

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Києво–Могилянська академія»
Факультет соціальних наук і соціальних технологій
Школа соціальної роботи імені проф. В. Полтавця

Кваліфікаційна робота
освітній ступінь – бакалавр

на тему: **«ПСИХОСОЦІАЛЬНА ТА ПСИХІАТРИЧНА
ДОПОМОГА ЛЮДЯМ, ЯКІ МАЮТЬ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ»**

Виконала: студентка 4-го року
навчання,
Спеціальності
231 Соціальна робота

Кріжік Катерина Сергіївна

Керівник Гусак Н.Є.
кандидат соціологічних наук,
доцент

Рецензент Бондаренко Н.Б.

Кваліфікаційна робота захищена
з оцінкою « _____ »

Секретар ЕК _____
« ____ » _____ 2020 р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ НАДАННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ТА ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛЮДЬМ, ЯКІ МАЮТЬ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ.....	6
1.1 Основні принципи надання послуг з охорони психічного здоров'я в громаді.....	6
1.2 Нормативно-правове регулювання надання психосоціальної та психіатричної допомоги людям, які мають психічні розлади.....	9
1.3 Послуги та інтервенції, що надаються міждисциплінарними командами у сфері психічного здоров'я.....	16
РОЗДІЛ 2 МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	21
2.1 Час та етапи проведення дослідження.....	21
2.2 Процедура проведення дослідження.....	22
2.3 Методи та інструменти дослідження.....	24
2.4 Характеристики вибірки дослідження.....	25
2.5 Труднощі проведення дослідження.....	27
2.6 Концептуалізація та операціоналізація понять.....	28
РОЗДІЛ 3 ОСОБЛИВОСТІ ОТРИМАННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ТА ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛЮДЬМИ, ЯКІ МАЮТЬ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ.....	30
3.1 Надавачі та зміст психосоціальної та психіатричної допомоги людям, які мають психічні розлади	30
3.2 Потреби людей, які мають психічні розлади, у процесі отримання психосоціальної та психіатричної допомоги	37
3.3 Труднощі та бар'єри, з якими у процесі отримання психосоціальної та психіатричної допомоги стикаються люди, які мають психічні розлади.....	46
ВИСНОВКИ.....	52
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	55
ДОДАТОК А Права пацієнта у сфері отримання психіатричної допомоги відповідно до міжнародних стандартів	59
ДОДАТОК Б Права пацієнта у сфері отримання психіатричної допомоги відповідно до національного законодавства.....	61
ДОДАТОК В Гайд інтерв'ю.....	63

ВСТУП

Актуальність дослідження психіатричної та психосоціальної допомоги людям, які мають психічні розлади, обумовлена статистичними даними, відповідно до яких у 2016 році кількість людей, які мали проблеми у сфері психічного здоров'я у світі, за оцінками науковців, становила близько 1,1 млрд., тобто 15,5% від усього населення світу (Ritchie, 2018). При цьому, в 27% населення країн Європи віком від 18 до 65 років у 2018 році було виявлено хоча б один психічний розлад (WHO, 2019).

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (WHO, 2018), «Психічне здоров'я - це стан добробуту, при якому людина усвідомлює власні здібності, може впоратися з життєвим напруженням, продуктивно працювати і робити внесок у свою спільноту». Таким чином, психічне здоров'я людини являє собою комплексний феномен, значну складову якого становлять соціальні та комунікаційні навички індивіда, а отже, стан психічного здоров'я не визначається виключно наявністю або відсутністю в людини психічного розладу.

На підтвердження цього висловлювання можна також навести дані українських науковців. Титаренко (2018) описує портрет психологічно здорової людини як такої, що має здатність адаптуватися, спілкуватися, розпізнавати власні потреби та потреби оточуючих її людей. При цьому така особистість не має труднощів у запобіганні конфліктам, вміє конструктивно їх розв'язувати, отримує задоволення від кооперації та співпраці з іншими людьми, демонструє здатність та бажання з ними контактувати, зберігаючи при цьому власну індивідуальність. Можна констатувати, що допомога людині, яка має труднощі з психічним здоров'ям має включати не лише психіатричну допомогу, але й послуги, що сприятимуть її психосоціальному добробуту.

Люди, які мають психічні розлади(далі у тексті – ПР), потребують догляду, що передбачає втручання фахівців з різних галузей охорони здоров'я, а також професійних соціальних працівників та психологів (Moxham та ін., 2017). Виходячи з цього, стейкхолдери ставлять на меті розширення спектру послуг, які

людина може отримати за місцем проживання, оскільки отримання необхідного догляду та допомоги поза межами лікарні надає людям, які мають ПР, можливість розкрити свій особистісний потенціал, бути автономними та вести повноцінний спосіб життя (Malone та ін., 2007).

Дослідження демонструють широкий спектр психосоціальних інтервенцій, які є ефективними при наданні допомоги людям, які мають ПР, але ці втручання часто не використовуються на практиці. Розрив між тим, що, як відомо, є ефективним та нинішньою практикою, визначається як «прірва якості» (quality chasm) системи охорони здоров'я (McGlynn, 2015). Даний розрив між потребою в лікуванні та його забезпеченням є розповсюдженим у країнах з низьким і середнім рівнем доходу, де від 76% до 85% людей, які мають психічні розлади, не отримують необхідного їм лікування (Wang та ін., 2007). Вищенаведені дані обумовлюють важливість додаткового вивчення психосоціальної та психіатричної допомоги в Україні.

Мета дослідження: описати досвід отримання психосоціальної та психіатричної допомоги людьми, які мають психічні розлади

Для досягнення мети були визначені такі **завдання**:

- 1) проаналізувати наявні теоретико-методологічні засади надання психосоціальної та психіатричної допомоги людям, які мають психічні розлади;
- 2) охарактеризувати зміст та надавачів психосоціальної та психіатричної допомоги людям, які мають психічні розлади;
- 3) виявити потреби людей, які мають психічні розлади, у процесі отримання психосоціальної та психіатричної допомоги;
- 4) охарактеризувати труднощі та бар'єри, з якими у процесі отримання психосоціальної та психіатричної допомоги стикаються люди, які мають психічні розлади;
- 5) розробити практичні рекомендації для фахівців, що надають психосоціальну та психіатричну допомогу людям, які мають психічні розлади.

Об'єктом дослідження є психосоціальна та психіатрична допомога, що надається людям, які мають психічні розлади.

Предмет дослідження: досвід людей, які мають психічні розлади, у отриманні психосоціальної та психіатричної допомоги.

Апробація дослідження відбулася на конференції щорічних «Наукових читань імені професора В. І. Полтавця» в рамках Днів науки в Національному університеті «Києво–Могилянська академія». Було здійснено доповідь за тезами на тему «Роль соціального працівника в наданні послуг з психічного здоров'я у громаді».

Кваліфікаційна робота складається з трьох розділів і викладена на 65 сторінках, з яких текст самої роботи займає 51 сторінку. Було проаналізовано 40 наукових публікацій (з яких 30 – англomовні), а також 7 нормативно-правових актів міжнародного та національного законодавства.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-ПРИКЛАДНІ ЗАСАДИ НАДАННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ТА ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛЮДЯМ, ЯКІ МАЮТЬ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

1.1 Основні принципи надання послуг з охорони психічного здоров'я у громаді

Сучасна модель охорони психічного здоров'я у громаді розглядає психічне здоров'я як соціальний, культурний, екологічний та економічний ресурс людей, що проживають у певному географічному районі разом. Цей підхід ґрунтується на соціально-екологічній теорії, і концептуалізує психічне здоров'я як результат взаємодії людини з навколишнім середовищем, особливо звертаючи увагу на соціальні умови системи та вплив широких соціальних, економічних та політичних чинників. Отже, робота у громаді часто вимагає проведення комплексних багаторівневих інтервенцій щодо суспільних систем соціалізації, соціальної підтримки та контролю, які працюють на різних рівнях (Barry, 2019).

Охорона психічного здоров'я (далі у тексті – ПЗ) в громаді охоплює: 1) підхід, заснований на цілісному розгляді спільноти (population approach), 2) розгляд потреб людей, які мають труднощі з ПЗ, у соціально-економічному контексті; 3) здійснення індивідуальної профілактики, а також профілактики на базі громади; 4) системний підхід до надання послуг; 5) відкритий доступ до служб, що надають послуги; 6) тісну співпрацю представників різних служб; 7) орієнтацію на довгострокову перспективу життєвого шляху клієнта та 8) врахування принципів економічної ефективності (Thornicroft, Tansella, 2009).

При цьому сучасна модель надання послуг у сфері ПЗ на базі громади фокусується не лише на труднощах та обмеженнях, які для людини спричиняє ПР (illness perspective), а й на сильних сторонах клієнта, його можливостях та прагненнях, що становить перспективу відновлення (recovery perspective) (Thornicroft, Deb, Henderson, 2016). На цій парадигмі базується модель відновлення (recovery-oriented model), відповідно до якої інтервенції та підтримка, що

надаються службами у сфері ПЗ у громаді мають на меті підвищити здатність людини свідомо розвивати власну ідентичність, розбудувати власне життя, самостійно керувати хворобою та виконувати особисті соціально важливі ролі.

Thornicroft, Deb та Henderson (2016) звертають увагу на те, що охорона ПЗ в громаді надає пріоритет використанню найкращих доступних інтервенцій. У той же час важливо, щоб люди, які мають труднощі з ПЗ, реалізовували своє право на отримання інформації про стан власного здоров'я (на одному рівні з професіоналами), у тому числі бути поінформованими про наявні варіанти інтервенцій, їхню ефективність та побічні ефекти, а також мати свої уподобання, увага до яких має приділятися у процесі спільного прийняття рішень.

Keet та ін. (2019) виділяють наступні принципи якісного догляду на базі громади у сфері ПЗ: 1) задоволення потреб членів громади у доступний та прийнятний спосіб; 2) орієнтація на особисті цілі та сильні сторони осіб, які мають труднощі з ПЗ; 3) заохочення широкої мережі підтримки, інтервенцій та ресурсів відповідно до потреб клієнта та можливостей надавачів послуг; 4) наголос на застосуванні послуг, які є емпірично обґрунтованими та орієнтованими на відновлення; 5) залучення користувачів послуг до планування догляду; 6) застосування служб, що здійснюють асертивний аутріч.

Таким чином, охорона ПЗ у громаді не передбачає надання заздалегідь визначеного та обмеженого переліку послуг. Натомість завданням працівників у сфері ПЗ є розкриття поточних потреб населення конкретної громади та подальша організація програм для задоволення цих потреб. Оскільки потреби майже завжди перевищуватимуть наявні ресурси для їх задоволення, необхідним є здійснення постійного моніторингу потреб населення та ефективності наданих послуг. Ще один важливий компонент якісної охорони психічного здоров'я у громаді – побудова та підтримка системи зворотного зв'язку, особливо для таких груп клієнтів, як люди з довготривалими та тяжкими ПР, жінки, етнічні меншини, соціально виключені групи населення (Caplan та Caplan, 2000).

За Van Veldhuizen та Bähler (2013) вимоги, які мають задовольнятися при впровадженні інтервенцій на базі громади для людей, що мають труднощі з ПЗ,

групується на наступні категорії: 1) лікування (cure); 2) догляд (care) та заходи реабілітації, засновані на recovery-oriented model; 3) кризові інтервенції (crisis intervention), у тому числі послуги з підтримки родини клієнта; 4) увага до думки клієнта (client expertise), що передбачає спільне прийняття рішень, емпатурмент та застосування підходу рівний-рівному; 5) підтримка громади (community support), у тому числі підтримка, пов'язана з житлом, працевлаштуванням та добробутом; 6) оцінка факторів ризику та оперативне реагування у випадку появи загрози життю чи здоров'ю клієнта; 7) моніторинг та перевірка ефективності інтервенцій. Дослідники зазначають, що лікування має бути орієнтованим на вилікування та стабілізацію клієнта та наголошуються на тому, що його реалізація має здійснюватися на засадах міждисциплінарності.

Важливість кризових інтервенцій Caplan та Caplan (2000) пояснюють, визначаючи кризу як «період, коли люди стикаються з неминучими проблемами, які вони не в змозі швидко подолати, оскільки ці проблеми перенапружують поточні ресурси коупінгу, через що люди тимчасово піддаються великому стресу» (с.11). У цей кризовий період люди, які мають труднощі у сфері ПЗ, часто стають більш вразливими та залежними від зовнішньої підтримки, що виявляється у тому, що вони є більш відкритими до впливу інших. Особливо важливим є той факт, що нові механізми поведінки, які закріплюються у цей період часто зберігаються як стабільна частина постійного функціонування людини в майбутньому, а отже, кризи - це пункти або точки зміни в розвитку особистості. Це вікно можливостей закривається, коли закінчується відносно короткий період розладу і людина повертається до стабільного функціонування. Виходячи з цього, перспективним способом гарантувати, що інтервенції з охорони ПЗ у громаді є не тільки ефективними, але й корисними, є застосування кризового підходу.

Протягом останніх років міждисциплінарні команди є основою втілення холістичного підходу, заснованого на цілісній допомозі, орієнтованій на індивідуальні потреби пацієнтів (Wynn та Moore, 2012). До складу кожної з таких команд входять лікарі, соціальні працівники, медсестри, фармацевти та дієтологи, які разом надають комплексну допомогу пацієнтам. Ці міждисциплінарні

колективи медичних працівників працюють разом в одному місці одночасно або за допомогою координації спеціального центру для того, щоб пацієнти отримували необхідну допомогу, перебуваючи у власних громадах (Craig та ін., 2016).

Виходячи з вищезазначеного, можна констатувати, що базова модель надання послуг у сфері ПЗ на базі громади полягає у тому, щоб загальні (неспеціалізовані) колективи забезпечували весь спектр необхідних інтервенцій, надаючи пріоритет дорослим із важкими та довготривалими ПР у межах географічно визначеної території (громади) (Thornicroft та ін., 1999).

Отже, надання догляду у сфері ПЗ у громаді ґрунтується на соціально-екологічній теорії та передбачає використання підходу, заснованого на цілісному розгляді спільноти. Під час імплементації інтервенцій перевага надається моделі відновлення, відповідно до якої важливою є орієнтація на особисті цілі та сильні сторони людей, які мають труднощі з ПЗ, а також на їхні побажання та потреби. Окрім вищезазначеного, важливості набувають кризові інтервенції, завдяки яким клієнт може сформувати ефективні навички коупінгу. Також сучасна модель надання послуг у сфері ПЗ передбачає залучення ресурсів клієнта та його оточення, надання послуг на засадах міждисциплінарності, а також увагу до думки клієнта.

