



LONDON
SCHOOL of
HYGIENE
& TROPICAL
MEDICINE



ПРИХОВАНІ НАСЛІДКИ КОНФЛІКТУ

Проблеми психічного
здоров'я та доступ до
послуг серед внутрішньо
переміщених осіб в
Україні

За фінансової підтримки
Європейського Союзу:



Цей документ був підготовлений International Alert за фінансової підтримки Європейського Союзу. International Alert, ГПП-Тбілісі і Лондонською школою гігієни і тропічної медицини несуть усю відповідальність за зміст документа, який за жодних обставин не може розглядатися як такий, що відображає позицію Європейського Союзу.

Макет: Nick Wilmot Creative

Фото на обкладинці: © ITAR-TASS Photo Agency/Alamy Stock Photo

© International Alert/ГПП-Тбілісі/Лондонською школою гігієни і тропічної медицини 2017

ПРИХОВАНІ НАСЛІДКИ КОНФЛІКТУ

Проблеми психічного
здоров'я та доступ до
послуг серед внутрішньо
переміщених осіб в Україні

Байярд Робертс, кандидат наук;
Ніно Махашвілі, лікар, кандидат наук;
Джана Джавахішвілі

травень 2017 року

Подяка

Це дослідження було проведено «International Alert», Глобальною ініціативою у психіатрії – Тбілісі (ГП-Тбілісі) та Лондонською школою гігієни і тропічної медицини. Дослідження було профінансовано за рахунок гранту Європейського союзу: Інструмент ЄС зі сприяння стабільності і миру у рамках Проекту «Психосоціальні зерна миру: реабілітація після травми та громадянський активізм в Україні».

«International Alert» також висловлює подяку за підтримку з боку наших стратегічних донорів: Департаменту міжнародного розвитку Великої Британії (UKAID), Шведського агентства міжнародного співробітництва в цілях розвитку, Міністерства закордонних справ Нідерландів та Міністерства закордонних справ і торгівлі Ірландії. Думки, висловлені у цьому звіті, належать виключно «International Alert» та необов'язково відображають думки чи політику наших донорів.

Зміст

Список скорочень	4
Ключові тези	5
Короткий виклад	6
1. Вступ	8
2. Методи дослідження	10
3. Результати	13
3.1 Поширеність психічних розладів	16
3.2 Використання послуг медичної допомоги та витрати на лікування	19
3.3 Перерва у лікуванні	21
4. Висновки	23
5. Рекомендації	24

Список скорочень

GAD-7	оцінка генералізованого тривожного розладу
ГП-Тбілісі	Глобальна ініціатива у психіатрії – Тбілісі
ВПО	внутрішньо – переміщена особа
КМІС	Київський міжнародний інститут соціології
НУО	неурядова організація
СШ	співвідношення шансів
PCL-5	список контрольних питань щодо ПТСР згідно Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів-5
PHQ-9	опитувальник здоров'я пацієнта
ПТСР	посттравматичний стресовий розлад
WHODAS 2.0	Оцінка ступеня інвалідизації ВООЗ 2.0

Ключові тези

- Дослідження містить перші національні репрезентативні дані про психічне здоров'я дорослих внутрішньо переміщених осіб (ВПО) в Україні.
- У дослідженні підкреслюється значний тягар психічних розладів, у тому числі посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії та тривоги серед ВПО в Україні, особливо серед жінок. Крім того, значна кількість осіб має два або три розлади одночасно. Зафіксований високий рівень поширеності супутніх захворювань ПТСР, тривоги та депресії.
- Психічні розлади значно впливають на відносини з членами сім'ї, знижують працездатність та здатність виконувати повсякденні завдання, а саме пересуватися.
- Існує значна перерва у лікуванні ВПО, які мають психічні розлади: майже три чверті респондентів, які потребували психіатричної допомоги, не отримали її.
- Вартість медичної допомоги в області охорони психічного здоров'я та лікарських засобів є високою, що є основною причиною відмови від звернення за медичною допомогою.
- ВПО слід розглядати в якості однієї з цільових груп щодо забезпечення охорони психічного здоров'я з боку відповідних установ, а саме Міністерства охорони здоров'я, Міністерства соціальної політики та місцевих органів влади.
- Наші висновки підтверджують необхідність у розширеному, комплексному та травма – чутливому реагуванні в області охорони психічного здоров'я населення, що постраждало внаслідок конфлікту.



Чоловік рибється в подаровані одязі в транзитному центрі в Дніпропетровську, 2015 рік.
© Ендрю Макконнелл/Rapos

Короткий виклад

Надійні епідеміологічні дані щодо тягаря психічних розладів, ключових факторів ризику та доступу до медичних послуг мають вирішальне значення при розробці відповідних травм – чутливих заходів з охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки для близько 1,6 млн. внутрішньо переміщених осіб (ВПО) в Україні. Мета дослідження полягала у зборі науково обґрунтованих доказів потреб ВПО в області охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в Україні для розробки стратегій і програм в області охорони психічного здоров'я. У дослідженні були використані дані перехресного опитування, проведеного по всій Україні у березні – травні 2016 року серед 2203 ВПО у віці від 18 років і старше. Був використаний описовий та багатовимірний регресійний аналіз.

