

РЕАЛІЗАЦІЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В РЕГІОНАХ, ЩО ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ:

на шляху до кращої соціальної інклюзії (приклад України)

Оригінал статті:

[Quirke, E.](#), [Klymchuk, V.](#), [Gusak, N.](#), [Gorbunova, V.](#) and [Sukhovii, O.](#) (2022), "Applying the national mental health policy in conflict-affected regions: towards better social inclusion (Ukrainian case)", *Mental Health and Social Inclusion*, Vol. ahead-of-print No. ahead-of-print. <https://doi.org/10.1108/MHSI-01-2022-0002>

Висловлюємо подяку видавцям, Emerald Publishing, за дозвіл перекласти цю статтю українською мовою.

Зверніть увагу:

Стаття була написана у 2021 році, втім опублікована лише зараз, без змін. Тому під згадуваннями про війну слід мати на увазі фазу війни до 24 лютого 2022 року.

Реалізація національної політики у сфері охорони психічного здоров'я в регіонах, що постраждали від збройного конфлікту: на шляху до кращої соціальної інклюзії (приклад України)

Елеонора Квірке, Віталій Климчук, Наталія Гусак, Вікторія Горбунова та Олексій Суховій

Анотація

Мета дослідження — Поточний збройний конфлікт в Україні має широкий спектр наслідків для здоров'я, соціального та економічного стану цивільного населення. Він загострив потребу проведення комплексної сталої реформи української системи охорони психічного здоров'я. Уряд України затвердив концепцію національної реформи системи охорони психічного здоров'я. Це дослідження має на меті використати досвід реформування системи охорони психічного здоров'я в інших регіонах, що постраждали від збройних конфліктів, для визначення пріоритетних напрямів втілення національної політики з охорони психічного здоров'я у відповідних регіонах України з метою покращення соціальної інклюзії людей з психічними розладами (у Донецькій та Луганській областях, що безпосередньо постраждали від збройного конфлікту).

Структура/методологія/підхід — Було проведено огляд літератури для вивчення досвіду втілення реформи системи охорони психічного здоров'я в інших регіонах, що постраждали від збройних конфліктів. Було узагальнено висновки і застосовано найкращі приклади до контексту національної та регіональної політики.

Висновки — Письмові джерела описують надзвичайні ситуації як можливість побудувати стійкі системи охорони психічного здоров'я. Щоб скористатися цією можливістю, потрібна системна і довгострокова стратегія реформування. Для кращої соціальної інклюзії пріоритетними напрямками впровадження концепції і плану дій щодо охорони психічного здоров'я в Донецькій та Луганській областях повинні бути: підвищення рівня обізнаності щодо проблем психічного здоров'я та зменшення стигми; розвиток потенціалу місцевих органів влади щодо розвитку та координації послуг; надання послуг з охорони психічного здоров'я відповідно до доступності послуг та потреб населення; орієнтація на потреби особливо вразливих груп та включення діяльності гуманітарних організацій у місцеві плани ведення пацієнтів.

Обмеження/застосування дослідження — У цьому дослідженні узагальнено дані письмових джерел про реформу системи охорони психічного здоров'я в умовах конфлікту та застосовано ключові висновки до Східної України. Це дослідження посилається на різні джерела, у тому числі як на рецензовані журнали, так і на «сіру» літературу, та дає кілька практичних рекомендацій. Тим не менш, потенційно релевантну інформацію могли містити джерела, виключені з дослідження через публікацію іншою мовою (тобто відмінною від англійської). Справді, попри те що охоплені джерела містять багато прикладів реформування системи охорони психічного здоров'я в регіонах, що постраждали від збройних конфліктів, необхідні подальші дослідження, щоб краще зрозуміти механізми проведення стійкої реформи системи охорони психічного здоров'я на таких територіях.

Оригінальність/цінність дослідження — У статті описано можливості розвитку системи охорони психічного здоров'я на місцевому рівні в Україні попри руйнівні наслідки війни, що триває.

Ключові слова Реформа системи охорони психічного здоров'я, збройний конфлікт, Україна, політика у сфері охорони психічного здоров'я, регіони, що постраждали від збройних конфліктів,

Тип наукової статті Концептуальне дослідження.

Вступ і передумови

Починаючи з квітня 2014 року, в Донецькій та Луганській областях України триває збройний конфлікт, якому передували Революція Гідності (листопад 2013 р. – лютий 2014 р.) та анексія Росією Автономної Республіки Крим (лютий – березень 2014 р.). Ця агресія Росії проти України стала причиною значних страждань, людських втрат та міграції цивільного населення. За підрахунками різних гуманітарних організацій (зокрема Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та Міжнародного комітету Червоного Хреста), у районах України, які постраждали від насильства, проживає 5,5–6 мільйонів людей. За даними Моніторингової місії ООН з прав людини (станом на січень 2019 року), у період з квітня 2014 року по грудень 2018 року внаслідок збройного конфлікту на Сході України було вбито 12800–13000 осіб.

(Інформацію про авторів ви можете знайти наприкінці статті)

Стаття написана за підтримки проекту «Психічне здоров'я для України» (MH4U), що реалізується в Україні GFA Consulting Group GmbH та фінансується Швейцарією через Швейцарське агентство розвитку та співпраці (SDC). Проект спрямований на покращення психічного здоров'я населення України. Спонсор не брав участі в підготовці плану дослідження, зборі, аналізі та інтерпретації даних і підготовці статті.

За загальними оцінками, внаслідок збройного конфлікту внутрішньо переміщеними особами стали 1,5 мільйона українців (Міністерство соціальної політики, 2020; Оцінка відновлення та розбудови миру в Україні. Аналіз наслідків кризи та потреб на Сході України, 2015).

Збройні конфлікти суттєво впливають на здоров'я, соціальний та економічний стан цивільного населення. Дослідження наслідків поточного збройного конфлікту для психічного здоров'я жителів Донецької та Луганської областей показало, що 38,9% респондентів пережили травматичні події (Київський міжнародний інститут соціології, 2018). Більше чверті (27,0%) респондентів безпосередньо перебували в зоні конфлікту або в межах своїх робочих обов'язків бачили вбитих та поранених під час конфлікту людей. У цьому ж дослідженні повідомляється, що 5,4% респондентів зіштовхнулися з симптомами депресії, 8,2% мають симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), 12,7% зловживають алкоголем.

До війни українську систему охорони здоров'я характеризували як неефективну та таку, що не реагує на потреби населення (Lekhan et al., 2015b; Weissbecker et al., 2017). Українська система охорони здоров'я зберігає багато рис моделі системи охорони здоров'я, впровадженої Семашком (успадкованої від радянських часів після проголошення незалежності України в 1991 році), у тому числі ухил у бік надання стаціонарних послуг та централізованих структур планування (Lekhan et al., 2015b). Внаслідок цього відбувається соціальна ізоляція людей з психічними розладами, що й досі спостерігається в Україні. Війна створила значне додаткове навантаження на систему. Пошкодження та руйнування багатьох медичних закладів, у тому числі вторинних та третинних психіатричних закладів, у Донецькій та Луганській областях (77 із 350 та 26 із 250 відповідно), відсутність необхідних умов (у тому числі електроенергії, опалення та чистої води) та медичного забезпечення на територіях, що постраждали від збройного конфлікту, і міграція медичних працівників (за різними оцінками, 30–70% медичних працівників залишили регіони, що постраждали від збройного конфлікту, або ж загинули) спричинили значні додаткові проблеми, тоді як гуманітарні організації та ВООЗ заповнили деякі прогалини у забезпеченні послуг (Lekhan et al., 2015a). Однак після семи років війни доступність загальних медичних послуг залишається обмеженою.

