

МОБІЛЬНІ МЕДИЧНІ КОМАНДИ

СТАНДАРТНА ОПЕРАЦІЙНА ПРОЦЕДУРА

Київ-2023

Підготовка Стандартних операційних процедур стало можливим завдяки щедрій підтримці американського народу, наданій через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID). Зміст є винятковою відповідальністю Pact та його партнерів і не обов'язково відображає погляди Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) або уряду США.

Зміст

Абревіатури

Вступ

1. Нормативні посилання
2. Мета створення мобільних медичних команд (ММК)
3. Завдання та функції ММК
4. Принципи роботи ММК
5. Фаховий склад ММК, сфери відповідальності фахівців та їх функціональні обов’язки

5.1. Лікар
5.2. Медична сестра/фельдшер
5.3. Соціальний працівник
5.4. Психолог
5.5. Водій

6. Особливості організації роботи ММК
7. Підготовка та планування роботи ММК
8. Безпека фахівців ММК
9. Послуги, що надаються фахівцями ММК

9.1. Медичні послуги
9.2. Соціальні та психосоціальні послуги
9.3. Психологічна допомога, заходи із запобігання та протидії гендерно зумовленому насильству
9.4. Інформаційно-роз'яснювальна робота

10. Евакуація і транспортування клієнтів
11. Моніторинг та оцінка діяльності роботи ММК
12. Управління запасами та утилізація лікарських засобів, медичних виробів та розхідних матеріалів
13. Навчання фахівців ММК
14. Механізм розгляду звернень (скарг)

Додатки
Додаток 1. Перелік джерел клінічних настанов
Додаток 2. Загальні підходи до скринінгу на НІЗ
Додаток 2.1. Скринінгова анкета пацієнта
Додаток 2.1.1. Дешифратор (інтерпретація) скринінга на НІЗ
Додаток 2.2. Інтерпретація опитувальника щодо НІЗ для фахівця ММК
Додаток 2.3. Скринінг на серцево-судинні захворювання
Додаток 2.4. Скринінг на діабет
Додаток 2.5. Скринінг на ХОЗЛ
Додаток 2.6. Скринінг на втрату слуху
Додаток 2.7. Скринінг на ГЗН (включно з домашнім насильством)
Додаток 2.8. Скринінг на гендерно зумовлене насильства (додатки для соціального/ї працівника/ці)

Додаток 2.9. Скринінг психосоціального стану клієнта/ки (пам’ятка для соціального/ї працівника/ці мобільної медичної команди)
Додаток 2.10. Скринінг на депресію
Додаток 2.10.1. Скринінгова анкета на депресію (для соціального/ї працівника/ці або психолога/ині ММК)
Додаток 2.11. Скринінг на тривожність
Додаток 2.12. Скринінг на ПТСР
Додаток 2.13. Скринінг на алкогольну залежність
Додаток 3. Алгоритм по роботі зі скринінгами для ММК
Додаток 4. Примірний перелік оснащення ММК
Додаток 5. Рекомендований перелік тренінгів для фахівців ММК
Додаток 6. Інструкції з організації моніторингу та оцінки проєктної діяльності
Додаток 7. Щотижнева відомість
Додаток 8. Журнали реєстрації послуг
.

Абревіатури

АТ – артеріальний тиск
ЗПСМ - загальна практика сімейної медицини
ГІМ - гострий інфаркт міокарду
ГТР - генералізований тривожний розлад
ДРГ - диверсійно-розвідувальна група
ЕКГ – електрокардіографія
МіО – моніторинг і оцінка
ММК - мобільна медична команда
ІМТ – індекс маси тіла
ІХС - ішемічна хвороба серця
НУО - неурядова організація
НСЗУ - Національна служба здоров'я України
ОВА - обласна військова адміністрація
ОМС - органи місцевого самоврядування
ПГН - порушення глікемії натще
ПМГ - Програма медичних гарантій
ПТСР – посттравматичний стресовий розлад
ПТГ – порушення толерантності до глюкози
РВА - районна військова адміністрація
СОП - стандартна операційна процедура
ССЗ – серцево-судинні захворювання
УЗД - ультразвукове дослідження
ЦД - цукровий діабет
ЦПМСД - центри первинної медико - санітарної допомоги
ХОЗЛ – хронічне обструктивне захворювання легень
AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test
GAD - General Anxiety Disorder
PHQ - Patient Health Questionnaire

Вступ

Міжнародна неприбуткова організація «Pact Inc.» (далі - Pact), що виконує в межах міжнародної технічної допомоги проєкт USAID «Інновації для подолання ВІЛ» (далі - Проєкт) в Україні, у зв'язку з розширенням сфери діяльності, впроваджує напрямок "Відновлення доступу до медичних послуг в громаді".

Pact заплановано заходи, спрямовані на покращення та відновлення доступу до медичних та психосоціальних послуг у постраждалих громадах низки областей.

Разом із ключовими регіональними зацікавленими сторонами, включаючи обласні департаменти охорони здоров'я та місцеві громади, Pact сприятиме подоланню наслідків війни шляхом посилення потенціалу НУО та підтримки мобільних медичних (мультидисциплінарних) команд для надання відсутніх/зруйнованих медичних послуг, підтримки психічного здоров'я, психосоціальної та соціальної підтримки.

Ця стандартна операційна процедура визначає порядок організації роботи та функціонування мобільної (мультидисциплінарної) медичної команди щодо надання ефективної та компетентної медичної допомоги, забезпечення психологічної та соціальної підтримки населенню визначених громад.

1. НОРМАТИВНІ ПОСИЛАННЯ

У своїй діяльності мобільні медичні (мультидисциплінарні) команди (далі – ММК) керуються положеннями законодавства України, зокрема, законами України "Про основи законодавства України про охорону здоров'я", "Про лікарські засоби", "Про соціальні послуги", "Про запобігання та протидію домашньому насильству", "Основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю", "Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб" та іншими актами законодавства.

Надання медичної допомоги ММК має відбуватись відповідно до чинних стандартів та протоколів МОЗ України, а також міжнародних джерел доказової медицини. Перелік джерел клінічних настанов наведений у Додатку 1.

2. МЕТА СТВОРЕННЯ ММК

Метою створення ММК є:

- відновлення/покращення доступу до медичної допомоги, психосоціальних послуг та соціальної підтримки населення деокупованих та віддалених (ізольованих) громад;
- надання допомоги постраждалим від гендерно зумовленого насильства.

3. ЗАВДАННЯ ТА ФУНКЦІЇ ММК

Основними завданнями та функціями ММК є:

- проведення скринінгових втручань та надання медичної допомоги пацієнтам з метою виявлення найбільш поширених проблем зі здоров'ям;
- надання психологічної допомоги пацієнтам;
- забезпечення психосоціальної підтримки пацієнтам;
- перенаправлення осіб, у яких виявлені проблеми до дружніх медичних, соціальних, психологічних та інших послуг на рівні громади або регіону;
- інформування пацієнтів про послуги (медичні, соціальні, психологічні тощо), які можна отримати від ММК, а також про інших надавачів таких послуг;
- роз'яснення пацієнтам їхніх прав, визначених законом, можливостей отримання допомоги від надавачів послуг, доцільності отримання такої допомоги;
- впровадження інформаційно-просвітницької діяльності (у тому числі розповсюдження серед населення відповідних інформаційних матеріалів) щодо здорового способу життя, форм, проявів і наслідків насильства, формування нетерпимого ставлення громадян до цих явищ, а також щодо заходів у сфері запобігання й протидії гендерно зумовленому насильству.

4. ПРИНЦИПИ РОБОТИ ММК

Надання послуг фахівцями ММК здійснюється з урахуванням таких принципів етичної та безпечної поведінки:

повага до прав людини, честі та гідності;

компетентність, наукова обґрунтованість надання медичних послуг, інтеграція з методами психологічної допомоги та психосоціальної підтримки;

добровільність, що передбачає неможливість надання послуг без добровільної згоди отримувача послуг;

доступність, що передбачає надання послуг на безоплатній основі максимально наближено до місця знаходження, проживання (перебування) пацієнтів;

конфіденційність, що передбачає гарантування особистісної та соціальної безпеки отримувача послуг і збереження в таємниці всіх відомостей, отриманих під час надання послуг. Повідомлення даних про факт звернення, характер проблеми і результати послуг третім особами можливе за згодою суб'єкта персональних даних відповідно до вимог Закону України "Про захист персональних даних".

