

ДЕІНСТИТУЦІОНАЛІЗАЦІЯ В СФЕРІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я: ПІДХІД IDEA ТА КЛЮЧОВІ ПРОГРАМИ ЙОГО РЕАЛІЗАЦІЇ¹

Політика деінституціоналізації найчастіше обговорюється в контексті шести основних груп населення: дітей, людей похилого віку, людей з проблемами з психічного здоров'я, людей, що вчинили злочини, а також бездомних осіб. Деінституціоналізація – це процес (1) попередження необґрунтованого влаштування та утримання людей в закладах інституційного догляду; (2) пошук та розробка відповідних альтернатив у громаді щодо проживання, лікування, навчання, освіти та реабілітації людей, які не потребують обов'язкового влаштування в заклади інституційного догляду; (3) вдосконалення умов, догляду та лікування тих, хто потребує інституційного догляду (Mizrahi, T., Davis, L. E., & National Association of Social Workers, 2008, p.11).

На основі багаторічного досвіду роботи в сфері психічного здоров'я Бенедетто Сарачено з колегами сформувавши підхід “IDEA” та обґрунтували можливості його застосування на прикладі однієї психіатричної лікарні. В основу підходу “IDEA” покладено зміст процесу деінституціоналізації, ключові ідеї якого відображені в аббревіатурі: I (increase) – збільшення послуг з догляду в громаді для тих, хто може залишити психіатричну лікарню; D (decrease) – зменшення кількості випадків влаштування людей в психіатричну лікарню та тривалості їх перебування; E (enhance) – підвищення якості послуг з догляду для людей, що перебувають в психіатричній лікарні; A (assess) – періодична оцінка процесу.

Ключові програми реалізації підходу “IDEA”: “improving STAY” (покращення перебування), “increasing OUT” (збільшення «виходу») та “stopping IN” (припинення влаштування).

Програма “improving STAY” (покращення перебування) стосується пацієнтів, які залишаються у психіатричній лікарні, й має на меті підвищення якості догляду, повагу до гідності пацієнтів та залучення їх до різних видів активності. До впровадження програми доцільно залучати майже увесь (близько 80%) наявний персонал психіатричної лікарні (переважно це психіатри), який має значний досвід роботи.

¹ Тези підготовлено на основі матеріалів курсу проф. Е. Албанезе та проф. Б. Сарачено «Дизайн, оцінка та впровадження політики, планів та інтервенцій в сфері психічного здоров'я», що викладався в Літній школі з політики, економіки та менеджменту в сфері громадського здоров'я, Лугано (Швейцарія), 2019 рік.

Програма “increasing OUT” (збільшення «виходу») розрахована на пацієнтів, які можуть проживати поза межами лікарні. Наприклад, пацієнти із залежністю, молоді люди, які не перебувають в кризову стані, пацієнти, які мають сім’ї або можуть проживати самостійно. Програму можуть впроваджувати близько 10 молодих фахівців (переважно це психологи, соціальні працівники), які нещодавно почали працювати у лікарні. Вони розроблятимуть гнучкі індивідуальні плани роботи з кожним пацієнтом, що залишає заклад, працюватимуть з їх сім’ями, шукатимуть можливості для працевлаштування своїх клієнтів та здобуття ними фінансової незалежності.

Програма “stopping IN” (припинення влаштування) передбачає розвиток послуг з психічного здоров’я в громаді й має на меті попередження влаштування людей до психіатричної лікарні. Для цього команда з 2-3 молодих «фахівців-дипломатів» здійснює колективне представництво інтересів людей з проблемами психічного здоров’я на різних рівнях: обговорює з керівництвом лікарень загального профілю потребу та можливості створення «психіатричних ліжок» для пацієнтів, які перебувають в гострих станах; з місцевою владою – потребу та процес розвитку альтернативних послуг в місцевій громаді; з місцевими надавачами послуг – необхідність розширення спектру послуг; з родичами – прояви захворювання, особливості догляду таких людей тощо. Реалізація програми також передбачає створення мобільних команд з психічного здоров’я в громадах, до складу яких може входити 2 психіатра, 2 психолога, 1 соціальний працівник, 1 медсестра (як це працює у провінції Тісіно в Швейцарії).

