лікарів		

4.7.6 Збереження люмінесцентних ламп, що несправні та перегоріли відбувається в спеціально відведених приміщеннях: ТАК/Частково/Ні (підкреслити)

4.7.7 Коефіцієнт пульсації та показника дискомфорту штучного освітлення

4.7.8 Суб'єктивна оцінка пульсації освітлення

Приміщення	Оцінка пульсації		
	Не відчувається	Окремі випадки	виражена
Обідні зали			
Кімната для перегляду ТБ			
Спальні кімнати			
Кімнати для лікувально-терапевтичних занять та арттерапії			
Кабінети для лікарів			

4.7.9 Суб'єктивна оцінка показника дискомфорту

Приміщення	Оцінка дискомфорту		
	Не відчувається	Окремі випадки	Виражено несприятливо
Обідні зали			
Кімната для перегляду ТБ			
Спальні кімнати			
Кімнати для лікувально-терапевтичних занять та арттерапії			
Кабінети для лікарів			

4.8 Результати інструментальних вимірювань штучного освітлення

Рік, Дата та година заміру _____

Приміщення	Освітлення робочої поверхні в люксах	
	Ряд у вікна	Ряд біля внутрішньої стіни
Обідні зали		
Кімната для перегляду ТБ		
Спальні кімнати		
Кімнати для лікувально-терапевтичних занять та арттерапії		
Кабінети для лікарів		

4.9 Організація фізкультурних занять, пауз

4.9.6 Проведення фізкультурних занять: ТАК/Частково/Ні

4.9.7 Проведення фізкультурних пауз: ТАК/Частково/Ні

4.10 Організація денного сну: ТАК/Частково/Ні з _____ год. до _____ год.**4.11 Прогулянки**

4.11.1 Тривалість прогулянок: з _____ год, до _____ год.

4.11.2 Тривалість відвідування родичів з _____ год, до _____ год

5 Повітряно тепловий режим**5. Система опалення**

5.1.1. Наявна система опалення (підкреслити):

5.1.2. водяне з радіаторами;

5.1.3. водяне з конвекторами;

5.1.4. водяне з вбудованими нагрівальними елементами в: стінах, підлозі (підкреслити);

5.1.5. повітряне;

5.1.6. пічне.

5.1.7. Середня температура поверхні нагрівального приладу

Приміщення	Температура
На 1 поверсі	
На 2 поверсі	
На останньому поверсі	

5.1.8. Розташування опалювальних приладів в основних приміщеннях:

5.1.8.1. під вікном ТАК/Частково/Ні

5.1.8.2. впритул до стіни ТАК/Частково/Ні

5.1.8.3. з відступом від зовнішньої стіни на _____ мм

5.1.8.4. впритул до підлоги ТАК/Частково/Ні

5.1.8.5. з відступом від підлоги на _____ мм

5.1.9. Огорожа опалювальних приладів:

5.1.9.1. наявність огорожі: ТАК/Частково/Ні

5.1.9.2. знімальні штахети: ТАК/Частково/Ні

5.1.9.3. дерев'яні: ТАК/Частково/Ні

5.1.9.4. ДСП: ТАК/Частково/Ні

5.1.9.5. інші (вписати) _____

5.2 Температура і відносна вологість повітря при температурі зовнішнього повітря

Приміщення	Температура в центрі приміщення	Відносна вологість повітря
Обідні зали		
Кімната для перегляду ТБ		
Спальні кімнати		
Кімнати для лікувально-терапевтичних занять та арттерапії		
Кабінети для лікарів		

5.2.1 Температура і відносна вологість повітря _____ період року при температурі зовнішнього повітря _____ °С.

Приміщення	Температура в центрі приміщення	Відносна вологість повітря
Обідні зали		
Кімната для перегляду ТБ		
Спальні кімнати		
Кімнати для лікувально-терапевтичних занять та арттерапії		
Кабінети для лікарів		

5.1.2 Горизонтальний перепад температури повітря в приміщенні при температурі зовнішнього повітря _____ °С (при наявності опалення):

Приміщення	Температура повітря		
	Біля зовнішньої стіни	Центр	Біля внутрішньої стіни
Обідні зали			
Кімната для перегляду ТБ			
Спальні кімнати			

Кімнати для лікувально-терапевтичних занять та арттерапії			
Кабінети для лікарів			

5.2. Вертикальний перепад температури повітря в приміщені при температурі зовнішнього повітря ____°С (при наявності опалення):

Приміщення	Температура повітря в центрі приміщення на рівні росту пацієнтів	Температура повітря на рівні ***
Обідні зали		
Кімната для перегляду ТБ		
Спальні кімнати		
Кімнати для лікувально-терапевтичних занять та арттерапії		
Кабінети для лікарів		

5.2 Відповідність системи вентиляції до призначення приміщення

5.2.2 Варіанти повітрообміну в різних приміщеннях (підкреслити)

Спальні кімнати	Приплив повітря і витяжка , наявність відсмоктувачів, витяжних шаф	ТАК	Частково	НІ
Обідні зали	Загально обмінна вентиляція Місцевий приплив і витяжка – у відповідність технологічним процесам			
Кабінет для лікарів	Організований природній приплив і організована канална витяжка Загально обмінна припливно-витяжна система Централізована система припливної вентиляції по системі повітряного опалення			

5.2.3 Місце відбору зовнішнього повітря: на рівні _____ м від ґрунту;

5.3.4 захищене зеленими насадженнями ТАК/Частково/Ні

5.3.5 отвір забору повітря захищений решітками ТАК/Частково/Ні

5.2.4 отвір витяжної шахти розташований вище припливної на _____ м

5.3.5 наявність первинної та вторинної очистки повітря ТАК/Частково/Ні

5.3 Експлуатація фрамужних приладів, вентиляційних решіток, каналних отворів

5.3.2 Справність важільних приладів фрамуг, квартирнок ТАК/Частково/Ні

5.3.3 Канальні отвори припливні та витяжні ВІДКРИТІ/Частково відкриті/ЗАКРИТІ, очищаються ТАК/Частково/Ні, скільки разів на рік _____.

5.4 Фактична кількість повітря в приміщенні**5.5 Кратність обміну повітря**

Назва приміщень	Кількість пацієнтів в приміщенні	Приплив (при повітряному *)			***		
		Кількість припливних отворів	Площа 1 отвору	Серед	Кількість отворів	Площа 1 отвору	Серед
Обідні зали							
Кімната для перегляду ТБ							
Спальні кімнати							
Кімнати для лікувально-терапевтичних занять та арттерапії							
Кабінети для лікарів							

5.6 Хімічне дослідження повітряного середовища

5.6.2 Вміст двоокису вуглецю в концентрації _____ %

5.6.3 Наявність хімічних речовин (бензин, ртуть, свинець, хлор, фосфати та ін.(підкреслити або вписати) _____

5.7 Дослідження повітряна виваженні речовини**5.8 Наявність виважених речовин в повітряному середовищі:**

- основних приміщень ТАК/Частково/Ні, концентрація _____

6. Умови та організація фізичних занять

6.1. Набір приміщень, та їх розмір та обладнання

6.1.1. Кількість кімнат в одному відділенні для проведення фіз.занять _____

6.1.2. Набір і площі приміщень при спортивній кімнаті:

6.1.2.1. спорядна: ТАК/Частково/Ні, _____ кв.м.

6.1.2.2. тренажерна: ТАК/Частково/Ні, _____ кв.м.