1.2 Нормативно-правове регулювання надання психосоціальної та психіатричної допомоги людям, які мають психічні розлади

Протягом останніх десятиліть нормативно-правова база з регулювання надання психосоціальної та психіатричної допомоги людям, які мають психічні розлади, активно розвивається. Наразі питання необхідності дотримання прав цієї групи клієнтів, а також розвиток стандартів з надання цих послуг, знаходять відображення як у документах міжнародних організацій, так і у державному законодавстві.

Як видно з таблиці 1.2.1, яку наведено нижче, права пацієнтів у сфері надання психіатричної допомоги закріплено наступними нормативно-правовими актами (Сенюта та Клапатий, 2013): 1) Загальна декларація прав людини від 10.12.1948 р.;

2) Гавайська декларація Всесвітньої психіатричної асоціації від 10.07.1983 р.; 3) Конвенція про права осіб з інвалідністю від 13.12.2006 р.; 4) Резолюція Генеральної Асамблеї ООН 46/119 «Захист осіб з психічними захворюваннями та поліпшення психіатричної допомоги» від 18.02.1992 р.; 5) Рекомендації Парламентської асамблеї Ради Європи «Про ситуацію з психічними захворюваннями» від 08.10.1977 р.; 6) Рекомендації Комітету міністрів держав-учасників стосовно правового захисту осіб, які страждають психічними захворюваннями та примусово утримуються як пацієнти від 22.02.1983 р.; 6) Конституція України; 7) Цивільний кодекс України та 8) ЗУ «Про психіатричну допомогу» від 20.12.2018; 9) Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року від 27.12.2017.

Табл. 1.2.1. Нормативно-правові документи

Міжнародні документи	Національне законодавство
<ul style="list-style-type: none"> - Загальна декларація прав людини - Гавайська декларація Всесвітньої психіатричної асоціації - Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю - Резолюція Генеральної Асамблеї ООН «Захист осіб з психічними захворюваннями та поліпшення психіатричної допомоги» - Рекомендації Парламентської асамблеї Ради Європи «Про ситуацію з психічними захворюваннями» - Рекомендації Комітету міністрів держав-учасників стосовно правового захисту осіб, які страждають психічними захворюваннями та примусово утримуються як пацієнти 	<ul style="list-style-type: none"> -Закон України «Про психіатричну допомогу» -Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року -Конституція України (ст. 3, 24, 49) -Цивільний кодекс України (ст. 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42)

Варто зазначити, що перелік прав людей, які мають психічні розлади, визначений міжнародними нормативно-правовими документами (див. Додаток А), є ширшим за перелік прав, визначених національним законодавством (див. Додаток Б).

Головною метою психіатричного лікування, відповідно до Гавайської декларації (1983), є «лікування психічних захворювань та покращення психічного здоров'я» (ст.1). Декларація визначає, що психіатр «має здійснювати інформування пацієнта щодо природи його розладу, терапевтичних процедур та їхніх альтернатив, а також щодо можливих наслідків лікування» (ст.4). Відповідно до даного документу, лікар «ніколи не має застосовувати свої професійні можливості для приниження гідності та порушення прав пацієнта, а також дозволяти неприйнятним особистим бажанням, почуттям та переконанням впливати на хід лікування» (ст.7). Крім цього, надання психіатричної допомоги має здійснюватися на засадах конфіденційності.

На окрему увагу у контексті охорони ПЗ заслуховує Конвенція про права осіб з інвалідністю (далі у тексті – Конвенція) (United Nations, 2006), оскільки це перший міжнародний юридично обов'язковий стандарт високого рівня, який має на меті сприяти, захищати та забезпечувати повну та рівноцінну реалізацію всіх прав людини, включаючи людей, які мають інвалідність, пов'язану з труднощами у сфері психічного здоров'я. Відповідно до конвенції, люди з інвалідністю здатні вимагати цих прав та приймати рішення щодо власного життя на основі своєї вільної та усвідомленої згоди, а також бути активними членами суспільства (Mezzina та ін., 2019).

У Конвенції інвалідність розглядається як довготривале фізичне, ментальне, інтелектуальне або сенсорне порушення, яке при взаємодії з різними бар'єрами може перешкоджати повноцінній та ефективній участі людини в суспільстві нарівні з іншими. Стейкхолдери та органи влади визнають, що люди, які звертаються до служб з охорони ПЗ потенційно мають визнаватися як ті, що мають «інвалідність» (Szmukler, 2017).

Наявність в людини психічного розладу не обов'язково створює в неї інвалідність, однак, як зазначають Steinert та ін. (2016), це поняття не потребує чіткого розмежування, оскільки Конвенція формулює принципи, які мають діяти для всіх людей, незалежно від того, мають вони інвалідність чи ні.

Таким чином, усі нормативно-правові засади Конвенції розповсюджуються на людей, які мають труднощі у сфері ПЗ або психічні розлади. Як зазначає Lee (2017), Конвенція забезпечує участь і рівність людей, які мають психосоціальну інвалідність, в усіх сферах життя. Психосоціальною інвалідністю називається інвалідність, що пов'язана з «тяжкими психічними розладами», такими як психотичні розлади, біполярний афективний розлад, рекурентна депресія або аутизм (Szmukler, 2017)

Відповідно до Конвенції, а також до «Загального коментаря комітету з прав осіб з інвалідністю №1 щодо ст. 12 Конвенції» (United Nations, 2014), до всіх людей слід ставитися як до таких, що мають рівноцінну компетенцію в ухваленні рішень у будь-який час. Так, згідно міжнародних стандартів, люди, які мають психосоціальну інвалідність, є експертами у власному досвіді, а отже, мають право самостійно приймати рішення щодо власного лікування (Lee, 2017).

У цьому контексті важливим є дотримання режиму підтримуваного прийняття рішень (regime of supported decision-making), в якому воля та побажання людини враховуються під час прийняття рішень щодо лікування. Також людині з інвалідністю має надаватися допомога, необхідна для визначення цієї волі та побажань. У випадку, якщо це визнається неможливим, фахівець та/або суддя зобов'язані притримуватися стандарту «найкращої інтерпретації волі та побажань людини» замість традиційного принципу «найкращих інтересів». Даний стандарт має на меті комунікацію з індивідом задля забезпечення його можливістю самостійно робити вибір стосовно власного здоров'я настільки, наскільки це можливо, в той час як принцип «найкращих інтересів» спирається на судження зовнішньої довіреної людини. Виходячи з цього, важливим є визнання прав людей з психосоціальною інвалідністю, незалежно від рівня їхнього когнітивного функціонування (Mahomed, Stein та Patel, 2018).

Згідно зі статтею 25 Конвенції, держави-учасниці мають гарантувати отримання людьми з інвалідністю доступу до необхідної їм медичної допомоги на безкоштовних або максимально доступних засадах. Особливий акцент робиться на пільгах у сфері охорони здоров'я, які потрібні цим людям у зв'язку з їхньою інвалідністю. До цих послуг належать рання діагностика та корекційні втручання та пільги, що допомагають мінімізувати подальшу втрату дієздатності. Відповідно до цієї статті, послуги з охорони здоров'я мають «...бути максимально наближеними до місця проживання людини, навіть у сільській місцевості». У ст. 26 наголошується на важливості повної участі людей з інвалідністю в усіх сферах життя, для чого можуть використовуватися послуги з абілітації та реабілітації, особливо у сфері охорони здоров'я, професійній, освітній та соціальній сферах, що має сприяти соціальному включенню (United Nations, 2006; Jahn та ін., 2017).

Якщо говорити про примусову госпіталізацію людей, які мають психічні розлади, то, відповідно до статті 14 Конвенції, «наявність інвалідності ні в якому разі не може виправдовувати позбавлення волі». Як наслідок, незаконне обмеження волі охоплює ситуації, коли позбавлення волі обґрунтоване поєднанням між розумовими чи інтелектуальними порушеннями та іншими причинами, такими як небезпека, або догляд та лікування. Оскільки такі заходи частково виправдані інвалідністю особи, їх слід вважати дискримінаційними та такими, що порушують вищезгадану заборону на позбавлення волі (Annual report of the High Commissioner for Human Rights to the General Assembly, 2009).

Згідно з правовою позицією Європейського суду з прав людини (2012), «медичні працівники зобов'язані звертати особливу увагу на валідність рішень, які приймає людина, чиє психічне здоров'я викликає сумніви» (п.75). Окрім цього, відзначається, що згода особи на госпіталізацію до психіатричного закладу для стаціонарного лікування «може вважатися такою, що відповідає меті Конвенції, лише за наявності достатніх та переконливих доказів, які підтверджують психічну спроможність особи давати згоду й усвідомлювати її наслідки, що об'єктивно встановлено у процесі справедливої та належної процедури, і у тому разі, коли пацієнт належним чином отримав усю необхідну інформацію стосовно

госпіталізації та планового лікування» (п. 77). Можна констатувати, що позиція даної організації свідчить про обов'язковість взяття до уваги стану людини, яка має ПР, а також повного інформування цієї людини під час прийняття нею рішень щодо власного лікування або госпіталізації.

Окрім нормативно-правового регулювання сфери надання психосоціальної та психіатричної допомоги, що здійснюється міжнародними організаціями, слід зазначити також про нормативно-правову базу, що на сьогодні діє у даній сфері в Україні. Так, відповідно до ст. 4 ЗУ «Про психіатричну допомогу», «психіатрична допомога надається на основі принципів законності, гуманності, додержання прав людини і громадянина, добровільності, доступності та відповідно до сучасного рівня наукових знань, необхідності й достатності заходів лікування, медичної, психологічної та соціальної реабілітації, надання освітніх, соціальних послуг».

За ст. 25 даного Закону, особи, яким надається психіатрична допомога, мають право на поважливе і гуманне ставлення до них, отримання інформації про свої права, пов'язані із наданням психіатричної допомоги, тощо. Окрім цього, законодавством визначено, що люди, які отримують психіатричну допомогу, мають права, які за рішенням лікаря можуть бути обмежені в інтересах захисту їх здоров'я чи безпеки. До цих прав належить право приймати відвідувачів наодинці, право придбавати і використовувати предмети повсякденного вжитку, а також право перебувати на самоті. Повний перелік прав, які мають люди, які отримують психіатричну допомогу, відповідно до законодавства України наведено у Додатку Б.

Як зазначають Миронова(2017), Сенюта (2018) та Байда і Комасюк(2018), на сьогодні законодавство України не враховує у своїх нормах деякі міжнародні правові стандарти, що спричиняє порушення визначених ними прав людей, які мають психічні розлади. Особливо дані порушення є розповсюдженими у випадках примусової госпіталізації людини до закладу з надання психіатричної допомоги. Відповідно до діючого законодавства примусова госпіталізація може здійснюватися у випадках, коли людина внаслідок наявності в неї тяжкого психічного розладу, «вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють

собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих, або неспроможна самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність» (ЗУ «Про психіатричну допомогу», ст.14). Як було зазначено вище, відповідно до Конвенції про права осіб з інвалідністю, «наявність інвалідності ні в якому разі не може виправдовувати позбавлення волі». Таким чином, стаття про підстави для госпіталізації особи до закладу з надання психіатричної допомоги в примусовому порядку, що наявна у діючому законодавстві України, суперечить положенням Конвенції.

У цьому контексті на увагу заслуговує Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року від 27.12.2017, яка передбачає зміни у національному законодавстві. Так, у Концепції зазначено, що «проблеми у сфері охорони психічного здоров'я заплановано розв'язати ...за рахунок приведення національного законодавства у відповідність з вимогами міжнародних документів з прав людини». Окрім цього, Концепція передбачає «усунення бар'єрів доступу до реабілітаційних і соціальних послуг для осіб з психічними та інтелектуальними порушеннями», а також «протидію стигмі, подолання соціальної ізоляції осіб з психічними та інтелектуальними порушеннями ... шляхом включення таких осіб до соціальних спільнот».

Отже, основу міжнародної нормативно-правової бази у сфері психіатричної та психосоціальної допомоги становлять такі документи, як Гавайська декларація Всесвітньої психіатричної асоціації, Конвенція про права осіб з інвалідністю, Резолюція Генеральної Асамблеї ООН про «Захист осіб з психічними захворюваннями та поліпшення психіатричної допомоги». Основу нормативно-правової бази в Україні становить ЗУ «Про психіатричну допомогу», Конституція України та Цивільний кодекс України. Даними нормативно-правовими актами визначається, що надання психіатричної допомоги має здійснюватися на засадах гуманності та поваги до особистості, що включає забезпечення максимально можливого доступу до інформації, а також самостійне прийняття рішень щодо власного здоров'я та лікування. Слід зазначити, що положення національного законодавства не повністю враховують міжнародні правові стандарти, що

спричиняє порушення визначених ними прав людей, які мають психічні розлади. Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні до 2030 року враховує вищезазначені порушення та передбачає відповідні зміни у законодавстві.

1.3 Міждисциплінарні команди у сфері психічного здоров'я та послуги, які вони надають

Міждисциплінарні команди у сфері психічного здоров'я є основним складовим елементом служб ПЗ у громаді (Thornicroft & Tansella, 2004). Carpenter та ін. (2003) визначають дві основні особливості КСПЗ: вони відповідають за надання та координацію спеціалізованого догляду на рівні громади для визначених груп населення, і вони мають багатопрофільний склад.

Onyett, Muijen та Pillinger (1994) використовують наступне визначення КСПЗ: це визнана уповноваженими органами команда з чотирьох або більше фахівців з двох або більше галузей, що надає послуги людям, які мають труднощі у сфері психічного здоров'я як окремій групі клієнтів. При цьому КСПЗ здійснює свою діяльність за межами лікарень або інших стаціонарних закладів (але діяльність команди може здійснюватися на базі такого закладу) та пропонує ширший спектр послуг, ніж просто денний догляд.

Так, ці команди включають до спектру своєї діяльності широкий перелік різноманітних форм та видів послуг, передбачених системою охорони психічного здоров'я, включаючи кризове втручання (crisis care), догляд за місцем проживання (home treatment), асертивний аутріч (assertive outreach) та послуги команд з реабілітації (rehabilitation teams). Основу діяльності останніх становить надання спеціалізованого лікування та підтримки, покликаних допомогти клієнту «здобути або відновити навички та можливості для реалізації власного потенціалу на рівні з іншими громадянами: жити настільки незалежно, наскільки це можливо; самостійно обирати вид діяльності; мати хороші стосунки з родиною та друзями; мати достатній дохід для підтримки цих цілей та бути залученим до життя власної громади» (Lavelle, 2011, с. 1).