Така ж ситуація спостерігається і з наданням послуг охорони психічного здоров'я в цих регіонах. Система охорони психічного здоров'я в Україні охоплює психіатричні, психоневрологічні та наркологічні лікарні, психіатричні, психосоматичні та наркологічні відділення в загальних лікарнях, амбулаторно-поліклінічних закладах та амбулаторні кабінети психіатрів, дитячих психіатрів, лікарів-психотерапевтів та наркологів (див., наприклад, карту закладів охорони психічного здоров'я України на сайті <https://datawrapper.dwcdn.net/NdNzR/5/>). Система акцентує увагу на наданні стаціонарних послуг (тобто, за оцінками, 89% витрат на охорону психічного здоров'я припадає на стаціонарні послуги). Дуже мало послуг з охорони психічного здоров'я надаються в первинних та комунальних закладах охорони здоров'я (Weissbecker et al., 2017). Через два роки після початку війни повідомлялося, що доступ до спеціалізованих служб охорони психічного здоров'я в Донецькій та Луганській областях був обмежений через транспортні та інші проблеми (Nitzan Kaluski, 2015). Крім того, у звіті за 2017 рік про потреби в послугах з охорони психічного здоров'я та обслуговуванні внутрішньо переміщених осіб (ВПО) повідомлялося, що розрив у лікуванні становить 74% (Roberts et al., 2019).

Досвід інших регіонів і країн, які постраждали від збройних конфліктів, чітко вказує на те, що надзвичайні ситуації можуть надати можливість здійснити комплексні та стійкі зміни в системах охорони психічного здоров'я та задовольнити потреби населення в сфері охорони психічного здоров'я (Epping-Jordan et al., 2015; World Health Organization, 2013). Першочергове завдання української влади — перехід від реагування на поточну кризу до комплексної стійкої довгострокової стратегії покращення психічного здоров'я (Ryngach and Korolchuk, 2018). Це завдання знаходиться в контексті поточної реформи української системи охорони здоров'я та запланованої реформи системи психічного здоров'я. Починаючи з 2018 року, в Україні спостерігається успішна реалізація низки структурних змін у системі

охорони здоров'я, серед яких створення єдиного замовника медичних послуг (Національної служби охорони здоров'я України) та реформування сектору первинної медичної допомоги. Кабінет Міністрів України також затвердив Концепцію розвитку охорони психічного здоров'я — декларацію ключових положень запланованої реформи системи охорони психічного здоров'я ([Ministry of Health of Ukraine, 2017](#)). У жовтні 2021 року було опубліковано Національний план заходів із розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на 2021–2023 роки, який спирається на цю концепцію та має на меті підтримати розвиток інтегрованої та доступної допомоги в сфері охорони психічного здоров'я.

Запланована реформа покликана запровадити надання психіатричної допомоги в громаді відповідно до міжнародних моделей послуг з охорони психічного здоров'я. Концепція розвитку окреслює основні напрями розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на наступні 13 років (МООЗ України, 2017). До них належить (серед іншого):

- підвищення рівня обізнаності суспільства щодо проблем психічного здоров'я та зменшення стигматизації проблем психічного здоров'я;
- промоція зміцнення психічного здоров'я та профілактики психічних розладів;
- розвиток комунальної системи психолого-соціальної підтримки;
- впровадження процедур оцінки стану психічного здоров'я у ланці первинної медичної допомоги;
- підвищення ефективності управління, міжвідомчої координації та міжгалузевої співпраці у сфері надання послуг з охорони психічного здоров'я.

Ця стаття покликана зібрати актуальні дані про потреби у сфері охорони психічного здоров'я у Східній Україні та про те, як найкраще втілювати вищезгадані заплановані національні реформи, щоб задовольнити ці потреби та забезпечити кращу соціальну інклюзію. Дослідження має дві основні мети: по-перше, узагальнити досвід реформування служб охорони психічного здоров'я в умовах збройного конфлікту. По-друге, на основі цих даних визначити пріоритетні напрями реалізації національних реформ у Донецькій та Луганській областях.

Методологія

За допомогою баз даних PubMed та MEDLINE було проведено комплексний огляд літератури для пошуку успішних прикладів впровадження реформ системи охорони психічного здоров'я в інших регіонах, що постраждали від збройного конфлікту. Виявлені статті були перевірені на відповідність наступним критеріям включення:

- опис або оцінка офіційних національних або регіональних ініціатив, які призвели до перебудови або реформування служб охорони психічного здоров'я під час або після окупації, збройного конфлікту чи війни;
- приклад країн з низьким і середнім рівнем доходу.

Також не увійшли до дослідження статті, в яких описувалися невідкладні заходи в умовах збройного конфлікту або вплив конфлікту на систему охорони здоров'я. Не були охоплені і дослідження, опубліковані іншою мовою, ніж англійська. До дослідження увійшли звіти та інші нерецензовані статті, за умови, що вони відповідали критеріям включення для пошуку. Були переглянуті списки посилань включених статей для пошуку будь-яких релевантних досліджень, не виявлених під час початкового пошуку. Пошук літератури проведено 31 грудня 2020 року.

Результати

Всього для попереднього перегляду було знайдено 2060 статей. З них було відібрано вісім. Також було переглянуто списки посилань, що містилися в цих статтях, внаслідок чого до аналізу було додано ще дев'ять статей. Результат цього процесу можна знайти в [Додатку №1](#). Таблиця відібраних статей міститься в [Додатку №2](#).

Відібрані дослідження та звіти допомогли визначити ряд країн, які здійснили реформу охорони психічного здоров'я під час або після збройного конфлікту. У низці досліджень також описано ключові теми та досвід перебудови та реформування систем охорони психічного здоров'я під час або після збройного конфлікту (Bagnana et al., 2005; Epping-Jordan et al., (2015); Patel et al., 2011; Ventevogel et al., 2022; World Health Organization, 2013). Усі статті описували надзвичайні ситуації, у тому числі ті, що виникли в результаті збройного конфлікту, як можливість побудувати стійкі системи охорони психічного здоров'я. Негативний вплив збройного конфлікту на психічне здоров'я та добробут населення дозволяє привернути увагу до проблеми та отримати ресурси (De Vries and Klazinga, 2006; Epping-Jordan et al., 2015; Kienzler, 2019; Patel et al., 2011; World Health Organization, 2013). На фоні деградації чинних служб охорони психічного здоров'я це дає можливість побудувати системи охорони психічного здоров'я, орієнтовані на людину, що відповідають науково доказовим глобальним рекомендаціям (Epping-Jordan et al., 2015; Patel et al., 2011; Ventevogel et al., 2022; World Health Organization, 2013). Справді, усі дослідження описували діяльність, спрямовану на скорочення надання інституційних послуг з охорони психічного здоров'я та покращення комунальних послуг з охорони психічного здоров'я як частину реагування на потреби в сфері охорони психічного здоров'я в умовах збройного конфлікту. (Abuazza, 2013; Bagnana et al., 2005; De Val D'Espaux et al., 2011; De Vries and Klazinga, 2006; Epping-Jordan et al., 2015; Hasanovic et al., 2006; Karam et al., 2016; Kienzler, 2019; Kucukalic et al., 2005; Maukera and Blignault, 2015; Patel et al., 2011; Sharma and Piachaud, 2011; Ventevogel et al., 2011, 2012, 2022; World Health Organization, 2013).