5. ФАХОВИЙ СКЛАД ММК, СФЕРИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ФАХІВЦІВ ТА ЇХ ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОБОВ'ЯЗКИ

ММК - це мультидисциплінарна команда фахівців, які надають населенню громади медичну допомогу, послуги з охорони психічного здоров'я, психосоціальну підтримку, яка максимально наближена до місця знаходження, проживання (перебування) пацієнтів. ММК складається з лікаря (лікарів), медичної сестри/фельдшера, соціального працівника, психолога та водія.

Лікар (керівник ММК): відповідальний за координацію роботи фахівців ММК, медичну оцінку стану пацієнтів, надання медичної допомоги/консультацій, призначення лікування, прийняття управлінських/операційних рішень.

Функції лікаря:

- координує роботу ММК та забезпечує ефективне надання медичної допомоги;
- приймає рішення щодо оптимальних стратегій лікування на основі об'єктивної оцінки ситуації;
- оцінює медичний стан пацієнтів;
- призначає лікування;
- виконує лікарські маніпуляції/процедури;
- здійснює перенаправлення до вузьких спеціалістів.

Вимоги до лікаря наведені у розділі 5.1.

Медична сестра/фельдшер: відповідальна за виконання призначень лікаря та проведення маніпуляцій та процедур за профілем роботи.

Функції медичної сестри/фельдшера:

- виконує медичні процедури, проводить інструментальні обстеження та тестування;
- веде медичну документацію;
- оцінює результати використання скринінгових втручань;
- контролює належне зберігання та обліковує використання лікарських засобів, медичних виробів та розхідних матеріалів;
- отримує інформовану згоду пацієнта.

Вимоги до медичної сестри/фельдшера наведені у розділі 5.2.

Соціальний працівник: відповідальний за оцінку відповідних потреб клієнтів та їхніх сімей, надання соціальної допомоги та консультацій.

Функції соціального працівника:

- проводить реєстрацію клієнтів;
- супроводжує початковий етап скринінгів клієнтів (інструктує щодо особливостей заповнення опитувальників тощо);
- здійснює оцінювання потреб особи/сім'ї у соціальних послугах;
- надає консультації щодо вирішення потреб та/або проблем клієнта;
- у разі потреби здійснює перенаправлення або інформування клієнта до психолога та/чи до інших надавачів психосоціальних послуг;
- проводить опитування первинного оцінювання випадку домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі (гендерно зумовленого насильства).

Вимоги до соціального працівника наведені у розділі 5.3.

Психолог: відповідальний за оцінку психологічного стану клієнтів та надання психологічної допомоги.

Функції психолога:

- оцінює психологічний стан клієнта психометричними методами;
- надає підтримку та відновлення функціонування клієнта у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній сфері;
- проводить консультування щодо психічних та поведінкових розладів та станів, які виникли внаслідок хвороби/травми, окупації, участі у бойових діях, надзвичайних ситуацій, полону, відбування покарання тощо;
- надає послуги з психологічної просвіти та інформування, забезпечує психосоціальну підтримку клієнта та членів його сім'ї.

Вимоги до психолога наведені у розділі 5.4.

Водій: відповідальний за безпечне транспортування фахівців ММК.

Основні функції водія:

- організовує безпечне транспортування ММК до місця призначення;
- забезпечує належну експлуатацію транспортного засобу, проведення регулярного технічного обслуговування тощо.

Вимоги до водія наведені у розділі 5.5.

У разі необхідності, до роботи ММК можуть бути залучені вузькі спеціалісти, вимоги до них застосовуються відповідно до розділів 5.1-5.4.

5.1. Лікар ММК, вимоги до функціоналу та компетентностей

1. Освіта та кваліфікація

Повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Лікувальна справа" або "Педіатрія".

Підвищено кваліфікацію (курси тематичного удосконалення, стажування, передатестаційні цикли тощо) відповідно до законодавства та/або формальне чи неформальне професійне навчання.

2. Професійні компетенції

Чітке розуміння лікувально-діагностичного процесу.

Володіння прийомами реанімації, вміннями надати допомогу при травматичному пошкодженні, кровотечі, колапсі, отруєнні, утопленні, механічній асфіксії, анафілактичному шоці, опіках, відмороженні, алергічних станах тощо.

Дотримання принципів медичної деонтології та етики.

Використання доказових та науково обґрунтованих методів роботи, які відповідають запитам та потребам пацієнта.

Постійне удосконалення свого професійного рівня.

3. Принципи взаємодії з пацієнтами

Повага до гідності кожної людини. Лікар повинен з повагою ставитися до всіх пацієнтів, не допускаючи жодних проявів зневаги до особистості.

Пріоритетність інтересів пацієнтів. Лікар спрямовує свої зусилля та всі наявні ресурси на допомогу та забезпечення інтересів кожного пацієнта з урахуванням його індивідуальних потреб.

Толерантність. Лікар має високий рівень терпимості та чутливості до різних емоційних чи поведінкових проявів пацієнта, а також приймає обставини пацієнта, незалежно від його попередніх вчинків, звичок чи будь-яких індивідуальних характеристик, як-от стать, етнічне чи національне походження та ін.

Довіра та взаємодія у вирішенні проблем пацієнта.

Доступність послуг. Лікар докладає усіх зусиль для безперешкодного доступу пацієнта до послуг, без будь-яких проявів дискримінації за ознакою статі, віку, раси, стану здоров’я, інвалідності, сексуальної орієнтації тощо.

Конфіденційність. Лікар попередньо надає інформацію пацієнту щодо того, як забезпечується конфіденційність їхньої взаємодії та озвучує винятки, за яких вона може бути порушена.

4. Міжособистісні навички

Вміння надавати консультації пацієнтам та членам їхніх родин.

Високий рівень управлінських компетенцій.

Здатність ефективно співпрацювати з іншими членами медичної мобільної команди.

Готовність до спільної роботи та виконання покладених завдань у важливих медичних ситуаціях.

5. Сфери відповідальності лікаря в складі ММК

Надання пацієнтам медичної допомоги.

Управління та координація роботи фахівців ММК.

Організація медичної допомоги пацієнтам з урахуванням усіх обставин, що впливають на стан здоров'я та/або перебіг захворювання, у тому числі, контексту сім'ї та громади.

Налагодження ефективної комунікації з пацієнтом на основі партнерства та поваги до особистості.

Аналіз та врахування інформації щодо обстеження пацієнта, розроблення плану медичного обслуговування та узгодження його з пацієнтом.

Управління емоціями та стресом:

Розвиток та вдосконалення стратегій управління власними емоціями та стресом для забезпечення ефективності та професійності у роботі ММК (участь у тренінгах з охорони психічного здоров'я, формування плану запобігання професійному вигоранню фахівців ММК тощо).

Звітність та документування:

Ведення документації про надані послуги та консультації.

Підготовка звітів про результати роботи ММК.

5.2. Медична сестра/фельдшер ММК, вимоги до функціоналу та компетентностей

1. Освіта та кваліфікація

Професійна освіта (молодший спеціаліст) або вища освіта (молодший бакалавр, бакалавр, магістр), галузь знань "Охорона здоров'я", спеціальність "Медсестринство", спеціалізації: "Сестринська справа", "Лікувальна справа", "Акушерська справа". Неповна вища освіта (молодший спеціаліст) за напрямом підготовки "Медицина" спеціальністю "Лікувальна справа", "Педіатрія".

Пройдена атестація відповідно до законодавства та/або формальне чи неформальне професійне навчання.

2. Професійні компетенції

Чітке розуміння лікувально-діагностичного процесу.

Володіння прийомами реанімації, вміннями надати допомогу при травматичному пошкодженні, кровотечі, колапсі, отруєнні, утопленні, механічній асфіксії, анафілактичному шоці, опіках, відмороженні, алергічних станах тощо.

Знання методів асептики та антисептики.

Дотримання принципів медичної деонтології.

3. Принципи взаємодії з пацієнтами

Повага до гідності кожної людини. Медична сестра/фельдшер ММК повинна з повагою ставитися до всіх пацієнтів, не допускаючи жодних проявів зневаги до особистості.

Пріоритетність інтересів пацієнтів. Медична сестра/фельдшер ММК спрямовує свої зусилля та всі наявні ресурси на допомогу та забезпечення інтересів кожного пацієнта з урахуванням його індивідуальних потреб.

Толерантність. Медична сестра/фельдшер ММК має високий рівень терпимості та чутливості до різних емоційних чи поведінкових проявів пацієнта, а також приймає обставини пацієнта, незалежно від його попередніх вчинків, звичок чи будь-яких індивідуальних характеристик, як-от стать, етнічне чи національне походження та ін.

Довіра та взаємодія у вирішенні проблем пацієнта. Медична сестра/фельдшер ММК підтримує та заохочує пацієнта в активній участі у вирішенні його запитів,

максимально сприяє самостійності пацієнта, надаючи йому необхідну психосоціальну та інформаційну підтримку.