Звісно, реалізація підходу “IDEA” та його ключових програм тісно пов’язана з викликами та бар’єрами, які вже кілька десятиліть обговорюються дослідниками, практиками, самими клієнтами та їхніми родичами в різних країнах світу (Ramon, 1985; Saraceno et al., 2007; Thornicroft et al., 2008; Knapp et al., 2011; Kritsotaki et al., 2016). Проте досвід роботи фахівців показує, що реалізація такого підходу у конкретній психіатричній лікарні можлива навіть силами наявного в закладі персоналу та в межах бюджету, передбаченого на його утримання.

Список використаних джерел:

1. Knapp, M., Beecham, J., McDaid, D., Matosevic, T. & Smith, M. (2011). The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services: Lessons from a systematic review of European experience. *Heal. Soc. Care Community*, 19, 113–125.
2. Kritsotaki, D., Long, V., Smith, M. (Eds.) (2016). *Deinstitutionalisation and AfterPost-War Psychiatry in the Western World*. Mental Health in Historical Perspective
3. Mizrahi, T., Davis, L. E., & National Association of Social Workers. (2008). *Encyclopedia of social work, 20th edition*. Washington, D.C: National Association of Social Workers.
4. Ramon, S. (1985). *Psychiatry in Britain: Meaning and Policy*. Beckenham: Croom Helm.

5. Saraceno, B., Ommeren, M.V., Batniji, R., Cohen, A., & Underhill, C. (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet*
6. Thornicroft, G., & Tansella, M. (2008). *Better Mental Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.

Дмитришина Н.А., магістр соціальної роботи,
старший викладач, кафедра Школа соціальної роботи,
Національний університет «Києво-Могилянська Академія»
n.dmytryshyna@ukma.edu.ua

СПІЛКУВАННЯ ЯК ОДИН З ЧИННИКІВ ПРОФЕСІЙНОГО СТРЕСУ ПРАЦІВНИКІВ «ДОПОМАГАЮЧИХ ПРОФЕСІЙ»

На фоні політичних та економічних криз в суспільстві формується контекст, в якому загострюються типові «рутинні» проблеми в різних галузях суспільного життя. Особливо це стосується соціальної сфери, сфери охорони здоров'я та освіти. Власне, це галузі професійної діяльності, які пов'язані з допомогою та піклуванням про інших осіб. Це сфери, в яких професійні та загальнолюдські цінності є важливою складовою праці, а сама професійна діяльність пов'язана зі значним емоційним навантаженням та стресом.

Тому професійний стрес та емоційне вигорання постійно перебувають у фокусі уваги науковців та практиків різних країн світу. Так, у Великій Британії навіть запроваджено загальну Стратегію боротьби з професійним стресом, і з 2004 року існують Стандарти управління організаційними ризиками, серед яких професійний стрес є одним з основних (Сох Т, 2014).

Дослідження останніх років щодо різних аспектів професійного стресу поглиблено аналізували вплив різних факторів (насамперед - спілкування з колегами та керівництвом) на формування і «проживання» професійного стресу працівниками медичних закладів, педагогів, соціальних працівників та інших фахівців «допомагаючих професій».

В розрізі вивчення професійного стресу частота і якість спілкування з колегами має кілька сторін: з одного боку, це можливість обговорювати особливості роботи, ділитись емоціями, отримувати пораду і підтримку, з іншого – це можливість бути втягнутими у конфлікти і конкурентні стосунки, які можуть поглибити професійний стрес. «Ізольованість» працівників (відсутність або низька частота спілкування та якісної комунікації) переважно негативно позначається на їхній спроможності адаптуатись до стресу та подолати його наслідки.

Управління процесом комунікації на робочому місці може вплинути на переживання професійного стресу працівниками (Kinman G., McDowall A., 2014). Особливе значення