У джерелах про реформу систем охорони психічного здоров'я в інших регіонах, що постраждали від збройного конфлікту, наголошується, що перспективний системний підхід до реформи охорони психічного здоров'я є ключем до використання цієї можливості (Epping-Jordan et al., 2015; Patel et al., 2011; Ventevogel et al., 2022). Багато досліджень визначають найважливішими складовими такого перспективного підходу центральну роль держави, а також розробку національної політики та планів дій у сфері охорони психічного здоров'я. (De Val D'Espaux et al., 2011; Epping-Jordan et al., 2015; Kucukalic et al., 2005; Patel et al., 2011; Sharma and Piachaud, 2011; Ventevogel et al., 2012, 2022; Zwi et al., 2011). Наприклад, в огляді зусиль, докладених для перебудови та реформування служб охорони психічного здоров'я в десяти регіонах, які постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій, ДжоАнн Еппінг-Джордан з колегами виявили, що попри те, що національна політика та стратегії не обов'язково потрібні для покращення надання послуг з охорони психічного здоров'я (як у випадку з Йорданією), багато країн застосували комплексний підхід до реформування систем охорони психічного здоров'я, і ця діяльність прискорилися внаслідок впливу надзвичайної ситуації (Epping-Jordan et al., 2015). Ашвін Пател з колегами так само підкреслюють важливість системного підходу до інтервенції та наголошують на постійній співпраці держави, місцевих зацікавлених сторін і фахівців для забезпечення стійкості та прийнятності будь-яких змін (Patel et al., 2011). Усі розглянуті дослідження підкреслювали ключову роль у відстоюванні змін місцевих зацікавлених сторін, зокрема фахівців із психічного здоров'я. Багато тематичних досліджень містили відомості про роль сторонніх організацій у підтримці сталих змін, яка полягала в наданні експертних знань, підтримці підвищення кваліфікації та розбудові спроможностей місцевих зацікавлених сторін або функціонуванні в якості координаційного органу (Epping-Jordan et al., 2015).

Прив'язана до довгострокового бачення системи охорони психічного здоров'я реформа в умовах збройного конфлікту покликана задовольнити як поточні, так і майбутні потреби населення у сфері охорони психічного здоров'я. Відповідно не рекомендується зосереджуватися на інтервенціях на основі травм (тобто інтервенцій при ПТСР) за рахунок системи охорони психічного здоров'я, а також наголошується важливість реформ, у тому числі інтервенцій для соціального оздоровлення. Наприклад, автори дослідження, у якому підсумовується досвід проведення реформи системи охорони психічного здоров'я в післявоєнній Бурунді, стверджують, що зміцнення системи охорони здоров'я має відбуватися одночасно з соціальною діяльністю, «щоб залікувати соціальні рани війни» (Ventevogel et al., 2011). У кількох дослідженнях також наголошується важливість інтервенцій, спрямованих на подолання стигми щодо розладів психічного здоров'я, разом із ширшими реформами (De Val D'Espaux et al., 2011; Hasanovic et al., 2006; Kucukalic et al., 2005; Patel et al., 2011; Sharma and Piachaud, 2011; Ventevogel et al., 2022; World Health Organization, 2013). ВООЗ також заохочує підвищення доступності ряду соціальних і базових психологічних інтервенцій для всього населення (World Health Organization, 2013).

Такі інтервенції можна застосовувати для боротьби з психологічним дистресом у людей без психічних розладів та для підтримки психіатричних служб відповідно до концепції оптимального поєднання послуг з охорони психічного здоров'я ВООЗ ([World Health Organization, 2007](#)), у якій наголошується на важливості самопомоги.

У деяких статтях, обраних для дослідження, також детально описуються програми розбудови спроможностей, які є важливим компонентом реформи системи охорони психічного здоров'я в умовах збройного конфлікту ([Abuazza, 2013, 2013](#); [Epping-Jordan et al., 2015](#); [Sharma and Piachaud, 2011](#); [Ventevogel et al., 2011, 2012](#); [Zwi et al., 2011](#)). У багатьох ситуаціях значні ресурси було інвестовано в розбудову спроможностей в закладах первинної медичної допомоги, щоб забезпечити населенню, що постраждало від збройного конфлікту, доступ до основних послуг з охорони психічного здоров'я на рівні громади ([Abuazza, 2013](#); [Epping-Jordan et al., 2015](#); [Karam et al., 2016](#)). Програми розбудови спроможностей також сприяли наданню першої психологічної допомоги та базових консультаційних послуг у сфері психічного здоров'я в різних комунальних закладах, зокрема соціальними працівниками та вчителями ([Epping-Jordan et al., 2015](#); [Karam et al., 2016](#); [Ventevogel et al., 2011](#)). Підкреслюється важливість використання місцевих людських ресурсів для підтримки сталої реформи ([Epping-Jordan et al., 2015](#); [Patel et al., 2011](#); [Ventevogel et al., 2011](#)). Відповідно до цього, у багатьох статтях описується підготовка працівників державного сектора ([Epping-Jordan et al., 2015](#); [Maukera and Blignault, 2015](#); [Patel et al., 2011](#); [Zwi et al., 2011](#)), де існує більша ймовірність того, що знання зберігаються в системі ([Patel et al., 2011](#)). Крім навчання, низка досліджень підкреслює важливість створення структур супервізії та моделей профпідготовки протягом більш тривалих періодів ([Epping-Jordan et al., 2015](#); [Patel et al., 2011](#); [Ventevogel et al., 2012](#)), в основному, коли «помічники» (тобто волонтери або особи, які можуть не мати підготовки у сфері охорони психічного здоров'я чи медичної освіти) надають проміжну психологічну підтримку населенню або виступають в ролі сполучної ланки між громадою та службами охорони психічного здоров'я ([Patel et al., 2011](#)).

Звісно, успіх реформи системи охорони психічного здоров'я в умовах конфлікту неоднозначний. У зв'язку з цим, окрім опису ключових елементів інтервенцій для підтримки стійкого реформування систем охорони психічного здоров'я, у статтях зазначалося і кілька проблем, пов'язаних із модернізацією систем охорони психічного здоров'я в умовах збройного конфлікту. Ключовою проблемою в багатьох дослідженнях було вказане обмежене фінансування ([Epping-Jordan et al., 2015](#); [Karam et al., 2016](#); [Ventevogel et al., 2022](#)). Багато регіонів, що постраждали від збройних конфліктів, отримують підтримку від донорів протягом короткострокового періоду (тобто під час конфлікту, щоб безпосередньо реагувати на надзвичайну ситуацію) замість фінансування для реалізації довгострокових інтервенцій ([Ventevogel et al., 2022](#)). Також серед основних проблем були названі труднощі з утриманням відповідного персоналу (зокрема, спеціалістів із психічного здоров'я) у службах охорони здоров'я, а також недостатня кількість людських ресурсів для здійснення змін ([De Val D'Espaux et al., 2011](#); [Epping-Jordan et al., 2015](#); [Maukera and Blignault, 2015](#); [Patel et al., 2011](#); [Sharma and Piachaud, 2011](#); [Ventevogel et al., 2011, 2012, 2022](#); [World Health Organization, 2013](#)). До інших проблем, які загрожують довгостроковій сталій реформі системи охорони психічного здоров'я в умовах збройного конфлікту, належать брак координації зусиль між учасниками ([Kucukalic et al., 2005](#)), відсутність адекватних систем інформаційних технологій ([Kucukalic et al., 2005](#)), а також недостатньо ефективного для прийняття рішень поширення інформації про стан здоров'я ([Maukera and Blignault, 2015](#)).

Обговорення

Результати огляду джерел підтверджують припущення, яке лежить в основі цього дослідження: запланована національна реформа української системи охорони психічного здоров'я може бути втілена у Донецькій та Луганській областях, які постраждали від збройного конфлікту. Справді, джерела висвітлюють збройний конфлікт як можливість для України здійснити сталу комплексну реформу, щоб задовольнити потреби населення Сходу України в сфері охорони психічного здоров'я. Також в літературі підкреслюється, що Україні вигідна згода різних сторін щодо довгострокового бачення реформи системи охорони психічного здоров'я в країні.

Положення Концепції щодо реформування сфери охорони психічного здоров'я відповідають науково-обґрунтованій клінічній практиці, а між потребами населення Донецької та Луганської областей у сфері охорони психічного здоров'я та положеннями Концепції можна визначити чіткі зв'язки (Таблиця №1). Крім того, починаючи з 2018 року, було досягнуто стабільного прогресу у здійсненні розширеного реформування системи охорони здоров'я в Україні (Lekhan et al., 2007), що забезпечує надійну основу для подальшого зміцнення та розвитку системи охорони здоров'я (Quirke et al., 2020).

