

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

МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОРПУС
ЗА ПІДТРИМКИ
ГРУПИ СВІТОВОГО БАНКУ



WORLD BANK GROUP

ЗМІСТ

Перелік аббревіатур	3
Подяка	5
I. Резюме проекту	7
II. Цілі та методи оцінювання	13
1. Мета та цілі	13
2. Методи	14
2.1. Аналіз документів	14
2.2. Інтерв'ю з ключовими інформаторами та обговорення	15
2.3. Аналіз вторинних даних: вплив психічного здоров'я, інвестиції та аналіз доходу від інвестицій	17
III. Результати	19
1. Передумови та контекст	19
1.1. Соціополітичний контекст	19
1.2. Аспекти загального стану здоров'я	20
2. Найбільш поширені психічні розлади та розлад, спричинений вживанням алкоголю, в Україні	23
2.1. Поширеність	23
2.2. Фактори ризику та соціальні детермінанти психічного здоров'я	24
2.3. Вплив та тягар	30
3. Політика у сфері психічного здоров'я та законодавча база і лідерство	37
3.1. Фінансування та законодавство в сфері охорони психічного здоров'я	37
3.2. Політики, законодавча база та реформи у сфері охорони здоров'я та психічного здоров'я	41
4. Організація послуг з охорони психічного здоров'я	45
4.1. Огляд та структура системи загальної охорони здоров'я	45
4.2. Доступні послуги з охорони психічного здоров'я та інтервенції	49
4.3. Права у сфері охорони психічного здоров'я та адвокаційна діяльність	58
4.4. Доступність та вартість психотропних медикаментів	58
4.5. Доступні послуги з охорони психічного здоров'я, що надаються за підтримки НУО та громадських організацій	62
4.6. Безперервність надання послуг: виявлення, перенаправлення, обмін інформацією та робота мультидисциплінарних команд	65
4.7. Інформаційні системи та конфіденційність у сфері охорони психічного здоров'я	66

5. Людські ресурси та навчання у сфері охорони психічного здоров'я	69
5.1. Кількість та розподіл людських ресурсів	69
5.2. Професійна освіта та навчання	74
5.3. Продовження освіти та підвищення кваліфікації на робочому місці	74
5.4. Розбудова спроможностей у сфері охорони психічного здоров'я за підтримки міжнародних організацій	78
5.5. Професійні асоціації, ліцензування та акредитація	80
6. Використання та попит на послуги з охорони психічного здоров'я	83
6.1. Ставлення до осіб з психічними захворюваннями	83
6.2. Копінг та звернення по допомогу з приводу поширених психічних розладів та розладу, спричиненого вживанням алкоголю	83
6.3. Перешкоди для отримання допомоги	89
7. Вирішення проблеми з поширеними психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю: вплив, витрати на збільшення масштабу та дохід від інвестицій	95
7.1. Вступ та методи	95
7.2. Моделювання збільшення масштабу інтервенції	96
7.3. Оцінювання витрат	99
7.4. Результати	99
7.5. Аналіз доходу від інвестицій	101
IV. Обговорення та рекомендації	105
Обмеження оцінювання	105
Рекомендації	107
1. Координування, комунікація та обмін інформацією	109
2. Організація послуг з охорони психічного здоров'я	112
3. Освіта та навчання людських ресурсів	121
4. Знання про психічне здоров'я, обізнаність та самодопомога	127
V. Джерела	133

ПЕРЕЛІК АБРЕВІАТУР

ASIST	Скринінговий тест для виявлення вживання алкоголю, куріння та вживання інших психоактивних речовин
ATO	Антитерористична операція (АТО)
AUDIT	Тест для виявлення розладів, спричинених вживанням алкоголю
CETA	Терапевтичний підхід на основі спільних елементів
DALY	Кількість років життя, втрачених внаслідок інвалідності
EACBTI	Європейська асоціація поведінкових та когнітивних терапій
EMDR	Десенсибілізація та репроцесуалізація (опрацювання) рухом очей
GIZ	Німецьке агентство з міжнародної співпраці
IMC	Міжнародний медичний корпус
MDM	Medicines Du Monde (Лікарі світу)
mhGAP	Програма ВООЗ із заповнення прогалин у сфері охорони психічного здоров'я
OHT	Інструмент OneHealth
PHQ-9	Опитувальник щодо стану здоров'я пацієнтів – 9
ROI	Дохід від інвестицій
UAH	Українська гривня (валюта)
USAID	Агентство США з міжнародного розвитку
WTF	War Trauma Foundation
YLD	Роки, втрачені через інвалідність
YLL	Втрачені роки життя
PA	Розлад, спричинений вживанням алкоголю
AA	Анонімні алкоголіки
АПУ	Асоціація психіатрів України
ВВП	Валовий внутрішній продукт
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВПО	Внутрішньо переміщена особа
ГІП	Глобальна ініціатива психології
ГПОЗ	Громадський працівник з охорони здоров'я
ЗВОЗ	Загальні видатки на охорону здоров'я
ІХС	Ішемічна хвороба серця
КПТ	Когнітивно-поведінкова терапія

МНУО	Міжнародна неурядова організація
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
НІЗ	Неінфекційні захворювання
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
НУО	Неурядова організація
ПЗ	Психічне здоров'я
ПЗПСП	Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка
ПМД	Первинна медична допомога
ПНІРПР	Психічні, неврологічні розлади та розлади, спричинені вживанням психоактивних речовин
ППД	Перша психологічна допомога
ППР	Поширений психічний розлад
ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад
СД+ ВООЗ	Самодопомога плюс (інтервенція ВООЗ з відповідним посібником)
СНІД	Синдром набутого імунodefіциту
УВКБ ООН	Управління Верховного комісара ООН у справах біженців
УКУ	Український католицький університет
УП+ ВООЗ	Управління проблемами плюс (інтервенція ВООЗ з відповідним посібником)
ЦПМД	Центр надання первинної медичної допомоги
ЧВН	Частка, що відповідає населенню

ПОДЯКА

Розробка концепції, фінансування та підготовка цього звіту була здійснена під керівництвом команди Світового банку, за участі Патрісіо В. Маркес (головний спеціаліст з напрямку громадського здоров'я та координатор глобальної ініціативи з питань психічного здоров'я Група Світового Банку), Фон Зао (Керівник програми людського розвитку Світового Банку по Білорусі, Молдові та Україні) та Олени Дорошенко (спеціаліст з питань охорони здоров'я / економіст) за підтримки Лариси Халецької (асистент команди), Олександри Пуппо (асистент програми) та Акусу Даква (асистент програми).

Збір даних, аналіз та підготовку звіту було здійснено проектною командою з Міжнародного медичного корпусу, під керівництвом Інки Вайсбекер (старший міжнародний радник з питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки) та за участі Ольги Хан (менеджер проекту з психічного здоров'я), Наталії Кондакової (фахівець з оцінювання психічного здоров'я) та Михайла Хохловича (перекладач) з офісу в Києві, а також Лаури Пул та Джордани Коен (інтерни Прикладної дослідницької групи в сфері гуманітарної допомоги (HAARG) з США). Аналіз впливу психічного здоров'я, збільшення масштабу та доходу від інвестицій проводився за підтримки Д-ра Дена Чізхольма (Менеджер проекту з психічного здоров'я) з Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) Регіонального офісу ВООЗ в Євро-зоні, Копенгаген, Данія.

Значний внесок коментарі та поради були надані групою міжнародних рецензентів, обраних та узгоджених командою Світового Банку, в тому числі (в алфавітному порядку): Джуліан Джеймсон (Світовий банк), Шейла Дутта (Світовий банк), Марк ВанОммерен (ВООЗ), Еріка Плацелла (Швейцарське агентство розвитку та співпраці), Беверлі Прінгл (Національний інститут психічного здоров'я США), Джузеппе Равіола (Партнери в сфері охорони здоров'я (Partners In Health), Мойтреї Сіна (citiesRISE) та Фамі Ханна (ВООЗ).

Цінний внесок в роботу проектної команди було здійснено ключовими інформаторами, які включали представників уряду, постачальників послуг у державному секторі, лідерів громад, осіб, представників наукової спільноти, донорів, міжнародні організації та агентства, працівників місцевих НУО/ГО, волонтерів та користувачів послуг з охорони психічного здоров'я.

Швейцарська агенція розвитку та співробітництва в рамках програми «Підтримка реформ та управління в секторі охорони здоров'я в Україні», що впроваджується під керівництвом команди Світового Банку, та Фонд Рокфеллера в рамках своєї підтримки Глобальної ініціативи з питань психічного здоров'я Групи Світового Банку, фінансово підтримували здійснення цієї роботи.

Дане оцінювання та звіт були проведені для надання допомоги Міністерству охорони здоров'я України у розробці стратегії психічного здоров'я як невід'ємної частини реалізації програми реформування первинної медичної допомоги. Початковий брифінг щодо результатів оцінки було надано Д-ру Уляні Супрун, виконуючій обов'язки міністра охорони здоров'я України та її команді в Міністерстві охорони здоров'я, командою Світового Банку на нараді, яка відбулася у Києві 20 липня 2017 року.

Київ, Україна
31 жовтень, 2017

I. РЕЗЮМЕ ПРОЕКТУ

Вступ

Україна перебуває в процесі запровадження важливих реформ у системі охорони здоров'я; прослідковується підвищена зацікавленість серед державних і міжнародних діячів у покращенні послуг з охорони психічного здоров'я. В Україні працює **централізована система охорони психічного здоров'я**, послуги надаються переважно в психіатричних клініках, і 90% фінансування направляється до психіатричних лікарень. Прослідковується недостатня кількість послуг з охорони психічного здоров'я на рівні громади, а також обмежене надання послуг з охорони психічного здоров'я та підтримки фахівцями інших медичних професій, що не спеціалізуються на охороні психічного здоров'я, такими як терапевти та сімейні лікарі. Обговорення планів з покращення охорони психічного здоров'я на національному рівні стосується надання послуг на рівні громади для підтримки осіб з проблемами з психічним здоров'ям, в тому числі інтеграції психічного здоров'я в систему первинної медичної допомоги. Великою мірою у зв'язку з конфліктом на Сході, який продовжується протягом останніх трьох років, **громадські організації та міжнародні діячі почали докладати більше зусиль** для задоволення потреб, пов'язаних з психічним здоров'ям, особливо серед населення, яке постраждало внаслідок конфлікту, в тому числі ВПО та ветерани. Проте, дотепер не було проведено систематичного оцінювання з акцентом на психічному здоров'ї як частини системи охорони здоров'я та послуг, що надаються громадськими організаціями, а також на дослідженні шляхів отримання допомоги та перешкод для цього. **Мета даного оцінювання – надати рекомендації для сприяння розробленню політики та регламентуючих документів з метою зміцнення інтеграції охорони психічного здоров'я в систему первинної медичної допомоги та створення громадських платформ для надання послуг в Україні в межах програми реформ.**

Методи

Дане оцінювання пропонує огляд та аналіз доступних послуг з охорони психічного здоров'я та видів підтримки, а також сприйняття громадою та способів звернення по допомогу. Оцінювання зосереджує увагу на **трьох пілотних областях (Львівська, Полтавська та Запорізька)** та на найбільш **поширених психічних розладах**, в тому числі депресії, тривожності, ПТСР та **розладі, спричиненому вживанням алкоголю**. Ми використовували наступні методи: аналіз документів (напр., національної політики та планів України, що стосуються психічного здоров'я, публікацій у наукових журналах та звітів у сфері охорони психічного здоров'я), **інтерв'ю із зацікавленими сторонами на національному та регіональному рівнях та інтерв'ю для збору якісних даних з метою оцінювання формальних та неформальних послуг і підтримки у сфері охорони психічного здоров'я** (що надаються фахівцями, які спеціалізуються у сфері охорони психічного здоров'я, та іншими фахівцями медичних професій як частина системи охорони здоров'я, а також громадських платформах надання послуг з охорони психічного здоров'я) та оцінювання **попиту громади на послуги, шляхів звертання по допомогу, копінгу та**

перешкод для отримання послуг з охорони психічного здоров'я.

Результати

Здоров'я та психічне здоров'я тісно взаємопов'язані. Більше 90% смертей в Україні спричинені неінфекційними захворюваннями, тоді як зловживання алкоголем виступає в якості основного фактору ризику. Згідно з дослідженнями, близько 30% людей в Україні страждають на психічний розлад впродовж життя. Розлад, спричинений вживанням алкоголю, є найбільш поширеним розладом серед чоловіків, тоді як депресія та тривожність є більш поширеними серед жінок. В порівнянні з іншими країнами, в Україні зареєстровано особливо високий рівень депресії. Також прослідковується **тісний взаємозв'язок між погіршенням психічного здоров'я в Україні та бідністю, безробіттям і відсутністю відчуття безпеки**, що підсилюється впливом конфлікту. ВПО, люди похилого віку та ті, які проживають на Сході, є особливо вразливими групами населення. Дослідження та наші дані свідчать, що **неінфекційні захворювання та розлад, спричинений вживанням алкоголю, мають широкий спектр впливів та наслідків**, в тому числі слабе здоров'я, надмірна кількість смертей, порушення функціонування та, як наслідок, фінансові, соціальні і сімейні проблеми, а також стигматизація та дискримінація.

Потрібно запровадити реформи в системі охорони здоров'я України та реформи, які стосуються послуг з охорони психічного здоров'я. Лише 2,5% загального бюджету, виділеного на охорону здоров'я, припадає на психічне здоров'я, і **більша частина (89%) фінансування спрямована на стаціонарне лікування у сфері охорони психічного здоров'я.** Через **недостатнє державне фінансування** системи охорони здоров'я населення змушене платити за медикаменти, необхідні під час амбулаторного та стаціонарного лікування (які часто є дорогими), а також давати неофіційну фінансову винагороду медичному персоналу. **Система охорони психічного здоров'я є централізованою**, і більшість персоналу та послуг надаються в психіатричних та наркологічних лікарнях і стаціонарних відділеннях. Доступні інтервенції, що використовуються спеціалізованими надавачами послуг з охорони психічного здоров'я та в державних установах, **часто не є науково-доказовими.** Деякі приватні лікарі та приватні реабілітаційні центри пропонують такі інтервенції, але інші пропонують інтервенції, які можуть бути неефективними чи шкідливими. Хоча й існують протоколи, **надавачі первинної медичної допомоги часто не хочуть лікувати неінфекційні захворювання чи розлади, спричинені вживанням алкоголю**, через брак навичок та обмежений час. Неформальні надавачі послуг на рівні громади, такі як **святиники**, можуть виступати в ролі важливого джерела підтримки психічного здоров'я.

Також спостерігається збільшення кількості **громадських організацій та НУО**, які проводять інтервенції у сфері психічного здоров'я, проте їх дії не завжди скоординовані та відповідають кращим практикам, вони можуть звертати увагу лише на певні групи населення (напр., ВПО та ветерани), тоді як сталість залишається проблемним питанням.

В цілому, системі охорони психічного здоров'я **бракує безперервності надання**

послуг в результаті обмеженої комунікації між надавачами послуг різних професій чи між різними агентствами та організаціями. Крім того, спостерігаються **нерозуміння та недовіра населення до того, якою інформацією про їхній статус щодо психічного здоров'я діляться**, що призводить до небажання звертатися по допомогу чи витрачання більшої кількості грошей та ресурсів на отримання допомоги (напр., довша відстань, приватні послуги).

Стосовно людських ресурсів у сфері охорони психічного здоров'я: працює велика кількість психіатрів в системі, але спостерігається менша кількість психологів, психотерапевтів та соціальних працівників. Освітні та навчальні можливості в державних університетах не дають основи та навчання, націленого на тренування навичок, з науково-доказового лікування поширених психічних розладів та розладу, спричиненого вживанням алкоголю. Багато приватних закладів пропонують навчальні програми для психотерапевтів, які не завжди ґрунтуються на наукових доказах. Психологи та психотерапевти **часто не можуть дозволити собі оплатити навчання** для отримання необхідних навичок. В той же час, психологи та психотерапевти практикують, **не маючи ліцензії та супроводу. Міжнародні діячі** ініціювали програми для розбудови спроможностей у сфері психічного здоров'я, але їхні дії не завжди скоординовані чи спираються на отриманий досвід та міжнародні рекомендації.

Дослідження показують, що більшість людей (до 75%) з поширеними психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю, в Україні не мають доступу до допомоги. **До перешкод для отримання допомоги** належать стигматизація та сором, страх перед психіатрією та відсутність довіри до системи охорони здоров'я, брак інформації та обізнаності, висока вартість лікування, страх перед отриманням запису в особисту справу про діагностування психічного захворювання та географічна відстань.

Використовуючи вторинні дані, отримані за допомогою інструменту OneHealth, було змодельовано **вплив на здоров'я та витрати на збільшення масштабу використання інтервенції** на період з 2017 року до 2030 року. Витрати на лікування обраних пріоритетних психічних розладів (депресія, тривожність, ЗА, біполярний та психотичний розлади) включали необхідні медикаменти, амбулаторне та первинне лікування, стаціонарне лікування та програмні ресурси (напр., навчання). Модель демонструє, що, збільшуючи масштаб лікування обраних психічних розладів в Україні, **можна відновити більше, ніж 4,7 мільйонів років здорового життя до 2030 року, тоді як розлад, спричинений вживанням алкоголю, відповідає за більшість** вилікованих випадків та відновлених років. Загальні витрати на одну особу збільшаться з 2,80 доларів США до 10,90 доларів США. Підрахунки показують, що економічна цінність відновленої продуктивності завдяки лікуванню поширених психічних розладів за цей період становить більше, ніж 800 мільйонів доларів США у випадку з депресією та 350 мільйонів доларів США у випадку з тривожними розладами. Це означає, що за кожен **1 долар США, інвестований у збільшення масштабу лікування поширених психічних розладів в Україні, буде отримано 2 долари США** внаслідок відновленої продуктивності та доданої економічної вартості.

Висновки та рекомендації

Дане оцінювання має кілька **обмежень**, в тому числі обмеження щодо відбору конкретних психічних розладів (поширені психічні розлади та розлад, спричинений вживанням алкоголю), географічне обмеження (три пілотних області), використання лише аналізу документів і якісних методів та акцентування уваги на психічному здоров'ї в межах системи охорони здоров'я та громадських платформ, а не соціальному та освітньому секторі.

Варто пріоритизувати рекомендації, спершу акцентуючи увагу на підсиленні процесів координування та лідерства у сфері психічного здоров'я та використовуючи попередній досвід і міжнародні рекомендації з розширення та ініціювання ключових пілотних проектів в регіонах, де прослідковується велика кількість потреб та успішна співпраця з регіональними виконавцями. В цілому, рекомендації, розроблені в результаті проведення даного оцінювання, стосуються **підсилення процесів координування, комунікації та обміну інформацією**. Це стосується покращення процесів комунікації та координування між донорами та партнерами, що реалізують програму, з метою підтримки розробки програм та впровадження реформ у сфері охорони психічного здоров'я в Україні. Також існує потреба зміцнити шляхи перенаправлення серед різних формальних та неформальних надавачів послуг у системах охорони здоров'я та надання соціальних послуг, а також сприяти комунікації, обміну інформацією та роботі мультидисциплінарних команд, водночас забезпечуючи захист конфіденційності пацієнтів. Оскільки **організація послуг з охорони психічного здоров'я** все ще є централізованою та фокусується на психіатрії, потрібно децентралізувати послуги з охорони психічного здоров'я і змістити акцент з послуг, що надаються на основі лікарень, до амбулаторного лікування та послуг, що надаються на основі громади, в тому числі інтеграція в систему первинної медичної допомоги. Водночас, **потрібно підсилити фінансування сфери охорони психічного здоров'я**, збільшивши надходження з бюджету, а також відшкодування витрат на лікування (в тому числі психотропні медикаменти) для осіб з поширеними психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю. Державні ініціативи у сфері охорони здоров'я (напр., оподаткування алкогольних напоїв) та комплексні і науково-довідкові варіанти лікування повинні бути доступними для осіб з розладом, спричиненим вживанням алкоголю. Враховуючи тісний взаємозв'язок між психічним здоров'ям та неінфекційними захворюваннями, а також інфекційними захворюваннями, **турботу про фізичне та психічне здоров'я потрібно інтегрувати та надавати водночас**. Хоча в контексті конфлікту на Сході особлива увага приділяється травмі та ПТСР, важливо запровадити підхід до турботи про здоров'я загального населення та взяти до уваги, що на рівні країни на депресію та розлад, спричинений вживанням алкоголю, припадає набагато більший тягар. Необхідно адаптувати послуги з охорони психічного здоров'я до потреб різних груп (напр., осіб похилого віку, ветеранів), але також надзвичайно важливо забезпечувати доступність послуг для всіх сегментів населення. Існує суттєва потреба розбудувати спроможності **людських ресурсів** в Україні, в тому числі шляхом створення навчальних програм, які б давали необхідну кваліфікацію з використання науково-довідкових інтервенцій, видачі офіційних ліцензій, сертифікації та здійснення нагляду за практикуючими психологами та психотерапевтами, розбудови спроможностей для ідентифікації, лікування та перенаправлення осіб з поширеними

психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю, серед надавачів послуг з первинної медичної допомоги, а також підсилення ролі соціальних працівників та різноманітних неспеціалізованих та громадських надавачів послуг. Наостанок, також важливо **підвищити рівень обізнаності та надавати інформацію** громадськості про проблеми з психічним здоров'ям і про те, як обрати кваліфікованих надавачів послуг з охорони психічного здоров'я. Крім того, є потреба та можливість підтримати та створити адвокаційні групи, націлені на потреби споживача, та підсилити залученість осіб, які пережили психічне захворювання, і членів їхніх сімей.

Ми сподіваємося, що результати та рекомендації даного оцінювання будуть корисними для розробки конкретних етапів з метою вирішення проблем, пов'язаних з психічним здоров'ям, як частини загальної реформи сфери охорони здоров'я та для розробки програм з охорони психічного здоров'я за підтримки різноманітних діячів на національному та міжнародному рівнях.

II. ЦІЛІ ТА МЕТОДИ ОЦІНЮВАННЯ

1. Мета та цілі

Дане оцінювання надає огляд та аналіз доступних послуг з охорони психічного здоров'я та підтримки, а також сприйняття громадою та способів звернення по допомогу. Оцінювання здійснювалося в **трьох пілотних областях** (Львівській, Полтавській, Запорізькій) та фокусувалось на **депресії, тривожності, ПТСР і розладі, спричиненому вживанням алкоголю**, і включає наступне:

- Аналіз документів (напр., національна політика та плани України у сфері охорони психічного здоров'я, публікації в журналах та звіти у сфері охорони психічного здоров'я).
- Інтерв'ю із зацікавленими сторонами на національному та регіональному рівнях.
- Оцінювання формальних і неформальних послуг та підтримок з охорони психічного здоров'я, що надаються:
 - фахівцями, які спеціалізуються у сфері охорони психічного здоров'я, та іншими фахівцями медичних професій як частини системи охорони здоров'я;
 - громадськими платформами надання послуг з охорони психічного здоров'я (напр., НУО, священики).
- Оцінювання попиту громади на послуги, звернення по допомогу, копінгу та перешкод для отримання допомоги у сфері охорони психічного здоров'я.
- Аналіз вторинних даних для підрахунку витрат на збільшення масштабу інтервенцій та доходу від інвестицій.

Мета даного оцінювання – дати інформацію та рекомендації, які допоможуть розробити політику та регламентуючі документи для підсилення інтеграції охорони психічного здоров'я в систему первинної медичної допомоги та громадських платформ надання послуг в Україні в межах програми реформ. Ми сподіваємося, що ключові зацікавлені сторони в Україні будуть обговорювати результати та рекомендації під час розробки національної політики з охорони психічного здоров'я та відповідного плану, а також під час прийняття рішень щодо фінансування, конкретних дій і пріоритетних завдань програм протягом наступних років.

2. Методи

Оцінювання проводилося впродовж періоду в 5,5 місяців командою з оцінювання Міжнародного медичного корпусу, до якої входять: старший міжнародний радник з питань ПЗПСР в Міжнародному медичному корпусі, менеджер проекту з оцінювання психічного здоров'я, фахівець з оцінювання психічного здоров'я та перекладач в офісі в Києві, а також два інтерни з США. Наступні заходи було проведено впродовж тривалості проекту:

ЗАХІД	МІСЯЦЬ					
	КВІТЕНЬ	ТРАВЕНЬ	ЧЕРВЕНЬ	ЛИПЕНЬ	СЕРПЕНЬ	ВЕРЕСЕНЬ
Підготовчі заходи						
Визначення та наймання додаткового проектного персоналу						
1.1. Аналіз документів та розробка методів і інструментів						
Проведення аналізу документів						
Розробка та адаптування проектних методів, інструментів й опитувальників						
1.2. Зустрічі із зацікавленими сторонами на національному та регіональному рівнях						
Проведення зустрічей на національному рівні						
Проведення зустрічей із зацікавленими сторонами на регіональному рівні						
1.3. Збір та аналіз даних						
Оцінювання послуг з охорони психічного здоров'я						
Проведення оцінювання серед членів громади						
Введення та аналіз даних і обговорення рекомендацій						
1.4. Поширення результатів						
Публікація та поширення звіту про оцінювання для експертної оцінки						
Поширення та обговорення кінцевого звіту						

2.1. Аналіз документів

Аналіз документів проводився на основі **літературних джерел та даних з більше, ніж 131 джерела**, які було проаналізовано та задокументовано в аркуші Excel, розбитому за категоріями для класифікації джерел та даних наступним чином: а) – академічна література (проаналізовано 55 джерел), b) – “сіра” література (проаналізовано 24 джерела), c) – звіти про оцінювання (проаналізовано 16 джерел) та d) – документи про політики (проаналізовано 36 джерел). Первинними пошуковиками були PubMed, PILOTS Database, PsycINFO, mhpss.net,

мережа MHInnovation та Google Scholar. Під час пошуку використовувалися різноманітні ключові слова, включаючи, але не обмежуючись наступними: Україна, внутрішньо-переміщені особи, психічне здоров'я, вживання алкоголю/зловживання алкоголем/розлад, депресія, тривожність, епідеміологія, в групі ризику, суїцид, світове/глобальне психічне здоров'я, ПТСР, ВПО, психіатрія, психологія. Додатково, було проаналізовано **37 документів українською та російською мовами** (в тому числі звіти з конференцій, публікації в наукових журналах, статті з газет та інших медіа джерел, блоги, документи про політики і звіти).

2.2. Інтерв'ю з ключовими інформаторами та обговорення

Інтерв'ю та обговорення з ключовими зацікавленими сторонами на національному рівні проводилися в Києві. Було зібрано дані з медичних установ, від ключових зацікавлених сторін та від ключових інформаторів під час трьох візитів до кожної з областей (Львівська, Запорізька та Полтавська області). Було зібрано наступні дані:

КОРОТКИЙ ОГЛЯД ДЖЕРЕЛ ДАНИХ				
Інформація від ключових зацікавлених сторін на національному та регіональному рівнях				
Інтерв'ю із зацікавленими сторонами	Кількість	Відвідування трьох конференцій на національному рівні для збору інформації		
Національний уряд (напр., Міністерство охорони здоров'я, Міністерство соціальної політики, Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України)	3	• Національні консультації МОЗ з розвитку психічного здоров'я в Україні, Київ, 5-26 квітня 2017 року • Щорічна конференція психіатрів в Києві: Психіатрія 21-ого століття: проблеми та інноваційні рішення, 27-28 квітня 2017 • Національна конференція з впровадження керівництва МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації: Досвід, практика, наступні кроки, 14-15 червня 2017 року		
Професійна асоціація (Асоціація психіатрів)	1			
Регіональний уряд (напр., головний психіатр)	4			
Агентство ООН (напр., ВООЗ)	3			
МНУО (напр., MDM, WTF, GIP)	3			
Університети (напр., Національний університет "Києво-Могилянська академія", Український католицький університет)	4			
Міжнародні агентства та донори (напр., USAID, Швейцарська агенція з розвитку та співробітництва)	2			
Інформація з областей				
Медичні установи	Всього	Львівська	Полтавська	Запорізька
Психіатрична лікарня	5	2	2	1

КОРОТКИЙ ОГЛЯД ДЖЕРЕЛ ДАНИХ

Диспансер	3	1	1	1
Наркологічний диспансер	1	—	1	—
Центральна районна лікарня з наркологічним відділенням	9	4	2	3
Центральна районна лікарня з психіатричним відділенням	22	10	3	9
Поліклініка	5	2	1	2
Неурядові та громадські організації	Всього	Львівська	Полтавська	Запорізька
НУО та ГО	18	7	6	5
Групи Анонімних Алкоголіків (АА) (в тому числі для членів сім'ї)	2	—	2	—
Надавачі послуг	Всього	Львівська	Полтавська	Запорізька
Психіатр	15	7	4	4
Нарколог	4	1	2	1
Психолог (в тому числі державні та приватні)	33	12	14	7
Невролог	1	—	—	1
Соціальний працівник	12	2	7	3
Сімейний лікар/терапевт*	39	10	16	13
Фельдшер	5	2	1	2
Священники	3	2	1	—
Користувачі послуг з охорони психічного здоров'я (15 чоловіків, 9 жінок)	Всього	Львівська	Полтавська	Запорізька
Депресія	7	2	1	4
ПТСР	7	5	1	1
Тривожність	5	3		2
Розлад, спричинений вживанням алкоголю	3	2	1	1

*Рівень готовності відповідати під час оцінювання: хоча переважна більшість респондентів, до якої ми звернулися, була готова та часто рада брати участь в інтерв'ю і обговореннях і ділитися своїм досвідом, кілька сімейних лікарів/терапевтів відмовилися від участі. До останніх належить 8 осіб з Львівської області, 3 особи з Полтавської області та 5 осіб з Запорізької області, таким чином, рівень участі в оцінюванні становить 71% для цієї групи. Причини відмови від участі були наступними: брак часу (напр., пацієнти часто чекали на прийом) та втома після довгого робочого дня (напр., до осіб зверталися після обіду чи ввечері, коли було менше пацієнтів).

Інструменти оцінювання були адаптовані з інструменту-схеми ВООЗ (2017 рік, чорновий варіант) для проведення ситуативного аналізу в Програмі ВООЗ із заповнення прогалин у сфері охорони психічного здоров'я (mhGAP Situation Analysis Tool-Framework) та містили питання щодо національного, регіонального рівнів та рівня медичних установ. Інструменти оцінювання також були адаптовані з набору інструментів для оцінювання ПЗПСП в умовах гуманітарної кризи ВООЗ/УВКБ ООН (2012) (MHPSS Assessment Toolkit for Humanitarian Crises) та включали наступне: "Список контрольних показників для інтеграції охорони психічного здоров'я в систему первинної медичної допомоги в гуманітарних умовах" ("Checklist for integrating mental health in PHC in humanitarian settings"), "Шаблон для аналізу документів з вже існуючою інформацією" ("Template for desk review of pre-existing information"), "Оцінювання за участі громади I: довільний список та створення рейтингу проблем з подальшим оцінюванням щоденного функціонування та копінгу" ("Participatory Assessment I: Free listing and ranking of problems with further assessment on daily functioning and coping") та "Оцінювання за участі громади II: приклади питань для проведення інтерв'ю з ключовими інформаторами щодо дистресу та підтримки в різних підгрупах населення" ("Participatory Assessment II: Example Questions for Key Informant Interviews on Distress and Supports in Different Population Subgroups").

Інструменти оцінювання були випробувані під час оцінювання та після цього покращені і спрощені з метою гарантування того, що питання відповідають контексту, є практичними та релевантними.

2.3. Аналіз вторинних даних: вплив психічного здоров'я, інвестиції та аналіз доходу від інвестицій

Аналізи впливу психічного здоров'я, збільшення масштабу інтервенції та доходу від інвестицій проводилися за підтримки ВООЗ з використанням існуючих даних, отриманих завдяки інструменту OneHealth. Детальний опис методів та результатів представлено в Розділі 7.

III. РЕЗУЛЬТАТИ

1. Передумови та контекст

1.1. Соціополітичний контекст

Розташована в Східній Європі, Україна є другою за площею країною в східноєвропейському регіоні та межує з Чорним морем, Молдовою, Румунією, Угорщиною, Словаччиною, Польщею, Білорусією та Росією. Більшість населення України проживає в міських районах Київської, Харківської, Донецької, Дніпропетровської та Одеської областей².

Україна стала незалежною державою в 1991 році після розпаду Радянського Союзу.

Наприкінці 18-ого століття території, які зараз належать Україні, були розподілені між Австро-Угорською та Російською імперіями. За Радянської влади (з 1920 по 1991 роки) Україна пережила ряд криз, в тому числі два масштабних голоди, сталінські чистки та аварію на Чорнобильській атомній станції у квітні 1986 року. Після здобуття незалежності Україна пережила кілька змін на політичній арені, в тому числі Помаранчеву революцію 2004 року, яку спричинили вибори президента, та нещодавно масштабні протести під час Революції гідності 2014 року, які призвели до захоплення центральної площі Києва (Майдану Незалежності) та зміни адміністрації президента. В 2014 році військовослужбовці Росії окупували Крим та підтримали сепаратистів під час захоплення територій в Луганській та Донецькій областях на Сході країни. Конфлікт на Сході, який уряд України назвав Антитерористичною операцією (АТО), призвів до тривалих боїв та великої кількості смертей як серед військових, так і серед цивільного населення. Конфлікт забрав життя 2 000 солдат та 8 000 осіб серед мирного населення і спричинив поранення 20 000 осіб. Близько 3,8 мільйонів осіб потребують гуманітарної допомоги та близько 1,5 мільйона осіб є внутрішньо-переміщеними. Внутрішньо-переміщені особи (ВПО) розселилися по всій території України в пошуках безпеки, доступного житла та шляхів забезпечення життєдіяльності, більшість з них (більше половини) залишилися в Донецькій та Луганській областях неподалік від зони конфлікту. З часів Революції гідності та, значною мірою, через анексію Криму і конфлікт на Сході країна пережила суттєве падіння ВВП та купівельної спроможності, та багато українців виїхали за кордон в пошуках роботи, переважно до ЄС та Росії⁴.

ТАБЛИЦЯ 1.1: СОЦІОДЕМОГРАФІЧНІ ПОКАЗНИКИ УКРАЇНИ

Населення	Націо- нальне	Львівська обл.	Полтав- ська обл.	Запо- різька обл.
Всього населення	42,541,633	2,514,762	1,417,832	1,737,175
Міське населення (% від загальної к-сті) ⁵	69.1	60.9	61.9	77.2

Інші соціодемографічні показники

Населення віком до 14 років (% від загальної к-сті) ²	15.51
Населення віком понад 65 років (% від загальної к-сті) ²	16.05
Кількість ВПО	1,627,738 ⁶
Мови ⁵	Більшість людей розмовляє як українською, так і російською мовами. Українська (67,5%), російська (29,6%), меншини, що розмовляють кримсько-татарською, молдовською та угорською мовами (2,9%)
Етнічні групи ²	Українці 77,8%, росіяни 17,3%, білоруси 0,6%, молдовани 0,5%, кримські татари 0,5%, болгар 0,4%, угорці 0,3%, румуни 0,3%, поляки 0,3%, євреї 0,2%, інші 1,8% (підррахунки 2001 року)
Релігії	Православні християни: 65,4%, не релігійні: 16,3%, інші християни: 7,1%. Інші: греко-католики: 6,5%, протестанти: 1,9%, мусульмани: 1,1%, римо-католики: 1,0%, іудаїзм: 0,2%
ВВП	93.27 мільярдів ⁸ ВВП на душу населення: 2 182,5 доларів США ⁹ Група з рівнем доходу нижче середнього
Тип уряду	Президентсько-парламентська республіка ²
Адміністративний поділ	24 області ²
Рівень грамотності (%)	Все населення (віком 15 років >): 99,76% ¹⁰
Індекс розвитку людського потенціалу	84 (з 188) ¹¹
Дохід на душу населення	8 200 доларів США ²
Очікувана тривалість життя при народженні	71,8 ²
Рівень дитячої смертності	8 смертей/1 000 народжень ²

1.2. Аспекти загального стану здоров'я

В Україні одна з найгірших ситуацій зі станом здоров'я в європейському регіоні, що характеризується високими рівнями смертності, захворюваності та інвалідності. Загальний стан здоров'я в Україні **погіршився після розпаду Радянського Союзу** в 1991 році, було зареєстровано зменшення очікуваної тривалості життя і рівня життя, тоді як рівень смертності виріс, особливо **через збільшення кількості захворювань серцево-судинної системи, нещасних випадків та через причини, пов'язані з вживанням алкоголю**.¹² Фізичне здоров'я, за власними оцінками українців, є гіршим, ніж в Росії та інших регіонах Європи.¹³ **Очікувана тривалість життя** в Україні поступово збільшилася приблизно на 3 роки між 2000 та 2012 роками, але все ще

є низькою порівняно з іншими європейськими країнами¹⁴. Близько 90% смертей в Україні спричинені **неінфекційними захворюваннями**¹⁵. **Фактори ризику**, такі як куріння, надмірне вживання алкоголю, нездорове харчування, брак фізичних вправ та забруднення, відповідають основним причинам смертності в Україні.¹⁶

ТАБЛИЦЯ 1.2: ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ЗДОРОВ'Я

Очікувана тривалість життя при народженні: 71 рік¹⁴ (середній показник в ЄС: 81,1¹⁷) • 66,2¹¹ роки для чоловіків (середній показник в ЄС: 78,5¹⁷) • 76 років для жінок¹¹ (середній показник в ЄС: 83,9¹⁷)	Топ 10 причин смертності 16¹⁴: • Ішемічна хвороба серця (48%) • Інсульт (17,1%) • ВІЛ/СНІД (3%) • Цироз печінки (2,5%) • Інші: рак легень (2,1%), рак ободової та прямої кишки (1,8%), хронічне обструктивне захворювання легень (1,6%), рак шлунку (1,3%), заподіяння шкоди самому собі (1,3%), рак грудей (1,2%)
Поширеність ключових факторів ризику для НІЗ¹⁵: • Тютюнокуріння на даний час: чоловіки: 49%, жінки: 14% (відсоток населення віком 15 років та старше, яке палить будь-який тютюновий продукт, 2011 рік). • Загальне споживання алкоголю на душу населення: чоловіки: 22,0, жінки: 7,2 (споживання чистого алкоголю в літрах, на особу віком 15+ протягом одного календарного року). • Підвищений кров'яний тиск: чоловіки: 47,7%, жінки: 43,1% (відсоток населення віком 25 чи старше з систолічним кров'яним тиском $\geq$ 140 мм рт.ст. та/чи діастолічним кров'яним тиском $\geq$ 140 мм рт.ст.). • Ожиріння: чоловіки: 15,9%, жінки: 25,7% (відсоток населення віком 20 років чи старше з індексом маси тіла (BMI) $\geq$ 30кг/м²).	

Інфекційні захворювання

Рівень поширення **епідемії ВІЛ** в Україні є одним з найбільш швидко зростаючих у світі, країна і надалі реєструє тисячі нових заражень щороку. Епідемія має особливо негативний вплив на вразливі групи населення в Україні, в тому числі на осіб, які постраждали внаслідок конфлікту, осіб, які вживають наркотики через ін'єкції, працівників секс-індустрії та їхніх партнерів, чоловіків, які мають статеві зв'язки з чоловіками, та в'язнів. За підрахунками, близько половини всіх ВІЛ-інфікованих осіб в Україні не знають про захворювання, і багато нових випадків захворювання трапляються в регіонах, що постраждали внаслідок конфлікту¹⁸. **Епідемія туберкульозу** в Україні характеризується поширенням мультирезистентного туберкульозу та відносно високим рівнем смертності, спричиненим відсутністю лікування чи неналежним лікуванням туберкульозу та ростом рівня ко-інфікування туберкульозом і ВІЛ¹⁹. Рівень ко-інфікування ВІЛ/СНІДом та туберкульозом є високим. Оцінювання 2016 року показало, що 19,8% всіх осіб з туберкульозом в Україні були інфіковані ВІЛ. У 2015 році туберкульоз став причиною близько 65% всіх смертей серед осіб з ВІЛ. Спільні випадки захворюваності на ВІЛ/туберкульоз є основною причиною смертності, самі причини смерті пов'язані з пізнім виявленням захворюванням, пізнім початком АРВТ та поширеністю мультирезистентної форми туберкульозу. Рекомендується зменшити фрагментарність послуг в Україні, зробити тестування на ВІЛ більш доступним, інтегрувати послуги, пов'язані з ВІЛ та туберкульозом, в систему первинної медичної допомоги та підсилити співпрацю і зв'язки між НУО та надавачами послуг на рівні громади²⁰.

Соціальні детермінанти здоров'я

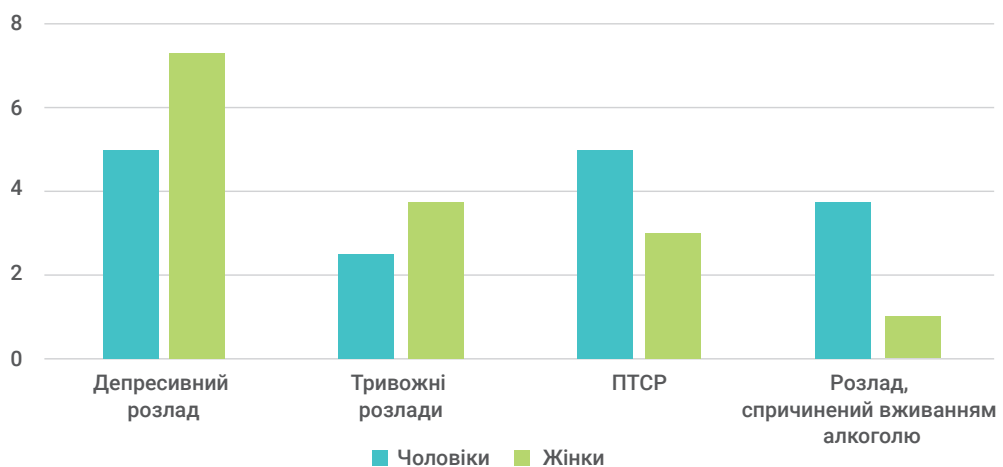
Інші ключові фактори, такі як **погана економічна ситуація в країні та дефіцит, який акумулюється в системі охорони здоров'я**, впливають на різноманітні соціальні детермінанти здоров'я (бідність, житло, працевлаштування тощо)¹⁶. Поширена проблема з втратою роботи через порушення функціонування індустрії, транспортної системи та діяльності підприємств, разом зі зменшенням рівнів експорту та імпорту внаслідок конфлікту з Росією, погіршили економічну ситуацію в Україні³. Дослідження визначили поганий стан соціоекономічних факторів (матеріальна ситуація), географічний регіон (проживання в селах, а не містах) та психосоціальні фактори (низький рівень контролю над життям) як детермінанти здоров'я, тоді як гарні стосунки в сім'ї було визнано захисним фактором¹³.

2. Найбільш поширені психічні розлади та розлад, спричинений вживанням алкоголю, в Україні

2.1. Поширеність

За підрахунками, у світі одна особа з кожних чотирьох стикається з психічним розладом впродовж життя²¹. Поширеність проблем з психічним здоров'ям часто є навіть вищою в країнах з такими соціоекономічними проблемами, як бідність, насильство і конфлікт.

Рисунок 2.1. Поширені психічні розлади та розлад, спричинений вживанням алкоголю, в Україні за статтю (%)



Підрахунки для України. Епідеміологічна статистика та достовірні дослідження щодо поширеності психічних розладів в Україні є відносно новою сферою²², і існує небагато джерел з надійною медичною статистикою та епідеміологічними дослідженнями²³. Перше національне психіатричне епідеміологічне дослідження було проведено в 2002 році¹². Детальні підрахунки поширеності, отримані на основі різних досліджень, представлено нижче (Таблиця 2.3). Варто зазначити, що різні методи та вибірки, а також методологічні обмеження дають різні підрахунки в результаті. Важко, наприклад, відрізнити психічні розлади та нормальні реакції на стрес серед населення, яке постраждало внаслідок конфлікту, використовуючи такий метод, як опитування. Тому дослідження можуть переоцінювати рівень поширеності серед населення, яке постраждало внаслідок конфлікту.

За підрахунками, близько **третини населення України пережило щонайменше один психічний розлад** протягом життя. Гендерні відмінності стосуються ПТСР та розладу, спричиненого вживанням алкоголю, які є більш поширеними серед чоловіків, тоді як депресія та тривожність більш поширені серед жінок (див. Рисунок 2.1).¹²

Тенденції в країнах регіону

Поширеність депресивних розладів є особливо високою в Україні порівняно з іншими країнами; розлад, спричинений вживанням алкоголю, є також поширеним порівняно з іншими країнами (за винятком Литви та Російської Федерації). Тривожні розлади, натомість, є більш поширеними в країнах ЄС (див. Рисунки нижче).