Доступність послуг. Медична сестра/фельдшер ММК докладає усіх зусиль для безперешкодного доступу пацієнта до послуг, без будь-яких проявів дискримінації за ознакою статі, віку, раси, стану здоров'я, інвалідності, сексуальної орієнтації тощо.

Конфіденційність. Медична сестра/фельдшер ММК попередньо надає інформацію пацієнту щодо того, як забезпечується конфіденційність їхньої взаємодії та озвучує винятки, за яких вона може бути порушена.

4. Міжособистісні навички

Вміння надавати консультації пацієнтам та членам їхніх родин.

Здатність ефективно співпрацювати з іншими членами медичної мобільної команди.

Готовність до спільної роботи та виконання покладених завдань у важливих медичних ситуаціях.

5. Сфери відповідальності медичної сестри в складі медичної мобільної команди

Виконання лікарських призначень, сприяння у проведенні скринінгу на НІЗ тощо.

Проведення маніпуляцій та процедур згідно з профілем роботи (вимірювання АТ, температури, росту, ваги, тощо).

За потреби виконання забору, зберігання, доставки біологічних матеріалів для лабораторних досліджень.

Здійснення медичного догляду за пацієнтами на місці роботи ММК.

Здійснення медичного сортування, прийому та спостереження пацієнтів (оцінка стану здоров'я та виявлення будь-яких погіршень стану здоров'я). Надання допомоги маломобільним хворим та особам з особливими потребами.

Виявлення пацієнтів, які потребують психологічної та/або соціальної підтримки, та перенаправлення їх до психолога та соціального працівника мобільної медичної команди.

Просвітницька робота.

Медична сестра бере активну участь у поширенні медичних знань серед населення щодо профілактики захворювань та їх ускладнень.

Управління емоціями та стресом:

Розвиток та вдосконалення стратегій управління власними емоціями та стресом для забезпечення ефективності та професійності у роботі фахівців ММК.

Звітність та документування:

Ведення медичної документації.

Ведення документації про надані послуги та консультації.

Підготовка звітів про результати роботи та рекомендацій з подальшого догляду.

5.3. Соціальний працівник ММК, вимоги до функціоналу та компетентностей

1. Освіта та кваліфікація

Загальна середня освіта, професійно-технічна та/або вища освіта за спеціальністю “Соціальна робота”, “Соціальна педагогіка”, “Педагогіка та соціальна робота” та/або за іншими спеціальностями гуманітарного спрямування.

Досвід надання соціальних послуг особам у складних життєвих обставинах у державних чи недержавних службах/організаціях.

Завершене формальне чи неформальне професійне навчання.

2. Професійні компетенції

Вміння застосовувати теоретичні знання та навички у реальних практичних ситуаціях.

Уміння виявляти потреби та проблеми клієнтів, аналізувати їх та спільно з клієнтом розробляти відповідні стратегії надання допомоги.

Здатність встановлювати якісний контакт з клієнтами та їхніми родинами, демонструвати навички ефективного спілкування та активного слухання.

Уміння планувати роботу, визначати пріоритети та керувати часом.

Розуміння правових рамок та етичних стандартів у соціальній роботі та їх використання у практиці.

3. Принципи взаємодії з клієнтами:

Повага до гідності кожної людини. Соціальний працівник ММК повинен з повагою ставитися до всіх клієнтів, не допускаючи жодних проявів зневаги до особистості.

Пріоритетність інтересів клієнтів. Соціальний працівник ММК спрямовує свої зусилля та всі наявні ресурси на допомогу та забезпечення інтересів кожного клієнта з урахуванням його індивідуальних потреб.

Толерантність. Соціальний працівник ММК має високий рівень терпимості та чутливості до різних емоційних чи поведінкових проявів клієнта, а також приймає обставини клієнта, незалежно від його попередніх вчинків, звичок чи будь-яких індивідуальних характеристик, як-от стать, етнічне чи національне походження та ін.

Довіра та взаємодія у вирішенні проблем клієнта. Соціальний працівник ММК підтримує та заохочує клієнта в активній участі у вирішенні його запитів, максимально сприяє самостійності клієнта, надаючи йому необхідну психосоціальну та інформаційну підтримку.

Доступність послуг. Соціальний працівник ММК докладає усіх зусиль для безперешкодного доступу клієнта до послуг, без будь-яких проявів дискримінації за ознакою статі, віку, раси, стану здоров’я, інвалідності, сексуальної орієнтації тощо.

Конфіденційність. Соціальний працівник ММК попередньо надає інформацію клієнту щодо того, як забезпечується конфіденційність їхньої взаємодії та озвучує винятки, за яких вона може бути порушена.

4. Міжособистісні навички:

Консультативні навички: вміння здійснювати консультування клієнтів та надавати клієнтам рекомендації, необхідні для профілактики, подолання або мінімізації негативних наслідків складних життєвих обставин.

Робота в команді: Здатність співпрацювати з іншими членами команди та координувати спільні зусилля задля досягнення цілей.

Лідерські навички: Здатність ефективно керувати групою та брати відповідальність у важливих та/або стресових ситуаціях.

5. Сфери відповідальності соціального працівника:

Психосоціальна підтримка клієнтів та їхніх сімей:

Оцінка та виявлення потреб клієнта, здійснення індивідуальних консультацій та інформування; організація консультацій з психологом у разі потреби.

Виявлення потреб у медичній допомозі в маломобільних категорій населення, організація такої допомоги членами ММК.

Первинне оцінювання випадку домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі (гендерно зумовленого насильства). Виявлення ознак та реагування на факти гендерно зумовленого насильства.

Консультування та інформаційна підтримка:

Роз'яснення клієнтам їхніх прав, визначених законом, можливостей отримання допомоги від надавачів послуг, доцільності отримання такої допомоги Відповіді на запитання щодо процедур, профілактичних заходів, доступних в рамках роботи ММК (проведення первинного скринінгу на ВІЗ).

Організація оповіщення населення про роботу ММК.

Координація догляду:

Визначення потреб клієнтів у соціальній, психологічній та медичній підтримці та узгодження відповідних заходів.

Оцінка потреб та планування заходів:

Здійснення оцінки потреб клієнтів та їхніх родин.

Спільна з клієнтом розробка індивідуальних планів підтримки та реабілітації на основі оцінки потреб та ресурсів.

Звітність та документування:

Ведення документації про надані соціальні послуги та консультації.

Внесення даних в електронну базу даних клієнтів.

Підготовка звітів про результати роботи та рекомендацій з подальшого догляду.

Робота з групами, які мають підвищений рівень вразливості:

Організація та проведення роботи з клієнтами, які мають підвищений рівень вразливості, включаючи дітей, людей похилого віку, осіб з інвалідністю, осіб, які зазнали насильства, та тих, хто перебуває у кризовій ситуації, що зумовлені впливом складних життєвих обставин на життя домогосподарства.

Організація допомоги ММК для вказаних груп населення.

5.4. Психолог ММК, вимоги до функціоналу та компетентностей

1. Освіта та кваліфікація

Вища освіта за спеціальністю “Психологія”, “Медична психологія” або “Медицина” (спеціалізація за фахом “Медична психологія”, “Психотерапія”, “Психіатрія”, “Психофізіологія”).

Досвід практичної роботи в закладах охорони здоров’я та/або реабілітаційних закладах не менше одного року та/або досвід практичної роботи за фахом.

Пройдено формальне чи неформальне професійне навчання.

2. Професійні компетенції

Уміння проводити оцінку психологічного стану, спільно з клієнтом аналізувати наявні потреби та надавати базові психологічні консультації відповідно до запиту клієнта

Здатність встановлювати перший контакт та розбудовувати довірливі стосунки з клієнтами та їхніми родинами.

Ефективне використання психотерапевтичних технік для зменшення стресу та тривоги у клієнтів.

3. Принципи взаємодії з клієнтами

Повага до прав людини, чесні та гідності: психолог з повагою та без упереджень ставиться до всіх клієнтів, незалежно від їхнього досвіду, звичок, способу життя тощо.

Професійна компетентність: психолог обирає доказові та науково обґрунтовані методи роботи, які відповідають запитам та потребам клієнта.

Добровільність: послуги психологічного консультування мають виключно непримусовий характер та надаються відповідно до запиту клієнта.

Конфіденційність: психолог інформує клієнта про збереження конфіденційності та попередньо озвучує винятки, за яких вона може бути порушена.

4. Міжособистісні навички

Вміння надавати консультації клієнтам та членам їхніх родин.

Здатність ефективно співпрацювати з іншими членами медичної мобільної команди.

Готовність до спільної роботи та виконання покладених завдань у важливих медичних ситуаціях.