Зважаючи на функції конкретної команди, до її складу можуть входити як 3-4, так і понад 20 фахівців-практиків одночасно. Їх кількість та склад залежать від географічного розташування, демографічних характеристик, обраних надавачів послуг та уповноважених, але переважно вони складаються з медичних сестер в сфері психічного здоров'я, фахівців з працевлаштування, соціальних працівників, психологів, психіатрів та асистентів, що працюють у сфері психічного здоров'я або інших допоміжних працівників (Middleton, 2017).

У Великобританії існують наступні підвиди міждисциплінарних команд у сфері психічного здоров'я: 1) команда служби психічного здоров'я для дітей і підлітків (Child and Adolescent Mental Health Service – CAMHS team); 2) КСПЗ для людей похилого віку (Mental Health Service for Older People – MHSOP team), яка обслуговує осіб старше 65 років; 3) КСПЗ для раннього втручання щодо психотичних розладів (Early Interventions for Psychosis - EIP team); 4) КСПЗ, що здійснює асертивний аутріч (Assertive Outreach – AO team); 5) КСПЗ з кризового втручання і лікування вдома (Crisis resolution and home treatment – CRHT team), що забезпечує інтенсивний, короткочасний, терміновий догляд; 6) КСПЗ з реабілітації та відновлення (Rehabilitation and recovery – R&R team); 7) КСПЗ з допомоги людям з наркотичною та алкогольною залежністю; та команда первинної медичної допомоги, яка здійснює координацію з лікарями загальної практики та створює умови для короткочасних терапевтичних втручань, коли вони вважаються найбільш доцільними (Middleton, 2017).

Зустрічі між представниками команд та клієнтами відбуваються в різних місцях та з різною частотою. Більшість послуг надаються в будинках клієнтів, але допомога також може здійснюватися в місцях загального користування, таких як кав'ярня або ринок, вони можуть відбуватися в медичному закладі, наприклад, у хірургічному відділенні або у спеціалізованій кімнаті команди (Middleton, 2017).

Послуги, які надаються людям, які мають труднощі у сфері ПЗ, на базі громади, поділяються на послуги з охорони здоров'я та соціальну допомогу і підтримку (Network for Mental Health, 2015). Перший вид послуг (окрім фармакологічного лікування та психотерапії) включає превентивні заходи, що

здійснюються міждисциплінарними командами у сфері ПЗ на базі громади та мають на меті навчити людей піклуватися про своє психічне здоров'я та запобігти виникненню ПР.

Послуги з соціальної підтримки, які надаються командами, передбачають підтримку управління щоденним життям клієнта, що може включати: 1) управління грошима, наприклад, складання бюджету або оплата рахунків; 2) допомога у побуті, а саме прибирання, приготування їжі або придбання продуктів, прання та забезпечення особистої гігієни; 3) використання місцевих служб, таких як групи самопомоги рівний-рівному; 4) супровід у транспорті, забезпечення можливості клієнта пересуватися (містом) для задоволення власних потреб; 5) допомога в управлінні стосунками із близьким оточенням, що може включати, наприклад, медіацію у конфліктах; 6) допомога у оформленні пільг на житло та пристосування оселі до потреб людини, яка має функціональні порушення; 7) забезпечення доступу до навчання та працевлаштування, адвокація відповідних прав (Network for Mental Health, 2015).

Окрім допомоги у побуті, Johnson (2013) виділяє наступні ключові інтервенції, які КСПЗ з кризового втручання і лікування вдома використовують у своїй роботі: 1) комплексна початкова оцінка потреб, включаючи фактори ризику, симптоми, соціальні обставини та стосунки, вживання психоактивних речовин та фізичне здоров'я; 2) інтервенції для встановлення терапевтичних стосунків з клієнтом; 3) управління симптомами, включаючи пристосування курсу лікування до запиту клієнта; 4) інтервенції, покликані забезпечити можливість клієнта отримати доступ до необхідних йому препаратів на базі громади; 4) обговорення повсякденних труднощів, які турбують клієнта, а також подальше застосування інтервенцій, спрямованих на підвищення здібностей до вирішення проблем та навичок щоденного життя; 5) освітні послуги про ПР для клієнтів та їхнього найближчого оточення; 6) виявлення та обговорення потенційних збудників кризи, включаючи труднощі у сімейних та інших важливих стосунках; 7) робота з профілактики рецидивів, планування для управління майбутніми кризами; 8) планування

завершення роботи - починається заздалегідь, щоб послуги з постійного догляду були доступні, як тільки криза вирішиться.

Van Veldhuizen та Bahler (2013) наводять наступний перелік основних послуг, які надаються КСПЗ з елементами асертивного аутизму: 1) психоосвіта (для клієнтів, членів сім'ї та інших людей, які беруть безпосередню участь у житті клієнта); 2) управління медикаментозним лікуванням; 3) психологічні втручання (когнітивно-поведінкова терапія); 4) робота з сім'єю клієнта; 5) комплексне лікування подвійних розладів (Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT)); 6) індивідуальне розміщення та підтримка. Оскільки кожна команда є багатодисциплінарною, увага має приділятися кожному з цих втручань.

У Великобританії практично усі (понад 90%) міждисциплінарні команди у сфері психічного здоров'я здійснюють індивідуальну терапію та консультування, багатопрофільну пряму роботу з клієнтами, індивідуальне планування послуг (service planning), консультації з працівниками психічного здоров'я з інших установ та підтримку чи освітні послуги для опікунів. Спектр методів терапії, які застосовують команди, включає медикаментозне лікування, майже стільки ж (73%) надають групову терапію, а понад дві третини (68%) надають сімейну терапію чи консультування. Переважна більшість (85%) також заявляє про сприяння самопомозі (Onyett та ін., 1995).

Існують також дані про чітку увагу до потреб людей із серйозними та тривалими проблемами психічного здоров'я. Представники багатьох міждисциплінарних команд надають послуги саме для цієї групи клієнтів. Так, більшість з команд здійснюють оцінку здатності займатися повсякденними видами діяльності у побуті, пропонують практичну допомогу у випадку труднощів у цій сфері. Окрім цього, майже половина команд пропонують денний догляд (Onyett та ін., 1995). Така спеціалізована та інтегрована підтримка найчастіше надається особам з подвійним діагнозом (наприклад, психічний розлад та інтелектуальні порушення) та іншими додатковими станами (multiple conditions), такими як алкогольна та наркотична залежність (Local Government Association, 2018).

Багато КСПЗ надають спеціально розроблені послуги для конкретних груп клієнтів, таких як люди, які раніше не користувалися послугами з охорони ПЗ. Ще одним прикладом таких послуг є інтервенції, розроблені специфічно для жінок. Однак деякі сфери все ще демонструють можливість для вдосконалення. Наприклад, лише одна чверть (23%) СМНТ відкрита після робочого часу та у вихідні дні, хоча доступ у цей час часто є пріоритетним для користувачів послуг (Onyett та ін., 1995).

Отже, міждисциплінарні команди у сфері психічного здоров'я становлять основний елемент системи охорони ПЗ у громаді. До складу міждисциплінарної команди найчастіше входять медичні сестри, трудові терапевти, психіатри, психологи та соціальні працівники. У Великобританії КСПЗ діляться на декілька підвидів, кожен з яких має власне призначення, серед яких – робота з дітьми та людьми похилого віку, кризове втручання, асертивний аутріч, реабілітація та відновлення, тощо. Кожна команда має на меті надання широкого спектру послуг для забезпечення потреб людей, які мають труднощі у сфері психічного здоров'я. КСПЗ надають широкий спектр послуг, серед яких можна виокремити кризове втручання (crisis care), догляд за місцем проживання (home treatment), асертивний аутріч (assertive outreach) та послуги команд з реабілітації (rehabilitation teams). Особливої уваги заслуговують послуги для людей, які мають довготривалі та серйозні труднощі у сфері ПЗ та супутні захворювання. Таким клієнтам пропонуються послуги з практичної допомоги у побуті, транспортного супроводу, денний догляд, тощо. Також здійснюються заходи з психологічного втручання, робота з найближчим оточенням клієнта, допомога у розв'язанні складних життєвих ситуацій та психоосвіта.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Час та етапи проведення дослідження

Дослідження проводилося у місті Києві протягом жовтня 2019 – травня 2020 року. Під час проведення дослідження дослідник знаходився у Києві, а респонденти – у різних містах України. На контекст дослідження мала вплив пандемія COVID-19, що зумовило проведення збору емпіричного матеріалу дистанційно з використанням електронних засобів комунікації.

Проведення дослідження включало три етапи: підготовчий, основний та заключний.

На першому етапі (січень 2020 – березень 2020) було здійснено аналіз зарубіжної літератури, а саме наукових публікацій та звітів за результатами досліджень щодо основних принципів надання послуг з охорони психічного здоров'я у громаді, а також щодо міждисциплінарних команд у сфері психічного здоров'я та їх функцій. Окрім цього, було вивчено інтервенції, що використовуються цими командами у їхній діяльності. Було здійснено аналіз нормативно-правової бази з надання психосоціальної та психіатричної допомоги людям, які мають психічні розлади. На даному етапі було обрано якісний дизайн дослідження, визначено досліджувану групу, а також розроблено відповідні інструменти.

На другому етапі (квітень-травень 2020) було зібрано емпіричний матеріал – опитано людей, які мають психічні розлади, про їхній досвід у отриманні психосоціальної та психіатричної допомоги. Опитування респондентів було здійснено шляхом проведення напівструктурованих інтерв'ю.

Третій, заключний етап (травень 2020) полягав у детальному аналізі отриманих даних. Було здійснено узагальнення результатів та формулювання висновків.

2.2 Процедура проведення дослідження

В результаті опрацювання наукових джерел було сформовано об'єкт та предмет дослідження, а також обрано методи збору емпіричної інформації – напівструктуровані індивідуальні інтерв'ю, які, з огляду на карантин через поширення коронавірусної хвороби 2019 в Україні, було проведено з використанням засобів телефонного інтерв'ю та месенджеру Telegram. Було розроблено відповідний інструмент дослідження.

При відборі респондентів важливим критерієм був досвід звернення до фахівців з охорони психічного здоров'я в Україні у зв'язку з наявністю в респондента психічного розладу. Важливою також була готовність поділитися цим досвідом для його використання у дослідженні. Окрім цього, критерієм включення була відсутність в респондента гострого стану на момент проведення інтерв'ю. Вік та стать респондентів не бралися до уваги. Таким чином, вибірка формувалася за принципами зручності та доступності.

Рекрутування респондентів здійснювалося з використанням особистих контактів та за допомогою методу «снігової кулі». До участі у дослідженні запрошувалися респонденти, які активно висвітлювали свій досвід життя із психічним розладом у соціальній мережі Twitter. Загалом було опитано 16 респондентів. До участі у дослідженні було запрошено 25 респондентів. В процесі рекрутування 2 з потенційних респондентів прямо відмовилися від участі, 6 потенційних респондентів проігнорували запрошення на участь та 1 учасник не взяв участь у дослідженні після того, як з ним було узгоджено дату та час проведення інтерв'ю. Окрім цього, одне інтерв'ю було виключено з подальшого аналізу результатів, оскільки у процесі його проведення було виявлено, що респондентка не мала діагностованого психічного розладу, а отже, не відповідала критеріям відбору учасників. Таким чином, з 16 проведених інтерв'ю до подальшого аналізу було включено 15.

8 інтерв'ю було проведено у форматі телефонної розмови, 1 - у форматі особистої зустрічі. Деякі респонденти погодилися взяти участь у дослідженні у

форматі особистої переписки з дослідником у месенджері Telegram з використанням текстових та аудіоповідомлень, що було пов'язано з відсутністю в респондентів можливості для участі у телефонній розмові. Кількість таких інтерв'ю становила 5. Також 1 респондент надав інтерв'ю у текстовій формі, оскільки не міг говорити по телефону через функціональні порушення.

Домовленість про інтерв'ю здійснювалася у режимі переписки у індивідуальних чатах у соціальних мережах після налагодження контактів з респондентами. Під час запрошення учасників до участі у дослідженні, їм повідомлялося про його тему, мету та особливості проведення, а також про форму проведення інтерв'ю, його тривалість. Окрім цього, під час запрошення наголошувалося, що інтерв'ю буде проведено на засадах конфіденційності. Після отримання згоди на участь у дослідженні, з учасниками узгоджувався день та час проведення інтерв'ю.

Перед проведенням інтерв'ю респондентам оголошувалося вступне слово, у якому їх було проінформовано про причину, з якої вони потрапили до вибірки дослідження, а також мету дослідження та його тему. Також було отримано усну поінформовану згоду учасників на участь у дослідженні. Респондентів було повідомлено про особливості висвітлення результатів дослідження, а також про дотримання принципів конфіденційності, а саме: нерозголошення особистих даних респондентів та видалення файлу із аудіозаписом інтерв'ю після захисту роботи. Усі респонденти, у випадку проведення інтерв'ю у форматі телефонної розмови, в усній формі погодилися на використання диктофону під час проведення інтерв'ю. Респондентів, які надавали інтерв'ю у форматі особистої переписки, так само було поінформовано про засади, на яких здійснюватиметься зберігання наданої ними інформації. Також респондентам було повідомлено про те, що вони можуть уточнювати запитання, відмовлятися від відповіді на них у випадку, якщо не бажатимуть відповідати, а також відмовитися від участі у дослідженні у будь-який момент. Окрім цього, респондентів було поінформовано про можливість отримати результати дослідження після його завершення, якщо вони виявлять таке бажання.

Перед збором даних було проведено одне пілотне опитування. Після внесення стилістичних корективів до інструменту дослідження, було розпочато безпосередній збір даних. Інтерв'ю у формі телефонної розмови тривали в середньому 30 хвилин.

2.3 Методи та інструменти дослідження

Для збору інформації, необхідної для дослідження, було використано метод напіструктурованого інтерв'ю. За допомогою застосування даного методу вдалося з'ясувати, яким є процес надання допомоги людям, які мають труднощі з психічним здоров'ям, в Україні. Було виявлено потреби цих людей, послуги, які є для них доступними, та ким вони надаються. Також було виявлено бар'єри та труднощі, із якими у процесі отримання психосоціальної та психіатричної допомоги стикаються люди, які мають психічні розлади.

Під час проведення дослідження було використано гайд для напівструктурованого інтерв'ю, питання у якому були побудовані на основі виявлених під час аналізу зарубіжної літератури послуг, які можуть надаватися людям, які мають психічні розлади. При розробці гайду до уваги бралися уніфіковані клінічні протоколи первинної, вторинної та третинної допомоги для окремих психічних розладів, затверджені Міністерством охорони здоров'я України, а також діюча нормативно-правова база, що регулює надання цих послуг.