Рисунок 2.2. Поширеність депресивних розладів (%)

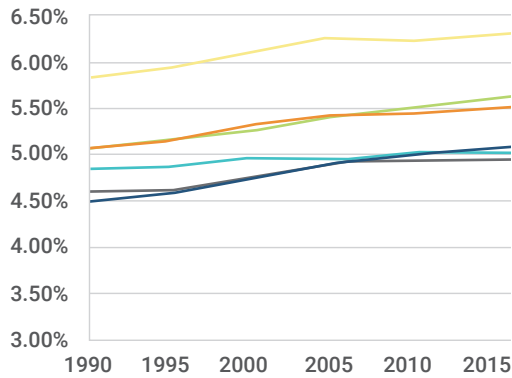


Рисунок 2.3. Поширеність тривожних розладів (%)

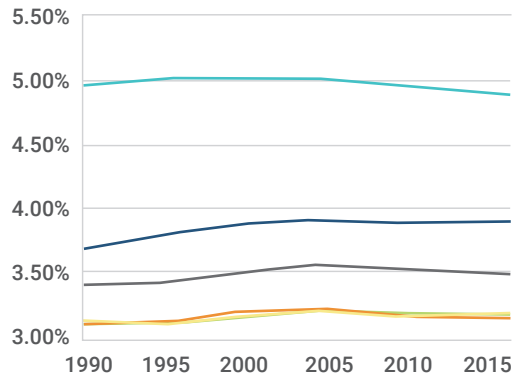


Рисунок 2.4. Поширеність розладу, спричиненого вживанням алкоголю (%)

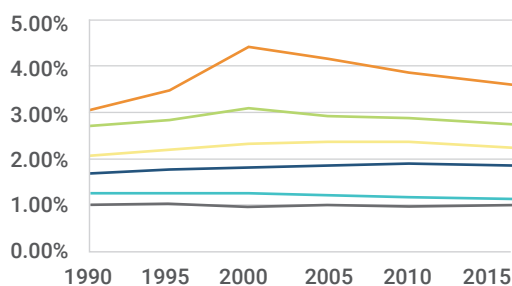
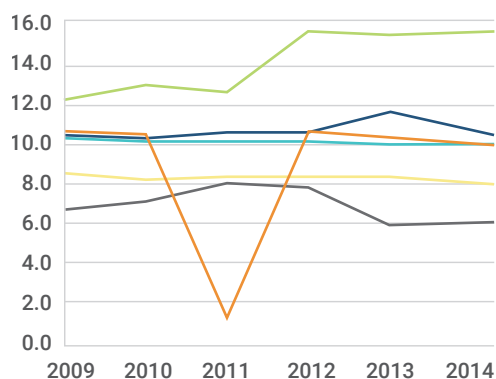


Рисунок 2.5. Споживання чистого алкоголю на душу населення, літри на душу населення, вік 15 + (%)



■ ЕС ■ Грузія ■ Литва ■ Польща ■ Росія ■ Україна

2.2. Фактори ризику та соціальні детермінанти психічного здоров'я

До соціальних детермінантів здоров'я належать умови повсякденного проживання (напр., здорове фізичне середовище), справедливе працевлаштування та належні умови праці, соціальний захист впродовж життя та доступ до охорони здоров'я. Соціальні детермінанти здоров'я також пов'язані з розподілом влади, грошей та ресурсів, в тому числі справедливості в програмах охорони здоров'я, державне фінансування, економічна нерівність, виснаження ресурсів, здорові умови роботи, гендерна справедливість та політична власність²⁸. Соціальні детермінанти також тісно пов'язані з психічним здоров'ям²⁹.

Дослідження факторів ризику та соціальних детермінантів в Україні

Географічні відмінності. Дослідження показали, що поширеність психічних розладів та фактори ризику різняться в різних регіонах України,^{12,30,31} як і наявність кваліфікованих спеціалістів з охорони психічного здоров'я³³. **Східний регіон** України пов'язаний з **вищим рівнем самогубств**^{34,35}, тоді як Київ та східні регіони України пов'язані з вищим рівнем поширеності психічних розладів, а саме афективних та тривожних розладів і розладу, спричиненого вживанням алкоголю¹².

ТАБЛИЦЯ 2.2: РІВНІ ПОШИРЕНOSTІ В РЕГІОНІ

Рівні поширеності	Україна	Середній показник ЄС	Грузія	Литва	Польща	Російська Федерація
Депресивний розлад (всі вікові групи) Всього ²⁴	6.31	5.02	4.96	3.90	5.07	5.51
Чоловіки	5	4.12	4.23	3.00	4.44	4.32
Жінки	7.39	5.85	5.62	4.65	5.64	6.49
Тривожні розлади (всі вікові групи) * ²⁴	3.18	4.89	3.46	3.17	3.88	3.12
Чоловіки	2.45	3.29	2.61	2.46	2.81	2.41
Жінки	3.78	6.36	4.22	3.76	4.85	3.71
Розлад, спричинений вживанням алкоголю (всі вікові групи) * ²⁴	2.26	1.12	0.98	2.82	1.89	3.72
Чоловіки	3.71	1.81	1.63	4.69	3.25	5.84
Жінки	1.08	.48	.4	1.26	.67	1.97
Споживання алкоголю * ²⁵	8.06	10.17	6.13	15.19	10.71	10.12
Чоловіки ²⁶	22 ²⁷	—	12.6	24.4	19.8	23.9
Жінки ²⁶	7.2 ²⁷	—	3.4	7.9	5.8	7.8

* Споживання чистого алкоголю, літри на душу населення, вік 15+, 2014 рік

Нещодавні дослідження вказують, що деякі відмінності в психічних розладах пов'язані з **конфліктом та насильством**, які нещодавно посилилися в Східному регіоні^{36, 37, 38}. Приймаючи громади в районах, що постраждали внаслідок конфлікту, переміщені особи зазнають впливу різних стресорів, таких як насильство, втрати (напр., домівки, членів сім'ї, громад), безробіття, менший рівень доходу, вищі частки витрат на комунальні платежі, труднощі з житлом, задоволенням базових потреб і отриманням доступу до базових послуг^{37, 39}. До соціальних проблем, які виникають в результаті цього, належать конфлікти в сім'ї та ізоляція⁴⁰, тоді як відчуття недовіри та політичні розбіжності негативно впливають на соціальну єдність⁴¹.

Внутрішньо-переміщені особи (ВПО). Дослідження показують **високий рівень поширеності найбільш розповсюджених проблем з психічним здоров'ям серед ВПО** (див, Таблицю 2.3). Нещодавній звіт про ВПО в Запорізькій області стверджує, що до найбільш поширених стресорів для цієї групи населення належать труднощі з пошуком роботи, фінансові труднощі, відсутність відчуття належності до приймаючої громади, конфлікти в сім'ї, порушена психіка, зловживання алкоголем, страх перед майбутнім, самотність/брак спілкування та відчуття втрати^{42, 43} – і всі ці фактори можуть підвищити ризик виникнення проблем з психічним здоров'ям. Насправді, нещодавнє дослідження показує, що психічні розлади серед ВПО були суттєво пов'язані з сукупним травматичним досвідом, більш нещодавнім переміщенням та поганим економічним становищем⁴².

ВПО та ветерани. Практикуючі фахівці та дослідження відзначають високий тягар проблем з психічним здоров'ям серед військових та внутрішньо-переміщених осіб^{36, 44, 45}. Звіт щодо ветеранів з Запоріжжя показує, що до найбільш поширених стресорів належать відчуття відсутності підтримки від влади та уряду, труднощі з пошуком роботи, погана ситуація з охороною здоров'я і проблеми з алкоголем⁴³. Дослідження з Києва та Запоріжжя

свідчить, що як ВПО, так і ветерани часто переживають тривалий стрес через досвід з травматичними подіями та відчуття соціальної ізоляції і безнадійності. Також були відзначені труднощі з адаптацією та ре-інтеграцією в суспільство, і більше половини мали проблеми з психічним здоров'ям, такі як ПТСР (див. Таблицю нижче)⁴². Також важливо відзначити дослідження, яке вказує на те, що зловживання психоактивними речовинами, в тому числі розлад, спричинений вживанням алкоголю, є більш поширеним серед населення, що постраждало внаслідок конфлікту, та ветеранів. ПТСР – це фактор ризику для вживання психоактивних речовин⁴⁶.

Фактори ризику для психічних розладів. До факторів, пов'язаних з **вищим ризиком** виникнення психічних розладів в Україні, належать **старший вік** (за винятком вживання алкоголю серед молодших жінок), **стать** (жіноча стать у випадку депресії та тривожних розладів і чоловіча стать у випадку з розладом, спричиненим вживанням алкоголю), **нижчий рівень освіти, безробіття, проживання на Сході України, розлучення та життєві стресори**¹² (див. Таблицю 2.3 для більш детального опису). Ці фактори ризику були **подібними для ВПО та загального населення. Серед осіб старшого віку** депресія також пов'язана з хронічними захворюваннями.

ТАБЛИЦЯ 2.3: ДАНІ ЩОДО ПОШИРЕНOSTІ ТА ФАКТОРИ РИЗИКУ ДЛЯ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ

Психічний розлад	Поширеність	Фактори ризику
Будь-який психічний розлад ¹² Загальне населення	31.6% (впродовж життя) 10.6% (поширеність серед населення)	• Старший вік • Низький рівень освіти • Проживання на Сході України
Афективні розлади Загальне населення	Всього: 9.1% ⁵⁰ (поширеність протягом 12 місяців) Всього: 15.81% ¹² (впродовж життя) Чоловіки: 9.72% ¹² (впродовж життя) Жінки: 20.78% ¹² (впродовж життя)	• Жіноча стать¹² • Старший вік • Незадовільний фінансовий стан • Низький рівень освіти • Походження з Києва та східних регіонів • Припинення шлюбу (розлучення, розставання чи вдовство) • Роль домогосподарки • Вихід на пенсію • Захисний фактор: навчання у вузах
Депресія Загальне населення	Всього: 6.31% ²⁴ (2015), 14.59% ¹² (впродовж життя) Чоловіки: 5% ²⁴ 8.61% ¹² (впродовж життя) Жінки: 7.39% ²⁴ 19.48% ¹² (впродовж життя) Жінки (2005): 11.3% (12 - місячний великий депресивний розлад). ¹² Міське: 17% Сільське: ⁴⁷ 18% Всього (2015): 22% Чоловіки: 11% ⁴⁷ Жінки: 11% ⁴⁷	• Ризик збільшується разом з віком як серед чоловіків, так і серед жінок¹²
ВПО	Всього: 22% ⁴⁸ Чоловіки: 16% ⁴⁴ Жінки: 25% ⁴⁴ ВПО та ветерани разом: 21% ⁴² (2016)	• Старший вік • Жіноча стать • Нижчий рівень доходу⁴⁸ • Нещодавнє переміщення • Досвід з несприятливими подіями
Ветерани АТО ⁴⁶	ВПО та ветерани разом: 21% (2016)	

ТАБЛИЦЯ 2.3: ДАНІ ЩОДО ПОШИРЕНOSTІ ТА ФАКТОРИ РИЗИКУ ДЛЯ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ

Психічний розлад	Поширеність	Фактори ризику
Старші дорослі (вік 50-91) ⁴⁹	Всього: 11.5% Чоловіки: 7.1% Жінки: 14.4% (поширеність протягом 12 місяців)	• Попередній діагноз великого депресивного розладу до 50-річного віку • Низька самооцінка фізичного та психічного здоров'я • У випадку з чоловіками: проживання наодинці, повідомлення про 5+ візитів до лікаря за останній рік, порушення соціальної ролі • У випадку з жінками: бідність, низький рівень освіченості, інші захворювання, історія тривожного розладу до 50-річного віку, порушення когнітивних функцій та піклування про себе
Тривожні розлади Загальне населення	Всього: 6.10%, ¹² 7.1%, ⁵⁰ 13.49 ¹² (впродовж життя) Чоловіки (впродовж життя): 3.96% ¹² Жінки (впродовж життя): 7.86% ¹² Всього (2015) ²⁴ : 3.18% Чоловіки: 2.45% Жінки: 3.78%	• Жіноча стать • Проживання у всіх регіонах окрім заходу • Припинення шлюбу (розлучення, розставання чи вдівство) • Роль домогосподарки¹²
ВПО	Всього: 18% ⁴⁸ Чоловіки: 13% ⁴⁸ Жінки: 20% ⁴⁸ ВПО та ветерани разом: 1% ⁴²	• Вік 18–59⁴⁸ • Жіноча стать⁴⁸ • Погана економічна ситуація домогосподарства⁴⁸
ПТСР Загальне населення	Всього (2015): 8% Чоловіки: 5% Жінки: 3% Міське: 5% Сільське: 3% ⁴⁶	
ВПО	Всього: 32% ⁴⁸ Чоловіки: 22% Жінки: 36% ВПО та ветерани разом: 46% ⁴²	• Старший вік • Жіноча стать • Нижчий рівень доходу⁴² • Нещодавнє переміщення • Досвід з несприятливими подіями, кумулятивний травматичний досвід (як в якості свідка, так і пережитий)
Розлад, спричинений вживанням алкоголю Загальне населення	Всього: 4.9%, ²⁷ 13.49% ¹² (впродовж життя) Чоловіки: 9.3% ²⁷ Чоловіки (2005): 26.46% ¹² (рівень поширеності впродовж життя) Жінки: 1.1%, ²⁷ 2.89% ¹² (впродовж життя) Всього (2015): ²⁴ 2.26% (населення) Чоловіки: 3.71% Жінки: 1.08% ВПО та ветерани: 4% (алкозалежність) ⁴²	• Чоловіча стать (в 9 разів більш ймовірний серед чоловіків, ніж серед жінок)¹² • Жінки: Вік до 25 років та 25-34 роки¹² • Наявність лише початкової освіти¹² • Чоловіки: Вік 26-34 та 35-54 роки⁵¹: • Припинення шлюбу та не одруження 55 років¹² • Наявність лише середньої освіти⁵¹ • Працездатність (навіть якщо безробітний)⁵¹ • Проживання на Південному Сході (на противагу Заходу) • Неповнолітні батьки (молодші 18), які проживають вдома⁵¹
Тяжке епізодичне вживання алкоголю* Загальне населення	Всього: 22.6% ²⁷ Чоловіки: 35.2% Жінки: 12.1%	

ТАБЛИЦЯ 2.3: ДАНІ ЩОДО ПОШИРЕНOSTІ ТА ФАКТОРИ РИЗИКУ ДЛЯ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ

Психічний розлад	Поширеність	Фактори ризику
Тяжке вживання алкоголю	Всього: 22%⁵¹ Чоловіки (2005): 38.7%⁵¹ (поширеність протягом 12 місяців)** (2001): 15%⁵² *** Жінки (2005): 8.5%⁵¹ (поширеність протягом 12 місяців)** (2001): 2%⁵² *** <i>ВПО та ветерани: 7%⁴²</i>	Чоловіки:⁵¹ - Вікова група 26–34 років та 35–54 років - Проживання на Південному Сході (на противагу Заходу) - Рівень освіти (не вище середньої), відсутність працевлаштування (безробіття) - Неповнолітні батьки (молодші 18), які проживають вдома Жінки:⁵¹ - Молодші, особливо віком від 18 до 25 років - Проживання на Південному Сході - Відсутність працевлаштування (безробіття)
Суїцид Загальне населення	Всього: 24-32 на 100 000 8,2%³⁴ (думки про суїцид, поширеність впродовж життя), 21,2 на 100 000⁵⁴ 38,2% (ті, хто планують та вчиняють спробу) Чоловіки: 37,8 на 100 000, 7 992 випадків суїциду, 5,8%⁵⁴ (думки про суїцид, впродовж життя), 28% (спроба) Жінки: 7,0 на 100 000⁵⁴, 1 724 випадків суїциду⁵⁴, 10,1%³⁴ (думки про суїцид, впродовж життя), 22,4% (спроба)	Думки про суїцид³³: - Жіноча стать³³ - Молодший вік - Трагічні події в житті/історія травм³⁴ - Депресія в батьків³⁴ - Попередня історія психіатричних та алкогольних розладів - Супутні розлади (тобто тривожність, депресія, синдром епізодичного порушення контролю, розлад, спричинений вживанням алкоголю) Суїцид:⁵⁴ - Чоловіки: віком 45-54 років - Жінки: віком 65 років та старше Суїцид:³⁵ - Проживання на Сході України - Економічні труднощі - Міжособистісні конфлікти - Зловживання алкоголем чи наркотиками - Депресія - Сімейна історія суїциду - Трагічні події в житті

* Визначено як споживання щонайменше 60 грам чи більше чистого алкоголю принаймні один раз протягом останніх 30 днів.

** Тяжке вживання алкоголю серед чоловіків визначається як споживання ≥ 80 грам чистого алкоголю в звичний день пияцтва чи споживання або $\geq$ до 60 грам 3-4 дні на тиждень, або ≥ 40 грам практично кожного дня. Тяжке вживання алкоголю серед жінок визначається як щомісячне споживання щонайменше ≥ 60 грам етанолу в типовий день пияцтва чи споживання або ≥ 45 грам 3-4 дні на тиждень, або ≥ 30 грам практично кожного дня⁶³. Наприклад, 14 грам чистого алкоголю будуть відповідати приблизно 1,5 унціям міцних спиртних напоїв, одному келиху вина чи 1 пиву (12 унцій). На основі цих підрахунків, 80 грам чистого алкоголю приблизно відповідає 8,55 унціям міцних спиртних напоїв, 6 келихам вина та 6 пляшкам пива по 12 унцій кожна. 60 грам чистого алкоголю приблизно відповідає 6,4 унціям міцних спиртних напоїв, 4 келихам вина чи 4 пляшкам пива по 12 унцій кожна.

*** Міжсекторальне дослідження, проведене в 2008 році з використанням даних за 2001 рік, дослідило епідеміологію важкого вживання алкоголю в 8 колишніх радянських республіках, в тому числі Україні. Тяжке вживання алкоголю визначили як споживання щонайменше 21 пляшок пива (80+ грамів чистого алкоголю), 750 грамів вина (90+ грамів чистого алкоголю) чи 200 грамів міцних спиртних напоїв (86+ грамів чистого алкоголю). Повідомлені звичні кількості спожитого алкоголю було конвертовано з літрів в грами алкоголю на тиждень, припускаючи, що в одній пляшці пива містилося 40 грамів чистого алкоголю, в пляшці вина на 750 грамів містилося 90 грамів чистого алкоголю, а в пляшці горілки на 500 мл чи інших міцних спиртних напоях містилося 215 грамів чистого алкоголю. Високий тижневий рівень споживання алкоголю визначили як ≥ 210 грамів для чоловіків та ≥ 140 грамів для жінок. 15 відсотків чоловіків повідомили про тяжке споживання алкоголю протягом тижня (≥ 210 грамів чистого алкоголю), тоді як 2% жінок повідомили про тяжке споживання алкоголю протягом тижня.⁵²

Результати оцінювання щодо соціальних детермінантів та факторів ризику

Фактори, знайдені в літературі, подібні на фактори, які описували ключові інформатори, як такі, що сприяють виникненню проблем з психічним здоров'ям в Україні (див. таблицю нижче). До таких факторів відносять бідність, безробіття, конфлікт на Сході та переміщення в результаті конфлікту, а також стресові події в житті. Ключові інформатори також згадували тривожність через конфлікт на Сході та доступ до медичних послуг як стресори.

Результати цього дослідження відповідають результатам міжнародних досліджень з різних країн світу, які демонструють тісний зв'язок між бідністю та проблемами з психічним здоров'ям.⁵⁶ Ймовірно, бідність впливає на психічне здоров'я внаслідок таких факторів, як відсутність відчуття безпеки та безнадійності, а також загострення ризиків, пов'язаних з поганим станом фізичного здоров'я, та досвіду з насильством.⁵⁶ З іншого боку, проблеми з психічним здоров'ям також можуть призвести до погіршення успіхів у навчанні, безробіття та росту бідності, таким чином створюючи замкнуте коло.

Тим не менше, також варто відзначити, що хоча ці фактори підвищують ризик, вони не передбачають виникнення психічних захворювань. Потрібно і далі досліджувати складні стосунки між біо-психо-соціальними факторами, що лежать в основі виникнення психічних захворювань. Більш того, також важливо враховувати не лише ризик, а й захисні фактори, такі як соціальна підтримка⁵⁷ та акумуляція позитивних і негативних впливів впродовж життя⁵⁸.

Можна припустити, що поганий стан психічного здоров'я в Україні тісно взаємопов'язаний з бідністю, безробіттям та відчуттям небезпеки, що посилюються наслідками конфлікту. ВПО, люди похилого віку та особи, які проживають на Сході, належать до особливо вразливих груп населення.

ТАБЛИЦЯ 2.4: ФАКТОРИ, ЩО СПРИЯЮТЬ ВИНИКНЕННЮ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ, ЯКІ БУЛИ ОПИСАНІ КЛЮЧОВИМИ ІНФОРМАТОРАМИ (ЗАЦІКАВЛЕНИМИ СТОРОНАМИ, НАДАВАЧАМИ ПОСЛУГ, КОРИСТУВАЧАМИ ПОСЛУГ)

Всі

- Бідність та економічна ситуація
- Безробіття
- Конфлікт на Сході (напр., тривожність через конфлікт, участь в військових операціях, відчуття втрати мети продовження військового конфлікту)
- Генетична схильність

Львівська область	Полтавська область	Запорізька область
• Внутрішнє переміщення та пов'язана з цим втрата соціальної та фінансової стабільності • Конфлікти в сім'ї • Доступ до медичних послуг та медикаментів (напр., недоступні медикаменти чи медикаменти низької якості) • Досвід, що загрожує життю (напр., автомобільна аварія)	• Соціальна ізоляція та брак підтримки (напр., сім'ї, соціальних послуг) • Негативні стратегії подолання (напр., алкоголь) • Смерть близьких • Недбале ставлення до ветеранів з боку держави	• Внутрішнє переміщення та пов'язана з цим втрата соціальної та фінансової стабільності • Сімейні конфлікти та проблеми в стосунках • Доступ до медичних послуг та медикаментів (напр., недоступні медикаменти, відсутність медичного страхування) • Негативні події в житті, що повторюються, та складні особисті обставини (напр., втрата) • Хвилюючі та хаотичні новини по ТВ та в інтернеті

2.3. Вплив та тягар

Проблеми з психічним здоров'ям, які не лікуються, впливають не лише на осіб та їхню здатність функціонувати, заробляти гроші та виховувати дітей, а й на цілі сім'ї і громади. Така висока ціна проблем з психічним здоров'ям, які не лікуються, є особливо суттєвою в Україні, яка намагається просувати економічні, політичні реформи та реформи у сфері охорони здоров'я в контексті боротьби з тривалою політичною нестабільністю, високим рівнем безробіття, тривалим збройним конфліктом та переміщенням.

Міжнародні дослідження показують відмінності в **очікуваній тривалості життя**, демонструючи, що люди з тяжкими психічними розладами помирають в середньому на 10-15 років раніше, ніж представники загального населення^{59,60}. Збільшується кількість доказів, які об'єднують психічні розлади (в тому числі деменція, шизофренія, розлади, спричинені вживанням алкоголю та наркотиків) з вищим рівнем смертності в порівнянні з загальним населенням⁶¹. Відмінності в рівні смертності є результатом як **безпосередньо спричинених смертей** (тобто смертей, які безпосередньо спричинені вживанням алкоголю, наприклад), та **додаткових смертей** (наприклад, вищий ризик смерті внаслідок серцево-судинних захворювань серед осіб з депресією).

Вплив здоров'я: смерті, безпосередньо пов'язані з психічними розладами

Споживання алкоголю та розлад, спричинений вживанням алкоголю

Тренди щодо вживання алкоголю в Україні подібні на ті, що існують в Росії, та мають спільні культурні та історичні корені, підсилені умовами та політиками, пов'язаними з алкоголем, під час радянського періоду⁶². В Україні **самогоноваріння** з цукру є давньою традицією. До розпаду СРСР Україна займала перше місце серед радянських республік з виробництва цукру, і велика кількість самогону вироблялася з цього цукру. Після здобуття незалежності об'єми виробництва цукру в Україні зменшилися, але самогоноваріння вдома є і досі поширеним (особливо в сільських регіонах), та нелегальний ринок алкоголю є масштабним. Тому, за підрахунками, незадокументоване споживання становить майже дві третіх від всього споживання алкоголю⁶². В Україні алкоголь починають вживати в підлітковому віці. Дослідження з Харкова показує, що з 1 532 опитаних підлітків віком від 15 до 18 років 76% вживали алкоголь протягом останнього року⁶³. Є твердження, що соціальне конструювання та нормалізація культури вживання алкоголю в Україні створили інституційне середовище та погані умови життя, які не заохочують до ведення здорового способу життя і можуть сприяти підтримці традицій, пов'язаних з вживанням алкоголю⁶².

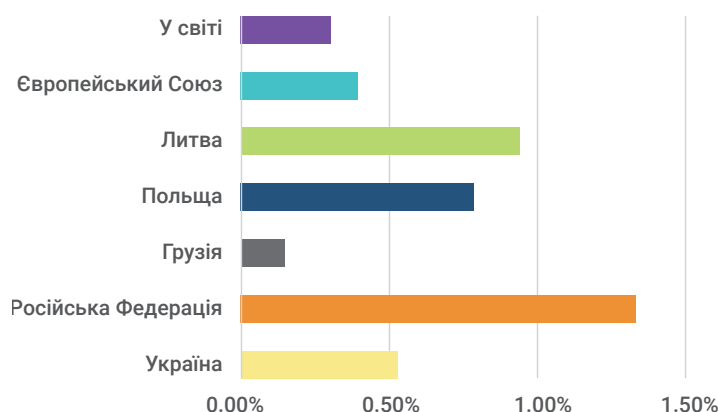
Надмірне споживання алкоголю безпосередньо пов'язане зі смертями. До найбільш поширених причин смертей, безпосередньо пов'язаних з алкоголем, серед чоловіків в Україні (2007) належать **вбивство, сепсис (зараження крові), грип і пневмонія, невизначені травми, потоплення в результаті нещасного випадку та самогубство**⁶². Смерті, пов'язані з надмірним вживанням алкоголю, найчастіше трапляються серед чоловіків працездатного віку. За підрахунками, **40% смертей серед чоловіків працездатного віку** та 22% смертей серед жінок працездатного віку віком від 20 до 64 років є наслідком вживання алкоголю в Україні⁶². В 2007 році рівень смертності, пов'язаний з

вживанням алкоголю, серед чоловіків та жінок був дуже подібним на рівень 1980 року⁶². Українці, чия смерть була спричинена надмірним вживанням алкоголю, втратили близько 33 років життя.⁶²

Тенденції протягом тривалого періоду часу. Одне дослідження зазначає, що смерті, безпосередньо пов'язані з алкоголем, серед чоловіків та жінок були в 2007 році на рівні, дуже подібному до рівня 1980 року, проте очікувана тривалість життя була набагато нижчою, таким чином наголошуючи на тому, що на низьку очікувану тривалість життя впливають і інші фактори в Україні, а не лише вживання алкоголю⁶².

Порівняння з країнами в регіоні. Ризик померти від причини, безпосередньо пов'язаної з алкоголем, є в 7 разів вищим серед осіб, які проживають в Східних регіонах Європи, ніж серед жителів Середземноморського регіону⁶⁵. Кількість смертей, пов'язаних з розладом, спричиненим вживанням алкоголю, є нижчою в Україні, ніж в деяких інших країнах Східної Європи (за винятком Грузії), але все рівно вищою, ніж в ЄС (див. Таблицю нижче).

Рисунок 2.6. Смерті, безпосередньо пов'язані з розладом, спричиненим вживанням алкоголю, всього (відсоток %)²⁴



ТАБЛИЦЯ 2.5: СМЕРТІ, БЕЗПОСЕРЕДНЬО ПОВ'ЯЗАНІ З ВЖИВАННЯМ АЛКОГОЛЮ ТА РОЗЛАДОМ, СПРИЧИНЕНИМ ВЖИВАННЯМ АЛКОГОЛЮ, В УКРАЇНІ ТА РЕГІОНІ²⁴

	Україна	Російська Федерація	Грузія	Польща	Литва	Європейський Союз	У світі
Смерті, безпосередньо пов'язані з розладом, спричиненим вживанням алкоголю ⁴³ , всього	0.52	1.34	0.07	0.81	0.94	0.38	0.25
Чоловіки	0.79	2.06	0.12	1.37	1.48	0.62	0.38
Жінки	0.25	0.59	0.02	0.18	0.4	0.15	0.08

Суїцид

Суїцид, як причина смертності, також тісно пов'язаний з поширеними психічними розладами та вживанням алкоголю. В Україні один з **десяти найвищих рівнів суїциду в світі** (в діапазоні від 24 до 32 випадків на 100 000¹⁴), суїцид є **3-ою найбільш поширеною причиною смертності в Україні**. В світі та Європі суїцид є другою найбільш поширеною причиною смертності серед молодих дорослих людей віком 15-29 років⁶⁶.

Вплив здоров'я: втрачені роки життя (додаткові смерті)

Проблеми з психічним здоров'ям також непрямо збільшують кількість додаткових смертей, підвищуючи ризик виникнення проблем з фізичним здоров'ям, в тому числі через травми, нездоровий спосіб життя (напр., куріння, незбалансоване харчування, відсутність фізичної активності, ожиріння), небажання чи неможливість звернутися для отримання послуг з охорони здоров'я та недотримання схеми медикаментозного лікування.

У світі психічні розлади пов'язані з вищим рівнем смертності через коронарну хворобу серця, інсульт, діабет II типу, респіраторні захворювання та деякі види раку⁶¹. За підрахунками, близько 80% передчасних смертей серед осіб з психічними, неврологічними розладами та розладами, спричиненими вживанням психоактивних речовин, викликані фізичними хворобами, а саме захворюваннями серцево-судинної системи, в тому числі інсультом та раком⁶¹.

Дослідження показують, що:

- **Тяжка депресія** є задокументованим фактором ризику ішемічної хвороби серця.
- **Посттравматичний стресовий розлад** (ПТСР) пов'язаний з підвищеним рівнем смертності, спричиненої ішемічною хворобою серця, пухлинами та навмисними і випадковими травмами⁶¹.
- **Вживання алкоголю** пов'язане з туберкульозом, респіраторними інфекціями нижчих дихальних шляхів, множинним раком, захворюваннями серцево-судинної системи та системи кровообігу, цирозом печінки, панкреатитом, епілепсією, цукровим діабетом, травмами та міжособистісним насильством.

Регіональні та глобальні тенденції. В регіоні Російська Федерація займає перше місце щодо кількості втрачених років (YLL) через вживання алкоголю, після неї йдуть Литва, Україна та Польща, тоді як країни Європейського Союзу та Грузія займають набагато нижчі місця в рейтингу (див. Таблицю нижче)⁶¹.

ТАБЛИЦЯ 2.6: ПІДРАХУНОК YLL ДЛЯ ВСІХ ВІКОВИХ ГРУП, В ГРУПІ РОЗЛАДІВ СПРИЧИНЕНИХ ВДИВАННЯ АЛКОГОЛЮ, ПОДІЛЕНИХ ЗА СТАТТЮ ТА КРАЇНАМИ-ЧЛЕНАМИ ВООЗ, 2015 РІК^{63, 24}

YLL (кількість втрачених років)	Україна	Російська Федерація	Грузія	Польща	Литва	Європейський Союз	У світі
Розлади, спричинені вживанням алкоголю							
Рівень (на 100 000)	283	682	33	283	422	119	66
Чоловіки	477	1182	62	526	741	200	113
Жінки	119	256	6	58	148	42	19

Примітка: YLL (кількість втрачених років) відповідає кількості смертей, помноженій на стандартну очікувану тривалість життя у віці, коли настає смерть. Базова формула для YLL є наступною для даної причини, віку та статі: $YLL = N \times L$, де N = кількість смертей та L = стандартна очікувана тривалість життя у віці, коли настає смерть, в роках⁶⁸.

Підрахунок YLD (років, втрачених через інвалідність), для всіх вікових груп, розподілені за причиною, статтю та країнами-членами ВООЗ, 2015⁶⁹

Хоча немає наявності даних на рівні країни стосовно YLL через поширені психічні розлади, моделі природної динаміки для депресії показують, що було задокументовано більше, ніж 2,2 мільйона додаткових смертей у світі серед осіб з великим депресивним розладом, а особливо високий рівень смертності спостерігався серед **осіб похилого віку**⁶¹. На даний момент є недостатньо інформації про додаткові смерті, пов'язані з **тривожними** розладами.

Вплив на інвалідність

Проблеми з психічним здоров'ям впливають на здатність особи функціонувати, наприклад, виконувати повсякденні завдання, працювати та/чи встановлювати чи підтримувати стосунки з іншими. Гарне психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя є надзвичайно важливими для адаптації до нових ситуацій та проблем, а також для того, щоб могли впоратися зі стресом у випадку криз та інших надзвичайних ситуацій.

Психічне захворювання – це один з найбільших невидимих тягарів у всіх країнах, **відповідаючи за 4 з 10 основних причин інвалідності у світі**.⁷⁰ До 2030 року **депресія** стане третьою найбільш поширеною причиною тягара захворювань в країнах з низьким рівнем доходу та другою найбільш поширеною причиною в країнах з середнім рівнем доходу.

В Україні психічні, неврологічні розлади та розлади, спричинені вживанням психоактивних речовин, є **другою основною причиною тягара інвалідності** щодо DALYs.

ТАБЛИЦЯ 2.7: ОСНОВНІ ГРУПИ ІНВАЛІДНОСТІ ЯК ВІДСОТОК ВСІХ DALY (2015) (%)⁷²

	Україна			Європейський Союз
	Чоловіки	Жінки	Всього	Всього
Серцево-судинні захворювання:	33.89	37.85	35.67 ⁷³	18.84 ²⁴
Нейропсихіатричні хвороби	11.3	16.5	13.8	15.2 (Європейський регіон)
Злоякісні пухлини	15.3 ⁷⁴	10.4	12.5 ⁷⁴	15.4 (Європейський регіон)
Травми, отримані внаслідок нещасного випадку	5.86	2.7	4.44	3.93
Інфекційні та паразитарні захворювання	1.9	1.08	1.53	2.01

Примітка: один DALY (рік життя, втраченого внаслідок інвалідності) можна вважати одним втраченим роком "здорового" життя. DALYs для хвороби чи медичного стану підраховуються, як сума кількості втрачених років життя (YLL) через передчасну смертність серед населення, та років, втрачених через інвалідність (YLD), для осіб, які живуть з медичними станами чи їх наслідками: **DALY = YLL + YLD**⁷⁰

Серед всіх психічних, неврологічних розладів та розладів, спричинених вживанням психоактивних речовин, тягар інвалідності в Україні є найвищим у випадку депресивних розладів, після чого йдуть розлади, спричинені вживанням наркотиків, розлади, спричинені вживанням алкоголю, тривожні розлади та шизофренія (див. Таблицю нижче з відповідними показниками).

Рисунок 2.8. Депресивні розлади, підрахунок DALY для всіх вікових груп на 100 000

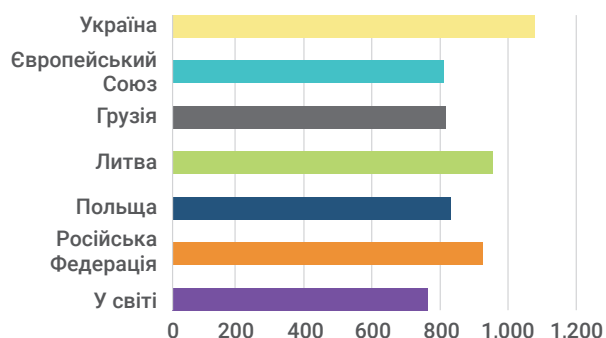
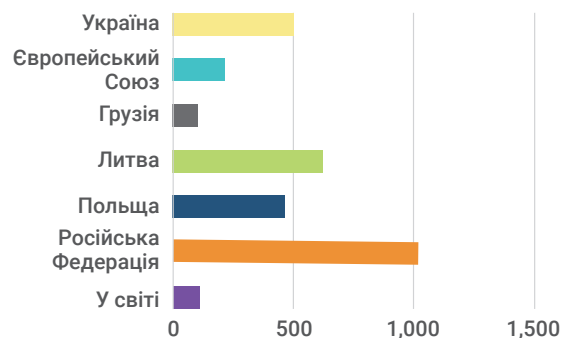


Рисунок 2.9. Тривожні розлади, підрахунок DALY для всіх вікових груп на 100 000



Рисунок 2.10. Розлади, спричинені вживанням алкоголю, підрахунок DALY для всіх вікових груп на 100 000



ТАБЛИЦЯ 2.8: ПІДРАХУНОК DALY ДЛЯ ВСІХ ВІКОВИХ ГРУП, ПОДІЛЕНИХ ЗА ПРИЧИНОЮ, СТАТТЮ ТА КРАЇНАМИ-ЧЛЕНАМИ ВООЗ, 2015 ²⁴ (РІВЕНЬ НА 100 000)

DALY (Роки життя, скориговані на інвалідність)	Україна	Європейський Союз	Грузія	Литва	Польща	Російська Федерація	У світі
Депресивні розлади ²⁴	1,063	815.68	823.76	924.42	849.13	903.98	736.06
Всього							
Чоловіки	822.35	660.76	692.35	710.57	732.71	694.27	613.64
Жінки	1,266.75	963.62	943.91	1,108.30	957.32	1,082.56	860.48
Тривожні розлади ²⁴	277.01	422.87	303.44	277.02	339.43	271.27	334.32
Всього							
Чоловіки	211.88	281.29	226.37	213.86	243.11	208.93	242.40
Жінки	332.16	558.06	373.89	331.34	428.93	324.36	427.75
Розлади, спричинені вживанням алкоголю ²⁴	498.19	224.33	126.13	691.32	463.72	1,036.33	151.87
Всього							
Чоловіки	824.19	367.21	215.45	1,183.36	830.97	1,731.00	252.35
Жінки	222.20	87.89	44.47	268.24	122.49	444.80	49.74

Порівняння країн в регіоні. У порівнянні з іншими країнами в регіоні, в Україні високий тягар інвалідності у випадку депресивних розладів та розладів, спричинених вживанням алкоголю (з вищими тягарем в Росії та Литві), тоді як країни Європейського Союзу в середньому мають вищий тягар тривожних розладів в порівнянні зі Східною Європою (Див. рисунки нижче).

ТАБЛИЦЯ 2.9: ПІДРАХУНОК YLD ДЛЯ ВСІХ ВІКОВИХ ГРУП, ПОДІЛЕНИХ ЗА ПРИЧИНОЮ, СТАТТЮ ТА КРАЇНАМИ-ЧЛЕНАМИ ВООЗ, 2015 (РІВЕНЬ НА 100 000)²⁴

YLD (кількість втрачених років, через інвалідність)	Україна	Російська Федерація	Грузія	Польща	Литва	Європейський Союз	У світі
Депресивні розлади							
Всього	1,063.00	815.68	823.76	924.42	849.13	903.98	736.06
Чоловіки	822.35	660.76	692.35	710.57	732.70	694.27	613.64
Жінки	1,266.75	963.62	943.91	1,108.30	957.32	1,082.56	860.48
Тривожні розлади							
Всього	277.01	422.87	303.44	277.02	339.43	271.27	334.32
Чоловіки	211.88	281.29	226.37	213.86	243.11	208.93	242.40
Жінки	332.16	558.06	373.89	331.34	428.93	324.36	427.75
Розлади, спричинені вживанням алкоголю²⁴							
Всього	214.80	105.25	93.16	269.41	180.58	354.33	85.76
Чоловіки	347.00	228.29	153.41	442.82	305.16	549.21	139.55
Жінки	102.87	45.84	38.08	120.30	64.82	188.38	31.08

Примітка: для підрахунку YLD (Років, втрачених через інвалідність) для певної причини в певний період часу кількість інцидентів за цей період множиться на середню тривалість захворювання та факторне навантаження, яке відображає тяжкість захворювання на шкалі від 0 (ідеальне здоров'я) до 1 (смерть). Базова формула YLD є наступною (знову ж таки, без врахування соціальних факторів): $YLD = I \times DW \times L$, де I = кількість інцидентів, DW=навантаження інвалідності та L = середня тривалість випадку до початку ремісії чи смерті (в роках)⁶⁹.

Інші впливи

Більшість проблем зі здоров'ям також мають суттєвий економічний вплив через втрачену продуктивність та неможливість брати участь в робочому процесі, що описується більш детально в Розділі 7. До інших впливів психічних захворювань, які варто враховувати (незважаючи на відсутність даних по населенню України), також належать впливи на сім'ю, такі як:

- **Час та ресурси для піклування**, які інвестуються членами сім'ї з метою підтримки осіб з проблемами з психічним здоров'ям (напр., вихідні на роботі за власний рахунок, фінансовий вплив, стрес, вигорання та проблеми зі здоров'ям серед опікунів).
- **Вторинний вплив на здоров'я та розвиток дітей**, в тому числі вплив споживання алкоголю під час вагітності, материнська депресія, тривожні розлади серед батьків, що впливають на дітей, та насильство в сім'ї. Психічні розлади серед батьків та опікунів вважаються факторами, які прогнозують поганий розвиток та ріст дітей, проблеми з психічним здоров'ям серед дітей та погіршення успішності в школі.

Вплив проблем з психічним здоров'ям за сприйняттями опитуваних

Оцінювання Міжнародного Медичного Корпусу (ММК) містило запитання до ключових інформаторів про вплив проблем з психічним здоров'ям серед осіб в Україні. Вони назвали ряд впливів, які відповідають результатам попередніх досліджень та даних по населенню, в тому числі **поведінка зі шкідливим впливом на здоров'я, порушення повсякденного функціонування та фінансові проблеми**. До важливих аспектів ще відносять негативний вплив на **стосунки** (напр., погіршення стосунків та соціальна ізоляція) і вторинні впливи на членів сім'ї. Також згадувалися негативні реакції сім'ї чи громади, наприклад, відчуття стигматизації, виключення та дискримінації.

ТАБЛИЦЯ 2.10: ВПЛИВИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ, ОПИСАНІ КЛЮЧОВИМИ ІНФОРМАТОРАМИ (В ТОМУ ЧИСЛІ КОРИСТУВАЧАМИ ПОСЛУГ ТА НАДАВАЧАМИ ПОСЛУГ)

Загальні

- Неможливість нормально функціонувати.
- Соціальна ізоляція від інших, але й також ізоляція особи іншими людьми через раптові сильні прояви емоцій, різкі перепади настрою, втрату зв'язку з сім'єю та друзями через розлад, спричинений вживанням алкоголю.
- Шкідливі звички (напр., куріння, переїдання, надмірна вага).
- Втрата надії та віри чи впевненості, що щось може змінитися на краще в майбутньому.
- Стигматизація, пов'язана з клеймом особи з психічним захворюванням чи розладом, спричиненим вживанням алкоголю, та, як наслідок, дискримінація шляхом виключення з соціального життя і позбавлення можливостей для працевлаштування.

Поширені психічні розлади	Розлад, спричинений вживанням алкоголю
• Труднощі з перебуванням на людях чи біля великих груп людей через надмірну настороженість, напр., здається, що проїзд в громадському транспорті загрожує життю (ветеран з ПТСР) • Погіршуються стосунки в сім'ї, виникають конфлікти в сім'ї через агресивність, нервозність, роздратування та звинувачення інших • Втрата контролю над прийняттям рішень в житті • Суїцидальні нахили • Проблеми зі здоров'ям, пов'язані зі стресом та поганим станом психічного здоров'я (напр., гіпертонія, виразка)	• Фінансові проблеми • Втрата роботи • Конфлікти в стосунках та сім'ї, неможливість створити сім'ю, втрата довіри членів сім'ї • Позбавлення батьківських прав • Труднощі з проханням про допомогу, навіть якщо така допомога є в наявності, через сором чи стигматизацію, а також через те, що це буде визнанням існування проблеми • Суспільні проблеми (напр., ріст рівнів дрібної злочинності, бездомності, насильства) Вплив на членів сім'ї • Складно допомогти (напр., особа з розладом, спричиненим вживанням алкоголю, звинувачує інших і не хоче, щоб їй допомагали) • Прийняття повної відповідальності за особу з розладом, спричиненим вживанням алкоголю

3. Політика у сфері психічного здоров'я та законодавча база і лідерство

3.1. Фінансування та законодавство у сфері охорони психічного здоров'я

Витрати на сферу охорони психічного здоров'я

Україна виділяє близько **2,5% всього бюджету з охорони здоров'я на охорону психічного здоров'я** (близько **5 доларів США на душу населення**, див. Таблицю нижче). Ця сума дещо вища, ніж в інших країнах з рівнем доходу вище середнього, які зазвичай витрачають близько 2 доларів США на душу населення на психічне здоров'я, і все ж ця сума нижча, ніж та, яку в середньому виділяють країни з високим рівнем доходу – 58 доларів США. Така стаття бюджету не відповідає державному тягару у сфері охорони здоров'я та економіці, спричиненому такими розладами. Більш того, **89% бюджету, виділеного на охорону психічного здоров'я в Україні, припадає на стаціонарне лікування в психіатричних установах**, що є вищим показником, ніж в інших країнах (див. Таблицю нижче), та лишає небагато коштів на фінансування доступних послуг на рівні громади.

Механізми фінансування загальних послуг з охорони здоров'я

Джерела фінансування сфери охорони здоров'я. Більша частина фінансування сфери охорони здоров'я йде з доходів центрального уряду, отриманих шляхом збору податків (ПДВ, податки з доходу бізнесу, податки з міжнародної торгівлі та акцизні збори). Податок на особистий дохід відповідає за невелику частину загальних доходів. Не існує певних податків, призначених саме для фінансування сфери охорони здоров'я. Тим не менш, прогресивність системи оподаткування в Україні **підривається розмірами тіньової економіки** (до 40% ВВП) та багатшими громадянами, які уникають сплати податків та, відповідно, платять набагато менше, ніж мали б⁸⁷.

Обласні бюджети та прийняття рішень. Бюджетні кошти розподіляються на національному та локальному рівнях, оскільки місцеві органи влади лишають собі частку податків, зібраних на підконтрольній їм території. Додаткові міжбюджетні трансферти також підтримують бідніші місцеві органи влади, які не можуть зібрати настільки багато податків, як інші. **Обласні адміністрації та місцеві уряди мають право визначати структуру своїх видатків** та вирішувати, як використовувати отримані ресурси (напр., на систему охорони здоров'я чи освіти).

Розподіл бюджетних коштів. Бюджетні кошти та виплати зазвичай стосуються спроможності та кількості працівників в персоналі в окремих установах (напр., кількість лікарняних ліжок), а не обсягу чи якості наданих послуг.

Гнучкість бюджету. Можливість переказу коштів між бюджетами на різних рівнях системи є обмеженою, що призводить до виникнення фрагментарної системи надання послуг та повторення послуг, водночас створюючи перешкоди для оптимального використання лікарняної інфраструктури. Такий підхід називають **одним з основних причин неефективності системи охорони здоров'я в Україні**³³.