5.Сфери відповідальності психолога в складі медичної мобільної команди

Психологічна допомога клієнтам:

Надання емоційної та психологічної підтримки клієнтам та їхнім сім'ям у надзвичайних ситуаціях.

Сприяння зниженню стресу, тривоги та психологічних труднощів, пов'язаних з медичними процедурами та діагнозами.

Діагностика психологічного стану клієнта:

Проведення оцінки психічного стану клієнтів з урахуванням побутових, соціокультурних та психологічних особливостей.

Виявлення можливих психічних та емоційних розладів, які можуть виникнути в результаті травм або стресових ситуацій.

Консультування:

Надання консультацій щодо психічних та поведінкових розладів та станів, які виникли внаслідок хвороби/травми, участі в бойових діях, надзвичайних ситуацій тощо.

Розробка та реалізація індивідуальних психологічних стратегій для подолання емоційних та психологічних труднощів.

Робота з командою та міжпрофесійна співпраця:

Участь у спільних нарадах та зустрічах з іншими членами медичної мобільної команди.

Консультування та надання психологічної підтримки іншим членам команди для збалансованої та ефективної роботи в стресових ситуаціях у разі потреби.

Психологічна підтримка родин:

Надання консультацій та психосоціальної підтримки родинам клієнтів, особливо у випадках кризових ситуацій та тяжких діагнозів.

Сприяння встановленню позитивного та довірливого контакту між клієнтами та їхніми родинами.

Психологічна просвіта та інформування (психоедукація):

Проведення інформаційно-просвітницької роботи психологом з метою профілактики та попередження розвитку психічних та поведінкових розладів, формування загального розуміння про власне психічне здоров'я та навичок турботи про нього.

Управління емоціями та стресом:

Розвиток та вдосконалення стратегій управління власними емоціями та стресом для забезпечення ефективності та професійності у роботі фахівців ММК.

Звітність та документування:

Ведення документації про надані послуги та консультації.

Підготовка звітів про результати роботи та рекомендацій з подальшого догляду.

5.5. Водій ММК, вимоги до функціоналу та компетентностей

1. Професійні компетенції:

наявність посвідчення водія категорії В;

навички керування транспортними засобами категорії В більше 2 років.

2. Безпека та дотримання правил дорожнього руху:

здійснення безпечного управління транспортними засобами;

дотримання правил дорожнього руху та правил технічної експлуатації транспортних засобів.

3. Технічний стан автомобіля:

перевірка технічного стану транспортного засобу перед виїздом на маршрут та після повернення з нього;

заправка транспортних засобів, контроль рівня мастильних матеріалів, охолоджуючої рідини та їх заміна;

усунення незначних експлуатаційних несправностей транспортного засобу, що виникли під час його роботи та, які не потребують розбирання складових частин транспортного засобу.

4. Етика та професійна поведінка

дотримання етичних норм та професійних стандартів у взаємодії з членами МКК;

володіння високим рівнем ділової культури.

5.Сфери відповідальності водія

Перевезення членів МКК:

подача транспортного засобу до місця посадки і висадки членів МКК для доставлення їх у відповідний пункт призначення;

контроль за температурним режимом в салоні транспортного засобу

підтримка чистоти в салоні транспортного засобу.

Перевезення обладнання для діяльності МКК:

дотримання правил подачі транспортних засобів під навантаження і розвантаження вантажів;

контроль за наявністю відповідних пристроїв призначених для перевезення вантажів;

контроль за санітарним станом транспортного засобу.

Маршрути слідування:

розробка і дотримання оптимального маршруту слідування до пункту призначення;

постійна готовність до евакуації членів МКК у разі виникнення загроз.

6. ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ММК

Основними завданнями ММК є відновлення доступу до медичної допомоги населення, загальне обстеження стану здоров’я клієнтів, виявлення серцево-судинних захворювань, захворювань органів дихання, ендокринної системи, органів слуху, надання послуг з психічного здоров’я шляхом проведення відповідних скринінгових втручань. З цією метою ММК використовують уніфіковані скринінгові інструменти та алгоритми, наведені у Додатках 2.1-2.9. Перелік скринінгів щодо виявлення захворювань може бути розширений відповідно до потреб клієнтів.

Склад ММК формується з числа медичних та немедичних працівників, з якими НУО заключає відповідні договори згідно з вимогами законодавства України.

Маршрути та графіки роботи ММК мають бути розроблені з урахуванням регіональних особливостей громад (медична та транспортна інфраструктура, віддаленість населених пунктів тощо).

Графік роботи ММК формується таким чином, щоб забезпечити відвідування кожного визначеного (внесеного до маршруту) населеного пункту щонайменше один раз на місяць.

Маршрут ММК узгоджується з ОМС для організації належного інформування населення щодо роботи ММК у визначених населених пунктах. З метою оптимізації графіку прийому клієнтів рекомендується проводити попередній запис на прийом ММК.

З метою оперативної доставки біоматеріалу та проведення лабораторних досліджень, уповноваженій НУО необхідно укласти відповідні договори з лабораторіями (у разі їх відсутності у складі ЦПМСД) та налагодити механізми інформування клієнтів та/або сімейних лікарів про результати лабораторних досліджень.

7. ПІДГОТОВКА ТА ПЛАНУВАННЯ РОБОТИ ММК

Підготовку та планування роботи ММК здійснює координатор від НУО.

Основні функції координатора:

1. Збір та аналіз інформації щодо території діяльності ММК:

- забезпечення координації з ОМС;
- визначення спільно з місцевою владою населених пунктів громади (затвердження маршруту), які найбільше потребують послуг ММК з урахуванням медичних потреб населення, доступності закладів охорони здоров'я, факту негативного впливу збройної агресії рф тощо;
- оптимізація роботи ММК шляхом проведення попереднього запису, формування черговості клієнтів на прийом до фахівців ММК спільно з місцевою владою населеного пункту;
- взаємодія з іншими надавачами медичних послуг у громаді, центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, службами у справах дітей, територіальними центрами соціального обслуговування населення, іншими надавачами соціальних послуг, в тому числі неурядовими та благодійними організаціями, правоохоронними органами, підприємствами, установами та організаціями, засобами масової інформації, органами місцевого самоврядування на території обслуговування для забезпечення комплексного спостереження, лікування та реабілітації пацієнтів з розладами психіки та поведінки (за потреби);
- проведення оцінки географічних особливостей та метеорологічних умов;
- опрацювання інформації щодо факторів небезпеки (заміновані території, робота ДРГ тощо);
- визначення доступних та безпечних шляхів евакуації, враховуючи стан доріг та їх доступність;
- сприяння у розбудові психосоціальних послуг на рівні громади із залученням соціального працівника та психолога ММК (групи самодопомоги, взаємопідтримки, організація дозвілля тощо).

2. Організація роботи ММК:

- забезпечення ММК всім необхідним медичним та немедичним обладнанням, примірний перелік якого вказано у Додатку 4;
- організація роботи ММК у повному складі, відповідно до пункту 4 даної СОП;

- залучення фахівців ММК до заходів та активностей, що реалізує Проєкт. До роботи ММК у громадах рекомендуються фахівці, які пройшли відповідні тренінги від Проєкту та/або рекомендовані заходи, наведені у Додатку 5;

- з урахуванням безпекової ситуації фахівцям ММК можуть бути видані ОВА/РВА додаткові захисні засоби (шолом, бронежилет, протигаз тощо).

3. Розробка маршруту і логістичного плану:

- визначення оптимального маршруту до місця роботи ММК з урахуванням наявних пошкоджень транспортної інфраструктури;

- розробка плану евакуації членів ММК.

8. БЕЗПЕКА ФАХІВЦІВ ММК

1. Оцінка загроз та ризиків:

- координатор від НУО забезпечує співпрацю з органами національної поліції щодо потенційних ризиків функціонування ММК (грабіж, мародерство тощо).

- координатор від НУО спільно з ОМС проводить аналіз інформації щодо факторів небезпеки (заміновані території, робота ДРГ тощо);

2. Безпекові заходи:

- НУО проводить навчання для фахівців ММК щодо безпекових заходів;

- за потреби ОВА забезпечує фахівців ММК додатковими захисними засобами (шолом, бронежилет, протигаз тощо);

- ОВА та/або РВА визначає захисні споруди та укриття на маршрутах ММК.

3. Захист персональних даних:

- фахівці ММК та НУО забезпечують конфіденційність медичних та інших особистих даних клієнтів;

- фахівці ММК та НУО вживають заходи щодо захисту медичних та інших особистих даних клієнтів від несанкціонованого доступу.