За результатами дослідження поширеність ПТСР склала 32% (22% чоловіків, 36% жінок), поширеність депресії склала 22% (16% чоловіків, 25% жінок), поширеність тривоги склала 17% (13% чоловіків, 20% жінок). Також був зафіксований високий рівень супутніх захворювань ПТСР, тривоги та депресії. Було з'ясовано, що психічні розлади значно впливають на відносини з членами сім'ї, знижують працездатність та здатність виконувати повсякденні завдання, а саме пересуватися. Ключові фактори, що статистично значуще пов'язані з психічними розладами, включають жіночу стать, літній вік, сукупний вплив травми, нещодавнє переміщення та погане економічне становище домогосподарства. Існує значна перерва у лікуванні:

74% респондентів, які потребували психіатричної допомоги, не отримували її упродовж останніх 12 місяців.

У дослідженні рекомендується розглядати ВПО як одну з цільових груп щодо забезпечення охорони психічного здоров'я з боку відповідних установ в Україні. Висновки підтверджують необхідність розширеної, комплексної та травма – чутливої охорони психічного здоров'я ВПО в Україні.

1. Вступ

Добре відомо, що населення, яке зазнало впливу конфлікту, часто піддається впливу травматичних подій та пов'язаних з війною соціально-економічних чинників стресу, що наражає його на ризик підвищеного рівня виникнення психічних розладів.¹ Поширені психічні розлади серед населення, яке постраждало від конфлікту, а саме посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія та тривога, можуть викликати суттєві страждання та знизити здатність осіб до повноцінної життєдіяльності, що чинить вплив не лише на таких осіб, але й на членів їхніх сімей та їхні громади. Таким чином, існує велика потреба у великомасштабних заходах психосоціальної підтримки та мобілізації громад для полегшення страждань людей та забезпечення умов для розвитку та соціального відновлення. Дані щодо інших громад, що зазнали впливу конфлікту, підтверджують необхідність впровадження розширених та комплексних заходів з метою покращення охорони психічного здоров'я населення, яке постраждало від конфлікту, у тому числі необхідність розробки травма – чутливої політики, яка стане керівною для системи та послуг² в області охорони психічного здоров'я.

У результаті збройного конфлікту в Україні, за оцінками, зареєстровано 1,6 млн. внутрішньо переміщених осіб (ВПО), більше 95% з яких втекли від бойових дій на сході країни. ВПО в Україні зазнали впливу декількох типів травми, а саме примусового переміщення, обстрілів, військових дій, поранень та збройних нападів. ВПО проживають у приватних оселях (наприклад, у родичів, друзів, у приймаючих сім'ях, або в орендованому житлі) або у місцях колективного проживання (місцях тимчасового поселення, а саме у таборах, колишніх готелях, лікарнях, школах та інших державних будівлях). Рівень безробіття є високим, а доступ до послуг соціальної підтримки, у тому числі з охорони здоров'я, є обмеженим. У результаті цього соціально-економічні чинники стресу для психічного здоров'я є надзвичайно впливовими.

-
- 1 Див.: World Health Organization (WHO) and United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), *Assessing mental health and psychosocial needs and resources: Toolkit for humanitarian settings*, Geneva: WHO, 2012; Z. Steel, T. Chey, D. Silove, C. Marnane, R.A. Bryant and M. van Ommeren, *Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis*, *JAMA*, 302(5), 2009, pp.537–549; K.E. Miller and A. Rasmussen, *War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks*, *Social Science and Medicine*, 70(2010), 2009, pp.7–16
 - 2 Inter-Agency Standing Committee (IASC), *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*, Geneva: IASC, 2007; WHO, *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*, Geneva: WHO, 2013

Надійні епідеміологічні дані щодо тягаря психічних розладів, ключових факторів ризику та доступу до послуг з охорони здоров'я мають вирішальне значення при розробці відповідних травм – чутливих заходів з охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. Однак такі дані відсутні в Україні щодо населення, яке зазнало наслідків конфлікту.

Мета дослідження полягала у зборі науково обґрунтованих доказів потреб ВПО в області охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в Україні для розробки стратегій і програм в області охорони психічного здоров'я. Конкретні цілі були наступними: (i) оцінка поширеності психічних розладів, у тому числі ПТСР, депресії та тривоги; (ii) вивчення особливостей психічних розладів; (iii) аналіз доступу та звернення для отримання медичних послуг та послуг психосоціальної підтримки; та (iv) розробка проекту рекомендацій на основі фактичних даних щодо охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки для відповідних урядових та професійних організацій в Україні.



Матері вишикувались в чергу за гуманітарною допомогою в Краматорську на сході України.
© ЮНІСЕФ Україна/Р. Zmey (Creative Commons BY 2.0)

2. Методи дослідження

Дослідження було розроблено та проведено під керівництвом співробітників Глобальної ініціативи у психіатрії (ГПІ-Тбілісі), «International Alert» та Лондонської школи гігієни і тропічної медицини. Збір даних проходив під керівництвом Київського міжнародного інституту соціології (КМІС).

Перехресне опитування ВПО у віці 18 років і старше було проведено у березні – травні 2016 року. Відповідно до узгоджених визначень, ВПО – особи, які через бойові дії були змушені залишити власний дім та на час проведення дослідження проживали далеко від нього³. Критерії виключення застосовувалися до осіб, які знаходилися під впливом алкоголю або наркотичних речовин, а також осіб з важкими порушеннями інтелектуального або психічного розвитку.

