

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ ПСИХОЛОГІЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

Рожкова Інга Володимирівна

Д. наук з держ управління, професор
Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця
м. Київ, Україна

Білак-Лук'янчук Вікторія Йосипівна

К.мед.н., доцент
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
м. Ужгород, Україна

Понад 170 млн людей у всьому світі нині постраждали від збройних конфліктів. Серед них понад 70 млн тих, які примусово переміщені в межах своїх країн як внутрішньо переміщені особи або в інші країни як біженці [1–5].

Для населення України в сучасних умовах повномасштабної російської воєнної агресії відмічається паралельне формування як індивідуальної, так і колективної травматизації, що, відповідно, негативно позначається на рівні як індивідуального психосоматичного, так і громадського здоров'я. Війна, яку зараз переживає наше суспільство, ще й в поєднанні з ситуацією постковіду, є ідеальним інкубатором зростання тягаря для громадського здоров'я через

психічні розлади. У середньому поширеність посттравматичних стресових розладів (ПТСР) і депресії як серед біженців, так і серед населення, яке залишилося в зоні конфлікту, зіставна та сягає до 30%. ПТСР зазвичай співіснує з іншими формами психопатології, і 90% тих, хто пережив ПТСР, мають принаймні одне супутнє захворювання протягом життя. Хоча біженці є головною проблемою для всіх приймаючих країн, чисельно вони становлять лише невелику частку всіх тих, хто пережив війну у світі. На глобальному рівні набагато більше тих, хто пережив війну, не хочуть або не можуть знайти притулок, а натомість продовжують жити в зоні колишнього або поточного конфлікту. Для цих людей не існує спеціального агентства ООН, як і для біженців, і немає офіційної статистики. Незважаючи на дуже різноманітні висновки щодо поширеності психічних розладів серед біженців, у середньому поширеність ПТСР і депресії не є вищою, ніж серед населення, яке залишилося в зоні конфлікту. Велика кількість випадків ПТСР та/або депресії в осіб, які пережили війну, має серйозні наслідки для відповідних суспільств:

- ПТСР і депресія можуть мати хронічний перебіг і призвести до значних страждань постраждалих осіб, а також їхніх партнерів і сімей;
- розлади, пов'язані з функціональними порушеннями, впливають на ширші міжособистісні стосунки, знижують продуктивність і спричиняють значні загальні витрати на здоров'я;
- дослідження вказує на зв'язок між гнівом, на який не відреагували, і ПТСР, що може бути причиною подальшого домашнього насильства, посилити бажання помститися і таким чином підвищити ймовірність майбутніх конфліктів.

Найбільш поширеними супутніми захворюваннями є депресія, зловживання алкоголем або залежність, інші тривожні розлади, а також психосоматичні порушення [6-11]. Значущими є міжпоколінні дистресові наслідки війни, коли особливо уразливими контингентами стають жінки та діти, що свідчить про необхідність тривалого родинного медико-психологічного супроводу та реабілітації постраждалих родин. Перед трикутником медичної, психологічної та соціальної допомоги постає завдання

комплексного відновлення психосоматичного та психосоціального здоров'я населення України, де найбільш складним та тривалим етапом є саме реабілітація. Ранні діагностичні та лікувальні втручання можуть знизити поширеність ПТСР серед тих, хто зазнав психічної травматизації. Саме тому найбільший тягар та найбільша відповідальність знову лягають на плечі первинної ланки медичної допомоги. При зверненні за первинною медичною допомогою з будь-якого приводу рекомендовано проводити оцінювання наявності ознак ПТСР для всіх, хто пережив травматичну подію (учасників бойових дій, переселенців, біженців, звільнених з полону тощо). Ведення станів, пов'язаних із гострим стресом, ПТСР і горем, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я проводиться відповідно до спеціального посібника з надання такої допомоги (Assessment and Management of Conditions Specifically Related to Stress: mhGAP Intervention Guide Module, v. 1.0), розробленого в рамках Програми дій Всесвітньої організації охорони здоров'я у сфері психічного здоров'я. Пошук можливих ранніх предикторів виникнення ПТСР та ефективних стратегій ранніх втручань одразу після дії психічної травми є одним із ключових аспектів сучасної психіатрії та медичної психології.

(Assessment and Management of Conditions Specifically Related to Stress: mhGAP Intervention Guide Module, v. 1.0), розробленого в рамках Програми дій Всесвітньої організації охорони здоров'я у сфері психічного здоров'я [12,13]. Основні рекомендації при звертанні за медичною допомогою потенційно постраждалої від дистресу війни особи наступні [12]:

- запропонуйте першу психологічну допомогу. Слухайте, але НЕ примушуйте людину говорити; проведіть оцінку її потреб і побоювань. Допоможіть вирішити її найнагальніші базові фізичні потреби (наприклад знайти притулок, де вона може переночувати) та отримати необхідні послуги та точну інформацію (зв'язатися з родиною та/або службами соціальної допомоги);
- розгляньте можливість навчити постраждалу особу основам управління стресом. Допоможіть їй визначити, які існують позитивні методи копінгу й моделі соціальної підтримки, та розвинути їх;