4. Реагування на надзвичайні ситуації:

- НУО проводить регулярні навчання для фахівців ММК щодо безпекових питань під час виконання професійних обов’язків та їх дій у разі виникнення надзвичайних ситуацій.

9. ОСНОВНІ ПОСЛУГИ, ЩО НАДАЮТЬСЯ ФАХІВЦЯМИ ММК

Фахівцями ММК у межах Проєкту надаються медичні, соціальні та психосоціальні послуги, психологічна допомога, заходи із запобігання та протидії гендерно зумовленому насильству, інформаційно-роз’яснювальна робота.

Нижче наведено перелік послуг, які можуть надаватися фахівцями ММК. Зазначені послуги надаються з урахуванням індивідуальних потреб/запитів клієнта/пацієнта.

9.1. МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ

збір анамнезу з урахуванням медичної історії пацієнта;

оцінка загального стану пацієнта;

перевірка основних життєвих показників: температури тіла, артеріального тиску, пульсу, частоти дихання тощо;

проведення обстежень та тестування згідно симптоматики;

інформування пацієнта про результати обстежень;

виписування рецептів на лікарські засоби та призначення лікування;

роз'яснення пацієнтам важливості прийому лікарських засобів;

консультація щодо здорового способу життя, профілактики захворювань та харчування;

перенаправлення до ЗОЗ за необхідності поглибленого обстеження або стаціонарного лікування (у разі потреби);

проведення точних вимірів зросту, ваги та окружності талії клієнта;

вимірювання рівня цукру в крові за допомогою глюкометра;

проведення базового УЗД;

вимірювання рівня цукру в крові за допомогою глюкометра;

електрокардіографія з наданням відповідного висновку ЕКГ;

проведення пульсоксиметрії, аудіометрії, пікфлуометрії/спірометрії;

здійснення забору аналізів крові/сечі (за наявності показів);

проведення швидких тестів;

базова медична допомога при невідкладних станах.

9.2. СОЦІАЛЬНІ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ПОСЛУГИ

оцінювання потреб особи/сім'ї у соціальних послугах;

надання консультацій щодо вирішення потреб та/або проблем клієнта;

перенаправлення клієнта до психолога та/чи до інших надавачів психосоціальних послуг;

первинне оцінювання (скринінг) випадку домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі (гендерно зумовленого насильства);

сприяння у розбудові психосоціальних послуг на рівні громади (групи самодопомоги, взаємопідтримки, організація дозвілля тощо).

9.3. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА, ЗАХОДИ ІЗ ЗАПОБІГАННЯ ТА ПРОТИДІЇ ГЕНДЕРНО ЗУМОВЛЕНОМУ НАСИЛЬСТВУ

проведення психологічних тренінгів, занять із психологічної просвіти та інформування, надання психологічної допомоги у групах підтримки;

проведення оцінки актуального психологічного стану та індивідуально-психологічних особливостей клієнта, здійснення контролю за його психічним станом, визначення потреби в психологічній допомозі;

проведення скринінгів на виявлення депресії, тривожності, ПТСР, зловживання алкоголем;

проведення інформаційно-просвітницької роботи фахівцями з метою профілактики та попередження розвитку психічних та поведінкових розладів, формування загального розуміння про власне психічне здоров'я та навичок турботи про нього;

психологічне консультування;

виявлення ознак та реагування на факти гендерно зумовленого насильства;

перенаправлення клієнтів до надавачів послуг із запобігання та протидії ГЗН.

9.4. ІНФОРМАЦІЙНО-РОЗ'ЯСНЮВАЛЬНА РОБОТА

промоція та залучення до піклування про здоров'я клієнтів;

інформування про здоровий спосіб життя;

поширення комунікаційних матеріалів щодо піклування про себе, психічне здоров'я клієнта, запобігання та протидію гендерно зумовленому насильству;

співпраця з амбасадорами здоров'я у громадах.

10. ЕВАКУАЦІЯ/ТРАНСПОРТУВАННЯ КЛІЄНТІВ

Евакуація та (або) транспортування клієнтів не передбачені функціональними обов'язками членів ММК.

11. МОНІТОРИНГ ТА ОЦІНКА ДІЯЛЬНОСТІ РОБОТИ ММК

Моніторинг та оцінка (далі – МіО) діяльності роботи ММК регулюється Інструкцією з організації моніторингу та оцінки проєктної діяльності (далі – Інструкція) (Додаток 6), здійснюється на регулярній основі у відповідності до ключових показників та їх цільових значень, передбачених Проєктом.

Для моніторингу наданих послуг, використовується інформаційно-телекомунікаційна система "DataCheck" (ІТС "DataCheck"). Інформація про послугу та клієнта, якому було надано послуги, може бути внесена в ІТС "DataCheck" у два способи: через мобільний застосунок авторизованим соціальним працівником або через веб-версію, особою, відповідальною за МіО у НУО.

Первинною документацією, яка підтверджує факт наданої послуги зі скринінгу на неінфекційні захворювання, є анкета-дешифратор скринінгу на неінфекційні захворювання, заповненої клієнтом та, у випадку наявності ризику неінфекційних захворювань, талон-перенаправлення до надавачів спеціалізованої медичної допомоги.

Первинною документацією, яка підтверджує факт наданої послуги зі скринінгу на гендерно-зумовлене насильство (ГЗН), є чек-ліст, заповнений соціальним працівником за результатами спостереження та спілкування із клієнтом та, у випадку наявності ризику ГЗН, - талон перенаправлення до відповідних служб з протидії та запобіганню ГЗН.

Звітною документацією про надані послуги є Щотижнева відомість (Додаток 6) співробітника НУО про надані послуги, яка заповнюється соціальним працівником та є джерелом даних для внесення в ІТС ”DataCheck”.

У рамках Проєкту забезпечується навчання фахівців ММК, які відповідають за збір даних про послуги, надані в рамках Проєкту підходам до документування наданих послуг та роботі із ІТС “DataCheck”. Для підтримки належного рівня кваліфікації фахівців, які відповідають за збір даних у НУО, регулярно проводитимуться консультації та навчальні сесії.

За результатами моніторингу, базуючись на даних, внесених в ІТС “DataCheck”, керівник проєкту та документатор раз на квартал подають у Проєкт описовий звіт про впровадження проєкту та таблицю показників із зазначенням фактичних даних щодо наданих послуг.

Документатор є відповідальним за якість даних, внесених в ІТС “DataCheck”. Для забезпечення якості даних документатор забезпечує своєчасне внесення даних щодо наданих послуг в ІТС “DataCheck” (не рідше, ніж 1 раз на тиждень) та слідкує за повнотою та достовірністю внесених даних.

Зберігання та захист даних про осіб, які отримали послуги в рамках діяльності ММК відбувається у відповідності до Інструкції.

12. УПРАВЛІННЯ ЗАПАСАМИ ТА УТИЛІЗАЦІЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, МЕДИЧНИХ ВИРОБІВ ТА РОЗХІДНИХ МАТЕРІАЛІВ

1. Регулярне проведення інвентаризації лікарських засобів, медичних виробів та розхідних матеріалів, включаючи кількість, дату та призначення використання.

2. Зберігання лікарських засобів, медичних виробів та розхідних матеріалів відповідно до інструкцій (специфікацій).

3. Забезпечення належної утилізації медичних відходів:

- сортування та утилізація медичних відходів відповідно до Закону України «Про управління відходами»; Державних санітарно-протиепідемічних правил і норм, затверджених наказом МОЗ України №1602 від 06.09.2022;
- використання спеціалізованих контейнерів для збору і транспортування небезпечних медичних відходів;
- проведення відповідного навчання членів ММК щодо належної утилізації медичних відходів;
- ведення документації щодо утилізації медичних відходів.

13. НАВЧАННЯ ЧЛЕНІВ ММК

Фахівці ММК проходять обов’язковий вступний тренінг від команди Проєкту.

Навчання фахівців ММК відбувається для всієї мультидисциплінарної команди разом (для медичного та немедичного персоналу) для забезпечення злагодженої роботи.

НУО рекомендується забезпечення постійного навчання фахівців ММК для розширення переліку їх компетенцій (спеціалізовані тренінги запропоновано у Додатку 5).

14. МЕХАНІЗМ РОЗГЛЯДУ ЗВЕРНЕНЬ (СКАРГ) КЛІЄНТІВ

НУО забезпечує механізм подання звернень (скарг) клієнтів щодо наданих послуг.

Звернення (скарга) має бути подано до НУО в **усній, письмовій чи електронній** формах.

Звернення (скарга) повинно містити:

- назву ММК;
- адресу отримання послуги;
- прізвище, ім’я, по батькові особи, яка звертається;
- фактичне місце проживання із зазначенням поштового індексу, засобу зв’язку, наявності електронної скриньки;
- зазначити дату звернення (скарги).