6.1.2.3.Наявність басейну: ТАК/Частково/Ні; довжина _____ м, ширина _____ м, пропускна можливість (площа на 1 хворого) _____ кв.м.

6.1.2.4. Температура повітря у спортивній кімнаті _____, в кімнаті де знаходиться басейн _____ і температура води у басейні _____

6.1.3. Санітарно-технічний стан приміщення басейну:

6.1.3.1. справність вентиляції: ТАК/Частково/Ні

6.1.3.2. справність опалення: ТАК/Частково/Ні

6.1.3.3. рівень природного освітлення : КПО _____, _____ лк.

7. **Окреме Приміщення в лікарні**, де може відбуватись судові процеси у випадках, передбачених статтею 14 Закону України «Про психіатричну допомогу»

_____ Так/Ні

8. Окреме приміщення для задоволення релігійних переконань пацієнтів та проведення релігійних обрядів ТАК/Частково/Ні _____

9. **Приміщення для проведення концертів та інших заходів для пацієнтів**
ТАК/Частково/Ні

9.1 **Площа** _____ м², **на кількість місць** _____

10. **Приміщення фізіотерапевтичного кабінету - Площа** _____ м²

Обладнання: На Вашу думку як Ви вважаєте щодо реформування у наданні психіатричної допомоги згідно зі змінами у Європейських країн та змін у Законі України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо надання психіатричної допомоги» від 2017 р. №51-52 і виберіть із запропонованих варіантів або запропонуйте, будь ласка, свій варіант (підкреслити):

11. **Радіус обслуговування психіатричної лікарні (у метрах):**

11.1. залишити до 1000 метрів

11.2. скоротити до 50 % - до 500 метрів

11.3. скоротити до 30% - до 300 метрів

11.4. залишити нормативну як для лікарень загального профілю – 30 метрів

11.5 . залишити нормативну на рівні побутової відстані у 15 метрів

12. **Щодо механізму фінансування охорони психічного здоров'я в Україні на Вашу думку:**

12.1 Зберегти бюджетну систему фінансування,

12.2 Запровадити систему обов'язкового медичного страхування,

12.3 Створити змішану систему, запровадити обов'язкове медичне страхування і зберігши при цьому роль уряду у фінансуванні певних елементів медичної допомоги

12.4 Свій варіант _____

13. **Як на Вашу думку: «Перекласти повноваження у сфері охорони психічного здоров'я»:**

13.1 На всі рівні самоврядування – на об'єднані територіальні громади (ОТГ) – громадські заклади охорони здоров'я (як у Польщі), Бути підпорядкованими МОЗ.

13.2 Свій варіант _____

14. Як на Вашу думку щодо нової моделі надання медичних послуг у сфері психічного здоров'я (підкреслити):

14.1 Модель європейських країн:

А) Служба охорони психічного здоров'я первинної медико-санітарної ланки до якої відносяться медичні послуги які надаються сімейними лікарями, медичними сестрами, психологами, психіатрами, невропатологами, соціальними працівниками за місцем проживання і залишатимуся в своєму оточенні. А також на базі первинної медико-санітарної ланки можуть працювати центри (Центри психічного здоров'я - Польща) по наданню психологічної допомоги населенню які будуть надавати медико-психологічну допомогу з початковими ознаками тривожного та депресивного реагування, предикторами емоційного вигорання.

Б) Служба охорони психічного здоров'я в лікарнях загального профілю включає послуги, які надають в районних або центральних лікарнях загального профілю, лікарнях при навчальних закладах у загальних палатах і відділеннях невідкладної психіатричної допомоги психіатрами, медичними сестрами, соціальними психологами, фахівцями які пройшли спеціальний курс підготовки з психіатрії.

В) Спеціалізовані інституційні психіатричні клініки які надають послуги для пацієнтів з гострими психічними розладами у відділеннях суворого режиму, відділеннях судової психіатрії, а також для пацієнтів важко виліковних психічних захворювань, при постійному контролі правозахисних організацій.

14.2 Модель яка діє в Україні.

ДОДАТОК Е

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 (їй) 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 глибоких 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 за межами 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 (амбулаторіях 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 різних методів/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 (амбулаторіях 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-психологіми, 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;

б) **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, віднесеним 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, опікунів.

Стаття 16. Порухення введення клінічних протоколів надання психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню

Надання психологічної, психотерапевтичної допомоги населенню здійснюється відповідно до клінічних протоколів, затвержених 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 установленому 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

Особи, 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;

б) 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;

б) 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) проведить 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 територіальних 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 (амбулаторіях 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 Ж

**Я Погоджуюсь взяти участь в анонімному, добровільному
анкетуванні _____ Підпись**

	Чоловіча	Жіноча
Стать		
Вік		
Професія		
Стаж роботи		
Категорія		
Інтроверт (для себе)		
Екстраверт(для оточуючих)		

Опитувальник Леонова А.Б., Велічкова С.Б.

Інструкція: Вам пропонується ряд висловів, що характеризують почуття і відчуття, які можуть виникнути у Вас у процесі роботи. Прочитайте, будь ласка, уважно кожне з них і оцініть, наскільки воно відповідає Вашим звичайним хвилюванням під час робочого дня.

№ п/п	Ствердження	Майже ніколи	іноколи	часто	Майже завжди
1	2	3	4	5	6
1	Робота приносить мені задоволення	1	2	3	4
2	Я з легкістю можу повністю концентруватися на роботі	1	2	3	4
3	Робота не здається мені «тупою» або дуже одноманітною	1	2	3	4
4	Я працюю майже з відразою	1	2	3	4
5	Я відчуваю себе неповоротким і сонним	1	2	3	4
6	Хотілося б, щоб в моїй роботі були більше всіляких завдань	1	2	3	4
7	У мене виникає відчуття невпевненості при виконанні роботи	1	2	3	4
8	На виникаючі перешкоди і негаразди в роботі я реагую спокійно і зібрано	1	2	3	4
9	Щоб справлятися з виконанням робочих завдань, мені доводиться витратити значно більше зусиль, чим я звик	1	2	3	4
10	Моя робота йде без особливої напруги	1	2	3	4
11	Я втрачаю загальний контроль над робочою ситуацією	1	2	3	4
12	Я відчуваю себе стомленим	1	2	3	4

1	2	3	4	5	6
13	Я продовжую працювати далі, хоча не відчуваю особливого інтересу	1	2	3	4
14	Все, що відбувається на моєму робочому місці, я можу контролювати без жодної напруги	1	2	3	4
15	Я працюю з небажанням	1	2	3	4
16	Я намагаюся змінити діяльність або відволіктися, щоб здолати відчуття втоми	1	2	3	4
17	Я знаходжу свою роботу досить приємною і цікавою	1	2	3	4
18	Буває, що в деяких робочих моментах я відчуваю страх	1	2	3	4
19	На роботі я млявий і невеселий	1	2	3	4
20	Робота не дуже обтяжує мене	1	2	3	4
21'	Мені доводиться заставляти себе працювати	1	2	3	4
22	Виникають ситуації, коли доводиться миттєво зібратися і приймати рішення, щоб запобігти можливим перешкодам і негараздам в роботі	1	2	3	4
23	Під час роботи мені хочеться встати, небагато розім'ятися і порухатись	1	2	3	4
24	Я на межі того, щоб заснути прямо за роботою	1	2	3	4
25	Моя робота повна різних завдань	1	2	3	4
26	Я із задоволенням виконую свою роботу	1	2	3	4
27	Мені здається, що я легко можу впоратися з будь-яким поставленим переді мною робочим завданням	1	2	3	4
28	Я зібраний і повністю включений у виконання будь-якого дорученого мені завдання	1	2	3	4
29	Я можу без зусиль прийняти усі необхідні заходи щодо подолання складних ситуацій	1	2	3	4
30	Час за роботою пролітає непомітно	1	2	3	4
31	Я звик до того, що в моїй роботі постійно може траплятися щось непередбачене	1	2	3	4
32	Я реагую на те, що відбувається недостатньо швидко	1	2	3	4
33	Я ловлю себе на відчутті, що час як би зупинився	1	2	3	4
34	Мені стає ніяково при будь-якому, навіть незначній перешкоді в роботі	1	2	3	4