Таблиця №1 Потреби в сфері охорони психічного здоров'я відповідно до звіту КМІС за 2018 рік (Київський міжнародний інститут соціології, 2018) та Концепції розвитку (МОЗ України, 2017)

| Встановлені потреби | Приклади (зі звіту КМІС за 2018 рік) (Київський міжнародний інститут соціології, 2018 р.) | Положення Концепції розвитку у сфері охорони ПЗ |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Низький рівень обізнаності і висока стигматизація психічних розладів | <p>Близько 37,1% опитаних вважають звернення до спеціаліста ознакою того, що людина недостатньо сильна, щоб впоратися з труднощами самотужки. Близько 33,5% респондентів вважають, що людей з емоційними розладами краще уникати, щоб самим не мати таких проблем.</p> <p>Більше половини респондентів проти вступу члена їхньої родини в шлюб з людиною з інвалідністю внаслідок психічного порушення або з емоційним розладом (57,9% та 52,3% відповідно).</p> | Підвищення рівня обізнаності щодо психічного здоров'я у суспільстві та подолання стигматизації |
| Високий рівень поширених психічних розладів і розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю | <p>Близько 8,2% респондентів мають симптоми ПТСР, 5,4% респондентів — симптоми депресії і 1,5% респондентів — симптоми тривоги.</p> <p>Близько 12,7% респондентів зловживають алкоголем. 92,8% з них вважають, що не мають проблем з алкоголем, тоді як 7,2% визнають, що зловживають алкоголем.</p> | Розвиток системи популяризації психічного здоров'я та профілактики психічних розладів |
| Низький рівень доступності послуг | <p>Географічне положення є перешкодою для доступу до послуг з охорони психічного здоров'я, особливо в сільській місцевості, де не вистачає фахівців. У сільській місцевості люди частіше діляться своїми проблемами з рідними та друзями.</p> <p>Абсолютна більшість (83,0%) респондентів не знають про центри психосоціальної допомоги у своєму районі. Звертаючись за допомогою, респонденти в першу чергу відвідують заклади, не пов'язані з охороною психічного здоров'я, а саме: аптеку (9,4%), сімейного лікаря або дільничного лікаря, терапевта (3,4%), церкву (1,7%) або невролога в поліклініці чи лікарні (1,4% постачальників ПМСД повідомили, що вони не мають знань про психічні розлади і тому відмовляються їх лікувати).</p> | Розвиток системи психологічної та соціальної допомоги на рівні територіальних громад, у тому числі створення мобільних бригад |
| Послуги з охорони здоров'я не адаптовані до потреб вразливих груп населення | <p>Виявлено три особливо вразливі групи; внутрішньо переміщені особи на підконтрольних уряду територіях; особи, які проживають у зоні 20 км по обидва боки від лінії фронту; і люди, які живуть на непідконтрольних уряду територіях.</p> <p>Найбільш вразливі серед них люди похилого віку, матері з малолітніми дітьми та люди з обмеженими можливостями.</p> <p>Лише невеликий відсоток людей з вищезгаданих груп звертаються за професійною підтримкою. Вони звертаються за психосоціальною підтримкою до сімейних лікарів (63,0%), аптек (36,0%), неврологів (27,2%), психологів (25,0%) та психотерапевтів (15,2%). Місцеву психосоціальну допомогу вважають доступною 34,0% і недоступною 10,2% респондентів. Серед основних причин недоступності допомоги — брак спеціалістів (78,6%) та висока вартість послуг (6,0%).</p> | Впровадження технологій, методів та процедур оцінки психічного здоров'я під час надання первинної медичної допомоги |
| Низький рівень міжвідомчої координації і міжгалузевої співпраці | Ряд гуманітарних організацій, які надають послуги з охорони психічного здоров'я, не входять в загальну систему охорони здоров'я та соціальних послуг. | Посилення диференційованості надання допомоги у сфері охорони психічного здоров'я та підвищення чутливості до потреб специфічних суспільних груп |
| | | Підвищення ефективності адміністрування, міжвідомчої координації та міжсекторальної співпраці у сфері охорони психічного здоров'я |

Концепція розвитку охорони психічного здоров'я представляє амбітне бачення надання послуг у системі охорони психічного здоров'я в Україні в довгостроковій перспективі. Але для майбутньої дорожньої карти імплементації концепції в Україні (Quirke et al., 2020) необхідно визначити пріоритети та перші кроки надання і покращення послуг. Спираючись на досвід реформування системи охорони психічного здоров'я в умовах збройного конфлікту та на реакцію на надання послуг і діяльність в Донецькій та Луганській областях, ми визначили п'ять ключових пріоритетів для реалізації концепції розвитку відповідно до потреб місцевого населення у сфері охорони психічного здоров'я. До цих пріоритетів належать:

зміцнення психічного здоров'я та профілактика розладів;

посилення координації та співпраці зацікавлених сторін;

використання чинної інфраструктури, щоб підлаштувати допомогу до потреб населення;

орієнтація на особливо вразливі групи та незаможні верстви населення;

включення діяльності гуманітарних організацій, що надають послуги з охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, у місцеві плани ведення пацієнтів.

Нижче ці пріоритети розглянуті більш детально.

Зміцнення психічного здоров'я та профілактика розладів

Відповідно до опрацьованих матеріалів, ми рекомендуємо застосовувати у Донецькій та Луганській областях державний підхід до надання послуг у сфері психічного здоров'я. Зокрема, ми рекомендуємо вжити заходів для зменшення впливу ПТСР та розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, враховуючи високу поширеність цих розладів у цьому регіоні (Київський міжнародний інститут соціології, 2018). Ми рекомендуємо, щоб працівники першої лінії реагування (поліція, служби екстреної допомоги), а також соціальні працівники, медичні працівники первинної ланки, психологи та психіатри проходили підготовку з інтервенції при ПТСР (наприклад, перша психологічна допомога (Psychological First Aid, 2014), mhGAP-HIG (World Health Organization and Office of the United Nations High Commissioner for Refugees, 2015), problem management plus (PMb) (World Health Organization, 2018) та навички психологічного відновлення (Berkowitz et al., 2010)). Ці освітні інструменти перекладено та адаптовано для впровадження в Україні. Міжнародні гуманітарні організації також здійснювали їхнє пілотне тестування у Донецькій та Луганській областях. Однак ці рекомендації та стандарти потрібно включити в офіційні місцеві та національні рекомендації та системи надання допомоги, а також необхідна додаткова підтримка з боку місцевих та національних органів влади для забезпечення постійного навчання кваліфікованих кадрів роботи з цими інструментами.

Щодо зловживання алкоголем, ми наполегливо рекомендуємо розробити конкретну стратегію інтервенції на обласному рівні та впровадити її в медичних службах, на робочих місцях та в школах. Сюди можна віднести стратегії денормалізації надмірного вживання алкоголю [наприклад, контрмаркетинг (Palmedo et al., 2017)], обмеження продажу алкоголю та збільшення доступності лікувальних послуг, у тому числі на рівні первинної медичної допомоги.

Зрештою, враховуючи низький рівень обізнаності та високий рівень стигми щодо психічних розладів, ми пропонуємо запровадити інтервенції для боротьби зі стигмою та підвищення обізнаності щодо психічного здоров'я. Просвітницька кампанія, спрямована на зменшення стигматизації людей з психічними розладами, заохочення самообслуговування та надання кваліфікованих послуг з охорони психічного здоров'я, наразі реалізується на національному рівні в рамках проекту «Психічне здоров'я для України» (MH4U). Паралельно з проведенням цієї кампанії ми рекомендуємо покращити обізнаність та розуміння поняття і проблем психічного здоров'я серед місцевих лідерів у Донецькій та Луганській областях. Проект MH4U провів семінари з питань психічного здоров'я для державних службовців місцевих відділів охорони здоров'я, зокрема про роль психологів, соціальних працівників та інших фахівців у сфері психічного здоров'я. Для інших місцевих лідерів можна організувати додаткові семінари, які розглядатимуть підходи до надання послуг з охорони психічного здоров'я, засновані на правах людини.

