



ОСУХОВСЬКА Олена Сергіївна,

д-р мед. наук, професор,
ДУ «Інститут судової психіатрії
МОЗ України»
ORCID ID: 0000-0003-0358-7786

ОЛІЙНИК Оксана Петрівна,

д-р мед. наук,
старш. наук. співр.,
ДУ «Інститут судової психіатрії
МОЗ України»

ХАУСТОВА Олена Олександрівна,

д-р мед. наук, професор,
Національний медичний університет
ім. О. О. Богомольця
ORCID ID: 0000-0002-8262-5252

ЛИХОЛАТ Вікторія Ігорівна,

д-р філос. з медицини,
ДУ «Інститут судової психіатрії
МОЗ України»
ORCID ID: 0000-0001-9485-0329

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), психічне здоров'я – це стан благополуччя, при якому кожна людина може реалізувати власний потенціал, упоратися із життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти.

Психічне здоров'я та психічне благополуччя є найважливішими складовими високого рівня якості життя кожної людини, які створюють його повноцінним, значущим, активним і творчим, а їх високі показники є важливими чинниками соціальної єдності, продуктивності праці, суспільного спокою, сприяють зростанню благополуччя та економічного розвитку суспільства¹. Тому, поліпшення психічного здоров'я, профілактика, ліку-

¹ URL: <http://khocz.com.ua/psihichne-zdorov-ja-suspilstva-trivozhna-statistika-po-depresii/>

вання, реабілітація осіб із психічними порушеннями та розладами, догляд за ними є пріоритетними завданнями для ВООЗ.

На жаль, українська нація в умовах повномасштабної війни з лютого 2022 р. зіткнулась із значним погіршенням психічного здоров'я.

Згідно з даними ВООЗ 20 % населення, яке упродовж останніх 10 років проживає в постраждалих від військових конфліктів районах, має певну форму психічного розладу – від легкої депресії і тривожності до психозу, і майже кожна десята особа – психічний розлад помірного або тяжкого ступеня. Отже, за прогнозом Олександри Машкевич, генеральної директорки директорату медичних послуг МОЗ України 15,7 млн. осіб в Україні потребуватимуть психологічної допомоги, 3,5 млн. із них матимуть певний розлад психічного здоров'я, а 800 700 осіб матимуть психічний розлад помірного або тяжкого ступеня.

За інформацією від Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України у нашій державі вперше з кінця лютого 2022 р. провели дослідження психологічного стану населення методом добровільного та анонімного онлайн-опитування на панелі Kantar осіб віком 18–55 років у містах України з населенням понад 50 тис. осіб². Більшість опитаних (понад 90 %) мали прояви хоча б одного з симптомів посттравматичного стресового розладу; 57 % громадян перебували в зоні ризику розвитку посттравматичного стресового розладу; 23 % респондентів хотіли б звернутися до психолога, але поки не реалізували це бажання. Майже половина (45 %) респондентів визнали, що їм потрібно «наважитися», щоб звернутися по психологічну допомогу. Ще близько третини громадян (30 %) готові отримувати таку допомогу лише на безоплатній основі а 34 % респондентів знають, куди вони могли б звернутися по допомогу в разі необхідності, причому серед людей віком 41–55 років частка поінформованих з цих питань значущо менша – 24 %.

Згідно з оцінками ООН у грудні 2022 року, понад 22 % людей, які постраждали внаслідок війни, могли мати розлади психічного здоров'я (від легких та помірних форм депресії, тривоги та посттравматичного стресового розладу до інших розладів), майже кожна десята (9 %) людина перебувала у важкому стані або ж у стані середньої важкості. Потреби у сфері захисту психічного здоров'я продовжують зростати, особливо серед

2 URL: <https://moz.gov.ua/uk/v-ukraini-prezentovali-rezultati-pershogo-z-pochatku-povnomasshtabnoi-vijni-doslidzhennja-psihologichnogo-stanu-naselennja->

внутрішньо переміщених осіб (ВПО). Водночас за підтримкою загалом частіше звертаються жінки, ніж чоловіки³.