Потрібно розкрити суть питання та вказати, яким способом Вам має бути надано відповідь (на електронну скриньку або на поштову адресу), якщо питання не може бути вирішено під час звернення (скарги).

Додаток 1

Перелік джерел клінічних настанов

№	Найменування настанови	Посилання на настанову
1.	РЕЄСТР медико-технологічних документів	https://www.dec.gov.ua/mtd/home/
2.	Міжнародні протоколи лікування DUODECIM	https://guidelines.moz.gov.ua/
3.	Bmj Learning, Best Practice	https://vn.linkedin.com/company/bmg-international-education
4.	UpToDate (безкоштовний доступ для українських медиків)	https://www.uptodate.com/login
5.	Американська академія сімейної медицини (AAFM)	https://www.aafp.org/home.html
6.	Medscape	https://www.medscape.org/
7.	Американська академія педіатрії AAP	https://www.aap.org/
8.	Української Академії Педіатричних Спеціальностей	https://primepediatrics.com.ua/
9.	Сайт МОЗ (рубрика "накази")	https://moz.gov.ua/nakazi-moz
10	Академія НСЗУ	https://academy.nszu.gov.ua/course/view.php?id=171

Додаток. 2

Загальні підходи до скринінгу на НІЗ

З метою раннього виявлення хронічних захворювань або зниження ризиків смерті від хвороби, використовують скринінгові втручання.

Скринінгові втручання не замінюють надання первинної медичної допомоги, а є її необхідним доповненням в умовах обмеженого доступу до медичних послуг.

У 1968 році були опубліковані рекомендації ВООЗ Principles and practice of screening for disease, якими визначено, що скринінгові втручання повинні застосовуватися з урахуванням таких критеріїв (критерії Wilson and Jungner):

Скринінг має бути сфокусований на найважливіших проблемах зі здоров'ям населення.

У разі встановлення діагнозу має існувати ефективне та загальноприйняте лікування.

Засоби для діагностики та лікування повинні бути доступними як для населення, так і для системи охорони здоров'я.

Мають бути чітко описані ознаки навіть на стадії прихованої або ранньої симптоматичної стадії хвороби.

Необхідно застосовувати відповідні тести або дослідження для виявлення захворювань.

Запропоновані скринінгові інструменти мають бути прийнятним для населення.

Необхідно належним чином розуміти причини та патогенез захворювання, включаючи перебіг від латентної до кінцевої стадії захворювання.

Мають бути підготовлені узгоджені підходи до призначення лікування або перенаправлення до закладів охорони здоров'я для поглибленого обстеження.

Витрати на виявлення випадків мають бути економічно збалансованими щодо можливих витрат на медичну допомогу в цілому.

Скринінг має бути постійним процесом, а не одноразовим проектом.

У 2008 році, з появою нових технологій, ВООЗ модифікувала їх відповідно до нового розуміння наступним чином:

Скринінгові втручання повинні відповідати визнаній потребі.

Цілі скринінгу повинні бути визначені на початку.

Має бути визначена цільова група.

Повинні бути наукові докази ефективності програми скринінгу.

Програма має поєднувати навчання, діагностичні дослідження, клінічні послуги та управління програмою.

Має бути гарантія якості з механізмами мінімізації потенційних ризиків скринінгових втручань.

Програма повинна забезпечувати інформовану згоду, конфіденційність і повагу до особистості.

Програма має сприяти справедливості доступу до втручань для всієї цільової групи.

Оцінку програми необхідно планувати на етапі планування втручань.

Загальна користь скринінгових втручань має перевищувати можливу шкоду.

Існує декілька видів скринінгу:

універсальний скринінг передбачає перевірку всіх осіб певної категорії (наприклад, усіх дітей певного віку);

виявлення випадків передбачає обстеження меншої групи людей на основі наявності факторів ризику (наприклад, через те, що у члена сім'ї діагностовано спадкове захворювання).

Скринінгові втручання НЕ підміняють встановлення діагнозу, і часто мають значні показники як хибнопозитивних, так і хибнонегативних результатів.

Запропоновані скринінгові втручання сприятимуть покращенню доступу до медичних послуг, що виникли в результаті воєнних дій внаслідок безпосередніх руйнувань медичної інфраструктури, погіршення логістичних маршрутів в межах територіальних громад та регіону, нестачі медичних кадрів через внутрішню та зовнішню міграцію.

Даний документ розроблено для фахівців ММК з метою оптимальної маршрутизації клієнта під час візиту ММК до відповідної громади.

Що таке неінфекційні захворювання?

Неінфекційні захворювання (НІЗ) — це хворобливі стани здоров'я, які є результатом поєднаного впливу генетичних, фізіологічних, екологічних і поведінкових чинників. Неінфекційні захворювання не передаються від людини до людини, переважно мають тривалий перебіг, повільно прогресують та погіршують психоемоційне і фізичне здоров'я.

Запропоновані скринінгові втручання не охоплюють усі неінфекційні хвороби, а зосереджується на виявленні найпоширеніших серцево-судинних захворювань (артеріальна гіпертензія, інсульт та інфаркт), хронічних обструктивних захворювань легень, діабету 2 типу. Окремим напрямом є скринінгові втручання для обстеження слуху, яке детальніше описане у Додатку 2.6.

При проведенні скринінгових втручань усі члени ММК повинні звертати особливу увагу на фактори ризику НІЗ.

Загалом фактори ризику можна класифікувати на дві категорії (1) фактори ризику, на які не можна вплинути – так звані немодифікуючі фактори та (2) фактори ризику, які можна модифікувати та попередити розвиток або прогресування захворювання.

Немодифікуючі фактори

Стать

існують докази, що у чоловіків інфаркти та інсульти в середньому розвиваються на 10 років раніше, ніж у жінок

Вік

ризик розвитку серцево-судинних захворювань суттєво підвищується з віком.

Спадковість

ризик зростає у осіб чиї найближчі родичі перенесли інфаркт міокарда або інсульт (чоловіки – у віці до 55 років, жінки – у віці до 65 років).

Фактори ризику, на які можна вплинути

Куріння

Людина вважається курцем, навіть якщо викурює одну сигарету в день. Зменшення числа сигарет, куріння «полегшених» сигарет, трубки, кальяну і інші форми споживання тютюну не знижують ризики! На першій хвилині після викурювання цигарки артеріальний тиск підвищується. Мозковий інсульт та ішемічна хвороба серця у курців виникає в 2-3 рази частіше, ніж у тих, хто не курить.

Неправильне харчування

Надмірне споживання насичених жирів, трансжирів, легкозасвоюваних вуглеводів і солі, недостатнє споживання фруктів, овочів, риби сприяє розвитку та прогресуванню захворювань.

Вживання алкоголю

Споживання алкоголю призводить до смерті та інвалідності на більш ранніх стадіях життя. Серед людей у віці 20-39 років приблизно 25% всіх випадків смерті пов'язані з алкоголем. Не існує безпечної дози алкоголю. Будь-яке вживання алкоголю сприяє підвищенню АТ: чим більша кількість спожитого алкоголю, тим більше підвищується тиск.

Низький рівень фізичної активності

Середнім фізичним навантаженням вважається регулярна фізична активність (включаючи ходіння, робота по дому або на ділянці), що триває не менше 30-40 хвилин 3-4 рази на тиждень (краще щодня). У людей, які ведуть малорухливий спосіб життя, ризик виникнення артеріальної гіпертензії на 20-50% вищий,. Фізичні вправи також допомагають зменшити вплив стресу - ще одного чинника, який призводить до підвищення тиску.

Надлишкова вага

Надмірна вага і особливо ожиріння є факторами розвитку серцево-судинних захворювань, діабету та ХОЗЛ. Кожен зайвий кілограм створює додаткове навантаження на серцево-судинну систему та підвищує артеріальний тиск.

Підвищений артеріальний тиск

Підвищений артеріальний тиск 140/90 і більше – головна причина розвитку мозкового інсульту. Також сприяє розвитку аритмій, інфаркту міокарда, серцевої і ниркової недостатності, хвороби Альцгеймера.

Підвищений рівень холестерину

Підвищений рівень холестерину є факторами ризику для формування бляшок у судинах, прогресування атеросклерозу та розвитку ІХС, інфаркту міокарду та інсульту.

Підвищений рівень цукру крові

Проведення аналізу на рівень цукру у крові особливо важливо для людей з ожирінням, при наявності близьких родичів, які страждають на цукровий діабет, а також для жінок, які народили велику (понад 4 кг) дитину. У нормі глюкоза натще < 6,1 ммоль/л.