Гайд складався з чотирьох блоків запитань, що включали до себе ключові та уточнюючі запитання. Перший блок стосувався першого звернення до фахівців з психічного здоров'я, а також процесу діагностування психічного розладу. Другий – процесу лікування респондентів. Питання третього блоку стосувалися подальшого досвіду клієнта. Четвертий блок запитань стосувався отримання респондентом послуг з психосоціальної підтримки та потреби у них.

2.4 Характеристики вибірки дослідження

До дослідження були залучені люди, які мають психічні розлади (або мали їх у минулому). Критерієм включення був досвід звернення до фахівців з психічного здоров'я, а також відсутність в респондента гострого стану (перебування у ремісії) на момент проведення інтерв'ю. Ще одним важливим критерієм була доступність. Всього до аналізу було включено інтерв'ю 15 респондентів. У таблиці 2.6.1 наведено соціально-демографічні характеристики вибірки дослідження.

Табл. 2.6.1. Характеристики респондентів

№	Стать	Вік	Розлад	Тривалість життя з діагнозом	Місто	Місце лікування
1	Ч	22	Помірний депресивний епізод	1 рік	Київ	Студентська поліклініка, ПНД №2
2	Ж	18	Органічний депресивний розлад	1 рік	Кривий Ріг	Обласна клінічна лікарня, приватний психотерапевт, ПНД
3	Ч	55	Тривожний розлад, панічний розлад з агорафобією	10 років	Київ	ПНД, приватні психологи та психотерапевти
4	Ж	20	Біполярний афективний розлад	8 місяців	Київ	Студентська поліклініка, Міська клінічна психоневрологічна лікарня №1, ПНД №2, приватний психіатр
5	Ж	22	Помірний депресивний епізод	6 місяців	Київ	Приватний психіатр, ПНД №2
6	Ж	20	Змішаний тривожно-депресивний розлад, тривожно-фобічний розлад, панічний розлад	1 рік 10 місяців	Одеса	Клініка Святої Катерини, приватний психотерапевт, Обласна психіатрична лікарня №2

Продовження табл.2.6.1

7	Ж	20	Тривожно-фобічний розлад	1 рік	Київ	Студентська поліклініка, Міська клінічна психоневрологічна лікарня №1
8	Ж	22	Рекурентний депресивний розлад	5 років	Вінниця	Обласна клінічна психоневрологічна лікарня
9	Ж	16	Рекурентний депресивний розлад	1 рік	Дніпро	Дніпровська обласна психіатрична лікарня
10	Ж	21	Рекурентний депресивний розлад	1 рік	Київ	Київська міська психоневрологічна лікарня №2
11	Ж	30	Біполярний афективний розлад	3 роки	Київ	Приватний психотерапевт, Святошинський ПНД №4
12	Ж	22	Біполярний афективний розлад	10 місяців	Київ	ПНД №2
13	Ж	17	Синдром дефіциту уваги та підвищеної тривожності	7 місяців	Дніпро	Медичний центр ЖМС
14	Ж	23	Помірний депресивний епізод, тривожний розлад	3 роки	Київ	Студентська поліклініка, ПНД №2, ПНД Печерського району, відділення межових станів Київської міської клінічної лікарні №8
15	Ж	26	Обсесивно-компульсивний розлад	6 місяців	Дніпро	Дніпропетровська шоста міська клінічна лікарня

Відповідно до табл. 2.6.1, респонденти проживають у різних містах України, серед яких Київ, Кривий Ріг, Одеса, Вінниця та Дніпро. Було опитано як чоловіків, так і жінок, віком від 16 до 55 років з тривалістю життя з діагностованим психічним розладом від 6 місяців до 10 років. Серед респондентів є люди, які мають розлади настрою (депресію, біполярний афективний розлад), тривожні розлади (тривожний розлад, панічний розлад з агорафобією, тривожно-фобічний розлад, обсесивно-компульсивний розлад), а також синдром дефіциту уваги. Респонденти мають досвід отримання психіатричної та психосоціальної допомоги як в державних, так

і в приватних закладах. Окрім цього, частина з респондентів має досвід звернення до приватних психіатрів, психологів та психотерапевтів.

2.5 Труднощі проведення дослідження

Найбільше труднощів виникало на етапі рекрутування респондентів. Було здійснено звернення до 3 громадських організацій, що здійснюють свою діяльність у сфері охорони психічного здоров'я, з яких у жодній не відповіли на запит по допомогу у пошуку респондентів.

Потенційні респонденти, контакти яких надавалися іншими респондентами (за методом снігової кулі) або особистими знайомими, не завжди погоджувалися надати інтерв'ю або відмовлялися від його проведення після узгодження дати та часу проведення інтерв'ю.

Також виникали труднощі з рекрутуванням чоловіків та людей старших за 35 років, що вплинуло на гендерну та вікову збалансованість вибірки. Слід зазначити, що така збалансованість не була умовою проведення дослідження.

Пошук респондентів за допомогою особистих знайомих займав досить багато часу. Загалом труднощі у пошуку респондентів були обумовлені певною закритістю даної спільноти та небажанням респондентів ділитися власним досвідом з особистих причин, або відсутністю у них можливості дати інтерв'ю.

Окрім цього, виникали труднощі у проведенні інтерв'ю у текстовому форматі та форматі чату у месенджері, оскільки це ускладнювало процес надання відповідей респондентами на запитання та займало багато часу. Іноді проведення одного інтерв'ю у такій формі займало декілька годин.

Серед інших труднощів вирізняється закритість багатьох респондентів, що можна пояснити чутливістю теми та травматичним досвідом, пов'язаним зі зверненням до фахівців з психічного здоров'я, що був у деяких з респондентів. Деякі з респондентів відповідаючи на питання плакали, говорили пригніченим та сумним голосом або виявляли подібні емоційні реакції, що ускладнювало перебіг інтерв'ю.

При цьому під час проведення інтерв'ю деякі респонденти надавали досить короткі відповіді, не хотіли надавати уточнюючої інформації чи розповідати деталі.

2.6 Концептуалізація та операціоналізація понять

Психосоціальна допомога – це міжособистісні чи інформаційні заходи, прийоми чи стратегії, спрямовані на біологічні, поведінкові, когнітивні, емоційні, міжособистісні, соціальні чи екологічні фактори з метою поліпшення функціонування та добробуту людини, яка має психічний розлад (McGlynn, 2015).

Психіатрична допомога – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами України, профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медичну та психологічну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади, у тому числі внаслідок вживання психоактивних речовин (Закон України «Про психіатричну допомогу», № 1489-III від 20.12.2018).

Психічний розлад – розлад психічної діяльності, визнаний такими згідно з чинною в Україні Міжнародною статистичною класифікацією хвороб, травм і причин смерті (Закон України «Про психіатричну допомогу», № 1489-III від 20.12.2018).

Психічний розлад – клінічно значуще порушення у когнітивній, емоційній або поведінковій сферах, яке вказує на порушення психічного функціонування, що, як правило, спричиняє значне виснаження або негативно впливає на працездатність, міжособистісні стосунки чи інші сфери функціонування особистості. (American Psychiatric Association, 2013, с.20).

У даному дослідженні було використано поєднання двох визначень поняття «психічний розлад», оскільки під час рекрутування та збору даних про характеристики учасників дослідження застосовувалося визначення згідно ЗУ «Про психіатричну допомогу», в той час як аналіз результатів дослідження здійснювався згідно визначення American Psychiatric Association. Це було обумовлено тим, що у визначенні АРА охарактеризовано сфери функціонування

особистості, на які впливає психічний розлад, а також його психосоціальні складові.

Інвалідність – довготривале фізичне, ментальне, інтелектуальне або сенсорне порушення, яке при взаємодії з різними бар'єрами може перешкоджати повноцінній та ефективній участі людини в суспільстві нарівні з іншими (United Nations, 2006).

Психосоціальна інвалідність – термін, що стосується людей, які мають діагностовані або передбачувані труднощі у сфері психічного здоров'я та/або інтелектуальні порушення, які також можуть бути спричинені стигматизацією, дискримінацією та соціальним виключенням (World Health Organization, 2015).

Фахівець - медичний працівник (лікар, медична сестра, фельдшер), психолог, соціальний працівник та інший працівник, який має відповідну освіту та спеціальну кваліфікацію і бере участь у наданні психіатричної допомоги (Закон України «Про психіатричну допомогу», № 1489-III від 20.12.2018)

Під «досвідом» розуміється сукупність подій, які становлять процес отримання психосоціальної та психіатричної допомоги на етапах звернення, діагностування та лікування, а також почуття, якими супроводжується цей процес.

Під «потребою» розуміється необхідність у чомусь, що могло б зробити процес отримання психосоціальної та психіатричної допомоги більш ефективним, корисним та комфортним для людини, яка має психічний розлад.

Під «бар'єрами» розуміються фактори, які використовуються або діють так, щоб перешкоджати людині у отриманні повноцінної психіатричної та психосоціальної допомоги.

Під «труднощами» розуміються явища та події, які перешкоджають людині у отриманні повноцінної психіатричної та психосоціальної допомоги.

Під «надавачами» розуміються заклади та фахівці, які працюють у сфері психічного здоров'я.

РОЗДІЛ 3

ОСОБЛИВОСТІ ОТРИМАННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ТА ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛЮДЬМИ, ЯКІ МАЮТЬ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

3.1 Надавачі та зміст психосоціальної та психіатричної допомоги людям, які мають психічні розлади

У процесі отримання психосоціальної та психіатричної допомоги респонденти зверталися до державних та недержавних закладів психіатричної допомоги, де її надання здійснювалося лікарями-психіатрами, психологами та психотерапевтами. Як видно з табл. 3.1.1, яку наведено нижче, 14 з 15 респондентів мали досвід звернення до фахівців з ПЗ, що працювали у державних закладах. Цими фахівцями були психіатри, психотерапевти та психоневрологи. 6 з опитаних респондентів зверталися також до психотерапевтів та психіатрів приватної практики. Варто зазначити, що один респондент міг лікуватися у декількох закладах, що відбувалося у 8 з 15 випадків.

Табл. 3.1.1 Розподіл відповідей респондентів на питання «У яких закладах Ви проходили лікування?» (N=15)

Надавач послуг	Кількість відповідей
Державний заклад охорони здоров'я	14
Фізичні особи, які мають ліцензію на надання послуг в сфері охорони здоров'я	6
Приватний заклад охорони здоров'я	2
Фізичні особи, які не мають ліцензії на надання послуг у сфері охорони здоров'я	1

Звернення переважної більшості (14 з 15) респондентів до фахівців з психічного здоров'я здійснювалося добровільно та за власним бажанням. Усі з них звернулися до фахівців з ПЗ у зв'язку з поганим самопочуттям. Одна респондентка

отримала свій перший досвід психіатричної допомоги у обласній клінічній лікарні після спроби суїциду, де її відвідувала лікар-психіатр.

«Обратился я к студенческому психоневрологу и со мной пообщались, провели тестирование на депрессию...» (респондент 1)

«Перший прийом був у клініці Святої Катерини, лікар психоневролог. Далі у свого ведучого лікаря була направлена до приватної психотерапевтки, яка перенаправила до Одеської обласної психлікарні номер 2...» (респондентка 6)

«...я сначала обращалась к частному психотерапевту, который был психиатр, ну, который был врачом, не психологом... В момент, когда моё состояние ухудшилось, частный психотерапевт направил меня в государственную клинику...» (респондентка 11)

Один з респондентів, перш ніж звернутися по психологічну допомогу до закладів охорони ПЗ, звертався до фахівців з нетрадиційної медицини, послуги яких, за його словами, не були задовільними у довготривалій перспективі, але допомагали йому короткочасно. У подальшому цей респондент звернувся до приватного психіатра, а потім спробував самостійно звернутися до психоневрологічного диспансеру, після чого він звертався до приватних психотерапевтів та психологів.

«...я обратился к знакомому психиатру, потом в районный психоневрологический диспансер. Потом дошла очередь и до психолога, которого мне посоветовал мой товарищ.... Я даже сначала обращался ко всяким знахарям и "целителям", которые чистили мне карму и занимались прочей ерундой. Но я был рад даже такой помощи и верил в неё. Естественно, что всё это стоило денег.» (респондент 3)

4 з 15 респондентів першопочатково зверталися до студентської поліклініки м. Києва, звідки їх було перенаправлено до ПНД №2, Міської клінічної психоневрологічної лікарні №1 або інших закладів з охорони психічного здоров'я.

«Обратился я к студенческому психоневрологу... выписали антидепрессант... месяц примерно я пропил антидепрессант, но мне становилось

как-то еще хуже. Я его сам прекратил пить. И у меня начался синдром отмены, и я обратился опять... и меня направили в ПНД.» (респондент 1)

«...у мене почалась така сильна депресія... мене друзі попросили звернутися до психотерапевта в студентській поліклініці. Туди я і звернулася, мені назначили лікування мінімальне, яке мені не допомагало, і мені ставало гірше. Далі мене госпіталізували до «Павлова»...» (респондентка 4)

«Зверталася за найпростішою схемою, яку знала - в студентську поліклініку... спеціаліст швидко побачила мій стан. Рекомендувала лягти у лікарню, адже я затягнула, варто було звертатися раніше. Якби я звернулася раніше, то могла би лікуватися амбулаторно... Я сама звернулася у лікарню, з направленням від психіатра» (респондентка 10)

«Это было в студенческой поликлинике... Я рассказала... ситуацию, в которой я нахожусь, тогда жизненной. И врач тогда мне посоветовал пойти в ПНД, отлежать месяц для того, чтобы мне дали академотпуск... я решила, что я хочу всё-таки прислушаться и пойти в ПНД отлежать» (респондентка 14)

Одна респондентка розповіла про те, що її направлення до психоневрологічного диспансеру було здійснено соціальним працівником у відділі поліції (звернення до відділу поліції відбулося після спроби самогубства). За її словами, її примусили погодитись на госпіталізацію за допомогою погроз, що свідчить про порушення міжнародних стандартів з надання психіатричної допомоги.

«...(після спроби суїциду) мне пришлось сходить в местный отдел полиции, со мной там поговорил социальный работник, и она мне сказала, что мне нужно обратиться в государственную... больницу... мне сказали, что желательно лечь, чтобы у моих родителей не было проблем с законом...» (респондентка 2)

Усі з опитаних респондентів отримували або продовжують отримувати психіатричну допомогу у формі фармакологічного лікування. За розповідями респондентів, призначення цих медикаментів здійснювалося лікарем-психіатром за місцем їх звернення. У 2 з 15 випадків призначення ліків здійснювалося лікарем-психоневрологом або іншими фахівцями, що, за словами респондентів, спричиняло

призначення форм та засобів психіатричної допомоги, які не відповідали їхньому стану або діагнозу. Окрім цього, з цієї ж причини призначені цими лікарями медикаменти часто не схвалювалися фахівцями, які у подальшому працювали з респондентами.