Опитування було репрезентативним щодо ВПО в Україні та проводилося у наступних містах і областях: Київській, Волинській, Закарпатській, Івано-Франківській, Львівській, Рівненській, Тернопільській, Хмельницькій, Чернівецькій, Житомирській, Сумській, Чернігівській, Вінницькій, Кіровоградській, Полтавській, Черкаській, Одеській, Херсонській, Дніпропетровській, Запорізькій, Харківській, Донецькій та Луганській областях.

Вибірка, що обумовлена місцем і часом, була обрана як імовірнісний метод⁴. Такий метод відбору все частіше використовується для розпорошених насильно переміщених осіб та інших важкодоступних груп населення, у тому числі в Україні та передбачає контактування з ВПО у місцях збору, наприклад гуртожитках для ВПО, державних службах, волонтерських та громадських організаціях, місцях розподілу гуманітарної допомоги тощо. Структура вибірки складається з одиниць часу та місця розташування, які представляють потенційну сукупність місць, днів та проміжків часу, де і коли можна отримати доступ до цільової групи. Для цілей цього дослідження 33% респондентів були охоплені у колективних центрах, 31% у НУО, що працюють з ВПО та 6% у державних установах. З 24% контакт був встановлений через іншу особу (інформатора), 6% були охоплені за допомогою інших засобів (наприклад, у церкві або у рамках методу поквартирного опитування). В цілому було використано 121 унікальну локацію для проведення опитування (без урахування приватних осель та робочих місць респондентів, охоплених за допомогою інформаторів).

Анкета складалася з питань, що стосуються демографічних та соціально-економічних характеристик, доступу до медичних послуг, а також впливу травматичних подій (з використанням LEC-5) та скринінгу психічних розладів. Зокрема, PCL-5 щодо ПТСР (за період минулого 1 місяця)⁵, PHQ-9 щодо депресії (за період минулих 2-х тижнів)⁶ та GAD-7 щодо тривоги (за період минулих 2-х тижнів)⁷. За допомогою цих інструментів здійснювався скринінг розладів, а не встановлення клінічних діагнозів. Життєдіяльність вимірювалася за допомогою Оцінки ступеня інвалідизації BOO3 2.0 (WHODAS 2.0), яка складається з 12 пунктів щодо шести областей функціональних обмежень (пізнання, мобільність, самообслуговування, співіснування, життєдіяльність, участь) за період минулих 30 днів⁸. Перераховані інструменти вимірювання були використані та перевірені у багатьох культурних та мовних осередках, у тому числі серед населення, яке постраждало внаслідок конфлікту.

-
- 4 H. Fisher Raymond, T. Ick, M. Grasso, J. Vaudrey and W. McFarland, Resource Guide: Time location sampling (TLS), San Francisco: San Francisco Department of Public Health, HIV Epidemiology Section, Behavioral Surveillance Unit, 2007
 - 5 C.A. Blevins, F.W. Weathers, M.T. Davis, T.K. Witte and J.L. Domino, The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation, *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 2015, pp.489–498
 - 6 K. Kroenke, R.L. Spitzer and J.B. Williams, The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure, *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 2001, pp.606–613
 - 7 R.L. Spitzer, K. Kroenke, J.B. Williams and B. Löwe, A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7, *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 2006, pp.1092–1097
 - 8 T.B. Üstün, N. Kostanjsek, S. Chatterji and J. Rehm, Measuring health and disability: Manual for WHODAS 2.0, Geneva: WHO, 2010

Анкету для опитування була розроблено англійською мовою, а потім здійснено адаптацію та переклад на українську та російську мови на основі передових процедур забезпечення надійності, обґрунтованості та доречності щодо досліджуваних груп населення. Анкети українською або російською мовою розповсюджувалися підготовленими реєстраторами КМІС у рамках особистих інтерв'ю у місцях, погоджених з респондентами. Перед отриманням анкети кожному респондентові було пояснено мету опитування та умови участі. Крім того, респонденти отримували інформаційний лист та форму згоди, а потім надавали усну або письмову згоду. Етичне погодження було надано Наглядовою радою КМІС.

Було здійснено описовий та багатовимірний регресійний аналіз (з використанням поетапного підходу). Бальний поріг, який було використано для скринінгу розладів, був визначений у відповідності до рекомендацій розробників інструментів: ПТСР – PCL-5 >33 балів, помірна депресія – PHQ-9 ≥ 10 балів та помірна тривога – GAD-7 ≥ 10 балів. Усі дані були проаналізовані для відображення реального географічного розподілу ВПО у різних областях України. Статистична значущість була визначена на рівні $p < 0,05$. Статистичний аналіз був проведений з використанням «Stata 14».

3. Результати

В цілому було заповнено 2203 анкет. Загальний рівень відповідей склав 89%. 58% інтерв'ю були проведені в містах обласного значення, 40% в інших містах і населених пунктах, 2% у селах.