1	2	3	4	5	6
35	Моя робота дуже одноманітна, і я був би рад будь-якій зміні у перебігу робочого процесу	1	2	3	4
36	Я ситий по горло цією роботою	1	2	3	4
37	Я відчуваю себе змученим і абсолютно побитим	1	2	3	4
38	Мені неважко самостійно приймати будь-які рішення, що стосуються виконання своєї роботи	1	2	3	4
39	Останнім часом робота не приносить мені і половини звичайного задоволення	1	2	3	4
40	Я відчуваю нервозність і підвищену дратівливість	1	2	3	4

Опитувальник «Професійне вигорання» Водопьянної Н.Є., Старченко О.С.

Варіант опитувальника для медичних працівників

1	Я відчуваю себе емоційно спустошеним(ой) Я відчуваю себе емоційно спустошеним(ний), без яскравих емоцій і відчуттів	1	2	3	4	5	6
2	До кінця робочого дня я відчуваю себе як вичавлений лимон	1	2	3	4	5	6
3	Вранці в робітники дні у мене поганий настрій, я рахую дні і годинник до вихідних	1	2	3	4	5	6
4	Я добре розумію, що відчувають мої пацієнти, і використовую це для успішнішого лікування	1	2	3	4	5	6
5	Я спілкуюся з моїми пацієнтами (хворими) лише формально, без зайвих емоцій і прагну звести час спілкування з ними до мінімуму	1	2	3	4	5	6
6	Я відчуваю себе енергійним(ой) і емоційно натхненним(ой)	1	2	3	4	5	6
7	Я умію знаходити правильне рішення у важких ситуаціях з хворими і з колегами	1	2	3	4	5	6
8	Я відчуваю незадоволення і втрату інтересу до моєї роботи	1	2	3	4	5	6
9	Я можу позитивно впливати на самопочуття і настрої пацієнтів	1	2	3	4	5	6
10	Останнім часом я вважаю за краще бути більш відчуженим(ой) і бездушним(ой) стосовно тих, з ким мені доводиться працювати	1	2	3	4	5	6
11	Як правило, люди, що оточують мене, надто багато вимагають від мене. Вони швидше стомлюють	1	2	3	4	5	6
12	Я працюю із задоволенням, і у мене багато планів на	1	2	3	4	5	6

	майбутнє, пов'язаних з моїм професійним розвитком Я вірю в їх здійснення						
13	. Я випробовую все більше життєвих розчарувань	1	2	3	4	5	6
14	Я відчуваю байдужість і втрату інтересу до багато чого, що радувало мене раніше	1	2	3	4	5	6
15	Я прагну емоційно не реагувати на «важких» (конфліктних) пацієнтів	1	2	3	4	5	6
16	Мені хочеться усамітнитися і відпочити від всього і всіх	1	2	3	4	5	6
17	Я легко можу створити атмосферу доброзичливості і оптимізму в стосунках з моїми колегами і в стосунках з моїми хворими	1	2	3	4	5	6
18	Я легко спілкуюся з хворими і їх родичами незалежно від їх соціального статусу і характеру	1	2	3	4	5	6
19	Я багато що встигаю зробити за день	1	2	3	4	5	6
20	Я відчуваю себе на межі можливостей	1	2	3	4	5	6
21	Я багато чого зможу досягти в своєму житті	1	2	3	4	5	6
22	Я проявляю до інших людей більше уваги і турбота, чим отримую від них у відповідь вдячності і вдячності	1	2	3	45	5	6

Текст опитувальника за автором БерезовськоїР. А.

- 1. Люди по-різному оцінюють різні сфери життя. Оцініть, наскільки представлені цінності важливі для вас в даний момент.**

Щасливе родинне життя	1	2	3	4	5	6	7
Матеріальний добробут	1	2	3	4	5	6	7
Наявність вірних друзів	1	2	3	4	5	6	7
Здоров'я	1	2	3	4	5	6	7
Цікава робота (кар'єра)	1	2	3	4	5	6	7
Визнання тих, хто оточує	1	2	3	4	5	6	7
Незалежність (свобода)	1	2	3	4	5	6	7

- 2. Як ви вважаєте, чим необхідно володіти, щоб досягти успіху в житті?**

Хороша освіта	1	2	3	4	5	6	7
Матеріальний достаток	1	2	3	4	5	6	7
Здатність	1	2	3	4	5	6	7
Везіння (успіх)	1	2	3	4	5	6	7
Здоров'я	1	2	3	4	5	6	7
Завзятість, працьовитість	1	2	3	4	5	6	7
«Потрібні зв'язки»(підтримка друзів,	1	2	3	4	5	6	7

знайомих)	
-----------	--

3. **Як би Ви в декількох словах сказали, що таке здоров'я?** _____

4. **Оцініть, який вплив на вашу обізнаність в галузі здоров'я надає інформація, отримана з таких джерел.**

ЗМІ (радіо, ТБ)	1	2	3	4	5	6	7
Лікарі (фахівці)	1	2	3	4	5	6	7
Газети і журнали	1	2	3	4	5	6	7
Друзі, знайомі	1	2	3	4	5	6	7
Науково-популярні книги	1	2	3	4	5	6	7

5. **Як ви думаєте, які з нижче перерахованих чинників роблять найбільш істотний вплив на стан вашого здоров'я?**

Якість медичного обслуговування	1	2	3	4	5	6	7
Екологічне середовище	1	2	3	4	5	6	7
Професійна діяльність	1	2	3	4	5	6	7
Особливості харчування	1	2	3	4	5	6	7
Шкідливі звички	1	2	3	4	5	6	7
Спосіб життя	1	2	3	4	5	6	7
Недостатня турбота про здоров'я	1	2	3	4	5	6	7

6. **Як ви себе найчастіше відчуваєте, коли із здоров'ям у вас все добре?**

Я спокійний	1	2	3	4	5	6	7
Я задоволений	1	2	3	4	5	6	7
Я щасливий	1	2	3	4	5	6	7
Мені радісно	1	2	3	4	5	6	7
Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4	5	6	7
Мені це байдуже	1	2	3	4	5	6	7
Ніщо мене не турбує	1	2	3	4	5	6	7
Я відчуваю упевненість в собі	1	2	3	4	5	6	7
Я відчуваю себе вільно	1	2	3	4	5	6	7
Я переживаю почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4	5	6	7

7. **Як ви себе найчастіше відчуваєте, коли дізнаєтеся про погіршення свого здоров'я?**

Я спокійний	1 2 3 4 5 6 7
Я зазнаю жаль	1 2 3 4 5 6 7
Я Заклопотаний	1 2 3 4 5 6 7
Я відчуваю почуття провини	1 2 3 4 5 6 7
Я засмучений	1 2 3 4 5 6 7
Мені страшно	1 2 3 4 5 6 7
Я знервований	1 2 3 4 5 6 7
Я відчуваю себе пригнічено	1 2 3 4 5 6 7
Я стривожений і нервую	1 2 3 4 5 6 7
Мені соромно	1 2 3 4 5 6 7

8. Чи робите ви що-небудь для підтримки здоров'я і наскільки регулярно?