«... (психоневролог) виписала мені гомеопатичні ліки і слабкі ноотропи. У обласній психлікарні порадившись з іншими лікарями моя психіатр зійшлась на висновку, що таких медикаментів в моєму стані було замало...» (респондентка 6)

«(лікар у студентській поліклініці) мне прописал транквилизатор курсом, хотя по-хорошему нужно было его пить только во время, когда у меня тревога... Поэтому моё состояние только ухудшилось... в ПНД на Черниговской, там мне убрали... чтобы я курсом это пила» (респондентка 14)

Окрім медикаментозного лікування, 5 з 15 з респондентів під час госпіталізації отримували послуги консультування та психотерапії у клінічних психологів та психотерапевтів в державних закладах охорони ПЗ. Усі 5 респондентів, які отримували такі послуги, зазначають про те, що ці послуги надавалися у короткотривалій формі та не передбачали психотерапію, якої вони потребували.

«Мене лікували таблетками, і процедурами. Мені дали психолога, але вона мене приймала раз у тиждень і говорила зі мною 20 хвилин» (респондентка 7)

«Психолог – это так, она была... ну, приходили, заходили, она что-то там опрашивала, опрашивала» (респондент 1)

«...были еще иногда встречи с клиническим психологом, но мы там только проходили какие-то тесты. Это скорее было как обследование какое-то больше, чем помощь...» (респондентка 9)

«(клінічний психолог) меня брала один или два раза к себе на приём. И просто проводила тесты, задавала вопросы ...» (респондентка 2)

Одна респондентка розповіла, що їй не пропонувалися послуги психолога або психотерапевта, не зважаючи на те, що лікар, який надавав їй послуги з психосоціальної та психіатричної допомоги, мав відповідний профіль.

«...(лікар) мне не говорила, ну, не направляла как бы к самому конкретно психологу... у неё... профиль психотерапевт-психиатр. При этом и не советовала к психологу обратиться, поэтому я пока... как бы в подвешенном состоянии этот вопрос». (респондентка 15)

Одній з респондентів відмовили у психотерапії під час її перебування на стаціонарному лікуванні у психоневрологічному диспансері, пояснивши це наявністю в неї потреби у більш довготривалій терапії, яку не можна здійснити на базі закладу.

«...если у меня есть желание проработать всё, то это нужно именно ходить... как отдельному специалисту... чтобы работать со мной продолжительно, но за деньги... по-другому они говорили, что не имеет смысла, а почему за деньги – потому что им тоже нужно на что-то жить...» (респондентка 14)

Слід зазначити, що 4 з 15 респондентів отримували психіатричну та психосоціальну допомогу у формі групової роботи під час перебування на стаціонарному лікуванні. Така допомога надавалася психотерапевтами та клінічними психологами. 3 респонденти отримували послуги з арт-терапії, когнітивно-поведінкової терапії, фізіотерапії, тощо.

«...є всі ці види терапії різні: арт, КПТ і так далі» (респондентка 4)

«Была групповая терапия, и мне просто повезло... меня перенаправили к другому психотерапевту, который... по крайней мере, на этих терапиях очень много давал теории... И это как-то более-менее помогало. Но это было всего лишь неделю, даже меньше, чем неделю.» (респондентка 14).

Первинні консультації фахівців з психічного здоров'я, до яких зверталися респонденти, у 6 випадках супроводжувалися висловлюваннями непрофесійного характеру, що базувалися на особистому досвіді або історіях з власного життя. Деякі респонденти зазначали про такі непрофесійні твердження, як оціночні судження (4 з 15 респондентів), заклики молитися та звернутися до церкви (1 респондентка). Окрім цього, ці респонденти зазначили про обезцінювання їхніх проблем, яке відбувалося з боку фахівців.

«...мне пришлось... приложить усилия... мне (представники лікарні) говорили «Может, Вам не надо?» - я говорю: «Нет, мне надо, мне нужен врач, мне нужен психиатр» (респондентка 11)

«Коли я перший раз звернулась, мене в лоб питали «чого ти сюди прийшла?», саме в цій формі» (респондентка 8)

«...в студенческой поликлинике психоневролог... ну, она сказала, что мальчики обычно о таком не думают в 21 год... ну и всё» (респондент 1)

«...пыталась меня убедить, что это мои галлюцинации заставляют меня совершать суицидальные попытки» (респондентка 2)

«...(лікар) советовал мне ходить в церковь, потому что в моем состоянии, он тогда сказал... может только помочь молиться... методы лечения он предлагал... обратиться в церковь, читать «Отче наш», так же питаться нормально...» (респондентка 14)

«Я сиділа в (лікаря) в кабінеті, розказувала там думки про суїцид, а вона просто... каже «В тебе нема хвороб, ти не хвора, з тобою все нормально» (респондентка 4)

2 учасниці дослідження висловили своє незадоволення щодо якості послуг з психотерапії, які їм надавалися.

«Психотерапевтка на прийомах часто говорила про інших клієнтів, про себе, свого чоловіка, замість того, щоб слухати мене... чіпала тему, яка для мене була дуже болюча. Критикувала мій зовнішній вигляд.» (респондентка 6)

«...я попыталась походить... (до психотерапевта) на сеансы, вот. Но единственное, что я поняла – это что ей нельзя ничего рассказывать, потому что она начнет снова говорить... что я сама виновата во всём, что всё это мои проблемы, и то, что она видела таких, как я много, и я должна радоваться тому, что у меня не шизофрения... она начала говорить, что это естественный отбор» (респондентка 14)

Ще одна респондентка розповіла про те, що була незадоволена тим, як завідуючий дитячого відділення з нею спілкувався, оскільки він, за її словами, чинив моральний тиск над нею та членами її родини. Крім цього, вона зазначила,

що цей фахівець самостійно займався продажем медикаментів, які виписувалися пацієнтам.

«...со мной разговаривал заведующий детского отделения ПНД... Я вегетарианка, и он приходил и... меня убеждал, что мне нужно есть мясо, оказывал некое моральное давление. С моей мамы они вообще взяли расписку о том, что если мне не подойдут медикаменты и со мной всё станет хуже... то как бы они ответственность за это не несут... мне подобрали... лекарства, от которых мне было очень плохо... они еще прописали мне диетические добавки... они не давали рецепт моей маме, чтобы она шла в аптеку... Заведующий отделением сам ей продавал медикаменты для меня...» (респондентка 2)

За розповідями однієї респондентки, лікар-психіатр під час видання довідки про стан її здоров'я порушила норми конфіденційності, зазначивши у довідці діагноз респондентки, що спричинило подальший дискомфорт під час подання цієї довідки до університету.

«...(лікар) сказала, что она мне даст справку, чтобы я могла какое-то время не ходить на учёбу, но в эту справку она написала мои диагнозы. То есть, «F...» ...эти диагнозы могли прочитать в деканате... другого выбора у меня не было, я хотела сохранить учебу. Я отдала эту справку, но все, кто смотрел на эту справку, они просто удивлялись... и этот человек, он поступал непрофессионально, в плане того, что мой диагноз записал везде...» (респондентка 14)

Один з респондентів розповів, що під час першого звернення до психоневрологічного диспансеру атмосфера у ньому викликала в нього дуже негативні враження, через що він не захотів отримувати подальшого допомогу у цьому закладі та просто пішов звідти, не дочекавшись прийому лікаря.

«Я был очень неприятно поражен атмосферой, которая была в диспансере. Он располагался на первом этаже какого-то очень неприятного здания, на окнах решетки.... Я получил на руки карточку больного и пошел ждать своей очереди в полутемном коридоре... Всё это вместе взятое произвело такое гнетущее впечатление, что я просто сбежал оттуда» (респондент 3)

Ще одна респондентка розповіла про те, що лікарня, до якої вона зверталася *«була всередині моторошна: обдерті стіни, м'які двері на засувах, вперше я прийшла в той час, коли пацієнти приймали відвідувачів і я стояла прямо в тій кімнатці з людьми з явними розладами психіки, без нагляду санітарів, було тривожно»* (респондентка б).

Отже, надавачами послуг психосоціальної та психіатричної допомоги людям, які мають психічні розлади, є державні заклади охорони здоров'я, приватні заклади охорони здоров'я, фізичні особи, які мають ліцензію з надання послуг у сфері психічного здоров'я, а також ті, хто її не мають. Дані послуги, за словами респондентів, надавалися їм у формі індивідуальних консультацій, медикаментозного лікування, групової та індивідуальної психотерапії. За твердженнями респондентів, ці послуги не завжди надавалися у задовільній формі, оскільки були короткотривалими або не відповідали їхнім потребам. Більше того, консультації фахівців іноді супроводжувалися висловлюваннями непрофесійного характеру, що базувалися на особистому досвіді або історіях з власного життя, супроводжувалися оціночними судженнями, обезцінюванням проблем пацієнтів, тощо. Окрім цього, частина респондентів негативно оцінила атмосферу у закладах, до яких вони зверталися.

3.2 Потреби людей, які мають психічні розлади, у процесі отримання психосоціальної та психіатричної допомоги

Люди, які мають ПР, мають ряд потреб під час звернення до фахівців з ПЗ, а також у подальшому процесі діагностування та лікування їхнього розладу. У процесі отримання психосоціальної та психіатричної допомоги ці потреби, в залежності від випадку, можуть задовольнятися частково або не задовольнятися взагалі. У табл. 3.2.1 нижче наведено основні потреби людей, які мають ПР, у процесі отримання психосоціальної та психіатричної допомоги.

Табл. 3.2.1 Потреби та їхні складові

Потреби	Складові
Інформаційні потреби	-Інформація про діагноз -Інформація про психічний розлад та його перебіг -Інформація про препарати та їхні побічні ефекти
Комунікація з фахівцями	-Узгодження лікування -Можливість підтримувати зв'язок із лікарем у закладі та поза межами закладу
Доступ до препаратів	Пов'язана із вартістю препаратів та їхньою наявністю в аптеках
Освітні та соціальні послуги для близького оточення	Робота з членами родини клієнта для того, щоб допомогти їм краще зрозуміти його стан та налагодити стосунки в родині
Дистанційна допомога	Можливість отримувати послуги з використанням онлайн-комунікації

Усі респонденти зазначали про потребу у інформації щодо власного стану або діагнозу. 4 з 15 респондентів зазначили про те, що під час їхнього лікування їх взагалі не інформували про розлад, який в них було встановлено, що є порушенням норм та стандартів надання психіатричної допомоги. Решта респондентів отриману від лікарів інформацію оцінили як неповну. При цьому, за розповідями респондентів, у 5 випадках фахівці уникали постановки діагнозу, не хотіли його називати у відповідь на прохання пацієнта або не надавали повної інформації. Люди, які мають ПР, зазначали про потребу у тому, щоб надавачі послуг більш повно відповідали на їхні запитання щодо діагнозу.

«...Мне сказали, что узнать диагноз я смогу через неделю после выписки»
(респондентка 2)

«...вона не інформувала. Друзі питались говорити з лікарем, і просто лікар говорив «та вона здорова», але я питала тоді «зачем мене тут тримають?», вони говорили «ну, ми тебе обслідуємо, обслідуємо тебе...» (респондентка 4)

«Коли я приїхала в лікарню, мені ніхто нічого не говорив. А моя лікарка тільки мене повчала. Коли я задавала їй питання, вона просто відповідала спільними фразами...» (респондентка 7)

«Долгое время от меня диагноз скрывали... когда я спрашивала, что со мной, мне ничего не отвечала моя вот эта вот психиатрочка, только улыбалась. Мне единственное, что рассказывали – это что мне нужно лечь в больницу» (респондентка 9)

«Діагнози, що (психотерапевтка) поставила, я почула лише через її телефонну розмову з психіатром з психлікарні» (респондентка 6)

Одна з учасниць дослідження наголосила на тому, що у процесі діагностування вона потребувала більш інструментальної діагностики, а саме проходження тестів, які б підтвердили або спростували наявність в неї психічного розладу. Вона зазначила, що такі тести їй не пропонувалися.

«...не хватало каких-то тестов... Насколько я слышала... обычно... нужно дополнительное пройти тестирование у психолога, который именно диагностикой занимается и ставит диагнозы... У меня такого тестирования не было, я просто пришла, рассказала проблемы, она мне сказала «да, это ОКР» и всё...» (респондентка 15)

Окрім потреби у інформуванні щодо самого діагнозу, вирізняється також потреба респондентів у тому, щоб знати більше про свій розлад, особливості його перебігу, подальші перспективи, тощо.

«...специалист психического здоровья... толком не объяснил, что такое тревожное расстройство, толком не объяснил, что такое депрессия, вообще не называл это депрессией, он называл это... «пригнеченый стан» (респондентка 11)

«Я бы хотела узнать больше информации о том, что со мной не так и что с этим будет дальше, что делать и как справляться» (респондентка 13)

За словами 3 респондентів, вони знаходили інформацію самостійно, шукали її в інтернеті, серед знайомих, які теж мають психічні розлади, тощо.

«... я зазвичай сама інформацію якось знаходила, щоб зрозуміти стосовно серотоніну, якихось таких моментів. Тобто ніхто з лікарів не збирався навіть пояснювати» (респондентка 8)

Одна респондентка розповіла, що потребувала більш повної інформації щодо змісту та процесу лікування під час її госпіталізації та перебування у стаціонарі.

«...было бы легче, если бы мне дали какую-то бумажку, на которой было бы написано «мой врач: так-то так-то его зовут, есть еще главная медсестра такая-то, главврач такой-то»... не хватило каких-то бумажек, на которых было бы всё написано...» (респондентка 5)

Також в 5 з 15 респондентів було виявлено потребу у інформуванні їх щодо лікування, яке було їм призначено. Часто ця потреба не була задоволена повною мірою або не була задоволена взагалі, що свідчить про порушення міжнародних нормативних документів, які регламентують порядок надання допомоги у сфері ПЗ. Це виявлялося у відсутності інформації про препарати, їхні побічні дії та мету їхнього призначення. Одна респондентка говорила про те, що фахівці з ПЗ закликали її не шукати інформацію про призначені їй препарати в інтернеті, та при цьому не інформували її про них самостійно.