У звіті міжнародної організації «WHO 2024 Emergency Appeal: Ukraine» зазначено, що 9,6 мільйонів громадян України мають ризик психічного розладу або живуть із ним, з яких 3,9 мільйони – страждають від середніх до важких симптомів. Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка (MHPSS) в Україні мають обмежений характер. Кількість громадян, які потребували підтримки протягом першого року повномасштабної війни, перевищувала 10 мільйонів і має тенденцію зростати станом на третій рік повномасштабного вторгнення, а 52,7 % осіб, які потребують психологічної допомоги, демонструють симптоми психологічного дистресу, включаючи тривогу (54,1 %), депресію (46,8 %) та безсоння (12,1 %) ⁴.

Фахівці МОЗ України, як і фахівці психіатричного й медико-психологічного профілей вважають, що сучасна українська система охорони психічного здоров'я в цілому успадкувала організаційну структуру, стратегії та практики радянської системи – з усіма її перевагами та недоліками. Ця система не зазнала істотних структурних змін після набуття Україною незалежності й залишається переважно сфокусованою на біомедичних підходах, зумовлюючи високий рівень інституціалізації і відповідно – сегрегації та стигматизації осіб, що мають психічні розлади. До українців з психічними та інтелектуальними порушеннями, які перебувають у конфлікті із законом, переважно застосовується система покарання, а не реабілітації та ресоціалізації. Недостатня увага приділяється профілактиці, психосоціальним методам курації, організації охорони психічного здоров'я на рівні первинної медичної допомоги, наданню психотерапевтичної допомоги, реабілітаційним заходам, а також службам охорони психічного здоров'я, які функціонують у територіальних громадах; недостатньо розвинуті амбулаторне раннє втручання на рівні територіальних громад та практика домашнього супроводу.

Тому, дуже своєчасною стало формування та впровадження Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року (надалі Концепція), яку затвердив Кабінет міністрів Укра-

3 URL: <https://reliefweb.int/report/ukraine/ukraine-humanitarian-needs-overview-2023-december-2022-enuk>

4 URL: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/2024-appeals/2024-who-ukraine-emergency-appeal_en.pdf?sfvrsn=8d480d88_2&download=true

їни 27 грудня 2017 р.⁵ Зокрема, дана Концепція передбачає наступне. Підвищення ефективності адміністрування, міжвідомчої координації та міжсекторальної співпраці у сфері охорони психічного здоров'я забезпечити шляхом розроблення та запровадження універсального алгоритму перенаправлення осіб, які потребують соціальної, психологічної або психіатричної допомоги, із включенням до цього алгоритму всіх заінтересованих сторін – центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я різних форм власності, установ соціального захисту населення, громадських та благодійних організацій та чітким розподілом їх функцій. Забезпечення ефективної комунікації фахівців та управлінців, залучених до надання послуг з охорони психічного здоров'я, шляхом створення єдиної електронної системи інформаційного забезпечення та адміністрування послуг у сфері охорони психічного здоров'я, інтегрованої з іншими системами адміністрування потреб населення.

Важливими орієнтирами розв'язання проблем, закладеними у цій Концепції, стали досягнення Іспанії, Бразилії, Румунії у сфері охорони психічного здоров'я. У Іспанії в 1986 році було прийнято Загальні законодавчі норми щодо охорони здоров'я, що створило сприятливі умови для реформування психіатричних стаціонарів, деінституціалізації спеціалізованої допомоги, висування на перший план служб охорони психічного здоров'я та їх розвитку на рівні первинної медичної допомоги та за місцем проживання. Через 10 років після початку проведення реформи психіатричної служби кількість місць у психіатричних стаціонарах знизилася приблизно із 100 до менш як 25 на 100000 осіб. Було створено близько 500 центрів охорони психічного здоров'я із середнім рівнем охоплення 87000 осіб, 95 психіатричних відділень для стаціонарного лікування в лікарнях загального профілю та 108 денних стаціонарів. Соціальні служби розробили реабілітаційні програми, в тому числі соціально орієнтовані підприємства з оплатою праці для осіб, які страждають на психічні розлади. Були організовані програми клінічної підготовки для психіатрів та психологів, за рахунок чого вдалося помітно збільшити кількість спеціалістів такого профілю.