Виконую фізичні вправи	1 2 3 4 5 6 7
Дотримуюся дієти	1 2 3 4 5 6 7
Піклуюся про режим	1 2 3 4 5 6 7
Загартовуюсь	1 2 3 4 5 6 7
Відвідую лікаря з профілактичною метою	1 2 3 4 5 6 7
Стежу за своєю вагою	1 2 3 4 5 6 7
Ходжу в лазню (сауну)	1 2 3 4 5 6 7
Уникаю шкідливих звичок	1 2 3 4 5 6 7
Відвідую спортивні секції	1 2 3 4 5 6 7
Практикую спеціальні оздоровчі системи	1 2 3 4 5 6 7
Що ще?	1 2 3 4 5 6 7
	1 2 3 4 5 6 7

9. Якщо ви піклуєтеся про своє здоров'я недостатньо/нерегулярно, то чому?

У цьому немає потреби, оскільки я здоровий	1 2 3 4 5 6 7
Не вистачає сили волі	1 2 3 4 5 6 7
У мене немає на це часу	1 2 3 4 5 6 7
Немає компанії (одному нудно)	1 2 3 4 5 6 7
Не хочу себе ні в чому обмежувати	1 2 3 4 5 6 7
Не знаю, що для цього робити	1 2 3 4 5 6 7

Немає відповідних умов	1	2	3	4	5	6	7
Необхідність великих матеріальних витрат	1	2	3	4	5	6	7
Є важливіші справи	1	2	3	4	5	6	7
Що ще?	1	2	3	4	5	6	7

10. **Якщо ви відчуваєте нездужання, то**

Прагну не звертає уваги на нездужання	1	2	3	4	5	6	7
Сам приймаю заходи?	1	2	3	4	5	6	7
Звертаюся за порадою до друзів, родичів і ін.	1	2	3	4	5	6	7
Що ще?	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7

Опитувальник «Емоційне вигорання» за Бойко В.В.

Інструкція: якщо Ви є професіоналом в будь-якій сфері взаємодії з людьми, Вам буде цікаво побачити, наскільки у Вас сформувався психологічний захист у формі емоційного вигорання. Читайте твердження і відповідайте «так чи ні». Врахуйте, що якщо у формулюваннях опитувальника йде мова про партнерів, то маються на увазі суб'єкти вашої професійної діяльності – пацієнти, клієнти, споживачі, замовники, і інші люди, з якими Ви щодня працюєте.

ЗАПИТАННЯ	ТАК	НІ
1. Організаційні недоліки на роботі постійно заставляють нервувати, переживати, напружуватися.		
2. Сьогодні я задоволений своєю професією не менше, ніж на початку кар'єри.		
3. Я помилився у виборі професії або профілю діяльності (займаю не своє місце).		
4. Мене турбує те, що я став гірше працювати (менш продуктивно, якісно, повільніше).		
5. Теплота взаємодії з партнерами дуже залежить від мого настрою – хорошого або поганого.		
6. От мене як професіонала мало залежить добробут партнерів.		
7. Коли я приходжу з роботи додому, то деякий час (години 2–3) мені хочеться побути одному, щоб зі мною ніхто не спілкувався.		
8. Коли я відчуваю втому або напругу, то прагну скоріше розв'язати проблеми партнера («скрутити» взаємодію).		
9. Мені здається, що емоційно я не можу дати партнерам того, що вимагає професійний обов'язок.		

10.Моя робота притуплює емоції.		
11.Я відверто втомився від людських проблем, з якими доводиться мати справу на роботі.		
12.Буває, я погано засинаю (сплю) із-за переживань, пов'язаних з роботою. 13. Взаємодія з партнерами вимагає від мене великої напруги.		
14.Робота з людьми приносить все менше задоволення.		
15.Я б змінив місце роботи.		
16.Мене часто розстроює те, що я не можу належним чином подати моєму партнерові професійну підтримку, допомогу.		
17.Мені завжди вдається запобігти впливу поганого настрою на ділові контакти.		
18.Мене дуже засмучує, якщо щось не ладнається в стосунках з діловим партнером.		
19.Я настільки втомлююся на роботі, що удома прагну спілкуватися якомога менше.		
20.Із-за браку часу, втоми або напруги часто приділяю уваги партнерові менше, ніж належить.		
21.Інколи найзвичайніші ситуації спілкування на роботі викликають роздратування.		
22.Я спокійно сприймаю обґрунтовані претензії партнерів.		
23.Спілкування з партнерами спонукало мене сторонитися людей.		
24.При спогаді про деяких колег після роботи або партнерів у мене псується настрій.		
25.Конфлікти або розбіжності з колегами віднімають багато сил і емоцій.		
26.Мені все важче встановлювати або підтримувати контакти з діловими партнерами.		
27.Обстановка на роботі мені здається дуже важкою, складною.		
28.У мене часто виникають тривожні чекання, пов'язані з роботою: що щось має трапитись; як би не припуститися помилки; чи зможу зробити все, як належить; чи не скоротять і тому подібне		
29.Якщо партнер мені неприємний, я прагну обмежити час спілкування з ним або менше приділяти йому уваги.		
30.У спілкуванні на роботі я дотримуюся принципу: «не роби людям добра, не отримасш зла».		
31.Я охоче розповідаю домашнім про свою роботу.		
32.Бувають дні, коли мій емоційний стан погано позначається на результатах роботи (менше роблю, знижується якість, трапляються конфлікти).		
33.Деколи я відчуваю, що треба проявити до партнера емоційну чуйність, але не можу.		
34.Я дуже переживаю за свою роботу.		
35.Партнерам по роботі віддаєш уваги і турбота більше, ніж отримуєш від них вдячності.		
36.При думці про роботу мені зазвичай стає ніяково: починає колоти в області серця, підвищується тиск, з'являється головний біль.		

37. У мене хороші (сповна задовільні) стосунки з безпосереднім керівником.		
38. Я часто радію, бачивши, що моя робота приносить користь людям.		
39. Останнім часом (або як завжди) мене переслідують невдачі в роботі.		
40. Деякі сторони (факти) моєї роботи викликають глибоке розчарування, засмучують.		
41. Бувають дні, коли контакти з партнерами складаються гірше, ніж зазвичай.		
42. Я розрізняю ділових партнерів (суб'єктів діяльності) гірше, ніж зазвичай.		
43. Втома від роботи приводить до того, що я прагну скоротити спілкування з друзями і знайомими.		
44. Я зазвичай виявляю цікавість до особи партнера, окрім того, що стосується справи.		
45. Зазвичай я приходжу на роботу що відпочив, зі свіжими силами, у хорошому настрої		
46. Я інколи ловлю себе на тому, що працюю з партнерами автоматично, без душі.		
47. По роботі зустрічаються настільки неприємні люди, що мимоволі бажаєш ним чого-небудь поганого.		
48. Після спілкування з неприємними партнерами у мене буває погіршення фізичного або психічного самопочуття.		
49. На роботі я випробовую постійні фізичні або психологічні перевантаження.		
50. Успіхи на роботі надихають мене.		
51. Ситуація на роботі, в якій я виявився, здається безвихідною (майже безвихідною).		
52. Я втратив спокій із-за роботи.		
53. Впродовж останнього року була скарга (були скарги) в мою адресу з боку партнерів.		
54. Мені вдасться берегти нерви завдяки тому, що багато що з того, що відбувається з партнерами я не взяв близько до серця.		
55. Я часто з роботи приношу додому негативні емоції.		
56. Я часто працюю над силу.		
57. Раніше я був чуйнішим і уважнішим до партнерів, ніж тепер.		
58. У роботі з людьми керуюся принципом: «не витрачай нерви, бережи здоров'я».		
59. Інколи йду на роботу з тяжким почуттям: «як все набридло, нікого б не бачити і не чути».		
60. Після напруженого робочого дня я відчуваю нездужання.		
61. Контингент партнерів, з якими я працюю, дуже важкий.		
62. Інколи мені здається, що результати моєї роботи не коштують тих зусиль, які я витрачаю.		
63. Якби мені поталанило з роботою, я б був щасливіший.		
64. Я у відчай через те, що на роботі у мене серйозні проблеми.		