- проведіть психоедукацію. Поясніть, що люди часто переживають гострий стрес унаслідок впливу надзвичайно сильних стресогенних чинників. Втім, у більшості людей симптоми гострого стресу послаблюються з часом. Не призначайте курсове лікування бензодіазепінами, які перешкоджають опрацюванню та/або дезактуалізації травматичних подій. Запропонуйте особі повернутися для проведення повторного огляду, якщо вираженість симптомів збільшиться або якщо в неї не покращиться стан упродовж 1 міс після події. Під час повторного огляду проведіть оцінку щодо ПТСР та інших розладів психіки;

- зверніть увагу на додаткові стратегії ведення таких станів: безсоння, нічний енурез, гіпервентиляція, значущі медично незрозумілі соматичні скарги тощо;

- під час курації безсоння як симптому гострого стресу застосовуйте вищенаведені загальні стратегії ведення цих симптомів. Також доцільно виключити зовнішні причини безсоння (наприклад шум) та пролікувати можливі фізичні причини (наприклад фізичний біль), навіть якщо безсоння розпочалося одразу ж після стресової події. Надайте поради щодо гігієни сну (в тому числі щодо уникнення застосування психостимуляторів, наприклад кави, нікотину, алкоголю). Поясніть, що в людей часто з'являються такі проблеми внаслідок впливу надзвичайно сильних стресогенних чинників. У виняткових випадках, коли недоступне психологічне втручання (наприклад техніки релаксації, дихання тощо), можна розглянути можливість короткострокового лікування (3–7 днів) дорослих снодійними засобами. Якщо проблема залишається протягом більше ніж 1 міс, проведіть повторну оцінку з метою виявлення супутнього психічного розладу та його лікування, проконсультуйтеся з профільним спеціалістом;

- при виявленні нічного енурезу як симптому гострого стресу в дітей також застосовуйте загальні стратегії ведення таких симптомів. Зберіть анамнез для підтвердження того, що ця проблема з'явилася тільки після стресової події. Виключіть та пролікуйте можливі фізичні причини (наприклад інфекція сечовивідних шляхів), навіть якщо нічний енурез розпочався упродовж 1 міс

після потенційно травматичної події. Обов'язково проведіть оцінку психічних розладів і поточних стресогенних чинників батьків/опікунів дитини та запропонуйте відповідне їх ведення. Проведіть психоедукацію: поясніть, що не можна карати дитину за нічний енурез, тому що нічний енурез є звичайною реакцією дітей на пережитий стрес, а покарання є додатковим стресом. Поясніть важливість того, аби батьки залишалися спокійними та емоційно підтримували дитину; навчіть не звертати надто багато уваги на симптом та приділяти дитині позитивну увагу в інший час. Також варто навчити батьків використовувати прості поведінкові втручання (наприклад нагороду дитини, коли вона уникає надмірного вживання напоїв перед сном або ходить у туалет перед сном). Такими винагородами можуть бути додатковий час на ігри, зірочки у спеціальній таблиці тощо. Якщо проблема не зникає упродовж 1 міс, проконсультуйтеся зі спеціалістом;

- коли пацієнт звертається з ознаками гіпервентиляції, зазвичай застосовуйте загальні стратегії ведення симптомів гострого стресу. Втім, обов'язково виключіть та пролікуйте можливі фізичні причини, навіть якщо гіпервентиляція виникла одразу ж після стресової події. Завжди проводьте базове медичне обстеження для виявлення її можливих фізичних причин. У межах психоедукації поясніть, що в людей часто з'являється така проблема внаслідок впливу надзвичайно сильних стресогенних чинників. Зберігайте спокійне ставлення до пацієнта, за можливості усувайте джерела тривоги та навчайте правильному диханню (тобто заохочуйте дихати нормально, не глибше і не швидше, ніж зазвичай). Щодо поширеної при панічних атаках техніки дихання з використанням паперового пакета, вона не є вибором для пацієнтів із серцевими захворюваннями або бронхіальною астмою. Також не варто заохочувати дітей повторно дихати в паперовий пакет. Якщо проблема зберігається упродовж 1 міс, проконсультуйтеся зі спеціалістом.

Однією з останніх розробок є запобігання ПТСР за допомогою короткострокового психологічного втручання в перші кілька годин після травми, а саме «когнітивна блокада» травматичних образів. В Україні має застосовуватися цілісна система трансдіагностичних медико-психологічних

травмофокусованих методів діагностики, лікування, профілактики та реабілітації постраждалого від дистресу війни населення, що включають управління проблемами плюс інтегральний підхід до подолання стресу. Нагальним питанням постало навчання медиків усіх рівнів медичної допомоги виявленню та ефективній роботі з постраждалими і особливо — ефективній реабілітації

Необхідно зазначити, що персонал закладів охорони здоров'я територіальних громад також зазнає впливу хронічного стресу різного генезу під час виконання професійних обов'язків, а тому формуються та посилюються концепції професійного вигорання серед медичних працівників [14]. Варто зазначити, що серед пацієнтів додатково реєстровані вищі показники тривожності, що можуть додатково впливати на перебіг патологічних станів, а це, в свою чергу, додатково впливатиме на індекси якості життя як пацієнтів, так й медичного персоналу, а також на індикатори якості надання медичної допомоги й показники навантаження на медичну систему територіальної громади у цілому.