«...сказали не читать про (ліки) і не вірити тому, що пишуть в інструкції. Я питала про свої ліки і шукала інформацію сама... Взагалі нам ліки просто видавали і перевіряли чи п'ємо ми їх» (респондентка 7)

«Я б хотіла б знати... які я препарати приймаю, які від них можуть бути побічні реакції» (респондентка 4)

Варто зазначити, що у 3 випадках інформування здійснювалося у більш повній мірі, включало до себе інформування про побічні дії, тощо. Задоволеність цієї потреби залежала від місця, куди звертався респондент, а також від конкретного співробітника служб охорони психічного здоров'я.

«Я у своего лечащего врача просил вообще почитать про мой диагноз, он мне давал. Про медикаментозное лечение он давал мне научные журналы, я читал. В интернете тоже много смотрел... Информации не хватало... о моём диагнозе, о лечении, о побочных эффектах, конечно же.» (респондент 1)

«...если на обходе мне что-то назначили... я всегда могла обратиться к своему лечащему врачу, он всё рассказывал, и медсестры тоже рассказывали... когда ты приходишь на пост брать лекарства, я спрашивала: «а что вот это за лекарство, а что вот это?». ...они говорили: «это такое-то, если надо, запишите, почитайте об этом»» (респондентка 5)

Так, у приватних закладах охорони здоров'я, а також під час звернення до психотерапевтів та психіатрів приватної практики, за розповідями респондентів, інформування здійснювалося більш повно.

«...(лікар приватної практики) прям слухав мене, міг півгодини-годину слухати, дивитися просто за мною, наблюдати, підбирав лікування, давав укольчики, все інше, тобто все як надо було, а не просто як в Павлова: дають якесь непонятне снотворне, непонятну таблетку і просто «лежи спи, нікому не заважай» (респондентка 4)

«...когда я проходила лечение у частного психотерапевта, со мной постоянно согласовывали... препараты, которые мне выписывают. В государственной больнице такого, естественно, не было» (респондентка 2)

2 респондентки зазначили про те, що їм хотілося б отримувати більш «повноцінне» лікування у стаціонарі. Вони наголосила на тому, що потребували більш комплексного підходу до їхніх проблем.

«...хотелось бы более полноценного лечения в дневном стационаре... Чтобы там можно было проводить целый день, к примеру, не только приходит на приём, но прям... с утра до вечера... И чтобы там были какие-то активности для пациентов, типа кружков рисования, лепки... что-то, что могло бы занять как бы творчески» (респондентка 11)

«...я хотела хотя бы по крайней мере эти три недели хотя бы что-то поделатъ, но так как эти люди не видели смысла, они мне только говорили о том, что нужно заниматься спортом и думать позитивно, всё» (респондентка 14)

Одна респондентка зазначила, що окрім медикаментозного лікування, вона потребувала індивідуальної психотерапії. Вона наголосила на тому, що такі послуги їй не надавалися через брак часу в її терапевтки.

«...хотелось бы какую-то поддержку, реабилитацию после того, что со мной было, как теперь к этому относиться, ну, как-то поговорить, оговорить эти проблемы, но ей очень некогда, поэтому она мне только медикаментами помогает...» (респондентка 15)

Також 9 з 15 респондентів зазначали про потребу у тому, щоб фахівці працювали із членами їхньої родини, надавали психоосвітні послуги та допомагали родичам людини, яка має ПР, краще зрозуміти її стан. У 7 випадках дані послуги надавалися, проте, частіше за все це відбувалося за ініціативи отримувачів цих послуг. 5 з 7 людей, які мали такий досвід, визнавали, що ці послуги були корисними і позитивно впливали на їхній психосоціальний стан. Тим не менш, респонденти наголошують на тому, що інформація, надана членам їхньої родини, не завжди була доступною та зрозумілою, що спричиняло низьку ефективність взаємодії батьків респондентів із фахівцями.

«...один раз моя мама захотіла поспілкуватися з лікарем, і лікар все розказала моїй мамі. Ну, вона, звісно, нічого не зрозуміла...я хотіла б, щоб... могли прийти на прийом я з мамою, і лікар міг пояснити мамі, що «в неї буває такий стан, буває такий стан, ви маєте це помічати, якщо вона попадає до стану», а не просто вважати мене інвалідом» (респондентка 4)

«Целенаправленно – нет, но когда мой отец приехал к моему лечащему врачу... он с ним поговорил и врач ему дал необходимые как бы знания... стало больше принятия и меньше какого-то негатива по отношению ко мне» (респондент 1)

«...Було б краще делікатно розповісти батькам про психічне здоров'я взагалі, потім про конкретно мій випадок, вислухати уважно їх питання, дати відповіді, порекомендувати літературу з якою можна познайомитися» (респондентка 6)

«...хотела бы, чтоб (матери) рассказали, что это не просто привлечение внимания, что это не какой-то мой протест, что я не придуриваюсь... чтоб ей объяснили, что это реальная проблема, и у этого могут быть очень серьезные последствия» (респондентка 9)

«...если доктор может объяснить или подсказать, как вести себя с человеком, у которого какое-то психическое расстройство... это было бы тоже полезно очень. Как для семьи, так и для самого болеющего.» (респондентка 15)

Виключення становлять респонденти, які отримували послуги у сфері психічного здоров'я у неповнолітньому віці. У їхніх випадках фахівці працювали з їхніми батьками, оскільки мали інформувати батьків респондентів про стан здоров'я їхньої дитини та її лікування. Слід зазначити, що ці респонденти наголошували на тому, що хотіли б самостійно впливати на хід свого лікування та отримувати більше інформації, оскільки вважали себе на той момент достатньо повносправними для того, щоб приймати рішення щодо власного здоров'я.

«...не хотіли мене особливо вислуховувати, радше спілкувались з моєю мамою... Я кажу «я можу сама розповісти», вони такі «не важливо»... мені 17 років було, але при цьому всьому надавалася інформація без моєї згоди... коли... психотерапевт спілкувалася зі мною та мамою разом... це було навіть дуже добре. Але це було більш з моєї ініціативи, тому хотілося б щоб такі опції були просто пояснені з самого початку» (респондентка 8)

«...я считаю, что обсуждать диагноз стоило бы со мной лично, а не наедине с родителем, так как я могу сказать, что я уже достаточно взрослый и здравомыслящий человек для этого» (респондентка 13)

Окрім потреб у інформуванні, узгодженні лікування та роботі із членами родини респондентів, вони зазначали про потребу у забезпеченні доступу до ліків. Так, у випадку людей, які мають ПР, проблема часто полягає у тому, що препарати, призначені лікарем, важко придбати через їхню вартість або наявність в аптеках. З 15 респондентів зазначали про те, що ціна препарату не грає великої ролі, оскільки є можливість знайти більш доступні фармацевтичні засоби з тією ж діючою речовиною. Одна респондентка навпаки зазначила про те, що великою є потреба у тому, щоб знайти саме той препарат, який було призначено.

«В наявності не було багатьох препаратів... особливо, в тих дозуваннях... терапевтка чітко сказала, який саме препарат потрібен... Я декілька разів мала

проблему з тим, що пропускала день чи декілька прийому препарату тому, що не могла просто знайти його ніде, і довелося перейти на аналог». (респондентка 12)

З 15 респондентів зазначили, що ціна на препарати, які вони приймають, є високою, що спричиняє певні фінансові труднощі для респондентів та членів їхніх родин.

«...це була велика проблема... стосовно ціни ліків. Коли я перший рік тільки починала лікуватися, ми банально стали бідні, через ці ліки... на тиждень йшла тисяча-півтори, це абсолютно перевищувало заробіток, і це була дуже неприємна ситуація. Коли ти хворієш, ... а при цьому всьому немає нормальних грошей навіть на харчування...» (респондентка 8)

«...ціна... для, наприклад, студентів невідійомна буде. Я витрачаю близько 1,5 тисячі в місяць на ті ліки. Тобто, якщо уявити, що це буде не доросла людина, яка має роботу, ...я не можу собі уявити, як людина може дозволити собі такий курс лікування... ціни дуже неприємні.» (респондентка 12)

«...цена у нас очень завышена... таблетки, которые я принимаю утром – это антидепрессант смешанный, он у нас стоит 460 гривен... в Польше такие таблетки стоят около 70 гривен за упаковку. Понимаете, какая большая разница? Это очень дорого.» (респондентка 15)

Респондент, який має агорафобію, наголосив на своїй потребі у тому, щоб отримувати дистанційний доступ до системи психосоціальної та психіатричної допомоги, оскільки люди з деякими розладами часто не мають можливості потрапити на очний прийом лікаря через труднощі, безпосередньо пов'язані з цими розладами.

«Возможно было бы полезно построить какую-то бесплатную телефонную или интернет-систему психологической помощи, консультаций... Ведь человек ... часто не может даже попасть на приём к врачу. Просто он не может этого сделать из-за своих проблем» (респондент 3)

З учасники дослідження висловили потребу у тому, щоб мати можливість підтримувати зв'язок із лікарями поза межами закладу. Вони зазначили, що це було

б корисним, оскільки іноді у процесі лікування у них виникали питання, про які їм хотілося б поспілкуватися з лікарем дистанційно.

«...самое основное – это чтобы была связь всё время, может какую-то систему такую ввести можно, типа «доктор онлайн»... оснастить этой системой, чтобы можно было обратиться к доктору... и он в какие-то рабочие часы отвечал по каким-то мелким нюансам, чтобы не тратить на целый приём запись или приход в больницу...» (респондентка 15)

«...Так, (хотілося б підтримувати зв'язок) абсолютно. Тому що іноді бувало, що ліки давали якісь неочікувані результати, і я відчувала щось не те, що я мала, а в мене не було можливості подзвонити і запитати, чи все гаразд» (респондентка 8)

«...Мне бы хотелось, чтобы они как-то поддерживали связь со своими пациентами... чтобы просто понимать, работает ли их... система или не работает. Чтобы они учились, делали какие-то выводы и понимали, что делать...» (респондентка 14)

Отже, серед потреб людей, які мають психічні розлади, було виявлено потребу у отриманні інформації щодо власного діагнозу, самого розладу, його перебігу та процесу лікування. Респонденти зазначали про потребу у комунікації із фахівцями у сфері ПЗ, що стосується можливості узгоджувати з ними лікування та можливість підтримувати зв'язок із лікарем поза межами закладу. Окрім цього, було виявлено потребу у отриманні доступу до препаратів, яка обумовлена їхньою високою ціною та проблемами, пов'язаними із наявністю медикаментів в аптеках. Також деякі респонденти наголошували на потребі у психоосвітніх послугах для їхнього близького оточення та у отриманні дистанційного доступу до закладів охорони психічного здоров'я. Загалом задоволеність цих потреб різниться в залежності від конкретного випадку та закладу або місця звернення респондента. Так, було виявлено, що у приватних закладах охорони здоров'я потреби людей, які мають психічні розлади, були задоволені більше, ніж у результаті звернення до державних закладів.

3.3 Труднощі та бар'єри, з якими у процесі отримання психосоціальної та психіатричної допомоги стикаються люди, які мають психічні розлади

У процесі отримання психосоціальної та психіатричної допомоги люди, які мають ПР, стикаються з рядом труднощів та бар'єрів, серед яких виділяються інформаційні, ментальні, фінансові та фізичні. Детальну інформацію про вищезазначені бар'єри наведено у Табл. 3.1.1 нижче.

Табл. 3.3.1. Бар'єри

Інформаційні	Недостатня кількість інформації про заклади, до яких можна звернутися, щоб отримати допомогу
Бар'єри, пов'язані зі стигмою	1) Стигматизація психічних розладів у суспільстві 2) Недовіра до державних закладів охорони здоров'я 3) Негативне ставлення з боку фахівців у сфері психічного здоров'я, відсутність поваги
Фінансові	1) Висока вартість звернення до приватних психологів, психіатрів, психотерапевтів 2) Висока вартість препаратів
Фізична доступність	1) Віддаленість лікарень 2) Відсутність транспортного сполучення між місцем проживання та місцем лікування респондента

Розглядаючи інформаційні бар'єри, слід зазначити про те, що розповідаючи про процес першого звернення до фахівців з охорони психічного здоров'я, 5 респондентів зазначили, що не знали, куди їм звернутися. Вони пояснили це

відсутністю достатньої кількості інформації про систему охорони психічного здоров'я, а також недовірою до спеціалістів, що задіяні у цій системі.

«Ни в какие государственные медицинские учреждения я не обращался. Во-первых, потому что не знал где мне смогут помочь. Во-вторых, не верил, что мне там помогут» (респондент 3)

«Я боялася звернення до лікаря і тому знайшла приватну клініку і записалась під чужим іменем... Я не була впевнена чи мій стан достатньо серйозний для цього, боялася що мене засудять. Була тривожна і сумнівалась в якості лікарень. Не розуміла, що потрібно казати, відчувала себе незахищеною.» (респондентка 6)

«До того як звернутися, я в інтернеті щось шукала, і це не дало ніяких результатів... якби в них була якась сторінка нормальна, в інтернеті чи щось таке, на сайті міської ради... щоб там було сказано, куди я можу звернутися» (респондентка 8)

«...больница... по месту жительства... работает с сайтом hel.si.me. И на этом сайте нет психиатров... по месту жительства ничего нет. Просто, ну, пусто, врачей нету. А по другим местам жительства я не знала, могу ли я туда обращаться... я полгода не знала... где я могу найти такую помощь.» (респондентка 15)

Окрім інформаційних бар'єрів, 3 респонденти стикалися із труднощами, що були пов'язані із стигматизацією психічних розладів, тобто з ментальними бар'єрами. Вони зазначали, що звернення до закладів з охорони психічного здоров'я могло б відбутися раніше, якби вони не «обезцінювали» власний стан. Також респонденти наголошували на стигматизації психічних розладів у суспільстві, яка, на думку респондентів, спричиняла труднощі у процесі звернення.

«Просто из-за, наверное, стигматизации и отрицания моими близкими я обесценивал то, что у меня было, моё состояние.» (респондент 1)

«Наше общество не привыкло разговляти на теми, пов'язані з психікою/психологією... Сумно через те, що це значно заважає людям, у яких можливо є певні проблеми, але вони не вирішуються про це говорити.» (респондентка 10)

«...люди просто боятся, с конкретной серьезной проблемой... обращаются к психологу, психиатру, потому что думают, что их положат в больницу и они никогда от туда не выйдут, ...что это стоит очень больших денег, ...что врачи просто сами психи и издеваться над ними будут... информации нет о том, что это безопасно, полезно и точно так же может помочь здоровью, как поход к обычному терапевту» (респондентка 15)

4 з 15 респондентів наголошували на тому, що процес отримання психосоціальної та психіатричної допомоги був для них складним, через те, що структура закладів охорони психічного здоров'я видавалася їм незрозумілою та недружньою до пацієнтів.