65. Інколи я поступаю зі своїми партнерами так, як не хотів би, щоб поступали зі мною.		
66. Я засуджую партнерів, які розраховують на особливу поблажливість, увагу.		
67. Найчастіше після робочого дня у мене немає сил займатися домашніми справами.		
68. Зазвичай я кваплю час: «швидше б робочий день кінчився».		
69. Стани, прохання, потреби партнерів зазвичай мене щиро хвилюють.		
70. Працюючи з людьми, я зазвичай як би ставлю екран, що захищає від чужих страждань і негативних емоцій.		
71. Робота з людьми (партнерами) дуже розчарувала мене.		
72. Щоб відновити сили, я часто вживаю ліки.		
73. Як правило, мій робочий день проходить спокійно і легко.		
74. Мої вимоги до виконуваної роботи вищі, ніж те, чого я досягаю через обставини.		
75. Моя кар'єра склалася вдало.		
76. Я дуже нервую із-за всього, що пов'язане з роботою.		
77. Деяких зі своїх постійних партнерів я не хотів би бачити і чути.		
78. Я схвалюю колег, які повністю присвячують себе людям (партнерам), забуваючи про власні інтереси.		
79. Моя втома на роботі зазвичай мало позначається (ніяк не позначається) в спілкуванні з домашніми і друзями.		
80. Якщо надається випадок, я приділяю партнерові менше уваги, але так, щоб він цього не відмітив.		
81. Мене часто підводять нерви в спілкуванні з людьми на роботі.		
82. До всього (майже до всього), що відбувається на роботі, я втратив інтерес, живе відчуття.		
83. Робота з людьми погано вплинула на мене як професіонала – розлютила, зробила нервовим, притупила емоції.		
84. Робота з людьми явно підриває моє здоров'я.		

МОТИВАЦІЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

(методика К. Замфір в модифікації А. А. Реана)

ІНСТРУКЦІЯ: Прочитайте уважно кожне з наведених тверджень і покладіть плюс чи галочку в тому квадратику напроти кожного запитання.

Над запитаннями довго не задумуйтеся, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.

ЛИСТ ВІДПОВЕДІЙ

	1	2	3	4	5
МОТИВ	у дуже незначній	у незначній	у не великій, але і не малій	великою мірою	у дуже великій

		мірі	мірі	мірі		мірі
1	Грошовий заробіток					
2	Прагнення до просування по службі					
3	Прагнення уникнути критики з боку керівника або колег					
4	Прагнення уникнути можливих покарань або неприємностей					
5	Потреба в досягненні соціального престижу і пошани з боку інших					
6	Задоволення від самого процесу і результату роботи					
7	Можливість як найповнішої самореалізації саме в даній діяльності					

Тест оцінки мотивації Герчикова В.І.

У кожному питанні є вказівка, скільки варіантів відповіді Ви можете дати. Більшість питань вимагають дати лише одну або дві відповіді та обведіть, будь ласка, свій варіант.

ПИТАННЯ:

1. Що Ви найбільше цінуєте в своїй роботі?

Можете дати один або два варіанти відповіді:

1. Що я в основному сам(а) вирішую, що і як мені робити.
2. Що вона дає мені можливість проявити те, що я знаю і умію.
3. Що я відчуваю себе корисним і потрібним.
4. Що мені за неї відносно непогано платять.
5. Особливо нічого не ціную, але ця робота мені добре знайома і звична.

2. Який вислів з перерахованих нижче Вам личить понад усе?

Дайте лише одну відповідь:

1. Я хочу забезпечити своєю працею собі і своїй сім'ї пристойний дохід.
2. У своїй роботі я повний господар.
3. У мене досить знань і досвіду, щоб впоратися з будь-якими труднощами в моїй роботі.
4. Я коштовний, незамінний для організації працівник.
5. Я завжди виконую те, що від мене вимагають.

3. Як Ви вважаєте за краще працювати? Можете дати один або два варіанти відповіді:

1. Вважаю за краще робити те, що знайомо, звично.
2. Потрібно, щоб в роботі постійно з'являлося щось нове, щоб не стояти на місці.
3. Щоб було точно відомо, що потрібно зробити і що я за це отримаю.
4. Вважаю за краще працювати під повну особисту відповідальність.
5. Готовий(а) робити все, що потрібне для організації де я працюю.

4. Допустимо, що Вам пропонують іншу роботу у Вашій організації. За яких умов Ви б на це погодилися? Можете дати один або два варіанти відповіді:

1. Якщо запропонують набагато вищу зарплату.
2. Якщо інша робота буде більш творчою і цікавою, чим нинішня.
3. Якщо нова робота дасть мені більше самостійності.
4. Якщо це дуже потрібно для організації.
5. При всіх обставинах я вважав (вважала за краще) за краще б залишитися на тій роботі, до якої звик (звикла).

5. Спробуйте визначити, що для Вас означає Ваш заробіток? Можете дати один або два варіанти відповіді:

1. Плата за час і зусилля, витрачені на виконання роботи.
2. Це перш за все плата за мої знання, кваліфікацію.
3. Оплата за загальні результати діяльності організації.
4. Мені потрібний гарантований заробіток – хай невеликий, але щоб він був. 5. Яким би він не був, я його заробив(а) сам(а).

Як Ви відноситеся до перерахованих нижче джерел доходу? Дайте лише одну відповідь в кожному пункті:**6. Заробітна плата і премії:**

1. Дуже важливо.
2. Не дуже важливо.
3. Зовсім не важливо.

7. Доплати за кваліфікацію :

1. Дуже важливо.
2. Не дуже важливо.
3. Зовсім не важливо.

8. Доплати за важкі і шкідливі умови роботи :

1. Дуже важливо.
2. Не дуже важливо.
3. Зовсім не важливо.

9. Соціальні виплати і пільги, субсидії:

1. Дуже важливо.
2. Не дуже важливо.
3. Зовсім не важливо.

10. Доходи від капіталу, акцій :

1. Дуже важливо.
2. Не дуже важливо.
3. Зовсім не важливо.

11. Будь-які додаткові підробітки:

1. Дуже важливо.
2. Не дуже важливо.
3. Зовсім не важливо.

12. Підробітки, але не будь-які, а лише за своєю спеціальністю :

1. Дуже важливо.
2. Не дуже важливо.
3. Зовсім не важливо.