ТАБЛИЦЯ 3.1: ОГЛЯД ЗАГАЛЬНИХ ВИТРАТ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я ТА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

	Україна ³³	Литва ⁷⁶	Середній показник ЄС	Російська Федерація
Витрати на охорону здоров'я (% від всього ВВП)	7,6% (2012, ВООЗ) 7,1% (2014, дані Світового банку)	6.6%	9,9% ⁷⁶ (2011) 10,04% ⁷⁸ (2014)	5,40% (2009) 7,07% (2014)
Бюджет сфери охорони психічного здоров'я як % загального бюджету на охорону здоров'я	2,5% ³³	7% ⁸⁰	—	—
Витрати на охорону здоров'я на душу населення на рік (долари США)	\$203 (2014, дані Світового банку) ⁸¹ , 532 (паритет купівельної спроможності на душу населення, 2012)	\$1,718 (2014) ⁸² \$1,063 (2014) ⁸³	\$3,612 ⁸⁴	\$893 ⁸⁵ (2014)
Витрати на охорону психічного здоров'я на душу населення на рік (долари США)	\$5	—	—	\$10.23
Ресурси, що використовуються для надання стаціонарних медичних послуг	52%	44,30% (2010 % витрат з державного бюджету на охорону здоров'я) 34,28% (2010% від загальних витрат на охорону здоров'я)	—	59% (2009 відшкодування коштів на розподіл медичної допомоги)
Ресурси, що використовуються для надання стаціонарних психіатричних послуг	89% ³³	49%*	—	—

* Первинне джерело фінансування сфери охорони психічного здоров'я – соціальне страхування. Національна система страхування здоров'я виділяє визначену суму грошей на жителя на надання первинних послуг з охорони психічного здоров'я. Після активного лобювання сума грошей, що виділяється на одну особу у сфері муніципальної охорони психічного здоров'я, виросла з суми еквівалентної 0,7 доларів США в 1997 році до 2,8 доларів США в 1999 році. З коштів страхової системи 49%, 37% та 14% спрямовані на стаціонарні послуги, психотропні медикаменти та амбулаторні послуги відповідно⁸⁶.

Видатки на охорону здоров'я

Із загальних видатків на охорону здоров'я в Україні **54,9%** йшли з **наперед оплачених урядових джерел** в 2012 році, що є низьким показником в порівнянні з міжнародною ситуацією (див. Таблицю нижче), а серед **приватних витрат на послуги з охорони здоров'я (45,1%** загальних видатків на охорону здоров'я) домінували **неофіційні витрати**³³.

ТАБЛИЦЯ 3.2: ПОРІВНЯННЯ ВИДАТКІВ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

	Україна ²⁹ (2012)	Литва ⁷¹ (2011)	Європей- ський Союз	Російська Феде- рація ⁷² (2009)
Видатки на охорону здоров'я з державного бюджету (%)	54.9%*	71.3%*	76.3% ⁷²	64.4%
Приватні видатки на охорону здоров'я (%)	45.1%**	28.7%	13.7% ⁸⁴	35.6%
Неофіційні витрати (% приватних видатків на охорону здоров'я)	93.9% (2014)	97.3% (2014)	62.9%	80.9%
Державні видатки на охорону здоров'я (% загальних державних витрат)	11.5%*** (за підрахунками ВООЗ)	12.6%***	16% ⁸⁵ ***	8.5%
Державні видатки на охорону здоров'я (% ВВП)	4.2%**** (за підрахунками ВООЗ)	4.7%****	7.8% ⁸⁶ ****	3.5%
"Неофіційні" витрати приватних домогосподарств на послуги з охорони здоров'я як % загальних видатків на охорону здоров'я	42.3% 46.22% ⁸⁷ (2014)	27.9% 31.27% ⁸⁸ (2014)	13.94% ⁸⁴ (2014) *****	45.85% ⁸⁹ (2014) *****

* Видатки державного сектору на охорону здоров'я як % загальних видатків на охорону здоров'я

**Видатки приватного сектору на охорону здоров'я як % загальних видатків на охорону здоров'я

*** Видатки державного сектору на охорону здоров'я як % загальних державних видатків

**** Видатки державного сектору на охорону здоров'я як % ВВП

*****Неофіційні витрати на охорону здоров'я як % загальних видатків на охорону здоров'я

Суттєва частина **державних видатків** (52% в 2012 році) йшла на оплату **стаціонарних медичних послуг**, тоді як лише відносно невелика частина (4,3%) виділялась на амбулаторні послуги та громадське здоров'я³³. Частина витрат з державного бюджету на медикаменти та медичні прилади є дуже невеликою та становить всього 1% (в 2012 році) і зменшувалася протягом останніх років, оскільки більшість фармацевтичних витрат для стаціонарних та амбулаторних пацієнтів покривається самими пацієнтами³³. **Приватні видатки** переважно складаються з неофіційних витрат, які є високими через **високу вартість фармацевтичних засобів**, що зазвичай купуються пацієнтами за повну вартість.³³ З початку світової фінансової кризи в 2008 році **ціни на фармацевтичні засоби** суттєво виросли (на 40-70%), переважно в результаті **девальвації валюти**⁹⁴. Є кілька добровільних **схем страхування здоров'я**, їх вплив є дуже незначним, та вони становлять менше 1% загальних видатків на охорону здоров'я. Протягом останніх 10 років сектор приватного страхування здоров'я продовжував розвиватися, хоча страхування не покриває витрати на послуги з охорони психічного здоров'я.

Послуги з охорони здоров'я, що покриваються страховкою

В колишньому Радянському Союзі право на отримання послуг з охорони здоров'я було універсальним правом, яке було прописаним в Конституції. Таким чином, незважаючи на те, що більшість колишніх радянських республік переходили від державних послуг з охорони здоров'я до соціальної системи страхування здоров'я в 1990-х роках, більшість з них були зобов'язані зберегти пункт про надання послуг всім особам, незалежно від того, скільки вони могли заплатити⁹⁵. Офіційно в Україні ще немає гарантованого пакету послуг з охорони здоров'я, однак за Конституцією України держава обіцяє пацієнтам безоплатну медичну допомогу в державних комунальних медичних закладах³³. Є визначений список послуг з охорони здоров'я, які надаються державними медичними установами безкоштовно, а також стандартний обсяг допомоги (напр., невідкладна допомога, амбулаторні послуги в поліклініках)⁹⁶. Проте, вартість **цих послуг не покривається визначеним джерелом фінансування**, і рішення щодо того, які послуги будуть надаватися безкоштовно, а за які потрібно платити, лишаються на розгляд окремих медичних установ²⁹. Це проблематично, враховуючи вже високі рівні госпіталізації, тривалість перебування в лікарні та відсутність прозорості і збільшення кількості неформальних виплат в системі³³.

Особи з **психічними розладами** мають право на отримання **безкоштовної медичної допомоги в стаціонарних установах** (напр., психіатрична лікарня, психоневрологічний диспансер чи лікарня) та можуть отримувати безкоштовні медичні продукти чи медичні продукти зі знижкою⁹⁸. Однак, коли пацієнта **виписують з лікарні**, він переходить на **амбулаторний** етап лікування, він здебільшого повинен платити за медикаменти самостійно.

Проте, **на практиці** психіатричні пацієнти також часто повинні покривати частину витрат на фармацевтичні засоби, коли вони є стаціонарними пацієнтами.^{33,99}

Опитування домогосподарств показують, що **90,7% стаціонарних пацієнтів повинні були платити самі за фармацевтичні засоби**. Одне дослідження показує, що 92% населення стверджує, що вони **бояться фінансових труднощів** у випадку серйозного захворювання¹⁰⁰.

Пільги для осіб з інвалідністю, в тому числі з психічними захворюваннями

Певні категорії осіб мають право на пільги (напр., медикаменти для амбулаторного лікування), в тому числі пацієнти з дуже серйозними захворюваннями, ветерани війни та праці і деякі особи з певними видами інвалідності, до яких також можуть **належати тяжкі психічні розлади** (напр., тяжка депресія чи тривожні розлади, поділені на три категорії інвалідності відповідно до тяжкості: група I включає найбільш тяжкі, а до групи III належать найменш обмежуючі розлади). Особи з психічними розладами, які спричиняють інвалідність (група I чи II), та низьким рівнем доходу також можуть отримувати щомісячні **грошові виплати** та мають право отримувати **пенсію**¹⁰¹. Україна також надає грошову підтримку **людям, які постійно дбають про** осіб, що належать до груп інвалідності I чи II в результаті виникнення психічного розладу¹⁰².

Неформальні виплати та хабарі

“Всі наркологи хочуть грошей (неформальні виплати), тому що це єдиний спосіб для них заробити на життя.”

~ Нарколог з Полтави

Обсяг неформальних виплат майже дорівнює обсягу формальних виплат за послуги (8–10% загальних видатків на охорону здоров'я та 22% видатків домогосподарства)³³. Пацієнти готові покривати неофіційні витрати, щоб забезпечити **отримання послуг вищої якості чи більш уважного ставлення**³³. Дані опитування з 2011 року показують, що **57% стаціонарних пацієнтів та 70% амбулаторних пацієнтів** покривали неофіційні

витрати під час отримання допомоги. Неофіційні витрати відповідають за близько **20% всіх заробітних плат**. Ситуація, коли пацієнт змушений платити за послуги, офіційно чи не офіційно, є суттєвою перешкодою для отримання допомоги³³.

Через **недостатнє державне фінансування** системи охорони здоров'я населення змушене платити за фармацевтичні засоби, необхідні для стаціонарного та амбулаторного лікування (які є часто дорогими), та давати неофіційну **винагороду** медичному персоналу.

Госпіталізація до психіатричної лікарні та згода

В Україні особу можуть госпіталізувати до психіатричної лікарні добровільно за її проханням чи за поінформованої згоди¹⁰³. До досягнення 14 років дітей можна госпіталізувати до психіатричної лікарні за проханням чи згодою батьків чи інших законних представників. Особу, яка вважається інвалідом відповідно до законодавства, можна госпіталізувати до психіатричної лікарні за згоди опікуна. Відповідно до закону (Закон України “Про психіатричне лікування”, Стаття 14), **госпіталізація до психіатричної лікарні була можлива без їхньої поінформованої згоди чи поінформованої згоди їхніх законних представників**, якщо діагностування чи лікування можливе лише стаціонарно, та особі діагностували тяжкий психічний розлад, внаслідок якого вона становить безпосередню загрозу собі чи іншим, та не може самостійно задовольняти свої базові життєві потреби на рівні, який би забезпечував життєдіяльність. В червні 2016 року Конституційний суд затвердив зміни до Статті 13, згідно яких **примусова госпіталізація можлива лише за рішенням суду**¹⁰³.

3.2. Політики, законодавча база та реформи у сфері охорони здоров'я та психічного здоров'я

Реформа у сфері охорони здоров'я

Було зініційовано та впроваджено деякі зміни у сфері охорони здоров'я з часів здобуття країною незалежності. Три етапи реформ мали реалізовуватися протягом 4-річного періоду (2010-2014 рр.) та почалися зі змін у фінансуванні сфери охорони здоров'я з метою зменшення фрагментарності та пріоритизації первинної медичної допомоги. В **2016 році уряд прийняв пакет реформ у сфері охорони здоров'я**, до якого входять:

- (i) трансформація фінансування сфери охорони здоров'я, в тому числі створення

національної установи зі здійснення закупівельної діяльності, Національної служби здоров'я України (НСЗУ); (ii) модернізація системи первинної медичної допомоги; (iii) покращення доступу до фармацевтичних засобів; (iv) вирішення проблеми з неінфекційними захворюваннями; та (v) створення інтегрованого Національного інституту громадського здоров'я для контролю за захворюваннями та їх профілактики. Пакет реформ було погоджено в жовтні 2016 року, та нинішнє керівництво Міністерства охорони здоров'я активно працює над реалізацією заходів, необхідних для впровадження реформ¹⁰⁴.

Україні нині також потрібно виконати ряд зобов'язань в сфері громадського здоров'я в межах **Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом**. В лютому 2017 року Міністерство охорони здоров'я опублікувало трирічний план реформування сфери охорони здоров'я, який зробить систему охорони здоров'я України більш відповідною до **європейських практик**, передаючи більшість обов'язків з піклування про пацієнтів з лікування в лікарнях до системи первинної медичної допомоги та профілактики, підвищуючи раціональність витрат у сфері охорони здоров'я, заохочуючи використання кращих практик серед лікарів та в лікарнях та забезпечуючи доступ громадян до пакету безкоштовних послуг з первинної медичної допомоги.

Конкретні плани реформ, **починаючи з 2017 року**, є наступними:

- Створення механізмів організації надання первинної медичної допомоги відповідно до принципу **“гроші слідують за пацієнтом”** та відходження від нинішніх неефективних механізмів фінансування, що базуються на кількості лікарняних ліжок.
- Всі державні послуги з охорони громадського здоров'я будуть надаватися однією установою, **Центром громадського здоров'я** (Наказ №604 від 18.09.2015 Про утворення державної установи “Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України”)¹⁰⁶, який укладе контракти з надання послуг з охорони здоров'я з лікарнями щодо послуг з охорони здоров'я, що фінансуються з державного бюджету.
- Відповідно до реформи про **децентралізацію**, яку намагається впровадити нинішній уряд, області та лікарні матимуть більше контролю на місцях над системою охорони здоров'я, яка надає послуги в їх громаді.
- Пріоритетним завданням буде **попередження захворювань**, що відображено в реформі системи первинної медичної допомоги, фінансування цієї системи в цілому та створення Центру громадського здоров'я^{104, 108}.

Лідерство та реформа у сфері охорони психічного здоров'я

В Міністерстві охорони здоров'я немає **окремого департаменту охорони психічного здоров'я**, але зараз розглядається можливість створення Національного центру психічного здоров'я. Існує **кілька спеціалістів, які відповідають за аспекти, пов'язані з психічним здоров'ям, в Міністерстві охорони здоров'я**, в тому числі: два радники виконуючого обов'язки міністра охорони здоров'я з питань психічного здоров'я; консультант з питань психічного здоров'я в Міністерстві охорони здоров'я, який є професором та очолює процес розробки Концепції психічного здоров'я 2017 року, а також консультує з питань, пов'язаних з психотерапією, психологічною реабілітацією, реабілітацією ветеранів АТО; директор Українського дослідницького інституту соціальної та судової психіатрії і наркології в Міністерстві охорони здоров'я, який очолює ключові

ініціативи в психіатрії; та помічник директора Українського дослідницького інституту соціальної та судової психіатрії і наркології в Міністерстві охорони здоров'я, який очолює напрям роботи, пов'язаний з судовою психіатрією та проблемами дітей із аутизмом.

Реформа сфери охорони психічного здоров'я включена в загальну реформу системи охорони здоров'я в Україні. До планів щодо покращення охорони психічного здоров'я належать наступні: інтеграція охорони психічного здоров'я в первинну медичну допомогу, надання послуг мультидисциплінарними командами та надання послуг на рівні громади з метою підтримки осіб з проблемами з психічним здоров'ям, щоб вони змогли жити в громаді. Протягом останніх років було вжито заходів для розробки національної політики з охорони психічного здоров'я та концепції, які викладено нижче:

- **Політика щодо зловживання психоактивними речовинами**, сформульована в 1997 році⁸⁰
- Політика з **охорони психічного здоров'я**, сформульована в **1988 році**¹¹⁰. Компонентами були попередження, лікування та реабілітація⁸⁰.
- **Концепція Державної цільової комплексної Програми розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на 2006-2010 роки**¹¹¹, в якій викладено питання та проблеми, пов'язані з психічним здоров'ям, в тому числі економічний тягар психічних розладів, причини неефективності психіатричної допомоги та потреба у вирішенні як медичних, так і соціальних проблем суспільства. Концепція описує шляхи вирішення проблем, в тому числі захист осіб з проблемами з психічним здоров'ям від стигматизації; розробка та реалізація протоколів та стандартів; ефективна комунікація між первинною та вторинною медичною допомогою; розробка регулятивних документів та навчання з надання послуг з охорони психічного здоров'я для медичного персоналу.
- **План розвитку послуг з охорони психічного здоров'я до 2020 року** покриває ряд заходів для подолання тенденції щодо госпіталізації осіб з психічними розладами, в тому числі створення інтегрованої системи психіатричних установ, спеціалізовані послуги та послуги з первинної медичної допомоги¹¹².
- **Реформа щодо надання послуг з охорони психічного здоров'я дітей та підлітків**, як частина загальних реформ з охорони психічного здоров'я в Україні, сформульована в 2013 році Міністерством охорони здоров'я, Асоціацією психіатрів і групами користувачів послуг з охорони психічного здоров'я та схвалена ЮНІСЕФ¹⁸. В концепції описані різноманітні необхідні зміни, в тому числі: ближчий доступ психіатричних послуг до місця проживання молодих людей; розподіл психіатричних послуг для дорослих та дітей, доступ до науково-доказових медикаментів для дітей із психіатричними захворюваннями та надання послуг в амбулаторних установах чи існуючих багатопрофільних дитячих лікарнях.³³
- **Концепція Державної програми охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2020 року**¹¹³ подає аналіз походження проблем, пов'язаних з неефективністю психіатричної допомоги, та способів вирішення проблем, в тому числі стандарти діагностики та лікування, створення національної бази даних, реформу системи освіти, покращення досліджень; розвиток партнерських стосунків; залучення пацієнтів та родичів, підтримку ролі первинної медичної

допомоги для вирішення проблеми зі стигматизацією психічного здоров'я та використання профілактичних заходів, раннього виявлення, своєчасного перенаправлення до психіатра та надання супервізії під керівництвом психіатра, перехід до надання спеціалізованих послуг з охорони психічного здоров'я на рівні громади та медичної і соціальної підтримки мультидисциплінарними командами, до яких входять психіатр, психіатрична медична сестра, психолог чи терапевт, соціальний працівник.

- **Концепція Національної програми охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2025 року**¹⁴ визначає проблеми та труднощі, аналізує причини цих проблем та описує мету програми для створення цілісної, ефективної системи охорони психічного здоров'я, яка функціонує в уніфікованому міжвідомчому просторі та гарантує захист прав людини та свобод.

Концепцію Державної цільової програми охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року (2017) було розроблено під керівництвом Міністерства охорони здоров'я. Це третя Концепція у сфері охорони здоров'я, але це **перша концепція, яку було схвалено Кабінетом міністрів**. Цю Концепцію було розроблено в кілька етапів, в тому числі шляхом організації національних консультацій в квітні 2017 року, після чого проводилися громадські обговорення та аналіз концепції, що дозволило експертам з усіх регіонів України та представникам державних медичних установ, НУО та МНУО прокоментувати документ. Концепція враховує кілька аспектів, в тому числі проблеми, які існують на даний момент, та шляхи їх вирішення, серед яких: підвищення рівня **обізнаності про психічне здоров'я та психічні захворювання**, зменшення рівня дискримінації та кількості порушень прав людини осіб з проблемами з психічним здоров'ям, просування психічного здоров'я та попередження (в тому числі попередження суїциду), **регуляція професійної діяльності** (напр., психологів, психотерапевтів) відповідно до міжнародних стандартів, підтримка професійної **компетентності з охорони психічного здоров'я** серед фахівців та загальних лікарів, приведення **навчальних стандартів** з охорони психічного здоров'я у відповідність до міжнародних протоколів, покращення доступності послуг з охорони психічного здоров'я шляхом децентралізації, амбулаторні послуги, кризові послуги, надання послуг з охорони психічного здоров'я на рівні первинної медичної допомоги, створення мультидисциплінарних команд та шляхів перенаправлення, адаптація підходів до потреб певних груп (напр., ВПО, ветерани АТО, матері та діти, люди похилого віку) та покращення ефективності фінансування сфери охорони психічного здоров'я.

В цілому, багато **різноманітних заходів було вжито протягом останніх років** з метою покращення психічного здоров'я в Україні, до поширених тенденцій належать децентралізація та потреба в послугах на рівні громади. Хоча ключові зацікавлені сторони наголошують на тому, що навряд чи сфера охорони психічного здоров'я отримає додаткове фінансування та ресурси, все ж є надія, що реформування системи, перерозподіл ресурсів та більш ефективні механізми фінансування призведуть до сталих змін в системі та послугах з охорони психічного здоров'я. Багато зацікавлених сторін також відчувають гостру зацікавленість з боку керівництва Міністерства охорони здоров'я та донорів у впровадженні реформ у сфері охорони психічного здоров'я. **Наступні кроки під керівництвом Міністерства охорони здоров'я передбачають розробку політики та плану з охорони психічного здоров'я на основі Концепції на період до 2030 року.**

4. Організація послуг з охорони психічного здоров'я

4.1. Огляд та структура системи загальної охорони здоров'я

Міністерство охорони здоров'я координує та керує основною частиною системи охорони здоров'я, тоді як паралельними системами керують відповідні міністерства. **Обласні органи влади з охорони здоров'я** номінально відповідають перед Міністерством охорони здоров'я за впровадження національних політик з охорони здоров'я на своїх територіях. Вони відповідають за регіональні медичні установи, які надають спеціалізовані та високоспеціалізовані послуги, а також невідкладні послуги. Більшість медичних послуг надаються населенню в установах, які підпорядковуються місцевому уряду на обласному, районному чи муніципальному рівнях³³. В Україні високоцентралізовану модель прийняття рішень в системі охорони здоров'я, успадковану від радянської епохи, поступово замінювали на систему, в якій владні повноваження передавалися місцевим адміністраціям та органам місцевого самоврядування. Система охорони здоров'я є комплексною, багаторівневою, часом паралельною системою, в якій обов'язки в секторі охорони здоров'я поділені між центральним урядом (Міністерством охорони здоров'я та багатьма іншими міністерствами і державними органами влади), а також 27 обласними адміністраціями та численними адміністративними органами влади на обласному, муніципальному, районному та громадському рівнях. **Існують географічні прогалини в доступних послугах з охорони здоров'я.** Опитування показало, що 7% домогосподарств в міських районах та 30% домогосподарств в сільських районах бракує доступу до центрів з надання первинної медичної допомоги, центрів здоров'я, диспансерів та аптек¹¹⁵. **Приватний сектор** в українській системі охорони здоров'я є невеликим та складається переважно з аптек, діагностичних центрів (амбулаторних і стаціонарних) та терапевтів, які ведуть приватну практику. Вони переважно фінансуються шляхом отримання прямих платежів від населення³³.

Організація послуг з охорони психічного здоров'я

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, організація процесу надання послуг з охорони психічного здоров'я відбувається відповідно до структури піраміди (див. Рисунок 4.1), в якій описані різні типи послуг, в тому числі неформальна громадська турбота, а також формальні та спеціалізовані послуги. Самодопомога та неформальна громадська турбота повинні використовуватися найчастіше (нижні рівні піраміди), після чого йдуть **первинні послуги з охорони психічного здоров'я**. Якщо нижчі рівні піраміди є доступними та наявними, то більш спеціалізовані та дорогі послуги з охорони психічного здоров'я будуть використовуватися рідше.¹¹⁶

Як і у випадку загальної системи охорони здоров'я, сучасна українська система охорони психічного здоров'я великою мірою успадкувала організаційну структуру, стратегії та практики радянської системи¹¹⁷. **На даний момент система охорони психічного здоров'я в Україні є централізованою** та складається з психіатричних та наркологічних лікарень, амбулаторних клінік, психіатричних відділень у лікарнях, психіатричних установ, що підпорядковуються іншим урядовим міністерствам, поліклінік, в яких можуть бути в штаті психіатри чи навіть психологи, та невеликої кількості приватних медичних установ. Послуги з охорони психічного здоров'я на рівні громади, в тому числі послуги з охорони психічного здоров'я, що надаються на первинному рівні медичної допомоги кваліфікованими терапевтами під супервізією, нині є обмеженими чи відсутніми в системі охорони психічного здоров'я^{33, 117, 118}. В Україні функціонує **централізована система охорони психічного здоров'я**, в якій послуги надаються переважно спеціалізованими психіатричними та наркологічними установами.¹⁰⁹ Психосоціальна підтримка на рівні громади, кризова психологічна підтримка, самопоміага та просування психічного здоров'я також є недостатньо розвинутими.¹¹⁷

Рисунок 4.1. Піраміда ВООЗ щодо організації послуг для оптимального набору послуг з охорони психічного здоров'я



Таблиця нижче показує різні рівні установ з охорони психічного здоров'я та медичних установ загального профілю, в тому числі лікарняні ліжка в психіатричних відділеннях, де це актуально.

ТАБЛИЦЯ 3.1: ОГЛЯД ТА СТРУКТУРА СФЕРИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЯК ЧАСТИНИ ЗАГАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (ДАНІ ЗА 2016 РІК)^{119, 120}

Тип медичної установи чи послуги	Тип персоналу та кількість лікарняних ліжок	Україна	Львівська обл.	Полтавська обл.	Запорізька обл.
Психіатрична лікарня	Психіатри, психологи, психотерапевти, соціальні працівники, лікарі, медичні сестри	62	2	2	4
	Кількість лікарняних ліжок	28,469	1,930	930	1,137
Наркологічний диспансер	Наркологи, психолог-психотерапевт, соціальні працівники, лікарі, медичні сестри	33	1	3	1
	Кількість лікарняних ліжок	2,457	225	165	130
Психоневрологічний диспансер	Психіатри, психологи, психотерапевти, соціальні психологи, соціальні працівники, лікарі, медичні сестри	22*	2	2	2
	Кількість лікарняних ліжок	913	125	60	195
Наркологічна лікарня	Наркологи, психологи, психотерапевти, соціальні працівники, лікарі, медичні сестри	2	0	0	0
	Кількість лікарняних ліжок	348	0	0	0
Центри реабілітації (для лікування проблем, спричинених вживанням психоактивних речовин)**	Наркологи, психологи, психотерапевти, медичні сестри, соціальні працівники, лікарі, медичні сестри	Не відомо	3	4	2
Обласні лікарні (з психіатричними ліжками)	Психіатри, психологи, психотерапевти, лікарі, медичні сестри	1	0	0	0
	Кількість лікарняних ліжок	30	0	0	0
Міські лікарні (з психіатричними ліжками)	Психіатри, наркологи, соціальні працівники, лікарі, медичні сестри	11	2	0	0
	Кількість лікарняних ліжок	600	50	0	0
Центральні районні лікарні	Психіатри, наркологи, соціальні працівники, лікарі, медичні сестри	448	19	25	20
Центральні районні лікарні (з психіатричними ліжками)	Психіатри, наркологи, соціальні працівники, лікарі, медичні сестри	7	2	0	0
	Кількість лікарняних ліжок	137	40	0	0
Поліклініки	Терапевти, сімейні лікарі, медичні сестри, інколи психіатри, психотерапевти	5,656	268	323	274
Інші клініки первинної медичної допомоги	Терапевти, сімейні лікарі, медичні сестри	94	11	1	2

ТАБЛИЦЯ 3.1: ОГЛЯД ТА СТРУКТУРА СФЕРИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЯК ЧАСТИНИ ЗАГАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (ДАНІ ЗА 2016 РІК)^{119, 120}

Тип медичної установи чи послуги	Тип персоналу та кількість лікарняних ліжок	Україна	Львівська обл.	Полтавська обл.	Запорізька обл.
Первинна медична допомога в міських районах	Терапевти, сімейні лікарі, медичні сестри	1,743	19	92	135
Первинна медична допомога в сільських районах	Терапевти, сімейні лікарі, медичні сестри	3,750	193	236	144
Фельдшерсько-акушерські пункти	Фельдшер / сімейний лікар, медична сестра	13,133	996	618	357

* 12 без стаціонарних відділень, 10 з стаціонарними відділеннями.

** Немає державних центрів реабілітації, а кількість приватних центрів реабілітації не відслідковується чи невідома. Ця кількість взята з часто використовуваного видання Посібника медикаментів за 2014 рік зі списком центрів реабілітації, таких як НУО, благодійні фонди та ТОВ.

Примітка: Наркологічна лікарня/диспансер лікує залежність та розлади, пов'язані зі зловживанням психоактивними речовинами (ключове питання наркології), тоді як психоневрологічна лікарня/диспансер лікує психіатричні розлади. Відмінність між лікарнею та диспансером полягає в тому, що лікарня може (але не завжди) лікувати ряд різноманітних захворювань (напр., Центральна районна лікарня), тоді як диспансер акцентує увагу на певній сфері, тобто наркології, психоневрології, туберкульозі тощо. На практиці, вони можуть бути подібними щодо послуг, які вони надають.

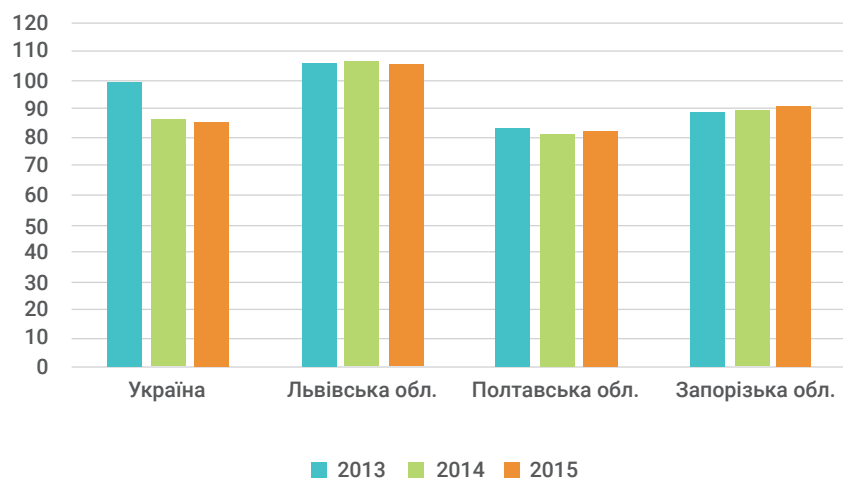
Сімейних лікарі в Україні більше 20 тис., близько 50 тис. медсестер.

Система охорони психічного здоров'я в Україні переважно націлена на надання стаціонарного психіатричного лікування, і **90% фінансування виділяється на стаціонарні психіатричні послуги** в лікарнях. В Україні функціонує **89 психіатричних та наркологічних лікарень** (станом на 2015 рік),³³ які нараховують 44 224 лікарняних ліжка (**98 ліжок на 100 000 населення**).³³ Ця цифра приблизно на одному ж рівні з показниками в Російській Федерації (109 ліжок на 100 000), Литві (106), але є **набагато вищою**, ніж в країнах, які вже мають децентралізовану систему охорони здоров'я, наприклад, в Польщі (39) та Грузії (28).¹²¹

В 2008 році Україна почала акцентувати увагу на інтеграції психіатричного лікування в амбулаторній системі лікування та зменшила кількість лікарняних ліжок (напр., Львівська клінічна психіатрична лікарня зменшила кількість лікарняних ліжок на 250 одиниць з 2008 року). В період з 2013 року по 2015 рік кількість лікарняних ліжок в психіатричних відділеннях для дорослих суттєво зменшилася, хоча зміни були неоднорідними по областях, в Львівській області лишилася найвища кількість лікарняних ліжок по відношенню до чисельності населення (див. Рисунок 3.2)⁴⁷. **Зайнятість лікарняних ліжок** є високою (напр., 96% у Львівській області).

Психіатричні послуги в лікарнях загального профілю переважно фокусуються на амбулаторних послугах (лише 65 лікарняних ліжок на 100 000 населення).¹²²

Рисунок 4.2. Доступність лікарняних ліжок в психіатричних відділеннях на 100 000 населення



Вартість та тривалість перебування в психіатричній лікарні є високими. Вартість на одне ліжко на день включає медикаменти (напр., 5-8 доларів США на день у Львівській області), хоча часто пацієнтів просять купувати власні медикаменти. В 2012 році середня тривалість перебування в психіатричній лікарні становила **53,5 днів** для дорослих.¹²³ Це також високий показник порівняно з іншими країнами, наприклад, Литвою (20,8 днів) та Польщею (29,3 дні).¹²⁴

4.2. Доступні послуги з охорони психічного здоров'я та інтервенції

Протоколи лікування та повноваження щодо виписування ліків

“Я тут працюю протягом 37 років. Я можу інтуїтивно сказати, на що хвора людина. Мені навіть не потрібно розмовляти з пацієнтом.”

~ Психіатр з Львівської області

Відзначається, що існують суттєві недоліки в системі розвитку та підтримки **професійних компетенцій** серед фахівців з охорони психічного здоров'я та

представників пов'язаних спеціальностей¹¹⁷, а також бракує науково-доказових практик в Україні, і це є реальною проблемою. Нещодавно було створено асоціацію фахівців під егідою Міністерства охорони здоров'я, до обов'язків якої входять розробка та впровадження рекомендацій та протоколів лікування психічних розладів, а протоколи для лікування депресії та ПТСР вже було нещодавно розроблено¹¹⁷.

В кожній медичній установі в межах системи охорони здоров'я є **внутрішні протоколи** для виявлення, оцінювання, лікування, перенаправлення та подальшого контролю для різних психічних розладів, в тому числі поширених психічних розладів та розладу, спричиненого вживанням алкоголю; вони базуються на протоколах, погоджених Міністерством охорони здоров'я України^{114, 126}. В квітні 2017 року Міністерство охорони здоров'я оновило закон, щоб **дозволити українським лікарям використовувати міжнародні протоколи лікування**¹¹⁴. Однак, сучасні **науково-доказові протоколи** з надання послуг з охорони психічного здоров'я все одно **використовуються несистематично** в Україні¹¹¹.

ТАБЛИЦЯ 4.3: ІНТЕРВЕНЦІЇ, ЩО НАДАЮТЬСЯ ФАХІВЦЯМИ З ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Медичні установи	Надані інтервенції:	
	Фармакологічні	Психосоціальні та психологічні
Психіатричні лікарні та стаціонарні відділення	Фармакологічне лікування (безкоштовно, хоча пацієнтів часто просять купувати ліки)	- Психологічні оцінювання та оцінювання інвалідності, що проводяться психологами - Психологічні інтервенції та заходи: трудова терапія, арт-терапія, гіпноз, акупунктура, індивідуальне консультування
Стаціонарне наркологічне відділення (розлади, спричинені вживанням наркотиків та алкоголю) Стаціонарне лікування (від 8 днів в Львівській області до 21 дня в Полтавській та Запорізькій областях) Перенаправлення до психіатра, якщо підозрюють психічний розлад	Детоксикація та управління симптомами абстиненції (крапельниці та медикаменти)	- Багато хто не має психосоціальних чи психологічних інтервенцій - Дехто пропонує психологічні інтервенції (які проводяться психологами, психотерапевтами та соціальними працівниками) на основі 12-крокової моделі
Приватні центри реабілітації Львівська область: вартість лікування – 222 долари США на місяць Запорізька область: від 100 доларів США до 1 000 доларів США на місяць	Фармакологічне лікування симптомів абстиненції	- Групове та індивідуальне консультування (стаціонарно та амбулаторно) - Мотиваційне консультування - Техніки релаксації та медитація - Мотиваційні розмови за принципом рівний рівному та обмін досвідом - Метод Довженко (гіпнотичне кодування) – винайшов д-р Довженко в Радянському Союзі – пацієнтів змушують думати, що вони не мають залежності від алкоголю. - Лікування в закритих установах, коли роботу з управління соціального випадку ведуть соціальні працівники
Амбулаторні послуги з охорони психічного здоров'я в лікарнях та поліклініках Майже третина поліклінік, які було відвідано, мають щонайменше одного психіатра, тоді як в деяких також є психологи та психотерапевти	Психіатри: Фармакологічне лікування (пацієнти змушені платити)	Психіатри: - Психіатрична діагностика - Психоедукація Психологи: - Оцінювання - Кілька психологів відзначали, що вони не діагностували наявність психічних розладів, тому що це не входить до їхніх професійних обов'язків - Психоедукація щодо симптомів психічних розладів - Базове консультування та обговорення - Часто немає доступних науково-доказових інтервенцій
Приватні психологи та психотерапевти		- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) - Десенсибілізація та репроцесуалізація (опрацювання) рухом очей (EMDR) - Усвідомленість - Гештальт терапія - Психодинамічна терапія

ТАБЛИЦЯ 4.4: ІНТЕРВЕНЦІЇ, ЩО НАДАЮТЬСЯ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

	Всього	Львівська обл.	Полтавська обл.	Запорізька обл.
Кількість сімейних лікарів-надавачів послуг на рівні первинної медичної допомоги, з якими було проведено інтерв'ю, та кількість (і відсоток), які дали відповідь "так"	39	10	16	13
Діагностика психічних розладів				
Діагностика ПТСР, тривожності, депресії чи розладу, спричиненого вживанням алкоголю	100% (39)	100% (10)	100% (16)	100% (13)
<i>Примітка: багато повідомляють про використання "візуальної" діагностики (конкретні питання не ставляться).</i>				
Використання стандартизованих опитувальників для діагностики (напр., шкала з національного протоколу, така як PHQ-9)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Використання шкал з фармацевтичної сфери (лише для поширених психічних розладів)	18% (7)	2% (2)	13% (2)	23% (3)
<i>Примітка: багато опитуваних відзначали, що вони не хотіли говорити з пацієнтами про психічне здоров'я, тому що у "всіх" буває стрес та тривожність через політичну та економічну ситуацію, вони не думали, що можуть переконати пацієнтів прийти на прийом до психіатра, вони відчували, що це негативно вплине на стосунки між пацієнтом та надавачем послуг ("пацієнти подумають, що я стверджую, що вони божевільні"), та багато з них не були впевнені щодо необхідності подальших питань. Дехто відзначив, що в них є державні протоколи для депресії, але немає на це часу (10 хвилин на пацієнта).</i>				
Інтервенції, що надаються у випадку психічних розладів				
Проведення базової психоедукації про природу розладу	100% (39)	100% (10)	100% (16)	100% (13)
Надання інформаційного буклету про поширені психічні розлади чи розлад, спричинений вживанням алкоголю	5% (2)	10% (1)	6% (1)	0% (0)
<i>Примітка: в кількох медичних установах в коридорах висять інформаційні постери про негативний вплив вживання алкоголю та розлад, спричинений вживанням алкоголю.</i>				
Надання психосоціальних інтервенцій (напр., емоційна підтримка, управління стресом)	60% (23)	80% (8)	44% (7)	62% (8)
<i>Примітка: деякі з тих, хто відповіли "так", відзначали, що проведені інтервенції не відповідали конкретному протоколу, більшість відзначили, що в них не було ніяких знань про такі інтервенції, і що це не є частиною їхніх професійних обов'язків. Стосовно вживання алкоголю, деякі відзначали, що вони проводили розмови, намагаючись мотивувати особу.</i>				
Надання фармакологічних інтервенцій для поширених психічних розладів	21% (8)	40% (4)	6% (1)	23% (3)
<i>Примітка: більшість описували виписування м'яких трав'яних заспокійливих (напр., корінь валеріани, ноотропні препарати), дехто виписував психотропні медикаменти, такі як антидепресанти та транквілізатори. Лише одна особа виписувала антидепресант зі списку основних ліків та у відповідності з протоколом для депресії (флуоксетин).</i>				
Перенаправлення пацієнтів з психічними розладами				
Здійснення перенаправлення до психіатра, якщо підозрюється поширений психічний розлад	100% (39)	70% (7)	100% (16)	100% (13)
Здійснення перенаправлення до нарколога, якщо підозрюється розлад, спричинений вживанням алкоголю	100% (39)	100% (10)	100% (16)	100% (13)
Здійснення перенаправлення до психолога чи психотерапевта (нефармакологічне лікування) чи психотерапевта, якщо підозрюється поширений психічний розлад	25% (10)	0% (0)	43% (7)	23% (3)

Здійснення перенаправлення до психолога чи психотерапевта (нефармакологічне лікування) чи психотерапевта, якщо підозрюється розлад, спричинений вживанням алкоголю	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
<i>Примітка: багато осіб повідомляють про використання офіційного перенаправлення до психіатра/нарколога у відповідній Центральній районній лікарні (навіть якщо психотерапевт чи психолог був в тій самій поліклініці). Дехто перенаправляв до психологів в НУО. Дехто відзначав, що вони б здійснювали перенаправлення до приватного центру реабілітації для лікування розладу, спричиненого вживанням алкоголю. Одна особа згадувала здійснення перенаправлення осіб з розладом, спричиненим вживанням алкоголю, до своєї церкви.</i>				
Ведення записів та подальший контроль				
Подальший контроль та моніторинг ефективності лікування в той час, коли пацієнт проходить лікування в психіатра, психолога чи нарколога	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
<i>Примітка: багато хто відзначав, що існує лише неформальний та неофіційний спосіб здійснення подальшого контролю та обміну інформацією, якщо Ви знаєте своїх колег особисто, чи якщо ви – друзі. Офіційно, заборонено ділитися цією інформацією з надавачами послуг, і лише пацієнти можуть ділитися власною інформацією. Проте, багато пацієнтів не хочуть, щоб їхні терапевти знали про психіатричне лікування. Деякі відзначали, що було б корисно, якби психіатр міг ділитися інформацією для здійснення подальшого контролю терапевтом.</i>				
Моніторинг та лікування пацієнтів, які відмовляються прийти на прийом до психіатра (лише поширені психічні розлади)	0% (0)	0	0	0
<i>Примітка: багато хто відзначив, що вони приймають рішення пацієнта відмовитися від прийому в психіатра та не будуть втручатися в процес далі, оскільки лікування має бути добровільним. Один терапевт проводив психологічні сесії (в тому числі для осіб з поширеними психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю) в церкві у вільний час, оскільки його не обмежували там в часі, і він краще міг задовольнити потреби людей.</i>				

Нещодавно розроблені урядом протоколи для лікування ПТСР¹²⁷ та депресії¹²⁷ також визначають **роль лікарів системи первинної медичної допомоги**. Відповідно до цих протоколів, лікарі повинні діагностувати ПТСР та депресію (використовуючи спеціальні визначені інструменти скринінгу, наприклад, PHQ-9), проводити **психоедукацію та надавати базові психологічні інтервенції** (залежно від рівня своєї компетентності), а також можуть **виписувати деякі базові психотропні медикаменти, в тому числі антидепресанти** (напр., у випадку розладів, пов'язаних з порушенням сну, депресії, тривожності, ПТСР) і **бензодіазепіни** (напр., для короткотривалого лікування тривожності). Згідно із законом¹²⁸, психотропні медикаменти можуть виписувати лише **медичні установи та лікарі, які мають ліцензію**¹²⁹.

Інтервенції, що впроваджуються фахівцями з охорони психічного здоров'я

На основі нашого оцінювання було підведено підсумки щодо **найбільш вживаних інтервенцій**, що використовуються спеціалізованими фахівцями для лікування пацієнтів з поширеними психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю, які описані в Таблиці 4.3. **Науково-доказові психологічні інтервенції** для депресії, тривожності та ПТСР (напр., КПТ, КПТ націлена на травму, десенсибілізація та репроцесуалізація (опрацювання) рухом очей (EMDR)) чи для розладу, спричиненого вживанням алкоголю, (напр., мотиваційне консультування, підтримка за принципом рівний рівному, 12-крокова модель) **переважно не надавалися фахівцями у сфері охорони здоров'я в державних установах**. Такі інтервенції часом проводилися

фахівцями під час приватної практики, співробітниками приватних університетів (напр., УКУ) чи в приватних центрах реабілітації. З іншого боку, фахівці з приватною практикою пропонують ряд інтервенцій, деякі з яких є науково-доказовими, тоді як деякі з них є застарілими чи навіть потенційно шкідливими.

Подібним чином, приватні центри реабілітації (для розладів, спричинених вживанням наркотиків та алкоголю) описувалися як такі, що мають різні рівні якості.

Кілька ключових інформаторів (надавачі послуг та користувачі послуг з охорони психічного здоров'я) виражали занепокоєння щодо центрів реабілітації "закритого типу", які проводять лише медикаментозне лікування та тримають пацієнтів закритими в установі, надаючи небагато інформації про доступні послуги. Багато з цих центрів не мають ліцензії, і не існує строгих законних регуляторних норм для контролю діяльності таких центрів.

Координація процесу надання допомоги

Ми також дізналися, що амбулаторна допомога була фрагментарною, та різні фахівці з охорони психічного здоров'я надавали різні інтервенції, практично не спілкуючись між собою і підпадаючи під дію обмежень щодо своєї професійної ролі. Психологи та психотерапевти, наприклад, стверджували, що вони не можуть ставити діагнози, оскільки це не належить до їх професійних обов'язків і, отож, не розрізняють, чи пацієнт насправді страждає від тривожності чи депресії, але, незважаючи на це, вони надають різні психотерапевтичні інтервенції. З іншого боку, психіатри ставлять діагнози, але часто виписують лише базове медикаментозне лікування і не спілкуються з психологами чи психотерапевтами про запропоновані інтервенції та турботу про пацієнта (навіть якщо вони працюють в одній будівлі).

"Я провів 21 день в стаціонарній державній установі, але нічого там не робив, я пив вітаміни, мені ставили крапельниці, я їв, спав, багато палив, пив каву і дивився телевізор. Там не було ні психолога, ні психотерапевта, лікар запитав, як я почуваюся, коли мене виписували. В той день, коли мене виписали, я знову почав пити."

~ Особа, яка лікувалася від розладу, спричиненого вживанням алкоголю, Львівська область

Подібним чином **психіатри не лікують розлади, спричинені вживанням алкоголю та наркотиків, тоді як наркологи не лікують інші психіатричні розлади**, і ці фахівці лише перенаправляють пацієнтів один до одного. Беручи до уваги високу частотність супутнього виникнення розладів, спричинених вживанням алкоголю, та поширених психічних розладів (особливо розладу, спричиненого вживанням алкоголю, та ПТСР) та небажання чи неможливості пацієнтів проконсультуватися в більше ніж одного надавача послуг, часто надання послуг є фрагментарним, і пацієнти не отримують необхідну допомогу. Під час проведення оцінювання багато професійних ключових інформаторів з охорони здоров'я та реабілітації також вказували на те, що брак координування між двома дисциплінами є проблемою.