У Бразилії в 60-ті роки було 313 психіатричних стаціонарів на 85037 ліжок. З 1991 року за 10-літній період було скорочено на 30 відсотків

5 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text>

кількість ліжок у психіатричних стаціонарах, збільшилась кількість центрів психосоціального впливу до 295, у багатопрофільних лікарнях, реабілітаційних центрах були запроваджені різноманітні реабілітаційні програми (у тому числі на базі соціально орієнтованих підприємств).

У Румунії психічне здоров'я забезпечується у 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 та пізніше були додані психосоціальні послуги як частина 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.

За даними МОЗ України на початок 2019 р. у нашій країні працювали 58 психіатричних лікарень та 24 наркологічні стаціонарні заклади (22 диспансери зі стаціонаром і 2 лікарні) з 26915 психіатричними ліжками та 3371 – наркологічним. Середній термін перебування у психіатричному стаціонарі становив 48,7 дня, наркологічному – 12,3. В сучасних умовах в Україні потребують своєчасного та прицільного реформування відповідні галузеві медичні й психосоціальні програми, які повинні бути спрямованими на зміцнення та підвищення ефективності системи не тільки лікувальної, але й превентивної і реабілітаційної психіатричної й медико-психологічної допомоги на її первинному, вторинному та третинному рівнях, у питаннях лікування, курації, реабілітації пацієнтів. Тому, розробка та впровадження інноваційних підходів у психіатричній практиці, які зумовлені сучасною необхідністю удосконалення, інтеграції у загальномедичну практику, підняття на новий рівень надання психіатричної допомоги населенню нашої країни в умовах стресового трагічного та деструктивного впливу війни на психічне здоров'я української нації в цілому є життєво важливими завданнями сучасної психіатрії.

Звернемось до законодавчої бази, сучасних тенденцій надання психіатричної допомоги громадянам України й практичного досвіду.

Своєчасним елементом реформування системи охорони здоров'я нашої країни стало прийняття 3 грудня 2020 р. Закону України «Про

реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (надалі – Закон), який визначає правові, організаційні та економічні засади проведення реабілітації особи з обмеженнями повсякденного функціонування у сфері охорони здоров'я з метою досягнення та підтримання оптимального рівня функціонування у її середовищі⁶, а 08.12.2021 набрала чинності прийнята 3 листопада 2021 р. за № 1268 Постанова Кабінету міністрів України (Надалі – Постанова) «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я»⁷, що регламентує механізм виконання засад цього Закону, а саме:

- визначає завдання, зміст і встановлює вимоги до організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я;
- поширює виконання Закону на надавачів реабілітаційної допомоги незалежно від форми власності та організаційно-правової форми протягом гострого, післягострого та довготривалого реабілітаційних періодів;
- впроваджує цілу низку організаційно-правових, технічних та змістовних термінів і понять:
 - амбулаторне відділення післягострої та довготривалої реабілітації у закладах охорони здоров'я різного профілю незалежно від форми власності
 - амбулаторний реабілітаційний заклад
 - кабінет асистивних технологій
 - мобільний режим надання реабілітаційної допомоги
 - палата гострої реабілітації у закладах охорони здоров'я
 - програма терапії
 - періодична підтримуюча реабілітаційна допомога
- забезпечує застосування принципів доказової реабілітації, дотримання протоколів надання реабілітаційної допомоги;
- визначає обсяги реабілітаційної допомоги кількістю годин роботи фахівців з реабілітації – високий, середній та низький (за кількістю годин роботи фахівців з реабілітації);
- регламентує Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. за № 411 «Деякі питання електронної

6 Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX Pro rehabilitatsiiu u sferi okhrony zdorovia. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>

7 Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 03.11.2021 r. № 1268 Pytannia orhanizatsii rehabilitatsii u sferi okhrony zdorovia. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#Text>

системи охорони здоров'я»⁸, в частині внесення інформації про результати реабілітаційного обстеження, мету та завдання реабілітації з визначенням орієнтовних строків їх досягнення, перелік необхідних реабілітаційних заходів, потреби щодо професійного складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди тощо до реєстрів центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я;