Вирішення даних проблем потребує інноваційного підходу та визначення адаптивних стратегій, наприклад оптимізація функціонування системи ефективного розподілу ресурсів, залучення грантових коштів, залучення до функціонування системи охорони здоров'я територіальних громад міжнародних медичних організацій, імплементація системи мобільних медичних бригад, інтеграція психологічної підтримки, впровадження телемедичних послуг, інтеграція компонентів штучного інтелекту та нових ІКТ, адекватне вирішення управлінських та кадрових питань у рамках чинного законодавства. Покращення системи розподілу наявних ресурсів в умовах обмеженої доступності на рівні територіальних громад є пріоритетним напрямком вирішення для забезпечення оптимальної роботи ЗОЗ. Залучення проєктів міжнародних організацій створює додаткові управлінські, фінансові, економічні, матеріально-технічні можливості для розвитку ЛПЗ територіальних громад, а також відкриває можливість до залучення грантових коштів на розвиток системи медичного обслуговування [15-17]. Одним із напрямків

реалізації даних проєктів є створення мобільних медичних бригад, які дозволяють оперативно надавати допомогу у віддалених районах [17, 18].

Список використаної літератури

1. The International Institute For Strategic Studies, «Armed Conflict Database». acd.iiss.org/.
2. Peace and Security. Bulletin of United Nations. New York: UN, 2020. 36p.
3. Khorram-Manesh A. (2016) Europe on fire; medical management of terror attacks– new era and new considerations. *Bull. Emerg. Trauma*, 4: 183–185.
4. Burkle F.M. (2019) Revisiting the battle of solferino: the worsening plight of civilian casualties in war and conflict. *Disaster Med. Public Health Prep.*, 13: 837–841. doi: 10.1017/dmp.2019.77.
5. Phelan P. (2011) Fourth generation warfare and its challenges for the military and society. *Defence Stud.*, 11: 96–119. doi: 10.1080/14702436.2011.553105
6. Morina N., Hoppen T. H., Priebe S. (2020) Out of sight, out of mind: refugees are just the tip of the iceberg. An illustration using the cases of depression and posttraumatic stress disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 11: 179
7. Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E. et al. (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiat.*, 52: 1048–1060. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012.
8. Pagura J., Stein M.B., Bolton J.M. et al. (2010) Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the US population. *J. Psychiat. Res.*, 44: 1190–1198.
9. Hadar E., Sagron M., Peleg O. (2020) Parenting among mothers exposed to ongoing military conflict in childhood: An exploratory study. *Int. J. Psychol.*, 55(5): 789–800.
10. Sveshnikov S., Bocharnikov V. (2022) (Воєнні аспекти протидії гібридній агресії: досвід України) (Military Aspects Of Counteracting Hybrid Aggression: The Experience of Ukraine).

11. Droždek B., Rodenburg J., Moyene-Jansen A. (2020) «Hidden» and diverse long-term impacts of exposure to war and violence. *Frontiers in Psychiatry*, 10: 975. doi. org/10.3389/fpsy.2019.00975.

12. Оцінка та ведення розладів, безпосередньо пов'язаних зі стресом: Модуль посібника mhGAP з надання допомоги. apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250136/9789241505932-ukr.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

13. Assessment and Management of Conditions Specifically Related to Stress: mhGAP Intervention Guide Module (version 1.0).apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85623/9789241505932_eng.pdf

14. Красіленко, Т. М., Рудінська, О. В. (2024). Аспекти стрес-менеджменту та шляхи подолання професійного вигорання медичних працівників. Секція 1. Відновлення і розвиток стійкої національної моделі медичної галузі України, 136

15. Бутковська, В. (2024). Грантові програми підтримки проєктів розвитку об'єднаних територіальних громад та ефекти їх реалізації. Наукові перспективи (Naukovі perspektivi), (5 (47)).

16.Бороденко, Т. М. Міжнародні організації у забезпеченні сталого розвитку. Фінансові інструменти сталого розвитку економіки: матеріали IV міжнародної науково-практичної конференції (12 травня 2022 р.). – Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2022.–467 с. ISBN 978-966-423-715-1, 415

17. Чабанова, В., Бабич, О. (2022). Проблеми охорони здоров'я України у воєнний час. Здоров'я і суспільство в умовах війни, 65.

18. Швець, А. В., Москалюк, О. В., Середа, І. К., Мальцев, О. В., Ричка, О. В. (2022). Пошук оптимальної організаційно-функціональної структури мобільних медичних підрозділів за досвідом застосування передових хірургічних груп. Editorial board, 373.