Посилуйте координацію та співпрацю зацікавлених сторін

У дослідженій літературі про перебудову систем охорони психічного здоров'я в умовах збройного конфлікту підкреслюється центральна роль місцевих зацікавлених сторін і фахівців у проведенні стійких реформ (Bagnana et al., 2005; De Val D'Espaux et al., 2011; Epping-Jordan et al., 2015; Patel et al., 2011; Sharma and Piachaud, 2011; Ventevogel et al., 2012; World Health Organization, 2013; Zwi et al., 2011). Тому для забезпечення послідовної реалізації концепції розвитку в Донецькій та Луганській областях важливою є організована стійка співпраця між місцевою владою та лідерами громад. Щоб сприяти цьому, ми рекомендуємо створити координаційні ради (КР) на обласному рівні та місцеві виконавчі групи (МВГ) на рівні громад. МВГ добре розвинені у Великій Британії, де вони забезпечують «організаційну відповідність» надання послуг з охорони психічного здоров'я в громаді за допомогою цілісного системного підходу (National Health Service, 1999). В Україні МВГ та КР могли б очолювати представники місцевої влади як розпорядники бюджету на надання послуг з охорони психічного здоров'я, а до складу цих груп і рад могли б увійти представники різних секторів, неурядових організацій та люди з досвідом психічних розладів. Такі органи вже створені в Луганській та Донецькій областях (наприклад, у Маріуполі біля лінії фронту виявлено МВГ) за підтримки проекту МН4U. Серед основних завдань, які входять до компетенції цих органів, — картування послуг з охорони психічного здоров'я, а також соціальних та інших послуг, доступних у цьому районі людям із проблемами психічного здоров'я; проведення оцінки місцевих потреб та розробка місцевих планів дій щодо охорони психічного здоров'я. Наприклад, МВГ у Маріуполі розробила місцевий план дій щодо охорони психічного здоров'я та співпрацює з міською владою, щоб вписати його в стратегію розвитку міста.

Використовуйте чинну інфраструктуру, щоб підлаштувати допомогу до потреб населення

Загалом, оптимальне поєднання послуг з охорони психічного здоров'я повинне забезпечуватися в громадах поблизу місця роботи та проживання людини (Thornicroft and Tansella, 2013; World Health Organization, 2007, 2008). Через збройний конфлікт та його наслідки багато регіонів і країн перейшли від надання психіатричних послуг у медичних закладах до вдосконаленої системи надання послуг у громаді та пріоритетності профілактичних дій (Abuazza, 2013; Bagnana et al., 2005; Epping-Jordan et al., 2015; Hasanovic et al., 2006; Karam et al., 2016; Kienzler, 2019; Kucukalic et al., 2005; Maukera and Blignault, 2015; Patel et al., 2011; Sharma and Piachaud, 2011; Ventevogel et al., 2011, 2012, 2022; World Health Organization, 2013). Оскільки інфраструктура охорони психічного здоров'я в Донецькій та Луганській областях неоднорідна, слід розглянути декілька груп та рівнів надання послуг (відповідно до моделі збалансованої допомоги, описаної Thornicroft and Tansella, 2002). Вихідною точкою є кількість і тип наявних послуг у межах населеного пункту. Наведені нижче варіанти описують моделі надання послуг, які забезпечують мінімальний рівень доступу до послуг і можуть стати основою для подальшого розвитку послуг у довгостроковій перспективі.

Варіант 1: Для міст із високим рівнем послуг з охорони психічного здоров'я. Служби первинної медичної допомоги діють як гейткіпери ширшої системи та центр мережі направлення. Маршрут пацієнта базується на первинній оцінці та лікуванні психічних розладів надавачем первинної медичної допомоги. Пацієнтів зі складнішими випадками направляють до комунальної служби охорони психічного здоров'я (або окремого центру охорони психічного здоров'я чи психіатричного відділення міської лікарні загального профілю). Невідкладні випадки передаються безпосередньо до психіатричного відділення міської державної лікарні. Пацієнти зі складними або важкими розладами направляються до обласної психіатричної лікарні. Після виписки зі спеціалізованих закладів пацієнтів підтримують у комунальному центрі психічного здоров'я або в закладі первинної медичної допомоги.

Варіант 2: Для міст, де відсутня психіатрична лікарня. Складні випадки лікують у психіатричному відділенні міської лікарні загального профілю або у комунальному психіатричному центрі за підтримки фахівців найближчої психіатричної лікарні з використанням технологій телемедицини. Заклади первинної медичної допомоги займаються лікуванням менш складних випадків психічних розладів.

Варіант 3: Для малих міст і сіл, закріплених за центрами первинної медичної допомоги. Лікування психічних розладів медичними працівниками первинної ланки. Пацієнтам у важкому стані надають допомогу засобами телемедицини, а також мобільні групи, що складаються з психіатра, психолога та соціального працівника.

Варіант 4: Для сільської місцевості з низьким рівнем доступності послуг. Оцінку та управління, у тому числі базові психологічні інтервенції, проводять кваліфіковані медсестри або фельдшери (місцева назва для медичних працівників громади) під наглядом центру первинної допомоги. Лікування важких станів здійснюється за допомогою телемедицини та мобільних бригад, до складу яких входять психіатр, психолог та соціальний працівник. Фельдшери можуть відповідати за надання ліків [1].

Варіант 5: Для прифронтових районів (сіра зона) з низьким рівнем доступності послуг. Оцінку та управління здійснюють мобільні групи, до яких входять спеціалісти з психічного здоров'я або соціальні працівники, медсестри, фельдшери або лікарі первинної ланки, що пройшли додаткову підготовку в сфері охорони психічного здоров'я. Пацієнти з більш складними розладами можуть лікуватися за допомогою телемедицини та отримувати ліки від мобільної команди.

Всі місцеві варіанти надання комунальних медичних послуг будуть співіснувати, пов'язані за допомогою картування послуг та шляхів направлення і забезпечуватимуться спільно або паралельно з соціальними службами та іншими постачальниками послуг (такими як поліція, служби екстреної допомоги, сектор освіти та гуманітарні організації). Елеонора Квірке разом з колегами (Quirke et al., 2020) пояснюють, як на національному рівні можна сприяти наданню послуг у громаді. МВГ та РК можуть визначати рівень обслуговування для кожної територіальної одиниці.

Орієнтуйтеся на особливо вразливі групи та незаможні верстви населення

Автори розглянутих джерел наголошують на важливості забезпечення комплексного надання послуг з охорони психічного здоров'я для всього населення на територіях, охоплених збройним конфліктом. Проте окрему увагу в цих умовах необхідно приділити потребам в сфері охорони психічного здоров'я особливо вразливих і незахищених груп населення (Patel et al., 2011). Три особливо вразливі групи, які проживають у Донецькій та Луганській областях, — це внутрішньо переміщені особи на підконтрольних уряду територіях, люди, які проживають у 20-кілометровій зоні по обидва боки від лінії фронту, та люди, які проживають на непідконтрольних уряду територіях.