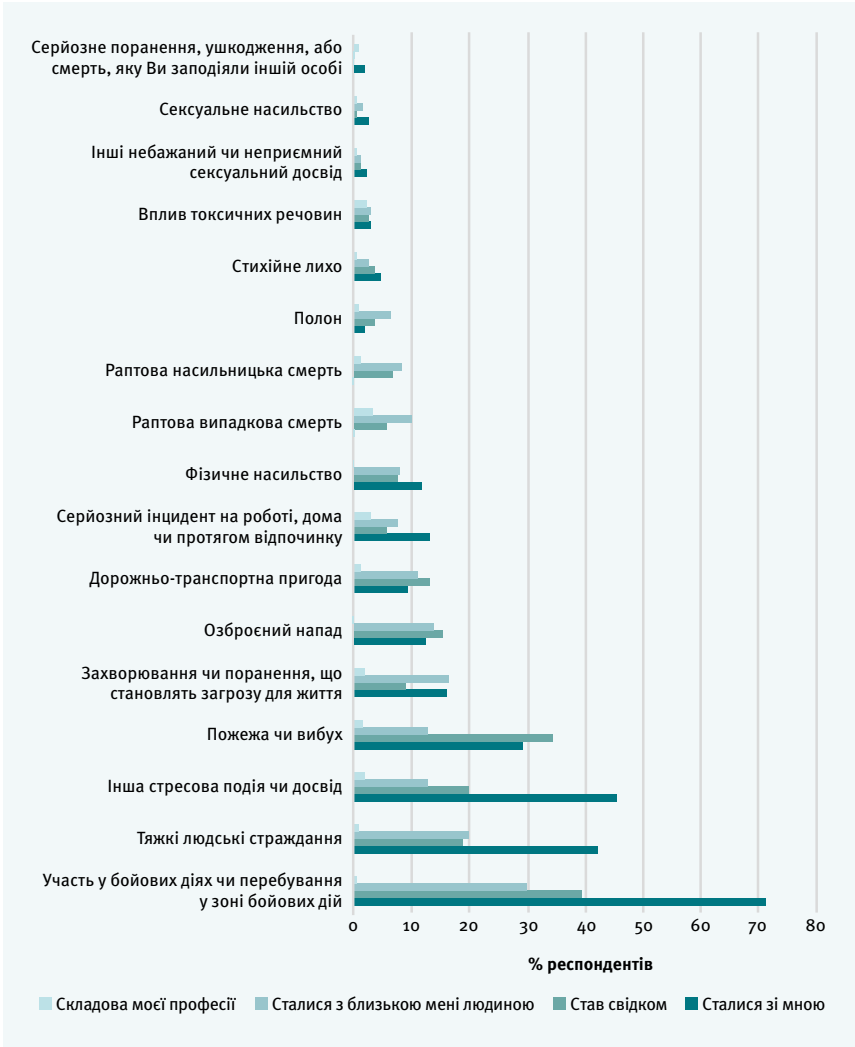
Демографічні характеристики респондентів наведені у таблиці 1. Понад дві третини респондентів становили жінки (68%). Гендерне співвідношення у дослідженні відповідає іншим джерелам, а саме статистичним даним Державної служби зайнятості та результатам інших опитувань ВПО в Україні. Близько 22% респондентів були у віці від 60 років і старше. Більшість респондентів оцінили економічне становище власних домогосподарств як погане або дуже погане (59%). Лише 22% респондентів мають постійну оплачувану роботу. Середня тривалість проживання на новому місці після переміщення становила 18 місяців.

Серед опитаних був зафіксований високий рівень впливу насильницьких та травмуючих подій (див. рисунок 1). Найбільше респонденти наражалися на бойові дії/знаходження в зоні бойових дій, важкі людські страждання, пожежі/вибухи, хвороби/травми, що загрожують життю, збройні напади, а також інші дуже стресові події або переживання.

Таблиця 1: Демографічні характеристики респондентів (N=2,203)

		N	(%)
Стать	Чоловіки	704	(32,0)
	Жінки	1499	(68,0)
Вік	18–30	480	(21,8)
	31–44	711	(32,3)
	45–59	522	(23,7)
	60–74	356	(16,2)
	75 і старше	134	(6,0)
Освіта	Неповна середня або нижче	114	(5,2)
	Середня освіта/технічний еквівалент	528	(24,0)
	Середня технічна освіта/неповна вища освіта	767	(34,9)
	Вища освіта	790	(35,9)
Зайнятість	Постійна оплачувана робота	489	(22,4)
	Тимчасова оплачувана робота	216	(9,9)
	Самозайнятість	61	(2,8)
	Безробіття/пошук роботи	391	(17,9)
	Домогосподарка	81	(3,7)
	Відпустка по догляду за дитиною	157	(7,2)
	Пенсія за віком або інвалідністю	631	(28,9)
	Інше	159	(7,3)
Економічне становище домогосподарства	Дуже хороше	15	(0,7)
	Хороше	95	(4,5)
	Середнє	755	(35,7)
	Погане	989	(46,8)
	Дуже погане	261	(12,3)
Переміщення	Середня тривалість (місяців) проживання на новому місці після переміщення (мін; макс)	18	(1,26)