- впроваджує застосування телереабілітації шляхом телереабілітаційного консультування разом з обстеженням, телереабілітаційних зборів мультидисциплінарної реабілітаційної команди, телеметрії, контролю, домашнього телеконсультування та освіти пацієнта тощо;
- організує надання реабілітаційної допомоги на первинному, вторинному, третинному рівнях медичної допомоги;
- визначає джерела фінансування реабілітаційної допомоги за рахунок коштів державного, місцевих бюджетів та інших джерел, не заборонених законодавством;
- надає можливість ефективної співпраці з Фондом соціального страхування під час надання реабілітаційної допомоги застрахованій особі у разі настання нещасного випадку або професійного захворювання в частині витрат на житло, харчування, транспортні послуги тощо таким Фондом;
- дозволяє використовувати фінансування надання комплексних послуг з реабілітації (абілітації) особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності (з метою запобігання виникненню інвалідності).

Таким чином, Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» та Постанова Кабінету міністрів України «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» є законодавчими та виконавчими нововведеннями сьогодення, які відрізняються:

- ✓ вираженою «пацієнт-центрованістю»
- ✓ етапністю
- ✓ багаторівневістю
- ✓ полікомпонентністю впливів
- ✓ значним спектром реабілітаційного охоплення

8 Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. за № 411 Деякі питання електронної системи охорони здоров'я. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text>

- ✓ мультидисциплінарністю
- ✓ послідовністю
- ✓ організаційною та інформаційною цілісністю
- ✓ ефективністю менеджменту
- ✓ сучасністю, інноваційністю.

Представлений вище аналіз дозволяє стверджувати, що впровадження зазначеного Закону за наявності необхідного фінансування дозволить:

- згідно реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні (прийнятої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1018-р) на період до 2030 року (завданням якої є створення цілісної, ефективної системи охорони психічного здоров'я, функціонуючої в єдиному міжвідомчому просторі, забезпечуючи покращення якості життя та дотримання прав і свобод людини);
- на засадах Закону України «Про психіатричну допомогу» (з останніми змінами за рішенням Конституційного суду України від 20 грудня 2018 року № 13-р/2018);
- на засадах Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» та Постанови Кабінету міністрів України «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я»
- забезпечити реабілітаційну допомогу населенню України, в тому числі, в умовах повномасштабної війни, на належному рівні.

Результатом науково-практичних доробок при вирішенні поставлених на сучасному етапі організаційних питань у психіатрії, медичній психології стала інноваційна проактивна модель консультативно-зв'язкової психіатрії (ІПМКЗП) – новий спосіб надання психіатричних послуг пацієнтам соматичних відділень, який є проактивним, цілеспрямованим, інтенсивним та інтегрованим у загальну медичну допомогу, успішно застосовується у багатьох країнах з розвиненими послугами у сфері психічного здоров'я, проте в Україні системно не впроваджується, що потребує проведення вітчизняних розробок та досліджень його ефективності. Спираючись на Концепцію розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року, ЗАКОН України про психіатричну допомогу (редакція від 22.05.2024)⁹, Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» та Постанову Кабінету міністрів

9 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text>

України «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» № 1268 від 3 листопада 2021 р. нами було розроблено окремі модулі ІПМКЗП, синхронні із зазначеними законодавчими засадами.

Актуальність надання проактивної консультативно-зв'язкової психіатричної допомоги на сучасному етапі зумовлена:

- ✓ зростанням поширеності коморбідних психосоматичних розладів у пацієнтів загальносоматичних стаціонарів
- ✓ віддетрмінуванням своєчасної виписки зі стаціонару пацієнтів багатопрофільних лікарень через наявність коморбідних психічних захворювань
- ✓ потребою у більшій кількості додаткових консультацій суміжних спеціалістів
- ✓ збільшенням загальної вартості медичної допомоги
- ✓ необхідністю відповідного реагування на зазначені виклики
- ✓ високим ризиком погіршення соматичного й психічного здоров'я населення України в умовах війни.