13. Доходи від особистого господарства, дачної ділянки і тому подібне :

1. Дуже важливо.
2. Не дуже важливо.
3. Зовсім не важливо.

14. Виграш в лотерею, казино і тому подібне :

1. Дуже важливо.
2. Не дуже важливо.
3. Зовсім не важливо.

15. На яких принципах, на вашу думку, повинні будуватися стосунки між працівником і організацією? Дайте лише одну відповідь:

1. Працівник повинен належати до організації як до свого будинку, віддавати їй все і разом

переживати труднощі і підйоми. Організація повинна відповідно оцінювати відданість і працю працівника.

2. Працівник продає організації свою працю, і якщо йому не дають хорошу заробітну плату, він має право знайти іншу роботу за яку він буде отримувати гарну заробітну плату.

3. Працівник приходить в організацію для самореалізації і відноситься до неї як до місця реалізації своїх здібностей. Організація повинна забезпечувати працівникові таку можливість, отримувати з цього вигоду для себе і на цій основі розвиватися.

4. Працівник витрачає на організацію свої сили, а організація повинна навзаєм гарантувати йому зарплату і соціальні блага.

16. Як Ви вважаєте, чому в процесі роботи люди проявляють ініціативу, вносять різні пропозиції? Можете дати один або два варіанти відповіді:

1. Відчувають особливу відповідальність за свою роботу.
2. Із-за прагнення реалізувати свої знання і досвід, вийти за встановлені роботою рамки.
3. Найчастіше через бажання поліпшити роботу своєї організації.
4. Просто хочуть виділитися або завоювати розташування начальства.
5. Хочуть заробити, оскільки всяка корисна ініціатива повинна винагороджуватися.

17. Яка думка про колективну роботу Вам ближче? Можете дати один або два варіанти відповіді:

1. Колектив для мене дуже важливий, одному неможливо добитись добрих результатів.
2. Вважаю за краще працювати автономною, але відчуваю себе так само добре, коли працюю разом з цікавими людьми.
3. Мені потрібна свобода дій, а колектив найчастіше цю свободу обмежує.
4. Можна працювати і в колективі, але платити повинні за особисті результати.
5. Мені подобається працювати в колективі, оскільки там я серед своїх.

18. Уявіть собі, що у Вас з'явилася можливість стати власником Вашої організації. Чи скористаєтеся Ви цією можливістю? Можете дати один або два варіанти відповіді:

1. Так, оскільки я зможу брати участь в управлінні організацією.
2. Так, тому що це може збільшити мій дохід.
3. Так, оскільки справжній працівник має бути співвласником.
4. Навряд чи: на заробітку це не позначиться, участь в управлінні мене не цікавить, а роботі це перешкодить.
5. Ні, не потрібні мені зайві турботи.

19. Уявіть, будь ласка, що Ви зараз шукаєте роботу. Вам пропонують декілька робіт. Яку з них Ви виберете? Можете дати один або два варіанти відповіді:

1. Найцікавішу, творчу.
2. Найбільш самостійну, незалежну.
3. За яку більше платять.
4. Щоб за не дуже великі гроші не потрібно було особливо «надриватися».
5. Не можу уявити, що я піду з нашої організації.

20. Що Ви перш за все враховуєте, коли оцінюєте успіхи іншого працівника у Вашій організації? Можете дати один або два варіанти відповіді:

1. Його зарплату, доходи, матеріальне положення.
2. Рівень його професіоналізму, кваліфікації.
3. Наскільки добре він «влаштувався».
4. Наскільки його поважають в організації.
5. Наскільки він самостійний, незалежний.

21. Якщо положення у Вашій організації погіршає, на які зміни у Вашій роботі і положенні Ви погодитеся ради того, щоб залишитися на роботі? Можете дати скільки завгодно відповідей:

1. Освоїти нову професію.
2. Працювати неповний робочий день або перейти на менш кваліфіковану роботу і менше отримувати.
3. Перейти на менш зручний режим роботи.
4. Працювати інтенсивніше.
5. Погоджуся просто терпіти, тому що діватися нікуди.
6. Швидше за все я просто піду з цієї організації.

22. Якщо Ви керівник, то що Вас залучає перш за все в цьому положенні? Можете дати один або два варіанти відповіді:

1. Можливість приймати самостійні, відповідальні рішення.
2. Можливість принести найбільшу користь організації.
3. Високий рівень оплати.
4. Можливість організовувати роботу інших людей.
5. Можливість щонайкраще застосувати свої знання і уміння.
6. Нічого особливо не залучає, за положення керівника не тримаюся.

23. Якщо Ви не є керівником, то хотіли б Ви їм стати? Можете дати один або два варіанти відповіді:

1. Так, оскільки це дасть можливість приймати самостійні, відповідальні рішення.
2. Не проти, якщо це потрібно для користі справи.

3. Так, оскільки при цьому я зможу краще застосувати свої знання і уміння.
4. Так, якщо це належним чином оплачуватиметься.
5. Ні, професіонал може відповідати лише за самого себе.
6. Ні, керівництво мене не залучає, а добре запрацювати я можу і на своєму місці.
7. Так, чим я гірший за інших?
8. Ні, це дуже велике навантаження для мене.

ДОДАТОК 3

Таблиця 1 - Імплементация 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		Нормативний документ України	Нормативний документ ЄС
		Україна	ЄС		
1	2	3	4	5	6
	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.	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/VADEG_UID/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 п.2,3

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5	6
2		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.	В озелененій зоні для відпочинку відкриті майданчики до кожної одностісної палати (альтанки, столи, лавки). Не повинні використовуватися рослини, які є алергенами, отруйними. Зовнішні ділянки вимагають захищеної території, які мають затінене місце протягом літа.	Наказ 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. (далі Наказ МОЗ України № 354 від 21.02.2023 р.) п.15	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 Briefiefing&Design 200 Mental Health Unit – Older Persons. Internacional Health Facility Guidelines. 2014.URL: п.2,3
3	Зовнішнє освітлення	Біля входів до будівель, зовнішніх сходів та ін. використовувати кілька рівнів освітлення, зокрема нічне освітлення	Біля входів до будівель, зовнішніх сходів та ін. використовувати кілька рівнів освітлення, зокрема нічне освітлення території	ДБН В.2.2-10:2022 П.5.16-5.17	Mentalhealthfacilitiesdesignguide. OfficeofConstruction&FacilitiesManagement. Planninganddesign criteria. 2010.П.4.2.5, П.4.2.12
4	Зони активного відпочинку		Спортивна зона, садові ділянки, прогулянкові дворики, зона для відпочинку та ігор. Ці зони повинні бути розглянуті на етапі планування.	Наказ МОЗ України № 354 від 21.02.2023 р. п.Х Психіатричне відділення п.15	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 Chrysi Kou E. Desing guidance for

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5	6
					<p>psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. <i>Architect Medical Planne</i>. 2017. URL: https://www.academia.edu/1026013/1/Architecture_for_Psychiatric_Environments_and_Therapeutic_Spaces_n.5.4</p>
5	Зовнішні дворики	<p>Для психіатричних відділень на території ЗОЗ облаштовується прогулянковий двір, з розрахунку 20 м² на кожне ліжко пацієнта. При облаштуванні прогулянкового двору заборонено використовувати матеріали і оздоблення, що може стати причиною травмування або інших негативних впливів на пацієнтів</p>	<p>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 проектувати з урахуванням трьох основних принципів:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>У будь-якому новому будівництві та, наскільки це</p>	<p>Наказ МОЗ України № 354 від 21.02.2023 р. п.Х Психіатричне 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 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</p>