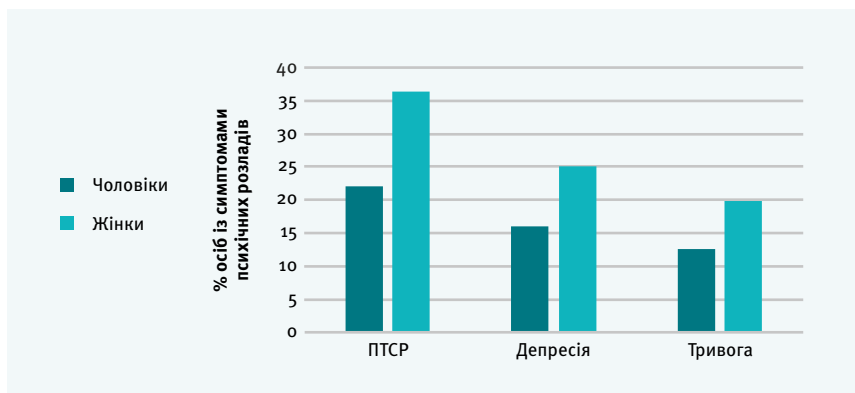
Рисунок 1: Показники нараження на насильницькі та травмуючі події (N = 2203, можливість декількох відповідей)



3.1 Поширеність психічних розладів

Рівень поширеності психічних розладів серед ВПО є високим, особливо серед жінок (див. рисунок 2). Поширеність симптомів ПТСР склала 32% (22% чоловіків, 36% жінок), симптомів депресії 22% (16% чоловіків, 25% жінок), симптомів тривоги 18% (13% чоловіків; 20% жінок).

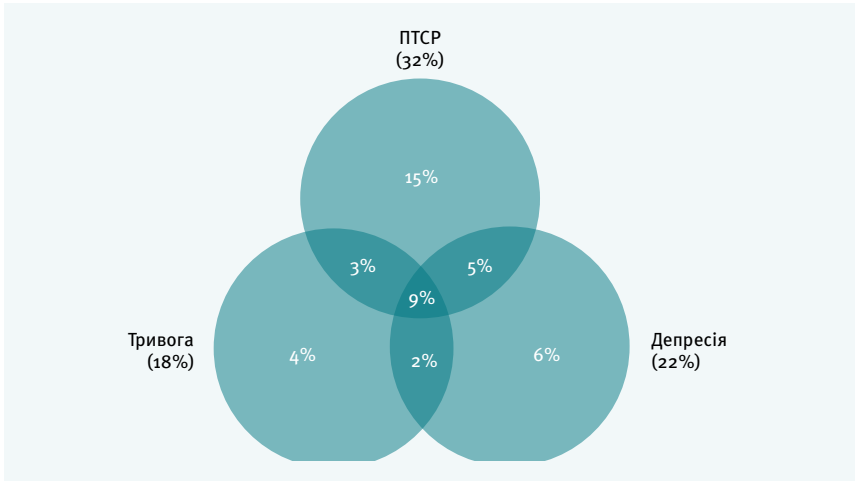
Рисунок 2: Поширеність психічних розладів серед респондентів, за статтю (N=2203)



Був також зафіксований значний збіг різних розладів (див. рисунок 3). Із загальної вибірки, 5% респондентів мали ПТСР та депресію, 2% мали депресію і тривогу, 3% мали тривогу та ПТСР. Крім того, 9% усіх респондентів мали симптоми усіх трьох розладів. При обмеженні до числа респондентів із щонайменше одним розладом, 43% мали більше 1 розладу, і 21% мали усі 3 розлади.

Психічні розлади також були тісно пов'язані з обмеженістю життєдіяльності. Особи, в яких були виявлені психічні розлади, мали вищий статистично значущий бал WHODAS-2 (більше функціональних обмежень). Особи, в яких були виявлені симптоми ПТСР, мали середній показник обмеженості життєдіяльності на рівні 25,84, у порівнянні з 8,43 серед осіб, які не мали симптомів ПТСР. Особи, в яких була виявлена депресія, мали середній бал на рівні 32,62, у порівнянні з 7,60 серед осіб, які не мали депресії. Особи, в яких була виявлена тривога, мали середній бал на рівні 36,52, у порівнянні з 8,67 серед осіб, які не мали тривоги.

Рисунок 3: Частка респондентів з симптомами одного або більше психічних розладів (N=2203)



Фактори, що пов'язані з психічними розладами у рамках багатовимірного аналізу, представлені у таблиці 2. Серед жінок був зафіксований тісний зв'язок з психічними розладами. Наприклад, жінки в два рази (співвідношення шансів (СШ) 2,01) частіше, ніж чоловіки, мали симптоми ПТСР після коригування щодо інших істотних факторів у моделі. Був зафіксований тісний зв'язок похилого віку з ПТСР та депресією. Погане економічне становище домогосподарств було в значній мірі пов'язано з усіма трьома розладами. Більш значний кумулятивний вплив травми був у значній мірі пов'язаний лише з ПТСР (> 4 подій = СШ 1,46). Нещодавнє переміщення (0-12 місяців) також пов'язане з ПТСР (СШ 1,51) при порівнянні з еталонною категорією 19-26 місяців. У рамках окремої регресійної моделі наявність симптомів інших психічних розладів була тісно пов'язана з ПТСР, депресією і тривогою після коригування щодо інших факторів (див. таблиця 2, модель 2).