Ми рекомендуємо впроваджувати низку заходів, спеціально спрямованих на підтримку психічного здоров'я цих особливо вразливих груп. По-перше, ми рекомендуємо використовувати систему соціальної допомоги та освіти як додаткові точки входу для служб охорони психічного здоров'я. У багатьох випадках соціальні працівники, шкільні психологи та інші громадські працівники чи волонтери будуть першою точкою контакту для вразливих груп населення. Особливо це стосується питань, пов'язаних із психічним здоров'ям (Weissbecker et al., 2017). Таким чином, реформа та перебудова української системи охорони психічного здоров'я в Донецькій та Луганській областях повинні встановити та формалізувати зв'язки між первинною медичною допомогою, службами охорони психічного здоров'я, соціальними службами та НУО для забезпечення доступу та підтримки вразливих верств населення. По-друге, для надання послуг психосоціальної підтримки тим, хто живе в межах 20-кілометрової зони від лінії фронту та на непідконтрольних уряду територіях, реформа має ґрунтуватися на результатах роботи міжнародної організації «Лікарі без кордонів» (MSF). У цих регіонах працюють мобільні групи та клініки MSF, які надають психологічну підтримку тим, хто не має доступу до державних медичних послуг. Реформа може розширити цю діяльність за рахунок залучення мобільних та міждисциплінарних команд як основного компоненту моделей надання послуг у Донецькій та Луганській областях. По-третє, розвиток телемедицини та онлайн-мереж психосоціальної підтримки дозволить підтримати людей, які проживають в межах 20-кілометрової зони від лінії фронту, і, зокрема, тих, хто знаходиться на непідконтрольних уряду України територіях.

Варто відзначити, що наведені вище рекомендації містяться в попередніх рекомендаціях щодо адаптації надання послуг відповідно до існуючої місцевої інфраструктури. Вони повторюються, щоб підкреслити важливість реформи психічного здоров'я на Сході України, окремою конкретною метою якої буде забезпечення доступу до послуг і підтримки вразливим групам населення. Офіційна реформа системи охорони психічного здоров'я повинна враховувати проблеми людей, які проживають у прифронтових регіонах та на непідконтрольних уряду України територіях, і активно шукати рішення для забезпечення підтримки вразливих верств населення, які проживають у цих регіонах.

Включайте діяльність гуманітарних організацій, що надають послуги з охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (MHPSS), у місцеві плани ведення пацієнтів.

На початку війни при Управлінні ООН з координації гуманітарних питань була створена підгрупа психічного здоров'я та соціальної підтримки (в рамках групи охорони здоров'я). Ця підгрупа нещодавно перетворилася на технічну робочу групу (TWG), що приділяє більше уваги діяльності з розвитку (див. її веб-сайт тут). Діяльність MHPSS була зосереджена на лінії фронту, а організації, об'єднані в рамках TWG MHPSS, надають низку послуг, у тому числі зі сприяння психічному здоров'ю, для людей з тяжкими психічними розладами.

Під цією гуманітарною парасолькою було запроваджено багато передових практик та інноваційних моделей допомоги, і в інтересах населення Східної України, щоб ці моделі та найкращі практики були включені в місцеву та державну систему допомоги. А саме, слід розробити місцеві плани ведення пацієнта, які враховують встановлені системи направлення між гуманітарними організаціями MHPSS. Це забезпечить безперервність догляду за пацієнтами та заповнить прогалини в наданні послуг під час реформи системи охорони психічного здоров'я. Цьому можна сприяти через МВГ та КР при місцевих адміністраціях, залучаючи організації MHPSS.

Крім того, доказовий інструментарій для охорони психічного здоров'я та психологічної підтримки уже перекладений, адаптований та пілотований в цих регіонах (наприклад, керівництво із впровадження програми mhGAP, а також РМр). Ряд фахівців із психічного здоров'я пройшли навчання щодо використання цього інструментарію. Щоб забезпечити стабільність цих інтервенцій та їхню ефективність у покращенні якості наданої допомоги, в усьому регіоні необхідно скоординовано проводити навчання з використання цих інструментів та інші ініціативи з розбудови спроможностей.

Національні та місцеві органи влади України повинні максимально ефективно використати знання та досвід організацій MHPSS під час реформи системи охорони психічного здоров'я. Фахівці цих організацій мають глибоке розуміння потреб місцевого населення. Вони можуть надати унікальну інформацію для розробки місцевої та національної політики, місцевих планів дій у сфері охорони психічного здоров'я та розвитку послуг. Цього можна досягти багатьма способами, наприклад, шляхом включення представників організацій MHPSS до описаних раніше МВГ та КР.

Доцільність застосування цих рекомендацій

Попри те, що у цій статті представлено обнадійливе бачення реформи системи охорони психічного здоров'я на Сході, існує багато проблем, пов'язаних із реалізацією реформи психічного здоров'я. На національному рівні це опір реформам з боку деяких зацікавлених сторін ([Romaniuk and Semigina, 2018](#); [Semigina and Mandrik, 2017](#); [World Health Organization and World Bank, 2019](#)), а також політична та економічна нестабільність. Крім того, необхідно збільшити фінансування, зокрема, служб охорони фізичного та психічного здоров'я ([Lekhan et al., 2007](#)). Однак у Донецькій та Луганській областях є кілька унікальних фасилітаторів змін. Серед них – зменшення кількості психіатричних лікарень та слабке лобі надання винятково психіатричних послуг у психіатричних закладах. Є також постійна присутність гуманітарних організацій та місій, які надають місцевим громадам унікальний досвід та ресурси. Крім того, місцеві органи влади та лідери громад все більше визнають важливість міцного психічного здоров'я через важкі життєві обставини внаслідок збройного конфлікту. Необхідність подолання наслідків гуманітарної кризи може пришвидшити впровадження реформи системи охорони психічного здоров'я порівняно з іншими регіонами.

Сильні і слабкі сторони

У цій статті узагальнено дані письмових джерел про реформу системи психічного здоров'я в умовах збройного конфлікту та застосовано основні висновки до Східної України. Ця стаття спирається на різні джерела, у тому числі рецензовані журнали та «сіру» літературу, і містить кілька практичних рекомендацій. Тим не менш, потенційно релевантна інформація могла міститися в джерелах, які не увійшли до дослідження на підставі їх публікації іншою мовою (тобто відмінною від англійської). Справді, попри те, що обрані матеріали надали багато прикладів реформування системи психічного здоров'я в умовах збройного конфлікту, необхідні подальші дослідження, щоб краще зрозуміти механізми проведення послідовної реформи системи охорони психічного здоров'я в умовах збройного конфлікту ([Baignana et al., 2005](#); [Epping-Jordan et al., 2015](#); [Kienzler, 2019](#); [Patel et al., 2011](#)).

Висновки

Необхідність реформування системи охорони психічного здоров'я в Україні є загально визнаною. Український уряд погодив концепцію розвитку системи психічного здоров'я у територіальній громаді з акцентом на профілактиці та промоції міцного психічного здоров'я. Поточний збройний конфлікт у Донецькій та Луганській областях створює унікальні перешкоди для впровадженні цієї реформи та дає поштовх до постійного покращення системи для задоволення реальних потреб населення. Міжнародні публікації пропонують наступні пріоритетні напрямки реформ у цих регіонах: підвищення рівня обізнаності щодо психічного здоров'я та зменшення стигми; розвиток потенціалу місцевих органів влади щодо вдосконалення та координації послуг; надання послуг з охорони психічного здоров'я відповідно до їхньої доступності та потреб населення; орієнтація на потреби особливо вразливих груп; включення діяльності гуманітарних організацій, що надають послуги з охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, у місцеві плани ведення пацієнтів.

Примітка

1. Фельдшери – це медичні працівники, які надають амбулаторну та обмежену невідкладну допомогу, часто в сільських медичних закладах. В Україні ці фахівці не мають офіційної підготовки та ліцензії.

Бібліографічний показник

Abuazza, A. (2013), "The Arab spring movement: a catalyst for reform at the psychiatric hospital in Tripoli, Libya", *International Psychiatry*, Vol. 10 No. 3, pp. 56-58.

Baignana, F., Bannon, I. and Thomas, R. (2005), "Mental health and conflicts: conceptual framework and approaches", *The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Washington, DC*, available at: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.625.1769&rep=rep1&type=pdf> (accessed 31 December 2020).

Berkowitz, S., Bryant, R., Brymer, M., Hamblen, J., Jacobs, A., Layne, C., Macy, R. et al. (2010), "Skills for psychological recovery: field operations guide", *The National Center for PTSD & the National Child Traumatic Stress Network*, available at: www.ptsd.va.gov/professional/treat/type/SPR/SPR_Manual.pdf (accessed 31 December 2020).