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5	6
			<p>можливо, у реконструйованому будівництві має бути надійний і безпечний зовнішній простір, доступний безпосередньо з кожного стаціонарного відділення.</p>		
5	<p>Психіатричні відділення проєктуються</p>	<p>ЗОЗ ПП проєктують не вище третього поверху будівлі, відокремленими від усіх груп приміщень лікарні. Психіатричні відділення повинні мати прямі або зручні зв'язки з відділенням невідкладної медичної допомоги (приймальним відділенням).</p>	<p>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.</p>	<p>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</p>	<p>Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. п.3.2.1</p>

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5	6
6	Психіатричні відділення проєктуються	ЗОЗ ПП проєктують не вище третього поверху будівлі, відокремленими від усіх груп приміщень лікарні. Психіатричні відділення повинні мати прямі 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 забезпечує зручний доступ для пацієнтів, сімей та персоналу та полегшує транспорт і можливість лікувати супутні медичні проблеми.	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 психіатричних відділеннях для пацієнтів старше	18 м ² / 12 м ² Двері в санітарно-гігієнічних кабінах 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-	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	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:

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5	6
	18 років (без урахування санітарно-гігієнічного приміщення)	гігієнічні приміщення із зоною для душу	розроблені так, щоб мінімізувати такі місця, де за пацієнтами не може спостерігати персонал, не входячи докімнати; для мобільності персоналу у випадку, коли знадобиться допомога пацієнту. Надійне оздоблення узголів'я ліжка, вбудований стіл та стелаж для зберігання одягу і заспокійливі кольори дають відчуття житлової кімнати.		https://www.fgiguilines.org/wp-content/uploads/2017/03/DesignGuideBH_7_2_1703.pdf Part B – Health Facility Briefiefing&Design 200 Mental Health Unit – Older Persons. Internacionol Health Facility Guidelinel. 2014.URL: https://healthfacilityguidelines.com/ViewPDF/ViewIndexPDF/iHFG_part_b_complete П.2,3 Chrysiou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. <i>Architect Medical Planne</i> . 2017. https://www.academia.edu/10260131/Architecture_for_Psychiatric_Environments_and_Therapeutic_Spaces П.3.4., П.5.5, П.5.8
8	Площа ординагорської 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 Briefiefing&Design 200 Mental Health Unit – Older Persons. Internacionol Health Facility Guidelinel. П.2.3 Chrysiou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. <i>Architect Medical Planne</i> . 2017.URL:П. 5.9

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5	6
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 Психіатричне відділення п.6	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 Briefiefing&Design 200 Mental Health Unit – Older Persons. Internacional Health Facility Guidelines. 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. <i>URL:II. 5.9</i>
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. URL: https://www.wbdg.org/FFC/VA/VADEGUID/ARCHIVE/dgmh_2010_Rev2017.p Chryssikou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. <i>Architect Medical Planne</i> . 2017. <i>II.4, 5.10</i>

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5	6
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 переодягання із шафками, душовою кабіною (туалетами), туалетами для чоловіків та жінок.	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: https://www.wbdg.org/FFC/VA/VADEG/UID/ARCHIVE/dgmh_2010_Rev2017.p Chrysikou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. <i>Architect Medical Planne</i> . 2017.П.4, 5.10
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 зміні, але мінімум одна на психіатричне відділення)	Зона для психологічного розвантаження не менше 12м ²	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. п.4.3-4.3.3

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5	6
14	Двері в санітарно-гігієнічних кабінах повинні розміщуватись	на висоті 20 см + 5 см від підлога 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 VAPatientSafetyAlerts (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. <u>П.3.2.5</u> 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</i> . 2017. <i>II.6.3</i>
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	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. PatientSafetyStandards, MaterialsandSystems Guidelines (24 Edition). Recommendedbythe

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5	6
			<p>випадках закріплювати настінні пластини до стіни за допомогою стійких до втручання кріплень, прийнятих у стандартах безпеки пацієнтів NYS-ОМН.</p>		<p>NewYorkStateOfficeofMentalHealthOffice ofMentalHealth. (2020) П. 2,3</p>
16	<p>Палати психіатричного відділення обладнують:</p>	<p>системою виклику медичних працівників з акустичним і світловим сигналом.</p>	<p>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 бутиположення про те, що система повинна бути деактивована централізовано у випадку постійної невідповідностівикористання 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>	<p>ДБН В.2.2-10:2022 П.8.2.11.7</p>	<p>Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. П.3.2.4 PatientSafetyStandards, MaterialsandSystems Guidelines (24 Edition). Recommendedbythe NewYorkStateOfficeofMentalHealthOffice ofMentalHealth. (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. Chrysikou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. <i>Architect Medical Planne</i>. 2017.П.7.9</p>

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5	6
17	Пост медичної сестри	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 для зберігання лікарських засобів.	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 поведінки пацієнтів, які шукають уваги. Ширина вікон повинна бути не більше 220–350 мм 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.	ДБН В.2.2-10:2022 П.8.3.1.5	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 Patient Safety Risk Assessment Tool The Facility Guidelines Institute. 2017. PatientSafetyStandards, MaterialsandSystems Guidelines (24 Edition). Recommendedbythe NewYorkStateOfficeofMentalHealthOffice ofMentalHealth. (2020) П.2,3 Chrysikou 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

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5	6
18	Пост медичної сестри	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 для зберігання лікарських засобів.	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 поведінки пацієнтів, які шукають уваги. Ширина вікон повинна бути не більше 220–350 мм 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.	Наказ МОЗ України № 354 від 21.02.2023 р. п.Х Психіатричне відділення п.6,14	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 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 Chrysikou 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

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5	6
19	Висота захисного покриття стін має бути не	менше, ніж 1,2 м від рівня підлоги, у місцях інтенсивного руху (коридорах) мають використовуватися протиударні 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 санітарнопротиепідемічн і вимоги	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. 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.	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. Sine, DrBE, CSP, ARM, CPHRM. Includes a Patient Safety Risk Assessment Tool The Facility Guidelines Institute. 2017. Chrysikou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. <i>Architect Medical Planne</i> . 2017.П.6.7-6.8-6.9

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5	6
20	Висота захисного покриття стін має бути не	менше, ніж 1,2 м від рівня підлоги, у місцях інтенсивного руху (коридорах) мають використовуватися протиударні 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 санітарнопротиепідемічн і вимоги	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. 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.	Наказ МОЗ України № 354 від 21.02.2023 р. п.Х Психіатричне відділення п.9, 11	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. Chrysikou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. <i>Architect Medical Planne</i> . 2017.П.6.7-6.8-6.9

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5	6
21	Палати пацієнтів мають бути розраховані	одномісні	На 1 ліжко.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 бариатричних пацієнтів повинні бути такими ж, але більшими за розмірами. Електричні лікарняні ліжка можуть бути замінені на ліжка-платформи, якщо це доцільно для геропсихіатричних пацієнтів та інших пацієнтів з медичними потребами, яким потрібен цей тип ліжка. Довжина всіх шнурів на цьому ліжку повинна бути менше 12 дюймів [304,8 мм].	ДБН 10:2022 П.8.3.2.6 B.2.2-	Mental health facilities design guide. Office of Construction&Facilities Management. Planning and design criteria. 2010. П.3.2.5 PatientSafetyStandards, MaterialsandSystems Guidelines (24 Edition). Recommendedbythe NewYorkStateOfficeofMentalHealthOffice ofMentalHealth. (2020)П.2,3
22	Палага пацієнта	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),	Столи в зонах для пацієнтів повинні складатися з простої поверхні для письма. Рекомендується використовувати вбудовані столи з твердою поверхнею, щоб усунути оголені сторони.	ДБН 10:2022 П.8.3.2.7 B.2.2-	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