Багато психологів, психотерапевтів та соціальних працівників з державних лікарень повідомляли про те, що вони працюють **на багатьох роботах та виконують багато обов'язків**, в тому числі мають приватну практику на додачу до їхньої роботи в державних установах чи НУО. Часом вони розповідали, що вони просять пацієнтів, які приходять на прийом до них в державні установи з охорони здоров'я, прийти на прийом в приватну клініку. Один психотерапевт з державної поліклініки повідомила про перенаправлення пацієнтів, які страждали від депресії чи тривожності, до своєї приватної гомеопатичної практики. Це є проблематичним та піднімає питання етики, оскільки гомеопатія не регулюється та не рекомендується особам з проблемами з психічним здоров'ям.

Часом наявність багатьох професійних обов'язків також призводить до виникнення **більш інтегрованих систем надання послуг**. В Полтавській області, наприклад, соціальний працівник працює неповний робочий день в наркологічному диспансері і неповний робочий день в НУО ("Світло надії"), яка надає підтримку особам з розладом, спричиненим вживанням алкоголю та психоактивних речовин, з використанням моделі АА. Вона допомагає пацієнтам зв'язатися з НУО та відвідувати групи після того, як вони закінчують проходження стаціонарного лікування в наркологічному диспансері. Таке виконання кількох ролей водночас є більш ймовірним в регіонах з вищою густотою населення та більшою кількістю послуг та ініціатив НУО.

Інтервенції, що надаються на рівні первинної медичної допомоги

Дослідження показують, що середньостатистичний пацієнт здійснює 4 візити на рік до установ, що належать до системи первинної медичної допомоги, і офіційний рівень перенаправлення становить 4,7%¹³¹. Відсоток працюючих терапевтів в Україні в системі первинної медичної допомоги становить 17,1%¹³¹. Виявлення випадків та надання інтервенцій, а також здійснення перенаправлення осіб з психічними розладами є обмеженими на рівні первинної медичної допомоги¹¹¹. Було розроблено **державні протоколи** для визначення (напр., використання конкретних питань), лікування (в тому числі виписування обраних психотропних медикаментів) та перенаправлення (у випадку відсутності покращення) для осіб з **депресією та ПТСР незначної чи середньої тяжкості на рівні первинної медичної допомоги**. Проте, наше оцінювання показало, що **невелика кількість надавачів послуг повідомляє про те, що вони виявляють, надають інтервенції, перенаправляють чи проводять подальший контроль за станом осіб з психічними захворюваннями** (див. Таблицю 4.4 нижче для більш детального опису). Подібним чином, **фельдшери**, які працюють на рівні громади, повідомляють, що їх роль з підтримки осіб з психічними розладами є дуже обмеженою. Вони описували, що вони могли лише перенаправляти пацієнтів до Центральної районної лікарні чи викликати швидку у випадку наявності вибухів агресії, спричинених психотичними епізодами.

Неформальна турбота на рівні громади

Духовенство та релігійні групи

“Священника дуже поважають і йому ставлять багато запитань (наприклад: чому померла/помер моя/мій дитина/чоловік?), вони обговорюють питання, на які психолог не може відповісти”.

~ Психолог в Полтаві

Наше оцінювання показало, що духовенство часто є важливим джерелом емоційної підтримки, особливо у Західній Україні. Ключові інформатори розповідали, що багато людей довіряє священникам більше, ніж фахівцям з охорони психічного здоров'я, та що звернення до священника є легкодоступним та безкоштовним. Вони також відзначали, що більшість **старших чи дуже молодих людей до них звертаються** (менше звернень від людей віком від 30 до 55 років). За їхніми словами, священники (в Львівській та Полтавській областях) роблять наступне, коли люди виглядають пригніченими, стривоженими чи мають проблеми з вживанням алкоголю:

- говорять та обговорюють проблеми;
- допомагають людям визначити свої сильні сторони та слабкості як частину процесу зцілення;
- сприяють самоаналізу та прийняттю;
- заохочують людей звертатися по допомогу (напр., до інших, хто може допомогти, до Бога);
- моляться;
- медитують;
- закликають до сповіді;
- “зцілюють словами”.

Священники та фахівці з охорони психічного здоров'я організовують соціальні заходи. Кілька надавачів послуг з охорони психічного здоров'я повідомляли про співпрацю зі священниками стосовно організації подій та перенаправлення пацієнтів чи спільного ведення груп підтримки. Один священник описав свою співпрацю з фахівцями з охорони психічного здоров'я, такими як психологи та наркологи, для організації виїздів за місто на вихідних для осіб з психологічними проблемами. Вони насолоджуються природою та їдуть до монастиря з метою відновлення психічного здоров'я та підтримки осіб з психічними проблемами (в тому числі поширеними психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю). Він відзначав, що: **“Простіше відкритися під час прогулянки в лісі”**.

Інші **надавачі послуг з охорони психічного здоров'я також повідомляли про співпрацю з священниками** для організації подій та перенаправлення пацієнтів чи спільного ведення груп підтримки.

Навчання з питань психічного здоров'я. Священники розповіли про проходження тренінгів з питань психічного здоров'я під час навчання в семінарії, а також про відвідування додаткових курсів та використання інших навчальних можливостей. До таких заходів відносяться семінари з психічного здоров'я в Українському католицькому університеті (УКУ, Львів), навчальна програма Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова та Християнського навчального та дослідного центру з "Психологічного консультування та капеланства" в Полтаві. Священники (з Львівської області) також описували випадки перенаправлення осіб для отримання послуг з охорони психічного здоров'я (в УКУ).

Анонімні Алкоголіки (AA)

AA – це група осіб, залежних та співзалежних від алкоголю; підрозділи AA існують в усіх великих містах по всій Україні. AA йдуть по 12-кроковій програмі, ефективність якої була підтверджена у випадку осіб з нарко- та алкозалежністю. AA також використовує модель підтримки за принципом рівний рівному, за якою особи, що успішно вилікувалися, допомагають іншим, які все ще мають проблеми з наркотиками та алкоголем. Наше оцінювання показало, що до груп AA в Україні належать групи для осіб з проблемами з вживанням наркотиків та алкоголю, групи для представників всіх статей, групи лише для жінок та окремі групи для членів сім'ї. Кілька ключових інформаторів, які лікувалися від алкоголізму, **вважають, що AA були дуже корисними в процесі їхнього одужування** (також див. Розділ 6).

Народна та альтернативна медицина

Багато людей, яким здається, що існуюча системи охорони здоров'я не задовольняє їхні потреби, та які не довіряють лікарям та системі охорони здоров'я, звертаються до народної та альтернативної медицини²⁹. Існує близько 4 000 зареєстрованих осіб, що практикують альтернативну медицину в країні, проте інформатори вважають, що ця цифра щонайменше в 10 разів вища. Такі особи підтримують мінімальний зв'язок з традиційною сферою охорони здоров'я. Невеликий відсоток таких цілителів є медичними фахівцями, які спеціалізуються на народній та альтернативній медицині. Більшість не має ніякої медичної освіти, і близько **70% таких альтернативних цілителів не проходили ніяку акредитовану професійну підготовку і не мають сертифікатів**³³. Близько **5.5 мільйонів людей отримують послуги в таких альтернативних цілителів**³³. Більшість живе в **сільських районах**, але деякі багатші міські жителі також консультуються в таких цілителів¹³². Уряд вчинив кілька спроб запровадити регулювання цієї сфери¹³³, і таким цілителям заборонено оцінювати психологічне здоров'я та лікувати різноманітні розлади, в тому числі наркозалежність і психічні розлади, які вимагають негайної госпіталізації. За словами кількох ключових інформаторів, до таких цілителів **часто звертаються особи з поширеними психічними розладами**. Ми також поговорили з однією особою, що практикує гомеопатію, яка зізналася, що вона не може діагностувати чи лікувати психічні розлади, але все одно надає консультації особам з відчуттями тривожності та депресії і рекомендує їм трав'яні ліки.

Самодопомога, просування психічного здоров'я та програми з підвищення рівня обізнаності

Часто відзначається, що в Україні спостерігається недостатній рівень **обізнаності** про психічне здоров'я, що призводить до стигматизації та незвернення для отримання професійної допомоги. Також недостатньо уваги приділяється просуванню психічного здоров'я та **попередженню** психічних розладів у відповідності з міжнародними рекомендаціями та дослідженнями¹¹¹. І справді, **наше оцінювання** показало, що не існує програм з просування психічного здоров'я на національному рівні чи рівні цільових областей. Майже всі ключові інформатори (напр., лікарі, психологи, психіатри) без винятку говорили про **необхідність надання мінімальної інформації та психоедукації** про поширені психічні розлади та розлад, спричинений вживанням алкоголю.

Ми дізналися, що **інформація, яку надають в медичних установах, є мінімальною** та акцентує увагу на негативних наслідках (напр., наслідках вживання алкоголю). **НУО часто мають більше матеріалів для просування психічного здоров'я** та організовують громадські заходи, але вони схильні фокусуватися лише на певній цільовій групі (напр., ВПО, ветерани та їхні сім'ї), а не на населенні в цілому і не є широкодоступними (див. Таблицю 4.5).

Деякі організації навіть активно **пропагують проти отримання послуг з охорони психічного здоров'я**. Нещодавня виставка "Психіатрія – індустрія смерті" була проведена в Одесі (2016 рік) та Києві (червень 2017 року), її організувала Церква саєнтології. Вона зображала людей в білих халатах, забруднених фальшивою кров'ю, таким чином намагаючись заохотити осіб з проблемами з психічним здоров'ям долучитися до саєнтологів замість того, щоб звертатися для отримання допомоги до фахівців з охорони психічного здоров'я*.

ТАБЛИЦЯ 4.5: ДОСТУПНІСТЬ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ТА ЗАХОДІВ З ПРОСУВАННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ВСІХ ВІДВІДАНИХ МІСЦЯХ

	Флаєри та буклети	Постери	Заходи з просування ПЗ
Медичні установи	Немає	В деяких відвіданих медичних установах, в тому числі поліклініках, були постери про вживання алкоголю, які акцентували увагу на негативному впливі на здоров'я та соціальному впливі (напр., насильство в сім'ї, наслідки для здоров'я)	Немає
НУО та навчальні заклади	В деяких були психоедукативні матеріали про поширені психічні розлади та розлад, спричинений вживанням алкоголю, в тому числі ознаки та симптоми, методи копіngu та контакти, за якими можна звернутися по допомогу (УКУ)	В деяких були постери про шляхи управління стресом, позитивні методи копіngu та доступні послуги з охорони психічного здоров'я	Так, громадські рекреаційні та соціальні заходи організовані для цільових груп (напр., ветеранів та ВПО)
Громадські місця	Немає	Рекламні оголошення про приватні центри реабілітації (вживання алкоголю та наркотиків)	Немає

* <http://cchr.org.ua/category/vystavka-psihiatriya-industriya-smerti/>
та http://nv.ua/ukr/opinion/van_voren/naukova-kijivska-fantastika-1322773.html

4.3. Права у сфері охорони психічного здоров'я та адвокаційна діяльність

Спостерігаються обмежена участь та залученість осіб з психічними розладами та їхніх членів сім'ї до процесів планування, реалізації та оцінки послуг з охорони психічного здоров'я, а також певний спротив з боку існуючих працівників сфери охорони психічного здоров'я щодо змін в системі¹¹¹. Наше оцінювання показало, що існує обмежена кількість організацій, які переважно фокусуються на більш тяжких психічних розладах, інтелектуальній недостатності та правах пацієнтів, тоді як ще менше уваги приділяється адвокації за права осіб з поширеними психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю.

ТАБЛИЦЯ 4.6: ОРГАНІЗАЦІЇ КОРИСТУВАЧІВ ПОСЛУГ З ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Назва організації	Заходи
Всеукраїнська громадська організація користувачів психіатричної допомоги "Юзер"	Збільшує рівень знань людей з психічними розладами та інтелектуальною недостатністю відповідно до національних та міжнародних стандартів, законів та конвенцій. Допомогає користувачам послуг з охорони психічного здоров'я дізнатися про свої права та захищає їх в межах міжнародного та державного законодавства. На даний момент не дуже активна.
Благодійне товариство допомоги інвалідам та особам із інтелектуальною недостатністю "Джерела"	Неприбуткова громадська організація для батьків та фахівців з Києва, створена за підтримки Міжнародної психіатричної ініціативи в 1994 році. Розробка та впровадження індивідуальних заходів, проектів та програм (напр., з підвищення рівня обізнаності), націлених на захист прав, реабілітацію та соціальну адаптацію осіб з інтелектуальною недостатністю та їхніх сімей.
"Крок назустріч людям"	В Запоріжжі нову організацію "Крок назустріч людям" започаткував колишній психолог, який багато років працював в державних психіатричних установах та усвідомлював потребу звертати увагу на права пацієнтів. Організація буде організовувати групи для сімей та членів сімей госпіталізованих пацієнтів з метою інформування їх про їхні права, просування їхніх інтересів та забезпечення зв'язку з відповідними послугами та підтримкою (напр., юристами чи НУО). Вони також планують займатися психоедукацією та впроваджувати заходи з підвищення рівня обізнаності з метою боротьби зі стигматизацією.

4.4. Доступність та вартість психотропних медикаментів

Доступність та вартість психотропних медикаментів виявилися однією з ключових проблем в процесі аналізу літератури, а також в процесі проведення інтерв'ю з ключовими інформаторами; короткий огляд результатів подано нижче:

Вартість

- **Вартість** психіатричних медикаментів виявилася **основним бар'єром та ключовою проблемою** в даному оцінюванні на основі інтерв'ю з ключовими інформаторами та аналізу літератури.¹³⁴

- Психіатричні пацієнти змушені самі купувати собі медикаменти під час амбулаторного лікування, але часто їм також доводиться покривати частину фармацевтичних витрат під час стаціонарного лікування³³.
- Інколи трапляються **затримки під час закупівельного процесу**, та лікарні не можуть вчасно забезпечити пацієнтів медикаментами.
- **В списку безкоштовних медикаментів**, який погодив Кабінет Міністрів, **немає ніяких психотропних медикаментів**.
- Не існує **страховки, яка б покривала** витрати на психіатричні медикаменти.
- Психотропні медикаменти доступні безкоштовно чи за зниженою вартістю для певних груп (осіб з соціально незахищених чи вразливих груп населення, осіб з соціально значущими чи дуже серйозними захворюваннями). Проте, в реальності їм часто **все рівно доводиться самим платити** за виписані медикаменти³³.

Ціни в цільових областях

- Наше оцінювання (див. Таблицю нижче) показує, що
 - **Ціна антидепресантів-генериків**, які є в списку основних медикаментів ВООЗ, варіюється в різних аптеках та локаціях від **1,17 доларів США до 1,94 доларів США** на місяць за один й той самий препарат.
 - Ціна **інших антидепресантів** становить від 2,27 доларів США до 29,88 доларів США на місяць.
 - Ціна **медикаментів від тривожності** (лише з національного списку) варіюється від **11,79 доларів США до 21,42 доларів США** на місяць.
 - Ціна нормотимічних засобів (стабілізаторів настрою) становить від 0,95 до 8,55 доларів США за місяць.
 - **До інших медикаментів** (які часто рекомендують опитані надавачі послуг, проте які не є частиною клінічних рекомендацій з тривожності чи депресії) належить ноотропіл (0,02 долара США на місяць).
- З середньою **місячною заробітною платою** в 200 доларів США (трохи нижча в Полтавській та Львівській областях), витрати становлять від 0,6% до 0,9% місячної заробітної плати у випадку антидепресантів-генериків та до 15% місячної заробітної плати у випадку більш дорогих антидепресантів.

Доступність:

- Окрім високої вартості медикаментів, не існує національної системи забезпечення постачання медикаментів в локаціях, які не є основними великими містами.³³

ТАБЛИЦЯ 4.7: СЕРЕДНЯ ВАРТІСТЬ ПСИХОТРОПНИХ МЕДИКАМЕНТІВ ДЛЯ СПОЖИВАЧІВ В ТРЬОХ ОБЛАСТЯХ

	Середнє дозування на особу						Львівська обл.		Полтавська обл.		Запорізька обл.	
	На день (мг)	На місяць	Мг на таблетку	Таблеток в упаковці	Мг на упаковку	Кількість упаковок на місяць	Ціна за упаковку	Ціна на місяць	Ціна за упаковку	Ціна на місяць	Ціна за упаковку	Ціна на місяць
Антидепресанти-дженерики (список основних медикаментів ВООЗ та національний список)												
Амітриптилін #25	75	2,250	25	25	625	3.6	0.43	1.55	0.47	1.69	0.54	1.94
Амітриптилін #50	75	2,250	25	50	1,250	1.8	0.65	1.17	0.67	1.21	0.66	1.19
Флуоксетин #10	20	600	20	10	200	3	0.64	1.92	0.65	1.95	0.65	1.95
Флуоксетин # 20	20	600	20	20	400	1.5	0.99	1.49	1.07	1.61	1.06	1.59
Інші антидепресанти (лише національний список)												
Міртазапін	30	900	30	20	600	1.5	19.92	29.88	18.4	27.6	17.96	26.94
Есциталопрам	10	300	10	28	280	1.07	7.88	8.43	7.85	8.40	6.49	6.94
Мелітор	25	750	25	28	700	1.07	12.82	13.72	12.28	13.14	11.37	12.17
Залокс (Сертралін)	50	1,500	50	30	1,500	1	9.5	9.5	8.37	8.37	9.21	9.21
Пароксетин	30	90	20	30	600	0.15	19.31	2.90	18.16	2.72	18.17	2.73
Стімултон (Сертралін)	37.5	1,125	100	28	2,800	0.4	14.22	5.69	14.79	5.92	12.73	5.09
Медикаменти-дженерики від тривожності: транквілізатори (лише національний список)												
Адаптол (Мебікар) #20	450	13,500	300	20	6,000	2.25	5.74	12.92	6.22	14.0	5.93	13.34
Адаптол (Мебікар) # 20	450	13,500	500	20	10,000	1.35	7.63	10.30	8.73	11.79	8.77	11.84
Буспірон	15	450	5	20	100	4.5	4.42	19.89	4.59	20.66	4.48	20.16
Буспірон	15	450	10	20	200	2.25	7.07	15.91	7.26	16.34	7.2	16.2
Гідазепам #20	100	3,000	20	20	400	7.5	2.58	19.35	2.68	20.1	2.71	20.33
Гідазепам #10	100	3,000	50	10	500	6	3.1	18.6	3.23	19.38	3.57	21.42
Інше: лише національний список												
Ноотропіл (Пірацетам)*	3,600	108	800	30	24,000	0.0045	3.78	0.02	4.1	0.02	4.53	0.02
Нормотимічні засоби												
Літій (Глюталіт)	900	27,000	300	20	6,000	4.5	1.8	8.1	1.9	8.55	1.86	8.37
Карбамазепін	600	18,000	200	20	4,000	4.5	0.75	3.38	0.75	3.38	0.76	3.42
Вальпроат натрію (Клоназепам)	1	30	2	30	60	0.5	Ціна за упаковку: 1,9 Ціна на місяць: 0,95**					

Джерело: онлайн-довідник українських аптек та медикаментів, <https://tabletki.ua/>

* Вказаний для лікування міоклонії та можливо для покращення пам'яті і уваги, але використовується неофіційно для інших захворювань, опитані надавачі послуг використовували його для лікування тривожності та депресії (проте сучасні дослідження є експериментальними, та було виявлено деякі побічні дії, такі як депресія, безсоння, нервозність та дратівливість серед молодших (1-2%) та більш часто старших людей (6-9%)).

** Ми знайшли цей медикамент лише в 6 аптеках, і вони знаходяться поза межами цільових регіонів. Тому, ми вираховували середню ціну в Україні.

Тенденції з виписування медикаментів:

- **Фармацевтичні компанії суттєво впливають на тенденції з виписування медикаментів**, вони використовують агресивні маркетингові практики, рекламують медикаменти в засобах масової інформації, проводять безкоштовні семінари для медичних фахівців загального профілю та спеціалістів (в тому числі сімейних лікарів, терапевтів та психіатрів) та винагороджують лікарів, які виписують їх продукти³³.
- Спостерігається високий рівень **надмірного виписування медикаментів серед терапевтів**, які часто виписують дорогі брендові медикаменти замість дешевших дженериків та часом не зважають на раціональні політики з виписування ліків, натомість обираючи більш індивідуальний підхід¹³⁵.
- Психіатри, які брали участь в нашому оцінюванні, відзначали, що вони рекомендують медикаменти, зважаючи на фінансові можливості пацієнта. Якщо пацієнт має можливість платити, тоді вони виписують більш сучасні медикаменти.

Споживчий попит:

- **Є попит на новіші та дорожчі медикаменти нового покоління.** Є антидепресанти-дженерики, які купуються за кошти з державного бюджету та які часто виписують пацієнтам за низькою ціною (Амітриптилін, Флуоксетин, Діазепам)¹³⁶. Проте, лікарі помітили, що пацієнти часто скаржаться на побічні дії та якість медикаментів і хочуть приймати більш дорогі медикаменти нового покоління, в яких менше побічних дій, та які вважаються більш ефективними.

Практики аптек:

- Аптекарі можуть пропонувати клієнтам замінники виписаних медикаментів без консультації з лікуючим лікарем, та деякі винагороджують лікарів, які рекомендують своїм пацієнтам обрати певні медикаменти¹³⁷.

Регулювання витрат:

- Уряд прийняв ряд потенційних рішень для опанування росту цін на медикаменти, в тому числі розширивши список медикаментів, ціни на які регулюються державою, щоб покрити майже весь список основних медикаментів (903 медикаментів-дженериків чи 85% всіх зареєстрованих в Україні медикаментів), але до нього не входять психотропні медикаменти¹³⁸.

В цілому, хоча вартість психотропних медикаментів-дженериків відносно низька, вона не покривається державою, та ціни на такі медикаменти не регулюються урядом; лікарі чи аптекарі можуть радити пацієнтам дорожчі медикаменти, або ж пацієнти самі можуть обрати такі дорожчі ліки, вважаючи, що їх якість є вищою. Відсутність доступу до необхідних медикаментів є важким тягарем для сімей пацієнтів, обмежує доступ до лікування, унеможлиблює слідування плану лікування та знижує його ефективність³³.

4.5. Доступні послуги з охорони психічного здоров'я, що надаються за підтримки НУО та громадських організацій

Нещодавній конфлікт та велика кількість ВПО і осіб, які страждають від дистресу, призвели до **виникнення багатьох волонтерських та громадських організацій**, які намагаються вирішити проблеми з психічним здоров'ям та надати психосоціальну підтримку. Кілька міжнародних організацій також почали впроваджувати програми з підтримки психічного здоров'я та психосоціального благополуччя або ж працювати з місцевими партнерами. Незважаючи на посилену увагу до психічного здоров'я, підсилення міжнародної співпраці¹⁴¹ та посилене громадське залучення до цих процесів, ключові інформатори відзначили **кілька проблем**:

- **Недостатнє координування між агентствами, державними органами та НУО** в процесі надання підтримки особам з проблемами з психічним здоров'ям¹¹¹.
- **Брак координування між НУО** також лишається проблемою на регіональному рівні в областях, та немає системного підходу до спільного планування та впровадження¹¹¹.
- **Немає системи підзвітності та механізму забезпечення якісної допомоги**, що спричиняє занепокоєння щодо якості, етики та безпеки¹¹¹.
- Міжнародні НУО та агентства часто залучають місцевих партнерів до короткострокового (напр., тижневого) **навчання**, просто перекладаючи західні підходи, але **не забезпечуючи тривалий подальший контроль, супервізію чи наставництво**.
- Акцент під час тренінгів та розбудови спроможностей часто базується не на оцінюванні потреб чи принципах охорони громадського здоров'я і може **фокусуватися на одній проблемі чи розладі** (напр., травми, ПТСР), не використовуючи ширший підхід.
- **Існує проблема недостатнього державного фінансування місцевих НУО, яка є суттєвою, оскільки фінансування приватних чи МНУО є нестабільним, несталим та базується на грантах**.
- Тоді як багато волонтерів (в тому числі психологів та психотерапевтів) пропонували свої послуги безкоштовно в громадських організаціях, кількість волонтерів продовжує зменшуватися через "волонтерську втому" та нагальну потребу знайти стабільну роботу.

Волонтери

Протягом останніх років з'явилося багато волонтерів, які пропонують свої послуги різноманітним організаціям чи **самостійно подорожують до регіонів, що постраждали внаслідок конфлікту**. Наступні проблеми згадувалися ключовими інформаторами:

- Психологи-волонтери часто намагаються допомогти, не маючи необхідних навичок та кваліфікації.
- Існують сумніви про професійний рівень психологів та інших фахівців, які зараз працюють з ветеранами та ВПО без відповідних навичок та знань про психічні розлади.
- Часто немає формальної підготовки чи навчання психологів-волонтерів.
- Психологи-волонтери можуть вигоряти та не думати про те, чи вони самі достатньо здорові, щоб надавати послуги.
- Часто спостерігається суттєва невідповідність між практиками та навичками фахівців та волонтерів.
- Сталість – це проблема, враховуючи, що надавачі часто працюють поза межами встановленої системи чи формалізованої структури, яка може підтримати тривалу

діяльність, виплачувати регулярно заробітну плату та забезпечувати контроль якості. Психологи-волонтери можуть не працювати протягом тривалого періоду часу, тому що вони не отримують платні.

- В результаті, постраждале населення не отримує належну психосоціальну допомогу та підтримку.

Картування громадських організацій в цільових областях (див. Рисунок нижче) показало, що:

- Громадські організації найбільш активні в регіонах з високою концентрацією ВПО, наприклад, в Запорізькій області, тоді як в Полтавській області найменша кількість громадських організацій.
- Громадські організації часто навмисно та виключно націлені на роботу з ВПО, ветеранами та членами сім'ї ветеранів, тоді як послуги можуть бути недоступними для загального населення чи можуть бути доступними за плату.
- Більшість організацій пропонують загальні рекреаційні та соціальні заходи і психосоціальну підтримку, тоді як мало хто пропонує психологічні інтервенції для поширених психічних розладів та розладом, спричиненим вживанням алкоголю. Ще менше пропонує науково-доказові інтервенції.

Рисунок 5.1. Картування громадських організацій в цільових областях

Область: Львівська



Область: Запорізька



Область: Полтавська



4.6. Безперервність надання послуг: виявлення, перенаправлення, обмін інформацією та робота мультидисциплінарних команд

Виявлення, перенаправлення та подальший контроль

Ефективне виявлення випадків, перенаправлення та подальший контроль

виявилися серед **ключових проблем** в даному оцінюванні в результаті аналізу літератури/звітів та інтерв'ю з ключовими інформаторами:

- Хоча і існують протоколи та інструменти скринінгу, **оцінювання та виявлення** осіб з поширеними психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю, на рівні первинної медичної допомоги все ще лишаються **дуже обмеженими**.
- **Перенаправлення** у випадку поширеного психічного розладу та розладу, спричиненого вживанням алкоголю, між надавачами є **рідкісним** явищем.
- Лікарі перенаправляють до психіатричної лікарні/диспансера лише **якщо потрібне стаціонарне лікування** (напр., у випадку виявлення схильності до самогубства).
- Перенаправлення та подальший контроль переважно відбуваються **неофіційно на основі особистих зв'язків**.
- **Не вистачає координування процесу перенаправлень та спілкування щодо здійснення подальшого контролю у сфері охорони психічного здоров'я між НУО та державними службами**.
- Шляхи перенаправлення від **НУО до надавачів спеціалізованих послуг з охорони психічного здоров'я залишаються слабкими**, багатьом місцевим НУО бракує знань, чи вони не в змозі здійснити такі перенаправлення¹⁴².
- **В результаті клієнти часто самі повинні приймати рішення про те, куди звертатися по допомогу, чи вони будуть звертатися по допомогу до психолога чи психіатра**.

Робота мультидисциплінарних команд та комунікація

На основі нашого оцінювання, в тому числі інтерв'ю з ключовими інформаторами та аналізу літератури, було виявлено, що **бракує мультидисциплінарного підходу** (напр., співпраця між різними виконавцями, між лікарями та психологами).

- Часто **немає чи існує обмежена комунікація чи координування** з метою задоволення потреб осіб з поширеними психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю (напр., між наркологічними та алкогольними диспансерами і сільськими медичними пунктами).
- Комунікація на різних етапах піклування про пацієнта (напр., перенаправлення, подальший контроль) відбувається переважно з використанням **неформальних каналів**.
- **Бракує інтеграції та комунікації між різними рівнями сфери охорони здоров'я** (напр., в сімейних лікарів та терапевтів є медична картка для кожного пацієнта, в якій міститься історія захворювань та діагнози. Якщо пацієнта перенаправляють для отримання допомоги від психіатра чи психолога, його діагноз є конфіденційною інформацією, якою не можна ділитися з надавачем послуг з надання первинної медичної допомоги).

- Брак комунікації між різними надавачами послуг та рівнями призводить до виникнення **фрагментарної охорони здоров'я** (напр., пацієнт з рецептом на медикаменти від психіатра далі проходить обстеження в невролога на рівні району, який виписує інше лікування, проте надавачі послуг не обмінюються інформацією між собою при цьому).
- Багато надавачів стверджували, що **конфіденційність та діючі закони не дозволяють їм ділитися інформацією з іншими надавачами.**
- Багато ключових інформаторів наголошували на гострій **потребі в підсиленні роботи мультидисциплінарних команд** та впровадженні моделей надання допомоги на рівні громади.¹⁴³

В 1999 році фахівці з охорони психічного здоров'я з України та Казахстану опублікували рекомендації на основі **навчального туру в Сполучених Штатах Америки**. Частина рекомендацій стосувалася **навчання сімейних лікарів, медичних сестер, психологів та соціальних працівників** щодо того, як діагностувати та лікувати осіб з психічними розладами чи проблемами, спричиненими зловживанням психоактивних речовин, перенаправляти пацієнтів з більш складними розладами до фахівців та розробляти підхід на основі **спільного ведення випадків сімейним лікарем та фахівцем з охорони психічного здоров'я**. Спираючись на **модель піклування на основі співпраці**, дослідники наголошували на важливості раннього виявлення та лікування психічних розладів, для чого потрібно навчати надавачів послуг на рівні первинної медичної допомоги.¹⁴⁴

В цілому, системі **бракує безперервності піклування та багаторівневої комплексної системи охорони психічного здоров'я**. Осіб з поширеними психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю, часто не перенаправляють, комунікація між надавачами послуг з різних сфер (напр., терапевтами, психологами, психіатрами) чи між різними агентствами та організаціями (напр., урядом та НУО) є обмеженою.¹¹¹

4.7. Інформаційні системи та конфіденційність у сфері охорони психічного здоров'я

Інформаційна система у сфері охорони здоров'я

Існує єдина електронна медична інформаційна система для конкретного звітування з обласного рівня на вищий рівень, проте на муніципальному та громадському рівнях звітування здійснюється на папері з використанням стандартизованих форм²⁹. Велика кількість медичних установ все ще не мають комп'ютерної системи. Тому лікарі чи медичні сестри ведуть записи про пацієнтів власноручно та діляться цією інформацією з департаментом статистики.

Зібрана інформація щодо психічного здоров'я містить кількість амбулаторних та стаціонарних послуг, що надавалися надавачами, кількість амбулаторних/стаціонарних відділень в області, кількість лікарняних ліжок (для дорослих та дітей) і кількість лікарів. Стосовно пацієнтів, що проходять стаціонарне лікування, установи збирають інформацію про вид розладу. Раз на квартал департамент статистики медичної установи відправляє статистичну інформацію до Департаменту статистики в Києві. Проте, ці дані доступні офіційно за запитом та не аналізуються з метою планування послуг з охорони психічного здоров'я.¹⁴⁵

Огляд у психіатра, необхідний для працевлаштування

Особи, які подаються на певні посади, повинні проходити обов'язковий первинний та подальші регулярні огляди у психіатра^{146, 147}. Кандидати повинні подати довідки з наркологічного та психіатричного диспансерів, які б підтверджували, що вони не мають ніяких протипоказань, в тому числі:

- **Психіатричні протипоказання** включають в себе "хронічні розлади (захворювання), які супроводжуються затьмаренням свідомості, порушеннями сприйняття та процесу мислення, порушенням вольової сфери, емоцій, інтелекту чи пам'яті, що руйнує чи суттєво обмежує здатність особи адекватно сприймати реальність, її психологічний стан та поведінку"¹⁴⁸. Якщо особа страждала на тяжкий психічний розлад впродовж останніх 5 років, ця особа повинна пройти додатковий огляд в психіатра стаціонарно чи амбулаторно.
- **Наркологічні протипоказання** включають в себе "зловживання алкоголем, наркотиками чи хімічними речовинами."¹⁴⁹

Професії, які підпадають під дію цієї норми: робота на підземній та наземній шахті та оперативних підрозділах з видобування газу, виробництво, транспортна сфера, особи, які повинні зберігати чи носити зброю або вибухівку на роботі, поліція, пожежники, гірський рятувальники, газові рятувальні служби, персонал невідкладної медичної допомоги та персонал державної сфери охорони здоров'я, працівники атомної індустрії, водії автомобілів, працівники залізниці та метро, персонал авіаційної сфери, працівники харчової індустрії, медичних та навчальних установ (які безпосередньо контактують з людьми).

До професій також належать наступні (щодо наркологічних протипоказань): особи, які працюють з певними матеріалами та речовинами, в тому числі алкоголем; працівники, які мають справу з високою напругою, вибуховими матеріалами, вогнепальною зброєю; пожежники; працівники транспортної сфери, авіації та моряки; і кандидати на посади в державному секторі.¹⁵⁰

"Звернення до психіатричного відділення пов'язане зі стигматизацією. Боже збав, щоб тебе внесли до реєстру. Коли на тобі клеймо "психа", від тебе спробують позбутися."

~ Соціальний працівник, Полтавська область

Хоча роботодавець може попросити про проходження огляду в нарколога чи психіатра за його рахунок та попросити потенційного працівника надати довідку про відсутність протипоказань, важливо пам'ятати, що (відповідно до Статті 6 Закону України "Про психіатричну допомогу") **лише особа чи законний представник особи має право**

отримати доступ та використовувати конфіденційні дані про стан психічного здоров'я особи чи надану психіатричну допомогу.

Проте, існує **офіційний облік** осіб з розладами, спричиненими вживанням алкоголю та психоактивних речовин, і психічними розладами, в який інформацію вносять стаціонарні установи (напр., психіатричні та наркологічні стаціонарні відділення). Проте в цей облік не вносять осіб з поширеними психічними розладами (напр., тривожністю та депресією).

Сприйняття та занепокоєння щодо обміну інформацією та конфіденційності

Наше оцінювання продемонструвало **нерозуміння того, якою інформацією можна законно ділитися і з ким, а також як можна використовувати інформацію**. Короткий огляд результатів щодо цього аспекту подано нижче.

В цілому, існують **законні обмеження** щодо обміну інформацією про пацієнтів з психічними розладами на різних рівнях системи охорони здоров'я та за межами системи з метою захисту конфіденційності пацієнтів. Однак, спостерігаються **нерозуміння та недовіра серед загального населення щодо того, якою інформацією діляться**, що призводить до того, що люди **не звертаються по допомогу** чи витрачають більше грошей та ресурсів на отримання допомоги (напр., довші відстані, приватні послуги).

Занепокоєння щодо конфіденційності та обміну інформацією серед ключових інформаторів

- Багато людей вірить, що **реєстр осіб з психічними захворюваннями** не дає зареєстрованим можливості влаштуватися на багато різних посад.
- Особи занепокоєні, що звернення по допомогу у випадку поширеного психічного розладу та розладу, спричиненого вживанням алкоголю, буде внесене до їхньої картки з такими наслідками, як **неможливість працевлаштуватися**. Навіть деякі сімейні лікарі відзначали "якщо я напишу, що в цієї особи депресія, то вона не зможе влаштуватися на роботу".
- Діагностика психічного розладу може не бути пов'язаною з дискримінацією з юридичної точки зору, проте в розумінні лікарів та органів правопорядку це призводить до **дискримінації на практиці**.
- Спостерігається **низький рівень довіри громадськості щодо збереження конфіденційності** їхньої інформації, якщо вони будуть отримувати послуги з охорони психічного здоров'я.
- **Осіб з розладом, спричиненим вживанням алкоголю, дійсно реєструють**, проте можливо **уникнути обліку, заплативши хабар**, але багато хто не може це собі дозволити і тому не звертаються по допомогу.
- **В результаті, особи повідомляють про небажання звертатися по допомогу**, шукаючи варіанти анонімного лікування (напр., приватні надавачі послуг) чи лікування за межами їхньої області (також див. Розділ 6 про перешкоди для отримання допомоги).

5. Людські ресурси та навчання у сфері охорони психічного здоров'я

5.1. Кількість та розподіл людських ресурсів

Штат працівників сфери охорони психічного здоров'я під керівництвом Міністерства охорони здоров'я описано нижче. Відповідно до стандартів укомплектування штату, кожне психіатричне відділення в лікарні повинне мати щонайменше одного психолога. В реальності кількість набагато нижча³³. **У порівнянні з іншими країнами** та ЄВРО регіоном ВООЗ, кількість психіатрів в Україні висока (11,6 на 100 000), але кількість психологів на 100 000 населення є нижчою (1,3 в Україні на протигагу 2,7 в ЄВРО регіоні, див. Таблицю нижче). Насправді, в українській системі охорони здоров'я спостерігається недостатнє використання психологів та психотерапевтів³³.

ТАБЛИЦЯ 5.1: КІЛЬКІСТЬ ТА РОЗПОДІЛ ЛЮДСЬКИХ РЕСУРСІВ ПО РЕГІОНАХ

Штат	Україна		Литва		ЄВРО регіон	Російська Федерація	
	Кількість	На 100,000	Кількість	На 100,000	На 100,000	Кількість	На 100,000
Психіатри	5,271	11.6	553 ^{151*} 220 ^{**}	18.26 7.27	7 ⁷⁵	11.06 ¹⁵²	11.61 ¹⁵³
Фахівці з лікування залежностей (наркологи)	1,522	3.4	Немає даних	—	—	—	Не відомо
Психологи	611	1.3	105 ^{**}	3.47	2.7	2.61	5.42
Соціальні працівники	712	1.5	160 ^{**}	5.28	1.7	—	1.56
Терапевти, які працюють в психіатрії	227	0.5	Немає даних	—	—	—	Не відомо
Медичні сестри	13,063	752 ³³	202 ^{76***} 365 ^{12****}	722 ⁷⁶ 11.54	824 ^{77****} 24.1	—	46.26 ^{***}

* Практикуючі психіатри, більшість – ординатори (2011)

** В тому числі муніципальні центри з охорони психічного здоров'я та штат

*** Психіатричні медичні сестри

**** Дані за 2009 рік

Кількість та розподіл людських ресурсів на обласному рівні

Існуючі нині практики щодо планування та управління людськими ресурсами в державній системі охорони здоров'я не представляють зв'язну модель, а доступність психіатрів та кваліфікованих надавачів послуг з охорони психічного здоров'я

суттєво варіюється по регіонах³³. В Запорізькій області спостерігається відносно невелика кількість психотерапевтів, і ще менше психіатричних медичних сестер працює в Полтавській області, порівнюючи, наприклад, з іншими областями країни (див. Таблицю 5.2). Недостатня кількість фахівців з охорони психічного здоров'я перетворилася на актуальну проблему в регіонах, що постраждали внаслідок конфлікту, оскільки там було зменшено кількість установ, та послуги часто недоступні¹⁵⁴. Фахівці в Україні також відзначають проблему з **низькою заробітною платою**

надавачів послуг з охорони здоров'я, в тому числі фахівців з охорони психічного здоров'я^{155 48}. Існують відмінності в заробітних платнях осіб, які працюють в сільських районах, їм платять менше, тому дехто виїжджає працювати до Польщі чи ЄС.

“Наші лікарі їдуть на роботу в хоспіси в Польщу. Вони заробляють 3 200 гривень (133 доларів США) на місяць тут, а там вони заробляють 10 000-15 000 гривень (385-577 доларів США).”

~ Нарколог з Львівської області

ТАБЛИЦЯ 5.2: КІЛЬКІСТЬ ФАХІВЦІВ З ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

	Україна на 100 000 в 2016	Львівська обл. на 100 000 в 2016	Полтавська обл. на 100 000 в 2016	Запорізька обл. на 100 000 в 2016
Психіатри, штатні посади	7.67	8.69	8.16	9.84
зайняті посади	6.80	8.46	7.39	8.09
фізичні особи	5.87	8.19	6.64	6.73
Психотерапевти, штатні посади	0.56	8.69	8.16	0.68
(зайняті посади)	0.40	8.46	7.39	0.36
(фізичні особи)	0.36	8.19	6.64	0.23
Психологи, штатні посади	0.53	0.04	0.16	0.06
(зайняті посади)	0.40	0.04	0.14	0.06
(фізичні особи)	0.38	0.04	0.14	0.06
Психіатричні медичні сестри, штатні посади	160.5	16.25	1.5	12.5
(зайняті посади)	152.75	16.25	1.5	12.5
(фізичні особи)	147	16.25	0.5	10
Соціальні працівники, штатні посади	1.5	0	0	0
(зайняті посади)	1.5	0	0	0
(фізичні особи)	2	0	0	0

Рисунок 5.1. Розподіл фахівців з охорони психічного здоров'я в Україні

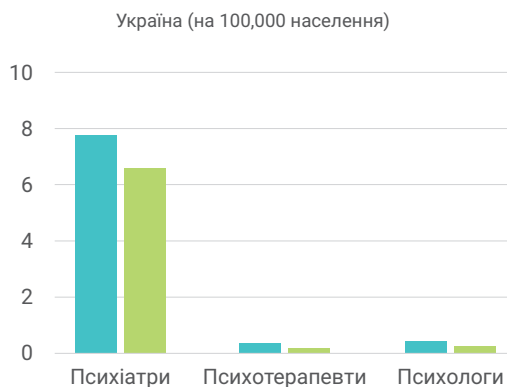


Рисунок 5.2. Посади психіатрів в Україні та трьох областях

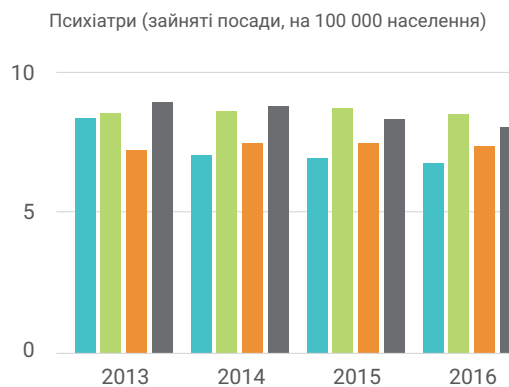


Рисунок 5.2. Посади психотерапевтів в Україні та трьох областях

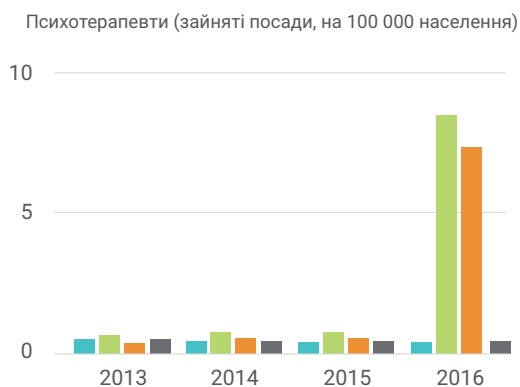
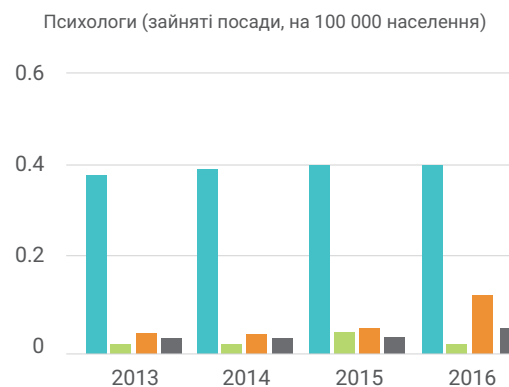


Рисунок 5.2. Посади психологів в Україні та трьох областях



■ Україна ■ Львівська обл. ■ Полтавська обл. ■ Запорізька обл.

Примітка: зайнята посада: одна зайнята посада може бути поділена між кількома фахівцями, які працюють неповний робочий день.

* Дані без Криму та території АТО.

Тенденції протягом періоду часу

Кількість психіатрів (штатні посади) в Україні зменшилася на 15% (між 2013 та 2015 роками), тоді як кількість психотерапевтів суттєво збільшилася в деяких областях (Львівській та Полтавській областях). Кількість психіатрів є найбільшою у порівнянні з іншими фахівцями з охорони психічного здоров'я.