Таблиця 2: Результати багатофакторного регресійного аналізу факторів, пов'язаних з ПТСР, депресією та тривогою

Фактори	ПТСР ^a	Депресія ^b	Тривога ^c
	Співвідношення шансів	Співвідношення шансів	Співвідношення шансів
Модель 1 ^d			
Стать			
Чоловіки	Етал.	Етал.	Етал.
Жінки	2,01	1,72	1,76
Вік			
18–30	Етал.	Етал.	Етал.
31–44	1,25	1,21	0,96
45–59	1,87	2,13	1,49
60–74	2,15	2,35	1,68
75 і старше	2,14	2,82	1,63
Економічне становище домогосподарства			
Дуже добре/добре/середнє	Етал.	Етал.	Етал.
Погане	1,74	2,39	1,67
Дуже погане	3,71	6,68	3,87
Кумулятивний вплив травми – пережито			
0	Етал.	Етал.	Етал.
1	0,83	0,78	1,04
2–3	0,63	0,60	0,78
>4	1,41	1,15	1,49
Кумулятивний вплив травми – стали свідками			
0	Етал.	Етал.	Етал.
1	0,93	0,87	0,76
2–3	1,16	1,28	1,15
>4	1,46	1,23	1,19
Переміщення			
19–26 місяців	Етал.	Етал.	Етал.
13–18 місяців	1,19	0,88	0,93
0–12 місяців	1,51	1,33	1,29

Фактори	ПТСР ^a	Депресія ^b	Тривожність ^c
	OR	OR	OR
Модель 2 ^e			
Відсутність ПТСР	Етал.	Етал.	Етал.
ПТСР ^a	Н/Д	8,21	5,04
Відсутність депресії	Етал.	Етал.	Етал.
Депресія ^b	8,10	N/A	17,13
Відсутність тривоги ^c	Етал.	Етал.	Етал.
Тривога	4,79	17,20	Н/Д

Примітка: Дані, виділені жирним шрифтом статистично значущі при $p < 0.05$. Етал. = еталонна категорія; ^a Бали ПТСР (PCL-5): > 33 = ПТСР; ^b Бали депресії (PHQ-9) ≥ 10 ; ^c Бали тривоги (GAD-7): ≥ 10 ; ^d Модель 1 – усі змінні включені до багатофакторної регресивної моделі; ^e Модель 2 – усі змінні Моделі 1 плюс інші два результати, які стосуються психічного здоров'я. Результати, представлені як СШ, відображають імовірність зв'язку фактора зі станом психічного здоров'я. Наприклад, СШ 2,01 означає, що жінки в два рази частіше, ніж еталонна категорія чоловіків, мають симптоми ПТСР.

3.2 Використання послуг медичної допомоги та витрати на лікування

Респондентів запитали, чи вони стикалися з будь-якими проблемами, пов'язаними із психічним здоров'ям або емоційними проблемами, упродовж останніх 12 місяців. Загалом, 703 респонденти стикалися з такими проблемами та, згідно результатів скринінгу, мали ПТСР, депресію або тривогу.

З 703 респондентів, 180 зверталися за допомогою. Джерела послуг та підтримки, якими скористалися 180 респондентів представлені у таблиці 3. Найбільш поширеними типами послуг/підтримки були: невропатолог у поліклініці (N = 84), аптека (N = 82), психологи, що відвідували громади (N = 74), терапевт/невропатолог у лікарні загального профілю (N = 73), НУО/волонтерський центр охорони психічного здоров'я/психосоціальної допомоги (N = 72), сімейний або дільничний лікар/фельдшер (N = 67). Найбільш поширеним типом допомоги були лікарські засоби (N = 228), психосоціальна підтримка (а саме «будь-яка місцева або зовнішня підтримка, направлена на забезпечення захисту або підтримки психосоціального благополуччя та/або профілактики або лікування психічних розладів») (N = 216), консультування (N=139).

Середня вартість лікування склала 1 179 гривні (близько 46 дол. США), а максимальна вартість склала 67 000 гривень (2 616 дол. США). Середня вартість лікарських засобів склала 2 479 гривень (97 дол. США), а максимальна вартість склала 70 000 гривень (2 733 дол. США).

Таблиця 3: Типи зовнішніх послуг/підтримки респондентів, які самі повідомили про проблеми, мали психічні розлади та зверталися за допомогою (N = 180, можливість декількох відповідей)

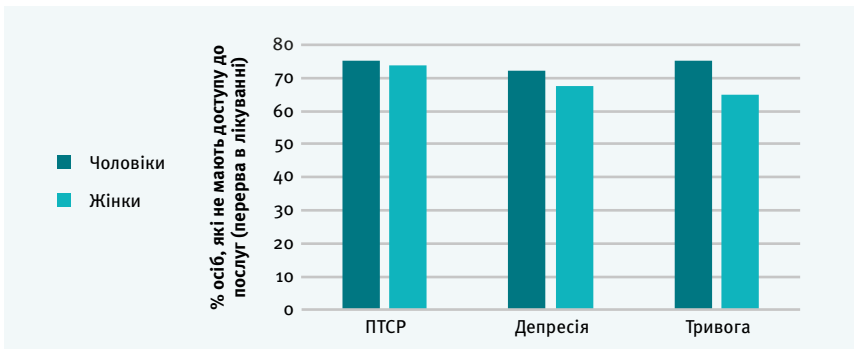
Тип послуг/підтримки	Тип допомоги						Всього N
	Лікарські засоби		Психосоціальна підтримка		Консультування/ психотерапія		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Невропатолог у поліклініці	41	(23,6)	17	(9,8)	26	(14,9)	84
Аптека	82	(47,1)	-	-	-	-	82
Психологи, що відвідували громади	-	-	48	(27,6)	26	(14,9)	74
Терапевт/невропатолог у лікарні загального профілю	37	(21,3)	12	(6,9)	24	(13,8)	73
НУО/волонтерський центр охорони психічного здоров'я/ психосоціальної допомоги	-	-	44	(25,3)	28	(16,1)	72
Сімейний або дільничний лікар/фельдшер	36	(20,7)	17	(9,8)	14	(8,0)	67
Приватний фахівець з охорони психічного здоров'я	13	(7,5)	16	(9,2)	12	(6,9)	41
Церква	-	-	41	-	-	-	41
Психоневрологічний диспансер	4	(2,3)	6	(3,4)	5	(2,9)	15
Невідкладна допомога	9	(5,2)	2	(1,1)	1	(0,6)	12
Відвідування соціальних працівників			9	(5,2)	1	(0,6)	10
Психіатрична лікарня	2	(1,1)	2	(1,1)	2	(1,1)	6
Альтернативний/тридиційний лікар або медична установа	4	(2,3)	2	(1,1)	-	-	6
Всього	228		216		139		