De Val D'Espaux, S., Madi, B., Nasif, J., Abrasi, M., Raddad, S. and Madi, A. (2011), "Strengthening mental health care in the health system of the occupied Palestinian territory", *Intervention*, Vol. 9 No. 3, pp. 279-290.

De Vries, A.K. and Klazinga, N.S. (2006), "Mental health reform in post-conflict areas: a policy analysis based on experiences in Bosnia Herzegovina and Kosovo", *European Journal of Public Health*, Vol. 16 No. 3, pp. 246-251.

Epping-Jordan, J.E., van Ommeren, M., Ashour, H.N., Maramis, A., Marini, A., Mohanraj, A., Noori, A., Rizwan, H., Saeed, K., Silove, D., Suveendran, T., Urbina, L., Ventevogel, P. and Saxena, S. (2015), "Beyond the crisis: building back better mental health care in 10 emergency-affected areas using a longer-term perspective", *International Journal of Mental Health Systems*, Vol. 9 No. 1, pp. 1-10.

Hasanovic, M., Sinanovic, O., Pajevic, I., Avdibegovic, E. and Sutovic, A. (2006), "Post-war mental health promotion in Bosnia-Herzegovina", *Psychiatria Danubina*, Vol. 18 Nos 1/2, pp. 74-78.

Karam, E., El Chammay, R., Richa, S., Naja, W., Fayyad, J. and Ammar, W. (2016), "Lebanon: mental health system reform and the Syrian crisis", *BJPsych. International*, Vol. 13 No. 4, pp. 87-89.

Kienzler, H. (2019), "Mental health system reform in contexts of humanitarian emergencies: toward a theory of 'practice-based evidence'", *Culture, Medicine and Psychiatry*, Vol. 43 No. 4, pp. 636-662.

Kucukalic, A., Dzibur-Kulenovic, A., Ceric, I., Jacobsson, L., Bravo-Mehmedbasic, A. and Priebe, S. (2005), "Regional collaboration in reconstruction of mental health services in Bosnia and Herzegovina", *Psychiatric Services*, Vol. 56 No. 11, pp. 1455-1457.

- Kyiv International Institute of Sociology (2018), "Mental health in Donetsk and Luhansk oblasts", available at: www.humanitarianresponse.info/en/operations/ukraine/document/mental-health-donetsk-and-luhansk-oblasts-2018 (accessed 31 January 2020).
- Lekhan, V., Rudyi, V. and Shishkin, S. (2007), The Ukrainian Health Financing System and Options for Reform, World Health Organization, Copenhagen.
- Lekhan, V., Kaluski, D.N., Jakubowski, E. and Richardson, E. (2015a), "Reforming the Ukrainian health system at a time of crisis", Eurohealth Incorporating Euro Observer, Vol. 21 No. 2, pp. 14-17.
- Lekhan, V., Rudyi, V., Shevchenko, M., Nitzan Kaluski, D. and Richardson, E. (2015b), Ukraine: Health System Review, World Health Organization, Geneva.
- Maukera, R. and Blignault, I. (2015), "A decade of peace: mental health issues and service developments in the Solomon Islands since 2003", Australasian Psychiatry, Vol. 23 No. 6, pp. 658-661.
- Ministry of Health of Ukraine (2017), "Concept note of the state targeted mental health program in Ukraine lasting till 2030, cabinet of ministers of Ukraine", available at: www.moz.gov.ua/ua/portal/#2
- Ministry of Social Policy (2020), "1,458,977 internally displaced persons were registered", 12 October, available at: www.msp.gov.ua/news/19168.html (accessed 15 October 2020).
- National Health Service (1999), "A national service framework for mental health: modern standards and service models", National Health Service, available at: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/198051/National_Service_Framework_for_Mental_Health.pdf (accessed 3 August 2021).
- Nitzan Kaluski, D. (2015), "Tackling the humanitarian crisis: Dorit Nitzan Kaluski", European Journal of Public Health, Vol. 25 No. suppl_3, pp. ckv169-034.
- Palmedo, P.C., Dorfman, L., Garza, S., Murphy, E. and Freudenberg, N. (2017), "Counter marketing alcohol and unhealthy food: an effective strategy for preventing non communicable diseases? Lessons from tobacco", Annual Review of Public Health, Vol. 38 No. 1, pp. 119-144.
- Patel, P.P., Russell, J., Allden, K., Betancourt, T.S., Bolton, P., Galappatti, A., Hijazi, Z., Johnson, K., Jones, L., Kadis, L., Leary, K., Weissbecker, I. and Nakku, J. (2011), "Transitioning mental health & psychosocial support: from short-term emergency to sustainable post-disaster development: humanitarian action summit 2011", Prehospital and Disaster Medicine, Vol. 26 No. 6, pp. 470-481.
- Psychological First Aid (2014), Facilitator's Manual for Orienting Field Workers, World Health Organization, Geneva.
- Quirke, E., Suvalo, O., Sukhovii, O. and Zo'llner, Y. (2020), "Transitioning to community-based mental health service delivery: opportunities for Ukraine", Journal of Market Access & Health Policy, Vol. 8 No. 1, p. 1843288.
- Roberts, B., Makhshvili, N., Javakhishvili, J., Karachevskyy, A., Kharchenko, N., Shpiker, M. and Richardson, E. (2019), "Mental health care utilisation among internally displaced persons in Ukraine: results from a nation-wide survey", Epidemiology and Psychiatric Sciences, Vol. 28 No. 1, pp. 100-111.
- Romaniuk, P. and Semigina, T. (2018), "Ukrainian health care system and its chances for successful transition from soviet legacies", Globalization and Health, Vol. 14 No. 1, p. 116.
- Ryngach, N. and Korolchuk, O. (2018), "Assessment of the health losses resulted from the internal armed conflict in Ukraine and public health tasks", Journal of Geography, Politics and Society, Vol. 8 No. 3, pp. 18-24.
- Semigina, T. and Mandrik, O. (2017), "Drug procurement policy in Ukraine: is there a window of opportunity?", Bulletin of the APSVT, Vol. 1 No. 1, pp. 25-38.
- Sharma, S. and Piachaud, J. (2011), "Iraq and mental health policy: a post invasion analysis", Intervention, Vol. 9 No. 3, pp. 332-344.
- Thornicroft, G. and Tansella, M. (2002), "Balancing community-based and hospital-based mental health care", World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA), Vol. 1 No. 2, pp. 84-90.
- Thornicroft, G. and Tansella, M. (2013), "The balanced care model for global mental health", Psychological Medicine, Vol. 43 No. 4, pp. 849-863.
- Ukraine Recovery and Peacebuilding Assessment. Analysis of Crisis Impacts and Needs in Eastern Ukraine (2015), "United nations Ukraine, European union, the world bank", Synthesis Report, Vol. 1, available at: www.un.org.ua/images/V1-RPA_Eng_Vol1.pdf (accessed 27 August 2020).

Ventevogel, P., Ndayisaba, H. and van de Put, W. (2011), "Psychosocial assistance and decentralised mental health care in post conflict Burundi 2000 - 2008", *Intervention*, Vol. 9 No. 3, pp. 315-331.

Ventevogel, P., van de Put, W., Faiz, H., van Mierlo, B., Siddiqi, M. and Komproe, I.H. (2012), "Improving access to mental health care and psychosocial support within a fragile context: a case study from Afghanistan", *PLoS Medicine*, Vol. 9 No. 5, p. e1001225.

Ventevogel, P., Perez-Sales, P., Fernandez-Liria, A. and Bagnana, F. (2022), "Integrating mental health care into existing systems of health care: during and after complex humanitarian emergencies", *Intervention*, Vol. 9 No. 1, pp. 195-210.