Щодо існуючої практики, найбільш відома організація лікарняних проактивних консультативно-зв'язкових психіатричних послуг за зарубіжними даними представлена наступним чином:

- 1. Рання проактивна біопсихосоціальна оцінка нещодавно госпіталізованих пацієнтів з використанням біопсихосоціального підходу для виявлення всіх проблем, включаючи психічні захворювання.
- 2. Створення плану комплексної курації та систематичного моніторингу проблем, які створюють потенційні перешкоди для швидкої виписки з лікарні.
- 3. Реалізація плану комплексної курації з щоденними оглядами пацієнта щодо прогресу психосоматичного стану.
- 4. Інтегрована робота з персоналом окремих відділень (лікарями, медсестрами, іншими консультантами та спеціалістами соціальної допомоги) та позалікарняними службами для забезпечення виконання плану комплексної курації.

Моделлю ж нашої роботи стали комплексні форми психіатричних досліджень і клінічно обґрунтованих втручань у психічний стан громадян України, внутрішніх переселенців з зони безпосередніх військових дій, пацієнтів соматичних відділень лікарень загального профілю. Даний контингент був нами обраний з огляду на надзвичайну актуальність

та суспільний запит на допомогу саме таким особам, що в свою чергу зумовлено наступними факторами:

- багаторівнева психофізіологічна реакція особистості в умовах війни на тлі зриву компенсаторних механізмів
- різноманітні порушення психічного здоров'я у вимушених мігрантів, які зачіпають практично всі сфери психіки
- відсутність позитивної мотивації до переїзду і фізична неможливість подальшого перебування на батьківщині.
- травматизація психіки, обумовлена причинами та історією міграції, а також труднощі адаптації на новому місці
- формування межових нервово-психічних розладів з перспективою набуття затяжного і хронічного перебігу:
 1. Посттравматичний стресовий розлад
 2. Депресія
 3. Тривога, тривожні розлади
 4. Соматоформні порушення та розлади

Мета дослідження: на основі системного аналізу законодавчих, етіопатогенетичних зв'язків, психопатологічної феноменології у внутрішньо переміщених осіб в умовах бойових дій визначити сучасні актуальні проблеми при наданні проактивної консультативно-зв'язкової психіатричної допомоги, розробити основи моделі надання такої допомоги та оцінити її ефективність.

Матеріали та методи дослідження.

У дослідження включено 86 внутрішньо переміщених осіб, 69,77 % (60 осіб) – жінки, у віці 25–55 років, які мали психічні та поведінкові порушення і розлади різного рівня вираженості: 43 пацієнта соматичних відділень (неврологічного, офтальмологічного, пульмонологічного, ендокринологічного, кардіологічного, травматологічного) та 43 особи умовно здорові.

ВПО покинули місця свого постійного проживання та стаціонарного лікування у зв'язку з військовими діями та тимчасово проживали в санаторіях. Для лікування ВПО були організовані виїзді медичні бригади фахівців соматичного, психіатричного, медпсихологічного та соціального профілей.

До переміщення ВПО знаходились в жорстких вітальнозагрозливих умовах повномасштабної війни.

Результати дослідження. Нами був проведений скринінг із застосуванням клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного та психологічного методу дослідження.

Клініко-психопатологічний метод включив напівструктуроване психопатологічне інтерв'ю (комплексна оцінка психічного статусу пацієнта).

Розлади психіки діагностувалися відповідно до критеріїв МКХ-10 розділу V «Психічні розлади». Досліджувані респонденти були рандомізовані на *основну* (n=43) та *порівняльну* (n=43) групи у співвідношенні 1:1 (з рівномірним розподілом за віком, статтю та наявністю/відсутністю соматичної патології, а також однаковими початковими середніми балами за діагностичною шкалою HADS та опитувальником SF-36).

При розробці та впровадженні ІПМКЗП ми використовували основні елементи моделі консультативно-зв'язкової психіатрії у модифікації SLEDGE WH, LEE HB. (2015)¹⁰:

1. *Мультидисциплінарна допомога* психіатра, лікаря первинної допомоги, медичної сестри, соціального працівника.
2. *Скринінг на основі анамнезу*, медичних записів та звіту медсестринського персоналу.
3. *Спільна курація* з ретельним спостереженням.
4. *Розташування мультидисциплінарної команди в штаті багатопрофільній лікарні.*

Комплексна складова розробленої ІПМКЗП представлена соціальним, психологічним та біологічним рівнями впливу на пацієнта.