«Воно настільки все складно: поки додзвонишся, «а ви підіть до того..», а потім вертатись туди...» (респондентка 8)

«...было такое непонимание... каждый на каком-то этапе прохождения давал мне какие-то советы... я не очень понимала, кому говорит много, кому говорит мало... И из-за того, наверное, что я никогда не лежала в больницах, я не знала саму процедуру, как оно будет, когда ко мне придет тот врач.» (респондентка 5)

Респонденти зазначали про труднощі, з якими вони стикалися у процесі діагностування їхнього розладу. Так, одна учасниця дослідження розповіла про проблеми з діагностикою коморбідних(супутніх) психічних розладів, які, як правило, не діагностуються. Окрім цього, іншій респондентці передчасно поставили діагноз, який не відповідав дійсності, та який не було підтверджено іншими фахівцями. Ще 3 респонденти у процесі діагностування не погоджувалися із діагнозом, що їм було встановлено, або сумнівалися у ньому. У деяких випадках це супроводжувалося призначенням лікування, яке не відповідало потребам пацієнтів.

«...лікар-психіатр у відділенні, знаючи, що у мене діагноз біполярний, дав мені антидепресант, який не можна при біполярному розладі давати, і в мене почалася інверсія фази і почалась манія» (респондентка 4)

«Мне поставили диагноз, но я не стала принимать лечение. Ну, почему не стала принимать – из-за недоверия к своему состоянию. ...тот же БАР, его нужно хотя бы несколько месяцев понаблюдать, чтоб точно увидеть у человека гипоманию и депрессию... очень сложно... с коморбидными заболеваниями. Например, тревожное расстройство очень часто даже не диагностируют толком, и почти ничем не лечат...» (респондентка 11)

«...я доволі часто сумнівалася у "видуманості свого діагнозу". Я думала, а раптом я перебільшую і просто шкодую себе» (респондентка 10)

Розповідаючи про процес отримання психіатричної допомоги, деякі респонденти зазначали про проблеми, які з'являлися під час їхнього перенаправлення з одного закладу (або фахівця) до іншого.

«...я пришла уже в очень тяжелом состоянии, и, я так понимаю, что злость (лікаря)... была направлена на... частного врача, который... довел пациента до тяжелого состояния, но вылилась она на меня... ее еще очень сильно разозлила фраза моя, что мне частный врач рекомендовал госпитализацию... она говорит: «ну вот пусть он вас и кладёт» (респондентка 11)

Однією з труднощів у процесі отримання психосоціальної та психіатричної допомоги у державних закладах охорони психічного здоров'я респонденти називають ставлення до них з боку персоналу лікарень. Так, 8 респондентів зазначають про те, що їхній досвід звернення до фахівців з психічного здоров'я був більш негативним саме через зневажливе ставлення. Люди, які мають психічні розлади, наголошували на тому, що їхній досвід отримання допомоги у цих закладах був би більш позитивним, якби до них ставилися «як до людей».

«...со стороны воспитателей, психологов, и врачей-психиатров, то они уже да, никакого внимания не уделяли... там было полное хладнокровие. ...я даже не знаю, как это можно описать, это не было нормальным отношением врача к пациенту... отношение было ужасным.» (респондентка 2)

«... До лікарів відносяться як до «богеми» а пацієнтів просто вважають за ніщо... Ну я розумію, що людей багато, але це дуже сумно, що до нас відносилися

просто як до бруду. Як до відсталих, я просто була свідком такої неповаги до людини, що хотілося відгородити тих медсестер від нас» (респондентка 7)

«(можна було б покращити) само...не знаю, как сказать, лояльность работников регистратуры к пациентам, то есть может более вежливое обращение или более понимающее. Потому что на данный момент... немного неприветливое.» (респондентка 11)

«...в студентській (поліклініці) так більше з наплювательством чуть-чуть.. (хотілося б) щоб менше було обезцінювання...» (респондентка 4)

Також респонденти зазначали про фінансові труднощі, з якими вони стикалися у процесі отримання психосоціальної та психіатричної допомоги. Так, окрім проблем із придбанням ліків через їхню високу ціну, деякі з респондентів наголошували на труднощах, пов'язаних з вартістю самого звернення до фахівців з психічного здоров'я.

«...було б добре, якби по місту середня ціна на психотерапевтів була не така висока... я знаю багато людей, які довгий час відмовляються від звернення до психотерапевтів, тому що сприймають, що у державній установі лікар не буде насправді намагатися їм допомогти, а приватні спеціалісти непідйомно дорогі, особливо для студентів» (респондентка 12)

За словами однієї з респондентів, фізичні бар'єри також спричиняють деякі труднощі у процесі отримання психосоціальної та психіатричної допомоги. Вона зазначила, що лікарня, у якій вона проходила лікування, знаходилась досить далеко від місця її проживання, що, у сукупності з недостатньо розвиненою транспортною інфраструктурою, обумовлювало певний дискомфорт у процесі звернення.

«Я ходила в важку лікарню, доводилось через півміста їхати. Вона віддалено трошки знаходиться. Вона в самому місті, по суті, але транспорт туди їздить тільки один.» (респондентка 8)

Отже, досвід респондентів свідчить про те, що люди, які мають психічні розлади, у процесі отримання психіатричної та психосоціальної допомоги стикаються з інформаційними бар'єрами, а саме з відсутністю достатньої інформації про те, яким чином та куди потрібно звертатися. Окрім цього,

респонденти стикалися з бар'єрами, пов'язаними зі стигматизацією та запереченням їхніх розладів з боку близького оточення та суспільства загалом. З цієї причини звернення до закладів з охорони психічного здоров'я часто відбувалося невчасно. До бар'єрів, пов'язаних зі стигмою, можна віднести і ставлення персоналу закладів до клієнтів, яке у багатьох випадках було зневажливим та негативним. Також було виявлено труднощі пов'язані безпосередньо зі структурою закладів, яка видавалася респондентам складною та незрозумілою. Фінансові та фізичні бар'єри є ще однією проблемою, з якою у процесі отримання психосоціальної допомоги стикаються люди, які мають психічні розлади.

ВИСНОВКИ

1. Надання послуг людям, які мають психічні розлади, має здійснюватися з урахуванням їхніх особистих цілей та сильних сторін людей, а також побажань та потреб. Сучасна модель надання послуг у сфері психічного здоров'я передбачає залучення ресурсів клієнта та ресурсів його оточення, увагу до думки клієнта, а також дотримання засад міждисциплінарності при наданні послуг.
2. Міжнародними нормативно-правовими актами, зокрема «Конвенцією про права осіб з інвалідністю», визначається що надання психіатричної допомоги має здійснюватися на засадах гуманності та поваги до особистості (що включає забезпечення доступу до інформації щодо власного здоров'я), а також за умов максимально можливого забезпечення реалізації права на самостійне прийняття рішень щодо власного лікування. Положення національного законодавства не повністю враховують міжнародні правові стандарти, що спричиняє порушення визначених прав людей, які мають психічні розлади. Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні до 2030 року враховує вищезазначені порушення та передбачає відповідні зміни у законодавстві.
3. Надавачами психосоціальної та психіатричної допомоги людям, які мають психічні розлади, є державні заклади охорони здоров'я, приватні заклади охорони здоров'я, фізичні особи, які мають ліцензію з надання послуг у сфері психічного здоров'я, а також ті, хто її не мають. Дані послуги надаються у формі індивідуальних консультацій, медикаментозного лікування, групової та індивідуальної роботи. Ці послуги не завжди надавалися у задовільній формі, оскільки були короткотривалими, не завжди відповідали потребам клієнта або супроводжувалися непрофесійними, на думку респондентів, твердженнями.
4. Серед потреб людей, які мають психічні розлади, було виявлено потребу у отриманні інформації щодо діагнозу, самого розладу, його перебігу та процесу лікування; потребу у комунікації із фахівцями у сфері психічного здоров'я, що стосується можливості узгоджувати з лікування та підтримувати зв'язок із

лікарем поза межами закладу; потребу у отриманні доступу до препаратів, яка обумовлена їхньою високою ціною та проблемами, пов'язаними із наявністю медикаментів в аптеках; потребу в психоосвітніх послугах для близького оточення людей, які мають психічні розлади.

5. У процесі отримання психіатричної та психосоціальної допомоги люди, які мають психічні розлади, стикаються з інформаційними, фінансовими бар'єрами, а також із бар'єрами, пов'язаними з фізичною доступністю та бар'єрами, пов'язаними зі стигмою. Труднощі, які виникали у процесі отримання допомоги, були пов'язані з нестачею інформації про заклади, до яких можна звернутися, стигматизацією психічних розладів з боку суспільства або близького оточення, високою вартістю звернення до фахівців приватної практики, а також із віддаленістю закладів та відсутністю транспортного сполучення між місцем проживання респондента та його місцем лікування.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Відповідно до результатів дослідження, було розроблено наступні рекомендації для фахівців з психічного здоров'я:

1. Необхідним є дотриманням стандартів, закріплених у міжнародних та національних нормативно-правових актах, а саме принципів гуманізму та поваги до особистості клієнта.
2. Інформування людей, які мають психічні розлади, необхідно здійснювати у повній мірі, що передбачає надання інформації про встановлений діагноз, сам розлад, його перебіг, процес лікування, а також інформування щодо медикаментів, що призначаються пацієнту.
3. Необхідним є узгодження лікування з клієнтом у відповідності до норм Конвенції про права осіб з інвалідністю.
4. Фахівцям рекомендується встановлювати та підтримувати зв'язок із пацієнтами поза межами закладу з метою моніторингу їхнього стану, а також для того, щоб надавати їм психологічну та психосоціальну підтримку дистанційно.
5. Рекомендується надавати психоосвітні послуги членам родини та близькому оточенню пацієнтів, оскільки така просвітницька робота має позитивний вплив на психічне здоров'я людей, які мають психічні розлади.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
2. Annual report of the High Commissioner for Human Rights to the General Assembly. A/HRC/10/49, presented 26 January 2009, para 48-9. Available at http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/60UDHR/detention_infonote_4.pdf
3. Barry, M. M. (2019). Community Mental Health Promotion Principles and Strategies. In *Implementing Mental Health Promotion* (pp. 163-194). Springer, Cham.
4. Caplan, G., & Caplan, R. (2000). Principles of community psychiatry. *Community Mental Health Journal*, 36(1), 7-24.
5. Carpenter, J., Schneider, J., Brandon, T., & Wooff, D. (2003). Working in multidisciplinary community mental health teams: the impact on social workers and health professionals of integrated mental health care. *British Journal of Social Work*, 33(8), 1081-1103.
6. Craig, S., Frankford, R., Allan, K., Williams, C., Schwartz, C., Yaworski, A., ... & Malek-Saniee, S. (2016). Self-reported patient psychosocial needs in integrated primary health care: A role for social work in interdisciplinary teams. *Social work in health care*, 55(1), 41-60.
7. Jahn, I., Becker, T., & Stengler, K. (2017). Likely impact of the UN Convention on disability on mental health services. *Current opinion in psychiatry*, 30(4), 318-322.
8. Johnson, S. (2013). Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19(2), 115–123. doi:10.1192/apt.bp.107.004192
9. Ke, K. M., Blazebly, J. M., Strong, S., Carroll, F. E., Ness, A. R., & Hollingworth, W. (2013). Are multidisciplinary teams in secondary care cost-effective? A systematic review of the literature. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 11(1), 7.
10. Keet, R., de Vetten-Mc Mahon, M., Shields-Zeeman, L., Ruud, T., van Weeghel, J., Bahler, M., ... & Nas, C. (2019). Recovery for all in the community; position paper on principles and key elements of community-based mental health care. *BMC psychiatry*, 19(1), 174.
11. Lavelle, E. (2011). Mental health rehabilitation and recovery services in Ireland: a multicentre study of current service provision, characteristics of service users and outcomes for those with and without access to these services. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10147/208790>
12. Local Government Association. (2018, July 3). Mental health: how do you know your council is doing all it can to improve mental health. Retrieved from <https://www.local.gov.uk/mental-health-how-do-you-know-your-council-doing-all-it-can-improve-mental-health>

13. Mahomed, F., Stein, M. A., & Patel, V. (2018). Involuntary mental health treatment in the era of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *PLoS medicine*, 15(10).
14. Malone, D., Marriott, S. V., Newton-Howes, G., Simmonds, S., & Tyrer, P. (2007). Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
15. McGlynn, M. (2015). Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: a framework for establishing evidence-based standards.
16. Mezzina, R., Rosen, A., Amering, M., & Javed, A. (2019). The practice of freedom: Human rights and the global mental health agenda. In *Advances in Psychiatry* (pp. 483-515). Springer, Cham.
17. Middleton, H. (2017). Community Mental Health Teams: Interacting Groups of Citizen-Agent?. In *Mental Health Uncertainty and Inevitability* (pp. 167-198). Palgrave Macmillan, Cham.
18. Moxham, L., Patterson, C., Taylor, E., Perlman, D., Sumskis, S., & Brighton, R. (2017). A multidisciplinary learning experience contributing to mental health rehabilitation. *Disability and rehabilitation*, 39(1), 98-103.
19. Network for Mental Health. (2015, March 23). Mental Healthwatch handbook: Improving mental health with your community. Retrieved from <https://www.mhinnovation.net/resources/mental-healthwatch-handbook-improving-mental-health-your-community>
20. Onyett, S., Hepplestone, T. and Bushnell, D. (1994) 'A national survey of community mental health teams. Team structure and process', *Journal of Mental Health*, 3, pp. 175–94.
21. Onyett, S., Muijen, M., & Pillinger, T. (1995). *Making community mental health teams work*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
22. Ritchie, H., & Roser, M. (2018, April). Mental Health. Retrieved from <https://ourworldindata.org/mental-health>
23. Steinert, Christoph, et al. "Impact of the UN convention on the rights of persons with disabilities (UN-CRPD) on mental health care research-a systematic review." *BMC psychiatry* 16.1 (2016): 166.
24. Szmukler, G. (2017). The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: 'Rights, will and preferences' in relation to mental health disabilities. *International journal of law and psychiatry*, 54, 90-97.
25. Thornicroft, G., & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: A pragmatic balance of community and hospital care: Overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry*, 185(4), 283-290. doi:10.1192/bjp.185.4.283
26. Thornicroft, G., & Tansella, M. (2009). Better mental health care. *New York*.