ТАБЛИЦЯ 5.3: ОГЛЯД ПРОФЕСІЙ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ПСИХІЧНИМ ЗДОРОВ'ЯМ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНОЮ ПІДТРИМКОЮ

Тип установи та кількість років навчання	Ступінь	Місце інтернатури та тривалість	Подальша освіта та навчання	
Психіатр				
Медичний університет (6 років)	Спеціаліст	Лікарні та поліклініки 2 роки	Можна продовжити навчання для отримання магістра медицини чи доктора медицини	
Психотерапевт				
Державний університет (6 років, спеціалізація до початку роботи + інтернатура + після початку роботи)	Спеціаліст лікар (загальний)	Лікарні та поліклініки 2 роки	Програми післядипломної освіти в українських університетах	
Приватний університет (4 роки, потрібен бакалаврам з психології/психіатрії/соціальної роботи)	Сертифікат психотерапевта (Гештальт, КПТ, інше)	—	Додаткові курси з психотерапії. Лише приватні	
Приклад: Український інститут КПТ, Львів (4 роки)	Психотерапевти сертифіковані ЕАСВТІ (Європейською асоціацією поведінкових та когнітивних терапій)	Не застосовне	Додаткові курси з психотерапії	
Медичний психолог				
Державний медичний університет (6 років)	Спеціаліст медичної психології	Лікарні та поліклініки 2 роки	Можна продовжити навчання для отримання магістра медицини чи доктора медицини	
Приватний університет (6 років)	Магістр психології	—	Програми післядипломної освіти в Україні та за кордоном	
Психолог				
Приватний університет (немедичний) 5-6 років	Магістр психології	—	Програми післядипломної освіти в Україні та за кордоном	
Державний університет (немедичний) 4 років	Бакалавр психології	—	Магістр психології	
Соціальний працівник				
Державний університет (4 роки)	Бакалавр з соціальної роботи	Інтернатура не обов'язкова та може відбуватися під час навчальної програми	Магістр в кількох українських університетах, підвищення кваліфікації на робочому місці, стипендії на навчання в докторантурі за кордоном	
Медична сестра				
Медичний коледж (3-4 роки з дипломом про закінчення середньої школи 2-4 роки з дипломом про закінчення старшої школи)	Диплом про незакінчену вищу освіту (молодший спеціаліст), бакалавр	Аптеки, стажування протягом 3 років навчання	Бакалавр та магістр	

	Звичні варіанти для кар'єри	Основні установи, які пропонують ступінь	Вартість (\$)
	Державні лікарні чи приватні клініки	14 університетів по всій країні: Київський медичний університет, Харківський медичний університет	Державне: З грантом від держави: безкоштовно Без гранту від держави: 800 доларів США на рік Приватне: 1 000-1 200 доларів США на рік
	Державні лікарні чи приватні клініки	Київський національний медичний університет, Запорізький національний медичний університет, Харківська академія післядипломної освіти	Державне: З грантом від держави: безкоштовно Без гранту від держави: 800 доларів США на рік
	Приватний сектор	Київський гештальт університет, Український інститут КПТ, Київський інститут гештальту та психодрами (див. Таблицю нижче)	400 доларів США в семестр
	Приватний сектор	Див. приклад. Примітка: не визнається державними медичними установами	400 доларів США в семестр
	Державні лікарні чи приватні клініки	Київський національний університет, Вінницький національний медичний університет, Харківський національний медичний університет	З грантом від держави: безкоштовно Без гранту від держави: 800 доларів США на рік
	Державні лікарні, приватні клініки, особиста практика, НУО	Український католицький університет, Київський інститут сучасної психології та психотерапії	1 000-1 200 доларів США на рік Стипендії доступні в УКУ
	Державні лікарні, приватні клініки, особиста практика, НУО	Український католицький університет, Київський інститут сучасної психології та психотерапії	1 000-1 200 доларів США на рік Стипендії доступні в УКУ
	НУО, МНУО, приватні компанії, управління персоналом тощо.	Київський національний університет, Запорізький національний університет, Львівський національний університет	З грантом від держави: безкоштовно Без гранту від держави: 700 доларів США на рік
	Школи, лікарні чи місце проходження інтернатури	НАУКМА, Львівський національний університет, Київський національний університет імені Тараса Шевченка	З грантом від держави: безкоштовно Без гранту від держави: 800 доларів США на рік
	Державні лікарні чи приватні клініки	Буковинський державний медичний університет, Вашковецький медичний коледж (сестринська справа), Луцький базовий медичний коледж	З грантом від держави: безкоштовно Без гранту від держави: 500 доларів США на рік

5.2. Професійна освіта та навчання

Університетська освіта

Аналіз академічних кваліфікацій у сферах, пов'язаних з охороною психічного здоров'я, подано нижче. Важливо відзначити, що надавачам **можна працювати в медичних установах** (напр., психіатричних лікарнях, поліклініках), лише якщо вони мають **ступінь/диплом медичного університету** (напр., сертифікований медичний психолог чи психотерапевт).

Ключові інформатори також згадували наступне про університетський рівень освіти в сферах, пов'язаних з охороною психічного здоров'я:

- **Психологи та психотерапевти**, які отримали ступінь магістра в **державному університеті**, не мають ніякої **чи дуже обмежену практику під час навчання**, працюють без клінічної супервізії та не мають ніякого формального навчання з вирішення проблеми з поширеними психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю, відповідно до міжнародних рекомендацій.
- Ситуація **подібна у випадку соціальних працівників**, які мають обмежений практичний досвід навчання та знання науково-доказових підходів до надання психосоціальної підтримки за умов кризи.
- **Менше половини випускників-психологів та психотерапевтів** дійсно практикують через **низьку заробітну плату**.
- Багато психологів та психотерапевтів працюють психологами в **державних медичних установах та мають приватну практику**.
- Додаткове навчання, необхідне щоб стати **психотерапевтом** з використанням певних психологічних інтервенцій, доступне в **приватних навчальних установах** за додаткову плату, та **воно має обмежену науково-доказову базу і нагляд та часто не відповідає науково-доказовим інтервенціям** (напр., за деякими підрахунками переважна більшість психологів/психотерапевтів вивчають гештальт терапію в Запоріжжі).

“Все, що я дізнався, я оплачував самостійно, а держава не дала мені нічого. Я заробляю 1300 грн (50 доларів США) на місяць, працюючи неповний робочий день в поліклініці, а літня школа коштує 153 доларів США на тиждень, і мені потрібно відпрошуватися з роботи. Держава не інвестує в нашу освіту, я можу поставити діагноз пацієнту, але не знати, що робити далі, і це найгірше і найсумніше.”

~Психотерапевт амбулаторія сімейного лікаря, Львів

5.3. Продовження освіти та підвищення кваліфікації на робочому місці

Обов'язкове продовження навчання

Фахівці повинні виконувати обов'язкові вимоги до продовження навчання, встановлені державою, як описано нижче. Вимоги можна виконувати шляхом навчання в обласних державних університетах та академіях післядипломної освіти. Також потрібно регулярно складати екзамени для проходження сертифікації з метою підтвердження професійної компетентності.

	Психіатри	Психо- терапевти	Психологи	Соціальні працівники	Лікарі загальної практики	Медичні сестри
Вимоги до продовження навчання	Раз на кожні п'ять років	Раз на кожні п'ять років	Раз на кожні п'ять років	Не обов'язково	Сертифікація кожні п'ять років	Раз на кожні п'ять років

Надавачі спеціалізованих послуг та послуг загального профілю відзначали, що існує багато можливостей для продовження навчання, але навчальні курси вищої якості дорожчі. Багато хто виражав бажання дізнатися більше про психічне здоров'я, якби такі курси були в наявності (див. Таблицю 5.4 нижче для більш детального опису).

ТАБЛИЦЯ 5.4: МОЖЛИВОСТІ, ПРОБЛЕМИ ТА ПОТРЕБИ ЩОДО ПРОДОВЖЕННЯ НАВЧАННЯ НА ДУМКУ КЛЮЧОВИХ ІНФОРМАТОРІВ

Психологи та психотерапевти	
Доступні можливості для навчання	- Курси в державних університетах (напр., Харківська медична академія післядипломної освіти) - Платні курси в приватних університетах (напр., навчання з КПТ, УКУ) Конференції в обласній психіатричній лікарні - Тренінги, що проводяться представниками фармацевтичних компаній
Проблеми щодо навчання	- Навчання низької якості для психологів, пропонується приватними установами без необхідних сертифікатів чи нагляду - Висока зацікавленість в навчанні науково-доказовому підходу, але таке навчання пропонують лише в приватних університетах чи навчальних закладах, і воно дуже дороге
Потреби щодо навчання з питань психічного здоров'я	- Дуже зацікавлені в новій інформації та навчанні - Науково-доказові підходи до навчання - Як лікувати пацієнтів з травмою
Сімейні лікарі та терапевти	
Навчальні можливості (в процесі роботи)	Щомісячні навчальні семінари в районній лікарні (на різні теми кожного місяця, в тому числі психічне здоров'я) для лікарів, фельдшерів та медичних сестер - Семінари про психічні розлади (поширені психічні розлади) та лікування з використанням нових психотропних медикаментів і інструментів скринінгу, які пропонуються фармацевтичними компаніями Самоосвіта з використанням інтернету - Курси в державному університеті (напр., Університет імені Данила Галицького (Львів), Медична академія післядипломної освіти, Запоріжжя, Полтавський медичний коледж) Конференції (4-5 конференцій на рік)
Потреби щодо навчання з питань психічного здоров'я	- Недостатньо часу приділялося питанням психічного здоров'я в університеті (напр., лише один семестр на вивчення психічного здоров'я, всього 6 занять) - Тема поширених психічних розладів розкривалася поверхнево, а розлад, спричинений вживанням алкоголю, не вивчався взагалі - Тим, хто зацікавлений в проходженні навчання з питань психологічного здоров'я, потрібно приділити цьому більше часу

ТАБЛИЦЯ 5.5: ОГЛЯД ІНІЦІАТИВ З РОЗБУДОВИ СПРОМОЖНОСТЕЙ У СФЕРІ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЗА ПІДТРИМКИ МІЖНАРОДНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ

Географічне розташування	Кількість та тип осіб, які проходять навчання	Теми тренінгів	Тривалість навчання (теоретичного та супервізії) та тренери	Цільові установи	Примітки
ВООЗ Україна у співпраці з МОЗ					
В минулому (6-місячний проект): команди ПЗ: Одеса, Дніпро, Слов'янськ, Суми Зараз: Одеса	26 мобільних команд (психіатри, психологи, медичні сестри та соціальні працівники)	Лікування депресії, ПТСР, суїциду, біполярного розладу, психозу, хвороби Паркінсона (на основі українських протоколів та програми mhGAP ВООЗ), навички надання послуг (напр., робота мультидисциплінарних команд, прийом та перенаправлення, планування піклування), психосоціальні інтервенції (напр., управління стресом, графік діяльності, психоедукація, гігієна сну), КПТ	5 днів + надалі 2-годинна супервізія по skype кожні 2 тижні Тренери: 2 міжнародні тренери та 2 штатних працівники Інституту соціальної психіатрії та наркології МОЗ (психіатри та медичний психолог) Один навчальний візит головного психіатра до Литви за підтримки ВООЗ	Встановлення мобільними командами зв'язків з громадою (на основі психіатричних клінік)	Більшість клієнтів, що отримували послуги, страждали на психотичні розлади (72%), депресію (10%) та тривожний розлад (10%)
ВООЗ Україна					
Заплановано: Донецьк, Луганськ	Буде визначатися (психіатри, психологи, лікарі)	Управління пріоритетними психічними розладами з використанням Керівництва ВООЗ з інтервенції mhGAP	Навчання буде розроблятися Тренери: один міжнародний тренер-психіатр з місцевими колегами (психіатрами), які будуть проходити тренінг для тренерів	Встановлення мобільними командами зв'язків з громадою	
MDM, UK MDM (Лікарі світу), Великобританія					
Зараз: Луганськ, Райони Станиці Попасної та Сватово	347 учасників Персонал мобільних команд (лікар, повитуха, медична сестра, психолог) Персонал в центрах надання первинної медико-санітарної допомоги	Управління поширеними психічними розладами з використанням посібника ВООЗ УП+, який було розроблено для психологів, ППД	Навчання та матеріали в процесі розробки Тренери: один міжнародний координатор з питань психічного здоров'я та національний супервайзер з питань психічного здоров'я	Встановлення мобільними командами зв'язків з громадою Фельдшерсько-акушерські пункти та амбулаторії центрів надання первинної медико-санітарної допомоги	Планується провести ще 3 тренінги для близько 180 учасників, серед яких медичний персонал центрів надання первинної медико-санітарної допомоги середнього рівня

ТАБЛИЦЯ 5.5: ОГЛЯД ІНІЦІАТИВ З РОЗБУДОВИ СПРОМОЖНОСТЕЙ У СФЕРІ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЗА ПІДТРИМКИ МІЖНАРОДНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ

Географічне розташування	Кількість та тип осіб, які проходять навчання	Теми тренінгів	Тривалість навчання (теоретичного та супервізії) та тренери	Цільові установи	Примітки
Університет Джонса Гопкінса (Проект СЕТА), США					
Зараз: Київ Запоріжжя Харків (ціль: ВПО та ветерани)	34 учасники (психологи, психотерапевти, соціальні працівники, ветерани) 10 з них в Запоріжжі	Лікування депресії, ПТСР, тривожності, вживання алкоголю, суїциду/ насильства відповідно до моделі лікування СЕТА (розроблена УДГ) на основі КПТ	2-тижневе навчання з супервізією кожні 2 тижні Тренери: міжнародні тренери (психологи)	Установи, де тренери вже працюють (напр., НУО, державні)	Послуги націлені лише на ВПО, ветеранів та членів їх сімей
Проект підтримки литовського уряду					
Зараз: Полтава і Дніпро Заплановано: Луганськ	60 учасників (психіатри, психологи, медичні сестри і соціальні працівники)	Методи скринінгу (напр., ASIST, AUDIT), управління ПТСР, вживанням наркотиків та алкоголю, робота мультидисциплінарних команд	6 семінарів протягом 6 місяців та 1-тижневий навчальний курс, після якого буде навчальний візит до Литви Тренери (литовські): голова команди, психіатр, психолог, соціальний працівник, лікар-ерготерапевт, медична сестра	Психоневрологічний диспансер, психіатрична лікарня, наркологічний диспансер, лікарня для ветеранів	
War Trauma Foundation, Нідерланди					
Зараз: Одеса, Слав'янськ, Дніпро, Суми. Можливо: Львів, Івано-Франківськ, Чернігів, Ужгород	34 учасники (3 психіатри, 21 психолог, 5 сімейних лікарів, 3 медичні сестри, 2 соціальних працівники)	Управління депресією, ПТСР, гострим стресом, зловживанням психоактивними речовинами, суїцидом, горем, розладами розвитку, психозом (на основі програми mhGAP BOO3), навички надання послуг (напр., модель націлена на пацієнта на рівні громади, МіО неклінічного персоналу, механізми перенаправлення)	2 тижні Тренери: міжнародні та національні психіатри	Первинна медико-санітарна допомога, центральна районна лікарня, психіатричні лікарні, центр психосоціальної реабілітації, де працюють мобільні команди	WTF також хоче створити мобільні команди з ПЗ подібні на проект BOO3

ТАБЛИЦЯ 5.5: ОГЛЯД ІНІЦІАТИВ З РОЗБУДОВИ СПРОМОЖНОСТЕЙ У СФЕРІ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЗА ПІДТРИМКИ МІЖНАРОДНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ

Географічне розташування	Кількість та тип осіб, які проходять навчання	Теми тренінгів	Тривалість навчання (теоретичного та супервізії) та тренери	Цільові установи	Примітки
Німецьке агентство з міжнародної співпраці (GIZ), Німеччина					
Запоріжжя	50 учасників (психологи та психіатри мобільних команд)	Терапія, націлена на травму (на основі КПТ-STAIR, КПТ, десенсибілізація та репроцесуалізація (опрацювання) рухом очей) Розбудова спроможностей мобільних команд та Центрів соціальних служб для сім'ї та молоді з метою надання психосоціальної підтримки ветеранам АТО та членам їхніх сімей	3 дні Тренери: міжнародні психологи Планується забезпечити подальший контроль із залученням національних та міжнародних тренерів протягом 5 місяців	Навчання на робочому місці (де працюють психологи)	
Побратим, Україна					
Мелітополь	8 учасників (4 кризових психологи безкоштовно, 4 за 500 доларів США)	Управління ПТСР, гострим стресом, наркологія (зловживання наркотиками та алкоголем)	7-місячний курс навчання з травня по грудень 2017 року Плануються подальший контроль та супервізія	Навчання на робочому місці (де працюють психологи)	

5.4. Розбудова спроможностей у сфері охорони психічного здоров'я за підтримки міжнародних організацій

В українському секторі охорони здоров'я працює багато міжнародних організацій, але їх діяльність переважно є вузьконаправленою і стосується певних конкретних сфер, таких як репродуктивне здоров'я, ВІЛ/СНІД та туберкульоз в минулому²⁹. Проте, зацікавленість донорів в психічному здоров'ї зросла з моменту початку конфлікту на Сході, і кілька міжнародних НУО та агентств підтримують розбудову спроможностей в сфері охорони психічного здоров'я в Україні. Наше оцінювання визначило кілька ключових ініціатив (перерахованих в Таблиці нижче) та показало, що:

- Існує кілька **багатообіцяючих ініціатив з розбудови спроможностей**, які базуються на міжнародних рекомендаціях та кращих практиках (напр., Керівництво ВООЗ з інтервенції mhGAP, УП+ ВООЗ), які можна збільшувати в масштабі впровадження, і які можуть використовуватися іншими міжнародними організаціями та національними виконавцями.
- **Зв'язки з іншими країнами (напр., Литвою)** вже було встановлено (напр., навчальні візити, обмін фахівцями, див. секцію нижче для більш детального опису).
- **Різні матеріали, протоколи та підходи** використовуються різними виконавцями та не завжди відповідають національним чи міжнародним (ВООЗ) протоколам і рекомендаціям.
- Деякі ініціативи з розбудови спроможностей є лише короткостроковими, та їм **бракує важливих компонентів, таких як постійний подальший контроль та супервізія**.
- **Ті, хто проходить навчання, не завжди відкриті** для нових підходів відповідно до науково-довідкових рекомендацій, якщо вони пропрацювали багато років, використовуючи інші моделі.
- Багато ініціатив з розбудови спроможностей націлені лише на персонал, який надає послуги **населенню, яке постраждало внаслідок конфлікту, в тому числі ВПО та ветеранам**, через зацікавленість міжнародних донорів.

Обмін професійними знаннями та досвідом з іншими країнами Східної Європи

Інші пострадянські країни стикаються з подібними проблемами, пов'язаними з надмірною залежністю від госпіталізації та високим рівнем стигматизації психічних розладів. Кілька таких країн зробили кроки назустріч впровадження реформи у сфері охорони психічного здоров'я, що може надати краще розуміння потреби в змінах та можливих кращих практик.

Литва, пострадянська країна, яка зараз є частиною ЄС, почала реформувати систему охорони психічного здоров'я відповідно до підходу на рівні громади та надання відчуття власності споживачам. Спостерігається відхід від стаціонарної допомоги та перехід до створення **центрів охорони психічного здоров'я на рівні громади**, в яких працюють мультидисциплінарні команди (напр., психологи, психіатри, соціальні працівники, психіатричні медичні сестри). Хоча такі ініціативи були децю призупинені через економічні труднощі, було здобуто багато досвіду, який було опубліковано, та який є застосовним в Україні¹⁵⁶. Більш того, продовжується професійний обмін та підтримка з боку Литви з метою створення охорони психічного здоров'я на рівні громади в Україні (див. Таблицю 5.5).

Інший приклад – **Грузія**, яка почала пріоритизувати реформу у сфері охорони психічного здоров'я в 1990-х роках шляхом впровадження довгострокових стратегій. Розгляд нещодавнього конкретного випадку показав наступні сфери, як такі в яких реформа є важливою: розробка чіткого плану охорони психічного здоров'я (з акцентом на визнанні та вирішенні питань, пов'язаних з відмінностями в потребах з огляду на географічне розташування, дії, націлені на об'єднання наявних послуг та подоланні фінансових і

географічних перешкод для отримання допомоги, створення послуг на рівні громади та **інтеграція охорони психічного здоров'я в систему первинної медичної допомоги**); покращення дослідницьких спроможностей для використання науково-доказової бази під час розробки політики та практик; інтеграція наявних послуг та розробка послуг з надання допомоги вразливим групам населення (тобто потреба в психосоціальній реабілітації та створення простору для отримання зворотного зв'язку від користувачів послуг); та подолання стигматизації і супротиву реформам. Розгляд конкретного випадку підкреслює важливість **залучення НУО для креативного впровадження інтервенцій малого масштабу, які потім можна збільшити в масштабі до рівня національних стратегій** після того, як буде доведено їх ефективність, потреби в перекладі публікацій у сфері охорони психічного здоров'я місцевими мовами, залучення НУО та інших організацій з впливом у сфері лобювання для використання даних і програм з метою здійснення впливу на осіб, відповідальних за розробку та прийняття політик, щоб вони приймали відповідні закони, та потреби **в збільшенні фінансування державою існуючих послуг з охорони психічного здоров'я**. Крім того, прийняття законів і стратегій з метою захисту прав пацієнтів було названо ключовим етапом реформи у сфері охорони психічного здоров'я в Грузії, як і зменшення рівня госпіталізації шляхом закриття великих психіатричних лікарень та перенесення лікарняних ліжок в функціонуючі лікарні. За словами одного ключового інформатора з багатим досвідом роботи в Грузії, важливо відзначити, що в Грузії виникли **проблеми через приватизацію** деяких психіатричних лікарень, які не були прибутковими та достатньо забезпеченими лікарняними ліжками і послугами.

Також існують інші приклади співпраці й обміну інформацією між Україною та іншими країнами Східної Європи (напр., Польщею) та іншими європейськими країнами (напр., Францією, Німеччиною) з метою покращення послуг з охорони психічного здоров'я. Проте різні донори чи організації, що реалізують проекти, не завжди знають про такі ініціативи, що призводить до того, що **отриманий досвід** не використовується.

5.5. Професійні асоціації, ліцензування та акредитація

Професійні асоціації

З моменту здобуття Україною незалежності було створено різноманітні професійні асоціації, до яких входять фахівці з охорони психічного здоров'я (див. нижче Таблицю з підсумком інформації, зібраної в ході проведення нашого оцінювання)¹¹⁷. Також існують інші професійні асоціації, такі як Українська спілка психотерапевтів, яка пропонує навчальні програми (напр., групова психотерапія, сімейна терапія), та Українська асоціація КПТ (200 членів, 30 з яких пройшли акредитацію та володіють європейськими сертифікатами).

ТАБЛИЦЯ 5.6: ПРОФЕСІЙНІ АСОЦІАЦІЇ В УКРАЇНІ

Назва	Передумови	Основна діяльність
Асоціація психіатрів України	Заснована д-ром Семеном Глузманом в 1991 році у відповідь на культуру “примусової психіатрії”, поширену в Радянському Союзі, та з метою створення комісії для розгляду скарг щодо порушення громадянських прав психіатричними установами ^{158 159} , офіс в Києві	Моніторинг політичних зловживань психіатрією та адвокаційна діяльність. Експерти Комітету просувають інтереси осіб з психічними розладами в суді та надають їм юридичну і соціальну допомогу. Дослідження та технічні рекомендації. Асоціація проводить соціологічні, епідеміологічні дослідження, публікує аналітичні матеріали для надання основи з метою реформування системи охорони психічного здоров'я. ¹⁶⁰ Публікація та переклад навчальних матеріалів. Разом з Глобальною ініціативою психіатрів (GIP), було перекладено та опубліковано більше сотні посібників та книжок високої якості. Проте наразі ними не користуються в державній системі освіти.
Асоціація психіатричних медичних сестер України	Створено за ініціативи Асоціації психіатрів України	Просування покращення статусу, умов роботи та навичок психіатричних медичних сестер.
Українська наукова спілка неврологів, психіатрів та наркологів	Заснована в 1995 році в Харкові	Комплексні дослідження неврологічних, психічних розладів та розладів, спричинених вживанням психоактивних речовин, розробка підходів та стандартів лікування, їх запровадження на практиці у сфері охорони здоров'я, освітні заходи в громадах, підтримка молодих науковців, реформа послуг з охорони психічного здоров'я в Україні, захист прав пацієнтів та медичних фахівців. Спілка бере активну участь в розробці нового законодавства стосовно охорони психічного здоров'я. ¹⁶¹

Ліцензування та акредитація

Міністерство охорони здоров'я розробляє та затверджує державні стандарти якості та клінічні протоколи і відповідає за організацію та впровадження обов'язкової акредитації медичних установ, а також за видачу ліцензій юридичним особам та фізичним особам, залучених до процесу надання медичних послуг чи до процесу виробництва і продажу фармацевтичних продуктів і медичного обладнання. Ключові інформатори і українська Концепція 2017 року зазначають відсутність систематичного впровадження професійних стандартів у сфері охорони психічного здоров'я та контролю за якістю наданих послуг

з охорони психічного здоров'я. Також прослідковується чітка потреба в створенні органів, що відповідатимуть за ліцензування за підтримки професійних асоціацій. Основні занепокоєння викладені в Таблиці нижче.

ТАБЛИЦЯ 5.7: КОРОТКИЙ ОГЛЯД ЗАНЕПОКОЄНЬ КЛЮЧОВИХ ІНФОРМАТОРІВ

Не існує професійного ліцензування чи регулювання

- Відсутня офіційна реєстрація, ліцензування чи регулювання (напр., етика, професійні стандарти) фахівців з психології та соціальних наук.
- Психологам та психотерапевтам не потрібна ліцензія чи сертифікат, щоб практикувати.
- Отримання сертифікату після проходження семінару чи ступеню в психології дозволяє особі працювати психологом (в тому числі в соціальній службі, НУО чи приватній практиці).

Не вистачає контролю якості, підзвітності та етичного нагляду:

- Не існує механізмів просування професійної етики та покарання за порушення етичних норм.
- Типи підходів, які використовуються, різняться, деякі з них є науково-доказовими, тоді як інші базуються на застарілих, непідкріплених доказами чи потенційно шкідливих підходах.

Багато надавачів послуг практикують неофіційно та напівлегально:

- Багато психологів та психотерапевтів практикують неофіційно, і лише **невеликий відсоток** практикуючих фахівців з охорони психічного здоров'я **офіційно зареєстровані** в державних структурах.
- Не існує бази даних фахівців та установ з охорони психічного здоров'я, яка була б у вільному доступі.
- Багато приватно практикуючих психологів та психотерапевтів не реєструються, щоб уникнути необхідності платити податки, та багато з них не мають постійного офісу для проведення консультацій, натомість орендуючи приміщення в різних локаціях. Вони можуть рекламувати свої послуги через людей чи соціальні мережі (напр., Facebook).

6. Використання та попит на послуги з охорони психічного здоров'я

6.1. Ставлення до осіб з психічними захворюваннями

Ставлення до осіб з психічними захворюваннями часто може бути негативним та може ще більше відбити в них бажання ділитися своїми проблемами з психічним здоров'ям з іншими та звертатися по допомогу. Ключові інформатори описували різні негативні ставлення, поширені в громаді, що **звинувачує особу**, яка страждає від поширених психічних розладів чи вживає алкоголь (див. Таблицю нижче).

ТАБЛИЦЯ 6.1: СТАВЛЕННЯ ДО ОСІБ З ПСИХІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ, ЗА ОПИСОМ КЛЮЧОВИХ ІНФОРМАТОРІВ

Поширені психічні розлади	Розлад, спричинений вживанням алкоголю
• Розглядається, як щось звичне та тривіальне, "всі через це проходять", "у всіх є проблеми", "тобі потрібно впоратися з цим" • Звинувачують недоліки в характері та особисті слабкості, проблеми з ПЗ називають "забаганками вищого класу в суспільстві", які спричинені браком дисципліни, особу вважають "дефективною", депресію розглядають як "лінощі" • Звернення по допомогу – це прояв слабкості • Брак включення, громада не готова прийняти особу назад після повернення з психіатричної установи	• Брак включення, громада не готова прийняти особу назад після повернення з установи, де лікують від наслідків зловживання психоактивними речовинами • Негативне сприйняття, звичайні люди не розуміють, що алкоголіки – це також люди, вони вважають їх нижчим класом

6.2. Копінг та звернення по допомогу з приводу поширених психічних розладів та розладу, спричиненого вживанням алкоголю

Копінг

Ключових інформаторів, які пройшли лікування з певних проблем з психічним здоров'ям, попросили розповісти про те, як вони намагалися впоратися з цими проблемами в минулому (див. Таблицю нижче). Більшість людей намагалися самостійно дізнатися більше про проблему, читаючи та шукаючи інформацію в інтернеті, кілька осіб звернулися до книг по самодопомозі, деякі з яких базувалися на кращих практиках, тоді як інші містили більш сумнівну інформацію (напр., автори робили обіцянки, які не відповідали науковій літературі). Більшість також описували участь в розслаблюючих видах діяльності та зверненні по допомогу до друзів. Крім того, було виявлено багато негативних стратегій копіngu, таких як самолікування медикаментами та вживання алкоголю.

ТАБЛИЦЯ 6.2: ШЛЯХИ КОПІНГУ З ПРОБЛЕМАМИ З ПЗ, ЯКІ КОРИСТУВАЧІ ПОСЛУГ ВИКОРИСТОВУВАЛИ САМОСТІЙНО, В ТОМУ ЧИСЛІ ПОЗИТИВНІ ТА НЕГАТИВНІ СТРАТЕГІЇ КОПІНГУ

Всі

- Читання книг з самопомоги та літератури з питань ПЗ (напр., позитивна психологія, популярна психологія, мотиваційна література, практики релаксації та дихання)
- Рекреаційні та розслаблюючі види діяльності (напр., спорт, хобі, малювання, плавання, медитація, контакт з природою)
- Спілкування з друзями чи колегами для отримання підтримки (напр., особисто чи через Facebook, групи)
- Молитви та відвідування церкви

Депресія	ПТСР та тривожність	Розлад, спричинений вживанням алкоголю
• Належне харчування (напр., горіхи, зелений чай) • Самолікування медикаментами, такими як антидепресанти (напр., за рекомендацією друга) чи такими, що продаються без рецепту (напр., валеріанка) • Велика кількість і надмірна завантаженість, щоб не думати • Ізоляція від інших та можливість розраховувати лише на себе	• Вживання алкоголю (часто вважається нормальним способом копіngu, суспільство починає вважати вживання алкоголю проблемою, коли це впливає на інших, напр., через насильство) • Вживання наркотиків	• Намагалися контролювати кількість алкоголю • Заперечення, не вважали це залежністю • Перехід до слабоалкогольних напоїв

Джерела інформації про те, де отримати допомогу

Більшість ключових інформаторів повідомили про проведення пошуків інформації в інтернеті чи звернення до друзів та сім'ї по пропозиції, де можна знайти підтримку для вирішення проблем з психічним здоров'ям. Менше осіб повідомили про отримання інформації та перенаправлення від надавачів медичних та соціальних послуг (див. Таблицю нижче). Це відповідає літературі, в якій вказано, що більшість людей в Україні покладаються на **особисті рекомендації та неформальні мережі під час прийняття рішень щодо доступу до медичних послуг**^{163,164}.

ТАБЛИЦЯ 6.3: ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ ПРО ПОШИРЕНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ, РОЗЛАД, СПРИЧИНЕНИЙ ВЖИВАННЯМ АЛКОГОЛЮ, ТА МІСЦЯ, ДЕ МОЖНА ОТРИМАТИ ДОПОМОГУ, ПРО ЯКІ ПОВІДОМИЛИ КОРИСТУВАЧІ ПОСЛУГ З ОХОРОНИ ПЗ

Всі

Засоби масової інформації, інтернет (напр., Facebook, газети та журнали)

Депресія	ПТСР та тривожність	Розлад, спричинений вживанням алкоголю
• Самостійне читання • Друзі, сім'я • Соціальні служби та медичні фахівці, (напр., перенаправлення соціальними службами до безкоштовних психологічних послуг, лікаря в лікарні) • Колеги з подібними проблемами	• Самостійне читання (напр., популярна психологія) • Друзі • Буклети, (напр., від MSF про те, що таке стрес) • Соціальні служби та медичні фахівці (напр., медичні фахівці, соціальні працівники)	• Сім'я • Групи АА – реклами часто висять в громадських місцях та транспорті • Вулична реклама

Звернення по допомогу до формальних та неформальних надавачів послуг

У світі дані показують, що переважна більшість людей, яким потрібна допомога з проблемами з психічним здоров'ям, не отримують її. За підрахунками ВООЗ загальна поширеність психічних розладів становить 20,4%, тоді як лише 4,9% отримують лікування¹⁶⁵. Опитування, проведене в Україні в 2005 році, показує, що 75% респондентів з великим депресивним розладом та суїцидальними нахилами ніколи не зверталися по професійну допомогу¹². Подібним чином, нещодавнє крос-секторальне опитування, проведене в Україні 2016 року серед ВПО з поширеними проблемами з психічним здоров'ям (депресія, тривожність, ПТСР), показало, що лише невелика частина (180 з 703) зверталися по допомогу, що вказує на **прогалину в лікуванні на рівні 75%**⁴⁸.

Дані з використання послуг з охорони психічного здоров'я в Україні також показують, що небагато людей використовують амбулаторні послуги з охорони психічного здоров'я, враховуючи поширеність найбільш чисельних психічних розладів та інших проблем з психічним здоров'ям (див. Таблицю нижче).

ТАБЛИЦЯ 6.4: ЛЮДИ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬ ПОСЛУГИ З ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В 2016 РОЦІ В УКРАЇНІ

	Кількість людей в психіатричних лікарнях	Кількість та % людей, які отримують послуги амбулаторно в психіатричних установах	% людей, які отримують послуги у випадку ПТСР	% людей, які отримували послуги у випадку розладу, спричиненого вживанням алкоголю
Україна	15 566	2 774 700 (6,5%)	0,04%	1,10%
Львівська обл.	873	145 815 (0,34%)	0,02%	1,43%
Полтавська обл.	528	118 288 (0,28%)	0,01%	1,33%
Запорізька обл.	905	105 565 (0,25%)	0,01%	1,08%

Примітка: з початку конфлікту в 2014 році, ПТСР використовується як окрема категорія в статистиці з ПЗ. Окремі дані щодо депресії чи інших тривожних розладів не відслідковуються.

Дані взяті з: Психічне здоров'я населення України. Аналітично-статистичний довідник за 2013-2015 роки.

В нашому оцінюванні була обмежена інформація про цю прогалину в лікуванні, оскільки ми спілкувалися лише з особами з поширеними психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю, які дійсно отримували послуги з охорони психічного здоров'я. Тим не менше, більшість наших ключових інформаторів повідомляли про звернення по допомогу до різних офіційних та неофіційних надавачів послуг до того, як вони отримували необхідну їм підтримку. Особи з поширеними психічними розладами повідомили про звернення по допомогу до державних психіатрів та приватних психологів чи психологів з НУО. Дехто також звертався по допомогу до соціальних служб та священиків. Особи з розладом, спричиненим вживанням алкоголю, часто проводили час в стаціонарному наркологічному диспансері, що було першим етапом звернення по допомогу, та потім зверталися до приватних центрів реабілітації, якщо їх сім'ї могли собі це дозволити.

ТАБЛИЦЯ 6.5: ЗВЕРНЕННЯ ПО ДОПОМОГУ ДО ОФІЦІЙНИХ ТА НЕОФІЦІЙНИХ НАДАВАЧІВ ПОСЛУГ

Депресія	ПТСР та тривожність	Розлад, спричинений вживанням алкоголю
• Психіатр в лікарні в стаціонарному відділенні (якщо тяжка) • Приватний психолог (вартість варіюється від 100 гривень (3,70 доларів США) за сесію в Полтавській області і до 200 – 800 гривень (7,40 – 29 доларів США) в Запорізькій області) • Послуги соціальних служб в кожному місті та безкоштовно (проте існує недовіра до таких послуг) • Священик (часто перший контакт, особливо у Львівській області)	• Державний психіатр (фармакологічне лікування, але часто вважається неефективним) • Приватний психіатр (напр., в лікарні є приватна психотерапевтична практика (200 гривень = 7,4 доларів США за консультацію)) • Безкоштовний психолог з НУО чи університету (напр., УКУ, безкоштовно для ветеранів АТО та ВПО) • Соціальні працівники (напр., в центрах ВПО)	• Наркологічний диспансер та психіатрична лікарня (21 день, стаціонар), для проходження детоксикації, медикаменти, припинення вживання алкоголю • Приватний центр реабілітації (222 долари США на місяць в середньому, варіанти стаціонарного та амбулаторного лікування) пропонує медикаментозне лікування та психосоціальну підтримку, 12-крокова програма, наставництво і державні послуги для інших • Приватний закритий центр реабілітації, стаціонар, лише медикаменти

Ці результати не відповідають результатам дослідження 2016 року щодо звернення по допомогу серед ВПО з поширеними психічними розладами (N=180). Коли вони таки зверталися по допомогу, то приходили на прийом до неврологів (84 особи), фармацевтів (82 особи), психологів в громаді (74 особи), терапевтів/ неврологів в лікарні (73 особи), НУО чи волонтерів в центрі з охорони психічного здоров'я чи для отримання психосоціальної підтримки (72 особи) та сімейних лікарів (67 осіб)⁴⁸.

“В мене довга історія лікування, в мене було дуже багато лікарів, психологів і психотерапевтів. Я відчувала себе “піддослідним кроликом”.

~ Особа, яка вилікувалася від депресії

Національне опитування з питань психічного здоров'я 2002 року показало, що небагато людей зверталося по допомогу з приводу проблем з психічним здоров'ям. Коли вони зверталися по допомогу, то респонденти йшли на прийом до **надавача загальних послуг з охорони здоров'я чи народного цілителя**^{12,117}. Інші літературні джерела також показують, що українці, які звертаються по допомогу, більш ймовірно звернуться до надавача загальних медичних послуг, ніж до спеціалізованого фахівця з охорони психічного здоров'я¹².

“Психологічна допомога є в наявності, але в нас немає пацієнтів.”

~ Соціальний працівник в наркологічному диспансері, Полтавська область

Проте, одне опитування (2010 року) членів громади (Вінниця та Київ) показало, що сімейних лікарів та терапевтів не обирали в якості першого контакту з питань психічного здоров'я і психосоціальних проблем. Лише

32% учасників повідомили, що жінка віком 35 років з психосоціальними проблемами, пов'язаними з роботою, звернеться до сімейного лікаря/терапевта, 7% сказали, що чоловік з суїцидальними нахилами звернеться до сімейного лікаря/терапевта, а 35% сказали, що чоловік віком 52 роки з алкозалежністю звернеться до сімейного лікаря/терапевта.

В цілому, деякі дослідження свідчать про те, що **сімейні лікарі/терапевти є звичною першою контактною особою** для осіб з поширеними психічними розладами та проблемами з вживанням алкоголю, тоді як інші згадують **священиків, народних цілителів, фармацевтів та спеціалізованих фахівців з охорони психічного здоров'я** як звичних контактних осіб. Методи збору даних, географічні регіони та учасники різняться в різних дослідженнях, а дані з самоопитувальників є менш надійними, ніж дані щодо дійсного використання послуг. Незважаючи на це, багато досліджень показують, що особи з поширеними психічними розладами часто звертаються по допомогу до терапевта з приводу симптомів, пов'язаних з психічним здоров'ям (напр., проблеми зі сном, втома, втрата енергії), і тому первинна медична допомога є важливим першим контактом та можливістю для виявлення проблем. Все одно, потрібно враховувати всіх потенційних перших контактерів, щоб забезпечити своєчасне виявлення випадків та надання підтримки.

Позитивний та негативний досвід звернення по допомогу

Під час нашого оцінювання ми також запитали користувачів послуг з охорони психічного здоров'я про їхній позитивний та негативний досвід звернення по допомогу до друзів, колег, офіційних та неофіційних надавачів послуг. Вони описували позитивні стратегії копінгу та отримання підтримки від сім'ї та друзів, а також науково-доказові психологічні

інтервенції (напр., КПТ, інтервенції на основі самоусвідомленості) як такі, що допомогли їм. Особи з розладом, спричиненим вживанням алкоголю, мали позитивний досвід звернення до приватних центрів реабілітації та груп АА.

Всі ключові інформатори також описували негативний досвід, такий як брак розуміння та підтримки від друзів та сім'ї, отримання лише медикаментів (напр., від психіатрів, наркологів), чого було недостатньо, щоб допомогти їм, та звернення до психологів чи психотерапевтів для участі в інтервенції, яка не допомогла їм чи змусила їх почуватися гірше. Особи з розладом, спричиненим вживанням алкоголю, також описували негативний досвід звернення до державних наркологічних стаціонарних відділень та закритих приватних центрів реабілітації, де надавалося лише медикаментозне лікування, але не приділялася увага їхньому психологічному благополуччю та не надавалася підтримка в процесі одужання.

“Надання підтримки ускладняється браком знань про природу розладу, мої батьки задовольняли мої базові потреби, але не знали, як надати мені емоційну підтримку”.

~ Особа, яка вилікувалася від депресії

“Група підтримки за принципом рівний рівному дуже допомогла, тому що сім'я не може знати, що ти відчуваєш, чи зрозуміти твій біль”.

~ Особа, яка вилікувалася від розладу, спричиненого вживанням алкоголю

“Кожного разу як я зустрічаю людей в складних життєвих обставинах, я кажу їм подивитися на мене, якою я була, і якою я стала! Все це завдяки психотерапевту”.

~ Особа, яка вилікувалася від депресії, Львів

ТАБЛИЦЯ 6.6: ПОЗИТИВНИЙ ДОСВІД З ПІДТРИМКОЮ ТА ПОСЛУГАМИ, ЯКІ ДОПОМОГЛИ ОДУЖАТИ ВІД ПСИХІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ТА РОЗЛАДУ, СПРИЧИНЕНОГО ВЖИВАННЯМ АЛКОГОЛЮ

Депресія	ПТСР та тривожність	Розлад, спричинений вживанням алкоголю
- Література з питань ПЗ та самодопомога (напр., книжки з популярної психології з України та інших країн) - Техніки медитації та релаксації - Рефлексивна діяльність (напр. читання, арт-заходи) - Підтримка друзів (напр., вони допомагають, якщо вони в такій самій ситуації (ВПО) – тоді вони розуміють, що Ви відчуваєте та підтримують Вас) - Групи підтримки за принципом рівний рівному - Індивідуальні консультації психотерапевта (КПТ, самоусвідомленість, медитація, домашнє завдання)	- Техніки медитації та релаксації - Читання - Участь в сімейних заходах (напр., в моєї доньки було весілля, і вона залучила мене до процесу організації, що допомогло мені відчути себе корисною) - Підтримка сім'ї, не лишатися на самоті - Зайнятість та робота - Психоедукація (напр., дізнатися більше про природу проблем) - Індивідуальні фахівці - Консультації психотерапевта - Соціальний працівник (НУО; УКУ) на додачу до психотерапевтичної допомоги з приводу інших проблем зі здоров'ям та можливо група підтримки за принципом рівний рівному і навчання	- Позитивні рекреаційні та соціальні заходи (напр., подорожі, походи, спорт, особисті роздуми та "усвідомлення того, що життя в тверезості можливе") - Наявність щоденної рутини та графіку діяльності кожного дня "Жорстоке, але з любов'ю" ставлення від сім'ї, припинилася фінансова підтримка від сім'ї та друзів, сім'я зрозуміла, що підтримка лише погіршує стан речей - Сім'я відвідує сімейні групи АА, (напр., мати почала ходити в групу до ко-залежних) - АА, 12-крокова програма - Підтримка за принципом рівний рівному, проживання з іншими алкозалежними, які проходять лікування, що посилює відчуття відповідальності, АА та спілкування з особами з таким самим досвідом - Приватний центр реабілітації Дорога, психосоціальна підтримка, домашнє завдання, наставництво та державні послуги для інших - Індивідуальне психологічне консультування

НЕГАТИВНИЙ ДОСВІД З ПІДТРИМКОЮ ТА ПОСЛУГАМИ, ЯКІ УСКЛАДНИЛИ ПРОЦЕС ВИДУЖУВАННЯ

Депресія	ПТСР та тривожність	Розлад, спричинений вживанням алкоголю
- Брак емоційної підтримки від сім'ї (напр., батьки тільки задовольняють базові потреби/практичну підтримку) - Брак обізнаності серед членів сім'ї про природу розладу - Прийом в багатьох різних надавачів послуг (напр., лікарів, психологів, психотерапевтів) з різними підходами, але без будь-якого результату - Прийом в психіатра лише для отримання медикаментів (напр., психіатр був непоганим, але його лікування було лише медикаментозним, воно трохи допомогло, але мої думки не змінилися)	- Брак емоційної підтримки від сім'ї (напр., батьки задовольняли лише базові потреби/практичну підтримку) - Брак обізнаності та розуміння серед членів сім'ї та друзів (напр., сім'я не розуміла, що відбувається, чи яку підтримку надати, друзі давали поради, але вони були не релевантними для мене) - Після прийому в психолога стало гірше (напр., мій перший досвід з психологом не був успішним. Вона – колега і хороша людина, але не змогла допомогти мені, це була гештальт терапія, після кількох сесій мені стало гірше, ніж було до цього)	- Наркологічний диспансер та психіатрична лікарня видавали лише медикаменти, ніяких психотерапевтичних інтервенцій чи подальшого контролю (напр., почав пити алкоголь в той же день, коли вийшов з диспансеру) - Закритий центр реабілітації мав погану репутацію та не пропонував ніяких інтервенцій

6.3. Перешкоди для отримання допомоги

В результаті аналізу літератури та нашого дослідження було виявлено кілька перешкод для отримання допомоги у сфері охорони психічного здоров'я, в тому числі історичні корені охорони психічного здоров'я, перешкоди в системі охорони здоров'я та брак знань чи стигматизація (також див. Таблицю 6.7):

“Пацієнт не звертався по допомогу впродовж п'яти років, тому що він боявся”.

~ Надавач послуг з охорони психічного здоров'я,
Полтава

Психіатрія як покарання. Впродовж останніх років радянської влади в 1960-1970-х роках, коли режим не хотів відкрито осуджувати людей за дії, спрямовані проти радянського режиму, психіатрія стала ключовим інструментом політичних репресій. Політичним та релігійним дисидентам ставили діагноз шизофренія, та вони страждали

від жорстокого ставлення та тортур в психіатричних установах. Хоча цю практику припинили після здобуття країною незалежності, неспокійне минуле психіатрії і її репутація як механізму репресій все ще нависають над сферою охорони психічного здоров'я.

І справді, ключові інформатори розповідали, що психіатрію бачать як систему покарання, а рекомендація звернутися по психіатричну допомогу розглядається деякими людьми, в тому числі ветеранами, як покарання.

“Нам потрібна регулярна анонімна допомога психолога, тому що ми боїмося того, що скажуть сусіди”.

~ Користувач послуг з охорони психічного
здоров'я

Стигматизація та сором. Беручи до уваги історію використання психіатричного лікування в Радянському Союзі в якості покарання, існуюча стигматизація, пов'язана зі стаціонарним лікуванням, часто описувалася в літературі і далі впливає на готовність українців звертатися по лікування в сфері охорони психічного здоров'я¹².