Психосоціальні фактори

Стрес, депресія, тривога, поганий сон, постійне відчуття втоми, поганий настрій негативно впливають на організм. Щодо сну, важливо пам’ятати про його тривалість: для дорослої людини (від 18 до 65 років) має становити 7-10 годин на добу.

Для скринінгового втручання на виявлення НІЗ ММК застосовує Скринінгову анкету пацієнта (Додаток 2). Анкету пацієнт може заповнити самостійно або з допомогою медичної сестри, соціального працівника, волонтера, або іншого члена ММК, який не зайнятий іншим клієнтом.

Для оцінки ризиків розвитку різних станів анкета, яку заповнює пацієнт, оцифровується за допомогою дешифратора, представленого у Додатку 2.1.1. За результатами розшифровки балів визначаються подальші кроки з обслуговування.

Додаток 2.1.

Скринінгова анкета пацієнта

Нижче наведено ряд запитань, відповіді на які дозволять виявити ризики розвитку неінфекційних захворювань.

Просимо Вас заповнити кожен пункт анкети, позначивши правильну відповідь зручним способом (✓ або ☒). Відповіді на ці питання допоможуть лікарю та медичній сестрі визначити наступні дії та запропонувати Вам подальше обстеження або лікування.

Якщо у Вас виникають труднощі із заповненням анкети (Ви не бачите або не розумієте питань) зверніться за допомогою до співробітника, який видав Вам цю анкету.

1. Ваші прізвище, ім’я та по батькові

_____

2. Дата народження (день, місяць, рік)

3. Стать

□ чоловік

□ жінка

□ інше

Питання	**Варіанти відповідей**
1.Скарги на момент анкетування	□ головний біль □ нерегулярне серцебиття (швидке серцебиття чергується з повільним серцебиттям) □ погіршення зору (періодичне затуманення зору, поява темної плями чи "завіси" перед очима, звуження поля зору) □ задишка при ходьбі □ задишка у спокої □ відчуття нестачі повітря □ біль за грудиною під час ходьби, фізичних навантажень □ частий сечопуск □ часта спрага □ тривалий кашель
2. Чи фіксували Ви у себе раніше підвищення артеріального тиску? (понад 140/90 мм.рт.ст.)	□ так □ ні
3. Чи були у Вас раніше діагностовані хвороби серця?	□ так □ ні
4. Чи були у Вас випадки зупинки серця, про які Вам повідомляли лікарі?	□ так □ ні

5. Чи є/були у Вашій родині випадки захворювань серцево-судинної системи? (артеріальна гіпертензія (високий тиск, перенесений інсульт), ішемічна хвороба серця (наприклад: перенесений інфаркт міокарда, чи передінфарктний стан) або інші відомі хвороби серця)	□ так □ ні Вкажіть назву захворювання, якщо вам відомо:
6. Чи є, на Вашу думку, у Вас надлишкова вага? (якщо Ви не впевнені, чи у Вас є надлишкова вага, будь ласка, зверніться до соціального працівника, який допоможе розрахувати індекс маси тіла*)	□ так □ ні
7. Чи мали Ви в минулому діагноз ожиріння?	□ так □ ні
8. Чи хворієте Ви на цукровий діабет?	□ так □ ні □ не знаю
9. Чи ведете Ви малорухомий спосіб життя? (якщо Ви проходите менш як 5-6 км/7000-9000 кроків на день або маєте менш як дві години спокійної повільної прогулянкової ходьби, це є малорухомим способом життя)	□ так □ ні □ не знаю
10. Чи переносили Ви інфаркт міокарда?	□ так □ ні Якщо так, вкажіть рік:
11. Чи переносили Ви інсульт?	□ так □ ні
12. Чи були Вам діагностовані крововиливи у сітківку (око)?	□ так □ ні
13. Чи були Вам діагностовані хвороби нирок?	□ так □ ні
14. Чи підвищений у Вас рівень холестерину?	□ так □ ні □ не знаю
15. Чи вважаєте Ви своє харчування повноцінним та і збалансованим? (споживаєте за день мінімум 3 порції фруктів, 1-2 порції м'яса або риби, 2-3 порції овочів, 1-2 порції круп'яних каш)	□ так □ ні
16. Чи є у Вас відчуття зниженого слуху? Вкажіть з якої сторони слух гірший. Якщо з двох, то яка сторона краще чує. Обвести: • права сторона • ліва сторона	□ так □ ні

17. Чи є у Вас відчуття шуму (дзвону, тиску) у вухах? Якщо є, то з якої сторони чи з двох сторін. З чим Ви можете порівняти шум (наприклад, дзвін, писк, шум води, лінії електропередач, профілактика на телебаченні чи щось інше) Обвести: • права сторона • ліва сторона	□ так □ ні
18. Чи є у Вас виділення з вух? Якщо є, то з якої сторони чи з двох сторін. Обвести: • права сторона • ліва сторона Якого кольору ці виділення? Обвести: • жовті • зелені • червоні, кров'янисті • прозорі, водянисті	□ так □ ні
19. Чи буває у Вас відчуття болі у вухах? Якщо так, то який це біль? Обвести: • гострий • ниючий • тупий	□ так □ ні
20. Чи були у Вас травми/операції голови/шиї?	□ так □ ні
21. Чи Ви пропускали навчання/роботу понад 4 рази за останні 12 місяців через застуду, бронхіт, пневмонію чи інші інфекційні захворювання?	□ так □ ні
22. Чи Ви коли-небудь курили або жили/працювали у приміщенні, забрудненим тютюновим димом?	□ так □ ні
23. Чи Ви коли-небудь жили/працювали в місці із забрудненим повітрям або пилом?	□ так □ ні
24. Чи ускладнює Ваше дихання такі дії, як перенесення важких вантажів чи біг?	□ так □ ні
25. Чи ускладнює Ваше дихання підняття по сходах?	□ так □ ні

Будь ласка, передайте заповнений опитувальник соціальному працівнику ММК.

Дякуємо, що піклуєтесь про своє здоров'я!

Додаток 2.1.1

Дешифратор (інтерпретація)
скринінга на НІЗ

Питання	**Відповідь**
ПІП пацієнта	
Вік пацієнта	Дата народження (день, місяць, рік)
КОД CASE++, ЯКИЙ ПРИСВОЄНО пацієнту в НУО	

Дешифратор Анкети пацієнта

За кожну відповідь Анкети пацієнта “так” нараховується 1 бал, “ні” - нараховується 0 балів, “не знаю” - нараховується 0 балів

ССЗ		Діабет				Втрата слуху		ХОЗЛ	
№ питання	Бал	№ питання	Бал	№ питання	Бал	№ питання	Бал	№ питання	Бал
1		6		11		16		21	
2		7		12		17		22	
3		8		13		18		23	
4		9		14		19		24	
5		10		15		20		25	
Загальний бал ССЗ		Загальний бал Діабет				Загальний бал втрата слуху		Загальний бал ХОЗЛ	
Перенаправлено до медичного персоналу (так/ні)		Перенаправлено до медичного персоналу (так/ні)				Перенаправлено до медичного персоналу (так/ні)		Перенаправлено до медичного персоналу (так/ні)	

Ризик розвитку неінфекційних захворювань
0-1 балів: не виявлено ризику розвитку НІЗ
Соціальний працівник ММК, за бажанням пацієнта, надає інформаційні матеріали щодо профілактики НІЗ та здорового способу життя.
2 -3 бали: виявлено незначний ризик розвитку НІЗ
Бажано скерувати пацієнта до медичного персоналу ММК за напрямом ССЗ, Діабет, Втрата Слуху, ХОЗЛ.
4 та понад 4 бали: виявлено значний ризик розвитку НІЗ
При виявленні значного ризику розвитку НІЗ негайно скерувати пацієнта до медичного персоналу ММК за напрямом ССЗ, Діабет, Втрата Слуху, ХОЗЛ.

* **Як розрахувати індекс маси тіла**
Для визначення наявності надмірної маси тіла та ожиріння користуємось калькулятором **індексу маси тіла** (ІМТ).
ІМТ = m:(h*2), де m — маса тіла в кілограмах, а h — зріст в метрах.

Щоб визначити індекс маси тіла, спочатку потрібно виміряти зріст (у метрах) і вагу (у кілограмах). До прикладу, маса тіла дорослої людини становить 77 кг, а зріст — 1,7 м. Спочатку визначаємо квадрат зросту (в цьому випадку це 1,7 х 1,7 = 2,89) і ділимо масу тіла на число, яке отримали при множенні: ІМТ = 77 : 2,89 = 26,64.

Вимірювання зросту

Вимірювання довжини тіла проводять у положенні стоячи за допомогою вертикального ростоміра або звичайного сантиметра.