Соціальний рівень впливу на пацієнтів, ВПО включав:

- адміністративну, консультативну допомогу переселенцям соціальних працівників, відділами соціального захисту органів місцевого самоврядування, пенсійного фонду, волонтерських організацій для надання соціальних, фінансових державних гарантій отримання відповідного статусу «внутрішньо переміщеної особи»
- пріоритетного працевлаштування, можливого отримання житла;
- інтеграції у суспільно-культурне та релігійне середовище у місці перебування через доступ до повної інформації про відповідні суспільні, культурні групи, осередки тощо.

¹⁰ URL: <https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/Document/October-2018/cp017100e3.pdf>

Психологічний рівень впливу на пацієнтів, ВПО містив такі заходи, як:

- первинна психологічна допомога з виявленням психологічних проблем; інформування ВПО про найбільш поширені патопсихологічні стани внаслідок впливу на особистість психотравмівних подій для своєчасного звернення по психологічну/медичну допомогу (первинна психопрофілактика з проведенням роз'яснювальних бесід);
- консультації щодо здорового способу життя (первинна психопрофілактика зловживання психоактивними речовинами), з психологічних питань та проблем упродовж вимушеного переміщення.

Біологічний рівень впливу на пацієнтів, ВПО забезпечував:

- скринінговий профілактичний огляд в амбулаторіях за місцем розташування ВПО
- виявлення гострих станів, пов'язаних з посттравматичним стресовим розладом, адаптаційними, тривожними, депресивними, іншими психічними, поведінковими порушеннями і розладами, хімічними та нехімічними адикціями для надання своєчасної спеціалізованої медичної допомоги;
- безпосереднє надання первинної медичної та невідкладної допомоги переселенцям;
- оцінка індивідуальних ризиків виникнення та консультування з питань профілактики формування психічних розладів;
- підготовка медичної документації для подальшої маршрутизації ВПО;
- консультування та лікування ВПО з психічними порушеннями й розладами у лікаря-психіатра;
- ведення хворих сімейним лікарем, з урахуванням рекомендацій лікаря-психіатра.

Етапність ПІМКЗП була представлена таким чином:

- I етап – рання систематизація клініко-анамнестичних даних преморбідного періоду, діагностичне визначення провідної патології
- II етап – диференційована діагностика розповсюджених психопатологічних порушень або розладів
- III етап – раціональна, роз'яснювальна, непряма, когнітивно-поведінкова або короткострокова, сімейна психотерапія та психопрофілактика

IV етап – диференційований психотерапевтичний, фармакологічний, психопрофілактичний

На кожному етапі здійснювалась *мультидисциплінарна допомога та спільна курація* з ретельним спостереженням психіатра, лікаря соматичного відділення, медичної сестри, соціального працівника; *скринінг на основі анамнезу*, медичних записів, звіту медсестринського персоналу (з широким залученням елементів «The HOME Study: study protocol for a randomised controlled trial comparing the addition of Proactive Psychological Medicine to usual care...» (2019)¹¹ та «SLEDGE WH, LEE HB. «(2015))

Для визначення ефективності впровадженої ІПМКЗП серед ВПО основній групі респондентів протягом 1–3 тижнів, надавали розроблену нами етапну комплексну проактивну психіатричну допомогу, а в порівняльній групі призначали тільки стандартні лікувально-профілактичні заходи, ВПО останньої були поставлені у лист очікування та отримали допомогу за ІПМКЗП після оцінки ефективності нашої роботи.

Середні групові бали за шкалою HADS до впровадження ІПМКЗП наступні: тривоги – 8 балів, депресії – 13 балів.

При повторному після впровадження ІПМКЗП обстеженні ВПО обох груп за шкалою HADS достовірно визначено ($p < 0,05$) що:

- рівень тривоги знизився в основній групі на 27,2 % більше, ніж у порівняльній,
- а депресії – на 26,9 % відповідно.