Weissbecker, I., Khan, O., Kondakova, N., Marquez, P., Zhao, F. and Doroshenko, O. (2017), *Mental Health in Transition: Assessment and Guidance for Strengthening Integration of Mental Health into Primary Health Care and Community-Based Service Platforms in Ukraine* (English), World Bank Group, Washington, DC, available at: <http://documents.worldbank.org/curated/en/310711509516280173/Mental-health-in-transition-assessment-and-guidance-for-strengthening-integration-of-mental-health-into-primary-health-care-and-community-based-service-platforms-in-Ukraine> (accessed 2 March 2019).

World Health Organization (2007), "The optimal mix of services", Geneva, available at: www.who.int/mental_health/policy/services/ (accessed 25 September 2019).

World Health Organization (2008), *Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective*, World Health Organization, Geneva.

World Health Organization (2013), *Building Back Better: Sustainable Mental Health Care after Emergencies*, World Health Organization, Geneva.

World Health Organization (2018), *Problem Management plus (PMb): Individual Psychological Help for Adults Impaired by Distress in Communities Exposed to Adversity*, (Generic Field-Trial Version 1.1), World Health Organization, Geneva.

World Health Organization and Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (2015), "MhGAP humanitarian intervention guide (MhGAP-HIG): clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies", available at: www.who.int/mental_health/publications/mhgap_hig/en/ (accessed 17 March 2021).

World Health Organization and World Bank (2019), *Ukraine Review of Health Financing Reforms 2016-2019*, World Health Organization, Copenhagen, available at: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/416681/WHO-WB-Joint-Report_Full-report_Web.pdf?ua=1 (accessed 26 January 2020).

Zwi, A.B., Blignault, I., Bunde-Birouste, A.W., Ritchie, J.E. and Silove, D.M. (2011), "Decision-makers, donors and data: factors influencing the development of mental health and psychosocial policy in the Solomon Islands", *Health Policy and Planning*, Vol. 26 No. 4, pp. 338-348.

Відомості про належність авторів

Елеонора Квірке працює в проєкті «Психічне здоров'я для України», м. Глазго, Великобританія.

Віталій Климчук працює в Національній психологічній асоціації України, м. Київ, Україна, та в проєкті «Психічне здоров'я для України», м. Львів, Україна.

Наталія Гусак працює на кафедрі соціальної роботи Національного університету «Києво-Могилянська академія», м. Київ, Україна.

Вікторія Горбунова працює на кафедрі соціальної психології Житомирського державного університету імені Івана Франка, м. Житомир, Україна.

Олексій Суховий працює в Центрі організації психіатричної допомоги Інституту психіатрії, судово-психіатричної експертизи та моніторингу наркотиків МОЗ України, м. Київ, Україна.

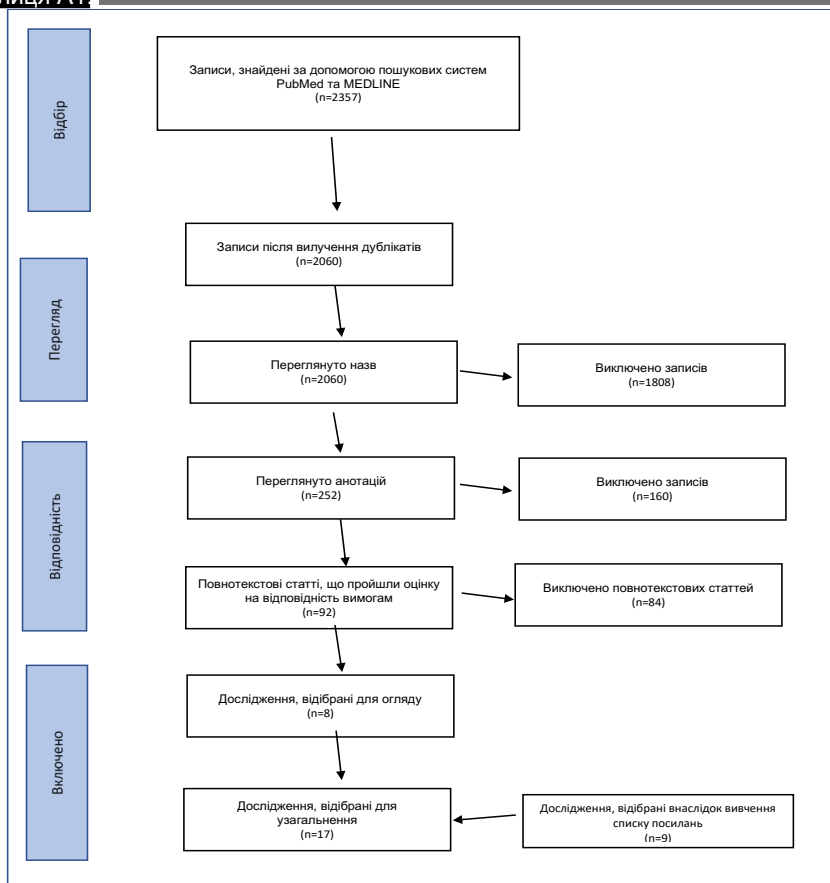
Додаток №1

Таблиця А1 Перелік використаних статей

| Рік | Автор(и) | Назва |
|------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2005 | (Bagnana et al., 2005) | Mental Health and Conflicts: Conceptual Framework and Approaches |
| 2005 | (Kucukalic et al., 2005) | Regional collaboration in reconstruction of mental health services in Bosnia and Herzegovina |
| 2006 | (De Vries and Klazinga, 2006) | Mental health reform in post-conflict areas: a policy analysis based on experiences in Bosnia Herzegovina and Kosovo |
| 2006 | (Hasanovic et al., 2006) | Post-war mental health promotion in Bosnia-Herzegovina |
| 2011 | (De Val D'Espaux et al., 2011) | Strengthening mental health care in the health system of the occupied Palestinian territory |
| 2011 | (Patel et al., 2011) | Transitioning Mental Health and Psychosocial Support: From Short-Term Emergency to Sustainable Post-Disaster Development |
| 2011 | (Sharma and Piachaud, 2011) | Iraq and mental health policy: a post-invasion analysis |
| 2011 | (Ventevogel et al., 2011) | Psychosocial assistance and decentralised mental health care in post-conflict Burundi (2000–2008) |
| 2011 | (Zwi et al., 2011) | Decision-makers, donors and data: factors influencing the development of mental health and psychosocial policy in the Solomon Islands |
| 2012 | (Ventevogel et al., 2022) | Integrating mental health care into existing systems of health care: during and after complex humanitarian emergencies |
| 2012 | (Ventevogel et al., 2012) | Improving access to mental health care and psychosocial support within a fragile context: a case study from Afghanistan |
| 2013 | (Abuazza, 2013) | The Arab Spring movement: a catalyst for reform at the psychiatric hospital in Tripoli, Libya |
| 2013 | (World Health Organization, 2013) | Building back better: sustainable mental health care after emergencies |
| 2015 | (Epping-Jordan et al., 2015) | Beyond the crisis: building back better mental health care in 10 emergency-affected areas using a longer-term perspective |
| 2015 | (Maukera and Blignault, 2015) | A decade of peace: Mental health issues and service developments in the Solomon Islands since 2003 |
| 2016 | (Karam et al., 2016) | Lebanon: mental health system reform and the Syrian crisis |
| 2019 | (Kienzler, 2019) | Mental Health System Reform in Contexts of Humanitarian Emergencies: towards a Theory of "Practice-Based Evidence" |

Додаток №2. Блок-схема пошуку джерел в PRISMA

Таблиця А1



Автор, відповідальний за переписку:

Віталій Климчук: vitaly.klymchuk@gmail.com

Щоб отримати інструкції щодо замовлення передруку цієї статті, відвідайте наш веб-сайт:

www.emeraldgroupublishing.com/licensing/reprints.htm

Або зв'яжіться з нами для отримання додаткової інформації: permissions@emeraldinsight.com