Примітка: % знаменник N=180 (респонденти, які самі повідомили про проблеми, пов'язані з психічним здоров'ям або емоційні проблеми, мали симптоми ПТСР [бал PCL-5 >33], депресії [бал PHQ-9 ≥10] або тривоги [бал GAD-7 ≥10] та зверталися за допомогою)

3.3 Перерва у лікуванні

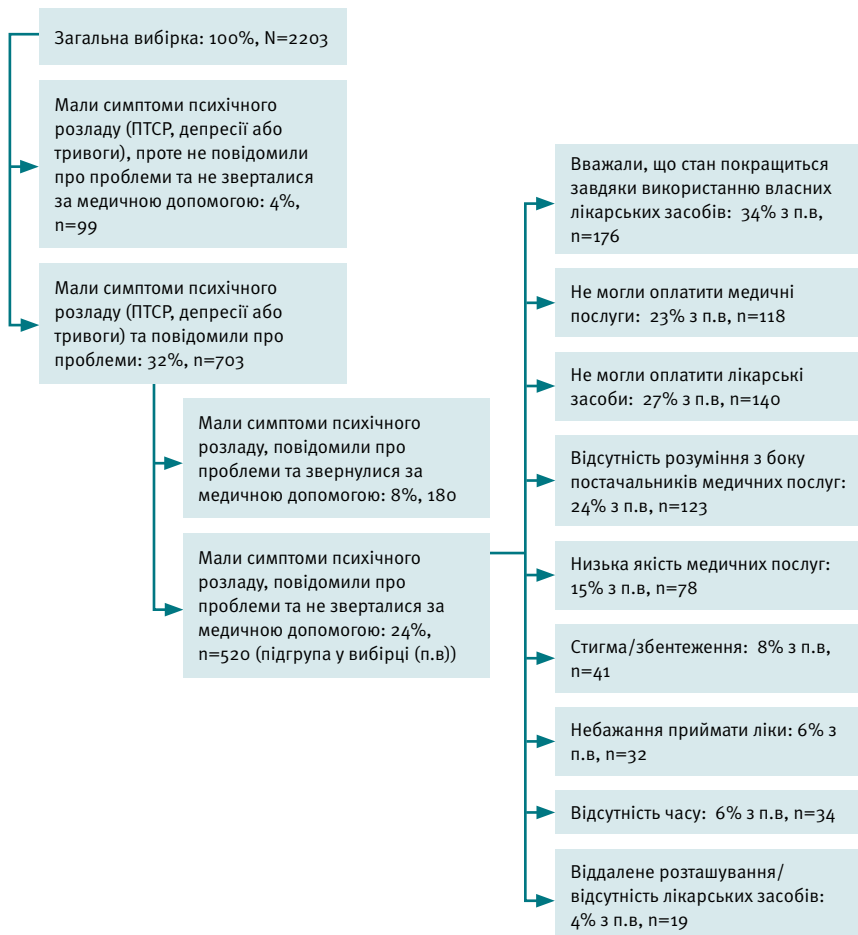
Ми також проаналізували перерву у лікуванні психічних розладів серед ВПО (тобто осіб, які потребують лікування психічних розладів та не отримували необхідної допомоги). З 703 респондентів, які повідомили про наявність проблем, пов'язаних з психічним здоров'ям або емоційних проблем упродовж останніх 12 місяців, та які за результатами скринінгу мали ПТСР, депресію або тривогу, 520 респондентів не зверталися за медичною допомогою (дані щодо трьох респондентів відсутні). Це відповідає загальній перерві у лікуванні на рівні 74% , з більш конкретною перервою у лікуванні на рівні 74% щодо ПТСР, 71% щодо депресії та 70% щодо тривоги. Єдина статистично значуща відмінність між чоловіками і жінками щодо перерви у лікуванні трьох різних розладів стосувалася тривоги; перерва у лікуванні була більш значною серед чоловіків (75%), ніж серед жінок (65%) (див. рисунок 4). Слід зазначити, що перерва у лікуванні залишається значною навіть стосовно більш важких розладів: на рівні 57% стосовно важкої депресії (бал PHQ-9 ≥ 20) та на рівні 60% стосовно важкої тривоги (бал GAD-7 ≥ 15).