Середній бал показників якості життя у ВПО з психічними та поведінковими порушеннями і розладами за опитувальником sf-36 до впровадження ІПМКЗП представлений у таблиці 1:

Таблиця 1

Показники SF-36	Групи порівняння	Бал до лікування	Бал після лікування	Різниця	Покращення, %
1	2	3	4	5	6
Фізичне функціонування	ОГ	63,2	67,24	4,04	6,4
	ПГ		63,71	0,51	0,8

11 URL: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-019-3502-5>

Продовження табл. 1

1	2	3	4	5	6
Рольове функціонування	ОГ	54,95	66,1	11,15	20,3
	ПГ		59,24	4,29	7,8
Інтенсивність болю	ОГ	55,7	58,49	2,79	5,0
	ПГ		57,48	1,78	3,2
Загальний стан здоров'я	ОГ	49,8	60,16	10,36	20,8
	ПГ		53,88	4,08	8,2
Життєва активність	ОГ	33,5	47,8	14,3	42,7
	ПГ		39,97	6,47	19,3
Соціальне функціонування	ОГ	58,6	93,23	34,63	59,1
	ПГ		79,93	21,33	36,4
Емоційне функціонування	ОГ	50,6	74,23	23,63	46,7
	ПГ		64,21	13,61	26,9
Психічне здоров'я	ОГ	39,5	70,94	31,44	79,6
	ПГ		52,3	12,8	32,4

В свою чергу, результат дослідження за опитувальником SF-36 достовірно виявив, що:

- рольове функціонування в основній групі у порівнянні з групою порівняння покращилось на 12,5 %;
- загальний стан здоров'я – на 12,6 %;
- життєва активність зросла на 23,4 %;
- соціальне та емоційне функціонування – відповідно на 22,7 % і 19,8 %;
- психічне здоров'я – на 47,2 %.

Висновки. Отже, підсумовуючі отримані дані, маємо змогу стверджувати, що в основній групі показники тривоги й депресії достовірно більше знизились, а якість життя – стали значно вищою, ніж у групі порівняння, що підтвердило ефективність розроблених нами елементів моделі проактивної консультативно-зв'язкової психіатрії та дозволило покращити як якість життя, так і стан здоров'я наших громадян, сприяючи якомога швидшій їх інтеграції у суспільство. Зазначимо також

важливість створення мережі закладів (центрів, ресурсів, платформ, кабінетів, «гарячих ліній») психологічної допомоги населенню, у тому числі на безоплатній основі; реалізації масштабної просвітницької кампанії у засобах масової інформації, спрямованої на популяризацію культури турботи про психічне здоров'я і дестигматизацію людей, які потребують психологічної допомоги.

Вважаємо за потрібне і надалі розробляти дану тему, удосконалюючи та впроваджуючи вище описану модель проактивної консультативно-зв'язкової психіатричної допомоги пацієнтам багатопрофільних лікарень.

DOI 10.51587/9798-9895-14670-2024-020-91-105

КУЧЕРЕНКО Оксана Миколаївна,

канд. мед. наук, доцент,

Вінницький національний медичний
університет ім. М. І. Пирогова

ORCID ID: 0000-0003-3598-7741

ЧАЙКА Григорій Васильович,

д-р мед. наук, професор,

Вінницький національний медичний
університет ім. М. І. Пирогова

ORCID ID: 0000-0001-9560-8737

Україна

СЕКСУАЛЬНА ПРОСВІТНИЦЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ В УКРАЇНІ

Провідну роль у зростанні «сексуальної самосвідомості» зіграв Інтернет, яким підлітки користуються і частіше, і більш ефективно, ніж більшість дорослих. В українських школах, на жаль, немає уроків щодо правильного початку статевого життя чи «Основ сімейного життя». Можна сказати, що сексуальна освіта в українських дошкільних, шкільних і вищих навчальних закладах відсутня. Але протягом багатьох десятиліть такі курси викладаються у школах Європи та США. В рамках цього курсу сексологи різних країн наполегливо рекомендують тінейджерам не поспішати з початком сексуального життя. Наголос робиться саме на потрібній і необхідній підготовці обох партнерів, щоб юнак функціонував добре, без збоїв, а