27. Thornicroft, G., Becker, T., Holloway, F., Johnson, S., Leese, M., McCrone, P., . . . Wykes, T. (1999). Community mental health teams: Evidence or belief? *British Journal of Psychiatry*, 175(6), 508-513. doi:10.1192/bjp.175.6.508
28. Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. (2016). Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*, 15(3), 276-286.
29. United Nations. (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). Retrieved May 1, 2020, from <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
30. United Nations. (2014). General comment No. 1 Article 12: equal recognition before the law.
31. Van Veldhuizen JR, Bähler M. (2013). Flexible Assertive Community Treatment. Vision, model, practice and organisation. Available from: <http://www.eaof.org/factmanual.pdf>.
32. Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., ... & Haro, J. M. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, 370(9590), 841-850.
33. WHO. (2019). Prevalence of mental disorders. Retrieved <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources>
34. World Health Organization. (2015). Promoting rights and community living for children with psychosocial disabilities.
35. Wynn, A., & Moore, K. M. (2012). Integration of primary health care and public health during a public health emergency. *American journal of public health*, 102(11), e9-e12.
36. Байда, А. О., & Комасюк, І. С. (2018). Питання кримінальної відповідальності за незаконне поміщення в психіатричний заклад.
37. Гавайська декларація Всесвітньої психіатричної асоціації від 10.07.1983 р. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_872
38. Європейський суд з прав людини. (2012). Справа «М. проти України» (заява № 2452/04) Страсбург, 19 квітня 2012 р. Retrieved May 10, 2020, from http://www.irbis-nbu.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbu/cgiirbis_64.exe?C21COM=2
39. Загальна декларація прав людини від 10.12.1948 р. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015
40. Закон України «Про психіатричну допомогу», № 1489-III від 20.12.2018 р. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>

41. Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року від 27.12.2017. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80>
42. Миронова, Г. А. (2017). Права пацієнтів із психічними розладами: міжнародні стандарти та вітчизняне законодавство. *Приватне право і підприємництво, (17)*, 34-39.
43. Резолюція Генеральної Асамблеї ООН 46/119 «Захист осіб з психічними захворюваннями та поліпшення психіатричної допомоги» від 18.02.1992 р. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_905
44. Рекомендації Парламентської асамблеї Ради Європи «Про ситуацію з психічними захворюваннями» від 08.10.1977 р. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_069
45. Сенюта, І. Я. (2018). Надання психіатричної допомоги за новим нормативним регламентом: окремі проблемні питання. *Український медичний часопис*.
46. Сенюта, І. Я., Клапатий, Д. Й. (2013). Психіатрична допомога: механізми забезпечення прав пацієнтів та їхніх законних представників. *Львів: ОБФ «Медицина і право»*.
47. Титаренко, Т. М. (2018). Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації.

Додаток А

Права пацієнта у сфері отримання психіатричної допомоги відповідно до міжнародних стандартів¹

№	Право*
1	Інформацію подану в тактовній формі про природу свого розладу, терапевтичні процедури, включаючи різноманітні альтернативні методи лікування та можливі наслідки
2	Вибір між доступними та необхідними методиками лікування
3	Звільнення від примусового лікування у разі, якщо підстави для такого лікування відпали
4	Інформовану згоду щодо власної демонстрації перед аудиторією, або, за можливості, на використання відомостей своєї історії хвороби для наукових публікацій
5	Відмову від добровільного лікування чи від будь-якої наукової або дослідницької програми, в якій він бере участь
6	Найкращу психіатричну допомогу, яка повинна бути частиною системи медичної та соціальної допомоги
7	Гуманне та поважливе ставлення
8	Захист від економічної, соціальної та інших форм експлуатації, поганого чи принизливого ставлення
9	Заборону дискримінації на ґрунті психічного розладу
10	Користування усіма громадянськими, політичними, економічними, соціальними та культурними правами, як це закріплено в Загальній декларації прав людини, Міжнародному пакті про громадянські і політичні права, Міжнародному пакті про економічні, соціальні та культурні права й інших документах
11	Вирішення питання щодо своєї дієздатності з мотивів наявності психічного розладу незалежним та неупередженим судом відповідно до встановлених національним законодавством процедур
12	Часткову оплату послуг адвоката, в разі неможливості здійснити оплату в повному обсязі самостійно, у справі про вирішення питання про свою дієздатність
13	Оскарження будь-яких рішень з приводу своєї дієздатності у вищих судових інстанціях
14	Заборону визнання сімейного чи виробничого конфлікту, або незгоди з моральними, соціальними чи політичними цінностями чи релігійними

¹ За Сенюта, І. Я., Клапатий, Д. Й. (2013). *Психіатрична допомога: механізми забезпечення прав пацієнтів та їхніх законних представників*. Львів: ОБФ «Медицина і право». (с. 8-12)

*Підготовлено на основі ст. 25 Закону України «Про психіатричну допомогу» від 22.02.2000 р.

	віруваннями визначальними факторами при діагностуванні психічного розладу
15	Отримання психіатричної допомоги, за можливості в соціумі, в якому проживає пацієнт
16	Отримання психіатричної допомоги, за можливості, поряд з власним помешканням, або ж помешканням своїх родичів чи друзів у разі, якщо психіатрична допомога надається стаціонарно
17	Психіатричну допомогу, яка відповідатиме культурним традиціям пацієнта
18	Отримання медичної та соціальної допомоги, яка відповідає потребам здоров'я пацієнта
19	Захист від шкоди, включаючи необґрунтоване лікування, погане ставлення з боку пацієнтів, персоналу та інших осіб чи інших дій, які призводять до психічних травм чи фізичного дискомфорту
20	Лікування відповідно до індивідуально розробленого плану, який повинен обговорюватись із пацієнтом, регулярно переглядатись та за необхідності змінюватись
21	Отримання психіатричної допомоги, яка відповідатиме етичним стандартам
22	Заборону використання щодо себе медикаментозного лікування як покарання чи в інтересах інших осіб
23	Отримання інформації про свої права в доступній формі відразу після госпіталізації, яка міститиме роз'яснення цих прав та способи їх реалізації
24	Залишення психіатричного закладу в будь-який час, у разі надання психіатричної допомоги в добровільному порядку
25	Оскарження рішення про свою госпіталізацію чи утримання у психіатричному закладі в судовому порядку
26	Достатній життєвий рівень та соціальний захист
27	Працю на рівні з іншими громадянами
28	Найбільш досяжний рівень здоров'я без дискримінації

Додаток Б

Права пацієнта у сфері отримання психіатричної допомоги відповідно до національного законодавства²

№	Право*
1	Поважливе і гуманне ставлення, що виключає приниження честі й гідності людини
2	Отримання інформації про свої права, пов'язані з наданням психіатричної допомоги
3	Одержання психіатричної та соціальної допомоги в умовах, що відповідають вимогам санітарного законодавства
4	Відмову від надання психіатричної допомоги, за винятком випадків її надання в примусовому порядку, передбаченому законом
5	Усі види медико-санітарної допомоги (у тому числі санаторно-курортне лікування) за медичними показаннями
6	Одержання психіатричної допомоги в найменш обмежених, відповідно до їх психічного стану, умовах, якщо можливо, за місцем проживання цих осіб, членів їх сім'ї, інших родичів або законних представників
7	Перебування у закладі з надання психіатричної допомоги лише протягом строку, необхідного для обстеження та лікування
8	Попередню письмову згоду або відмову в будь-який час від застосування нових методів діагностики і лікування та лікарських засобів чи від участі у навчальному процесі
9	Безпечність надання психіатричної допомоги
10	Безоплатне надання медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, а також безоплатне або на пільгових умовах забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України
11	Безоплатну юридичну допомогу з питань, пов'язаних з наданням їм психіатричної допомоги
12	Альтернативний, за власним бажанням, психіатричний огляд та залучення до участі в роботі комісії лікарів-психіатрів з питань надання психіатричної допомоги будь-якого фахівця, який бере участь у наданні психіатричної допомоги, за погодженням з ним

²За Сенюта, І. Я., Клапаний, Д. Й. (2013). *Психіатрична допомога: механізми забезпечення прав пацієнтів та їхніх законних представників*. Львів: ОБФ «Медицина і право». (с. 8-12)

*Підготовлено на основі аналізу Конвенції про права осіб з інвалідністю від 13.12.2006 р.; Принципів захисту психічно хворих осіб та покращення психіатричної допомоги. Резолюція ООН 46/119 від 17.12.1991 р.; Гавайської декларації Всесвітньої психіатричної асоціації від 10.07.1983 р.

13	Збереження права на жиле приміщення за місцем їх постійного проживання протягом часу надання їм стаціонарної психіатричної допомоги
14	Особисту участь у судових засіданнях при вирішенні питань, пов'язаних з наданням їм психіатричної допомоги та обмеженням у зв'язку з цим їх прав
15	Відшкодування заподіяної їм шкоди або шкоди їх майну внаслідок незаконного поміщення до психіатричного закладу чи психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання чи внаслідок незабезпечення безпечних умов надання психіатричної допомоги або розголошення конфіденційних відомостей про стан психічного здоров'я і надання психіатричної допомоги
16	Одержання винагороди за фактично виконану роботу нарівні з іншими громадянами

Додаткові можливості осіб, які перебувають у психіатричному закладі:

17	Спілкування з іншими особами, в тому числі з адвокатом або іншим законним представником, без присутності сторонніх осіб згідно з правилами внутрішнього розпорядку психіатричного закладу
18	Повідомлення будь-якої особи за своїм вибором про надання їм психіатричної допомоги
19	Забезпечення таємниці листування при відправці та отриманні будь-якої кореспонденції
20	Доступ до засобів масової інформації
21	Дозвілля, заняття творчою діяльністю
22	Відправлення релігійних обрядів, додержання релігійних канонів
23	Звернення безпосередньо до керівника або завідуючого відділенням психіатричного закладу з питань надання психіатричної допомоги, виписки з психіатричного закладу та додержання прав, передбачених ЗУ «Про психіатричну допомогу»
24	Допомогу по загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню або пенсію згідно з законодавством
25	Відвідування наодинці
26	Придбання і використання предметів повсякденного вжитку
27	Перебування на самоті

Додаток В

Гайд інтерв'ю

Добрий день! Мене звати Катерина, я студентка Національного університету «Києво-Могилянська академія» спеціальності «соціальна робота». В рамках написання балаврської роботи я проводжу дослідження, присвячене сфері охорони психічного здоров'я.

Ви потрапили до вибірки дослідження, оскільки маєте досвід користування послугами, пов'язаними з охороною психічного здоров'я. Ваша участь у дослідженні є дуже важливою, тому що воно має на меті вивчення досвіду користування цими послугами та задоволеності ними.

Дане опитування є конфіденційним. Це означає, що Ваші особисті дані не буде розголошено, а відповіді буде оприлюднено тільки в узагальненій формі разом з результатами опитування інших учасників дослідження. За Вашої згоди під час нашої розмови я використовуватиму диктофон, аби зафіксувати інформацію максимально точно. Файл із записом нашої розмови зберігатиметься на захищеному носії, звідки його буде видалено після захисту роботи.

Прохання відповідати на запитання повно та відверто, щоб забезпечити достовірність отриманої інформації. У випадку, якщо якісь питання будуть незрозумілими, Ви можете уточнити їх. Також за бажанням Ви можете відмовитися від відповіді на запитання. У такому випадку, ми перейдемо до наступного. Окрім цього, Ви маєте можливість відмовитися від участі у дослідженні у будь-який момент.

Якщо Ви маєте бажання ознайомитися із результатами дослідження, я зможу їх Вам надати.

Скажіть, будь ласка, чи все Вам зрозуміло та чи погоджуєтесь Ви взяти участь у дослідженні?

Соціально-демографічні характеристики

Стать:

Вік:

Коли і який діагноз було встановлено:

Місто:

Місце звернення/лікування:

Питання

Блок 1. Етап звернення та діагностики

1. Розкажіть, будь ласка, про свій перший досвід звернення до фахівців з психічного здоров'я

- Як дізналися, що Вам потрібна така допомога?
- Куди саме Ви звернулися? Чому?
- Ви звернулися з власної ініціативи? Добровільно?
- Які були труднощі?

2. Розкажіть, будь ласка, як відбувалося діагностування

- Що Вам розповідали? Хто?
- Вас перенаправляли? Куди?
- Які фахівці з Вами працювали?

3. Що можна було б покращити на етапі звернення та діагностування?

- Як Ви вважаєте, чи своєчасним було звернення?
- Було достатньо інформації на цьому етапі? Що б хотіли дізнатися?
- Чи були бюрократичні труднощі? Які?

Блок 2. Лікування

1. Розкажіть, будь ласка, як далі відбувалося лікування

- Чи розглядалася можливість лікування вдома?
- Стаціонарне лікування чи амбулаторне? За власним бажанням?
- Які послуги отримували окрім лікування?
- Хто з Вами працював?

2. Розкажіть, будь ласка, що Вам розповідали про стан Вашого здоров'я

- Хто інформував?
- Інформація була повною, доступною, зрозумілою?
- На Ваші запитання відповідали?

3. Розкажіть, будь ласка про те, чи узгоджували з Вами терапію та у який спосіб

- Ви могли обирати з переліку препаратів?
- Потреби та побажання враховувалися? Як?

4. Що можна було б покращити на етапі лікування?

- Хотіли б більше впливати на планування лікування? Яким чином?
- Більше інформації? Про що? Від кого?
- Хотіли б отримати рекомендації від лікаря щодо змін у способі життя?
- Отримати навчання щодо самоконтролю та дотримання режиму лікування?

Блок 3. Подальший досвід

1. Розкажіть, будь ласка, про свій подальший досвід

- Із Вами підтримували зв'язок поза межами закладу?
- Чи продовжували приймати медикаменти? Відвідувати терапію?
- Куди ще зверталися? Коли? Чому?
- Які послуги отримували? Хто з Вами працював?

Блок 4. Соціальні послуги

1. Розкажіть, будь ласка, про те, чи розповідали членам Вашої родини щось про особливості вашого стану?

- (якщо так) Які послуги надавалися? Ким? Це було корисно?
- (якщо ні) Ви цього хотіли б? Яких саме послуг?

2. Можливо, у Вас були інші потреби, які ми ще не згадали?

- Рекомендації як спілкуватися з оточенням, розв'язувати конфлікти?
- Чи не було проблем із доступом до препаратів? Ціна? Наявність в аптеках?
- Освітні послуги про ПР для Вас або Вашого оточення?
- Рекомендації з профілактики рецидивів/загострень?

Чи є ще щось, що ми не згадали протягом інтерв'ю, що Ви хотіли б додати?