Рисунок 4: Частка респондентів, які повідомили про проблеми, пов'язані з психічним здоров'ям упродовж останніх 12 місяців, мали симптоми психічних розладів, проте не зверталися за медичною допомогою, за видом розладу та статтю (N=703)



Серед 520 респондентів найбільш поширеними причинами відмови від звернення за медичною допомогою були: думка про те, що стан покращиться завдяки використанню власних лікарських засобів (N = 176), неможливість оплатити медичні послуги (N = 118) або лікарські засоби (N = 140), відсутність розуміння з боку постачальників медичних послуг (N = 123), низька якість послуг (N = 78), стигма/збентеження (N = 41). Більш детальна інформація представлена на рисунку 5.

Рисунок 5: Причини відмови від звернення за медичною допомогою при наявності симптомів порушення психічного здоров'я (можливість декількох відповідей)





Жінка в будинку, зруйнованому снарядам в Донецьку на Куйбишевському, 2016 рік.
© Фото агентства ITAP-TACC/Alamy Stock Photo

4. Висновки

Дослідження містить перші національні репрезентативні дані про психічне здоров'я дорослих внутрішньо переміщених осіб (ВПО) в Україні. У дослідженні було виявлено значний тягар психічних розладів серед ВПО в Україні, зокрема ПТСР, особливо серед жінок. Крім того, зафіксований високий рівень поширеності супутніх захворювань ПТСР, тривоги та депресії. Психічні розлади значно впливають на життєдіяльність.

У рамках дослідження було визначено, що ключові фактори, статистично значуще пов'язані з психічними розладами, включають жіночу стать, літній вік, сукупний вплив травми, нещодавнє переміщення та погане економічне становище домогосподарства. Також було виявлено, що майже три чверті осіб, які потребували психіатричної допомоги, не отримували її. Основні причини відмови від звернення за медичною допомогою включають: неусвідомлення необхідності у лікуванні, самолікування, високі ціни на лікування та лікарські засоби, низька якість лікування. Існує необхідність у розширеному, комплексному та травма – чутливому реагуванні в області охорони психічного здоров'я ВПО в Україні.

5. Рекомендації

Нижче наведені рекомендації для урядових та професійних установ в Україні щодо ВПО:

- Внутрішньо переміщені особи повинні розглядатися як одна з цільових груп щодо охорони психічного здоров'я відповідними установами, а саме Міністерством охорони здоров'я, Міністерством соціальної політики, Міністерством з питань тимчасово окупованих територій та ВПО, а також місцевими органами влади.
- Розширене, комплексне та травма-чутливе реагування необхідне для забезпечення відповідної охорони психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб. Послуги повинні спиратися на біопсихосоціальну модель, об'єднувати соціальні та медичні заходи та бути ґендерно – чутливими.
- І попит, і пропозиція щодо послуг в галузі охорони психічного здоров'я повинні бути прийняті до уваги: з підвищенням обізнаності про власний стан ВПО потребуватимуть більше послуг та звертатимуться до більшої кількості служб, тим самим запобігаючи подальшим ускладненням та інвалідності. З іншого боку, сучасні та комплексні послуги повинні бути розроблені та впроваджені для ефективного задоволення потреб в галузі охорони психічного здоров'я та психосоціальних потреб ВПО.
- Організації – надавачі медичних та соціальних послуг повинні бути підготовлені з питань допомоги при загальних психічних розладах, а саме посттравматичному стресовому розладі (ПТСР), депресії та тривозі, а також у випадку наявності супутніх захворювань. Необхідно розробити та рекомендувати для використання сучасні керівні принципи ефективного лікування таких станів.
- Заходи з розвитку потенціалу повинні бути спрямовані перш за все на медичних та соціальних працівників, до яких найчастіше звертаються особи що пережили травму, а саме: неврологів у поліклініках та лікарнях загального профілю, сімейних та дільничних лікарів, фахівців у сфері охорони психічного здоров'я, які відвідують громади, та на центри та групи з охорони психічного здоров'я, волонтерські та психосоціальні центри та групи.

- Загальна інформація про наслідки та досвід травматичного впливу повинна бути розроблена та поширена з метою підвищення рівня обізнаності населення про ознаки та стани, що пов'язані з порушенням психічного здоров'я, самопомогу, наслідки самолікування та стигму.
- Травма – чутливі та спеціальні послуги повинні бути поступово інтегровані в загальну систему охорони психічного здоров'я та систему соціальної допомоги для забезпечення доступу до медичної допомоги та безперервності догляду для крмих осіб, сімей та громад.
- Догляд та лікарські засоби, що призначені для лікування психічних розладів повинні бути більш доступними для ВПО. Необхідно визнати значний негативний вплив бідності на стан психічного здоров'я та доступ до послуг та вжити заходів щодо його подолання за допомогою забезпечення зайнятості та підприємницької діяльності.
- Для розуміння поточних потреб ВПО та забезпечення ефективності заходів з охорони психічного здоров'я та психосоціального реагування необхідно здійснювати моніторинг та оцінку.
- Стратегія охорони психічного здоров'я ВПО повинна бути інтегрована у загальну стратегію та політику України.

International Alert

ukraine@international-alert.org

www.international-alert.org/ukraine

Глобальною ініціативою у психіатрії – Тбілісі

www.gip-global.org

Лондонською школою гігієни і тропічної медицини

press@lshtm.ac.uk

www.lshtm.ac.uk

ISBN: 978-1-911080-55-8