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5	6
		<p>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>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 підвішування. Шафи повинні бути заглибленими, без виступаючих отворів, обладнані холодильником та телевізором.</p>		<p>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 Chrysikou E. Design guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. <i>Architect Medical Planne</i>. 2017.</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 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</p>	<p>Столи в зонах для пацієнтів повинні складатися з простої поверхні для письма. Рекомендується використовувати вбудовані столи з твердою поверхнею, щоб усунути оголені 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</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 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 Chrysikou E. Design guidance for</p>

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5	6
		менше ніж 1 м.	слугували потенційними місцями для кріплення простирадла для підвішування. Шафи повинні бути заглибленими, без виступаючих отворів, обладнані холодильником та телевізором.		psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. Architect Medical Planne. 2017.
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>Загальне освітлення: вбудовані люмінесцентні світильники. 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.</p>	ДБН В.2.2-10:2022 П.8.3.2.9	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. PatientSafetyStandards, MaterialsandSystems Guidelines (24 Edition). Recommendedbythe NewYorkStateOfficeofMentalHealthOffice ofMentalHealth. (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.6.6

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5	6
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 унеможлиблює їхнє розбиття, при цьому суттєво не зменшує прозорість скла.	Зовнішнє вікно з інтегрованими жалюзі та внутрішнім ламінованим склом. Зовнішні вікна в палатах для пацієнтів мають бути великогабаритними комерційними блоками з ізольованим подвійним склом і відповідати стандартам, вікна в спальні пацієнтів повинні працювати для екстреної вентиляції. Усі зовнішні вікна в спальнях пацієнтів повинні мати вбудовані жалюзі. Внутрішня сторона склопакета повинна бути багат шаровим склом. Товщина та склад скління 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.	ДБН В.2.2-10:2022 П.8.3.2.12 Наказ МОЗ України № 354 від 21.02.2023 р. п.Х Психіатричне відділення п.17	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.
26	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	ДБН В.2.2-10:2022 П.8.3.3.4	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. Internacional Health Facility Guidelines. 2014.П.2,3

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5	6
				Наказ МОЗ України № 354 від 21.02.2023 р. п.Х Психіатричне відділення п.6	Chrysikou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. <i>Architect Medical Planne. 2017. П.5.3</i>
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 Briefiefing&Design 200 Mental Health Unit – Older Persons. Internaciona Health Facility Guidelines. 2014.П.2,3 Chrysikou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. <i>Architect Medical Planne. 2017. П.5.3</i>
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 зберігаються 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	

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5	6
29	Санітарно-гігієнічне приміщення іззоною для душу (для пацієнтів) у складі кожної палати	на одне приміщення – 1унітаз, 1умивальник, 1змішувач згігієнічним душемв зоні для душу	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 стаціонарної ванної кімнати є однією з найбільших проблем у стаціонарному відділенні психічного здоров'я. Ванна кімната має представляти себе як звичайне середовище, що поважає приватність і гідність пацієнта, з важливими положеннями для забезпечення безпеки пацієнтів. Ванна кімната обладнана сигналізацією, яка встановлюється на стандартні двері в стаціонарних палатах. Унітази з нержавіючої сталі слід використовувати тільки в кімнатах ізоляції. Туалети повинні мати суцільну поверхню з вбудованою раковиною. Слід враховувати потреби пацієнтів з ожирінням та баріатричною хворобою. Для ванної кімнати знадобиться мінімум 7 м ² , але це залежатиме від того, чи є в кімнаті ванна або допоміжний душ, останньому буде потрібно менше місця.	ДБН В.2.2-10:2022 П.6,3 (6.3.1-6.3.8); Таблиця 1 Санітарно-гігієнічні приміщення ЗОЗ Наказ МОЗ України № 354 від 21.02.2023 р. п.Х, Психіатричне відділення п.6,13	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. Sine, DrBE, CSP, ARM, CPHRM. Includes a Patient Safety Risk Assessment Tool The Facility Guidelines Institute. 2017. URL: https://www.fgiguilines.org/wp-content/uploads/2017/03/DesignGuideBH_7.2_1703.pdf PatientSafetyStandards, MaterialsandSystems Guidelines (24 Edition). Recommendedbythe NewYorkStateOfficeofMentalHealthOffice ofMentalHealth. (2020) П.2,3 Chrysiou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. <i>Architect Medical Planne</i> . 2017.П.5.5

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5	6
			<p>Дзеркало: дзеркала у ванних кімнатах пацієнтів мають бути з відбиваючого полікарбонату з рамою з нержавіючої сталі, міцно прикріпленою до стіни. Жодна полиця не повинна бути частиною цієї рами.</p>		
30	<p>стаціонарні зони збору: (вітальня/вітальня, багатоцільовий/багатофункціональний):</p>	<p>приміщення для трудової та соціальної реабілітації (за необхідності для психіатричних відділень для дорослих)</p>	<p>Вітальня та кімната відпочинку: загальну зону кімнати відпочинку, запрограмовану для кожного відділення для пацієнтів, слід розділити на відкриті та закриті приміщення, включаючи вітальню та кімнату відпочинку. Вітальня блоку має бути відкритою, привабливо мебльованою та видимою зі входу в приміщення. Цю зону можна використовувати для неформального спілкування, читання та відпочинку. Багатоцільовий кабінет для трудотерапії (предмети мистецтва та засоби трудотерапії), мистецтва та комп'ютера з доступом до інтернету. 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</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.3.2.7 П.3.4.4</p> <p>PatientSafetyStandards, MaterialsandSystems Guidelines (24 Edition). Recommendedbythe NewYorkStateOfficeofMentalHealthOffice ofMentalHealth. (2020) П.2,3</p> <p>Chrysikou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. <i>Architect Medical Planne</i>. 2017.<u>URL:II.5.3, 5.4</u></p>

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5	6
			<p>відпочинку повинні бути обладнані зручними стільцями та столами, які неможливо легко кинути або розібрати та використати як зброю. Телевізори з плоским екраном повинні бути розташовані в ніші та прикріплені до стіни за 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 вилізанням пацієнтів або перекиданню таких меблів.</p>		
31	<p>Зона постачання та управління відходами</p>	<p>Необхідність облаштування відділення або структурного підрозділу репроцесингумедичних виробів (далі – СПР) визначається медичним завданням. Закладам 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.</p>	<p>Відходи слід розділяти та утилізувати відповідно до законодавчих вимог, належної практики, викладеної в НТМ 07-01 (Безпечне управління відходами охорони здоров'я; ДН, 2013г) та способом, який відповідає всім чинним нормативним актам керівництва з метою захисту здоров'я та безпеки працівників, відвідувачів та пацієнтів,</p>	<p>ДБН В.2.2-10:2022 П.8.6 (8.6.1.1-8.6.1.5)</p>	<p>Chrysiou E. Desing guidance for psychiatric intensive care in Units. Architecture for psychiatric environments and therapeutic spaces. <i>Architect Medical Planne</i>. 2017. II.9 (9.1,9.2)</p>