Стигматизація та сором описувалися як перешкоди в

нашому оцінюванні, і кілька ключових інформаторів стверджували, що їм було б соромно звертатися по допомогу, і що вони б хотіли отримувати допомогу анонімно.

Страх отримання запису в особистій справі. Багато ключових інформаторів розповідали, що вони занепокоєні через отримання запису в особистій справі, що вони психічно хворі, страждають від розладу, спричиненого вживанням психоактивних речовин, чи звертаються по психіатричне лікування. Вони також хвилюються через обмеження щодо працевлаштування та, як наслідок, дискримінацію. Особи з розладом, спричиненим вживанням алкоголю, занепокоєні через те, що їх **зареєструють як алкозалежних**, якщо вони звернуться за безкоштовним лікуванням до державного наркологічного диспансеру, що вони можуть втратити водійські права та, в результаті, зазнають впливу інших обмежень щодо працевлаштування. Вони стверджували, що можна пройти лікування (напр., звернувшись до лікаря в державному наркологічному диспансері та психіатричній лікарні) **без отримання запису в особистій справі, якщо вони дадуть хабар**. Проте, це дороге, і анонімне лікування також дороге.

Брак розуміння та обізнаності. Відповідно до літературних джерел, наше оцінювання показало, що існує проблема з браком розуміння та обізнаності про психічні розлади та шляхи звернення по допомогу. Громада часто не знає різницю між психологією та психіатрією стосовно методів та підходів до лікування. Психосоціальна підтримка – це відносно нове поняття, яке не завжди дуже добре розуміють¹⁶⁶. Часто люди не бачать різниці між серйозними та поширеними психічними розладами, і багато хто вважає, що завжди потрібна госпіталізація.

Брак довіри та негативний досвід звернення до надавачів послуг. В цілому, спостерігається брак довіри до системи охорони здоров'я в Україні. Попередні дослідження та наше оцінювання показують, що члени громади часто не мають позитивного досвіду звернення по допомогу до наявних фахівців (психіатрів)¹⁶⁷. Одне дослідження показує, що ВПО та ветерани з Запоріжжя стверджували, що вони б зверталися по послуги з охорони психічного здоров'я, якби вони відчували компетентність фахівців, і що вони можуть довіряти їм¹⁶⁷. Подібним чином, наше оцінювання показало, що люди не довіряють державній системі охорони здоров'я та кваліфікації фахівців з охорони психічного здоров'я. Кілька ключових інформаторів також розповідали, що вони чули про негативний досвід інших щодо звернення до надавачів послуг чи самі мали такий досвід.

ТАБЛИЦЯ 6.7: ПЕРЕШКОДИ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ ПО ДОПОМОГУ У СФЕРІ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я, ЯКІ ПЕРЕРАХУВАЛИ КЛЮЧОВІ ІНФОРМАТОРИ

Категорії перешкод	Депресія	Розлад, спричинений вживанням алкоголю
Психіатрія як покарання та щось, що лякає	- Психіатрію вважають покаранням - Психіатрія закрита та непрозора - Люди дуже бояться психіатричних лікарень, особливо в сільських районах	
Стигматизація та сором	- Депресію не вважають тяжким розладом - Про ПТСР не говорять в армії	- Відчуття сорому, важко попросити про допомогу, навіть якщо вона є в наявності - Відстороненість осіб з розладом, спричиненим вживанням алкоголю, вони не діляться своїм досвідом
Страх отримання запису в особисту справу щодо діагнозу, пов'язаного з проблемою з ПЗ	Страх дискримінації	- Страх реєстрації як алкозалежного та дискримінації - Люди намагаються уникнути отримання офіційного діагнозу
Брак обізнаності та інформації	Брак інформації про варіанти лікування	

Категорії перешкод	Депресія	Розлад, спричинений вживанням алкоголю
Брак довіри	- Державній системі охорони здоров'я не довіряють, її вважають корумпованою та неефективною - Якості фахівців з ПЗ не довіряють (напр., ніколи не знаєш, якого психолога зустрінеш, і чи він зможе допомогти) - В соціальних службах психологи працюють безкоштовно, але якість їхньої роботи не вважається високою - Поширене переконання про неправильний діагноз та некомпетентність в державних установах спричиняє ще більший брак довіри та знеохочує людей звертатися по допомогу	Різна якість центрів реабілітації Відсутність державної єдиної програми сертифікації ускладнює процес підтвердження ефективності лікування
Негативний попередній досвід	Чули чи мали негативний досвід з психіатрами чи психологами, в результаті чого допомогу не отримали	
Висока вартість лікування	- Висока вартість медикаментів, багато сільських жителів не можуть собі дозволити придбати виписані медикаменти - Висока вартість приватного терапевта та відсутність гарантії, що це допоможе	Висока вартість лікування в приватному центрі реабілітації (222 долари США) за місяць
Географічний досвід та відстань від надавачів послуг	- Складність з отриманням доступу до державних та приватних установ з охорони психічного здоров'я, програм та фахівців з охорони ПЗ, особливо в сільських районах та для ВПО, так як вони часто доступні лише в обласних центрах та великих містах - Дорога може бути виснажливою, складно дістатися особам фізично та фінансово - Недостатня кількість персоналу (напр., психіатрів, соціальних працівників) в сільських районах (як тих, так і тих) - Лікування ПТСР недоступне в армії - Брак сільських аптек спричиняє складність з отримання виписаних медикаментів, особливо для осіб з обмеженою мобільністю	- Групи АА є у всіх містах, але приватні центри реабілітації та державні наркологічні диспансери є лише в великих містах - Важко доставити пацієнтів в сільських районах у випадку алкогольного делірію

Висока вартість лікування. Як вказано

в попередній частині про психотропні медикаменти, висока вартість виписаних медикаментів часто може бути перешкодою. Хоча антидепресанти-дженерики зі списку основних медикаментів ВООЗ (флуоксетин та амітриптилін) є відносно доступними, багатьом пацієнтам виписують чи рекомендують (напр., друзі) більш дорогі медикаменти.

Подібним чином, лікування приватними лікарями чи в приватних центрах реабілітації може мати високу вартість. В дослідженні дорослих ВПО з поширеними психічними розладами в Україні, що проводилося в 2016 році, середні витрати респондентів на лікування **складали 107 доларів США впродовж останніх 12 місяців**, тоді як всі респонденти платили за медикаменти, і середня вартість **медикаментів впродовж останніх 12 місяців становила 109 доларів США**⁴⁴. Для розуміння контексту, варто вказати, що середня місячна заробітна плата в Україні протягом цього 12-місячного періоду складала 193 долари США⁴⁵.

“Існує проблема з доступом до послуг з охорони психічного здоров’я в невеликих містах – немає психіатра, та ніхто не може його замінити. Є лише один невролог, але і той алкоголік.”

~ Львів. Користувач послуг – ПТСР

Обмежений географічний доступ. Географічний доступ виявився перешкодою, особливо в сільських районах, де не вистачає фахівців з охорони психічного здоров’я.

В цілому, наші результати відповідають результатам дослідження ВПО з поширеними психічними розладами, яке показало, що до найбільш поширених причин не звернення по допомогу належать: віра, що людям може стати краще, вживаючи **власні медикаменти**, які в них вже є, висока вартість послуг з охорони здоров’я та медикаментів, **незнання** того, куди можна звернутися по допомогу, **брак розуміння серед надавачів послуг з охорони здоров’я, низька якість послуг та стигматизація/сором**⁴⁴.

В цілому, наші інтерв’ю з ключовими інформаторами, а саме особами, які лікуються від поширених психічних розладів та розладу, спричиненого вживанням алкоголю, показали, що особи, які найбільш успішно отримували ефективне лікування, мали **підтримуючу сім’ю чи друзів**, які заохочували їх проходити лікування, **жили в великому місті**, де вони могли отримати доступ до високоякісних програм чи **відповідали критеріям для отримання безкоштовного доступу до** програм, що реалізуються за підтримки НУО, (напр., ВПО, ветерани), були **зацікавленими та мали можливість знайти інформацію** про психічні розлади та розлад, спричинений вживанням алкоголю (напр., доступ до інтернету). Ймовірно, багато людей без цих можливостей лишаться без доступу до лікування.

Відмінності в тенденціях щодо звернення по допомогу

Як вже згадувалося, недостатньо уваги приділяється наданню **індивідуальних послуг з охорони психічного здоров'я** у спосіб, який враховував би **конкретні потреби** різних сегментів населення¹¹¹.

Регіони. Дослідження в Україні свідчать, що відмінності в потребах з охорони психічного здоров'я та звернення по допомогу залежать від різних факторів, в тому числі місця розташування (напр., проживання на Сході)^{12,50}. Також на відмінності можуть впливати доступність ресурсів, культурні відмінності чи близьке розташування до інших частин Європи тощо.

Вік. Кілька ключових інформаторів, в тому числі надавачів послуг, відзначали, що **молодші люди частіше звертаються по послуги з охорони психічного здоров'я**, ніж старші особи. Це частково пояснюється історією психіатрії в Україні, яка була репресивною, про що чітко пам'ятає старше покоління. Також, можливо, молодші особи мають більше можливостей для отримання інформації про психічне здоров'я та наявні послуги (напр., в інтернеті, через соціальні мережі). Дані спільного проекту ІМС з радіостанцією в Україні, яка висвітлювала теми, пов'язані з психічним здоров'ям, показують, що старші особи більш ймовірно буду слухати радіопрограми, тоді як молодші особи більш ймовірно будуть слухати радіопрограми та подкасти онлайн.

Сільські райони. Ключові інформатори також припускали, що особи в сільських районах більш схильні довіряти та розповідати про свої проблеми іншим членам своєї громади та не завжди мають доступ до послуг в більших містах чи нормально реагують на мобільні команди, які складаються з чужинців. Це дає цінну можливість особам, які проживають чи працюють в селі, наприклад, священикам і соціальним працівникам, стати першими контактними особами для надання базової підтримки і налаштування зв'язків з надавачами більш спеціалізованих послуг, коли потрібно.

Ветерани та військовослужбовці. Результати нашого дослідження відповідають результатам кількох інших досліджень, які показали низький рівень використання послуг, особливо серед чоловіків та військовослужбовців. Солдати та ветерани не хочуть, щоб їх вважали слабкими через звернення для отримання послуг та розмови з терапевтами. В той же час, ветерани повідомляли, що послуги з охорони психічного здоров'я були недоступними, чи вони не довіряють якості послуг, які надаються військовими психологами. Ключові інформатори також повідомляли, що, на думку ветеранів, психологи, які ніколи не служили в армії, не зможуть їх зрозуміти. Підсумковий звіт щодо соціоекономічного впливу внутрішнього переміщення та повернення ветеранів показує, що близько **однієї четвертої всіх ветеранів зверталися по якесь психологічне консультування, але більшості така підтримка видалася недоречною** та низькоякісною. Опитування також описало кілька причин, які не давали ветеранам отримати психосоціальну підтримку, серед яких були наступні: брак професійних психологів (47% всіх опитаних ветеранів), незадоволеність якістю роботи психологів, відсутність доступу до того типу підходу до консультування, який вони шукали (тобто вирішення проблем в сім'ї, з партнером чи консультування для батьків). Стигматизація, яка унеможливорює отримання доступу до психосоціальних послуг, була

названа близько 29% опитаних ветеранів¹⁶⁸. Результати нашого оцінювання свідчать, що **сім'ї ветеранів** часто намагалися переконати їх звернутися по допомогу з приводу проблем з психічним здоров'ям чи вживанням алкоголю. Коли ветеранів запитали, який вид підтримки з питань психічного здоров'я вони б хотіли отримати, вони сказали, що їм більш зручно **ділитися проблемами з колегами**, які також служили в армії, звертатися по послуги до центрів, які надають багато послуг (напр., пов'язаних з освітою, інформацією, правовою підтримкою, а не лише психічним здоров'ям), та розмовляти з надавачами послуг з охорони психічного здоров'я, які є **компетентними**, професійними та поважають конфіденційність. Згідно з результатами нашого оцінювання, програми, які сприяють розбудові довіри та стосунків з ветеранами шляхом залучення громади, сім'ї, а також за допомогою соціальних заходів та екскурсій, є більш успішними щодо заохочення ветеранів для звернення по більш спеціалізовану допомогу.

7. Вирішення проблеми з поширеними психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю: вплив, витрати на збільшення масштабу та дохід від інвестицій

7.1. Вступ та методи

Медичні та економічні витрати, пов'язані з поширеними психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю, є суттєвими (також див. Розділ 2). З точки зору громадського здоров'я, корисно підрахувати вплив, а також **вигоди та витрати від збільшення масштабу лікування,** що може надати релевантну інформацію для отримання більших інвестицій в майбутньому. Тому, це оцінювання передбачало проведення аналізу вторинних даних та використання інструменту OneHealth з метою підрахунку впливу, вартості збільшення масштабу та доходів від інвестицій в лікування поширених психічних розладів та розладу, спричиненого вживанням алкоголю. Ці результати разом з іншими результатами оцінювання допоможуть розробити рекомендації, в тому числі щодо пріоритизації та виділенні ресурсів на психічне здоров'я.

До економічних та соціальних вигод кращого психічного здоров'я належать як його справжня цінність (покращений стан благополуччя), так і його цінність з точки зору його якостей, як інструменту задоволення потреб, щодо можливості формувати та підтримувати стосунки, вчитися, працювати чи займатися хобі та ухвалювати рішення в повсякденному житті. Таким чином, можливі переваги включають (а) **вплив на здоров'я,** що стосується покращення стану здоров'я та/чи функціонального статусу цільового населення; (b) **соціальний вплив,** враховуючи покращення соціального функціонування чи участі; та (c) **фінансовий вплив,** враховуючи, що інтервенції можуть дозволити бенефіціарам інтервенцій повернутися до роботи, працювати більш продуктивно чи покращити їхню фінансову ситуацію.

Оцінювання цих вигод – для встановлення зв'язку між ними та інвестиційними коштами з метою визначення коефіцієнта окупності капіталовкладень – може досягатися шляхом підрахунку поточних та майбутніх рівнів психічної захворюваності та покриття населення ефективними інтервенціями, а також потім визначення економічного впливу покращеного стану психічного здоров'я, особливо рівня участі на ринку праці та продуктивності¹⁶⁹.

Аналіз доходу від інвестицій складається з двох компонентів: вартість реалізації програми та грошова оцінка подальших вигод. Ці грошові та економічні вигоди використовуються для підрахунку доходу від інвестицій з використанням наступної формули:

Дохід від інвестицій = (Покращена продуктивність + Благополуччя + Генерування доходу) – Витрати на інтервенцію / Витрати на інтервенцію.

7.2. Оцінювання впливу на здоров'я

Використані інструменти

Нещодавно розроблений модуль з охорони психічного здоров'я з використанням **інструменту OneHealth (ОНТ), який прийнятий в організаціях ООН**, було використано для підрахунку кількості осіб з психічними та поведінковими розладами в Україні. OneHealth – це інструмент програмного забезпечення, який було розроблено ВООЗ та іншими агентствами ООН з метою підсилення аналізу системи охорони здоров'я, сценаріїв витрат та фінансування на рівні країни (<http://www.who.int/choice/onehealth-tool>). ОНТ використовувався в попередніх дослідженнях доходу від інвестицій, а саме глобальному аналізу доходу від інвестицій, що проводився Чізхольмом та іншими (2013) щодо депресії та тривожного розладу¹⁶⁹. Підрахунки базуються на ймовірних показниках щодо населення, запропонованих ООН, та останніх підрахунках Глобального тягара захворюваності, як показано вище. Ми також використовували ОНТ для підрахунку очікуваної кількості випадків протягом наступних 13 років до 2030 року, що відповідає часовим рамкам Національної концепції з охорони психічного здоров'я в Україні.

Змодельовані інтервенції

Аналіз інтервенцій був обмежений лікуванням, оскільки наукові докази щодо попередження психічних розладів є відносно слабкими та на даний момент не можуть бути узагальненими для країн з низьким та середнім рівнем доходів. Відповідно до Керівництва ВООЗ з інтервенції mhGAP (ВООЗ, 2010), до змодельованих інтервенцій належать базове психосоціальне лікування несерйозних випадків і/або базове, або більш інтенсивне психосоціальне лікування плюс медикаменти для випадків середньої та сильної тяжкості. Випадки депресії середньої та сильної тяжкості було поділено на випадки першого епізоду та періодичні епізоди (для персоналу, який надає інтервенції, див. аркуш Excel (напр., лікарі первинної медичної допомоги, медичні сестри, громадські медичні працівники, психологи, соціальні працівники тощо)).

Вплив лікування на здоров'я

Вплив лікування поширених психічних розладів на здоров'я виражався, перш за все, з точки зору пропорційного покращення рівня ремісії – еквівалент зменшення тривалості епізоду захворювання – та середнього рівня інвалідності чи функціонування:

- *Тривожні розлади*: рівень ремісії після лікування покращується на 60% (від 7,5% до 12% випадків) та рівень інвалідності покращується на 12-17%.
- *Депресія*: рівень ремісії підвищується на 25-35% (залежно від інтенсивності інтервенції), а рівень інвалідності покращується на 6,5-14%.

У випадку більш тяжких психічних розладів вплив інтервенції на здоров'я було змодельовано з використанням середнього рівня інвалідності чи функціонування (покращення на 22-38% до коригування через порушення режиму лікування). Ці підрахунки величини ефекту було скориговано (на зменшення) на 30% для врахування очікуваного рівня порушення режиму лікування населенням, що проходить лікування. Так, наприклад, базове лікування несерйозних випадків депресії підвищує рівень ремісії на 25% чи 18% після врахування можливого порушення режиму лікування; це еквівалентно зменшенню середньої тривалості епізоду з 7 до 6 місяців. Вплив інтервенції був обмежений роком, протягом якого його було досягнуто; тобто лікування не динамічно змінює рівень захворюваності протягом майбутніх років. У випадку підтримуючого лікування епізодичної депресії було змодельовано зменшення рівня епізодичності на 40%.

Для всіх інтервенцій підсумкові вимірювання покращення стану здоров'я населення були **випадками, коли захворювання було попереджено, а кількість років здорового життя – підвищена**. Роки здорового життя підраховуються з посиланням на життєві таблиці конкретної країни, які вже вбудовано в модель ОНТ, та відображають час, проведений населенням з певним станом здоров'я та відомим рівнем інвалідності.

Для розладів, спричинених вживанням алкоголю, на які страждають всі особи, що споживають алкоголь в небезпечній та шкідливій кількості (не лише алкозалежні), було враховано коротку психосоціальну інтервенцію плюс наступні стратегії на рівні населення:

- збільшення акцизних зборів на алкогольні напої;
- запровадження заборон чи комплексних обмежень щодо реклами, просування та спонсорства алкоголю;
- запровадження обмежень щодо фізичної доступності алкоголю в роздрібній торгівлі; та
- запровадження законів про водіння в нетверезому стані та лімітів концентрації алкоголю в крові; та для осіб з шкідливим та небезпечним вживанням алкоголю.

Вживання алкоголю – це фактор ризику для багатьох захворювань та травм. Відносні ризику для кожної категорії захворювань та травм, за статевим признаком було помножено на поширеність шкідливого та небезпечного вживання алкоголю для формування часток, що відповідають населенню (PAFs).

Моделювання збільшення масштабу інтервенції

Вплив на здоров'я та вартість збільшення масштабу інтервенції було змодельовано впродовж 13-річного періоду у відповідності з нещодавно запропонованим Планом охорони психічного здоров'я в Україні, що припускає лінійне збільшення покриття послуг для ряду поширених та більш тяжких психічних розладів. Початкові та цільові рівні покриття на 2017 рік та 2030 рік показані в таблиці нижче.

ТАБЛИЦЯ 7.1: ПОЧАТКОВИЙ ТА ЦІЛЬОВИЙ РІВНІ ПОКРИТТЯ ДЛЯ ОБРАНИХ ПРІОРИТЕТНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Покриття інтервенції	Початкове покриття (2017)	Цільове покриття (2030)	Абсолютне збільшення
Психоз			
Базове психосоціальне лікування та антипсихотичні медикаменти	20%	50%	30%
Інтенсивне психосоціальне лікування та антипсихотичні медикаменти	5%	20%	15%
Біполярний розлад			
Базове психосоціальне лікування та медикаменти для стабілізації настрою	20%	50%	30%
Інтенсивне психосоціальне лікування та медикаменти для стабілізації настрою	5%	20%	15%
Депресія			
Базове психосоціальне лікування для несерйозних випадків	5%	20%	15%
Базове психосоціальне лікування та антидепресанти для першого епізоду випадків середньої та сильної тяжкості	10%	30%	15%
Інтенсивне психосоціальне лікування та антидепресанти для першого епізоду випадків середньої та сильної тяжкості	5%	20%	15%
Інтенсивне психосоціальне лікування та антидепресанти для повторних випадків середньої та сильної тяжкості, які трапляються на епізодичній основі	5%	20%	15%
Інтенсивне психосоціальне лікування та антидепресанти для повторних випадків середньої та сильної тяжкості, які трапляються на постійній основі	1%	20%	19%
Тривожні розлади (в тому числі ПТСР)			
Базове психосоціальне лікування несерйозних випадків	5%	20%	15%
Базове психосоціальне лікування та антидепресанти для випадків середньої та сильної тяжкості	10%	30%	20%
Інтенсивне психосоціальне лікування та антидепресанти для випадків середньої та сильної тяжкості	5%	20%	15%
Розлади, спричинені вживанням алкоголю (в тому числі шкідливе та небезпечне вживання)			
Коротке психосоціальне лікування	5%	50%	45%
Стратегії попередження вживання алкоголю на рівні населення (рівень повної реалізації)	20%	100%	80%

7.3. Оцінювання витрат

Витрати на лікування взяті з попередніх досліджень раціональності витрат і профілів необхідних витрат, отриманих з існуючих рекомендацій щодо лікування та інструментів для підрахунку витрат. Ключові категорії використання ресурсів включають медикаменти, амбулаторне лікування, первинну медичну допомогу, стаціонарне лікування та програмні ресурси, до яких належать програмне управління та адміністрування, а також навчання та супервізія. Підрахунки програмних витрат були взяті з інструменту для підрахунку витрат програми mhGAP.

Витрати на стаціонарне та амбулаторне лікування відповідно до конкретної програми були взяті з WHO-CHOICE (http://www.who.int/choice/country/country_specific), скоригованої до рівня цін 2013 року. Очікувані витрати на амбулаторний прийом в Україні (для 2013 року) становлять 7,23 доларів США, а витрати на день стаціонарного лікування становлять 41,05 долара США. Витрати на антидепресанти базуються на середній ціні флуоксетину масового виробництва, опублікованого в Рекомендаціях щодо показників міжнародних цін на медикаменти, скоригованих на збільшення з врахуванням вартості транспорту та розповсюдження. Загальні витрати протягом даного року в країні отримуються шляхом множення потреб в використанні ресурсів на відповідні витрати для отримання витрат на один випадок, який потім множать на загальну кількість випадків, які за очікуваннями отримають певну інтервенцію (поширеність помножена на кількість населення з потребою, помноженою на покриття).

7.4. Результати

Кількість осіб з психічними розладами, з якими було встановлено контакт

Очікується, що збільшення масштабу надання послуг з охорони психічного здоров'я з поточного рівня до цільового рівня покриття впродовж періоду з 2017 року по 2030 рік призведе **до того, що кількість осіб з тяжкими та поширеними психічними розладами, з якими буде встановлено контакт, збільшиться втричі** (з 345 000 випадків до 941 000 випадків за підрахунками). Крім того, збільшення масштабу проведення коротких інтервенцій для осіб з **загрозливим та шкідливим вживанням алкоголю до 50% осіб означає, що майже п'ять мільйонів цих осіб отримають допомогу до 2030 року**. Дані щодо поширених психічних розладів та розладу, спричиненого вживанням алкоголю, вказані в Таблиці нижче.

ТАБЛИЦЯ 7.2: ВИПАДКИ, ЯКІ РОЗГЛЯДАЛИСЯ В РЕЗУЛЬТАТІ ЗБІЛЬШЕННЯ МАСШТАБУ НАДАННЯ ПОСЛУГ ДЛЯ ПОШИРЕНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ТА РОЗЛАДУ, СПРИЧИНЕНОГО ВЖИВАННЯМ АЛКОГОЛЮ

Розглянуті випадки	Депресія	Тривожність	Розлад, спричинений вживанням алкоголю
Початковий рівень (2017)	90,208	99,325	511,845
до 2030 року:	271,040	290,739	4,677,900

Вплив на здоров'я: здобуті роки здорового життя

Рисунок нижче відображає загальний обсяг здоров'я набутого населенням за період 2017-2030 років. Вплив збільшення масштабів лікування психічних розладів на здоров'я є спершу незначним, відображаючи невелике збільшення покриття, але збільшується з часом до 90 000 років здорового життя, які буде відновлено в 2030 році. Враховуючи високу поширеність шкідливого та загрозового вживання алкоголю, **вплив збільшення масштабу стратегій з контролю вживання алкоголю на здоров'я є набагато більш суттєвим**, досягаючи показника в понад 500 000 років здорового життя, здобутих до 2030 року. За весь період в цілому, сумарна кількість років здорового життя, здобутих шляхом збільшення масштабу всіх змодельованих інтервенцій, становитиме 4,7 мільйона.

Рисунок 7.1



Рисунок 7.2

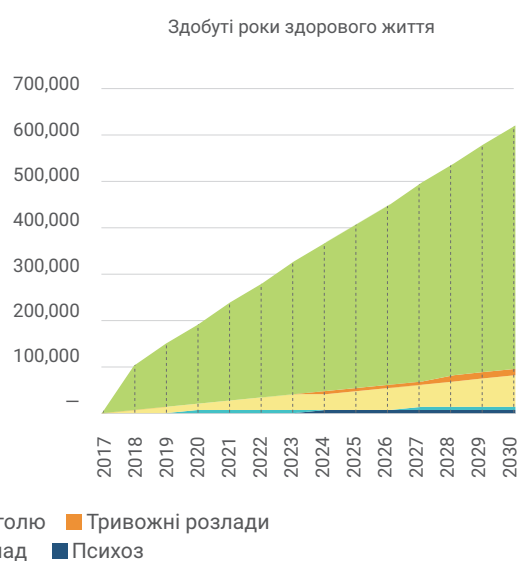


Рисунок 7.3

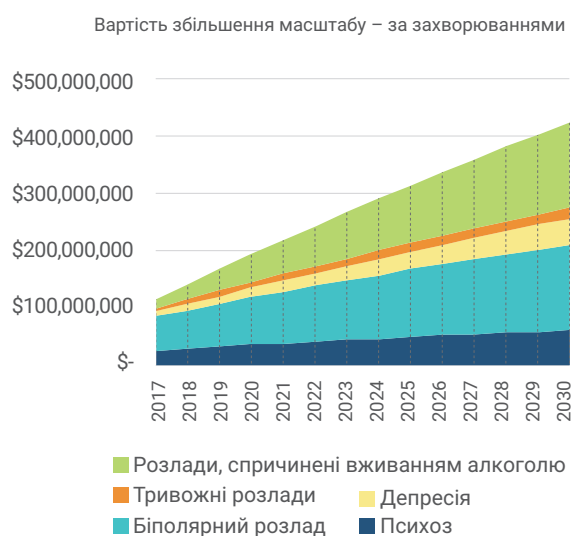


Рисунок 7.4



Вартість збільшення масштабу

Загальну вартість збільшення масштабу (в доларах США) показано на Рисунку вище, як за розладами, так і за категорією витрат; загальна вартість, пов'язана з підрахунком початковим рівнем покриття в 2017 році, сягає 123 мільйони доларів США (близько половина з яких йдуть на стаціонарне лікування), та вона збільшиться до 400 мільйонів доларів США в 2030 році. Захворюванням, яке відповідає за найбільшу кількість витрат із загальної вартості, є біполярний розлад; ці витрати обумовлюються відносно високою вартістю антидепресантів-генериків та антипсихотичних медикаментів, а також суттєвими очікуваними витратами на стаціонарне лікування. Збільшення масштабу впровадження коротких інтервенцій для розладів, спричинених вживанням алкоголю, також відповідає за значну частину витрат великої кількості осіб. Стаціонарне лікування відповідає за найбільшу частину витрат. Витрати на душу населення відповідно збільшуються з 2,80 доларів США до 10,90 доларів США.

Загальні витрати на охорону здоров'я в Україні становлять лише понад 7% ВВП (еквівалентно 203 долларам США на душу населення в 2014 році), та 2,5% з цієї суми витрачається за підрахунками на охорону психічного здоров'я, що дорівнює приблизно 5 долларам США на душу населення. Близько **100% збільшення витрат на охорону психічного здоров'я з державного бюджету** знадобиться для досягнення цільових рівнів покриття, особливо якщо врахувати необхідність захистити осіб з психічними розладами від особистих витрат на медикаменти, аналізи та приватні консультації, які можуть потенційно виснажити їхній бюджет.

7.5. Аналіз доходу від інвестицій

Особи з поширеними психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю, страждають від порушення функціонування та симптомів (напр., втома, нервозність, інтоксикація алкоголем), які ускладнюють процес оптимального функціонування, пошуку можливостей для працевлаштування чи отримання роботи. І справді, дослідження показують, що психічні захворювання впливають не лише на здоров'я та благополуччя постраждалих осіб та їхній сімей, а й мають суттєві економічні наслідки для роботодавців та уряду в результаті зменшення продуктивності на роботі, зменшення рівня участі в робочому процесі, зниженні доходів від податків та збільшенні соціальних виплат¹⁶⁹.

В 2010 році в світі, за підрахунками, 2,5-8,5 трильйонів доларів США втраченої продуктивності припадало на психічні, неврологічні розлади та розлади, спричинені вживанням алкоголю (сума залежить від методу оцінювання, який використовується). Очікується, що ця сума майже подвоїться до 2030 року без суттєвих інвестицій в лікування психічних розладів¹⁶⁹.

Вигоди від інтервенцій у сфері охорони психічного здоров'я та їх зв'язок з витратами на інвестиції, що потрібні для визначення рівня доходу, можуть оцінюватися шляхом підрахунку поточного та майбутнього рівнів психічних захворювань – здоров'я та покриття населення ефективними інтервенціями; потім потрібно визначити економічний вплив покращеного стану психічного здоров'я, особливо на рівень участі на ринку

праці та продуктивність. Використовуючи релевантні методи, можна визначити істинну цінність покращеного стану психічного здоров'я в грошових показниках, хоча ці вигоди не стосуються реальної (яку можна вимірювати) економіки. На основі методів та результатів нещодавнього глобального аналізу доходів від інвестицій з 36 великих країн з різних куточків світу¹⁶⁹, можна **визначити як економічний вплив втраченої продуктивності через поширені психічні розлади** (депресія та тривожні розлади), так і **грошову цінність та внутрішній дохід від інвестицій, що вкладаються в більш продуктивне лікування в Україні**. На даний момент немає наявності даних для оцінювання впливів тяжких психічних розладів та розладів, спричинених вживанням алкоголю.

Втрату продуктивності можна вимірювати як цілі дні без роботи (відсутність на робочому місці), так і неповні дні з порушеною функціональністю, коли особа присутня на робочому місці (присутність на робочому місці). На основі результатів опитування з питань світового психічного здоров'я підраховано, що в порівнянні з дорослими без поширених психічних розладів, **особи з депресією та тривожним розладом на 23-30 днів більше не виконують свої робочі обов'язки на рік**¹⁷⁰. Враховуючи рівень участі на ринку праці, підраховано, що за період 2017-2030 рр. економічна цінність **втрачених днів продуктивності становить в середньому 850 мільйонів доларів США на рік у випадку тривожних розладів та 425 мільйонів доларів США на рік у випадку депресії**. Об'єднана економічна цінність цієї втраченої продуктивності (1,275 мільярдів доларів США) суттєво перевищує очікувану вартість поточних витрат на охорону психічного здоров'я з державного бюджету чи очікуваного збільшення масштабу надання послуг¹⁷¹.

Щодо впливу ефективного лікування депресії та тривожності на продуктивність, існує дуже небагато досліджень, які показують, наскільки ефективне лікування може повернути людей до роботи, та у випадку вимірювання на підрахунки впливають місцеві фактори, такі як рівень безробіття. На основі кількох існуючих міжнародних досліджень ми, за самими скромними підрахунками, очікуємо, що 5% осіб продуктивного віку, які лікуються від депресії чи тривожності, можуть повернутися до роботи, та у випадку тих, хто вже працює, спостерігається збільшення кількості продуктивного робочого часу, еквівалентне близько 20 дням чи одному робочому місяцю на рік. Ці доходи, пов'язані з відновленням продуктивності, були згодом співвіднесені з поширеним рівнем участі на ринку праці та ВВП на працівника в Україні, на основі наявних даних Міжнародної організації праці (2013). Відмінності в ВВП між сценарієм зі збереженням статусу кво та сценарієм, в якому збільшено масштаб лікування та, як наслідок, підвищено продуктивність, дають нам сумарний підрахунок економічних вигод. За підрахунками, економічна цінність відновленої продуктивності за період 2017-2030 рр. становить більше 800 мільйонів доларів США у випадку депресії та 350 мільйонів доларів США у випадку тривожних розладів (в кожному випадку більше, ніж вдвічі щодо сумарної вартості збільшення масштабу). Відповідно, можна зробити висновок, що за кожен **1 долар США, інвестований в збільшення масштабу лікування поширених психічних розладів в Україні, буде отримано 2 долари США відновленої продуктивності та доданої економічної вартості**.

Більш того, можна визначити в грошовому еквіваленті істинну цінність кращого стану здоров'я. Це можна зробити шляхом асоціювання кожного року здорового життя, здобутого завдяки інтервенції, з показниками ВВП. В *"Commission on Investing in health"* ("Комісія з інвестицій в здоров'я") Ланцета, Джеймисон та інші (2013) визначили, що цінність збільшення очікуваної тривалості життя на один рік в країнах з низьким та середнім рівнем доходу становить збільшення доходу на душу населення в 2,3 рази та в 1,6 рази для світу в цілому (з використанням ставки дисконту на рівні 3%). Штенберг та інші (2013) відносили дві третіх отриманої цінності на інструментальний компонент (які вимірюються напряду шляхом врахування показників щодо робочої сили, як описано вище); таким чином, одна третя, що лишається, відповідає істинним вигодам для здоров'я (еквівалентно збільшенню доходу на душу населення в 0,5 разів). Всього очікується отримати **542 000 років здорового життя в результаті збільшення масштабу лікування поширених психічних розладів за період 2017-2030 рр.**; оцінених в 1 811 доларів США кожна (ВВП * 0,5); в результаті, отримується **економічна цінність в розмірі більше, ніж 1 мільярд доларів США чи в середньому 75 мільйонів доларів США на рік в результаті збільшення масштабу**. Додавши ці істинні вигоди від кращого стану здоров'я до інструментальних вигод відновленої продуктивності, очевидно, що покращиться дохід від інвестицій до 4,7 у випадку депресії та 2,7 у випадку тривожних розладів.

ТАБЛИЦЯ 7.3: ПІДСУМОК ВИТРАТ НА ЗБІЛЬШЕННЯ МАСШТАБУ ТА ДОХІД ВІД ІНВЕСТИЦІЙ У ВИПАДКУ ДЕПРЕСІЇ ТА ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ

	Депресія	Тривожність	Поширені психічні розлади
Інвестиції: вартість збільшення масштабу лікування впродовж 2017-2030 рр.	380 мільйонів доларів США	183 мільйони доларів США	563 мільйони доларів США
Дохід: цінність відновленої продуктивності впродовж 2017-2030 рр.	846 мільйонів доларів США	349 мільйонів доларів США	1 195 мільйонів доларів США
Дохід від інвестицій: коефіцієнт відновленої продуктивності до вартості збільшення масштабу	2.2	1.9	2.1
Дохід: цінність відновленого здоров'я впродовж 2017-2030 рр.	922 мільйони доларів США	143 мільйони доларів США	1 065 мільйонів доларів США
Дохід від інвестицій: коефіцієнт відновленої продуктивності та здоров'я до витрат	4.7	2.7	4.0

IV. ОБГОВОРЕННЯ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

Обмеження оцінювання

Дане оцінювання має кілька обмежень, які впливають на рекомендації та висновки, які можна отримати в результаті проведення цього оцінювання. По-перше, дане оцінювання звертало увагу **лише на поширені психічні розлади та розлад, спричинений вживанням алкоголю**. Існує кілька інших пріоритетних психічних розладів, які є важливими з точки зору громадського здоров'я. До них належать тяжкі і хронічні розлади, такі як психотичні розлади та біполярний розлад, які спричиняють суттєву інвалідність, впливають на членів сім'ї та пов'язані з вищим рівнем госпіталізації. Важливо не забути про ці розлади під час розробки політики та плану з охорони психічного здоров'я і під час реалізації реформи сфери охорони здоров'я в Україні. Не проводилося глибоке дослідження суїциду, але рівень суїциду в Україні високий, і це пов'язано як з розладом, спричиненим вживанням алкоголю, так і поширеними психічними розладами. Проблеми з психічним здоров'ям серед дітей, такі як розлади розвитку чи інтелектуальна недостатність серед дорослих та дітей також не розглядалися, незважаючи на важливість цих розладів в українському контексті. В подальшому потрібно, щоб Міністерство охорони здоров'я та його партнери приділили більше уваги задоволенню потреб осіб з такими розладами.

По-друге, акцент на трьох конкретних областях означає, що це оцінювання має **географічне обмеження**, хоча було докладено зусиль для включення інформації про Україну в цілому, наприклад, про ініціативи з розбудови спроможностей. Однак, існують суттєві відмінності між областями, в тому числі щодо культурних та соціодемографічних особливостей, доступу та якості послуг з охорони психічного здоров'я та відповідних програм. Ключові інформатори, залучені до процесу розробки програм з охорони психічного здоров'я, також наголошували на тому, що деякі області простіше залучити до пілотних програм з охорони психічного здоров'я, ніж інші. Наприклад, Одеса, яка була пілотним містом для впровадження деяких багатообіцяючих нових підходів до охорони психічного здоров'я на рівні громади, не була включена в дане оцінювання.

По-третє, до використаних методів оцінювання належать **аналіз документів та збір переважно якісних даних**, хоча ми і представили кількісні дані в даному звіті в частині про аналіз літературних джерел. Зібрані нами дані були обмеженими, оскільки вони не включали в себе репрезентативні вибірки та всі різні типи можливих респондентів. Більш того, аналіз якісних даних не дозволяє отримати точні підрахунки щодо обсягу чи масштабу певних проблем, використовуючи описові дані чи порівняльний аналіз.

По-четверте, ми змогли включити лише тих **респондентів, які хотіли та були готові спілкуватися з нами, та ми не поспілкувалися зі всіма різноманітними типами ключових інформаторів**. Ми, наприклад, не змогли поспілкуватися з особами з психічними розладами, які ніколи не зверталися для отримання послуг з охорони психічного здоров'я. Ми також поспілкувалися лише з тими надавачами послуг, які були зацікавлені та мали час поговорити про проблеми з психічним здоров'ям (напр., відсоток терапевтів/сімейних лікарів, які погодилися взяти участь в оцінюванні, становив 71%). Більш того, хоча медичні сестри були присутніми під час деяких інтерв'ю з лікарями, вони зазвичай погоджувалися з думкою лікарів, і нам не вдалося поспілкуватися з ними окремо. Таким чином, наші результати не є повністю репрезентативними щодо всіх типів інформаторів та надавачів послуг.

По-п'яте, дане оцінювання звертало увагу на **психічне здоров'я як частину системи охорони здоров'я та послуги на рівні громади**, хоча також важливо враховувати більш спеціалізовані послуги з охорони психічного здоров'я, в тому числі допомогу в установах та послуги, що надаються під керівництвом різних міністерств. Нещодавній звіт про **соціальні притулки**, які виступають в якості місць постійного проживання для осіб з тяжкими психічними та неврологічними розладами та розладами, які спричиняють інвалідність, наприклад, висвітлює проблеми та надає ключові рекомендації. Також існують міжнародні рекомендації (якісні права ВООЗ) щодо підтримки осіб в установах, та їх потрібно враховувати в процесі реформування системи охорони здоров'я. Більш того, різні міністерства, окрім Міністерства охорони здоров'я, також можуть задовольняти потреби осіб з поширеними психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю. **Соціальні служби** у відомстві Міністерства соціальної політики, наприклад, включають в себе Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (Управління соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді), представники/персонал яких базуються в невеликих містах по всіх областях. Сюди відносять кваліфікованих юристів, психологів та соціальних працівників, які є важливими цільовими групами для проведення подальшого оцінювання та розбудови спроможностей. **Шкільну систему** у відомстві Міністерства освіти також потрібно залучати, враховуючи, що багато психологів працюють в шкільному середовищі. За підтримки міжнародних донорів з'явилося кілька ініціатив для проведення тренінгів для шкільних психологів з надання психосоціальної підтримки, і це важлива сфера для подальших досліджень та розробки програм.

В будь-якому випадку, ми сподіваємося, що результати та рекомендації даного дослідження будуть корисними для розробки та пріоритизації конкретних кроків з метою врахування психічного здоров'я як частини реформи у сфері охорони здоров'я та розробки програм з охорони психічного здоров'я за підтримки різноманітних організацій національного та міжнародного рівнів.

Рекомендації

Мета даного оцінювання полягала в тому, щоб надати інформацію та рекомендації, які б допомогли розробити політику та функціональні рекомендації для сприяння інтеграції психічного здоров'я в систему первинної медичної допомоги та створення громадських платформ в Україні в межах програми реформ. Дане оцінювання синтезує ключові результати та дає рекомендації, які можуть стати в нагоді під час розробки політики та плану з охорони психічного здоров'я, а також будуть корисними для проєктів, які фінансуються донорами, та для пріоритизації конкретних сфер для впровадження інтервенцій.

Рекомендації спираються на результати оцінювання в контексті міжнародних рекомендацій ВООЗ з підсилення та організації послуг з охорони психічного здоров'я, науково-доказові практики та пріоритетні завдання на національному рівні, визначені Концепцією з охорони психічного здоров'я та ключовими зацікавленими сторонами¹⁷¹.

Нижче подана низка рекомендацій, які потребують **спільних дій різноманітних зацікавлених сторін**, в тому числі урядового сектору, міжнародних донорів, надавачів послуг, МНУО та громадських організацій, а також користувачів послуг з охорони психічного здоров'я. **Рекомендовано врахувати можливість пріоритизації конкретних дій** для покращення послуг з охорони психічного здоров'я, які пов'язані з можливістю реалізації (тобто, технічною, адміністративною та правовою), доступністю фінансів та ресурсів, довгостроковою сталістю, прийнятністю, можливими вторинними чи непрямими наслідками, справедливістю та потенціалом для переходу від пілотного проєкту до повноцінної реалізації¹⁷¹.

Потрібно провести обговорення з ключовими національними зацікавленими сторонами з метою визначення стратегій та пріоритизації дій, щоб рухатися вперед. Далі окреслені деякі загальні міркування:

- Початковий акцент на **підсиленні координування та лідерства** у сфері охорони психічного здоров'я (напр., серед державних виконавців, донорів, МНУО та громадських організацій) у відповідності з міжнародними рекомендаціями може сприяти більш ефективному використанню ресурсів, обміну інформацією та координованим діям.
- Послуги з охорони психічного здоров'я потрібно **підсилити в цілому** (напр., громадські послуги повинні бути доступними, перш ніж почнеться зменшення масштабу амбулаторного лікування, потрібні надавачі спеціалізованих послуг для навчання та підтримки неспеціалізованих працівників).
- Потрібно розглянути доречність пріоритизації інтервенцій, які можуть покрити велику кількість осіб з відповідними потребами, та які, за очікуваннями, матимуть суттєвий вплив та/чи дохід від інвестицій. Сюди відносять підвищення **рівня обізнаності споживачів** (напр., позитивні стратегії копіngu, куди звертатися по допомогу, уникання неефективних та дорогих послуг і медикаментів), **самодопомогу** та лікування таких розладів, як **депресія, суїцидальні нахили та розлад, спричинений вживанням алкоголю**.

- Хоча і завдання щодо розбудови спроможностей на рівні первинної медичної допомоги лишається важливим, потрібно також докласти значних зусиль для **розбудови можливостей практикуючих фахівців** (напр., психологів) та для покращення доступності існуючих спеціалізованих фахівців в установах загального профілю і більш віддалених географічних регіонах. Ці фахівці також необхідні для налагодження зв'язків з та підтримки надавачів послуг з надання первинної медичної допомоги.
- Продовження чи ініціювання **ключових пілотних проектів** з акцентом на регіонах чи містах з великою кількістю потреб, доступними ресурсами чи успішною співпрацею з регіональними виконавцями може стати в нагоді та слугувати **доказом необхідності подальшого збільшення масштабу**.

1. Координування, комунікація та обмін інформацією

1.1. Покращити комунікацію та координування серед донорів та партнерів, які впроваджують програми, для підтримки зусиль українського уряду щодо реформування системи сфери охорони психічного здоров'я

Міжнародна співпраця та підтримка у сфері охорони психічного здоров'я посилилися, особливо в світлі нинішнього конфлікту на Сході. Важливі ініціативи з розбудови спроможностей та можливості для навчання і професійного обміну з'явилися чи плануються. Проте, багато ключових інформаторів також відзначали, що ці ініціативи не координуються серед донорів чи партнерів, які впроваджують програми. В результаті, ці зусилля можуть не спиратися на отриманий досвід, використовуються різні методи, підходи та протоколи (деякі з яких можуть бути не науково-доказовими чи не відповідають глобальним або національним рекомендаціям), чи їм може бракувати сталості.

Рекомендації:

- Підсилити координування серед донорів, державних виконавців та міжнародних організацій шляхом створення обширнішої робочої групи (напр., під керівництвом Міністерства охорони здоров'я), проводячи регулярні координаційні зустрічі на національному рівні (напр., за сприяння Міністерства охорони здоров'я, МНУО, які мають досвід з ведення координаційної діяльності) та продовжуючи проводити ключові зустрічі з метою обміну інформацією та спільного планування відповідно до кращих світових практик, національних пріоритетів та ініціатив з реформування сфери охорони психічного здоров'я.
- Використовувати механізми координування та відповідні події для планування спільних ініціатив та пілотних проектів, які базуються на тому, що вже було зроблено, з акцентом на сталості та потенціалові для збільшення масштабу. Залучати виконавців на регіональному рівні з інших країн та отримувати доступ до міжнародних платформ обміну інформацією і досвідом з іншими.

1.2. Зміцнити шляхи перенаправлення серед різних формальних та неформальних надавачів послуг в системі охорони здоров'я та соціальній системі

Наше оцінювання показало, що особи з проблемами з психічним здоров'ям використовують різні способи звернення за послугами в системі охорони здоров'я та громаді, в тому числі звертаються до неспеціалізованих фахівців медичних професій (напр., сімейних лікарів) та неформальних чи громадських надавачів послуг (напр., священників, НУО). Проте, їх не ідентифікують та не перенаправляють для отримання необхідних послуг. Причинами є незнання куди чи як перенаправляти, небажання згадувати про психічне здоров'я, відсутність особистих зв'язків з надавачами послуг з охорони психічного

здоров'я. Національна концепція з охорони психічного здоров'я також вказує на потребу в розвитку спільних систем та механізмів перенаправлення між різними послугами (напр., система охорони здоров'я, соціальні служби) і різними організаціями (напр., уряд, НУО) з чіткими ролями та обов'язками¹¹¹. Існує потреба в різних формальних та неформальних надавачах послуг для того, щоб мати можливість **виявляти осіб**, в яких можуть бути проблеми з психічним здоров'ям, **здійснювати доречні перенаправлення**, ділитись відповідною інформацією та здійснювати **подальший контроль**. Користувачі послуг також мають ділитися своїми занепокоєннями щодо конфіденційності своєї інформації, тому перенаправлення повинні бути прозорими та здійснюватися за їхньої поінформованої згоди.

Рекомендації:

- **Провести картування доступних послуг з охорони здоров'я**, що надаються службами з охорони здоров'я та соціальними службами чи НУО на обласному рівні, та зробити цю інформацію доступною для формальних та неформальних надавачів послуг. ІМС надав інструмент для здійснення картування та довідник в Запоріжжі; МНУО чи громадські організації можуть збільшити масштаб проведення такого картування.
- **Проводити семінари з перенаправлення у сфері охорони психічного здоров'я** із залученням різноманітних фахівців з різних організацій та агентств, щоб вони могли ділитися інформацією про послуги, які вони надають, та дізналися один про одного. Враховуючи, що більшість перенаправлень здійснюються неформально (через особисті зв'язки), знайомство з іншими надавачами послуг може сприяти налаштуванню зв'язків. Такі семінари організовувалися МНУО, наприклад, ІМС, та можуть проводитися і надалі органами влади, що відповідають за охорону здоров'я на обласному рівні, чи громадськими організаціями.
- **Розробити спільні механізми та форми перенаправлення, які зможуть використовувати різні надавачі послуг**. Такі форми повинні засвідчувати згоду особи на перенаправлення та обмін інформацією, коли однакові копії отримує надавач, який здійснює перенаправлення, пацієнт та надавач, до якого перенаправляють. Міжнародні рекомендації МПК зі здійснення перенаправлення та приклади форм є в наявності, їх було адаптовано та перекладено (ІМС), тому їх можна надалі розробляти і поширювати під час семінарів з перенаправлення, а також схвалювати органами влади на національному та обласному рівнях.

1.3. Посилити комунікацію, обмін інформацією та роботу мультидисциплінарних команд

Надання послуг з охорони психічного здоров'я часто **фрагментарне**, різні надавачі послуг пропонують різні типи інтервенцій одній й тій самій особі, не координуючи свої дії та не спілкуючись між собою (напр., наркологи, психіатри, психологи, психотерапевти, терапевти/сімейні лікарі, соціальні працівники). Це також необхідно, оскільки багато осіб з поширеними психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю, мають різноманітні потреби, окрім потреб, пов'язаних з психічним здоров'ям (напр., працевлаштування, фінансова допомога, житло, насильство та потреба в захисті), які потребують залучення різних надавачів послуг та координування різних секторів, в тому числі охорони

здоров'я, соціальних служб та інших послуг. Наше оцінювання та попередні дослідження також показують поширеність таких різноманітних послуг та видів підтримки із врахуванням соціальних детермінантів психічного здоров'я та свідчать, що бідність та інші життєві стреси підвищують ризик розвитку поширених психічних розладів та розладу, спричиненого вживанням алкоголю, і навпаки. Концепція з охорони психічного здоров'я виражає потребу у зміцненні ефективної комунікації між надавачами послуг та створенні електронної системи у сфері охорони здоров'я, яка допоможе керувати різними потребами і послугами для населення; її можна буде використовувати для обміну інформацією. Різні ключові інформатори також наголошували на потребі співпрацювати та забезпечувати безперервність між різними аспектами лікування (напр., фармакологічного та психотерапевтичного) і різними фахівцями (психологами, лікарями, соціальними працівниками). Також важливо зазначити, що особи, які звертаються по допомогу у сфері охорони психічного здоров'я, не розуміють, якою інформацією з ким діляться, та **хвилюються через конфіденційність і дискримінацію**, якщо стане відомо, що вони проходять лікування.

Рекомендації:

- Визнати **цінність та важливість різних інтервенцій і фахівців** (напр., психологів, психотерапевтів, соціальних працівників, лікарів та медичних сестер) **з соціального сектору та сектору охорони здоров'я** в процесі задоволення потреб в сфері охорони психічного здоров'я, а також інших потреб (напр., працевлаштування, житло).
- Розробити **спільні системи та процедури для обміну інформацією**, в тому числі спільні бази даних та форми, а також налагодити обмін інформацією між надавачами послуг (напр., різними рівнями системи охорони здоров'я, медичними та соціальними службами).
- **Представити роботу мультидисциплінарних команд**, до яких входять різні фахівці, які діляться інформацією та координують процес надання допомоги для того, щоб ефективно задовольнити різноманітні потреби. Моделі мультидисциплінарних команд вже пройшли пілотне тестування в Україні (напр., проект ВООЗ щодо мобільних команд, Литовський проект підтримки), та їх можна в подальшому розширити.
- Розробити **чіткі шляхи надання допомоги** для різних типів неспеціалізованих та спеціалізованих фахівців, які б стосувалися оцінювання, виявлення, лікування, перенаправлення та подальшого контролю.
- **Чітко повідомляти пацієнтам**, якою інформацією діляться з ким та з якою метою, і переконатися, що отримується та документується поінформована згода. Сюди відносять розробку чи оновлення відповідних національних протоколів Міністерства охорони здоров'я, а також використання належних процесів серед надавачів спеціалізованих та неспеціалізованих послуг.
- **Переглянути існуючі системи обміну інформацією та реєстрації** осіб з психічними розладами, щоб переконатися, що особи звертаються по допомогу, **не відчуваючи страх перед дискримінацією та негативними наслідками** (напр., обмеження щодо працевлаштування). Такий перегляд повинен був би проводитися під керівництвом Міністерства охорони здоров'я з подальшим впровадженням та поширенням зрозумілої інформації на обласному рівні та серед фахівців з охорони здоров'я.

2. Організація послуг з охорони психічного здоров'я

2.1. Децентралізувати послуги з охорони психічного здоров'я, змістивши акцент з піклування на основі лікарні до амбулаторного лікування та послуг на рівні громади

Система охорони психічного здоров'я України продовжує надавати послуги переважно на основі стаціонарних установ, та за підрахунками **89% всіх ресурсів у сфері охорони психічного здоров'я направляються в стаціонарні установи та на фінансування тривалого стаціонарного лікування** (в середньому 53,5 днів). Ці показники особливо високі в порівнянні з іншими країнами регіону. Нинішня модель охорони здоров'я в Україні також **заохочує стаціонарне лікування**, покриваючи витрати на психотропні медикаменти лише для стаціонарних пацієнтів та виділяючи кошти з бюджету на основі наявних лікарняних ліжок. Такий тип піклування асоціюється з вищими витратами на лікування, сегрегацією осіб з проблемами з психічним здоров'ям та менш доступними послугами. Більш того, психіатри та психологи переважно концентруються в лікарнях та великих містах. В Концепції з охорони психічного здоров'я 2017 року також вказано, що існуючий акцент на наданні психіатричної допомоги в стаціонарних спеціалізованих установах призводить до надання неефективного лікування та високих витрат. **3 точки зору користувача послуг з охорони психічного здоров'я**, стаціонарні послуги є більш стигматизованими та менш доступними, тоді як науково-доказові інтервенції в амбулаторних установах та на рівні громади і надання підтримки щодо багатьох потреб (напр., працевлаштування) описуються як успішні. Як показано в аналізі доходу від інвестицій, більшість поширених психічних розладів та розлад, спричинений вживанням алкоголю, в Україні можна лікувати за допомогою піклування на рівні громади, а не стаціонарного лікування в довгостроковій перспективі. В той же час всі рівні охорони психічного здоров'я (в тому числі амбулаторне лікування та самопоміа) потрібно підсилити для забезпечення ефективного функціонування системи охорони психічного здоров'я.

ВООЗ **рекомендує модель у вигляді піраміди для організації послуг з охорони психічного здоров'я** (див. Розділ 4), що може зменшити вартість психіатричного лікування, дозволити вирішити проблему зі стигматизацією та недостатньою кількістю фахівців з охорони психічного здоров'я і зробити раннє виявлення психічних розладів більш ймовірним¹⁷². Концепція з охорони психічного здоров'я в Україні 2017 року¹¹¹ зазначає, що доступ до кращої охорони психічного здоров'я можна покращити шляхом децентралізації, яка передбачає розвиток амбулаторного лікування та встановлення зв'язків з громадою (напр., підтримка вдома, амбулаторні центри з надання послуг з охорони психічного здоров'я, мобільні команди, тощо), надаючи послуги з охорони психічного здоров'я на рівні первинної медичної допомоги, реорганізуючи ресурси з третинного до вторинного рівня та розвиваючи механізми перенаправлення і комунікації між надавачами та рівнем допомоги. Відповідно до цього, міжнародні експерти визначили п'ять **принципів успішного зменшення рівня госпіталізації**: наявність послуг на рівні

громади (напр., амбулаторні послуги з охорони психічного здоров'я, науково-доказове лікування, соціальні послуги щодо житла, працевлаштування, тощо); медичний персонал (в тому числі професійні асоціації) повинні хотіти впроваджувати зміни; політична підтримка на найвищому та найширшому рівні є надзвичайно важливою; правильний вибір часу є ключовим аспектом (напр., надзвичайні ситуації та кризи можуть стати можливостями для реалізації змін)¹⁷²; та потрібні додаткові фінансові ресурси.¹⁷³ Викладені нижче рекомендації є особливо доречними для Міністерства охорони здоров'я та осіб, відповідальних за розробку політик та реформу в сфері охорони здоров'я, а також організації послуг з охорони психічного здоров'я. Вони також є доречними для донорів та організацій, які займаються впровадженням програм, для підтримки ініціатив на національному рівні.

Рекомендації:

- **Підтримувати лідерів на національному та обласному рівнях** у сфері охорони психічного здоров'я, які можуть встановити зв'язки з ключовими особами, відповідальними за прийняття рішень, залучати різноманітних зацікавлених сторін та мобілізувати політичну волю для реалізації змін. Сюди також відносяться кваліфіковані та вмотивовані молоді люди.
- **Зміцнити надання послуг з охорони психічного здоров'я** (в тому числі виявлення, оцінювання, науково-доказового лікування, підтримки, перенаправлення та подальшого контролю) на всіх рівнях піраміди шляхом розбудови спроможностей, розробки протоколів та перерозподілу обов'язків (також див. рекомендації в частині 3 про освіту та навчання людських ресурсів):
 - **Збільшити кількість психіатричних стаціонарних відділень в лікарнях загального профілю** для зменшення залежності від централізованих установ третинного рівня.
 - **Виділяти спеціалізованих фахівців з охорони психічного здоров'я** (напр., шляхом проведення реструктуризації, заохочення), щоб переконатися в тому, що психіатри та висококваліфіковані психологи і психотерапевти є в різноманітних медичних установах (напр., районних лікарнях, поліклініках), що забезпечить широке географічне покриття.
 - Проводити заходи зі **встановлення зв'язків між громадою** та мультидисциплінарними командами, до яких входять спеціалізовані фахівці з охорони психічного здоров'я, на місцевому рівні для осіб з тяжкими психічними розладами (напр., психотичними розладами), як вказано в пілотній моделі ВООЗ.
 - **Вирішувати проблему психічних розладів на рівні первинної медичної допомоги** шляхом своєчасного виявлення, лікування (фармакологічного та психосоціального) та перенаправлення до фахівців з охорони психічного здоров'я, коли це потрібно (напр., тяжкі та складні випадки).
 - **Створити та підсилити початкові етапи надання допомоги** для виявлення та перенаправлення осіб з психічними розладами (напр., фельдшерами, священиками, громадськими організаціями).

- **Включити метрику**, наприклад, проведені інтервенції, покращення стану пацієнтів та рівень задоволеності пацієнтів для **моніторингу і оцінки послуг з охорони здоров'я** та покращення підзвітності.
- Використовувати **здобутий досвід** для надання допомоги у сфері охорони психічного здоров'я інших країн регіону (напр., Литви, Грузії).

2.2. Посилити покриття та фінансування у сфері охорони психічного здоров'я

Бюджет, що виділяється на охорону психічного здоров'я в Україні, є все ще порівняно низьким (в порівнянні з іншими країнами) і **непропорційним до економічного тягара та тягара для громадського здоров'я**, що пов'язані з психічними розладами. Через **недостатнє державне фінансування** системи охорони здоров'я населення вимушене платити за медикаменти, необхідні для стаціонарного та амбулаторного лікування (які є часто дорогими), а також давати неофіційну **винагороду** медичному персоналу. Особи з поширеними психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю, також несуть суттєві витрати, звертаючись до різних надавачів послуг, в тому числі психологів з приватною практикою, чи купуючи дорогі медикаменти. Концепція з охорони психічного здоров'я в Україні 2017 року вказує, що ефективність фінансування сфери охорони психічного здоров'я буде покращено в межах загальної реформи сфери охорони здоров'я та передбачатиме розширення послуг з охорони психічного здоров'я, розробку та впровадження механізмів міжсекторного фінансування і пошуку недержавних джерел фінансування. Хоча багатьом зацікавленим сторонам здається, що бюджет на сферу охорони психічного здоров'я навряд чи збільшать, наш аналіз витрат на збільшення масштабу свідчить про те, що витрати на душу населення на психічне здоров'я потрібно було б збільшити вдвічі (з близько 5 до 10 доларів США), щоб можна було значно збільшити покриття ключових психічних розладів та проблем. Проте, інвестиції в психічне здоров'я є раціональними з економічної точки зору, враховуючи порушення функціонування та зменшені можливості осіб з психічними розладами працювати. Наш аналіз доходу від інвестицій показав, що за **кожен 1 долар США, витрачений на збільшення масштабу лікування поширених психічних розладів, економічний дохід становитиме 2 долари США**. Наступні рекомендації потребують тривалої адвокатури з боку різноманітних зацікавлених сторін та керівництва Міністерства охорони здоров'я.

Рекомендації:

- Розглянути **збільшення витрат на охорону психічного здоров'я** для збільшення масштабу покриття та науково-доказових інтервенцій в спеціалізованих, неспеціалізованих та громадських середовищах.
- Переконатися, що лікування (стаціонарне та амбулаторне, в тому числі науково-доказові інтервенції та психотропні медикаменти) пріоритетних психічних станів (в тому числі поширені психічні розлади та розлад, спричинений вживанням алкоголю) доступне безкоштовно та включене до **базового пакету послуг з охорони здоров'я** ("кошик послуг").

- Включити **психотропні медикаменти** до списку медикаментів, які підлягають регулюванню ціни та ціновому порозу.
- Включити психотропні медикаменти-дженерики (зі списку основних медикаментів ВООЗ) до національного списку медикаментів, які **надаються безкоштовно**.
- **Враховувати покриття акредитованими надавачами послуг, що пропонують науково-доказові інтервенції** для лікування психічних захворювань. Сюди належать акредитовані приватні надавачі, особливо в регіонах, де бракує адекватних послуг з охорони психічного здоров'я, враховуючи нинішню недостатню кількість надавачів, які пропонують такі інтервенції.
- **Змінити систему фінансування** з залежності від кількості лікарняних ліжок для стаціонарного лікування до врахування реальних послуг та потреб з охорони психічного здоров'я ("гроші слідують за пацієнтом"). Це відповідатиме вже запланованим змінам в межах ширшої реформи в сфері охорони здоров'я.

2.3. Впровадити ініціативи з громадського здоров'я та зміцнити послуги доступні для осіб з розладами, спричиненими вживанням алкоголю

Вживання алкоголю в Україні є поширеною культурною традицією. Поширеність та тягар розладу, спричиненого вживанням алкоголю, є суттєвими в Україні та відповідають за підвищений рівень смертності і поганого стану здоров'я, особливо серед чоловіків працездатного віку. Це оцінювання також показало, що особи з розладом, спричиненим вживанням алкоголю, часто не мають доступу до належних та ефективних інтервенцій і занепокоєні через реєстрацію та обмеження можливостей для працевлаштування. Дослідження також показують, що безробіття та вживання алкоголю можуть підсилювати один одного, та що пошук прибукового працевлаштування і нових значущих занять є важливою частиною процесу одужання від розладу, спричиненого вживанням алкоголю. Міжнародні рекомендації вказують, що пріоритетні дії з метою контролю надмірного вживання алкоголю та сприяння зменшенню і попередженню розладу, спричиненого вживанням алкоголю, повинні бути **націленими як на пропозицію, так і на попит**.

Рекомендації:

- Проводити **науково-доказові психосоціальні інтервенції для розладу, спричиненого вживанням алкоголю**, (напр., мотиваційне консультування, 12-крокова програма, позитивний копінг) в **державних наркологічних установах**, наймаючи та/чи навчаючи кваліфікований персонал (напр., психологів, психотерапевтів та соціальних працівників), який працює як частина мультидисциплінарних команд. Для цього потрібні навчання та розбудова спроможностей персоналу, а також оновлені регулятивні документи і рекомендації щодо наймання керівників в медичних установах, необхідних професійних кваліфікацій та навичок надавачів послуг. Також в установах повинні бути механізми нагляду, контролю якості та супервізії, щоб забезпечити надання належної допомоги та підзвітність.

- **Надавати амбулаторні психосоціальні інтервенції** (напр., постійні групи підтримки, які ведуть надавачі) та проводити подальший контроль пацієнтів, виписаних з наркологічних стаціонарних відділень. Персонал амбулаторних установ, громадських організацій на рівні громади та груп підтримки (напр., АА) повинні співпрацювати для направлення пацієнтів до потрібних послуг та здійснення подальшого контролю.
- Розбудовувати спроможності **надачів послуг з первинної медичної допомоги** для визначення осіб з шкідливим вживанням алкоголю та використання належних інтервенцій, які також можуть покращити загальний стан здоров'я та зменшити ризик виникнення неінфекційних захворювань (також див. рекомендацію 2.4).
- Підтримувати осіб, які вилікувалися від розладу, спричиненого вживанням алкоголю, в **отриманні доступу до можливостей для навчання та працевлаштування**. Сюди також відносяться адвокація за права осіб з розладом, спричиненим вживанням алкоголю, та робота з освітніми закладами і роботодавцями з метою визначення кращих можливостей. Для цього потрібно, щоб медичний та соціальний сектори, а також громадські організації співпрацювали між собою.
- Переконатися, що особи з розладом, спричиненим вживанням алкоголю, чи небезпечним та шкідливим вживанням алкоголю, які **мають проблеми з законом, мають доступ до належного лікування та підтримки громади**.
- Запровадити **обов'язкове ліцензування та акредитацію для центрів реабілітації** (для лікування розладів, спричинених вживанням психоактивних речовин та алкоголю) за підтримки професійних асоціацій. Центрам, які і надалі не відповідатимуть стандартам акредитації та становлять загрозу безпеці, не можна дозволяти продовжувати функціонувати. Для цього потрібно, щоб Міністерство охорони здоров'я рішуче очолило цей процес, а також підтримувало та зміцнювало професійні асоціації.
- Наступні рекомендації, які стосуються сприяння шкідливому вживанню алкоголю, потребують адвокації та політичного лідерства в різних секторах (напр., система охорони здоров'я, соціальна та правова системи):
 - Розглянути можливість **підвищення акцизних зборів на алкогольні напої**. Кошти, отримані в результаті, можна спрямувати на вирішення проблеми з розладом, спричиненим вживанням алкоголю.
 - Запровадити **заборони чи комплексні обмеження** щодо рекламування, просування та спонсорства алкоголю.
 - Запровадити **обмеження щодо фізичної доступності** алкоголю в роздрібній торгівлі.
 - Запровадити закони щодо керування автомобілем в стані алкогольного сп'яніння та ліміти щодо рівня концентрації алкоголю в крові.

2.4. Надавати інтегровану охорону фізичного та психічного здоров'я

Психічне та фізичне здоров'я є тісно взаємопов'язаними. **Проблеми з психічним здоров'ям та вживання алкоголю ймовірно погіршать проблеми з фізичним здоров'ям. Неінфекційні захворювання** є основною причиною смертності в Україні, тоді як вживання алкоголю та нездоровий спосіб життя також відіграють при цьому суттєву роль. Дослідження показують, що особи з проблемами з психічним здоров'ям часто вдаються до поведінки, що шкодить здоров'ю (напр., переїдання, погане харчування, паління, відсутність фізичних навантажень), що, у свою чергу, сприяє виникненню неінфекційних захворювань. Більш того, особи з проблемами з психічним здоров'ям менш ймовірно будуть звертатися по необхідну допомогу та слідувати режиму лікування. Це особливо доречно в Україні, де слідування режиму лікування є важливим не лише для неінфекційних захворювань, а й для **інфекційних захворювань**, таких як ВІЛ/СНІД та туберкульоз, які часто виникають разом з проблемами з психічним здоров'ям та мають високий тягар в Україні¹⁷⁵. Дослідження показують, що очікувана тривалість життя осіб з проблемами з психічним здоров'ям є коротшою, що може бути пов'язано з проблемами з фізичним здоров'ям.

З іншого боку, **проблеми з фізичним здоров'ям можуть також спричинити погіршення стану психічного здоров'я**. Особи, які живуть з ВІЛ, більш ймовірно страждатимуть від таких психічних розладів, як депресія, тривожність, суїцидальні нахили та зловживання психоактивними речовинами, ніж загальне населення¹⁷⁵. Хронічні захворювання та захворювання, які загрожують життю, наприклад, рак (який є в рейтингу найбільш суттєвих причин смертності в Україні), також можуть суттєво впливати на психічне здоров'я та благополуччя.

Рекомендуються спільна турбота та зв'язки між різними видами послуг з охорони здоров'я, наприклад, неінфекційними та інфекційними захворюваннями і психічним здоров'ям. Існують докази того, що надмірно високий рівень смертності серед осіб з психічними розладами та розладами, спричиненими вживанням алкоголю, можна зменшити шляхом впровадження науково-доказового лікування та покращеного скринінгу і лікування, що надаються мультидисциплінарними командами на рівні громади.

Рекомендації:

- Навчати та працювати з **медичним персоналом, який бере участь в лікуванні поширених наслідків вживання алкоголю** (напр., кардіологами), для надання базових інтервенцій та здійснення перенаправлень пацієнтів з проблематичним вживанням алкоголю та розладом, спричиненим вживанням алкоголю.
- Надавати комплексне лікування особам з поширеними психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю, гарантуючи, що **проблеми з фізичним здоров'ям також вирішуються**. Для цього потрібні зв'язки та спілкування між різними видами фахівців з охорони здоров'я та психічного здоров'я.

- **Забезпечувати вчасне виявлення та впровадження інтервенцій** для проблем з психічним здоров'ям **серед осіб, які мають проблеми з фізичним здоров'ям, наприклад, неінфекційні та інфекційні захворюванням**. Міжнародні виконавці продовжують виділяти суттєві кошти на боротьбу з ВІЛ/СНІДом та туберкульозом в Україні. Вирішення проблем з психічним здоров'ям шляхом розбудови можливостей персоналу та механізмів перенаправлення повинне стати ключовою частиною таких програм.
- Надавати **інтервенції на рівні громади, які просувають здоровий спосіб життя** та можуть допомогти з вирішенням проблем з психічним та фізичним здоров'ям (напр., фізичні навантаження можуть допомогти особам з депресією, такі види діяльності, як уроки кулінарії чи прогулянки на природі сприяють покращенню фізичного здоров'я та забезпечують соціальну підтримку). Такі інтервенції можуть пропонуватися медичним персоналом та впроваджуватися організаціями та надавачами на рівні громади (напр., громадськими організаціями, священиками).

2.5. Переконатися, що увага приділяється пріоритетним психічним розладам, які мають суттєвий вплив на громадське здоров'я та/чи дохід від інвестицій, наприклад, депресія, суїцид та вживання алкоголю

Поширеність та тягар депресії та розладу, спричиненого вживанням алкоголю, є вищим ніж в інших країнах регіону за винятком Росії та Литви. В Україні також один з найвищих¹⁰ рівнів суїциду в світі, **суїцид також пов'язаний як з депресією, так і з розладом, спричиненим вживанням алкоголю**. В той же час, базові заходи щодо громадського здоров'я та інтервенції щодо психічного здоров'я допомагають отримати високий дохід від інвестицій в лікування цих розладів. Через нестабільну політичну ситуацію в Україні, бої на Сході та, в результаті, високі рівні психологічного стресу та ризику виникнення ПТСР, лікування ПТСР отримує багато уваги від донорів та НУО. Деякі громадські організації та НУО, наприклад, звертають увагу виключно на лікування ПТСР та навчання чи запропоновані відокремлені центри чи лікування травми та ПТСР. Більш того, урядова статистика відслідковує кількість осіб з ПТСР та розладом, спричиненим вживанням алкоголю, але не осіб з депресією, які звертаються по послуги. Тоді як травма та ПТСР є важливими проблемами, які потрібно вирішити, також надзвичайно важливо враховувати, що депресія є більш поширеним розладом в Україні в цілому. Економічні труднощі та стрес, пов'язаний з конфліктом, також можуть підвищити ризик виникнення депресії (а не лише ПТСР). Більш того, дане оцінювання показало, що **інтервенції для депресії мають високий економічний дохід від інвестицій**, який майже вдвічі вищий, ніж у випадку тривожних розладів (див. Розділ 7). Різні психічні та соціальні проблеми часто виникають разом (напр., ПТСР разом з вживанням психоактивних речовин), що вимагає більш комплексного підходу. Також варто відзначити, що міжнародні рекомендації виступають проти надання відокремлених послуг, які фокусуються на конкретних розладах, таких як ПТСР/травми для послуг з охорони психічного здоров'я, натомість рекомендуючи більш комплексний підхід до вирішення проблем з різними пріоритетними психічними станами.

Рекомендації:

- **Не акцентувати увагу на ініціативах з розбудови спроможностей чи відокремлених послугах лише для травми та ПТСР.** Ця рекомендація є особливо доречною для міжнародних організацій та фахівців, які пропонують свою допомогу. Механізми координування, описані в першому списку рекомендацій, також можуть стати платформою для обговорення.
- Звертати увагу на різноманітні пріоритетні проблеми з психічним здоров'ям, які є **суттєвими з точки зору громадського здоров'я**, в тому числі (але не обмежуючись) **депресія, суїцид та розлад, спричинений вживанням алкоголю**. Ця рекомендація є доречною для розробки навчальної програми та протоколів для фахівців з охорони здоров'я та психічного здоров'я Міністерством охорони здоров'я та навчальними закладами, а також для міжнародних виконавців, які планують впроваджувати чи підтримувати програми з охорони психічного здоров'я.
- Включити депресію (а не лише ПТСР та розлад, спричинений вживанням алкоголю) в **урядову статистику** осіб, які отримують послуги.
- Інвестувати в стратегії з **попередження суїциду та відповідні інтервенції** (напр., просування відповідальної поведінки засобів масової інформації, в тому числі питання суїциду під час розбудови можливостей фахівців з охорони здоров'я та психічного здоров'я, підвищення рівня обізнаності про суїцид за допомогою засобів масової інформації та обговорень в громаді)^{176, 177}.

2.6. Переконатися, що послуги з охорони психічного здоров'я та ініціативи з встановлення зв'язків з громадою є доступними для всіх, водночас підлаштовуючи їх індивідуально під різні групи населення

Наше оцінювання та інші дослідження показують, що різні групи населення використовують різні шляхи отримання доступу до послуг, а також різні преференції та занепокоєння щодо отримання лікування у сфері охорони здоров'я. Враховуючи, що більшість осіб (близько 75%) з проблемами з психічним здоров'ям не мають доступ до лікування в Україні, є актуальною потреба посилити поведінку, що стосується звернення по допомогу. До осіб, які менш ймовірно звертаються по послуги з охорони психічного здоров'я, та з якими важче встановити зв'язок, належать чоловіки, ветерани та люди похилого віку. В той же час, дані попередніх досліджень та цього дослідження пропонують шляхи встановлення зв'язку з цими групами населення. Концепція з охорони психічного здоров'я 2017 року пояснює, що послуги з охорони психічного здоров'я повинні враховувати потреби конкретних цільових груп (напр., діти та молодь, матері, ветерани, ВПО, особи з інвалідністю та хронічними захворюваннями фізичного здоров'я, люди похилого віку). Також важливо відзначити, що деякі програми з охорони психічного здоров'я акцентують увагу лише на конкретних групах населення (напр., ветеранах, ВПО), надаючи безкоштовні та доступні послуги цим групам, але не іншим вразливим групам населення (напр., особам, які мають економічні труднощі) чи особам з психічними захворюваннями в цілому. Надання послуг з охорони психічного здоров'я лише

конкретним групам населення, наприклад ВПО, може посилити напругу в приймаючій громаді. Міжнародні рекомендації рекомендують, що **послуги з охорони психічного здоров'я повинні бути доступними для всіх.**

Рекомендації:

- Врахувати аспекти для **встановлення зв'язку з різними цільовими групами**, надаючи послуги з охорони психічного розладу за допомогою різних пунктів входу та програм встановлення зв'язку. До таких цільових груп належать ветерани (напр., підтримка працівників за принципом рівний рівному під супервізією психологів в якості першої інтервенції, залучення до соціальних та структурованих заходів, залучення сімей), особи в сільських районах та люди похилого віку (напр., залучення членів громади, таких як священики, які часто контактують з старшими особами, залучення сімей), члени сімей, з якими важко встановити зв'язок, які неохоче звертаються по лікування (напр., шляхом залучення сім'ї та сімейної терапії) та молоді люди (напр., в інтернеті, соціальних мережах). Розробка зусиль для покриття різних цільових груп є важливою частиною процесу надання послуг з охорони психічного здоров'я за посередництва уряду чи надавачів послуг – громадських організацій.
- **Не надавати послуги з охорони психічного здоров'я безкоштовно лише конкретним групам** (напр., ВПО, ветерани), але переконатися в тому, що всі сегменти населення можуть дозволити собі та мають доступ до послуг. Ця рекомендація є особливо доречною для донорів, МНУО та громадських організацій.

3. Освіта та навчання людських ресурсів

Освіта та навчання людських ресурсів є одним з ключових механізмів гарантування того, що науково-доказові інтервенції для поширених психічних розладів та розладу, спричиненого вживанням алкоголю, є наявними та доступними. На даний момент недостатня кількість фахівців з охорони психічного здоров'я пройшли навчання з використання таких інтервенцій в Україні для задоволення потреб населення. Також відзначається в Концепції з охорони психічного здоров'я в Україні 2017 року, що освітні стандарти у сфері охорони здоров'я повинні бути у відповідності з міжнародними стандартами, та що професійні компетенції потрібно розбудовувати і регулювати.

Існує суттєва потреба **розробити та впровадити протоколи** і моніторити якість послуг. Сюди відносять доступні та науково-доказові рекомендації та протоколи для фахівців та нефахівців, покриваючи фармакологічні інтервенції, психотерапевтичні методи й інші психосоціальні інтервенції. Хоча вже існують деякі протоколи, та надавачам тепер дозволено використовувати міжнародні протоколи, все ще існує потреба в навчанні та **розбудові спроможностей щодо використання цих протоколів**.

Також важливо відзначити, що розбудова спроможностей повинна залучати **всі рівні різних надавачів формальних та неформальних послуг**, в тому числі спеціалізований персонал (напр., психологи, психотерапевти), надавачів загальних послуг з охорони здоров'я (напр., лікарів, медичних сестер), надавачів соціальних послуг (напр., соціальних працівників) та працівників і підтримку на рівні громади (напр., священники). Всі вони відіграють важливу роль щодо підтримки осіб з психічними захворюваннями та є частиною добре функціонуючої та пов'язаної піраміди послуг з охорони психічного здоров'я.

3.1. Пропонувати навчальні програми, які надають необхідну кваліфікацію з використання науково-доказових інтервенцій та психотерапії

На даний момент немає державних навчальних програм для навчання фахівців (напр., психологів, психіатрів, соціальних працівників) з використання науково-доказових інтервенцій для лікування поширених психічних розладів та розладу, спричиненого вживанням алкоголю (напр., КПП). Фахівці, які хочуть здобути таку кваліфікацію, зазвичай вимушені **платити за навчання в приватних університетах** та проходження курсів, які **не завжди є науково-доказовими**. В результаті, якість послуг з охорони психічного здоров'я, що надаються такими фахівцями, як психологи та психотерапевти, **дуже різниться**, та деякі підходи є не ефективними чи навіть шкідливими. Це також підриває довіру населення до послуг з охорони психічного здоров'я та відбиває в них бажання звертатися по лікування. Фахівці з навичками використання науково-доказових підходів ймовірно мають приватну практику чи працюють в приватних центрах реабілітації (для лікування розладу, спричиненого вживанням алкоголю), а не державних медичних установах і соціальних службах, що робить такі **інтервенції недоступними** для великої частини населення. Більш того, ключові інформатори – надавачі послуг – **наголошували на потребі в відповідному навчанні**, часто не знаючи, який навчальний підхід обрати, та не маючи можливість фінансово дозволити собі існуючі навчальні можливості. Деякі навчальні можливості, які підтримуються міжнародними орга-

нізаціями протягом останніх років, часто є **короткостроковими** (напр., кілька днів) та **не пропонують необхідного подальшого контролю** і супервізії в процесі роботи для відпрацювання навичок на практиці. Вже почали розробляти інші програми, які мають міжнародну підтримку, та адаптувати **науково-доказові посібники і матеріали, які можна використувати** (напр., УП+ ВООЗ, Самодопомога+). Значна кількість психологів та психотерапевтів в Україні практикують в різноманітних умовах (напр., державні, приватні, НУО, волонтери), але в них часто обмежені посадові обов'язки (напр., лише оцінювання та перенаправлення) і обмежені навички, ось чому їх **недовикористовують**.

Рекомендації:

- Провести **навчання** в процесі роботи, а також надати подальший контроль і супервізію в процесі роботи з використання **науково-доказових підходів** для поширених психічних розладів та розладу, спричиненого вживанням алкоголю (напр., КПТ, КПТ націлена на травму, мотиваційне консультування і підтримка за принципом рівний рівному для розладу, спричиненого вживанням алкоголю), для практикуючих фахівців, таких як психологи, психотерапевти та соціальні працівники. Таке навчання може пропонуватися чи включатися в існуючі та нові ініціативи з розбудови можливостей за підтримки міжнародних виконавців та агентств.
- Переконатися, що **програми з розбудови можливостей, які пропонуються МНУО**, є науково-доказовими та надають довгостроковий подальший контроль і **супервізію в процесі роботи**. Цього можна досягнути шляхом залучення МНУО до координаційних структур (див. рекомендації в частині 1).
- Інтегрувати **науково-доказові інтервенції в навчальні програми в державних університетах**, в тому числі програми навчання бакалаврів та аспірантів. Для цього можна залучитися підтримкою наукових спільнот та започаткувати програми обміну з університетами з інших країн.
- **Брати участь в партнерствах з фахівцями** та програмах обміну з університетами з інших країн для розбудови кваліфікацій українських фахівців та спираючись на досвід організацій, які мають історію надання допомоги країнам в регіоні, наприклад, GIP. Один великий університет (Університет Джонса Гопкінса) вже обговорює з Національним університетом "Києво-Могилянська академія" інтеграцію одного науково-доказового підходу для поширених психічних розладів.
- **Оновити нинішні програми та навчальні матеріали** відповідно до міжнародних рекомендацій та кращих практик у сфері охорони психічного здоров'я. Сюди також відносять постійний переклад відповідних текстів, спираючись на ініціативи Асоціації психіатрів України за підтримки GIP. Такі рекомендації та матеріали можуть використуватися та інтегруватися керівництвом та професорами в навчальних закладах.
- Використовувати **науково-доказові посібники** та матеріали, що покривають інтервенції для поширених психічних розладів та розладу, спричиненого вживанням алкоголю, які **вже було розроблено, адаптовано і перекладено** за міжнародної підтримки, та які можна використовувати і збільшувати в масштабі серед психологів та інших фахівців (напр., УП+ ВООЗ, Самодопомога+ ВООЗ, СЕТА Університету Джонса Гопкінса). Це особливо доречно для міжнародних організацій та команд, які прагнуть розбудовувати можливості українських фахівців.

3.2. Видавати офіційні ліцензії, сертифікацію та нагляд для практикуючих психологів і психотерапевтів

На даний момент не проводиться видача ліцензій і не здійснюється нагляд за практикуючими психологами і психотерапевтами, та деякі фахівці практикують без необхідної кваліфікації та навчання, що може бути **неефективним чи навіть шкідливим** для осіб з психічними захворюваннями. Більш того, не існує механізмів підзвітності чи подачі скарг, що ще більше підриває довіру та впевненість населення. Потреба в ліцензуванні фахівців також була вказана кількома ключовими зацікавленими сторонами та описана в Концепції з охорони психічного здоров'я 2017 року.

Рекомендації:

- Регулювати професійну практику психологів і психотерапевтів, **вимагаючи сертифікацію та ліцензування** за підтримки професійних асоціацій та відповідно до європейських стандартів. Потрібно, щоб Міністерство охорони здоров'я очолило цей процес, таким чином можна буде переконатися, що прийняті відповідні закони та норми, тоді як професійним асоціаціям потрібно надавати підтримку і підсилювати їх для надання необхідної сертифікації, нагляду та просування підзвітності.
- Підтримувати нагляд та **підзвітність шляхом створення професійних етичних рад** та механізму подачі скарг для користувачів послуг з охорони психічного здоров'я. Потрібно підтримувати професійні асоціації для створення таких механізмів за активної участі та залучення користувачів послуг з охорони психічного здоров'я.

3.3. Розбудувати спроможності для визначення, лікування та перенаправлення осіб з поширеними психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю, серед надавачів послуг з надання первинної медичної допомоги

У світі інтеграцію охорони психічного здоров'я в систему первинної медичної допомоги визнано та рекомендовано як один з основних способів того, як зробити послуги з охорони психічного здоров'я доступними для більшої частини населення. В Україні інтеграцію охорони психічного здоров'я, в тому числі визначення, базове лікування та перенаправлення у випадку поширених психічних розладів та розладу, спричиненого вживанням алкоголю, рекомендують фахівці та посадовці на рівні політик (в тому числі Концепція з охорони психічного здоров'я 2017 року), і для цього потрібна розбудова спроможностей загальних фахівців з охорони здоров'я¹³⁴. Клінічні протоколи для вирішення поширених проблем з психічним здоров'ям, таких як ПТСР та депресія, на рівні первинної медичної допомоги вже існують, проте наше оцінювання показало, що надавачам часто здається, що їм бракує необхідних навичок і знання для їх застосування. Багатообіцяючі пілотні ініціативи, які отримують підтримку міжнародних донорів,

¹ Yankovsky, S.A. (2013). Medicalizing Suffering: Postsocialist Reforms of the Mental Health System in Ukraine. PhD dissertation. University of Tennessee, Knoxville, Tennessee.

вже почали залучати надавачів послуг з первинної медичної допомоги до розбудови спроможностей у сфері психічного здоров'я та об'єднувати їх з командами, до яких входять більш спеціалізовані надавачі послуг з охорони психічного здоров'я для постійної супервізії, нагляду та перенаправлення. Крім того, вже існують вимоги до обов'язкового продовження навчання, які також можна використати для розбудови спроможностей у сфері охорони психічного здоров'я.

Рекомендації:

- Продовжити **розробляти та оновлювати клінічні протоколи** для впровадження інтервенцій для осіб з поширеними психічними розладами, розладом, спричиненим вживанням алкоголю, (та іншими пріоритетними психічними розладами) на рівні первинної медичної допомоги відповідно до міжнародних стандартів, таких як **Керівництво ВООЗ з інтервенції mhGAP¹⁷⁸**. **Навчальні програми та протоколи** повинні стосуватися **виявлення** (напр., які питання ставити), **базового лікування** (напр., психоедукація, базові психосоціальні інтервенції та для лікарів – раціональне виписування антидепресантів-дженериків та уникання виписування дорогих медикаментів чи трав'яних добавок як основного лікування), а також **перенаправлення і подальший контроль** (в тому числі спілкування з більш спеціалізованими надавачами). Ключові фахівці з Міністерства охорони здоров'я, які вже залучені до процесу розробки протоколу з охорони психічного здоров'я, можуть виступати в якості лідерів за підтримки міжнародних виконавців.
- Проводити **навчання в процесі роботи та подальшу супервізію і наставництво в процесі роботи** надавачам послуг з первинної медичної допомоги (в тому числі терапевтам/сімейним лікарям, медичним сестрам, фельдшерам) відповідно до їхніх конкретних обов'язків. Переконатися, що **спеціалізовані фахівці з охорони психічного здоров'я** (напр., психіатри, наркологи) залучаються до процесу проведення навчання та надання супервізії, а також планування подальшого перенаправлення та консультацій. Можна продовжити для цього та розширити ініціативи міжнародних виконавців з розбудови можливостей, тоді як більш довгострокове збільшення масштабу повинно плануватися Міністерством охорони здоров'я.
- Переконатися, що ці протоколи та практичні аспекти навчання включено до **університетської навчальної програми** для надавачів послуг з охорони здоров'я. Університети, які проводять навчання для лікарів, медичних сестер та інших фахівців з охорони здоров'я, відіграють ключову роль та можуть отримувати підтримку від міжнародних виконавців.
- Включити навчання з питань психічного здоров'я та тренінги для оновлення знань до **вимог щодо обов'язкового постійного навчання** для медичних фахівців та до інших навчальних можливостей (напр., семінари, конференції) на національному та обласному рівнях.

3.4. Розбудовувати спроможності з надання базової психосоціальної підтримки та встановлення зв'язків з послугами серед різноманітних неспеціалізованих неформальних та громадських надавачів послуг

Під час даного оцінювання користувачі послуг з охорони психічного здоров'я повідомляли про те, що вони зверталися до багатьох фахівців з охорони психічного здоров'я, як і до нефахівців та членів громади. Вони можуть виступати в якості важливої першої контактної особи, надавати базову психосоціальну підтримку і зв'язувати людей з послугами. Більш того, особи з поширеними психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю, часто взагалі не звертаються по послуги з охорони психічного здоров'я, але можуть звертатися до інших надавачів з різними потребами (напр., соціальні служби). Особи з проблемами з психічним здоров'ям повідомляли, що включення до громади та підтримка відіграють важливу роль в процесі видужування. Коротше кажучи, відповідно до міжнародних рекомендацій, за підтримку осіб з проблемами з психічним здоров'ям повинні відповідати не лише фахівці з охорони психічного здоров'я, але й різні інші сектори (напр., з охорони здоров'я, соціальної освіти), надавачі послуг та члени громади (напр., священники, НУО). Наше оцінювання показало, що надавачі послуг на рівні громади, такі як священники, часто надають базову підтримку з охорони психічного здоров'я, тоді як громадські організації, групи і волонтери залучені до процесу надання психосоціальної підтримки і часом здійснення перенаправлень. Вони також можуть відігравати важливу роль в просуванні позитивного ставлення до осіб з психічними захворюваннями у своїх громадах і можуть гарантувати залучення постраждалих та їхніх сімей до громадських заходів і подій.

Рекомендації:

- Проводити **семінари** з питань психічного здоров'я, **базової психосоціальної підтримки** та здійснення перенаправлень до неспеціалізованих фахівців і громадських працівників. Кілька місцевих та міжнародних НУО вже розробили, адаптували і переклали психосоціальні матеріали, які можна використовувати (напр., Керівництво з надання першої психологічної допомоги ВООЗ). Це завдання можуть виконувати громадські організації з відповідним досвідом чи міжнародною підтримкою, а також за допомогою регіональних ініціатив надавачів послуг з охорони психічного здоров'я.
- **Зміцнення зв'язків та контактів для здійснення перенаправлень** між неспеціалізованими і громадськими надавачами послуг і фахівцями з охорони психічного здоров'я (напр., шляхом організації семінарів з перенаправлення, описаних в частині 1 рекомендацій).

3.5. Розглянути можливості для посилення ролі соціальних працівників в системі охорони психічного здоров'я

Хоча це оцінювання не звертало увагу конкретно на системі надання соціальних послуг, ми дізналися, що соціальні працівники є широкодоступними для українців, які проживають не в великих міських масивах, а саме в невеликих містах. Соціальні працівники часто працюють в медичних установах, разом з НУО та реалізують ініціативи зі встановлення зв'язків з громадою. Враховуючи високу частотність виникнення психічних та соціальних проблем (напр., фінансові труднощі) водночас, більш ймовірно, що вони зустрічаються з особами та сім'ями, які постраждали внаслідок поширених психічних розладів та розладу, спричиненого вживанням алкоголю. Розбудова спроможностей соціальних працівників з визначення осіб, яким потрібна допомога, надання базової науково-доказової психосоціальної підтримки та налагодження зв'язків з іншими фахівцями за потреби – все це сталі способи покращити доступність допомоги. Національний університет "Києво-Могилянська академія", наприклад, вже започаткував кілька ініціатив з розробки додаткового навчального модуля для соціальних працівників, який допомагає їм підтримувати осіб в стані психологічного дистресу.

Рекомендації:

- Проводити теоретичне та практичне **навчання для соціальних працівників**, як частину їхньої університетської навчальної програми, а також навчання в процесі роботи (для тих, хто вже працює) з визначення осіб з проблемами з психічним здоров'ям, базової психосоціальної підтримки і перенаправлення. Партнерства між навчальними закладами та МНУО можуть допомогти з підтримкою та започаткуванням програм такого навчання.
- Включити соціальних працівників до **мультидисциплінарних команд** як частину комплексної моделі надання послуг.

4. Знання про психічне здоров'я, обізнаність та самодопомога

4.1. Підвищити рівень обізнаності та надати інформацію громадськості про просування психічного здоров'я, психічні захворювання та те, як обирати кваліфікованих надавачів послуг з охорони психічного здоров'я

Різні дослідження та дане оцінювання показують, що більшість осіб покладаються на сім'ю та друзів чи шукають інформацію (напр., онлайн) під час пошуків надавача послуг з охорони психічного здоров'я. Особи з поширеними психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю, часто відкладають процес звертання по допомогу через брак інформації, витрачають багато **часу та грошей на лікування, яке може бути неефективним, непотрібним чи навіть шкідливим** (напр., самолікування медикаментами, дорогі психотропні медикаменти, народні цілителі, некваліфіковані надавачі послуг). В той же час, більшість осіб з проблемами **можуть** взагалі **не звертатися по допомогу через брак довіри до системи та стигматизацію**.

Наше оцінювання також показало, що спостерігається брак обізнаності та знань про психічні розлади, тоді як багато членів громади **стигматизують та звинувачують** постраждалих. Деякі ключові інформатори, які видужують від поширених психічних розладів та розладу, спричиненого вживанням алкоголю, також описували, що вони **не відчували підтримки від сім'ї та друзів**, які не знали, як реагувати, чи виключали їх з соціальних заходів. З іншого боку, члени сім'ї також можуть відігравати важливу роль щодо заохочення осіб з психічними захворюваннями звернутися по допомогу. **Соціальна підтримка також є важливим фактором для допомоги особам з видужуванням** після психічного захворювання відповідно до літератури та кількох ключових інформаторів з нашого оцінювання.

Концепція з охорони психічного здоров'я 2017 року також описує потребу в підвищенні рівня обізнаності про психічне здоров'я та подолання стигматизації за допомогою засобів масової інформації, обговорень в громаді, навчальних ресурсів та програм, залучення осіб з психічними розладами, а також їхніх сімей і професійних асоціацій¹¹¹.

Рекомендації:

- Створити **довідник сертифікованих надавачів послуг з охорони психічного здоров'я**, в тому числі державні та громадські організації, центри реабілітації (для осіб, які вживають алкоголь та наркотики), які пропонують науково-доказові підходи до психологічного лікування для поширених психічних розладів та розладу, спричиненого вживанням алкоголю, (напр., КПТ), що є доступними для населення (напр., інтернет, інформаційні буклети в медичних установах та соціальних службах) на обласному рівні. Подібні довідники для інших типів фахівців, наприклад, юристів, вже використовуються, і такі реєстри надавачів послуг і установ також згадуються в Національній концепції з охорони психічного здоров'я 2017 року. Такий довідник можна розробити на основі картування та ініціатив з координування, згаданих в частині 1 рекомендацій.

- Надати інформацію громадськості (напр., національні кампанії з підвищення рівня обізнаності громадськості, інформаційні буклети, інтернет, засоби масової інформації, громадські обговорення), пояснюючи **типи фахівців з охорони психічного здоров'я** (напр., психіатри, психологи, психотерапевти) та послуг, виправляючи **поширені стереотипні хибні уявлення** (напр., про стаціонарне лікування, конфіденційність), описуючи різні типи проблем з психічним здоров'ям, позитивні **методи копіngu** (напр., релаксація, соціальні заходи, фізичні вправи), застерігаючи проти використання негативних стратегій копіngu (напр., паління, вживання алкоголю та наркотиків), даючи рекомендації щодо того, **як обрати відповідного надавача послуг та чого уникати** (напр., самолікування медикаментами). Можна залучити різноманітних виконавців до впровадження різних ініціатив, в тому числі уряд, громадянське суспільство, НУО, засоби масової інформації (напр., представників радіо, телебачення, газет) та користувачів послуг. Також варто активно залучати осіб з досвідом користування послугами з охорони психічного здоров'я, оскільки вони можуть допомогти з поширенням доречних повідомлень.
- **Надавати інформацію громаді, сім'ї та друзям осіб з психічними розладами про те, як вони можуть їх підтримати.** Сюди відносять розробку та поширення **інформаційних буклетів** для друзів та членів сім'ї осіб з такими розладами про те, як вони можуть допомогти (існує багато прикладів з країн з вищим рівнем доходу), коли ці особи отримують таку продукцію при вході до певних установ (напр., медичних установ загального профілю, таких як поліклініки, соціальні та громадські служби).
- Залучати громади, сім'ю та друзів до **обговорень та інформаційних сесій** щодо просування психічного здоров'я і про те, як підтримувати осіб з проблемами з психічним здоров'ям.
- **Залучати осіб, які видужують від психічних захворювань**, та їхні сім'ї до процесу **обміну досвідом** (позитивним та негативним) з іншими, в тому числі про те, як вони змогли знайти допомогу, та що допомогло в процесі видужування (напр., громадські обговорення, радіо чи відео кліпи). Створити програми, які залучають осіб, які лікуються від поширених психічних розладів та розладу, спричиненого вживанням алкоголю, та висвітлити ключові позитивні повідомлення (напр., у будь-кого можуть виникнути проблеми з психічним здоров'ям, це не негативна риса характеру, можливо впоратися та допомогти іншим впоратися, лікування може бути ефективним, вилікуватися можна). Залучати молодих осіб та активістів, які вмотивовані для участі.
- **Навчати надавачів послуг та користувачів послуг спілкуванню з засобами масової інформації**, як спілкуватися з представниками засобів масової інформації, як розповідати історії та повідомлення (напр., за допомогою соціальних мереж, веб-сайтів).
- Працювати з **представниками засобів масової інформації** щодо того, як **відповідально та достовірно повідомляти** про осіб з проблемами з психічним здоров'ям (напр., поважаючи конфіденційність, не зображаючи їх як схильних до насильства тощо) та про суїцид.

- Створити **національну гарячу лінію** для надання базової підтримки та інформації про доступні послуги для осіб з поширеними психічними розладами, суїцидальними нахилами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю. Персоналу гарячої лінії потрібне навчання та супервізія з надання базової психосоціальної підтримки та кризового управління, а також оцінювання ризиків, лікування та підтримки осіб з суїцидальними нахилами та перенаправлення осіб, які телефонують, для отримання відповідних послуг.

4.2. Підтримувати та створювати адвокаційні групи з питань психічного здоров'я під керівництвом споживачів і залучати осіб, які лікуються від психічних захворювань, та членів сім'ї до обговорень вищого рівня і процесу прийняття рішень

Наше оцінювання показало, що існуючі організації з ведення адвокаційної діяльності переважно звертають увагу на більш тяжкі психічні розлади, інтелектуальну недостатність і права пацієнтів, тоді як менше уваги приділяється адвокації щодо потреб осіб з поширеними психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю. Також існує **небагато позитивних прикладів про осіб, які видужують від поширених психічних розладів та розладу, спричиненого вживанням алкоголю, серед** громадськості. Було започатковано кілька місцевих ініціатив окремими особами (напр., в Запоріжжі), але потрібне ширше залучення громади та підтримка. Особи, які видужують від поширених психічних розладів та розладу, спричиненого вживанням алкоголю, також не представлені в національних обговореннях і конференціях з питань психічного здоров'я, хоча вони могли б запропонувати цінну точку зору, оскільки вони є "експертами з досвідом". Більш того, візуальне залучення осіб з психічними розладами, в тому числі поширеними психічними розладами та розладом, спричиненим вживанням алкоголю, посиляє сильний сигнал про те, що вони **є цінною частиною громади** та особами з важливими навичками і здібностями. Дослідження стигматизації і психічного здоров'я показали, що часто недостатньо просто надати інформацію населенню, натомість "позитивний контакт" з особами, які видужують від психічних захворювань, є ключем до зміни ставлень. Це значить, що візуальне залучення осіб з психічними захворюваннями та їхніх членів сім'ї до обговорень, обміну досвідом, використання їхніх можливостей та прийняття лідерських ролей не лише надають важливу інформацію для прийняття рішень про послуги з охорони психічного здоров'я, а й є інструментом боротьби зі стигматизацією.

Рекомендації:

- Підтримувати чи створити **адвокаційні групи з питань психічного здоров'я під керівництвом споживачів** на національному та обласному рівнях. Використовувати досвід існуючих організацій, які очолюють споживачі, та визначати і підтримувати осіб, які лікуються від проблем з психічним здоров'ям, які хочуть, можуть та вмотивовані взяти на себе роль лідера.
- Просувати **мережі** та обмін інформацією серед існуючих груп та щойно створених груп й ініціатив.

- **Залучати осіб**, які лікуються від поширених психічних розладів та розладу, спричиненого вживанням алкоголю, до обміну досвідом, прийняття лідерських ролей і висвітлювання позитивних внесків до життя громади (напр., як частина комунікаційних кампаній та подій, згаданих в частині 4.2). Сюди також відноситься залучення **державних та поважних діячів**, які вилікувалися від проблем з психічним здоров'ям, до обміну досвідом.

4.3. Розглянути можливість того, що інформація та інтервенції з самодопомоги для поширених психічних розладів і розладу, спричиненого вживанням алкоголю, будуть доступними онлайн (електронна система психічного здоров'я)

За підрахунками, більшість осіб (до 75%), які страждають від поширених психічних розладів та розладу, спричиненого вживанням алкоголю, в Україні, не звертаються по допомогу з таких причин, як брак інформації, стигматизація, пов'язана з психічними захворюваннями і сферою охорони психічного здоров'я, та відсутність довіри до надавачів послуг. Однак, переважна більшість ключових інформаторів повідомила про те, що вони шукали інформацію онлайн, та що веб-сайти і книжки з самодопомоги були корисними для них. Багато з них також розповідали, що **вони б хотіли звертатися по допомогу у випадку проблем з психічним здоров'ям анонімно** (навіть якщо для цього потрібно їхати в іншу область чи додатково платити за прийом в приватного надавача послуг). Станом на 2013 рік, за підрахунками, 41,8% населення України мало **доступ до інтернету**, та найбільш часто інтернетом і соціальними мережами користуються молоді люди¹⁷⁹. Хоча це відносно низький показник для країн в регіоні та набагато нижчий, ніж в країнах ЄС (75,5% станом на 2013 рік), це досить велика частина населення, з якою можна налагодити зв'язок, особливо з молоддю. Дослідження з країн з вищим рівнем доходу свідчать, що електронні інтервенції у сфері охорони психічного здоров'я, які впроваджуються онлайн, можуть бути ефективними для лікування депресії та тривожних розладів¹⁸⁰. На даний момент, ВООЗ тестує таку інтервенцію в країнах з рівнем доходу, нижчим ніж середній (Ліван). ВООЗ також розробляє друкований посібник з Самодопомоги + (для поширених психічних розладів), який зараз проходить пілотні тестування в різних країнах, в тому числі Україні (за підтримки ІМС). Більш того, ВООЗ провело тестування інструменту з веб-версії інтервенції для самодопомоги з питань вживання алкоголю і охорони здоров'я в чотирьох пілотних країнах (Білорусі, Бразилії, Індії та Мексиці)¹⁸¹. Хоча для цих інтервенцій потрібні ресурси для їх розробки, особливо на початкових етапах, вплив на громадське здоров'я може бути суттєвим, враховуючи можливість широкого покриття і модель самодопомоги, яка є раціональною з точки зору витрат.

Рекомендації:

- **Розробити і провести пілотний запуск електронних** інтервенцій з охорони психічного здоров'я для пріоритетних психічних розладів (напр., депресії і розладу, спричиненого вживанням алкоголю, які мають особливо суттєвий економічний вплив і вплив на громадське здоров'я в Україні). Міжнародні партнерські організації та донори можуть надати технічну та фінансову підтримку таким проектам.

- **Зв'язувати** загальних (напр., сімейних лікарів, терапевтів) і спеціалізованих надавачів послуг з доступними електронними інтервенціями у сфері психічного здоров'я, щоб вони могли запропонувати їх пацієнтам і проводити подальший контроль (деякі дослідження показують, що здійснення подальшого контролю надавачем послуг робить такі інтервенції більш ефективними).
- Розглянути можливість **розробки матеріалів з самодопомоги**, використовуючи різні платформи (напр., буклети чи записи з використанням посібника ВООЗ з Самодопомоги+). Такі матеріали також можна інтегрувати в існуючі чи заплановані програми громадянського суспільства та міжнародних виконавців, які надають підтримку психічному здоров'ю. В довгостроковій перспективі ці матеріали також можна інтегрувати в процес надання державних послуг з охорони здоров'я (напр., психологами, надавачами загальних послуг з охорони здоров'я).

ДЖЕРЕЛА

1. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. (2017) *Ukraine: Humanitarian Overview – Needs and Response Analysis* (January – May 2017). *HumanitarianResponse.info* (UN OCHA). Retrieved from Humanitarian Response Website: <https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/ukraine/document/ukraine-humanitarian-overview-needs-and-response-analysis-january-may>
2. Central Intelligence Agency. (2017). The World Factbook: Ukraine. (August 01, 2017). Central Intelligence Agency. Retrieved from <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/up.html>
3. World Bank Group: Social, Urban, Rural & Resilience. (2017). *Conflict in Ukraine: Socio-Economic Impacts of Internal Displacement and Veteran Return. Summary Report*. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/571011497962214803/pdf/>
4. Fedyuk, O., & Kindler, M. (2016). *Ukrainian Migration to the European Union: Lessons from Migration Studies*: IMISCOE Research Series.. Retrieved from <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-319-41776-9.pdf>
5. State Statistics Service of Ukraine. (2009-2017). *Population (by estimate) as of March 1, 2017. Average annual populations January-February 2017*. [Data set]. Retrieved from http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2017/ds/kn/kn_e/kn0217_e.html
6. Foundation 101. (2017) *The Number of Registered IDPs Decreased in 2017*. Retrieved from <https://www.foundation101.org/en/news/20170301>
7. *Релігія, Церква, суспільство і держава: два роки після Майдану* [Religion, Church, Society and State: Two Years after Maidan] (pdf) (in Ukrainian), Kiev: Razumkov Center in collaboration with the All-Ukrainian Council of Churches (sample of 2,018 people), 26 May 2016, pp. 22, 29, archived (PDF) from the original on 2017-04-22
8. The World Bank, World Development Indicators database. (2016) *Ukraine Country Profile*. Retrieved from http://databank.worldbank.org/data/Views/Reports/ReportWidgetCustom.aspx?Report_Name=CountryProfile&Id=b450fd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n&country=UKR
9. The World Bank, World Bank national accounts data, and OECD National Accounts data files. (2016). *GDP per capita (current US\$), Ukraine*. Retrieved from <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=UA>
10. The World Bank, United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization (UNESCO) Institute for Statistics. (2015). *Literacy rate, adult total (% of people ages 15 and above)*, Retrieved from <https://data.worldbank.org/indicator/SE.ADT.LITR.ZS?locations=UA&page=3>
11. United Nations Development Program (2016). *Human Development Report 2016: Human Development for Everyone, Briefing note for countries on the 2016 Human Development Report, Ukraine*. Retrieved from http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/UKR.pdf
12. Bromet, E. J., Gluzman, S. F., Paniotto, V. I., Webb, C. P. M., Tintle, N. L., Zakhosha, V., . . . Schwartz, J. E. (2005). Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine: Findings from the Ukraine World Mental Health survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(681), 1-10. doi:10.1007/s00127-005-0927-9
13. Gilmore, A. B., McKee, M., & Rose, R. (2002). Determinants of and inequalities in self-perceived health in Ukraine. *Social Science & Medicine*, 55(12), 2177-2188.
14. World Health Organization, Country statistics and global health estimates by WHO and UN partners (2015). *Ukraine: WHO statistical profile*. Retrieved from <http://www.who.int/gho/countries/ukr.pdf?ua=1>
15. World Health Organization (2014). *Noncommunicable Diseases Country Profiles 2014, Ukraine*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509_eng.pdf?ua=1
16. Health Strategic Advisory Group (Health SAG). (2014). *National Health Reform Strategy for Ukraine 2015-2020*. Retrieved from http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2015/03/Strategiya_Engl_for_inet.pdf
17. The World Bank (2015). *Life expectancy at birth, total (years)*. Retrieved from <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=EU>
18. AVERT. (2017). *HIV and AIDS in Ukraine*. Retrieved from <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/eastern-europe-central-asia/ukraine>

19. World Health Organization. *Tuberculosis country work summary: Ukraine*. Retrieved from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/country-work/ukraine>
20. PEPFAR U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief. (2017) *Ukraine Country Operational Plan (COP) Strategic Direction Summary*. Retrieved from <https://www.pepfar.gov/documents/organization/272024.pdf>.
21. World Health Organization. (2001). *World health report. Mental disorders affect one in four people*. http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/
22. Golichenko, O., van de Graaf, W., Oтуру, K., de Graaf, P. (2006). Transition of Adult Mental Health Services in Ukraine (1991–2006). Royal Tropical Institute, Development Policy & Practice, the Netherlands. In the process of preparation for the publication.
23. Gluzman, S. & Kostyuchenko, S. (2006). Psychiatry in Ukraine. *International Psychiatry*, 3(2), 38–40.
24. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Results Tool. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2016. Retrieved from <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>. (Accessed [8/3/2017]).
25. European health for all database (HFA-DB). WHO/Europe July 2016. Retrieved from <http://data.euro.who.int/hfadb/>
26. World Health Organization (2015). *Global Health Observatory data repository, Total consumption by country*. Retrieved from views. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.52280>
27. World Health Organization. (2014). *Ukraine, Alcohol Consumption: Levels and Patterns*. Retrieved from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/ukr.pdf?ua=1
28. CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf
29. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. (2014). *Social determinants of mental health*. Geneva.
30. Zaller, N., Mazhnaya, A., Larney, S., Islam, Z., Shost, A., Prokhorova, T., Rybak, N. & Flanagan, T. (2015) Geographic variability in HIV and injection drug use in Ukraine: Implications for integration and expansion of drug treatment and HIV care. *International Journal of Drug Policy*, 26, 37–42.
31. Polonsky, M., Azbel, L., Wickersham, J.A., Taxman, F.S., Grishaev, E., Dvoryak, S. & Altice, F. (2015). Challenges to implementing opioid substitution therapy in Ukrainian prisons: Personnel attitudes toward addition, treatment and people with HIV/AIDS. *Drug and Alcohol Dependence*, 148, 47–55.
32. Bromet, E.J., Gluzman, S. F., Paniotto, V.I., Tintle, N. I., Zakhozha, V., Havenaar, J.M., ... Schwartz, J. E. (2005). Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine: Findings from the Ukraine World Mental Health survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40(681), 1–10. doi: 10.1007/s00127-005- 0927-9
33. Lekhan V.N., Rudyi V.M., Shevchenko M.V., Nitzan Kaluski D., & Richardson, E. (2015). Ukraine: Health system review. *Health Systems in Transition*, 17(2): 1–153.
34. Bromet, E. J., Havenaar, J. M., Tintle, N., Kostyuchenko, S., Kotov, R., & Gluzman, S. (2007). Suicide ideation, plans and attempts in Ukraine: Findings from the Ukraine world mental health survey. *Psychological Medicine*, 37(6), 807–19. Retrieved from <http://du.idm.oclc.org/login?url=http://search.proquest.com/du.idm.oclc.org/docview/204493147?accountid=14608>
35. Nordstrom, D. (2007). Ukraine set to act on high suicide burden. *Injury Prevention*, 13, 224–226. doi: 10.1136/ip.2007.015768
36. Colborne, E. (2015). Ukraine struggles with rise in PTSD. *Canadian Medical Association Journal*, 187(17), 1275. doi:10.1503/cmaj.109-5160
37. Pinchuk I., Stepanova N., Sukhovii O., Sulimovska H., & Zukow W. (2014). Influence of psychosocial factors on mental health: the results of questioning persons, suffered in zone of antiterrorist operation in Ukraine, internally displaced persons and employees involved in providing assistance. *Journal of Health Sciences*, 4(12), 133–166. doi: 10.5281/zenodo.13123

38. Roberts, B., Makhashvili, N., & Javakhishvili, J. (2016). *Research Summary, The burden of mental disorders and access to services among internally displaced persons in Ukraine*. Unpublished manuscript, The International Alert; GIP-Tbilisi; London School of Hygiene and Tropical Medicine.
39. Interagency Vulnerability Assessment in Luhansk and Donetsk Oblasts, November 2016, p.49, IMC Partner Focus Group Discussion with beneficiaries, May 2016, Kramatorsk
40. International Medical Corps needs assessments with conflict affected populations through interviews and focus group discussions between July and September 2016 in GCA and NGCA locations
41. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (UNOCHA). (2017). *Humanitarian Needs Overview 2017, Ukraine*. Retrieved from: https://www.humanitarianresponse.info/system/files/documents/files/ukraine_humanitarian_needs_overview_2017_eng.pdf
42. Bass, J., Bogdanov, S., Bolton, P., Doty, S. B., Haroz, E., Murray, L., & Sing, N. (2016). Psychosocial Assessment of Military Veterans and Internally Displaced People in Ukraine: Development and Testing of a Locally-Adapted Instrument. *United States Agency for International Development Victims of Torture Fund Project*.
43. Qualitative Study Report. (2016). National University of Kyiv – Mohyla Academy, Johns Hopkins University, with the support of USAID's Victims of Torture Program.
44. Roberts, B., Makhashvili, N., Javakhishvili, J., Karachevsky, A., Kharchenko, N., Shpiker, M., & Richardson, E. (2017). Mental health care utilisation among internally displaced persons in Ukraine: results from a nation-wide survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, Cambridge University Press*, draft. doi: 10.1017/S2045796017000385
45. Korostiy, V. Mental health of internally displaced persons in Ukraine. *Anxiety disorders, OCD, stress related disorders and treatment*, 4.
46. Hanna, F. (2017). Alcohol and substance use in humanitarian and post-conflict situations. *Eastern Mediterranean Health Journal (EMHJ)*, 23(3). Retrieved from http://applications.emro.who.int/emhj/v23/03/EMHJ_2017_23_03_231_235.pdf?ua=1
47. Психічне здоров'я населення України Аналітично-статистичний довідник за 2013-2015 роки [Mental Health of population of Ukraine Analytical and Statistical Guide. 2013-2015]
48. Roberts, B., Makhashvili, N., Javakhishvili, J. 2016. The burden of mental disorders and access to services among internally displaced persons in Ukraine. The International Alert; GIP-Tbilisi; London School of Hygiene and Tropical Medicine.
49. Tintle, N., Bacon, B., Kostyuchenko, S., Gutkovich, Z., & Bromet, E. J. (2011). Depression and Its Correlates in Older Adults in Ukraine. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(12), 1292–1299. <http://doi.org/10.1002/gps.2681>
50. The WHO World Mental Health Survey Consortium (2004). Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization. *American Medical Association JAMA*, 291(21), 2581-2590. doi:10.1001/jama.291.21.2581. Retrieved from <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/198847>
51. Webb C. P., Bromet E. J., Tintle N. L., Schwartz J. E., Gluzman S. F., Kostyuchenko S. et al. (2005). Epidemiology of Heavy Alcohol Use in Ukraine: Findings from the World Mental Health survey. *Alcohol and Alcoholism*, 40(4), 327-335.
52. Pomerleau, J ; Mckee, M ; Rose, R ; Haerpfer, C ; Rotman, D ; Tumanov, S. Hazardous alcohol drinking in the former Soviet Union: A cross-sectional study of eight countries. *Alcohol and Alcoholism*, Jun 2008, Vol.43(3), pp.351-359.
53. Bromet, E. J., Havenaar, J. M., Tintle, N., Kostyuchenko, S., Kotov, R., & Gluzman, S. (2007). Suicide ideation, plans and attempts in Ukraine: Findings from the Ukraine world mental health survey. *Psychological Medicine*, 37(6), 807-19. Retrieved from <http://du.idm.oclc.org/login?url=http://search.proquest.com/du.idm.oclc.org/docview/204493147?accountid=14608>
54. World Health Organization (2009). Suicide rates (per 100,000). Retrieved from http://www.who.int/mental_health/media/ukra.pdf

55. Nordstrom, D. (2007). Ukraine set to act on high suicide burden. *Injury Prevention*, 13, 224–226. doi: 10.1136/ip.2007.015768
56. Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609–615.
57. Garipey G, Honkaniemi H, Quesnel-Vallée A. *Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries*. British Journal of Psychiatry. 1–10. doi: 10.1192/bjp.bp.115.169094
58. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva, World Health Organization, 2014.
59. World Health Organization. 2015. Meet Report on Excess Mortality in Persons with Severe Mental Disorders. WHO Headquarters, Geneva, 18-20 November 2015. Retrieved from <https://www.fountainhouse.org/sites/default/files/ExcessMortalityMeetingReport.pdf>
60. Laursen, T.M. (2011). Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *Schizophrenia Research*, 131, 101–104.
61. Charlson, F. J., Baxter, A. J., Dua, T., Degenhardt, L., Whiteford, H. A., & Vos, T. (2015). Excess mortality from mental, neurological and substance use disorders in the Global Burden of Disease Study 2010. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(2), 121–140. doi:10.1017/S2045796014000687
62. Levchuk, N. (2009). Alcohol and Mortality in Ukraine (Working paper). *Max Planck Institute for Demographic Research*. Retrieved from <http://www.demogr.mpg.de/papers/working/wp-2009-017.pdf>
63. Linkskiy, I.V., et al. (2012). Addictive Behavior Among Young People in Ukraine: A Pilot Study. *Substance Use & Misuse*. doi: 10.3109/10826084.2012.683926
64. Levchuk, N. (2009). Alcohol and Mortality in Ukraine (Working paper). *Max Planck Institute for Demographic Research*. Retrieved from <http://www.demogr.mpg.de/papers/working/wp-2009-017.pdf>
65. World Health Organization Regional Office for Europe. (2016). Alcohol use. Data and statistics. Infographic-The risk of dying from an alcohol-attributable cause. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/data-and-statistics>
66. World Health Organization (2014). Preventing Suicide: A Global Imperative. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1
67. Charlson, F. J., Baxter, A. J., Dua, T., Degenhardt, L., Whiteford, H. A., & Vos, T. (2015). Excess mortality from mental, neurological and substance use disorders in the Global Burden of Disease Study 2010. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(2), 121–140. doi:10.1017/S2045796014000687
68. World Health Organization. Department of (2017). WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000–2015. *Department of Information, Evidence and Research WHO, Geneva*. Retrieved from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalDALYmethods_2000_2015.pdf
69. World Health Organization. (2016). *Global Health Estimates 2015: Burden of disease by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2015*. Retrieved from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html
70. International Medical Corps Capability Statement, *International Medical Corps Mental Health & Psychosocial Support*, January 2013.
71. Mathers C, Loncar D. Updated Projections of Global Mortality and Burden of Disease, 2002–2030: data sources, methods, and results. Evidence and Information for Policy Working Paper, 2005.
72. World Health Organization Europe (2005). Highlights on health in Ukraine. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/103615/E88285.pdf?ua=1
73. Institute for Health Metrics and Evaluation. (2017). University of Washington, Retrieved from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=querytool-permalink/5eb2f2c415af0f2978b-096f7e5346d5c>
74. World Health Organization. (2015). Health statistics and information systems, Disease Burden. Retrieved from http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html

75. World Health Organization. (2015). Mental health atlas 2014. Geneva: World Health Organization. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011_eng.pdf
76. Murauskiene L, Janoniene R, Veniute M, van Ginneken E, Karanikolos M. Lithuania: health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(2): 1–150.
77. Popovich L, Potapchik E, Shishkin S, Richardson E, Vacroux A, and Mathivet B. Russian Federation: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2011; 13(7):1–190.
78. The World Bank, World Health Organization Global Health Expenditure database (2014). *Health expenditure, total (% of GDP)*. Retrieved from <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS?locations=EU&order=>
79. <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS?locations=RU&order=>
80. World Health Organization. (2005). Mental health atlas 2005: Geneva: World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles_countries_j_m.pdf?ua=1
81. The World Bank, World Health Organization Global Health Expenditure database (2014). *Health expenditure per capita (current US\$)*. Retrieved from <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP?end=2014&start=1995&view=chart>
82. World Health Organization. *Countries, Lithuania*. Retrieved from <http://www.who.int/countries/ltu/en/>
83. The World Bank, World Health Organization Global Health Expenditure database (2014). *Health expenditure per capita (current US\$), Lithuania*. Retrieved from <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP?locations=LT&order=>
84. The World Bank, World Health Organization Global Health Expenditure database (2014). *Health expenditure per capita (current US\$), European Union*. Retrieved from <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP?locations=EU>
85. The World Bank, World Health Organization Global Health Expenditure database (2014). *Health expenditure per capita (current US\$), Russian Federation*. Retrieved from <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP?locations=RU&order=>
86. World Health Organization. (2005). Mental health atlas 2005: Geneva: World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles_countries_j_m.pdf?ua=1
87. Tishchuk TA, Kharazishvili YM, Ivanov AV (2011). *The shadow economy in Ukraine: The scale and future direction (analytical report)*. Kyiv, National Institute for Strategic Research. (as cited in Lekhan, 2015)
88. The World Bank, World Health Organization Global Health Expenditure database (2014). *Health expenditure, private (% of GDP) European Union*. Retrieved from <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PRIV.ZS?locations=EU&order=>
89. The World Bank, World Health Organization Global Health Expenditure database (2014). *Health expenditure, public (% of government expenditure) European Union*. Retrieved from <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL.GX.ZS?locations=EU>
90. The World Bank, World Health Organization Global Health Expenditure database (2014). *Health expenditure, public (% of GDP) European Union*. Retrieved from <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL.ZS?locations=EU>
91. The World Bank, World Health Organization Global Health Expenditure database (2014). *Out-of-pocket health expenditure (% of total expenditure on health), Ukraine*. Retrieved from <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.TO.ZS?locations=UA&order=>
92. The World Bank, World Health Organization Global Health Expenditure database (2014). *Out-of-pocket health expenditure (% of total expenditure on health), Lithuania*. Retrieved from <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.TO.ZS?locations=LT&order=>
93. The World Bank, World Health Organization Global Health Expenditure database (2014). *Out-of-pocket health expenditure (% of total expenditure on health), Russian Federation*. Retrieved from <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.TO.ZS?locations=RU&order=>
94. Mladovsky P et al. (2012). Health policy responses to the financial crisis in Europe. *Policy Summary*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Health Evidence Network (HEN). (as cited in Lekhan, 2015).

95. Golichenko, O., van de Graaf, W., Oтуру, K., & de Graaf, P. (2006). Transition of Adult Mental Health Services in Ukraine (1991-2006). Royal Tropical Institute, Development Policy & Practice, the Netherlands. In the process of preparation for the publication.
96. 2002 Programme for Providing the Citizens of Ukraine with Free Health Care Guaranteed by the State (Cabinet of Ministers Resolution No. 955 of 11 July 2002).
97. Lekhan, V., Rudi, V., Shevchenko, M., Nitzan Kaluski, D., & Richardson, E. (2015). Ukraine: health system review. *Health Systems in Transition*, 17(2), 1–154
98. Law of Ukraine "On Psychiatric Care", 2000, in Ukrainian <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>
99. State Statistics Service of Ukraine in 2012
100. Ukrainian Centre for European Policy (UCEP). (2016) European Integration Obligations: How is the Ministry of Health of Ukraine Planning to Reform the Blood Service and the Public Health System? Retrieved from <http://ucep.org.ua/en/research/european-integration-obligations-how-is-the-ministry-of-health-of-ukraine-planning-to-reform-the-blood-service-and-the-public-health-system/>
101. (The Basics of Law of Ukraine on the Mandatory State Social Security (1998), in Ukrainian, <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/16/98-ep>)
102. Order of the Ministry of Health Care of Ukraine 31.07.2013 No. 667 "Conclusion of medical panel of institution pertaining to the constant care needs for disabled persons (group I and II) due to mental disorder and Instructions to the provision of the care", in Ukrainian <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z1666-13>
103. Law of Ukraine "On Psychiatric Care", 2000, in Ukrainian <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>
104. Ukraine public finance review may 24, 2017
105. <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>
106. NON-PAPER EU-Ukraine Sub-Committee on Economic and Other Sector Cooperation – Cluster 6 meeting on Employment, Social Policy, Equal Rights and Public Health Kyiv, 10 June 2016.
107. Law of Ukraine "On Psychiatric Care", 2000, in Ukrainian <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>
108. Concept for local administration reforms and territorial organization of government in Ukraine as of April 1, 2014, <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80> (Ukrainian)
109. <http://ua.racurs.ua/1261-rol-ta-misce-psyhiatrychnoyi-dopomogy-u-strukturi-gospitalnyh-okrugiv>
110. World Health Organization. (2005). Mental Health Atlas Country Profiles. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles_countries_t_z.pdf?ua=1
111. Ministry of Health Ukraine. The Concept of the State Target Complex Program for the Development of Mental Health in Ukraine for 2006-2010. Retrieved from http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20060404_0.html
112. Ustinov AV (2013). The presented development concept for psychiatric care. *Ukrainian Medical Journal*. (as cited in Lekhan, 2015).
113. 2016, in Ukrainian, by I.Ya. Pinchuk. "National Mental Health Programme. Important Steps towards Transformation", 2017, Kyiv, NeuroNews
114. http://moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20170503_0#2
115. Scheil-Adlung, X. & Kuhl, C. (2011). Social Security for all: Addressing inequities in access to health care for vulnerable groups in countries of Europe and Central Asia. International Labour Organization. Retrieved from http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_secsec_25201.pdf
116. World Health Organization. (2009). Improving health systems and services for mental health. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44219/1/9789241598774_eng.pdf
117. The Order of the Cabinet of Ministers of Ukraine. (2017). Concept Note of State Targeted Mental Health Program in Ukraine Lasting till 2030.
118. Yankovsky, 2016, p 8

119. Щорічна доповідь 2015 про стан здоров'я населення України <http://www.uiph.kiev.ua/download/Vidavnictvo/Shchorichna%20dopovid/%D0%A9%D0%BE%D1%80%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B0%20%D0%B4%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%B2%D1%96%D0%B4%D1%8C.2015.pdf>
120. Center for Health Statistics Ministry of Health of Ukraine <http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>
121. World Health Organization. (2014). Beds in general hospitals for mental health and beds in mental hospitals (per 100 000 population). Retrieved from http://www.who.int/gho/mental_health/care_delivery/beds_hospitals/en/
122. WHO | Beds in general hospitals for mental health and beds in mental hospitals (per 100 000 population). (n.d.). Retrieved from http://www.who.int/gho/mental_health/care_delivery/beds_hospitals/en/
123. Zhabenko, O., Interview, September 9, 2013). Global Mental Health Inside Story: Olena Zhabenko, Kiev, Ukraine. *In2mentalhealth*. Retrieved from: <https://in2mentalhealth.com/2013/09/09/global-mental-health-inside-story-olena-zhabenko-kiev-ukraine/>
124. Eurostat Statistics Explained. Average length of stay for hospital in-patients, by disease injury, 2014 (days). [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Average_length_of_stay_for_hospital_in-patients,_by_disease_injury,_2014_\(days\).png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Average_length_of_stay_for_hospital_in-patients,_by_disease_injury,_2014_(days).png)
125. Gluzman, S. & Kostyuchenko, S. (2006). *Psychiatry in Ukraine*. *International Psychiatry*, 3(2), 38-40.
126. Reaction To Human Stress And Disorder Adaptation. Post-traumatic Stress Disorder: http://www.moz.gov.ua/docfiles/dn_20151201_0_ukp_dod.pdf
127. Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) health care on Depression, 2014 http://moz.gov.ua/docfiles/dn_20141225_1003dod.pdf
128. Law of Ukraine "On Narcotic Drugs, Psychotropic Substances and Precursors of 1995 <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/60/95-%D0%B2%D1%80>
129. Cabinet of Ministers decree concerning the licensing of economic activities for the cultivation of plants included in Table I of the list of narcotic drugs, psychotropic substances and precursors. <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/60/95-%D0%B2%D1%80>
130. World Health Organization. (2010). Evaluation of Structure and Provision of Primary Care in Ukraine: A survey-based project in the regions of Kiev and Vinnitsa. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/129022/e94565.pdf
131. World Health Organization. (2010). Evaluation of Structure and Provision of Primary Care in Ukraine: A survey-based project in the regions of Kiev and Vinnitsa. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/129022/e94565.pdf
132. Stickley A et al. (2013). Prevalence and factors associated with the use of alternative (folk) medicine practitioners in 8 countries of the former Soviet Union. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 13:83. (as cited in Lekhan, 2015).
133. Presidential Decree No. 823/98 of 31 July 1998, On the regulation of folk and alternative medicine
134. Yankovskyy, S.A. (2013). *Medicalizing Suffering: Postsocialist Reforms of the Mental Health System in Ukraine*. PhD dissertation. University of Tennessee, Knoxville, Tennessee.
135. Decree of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 1071 "On the Procurement Procedure for Purchasing Medications by Health Care Institutions Funded through the Budget" (<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1071-96-n/print1478698547761298>), it is to expire on the 1 of July 2017. The transition period will be until 2018
136. Decree of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 1071 "On the Procurement Procedure for Purchasing Medications by Health Care Institutions Funded through the Budget" (<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1071-96-n/print1478698547761298>), it is to expire on the 1 of July 2017. The transition period will be until 2018
137. Richardson E, Sautenkova N, Bolokhovets G (2014). Pharmaceutical care. In: Rechel B, Richardson E, McKee M, eds. *Trends in health systems in the former Soviet countries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe: 145–158. (as cited in Lekhan, 2015).
138. Про внесення змін до постанов Кабінету Міністрів України від 17 жовтня 2008 р. № 955 і від 2 липня 2014 р. № 240 Cabinet of Ministers Decree No. 955 of 17 October 2008 <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/43-2017-n>

139. Malykh AG, Sadaie MR (February 2010). "Piracetam and piracetam-like drugs: from basic science to novel clinical applications to CNS disorders". *Drugs*. **70** (3): 287–312. PMID 20166767. doi:10.2165/11319230-000000000-00000
140. ^ Jump up to:^a^b^cNootropil®. Arzneimittel-Kompendium der Schweiz. 2013-09-12. Retrieved 2013-10-27.
141. Concept Note of State Targeted Mental Health Program in Ukraine Lasting till 2030.
142. International Medical Corps. (January 2015). Emergency Assessment Report. Eastern Ukraine. Retrieved from http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/International%20Medical%20Corps%20Emergency%20Assessment_Eastern%20Ukraine_January%202015.pdf
143. Ougrin, D., Guzman, S., & Dratcu, L. (2006). Psychiatry in post-communist Ukraine: dismantling the past, paving the way for the future, *Psychiatric Bulletin*, 30, 456-459. doi: 10.1192/pb.30.12.456
144. Aaronson, W.E. & Bizamcer, A.N. (2000). Integrating Mental Health into the Primary Care Model: The Kieve/Philadelphia Experience. CommonHealth.
145. <http://sercevoiina.org/wp-content/uploads/2016/02/Doslidzhennya.pdf>
146. Law of Ukraine "On Improvement of Preventive Antialcohol and Antidrug Methods and Mandatory reviews" (1997) http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/REG2390.html
147. Resolution "On Approval of the Mandatory Preliminary and Periodic Psychiatric Reviews and a List of Medical Psychiatric Contraindications Regarding Specific Activities (jobs, occupations, service) that Can Pose Direct Threat to the Person Who Performs this Activity or to the Others", 2000, in Ukraine <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1465-2000-n>
148. Resolution "On Approval of the Mandatory Preliminary and Periodic Psychiatric Reviews and a List of Medical Psychiatric Contraindications Regarding Specific Activities (jobs, occupations, service) that Can Pose Direct Threat to the Person Who Performs this Activity or to the Others", 2000, in Ukraine, (Amendments to the former document as of 2012) <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/924-2012-n>
149. Decree of the Cabinet of Ministers of Ukraine" (<http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/z0586-97>)
150. Decree of 6 November 1997 No. 1238 "On the Mandatory Preventive Narcological Examination and Procedure for Conducting", in Ukrainian, <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1238-97-n>
151. European Commission (2013). Mental Health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/euro-popp_full_en.pdf
152. World Health Organization. (2015). Mental Health Atlas: Country Profile Russia. Geneva: World Health Organization.
153. Pinchuk, I., Gluzman, S., & van Voren, R. (2015). Mental health in Eastern Ukraine: the ravaging effects of war
154. Pinchuk, I., Gluzman, S., & van Voren, R. (2015). Mental health in Eastern Ukraine: the ravaging effects of war.
155. Yankovskyy, S.A. (2013). Medicalizing Suffering: Postsocialist Reforms of the Mental Health System in Ukraine. PhD dissertation. University of Tennessee, Knoxville, Tennessee.
156. Global Initiative on Psychiatry (2011) Mental Health Reforms '11—special issue: mental health challenges in Lithuania. Hilversum (The Netherlands): Global Initiative on Psychiatry. Retrieved from <http://www.gip-global.org/files/mhr-lithuania-2011.pdf>
157. Makhashvili N, van Voren R (2013) Balancing Community and Hospital Care: A Case Study of Reforming Mental Health Services in Georgia. *PLoS Med* 10(1): e1001366. doi:10.1371/journal.pmed.1001366
158. Bonnie, R. J. (2001). Semyon Gluzman and the Unraveling of Soviet Psychiatry. *J Am Acad Psychiatry Law*, 29, 327-329.
159. World Psychiatric Association http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=245
160. <http://upa-psychiatry.org.ua/index.html>
161. <http://www.inpn.org.ua/page-statut.html>

162. Lekhan VN, Rudy VM, eds (2007). *Key strategies for further development of the health care sector in Ukraine: Joint report*. Kyiv, Rayevsky Scientific Publishers. (as cited in Lekhan, 2015).
163. Tymczuk A (2006). Public duties and private obligations: Networking and personalization of relations in Ukraine. *Anthropology of East Europe Review*, 62(2):62–70. (as cited in Lekhan, 2015).
164. Stepurko T et al. (2013). Informal patient payments in maternity hospitals in Kiev, Ukraine. *International Journal of Health Planning and Management*, 28(2):e169–e187. (as cited in Lekhan, 2015).
165. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys (2004). *American Medical Association JAMA*, 291(21), 2581–2590. <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/198847>
166. International Medical Corps. (January 2015). Emergency Assessment Report. Eastern Ukraine. Retrieved from http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/International%20Medical%20Corps%20Emergency%20Assessment_Eastern%20Ukraine_January%202015.pdf
167. World Bank. 2017. *Conflict in Ukraine : socio-economic impacts of internal displacement and veteran return – summary report May 2017*. Washington, D.C. : World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/571011497962214803/Conflict-in-Ukraine-socio-economic-impacts-of-internal-displacement-and-veteran-return-summary-report-May-2017>
168. World Bank. 2017. *Conflict in Ukraine : socio-economic impacts of internal displacement and veteran return – summary report May 2017*. Washington, D.C. : World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/571011497962214803/Conflict-in-Ukraine-socio-economic-impacts-of-internal-displacement-and-veteran-return-summary-report-May-2017>
169. Chisolm, D. Return on Investment in Global Mental Health innovation: a primer. [December 2016]
170. Alonso, J., Petukhova, M., Vilagut, G., Chatterji, S., Heeringa, S., Üstün, T. B., ... Kessler, R. C. (2011). Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. *Molecular Psychiatry*, 16(12), 1234–1246. <http://doi.org/10.1038/mp.2010.101>
171. World Health Organization. (2009). Improving health systems and services for mental health.
172. World Health Organization (WHO). Building back better: sustainable mental health care after emergencies. Overview. WHO: Geneva, 2013.
173. World Health Organization and the Gulbenkian Global Mental Health Platform. Innovation in deinstitutionalization: a WHO expert survey. Geneva, World Health Organization, 2014.
174. Fiona Leh Hoon Chuah, Victoria Elizabeth Haldane, Francisco Cervero-Liceras, Suan Ee Ong, Louise A Sigfrid, Georgina Murphy, Nicola Watt, Dina Balabanova, Sue Hogarth, Will Maimaris, Laura Otero, Kent Buse, Martin McKee, Peter Piot, Pablo Perel, Helena Legido-Quigley; Interventions and approaches to integrating HIV and mental health services: a systematic review. *Health Policy Plan* 2017 czw169. doi: 10.1093/heapol/czw169
175. Chibanda D, Cowan F, Gibson L, Weiss HA, Lund S. 2016. Prevalence and correlates of probable common mental disorders in a population with high prevalence of HIV in Zimbabwe. *BMC Psychiatry* 16: 55.
176. Preventing suicide: a community engagement toolkit. Pilot version 1.0. Geneva: World Health Organization; 2016. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
177. World Health Organization. (2016). mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings, Version 2.0. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250239/1/9789241549790-eng.pdf?ua=1>
178. World Health Organization. (2016). mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings, Version 2.0. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250239/1/9789241549790-eng.pdf?ua=1>
179. World Bank (2014b). *World Development Indicators*. (as cited in Lekhan, 2015).
180. Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M.G., McEvoy, P. & Titov, N. (2010). Computer Therapy for the Anxiety and Depressive Disorders Is Effective, Acceptable and Practical Health Care: A Meta-Analysis. *PLoS ONE* 5(10): e13196. doi:10.1371/journal.pone.0013196
181. World Health Organization. (2012). *Management of substance abuse, E-health technologies and substance abuse*. Retrieved from http://www.who.int/substance_abuse/activities/ehealth/en/