Вимірювання ваги

Вимірювання маси тіла пацієнта можна робити за допомогою електронних або механічних ваг.

ІТ (кг/м2)	**асифікація**
8,5	фіцит маси тіла
5-24,9	рма
5-29,9	дмірна маса тіла
0-34,9	ирріння I ступеню
5-39,9	ирріння II ступеню
0	ирріння III ступеню

Якщо індекс маси тіла (ІМТ) менш як **18,5** — вага недостатня. Підвищується ризик виникнення таких розладів здоров’я, як аменорея у жінок (відсутність місячних), крихкість кісток, нестача поживних речовин для здорового функціонування всіх систем організму.

Якщо індекс маси тіла (ІМТ) становить **18,5 - 24,9** — вага у нормі. «Ідеальний» ІМТ для людей віком до 25 років — 22-23. Якщо ІМТ наближається до показника 25, порекомендуйте пацієнту контролювати об’єм талії і нагадайте про фізичну активність.

Якщо індекс маси тіла (ІМТ) становить **25.0-29,9** — є надлишкова вага. Це своєю чергою, є фактором високого ризику виникнення серцево-судинних захворювань, цукрового діабету, порушень статевої функції та інших захворювань. Порекомендуйте пацієнту зменшити вагу, почати правильно харчуватися і займатися спортом.

Якщо індекс маси тіла (ІМТ) понад **30** — є велика надмірна вага (ожиріння). Пацієнту треба худнути до нижчих значень ІМТ, щоб здорово жити. Високий індекс маси тіла пов'язаний з підвищеним ризиком смертності від будь-яких причин, включаючи діабет, хвороби серцево-судинної системи, гіпертонію і артрит.

Додаток 2.3

Скринінг на серцево-судинні захворювання

Скринінг на серцево - судинні захворювання розроблено для застосування фахівцями ММК.

Актуальність скринінгу на серцево-судинні захворювання

ССЗ становлять значну частину всіх неінфекційних захворювань (НІЗ) в усьому світі. Ішемічна хвороба серця (ІХС) та інсульт - основні причини смертності та одні з основних факторів інвалідності у світі.

До найпоширеніших ССЗ відносяться ІХС, гострий інфаркт міокарду (ГІМ), підвищений артеріальний тиск (гіпертонія), інсульт, вроджені захворювання серця, цереброваскулярні хвороби.

Більша частина ССЗ супроводжується та виникає на тлі атеросклерозу, який все частіше вражає людей молодого віку. ІХС - найпоширеніша форма ССЗ, що є провідним чинником втрати здоров'я в Україні.

У даному скринінгу основна увага спрямована на наступні ССЗ:

1. Ішемічна хвороба серця
2. Артеріальна гіпертензія.

Алгоритм скринінгу (обстеження) пацієнта при підозрі на серцево-судинні захворювання

Максимальна кількість обстежених пацієнтів за 8 год - 40 осіб, оптимальна - 20 осіб, мінімальна - 10 осіб.

Етапи проведення скринінгу:

1. *Долікарський етап*:

Перед прийомом у лікаря пацієнт заповнює анкету-опитувальник, щоб оптимізувати і скоротити час для подальшого обстеження.

Опитувальник видає соціальний працівник.

Пацієнт заповнює опитувальник самостійно або з допомогою волонтера, фахівця ММК (соціального працівника або медичної сестри).

Основними скаргами, які дозволяють запідозрити у пацієнта наявність ССЗ є:

- головний біль
- задишка
- запаморочення
- біль у грудях
- прискорене серцебиття
- порушення зору (мушки, плями і тіні в полі зору, які виникли раптово)
- набряки нижніх кінцівок
- носові кровотечі.

Факторами ризику, на які потрібно зважати для ОБОВ'ЯЗКОВОГО проведення скринінгу на ССЗ включають**:**

1) вік — чоловіки ≥45 років, жінки ≥55 років

2) стать — вищий ризик у чоловіків, ніж у жінок в пременопаузі

3) обтяжений сімейний анамнез щодо раннього дебюту ішемічної хвороби серця (ІХС) або захворювань інших артерій на фоні атеросклерозу у найближчих родичів (у чоловіків віком <55 років, у жінок віком <60 років) .

4) надмірна вага*

*Для оцінки ваги пацієнта потрібно провести визначення індексу маси тіла (ІМТ), яке здійснюється медичною сестрою за допомогою калькулятора.

ІМТ=m:h*2, де m — маса тіла в кілограмах, а h — зріст в метрах

Вимірювання зросту

Вимірювання довжини тіла проводять у положенні стоячи за допомогою вертикального зростоміра. Пацієнт стає на дерев'яну площину зростоміра спиною до вертикальної планки, торкаючись її п'ятами, сідницями, міжлопатковою ділянкою при відведених назад плечах (головою не притуляється). Руки повинні бути опущені вздовж тулуба, живіт - підтягнутий, п'яти - разом, носки - порізно. Положення голови повинно бути таким, щоб верхній край козелка вуха і нижній край очної ямки знаходились в одній горизонтальній площині. Рухома планка прикладається до голови без натиску, але щільно.

Вимірювання ваги

Вимірювання маси тіла пацієнта можна робити за допомогою електронних або важільних ваг. Електронне обладнання має бути сертифіковане. Щоб зважити пацієнта, попросіть його стати в центрі платформи і не рухатися, руки мають бути вільно опущені, а вага розподілена рівномірно на обидві ноги.

МТ (кг/м2)	**Класифікація**
< 18,5	Дефіцит маси тіла
18,5-24,9	Норма
>25-29,9	Надмірна маса тіла
>30-34,9	Ожиріння I ступеню
>35-39,9	Ожиріння II ступеню
>40	Ожиріння III ступеню

Якщо індекс маси тіла (ІМТ) менше 18,5 – вага недостатня. Підвищується ризик виникнення таких розладів здоров’я, як аменорея у жінок (відсутність місячних), крихкість кісток, нестача поживних речовин для здорового функціонування усіх систем організму.

Якщо індекс маси тіла (ІМТ) становить 18,5 - 24,9 – вага у нормі. «Ідеальний» ІМТ для людей віком до 25 років - 22 - 23. Якщо ІМТ наближується до показника 25, то пацієнту слід рекомендувати пацієнту контролювати об’єм талії і пам’ятайте про фізичну активність.

Якщо індекс маси тіла (ІМТ) становить 25.0-29,9 - то це свідчить, що у пацієнта є надлишкова вага, що є фактором високого ризику виникнення серцево-судинних захворювань, цукрового діабету, порушень статевої функції та інших захворювань. Необхідно рекомендувати пацієнту намагатися зменшити вагу, правильно харчуватися і займатися спортом.

Якщо індекс маси тіла (ІМТ) більше 30 - у пацієнта велика надмірна вага (ожиріння). Пацієнту варто рекомендувати худнути до більш низьких значень ІМТ. Пояснити пацієнту, що високий індекс маси тіла пов'язаний з підвищеним ризиком смертності від будь-яких причин, включаючи діабет, хвороби серцево-судинної системи, гіпертонію і артрит.

У ході здійснення скринінгу на ССЗ усі члени ММК повинні звертати увагу на такі фактори ризику ССЗ:

- Неправильне/незбалансоване харчування (вживання фастфуду, переїдання, вживання цукру та солі у великих кількостях, їжа перед книгою або телевізором, недостатня кількість в меню фруктів і овочів, відсутність сніданку, їжа на ніч або ситна вечеря, вживання недостатнього об’єму рідини)
- тютюнокуріння
- низька фізична активність
- підвищення артеріального тиску
- підвищена концентрація холестерину
- предіабет або цукровий діабет
- надмірна вага або ожиріння.

Ішемічна хвороба серця

Які прояви має ІХС?

Ішемічна хвороба серця може проявлятися в один із таких способів:

- стабільна стенокардія (біль у грудях, що має постійний характер);
- нестабільна стенокардія (загострення болю в грудях, що прогресує);
- інфаркт міокарда (серцевий напад);
- серцева недостатність;
- серцева аритмія (нерегулярний серцевий ритм).

Якщо приплив крові до серця переривається, надходження кисню та глюкози утруднюється, що спричиняє ішемічний біль у грудях або стенокардію. Якщо біль у грудях починається за відомого навантаження, слабшає після відпочинку і має передбачуваний характер, це називають стабільною стенокардією. Якщо біль у грудях з’явився нещодавно або виникає частіше та за меншого навантаження, це називають нестабільною стенокардією. Якщо припинення кровопостачання серця є тривалим, серцевий м’яз ушкоджується, що призводить до інфаркту міокарда (серцевого нападу).

СКАРГИ ЛЮДИНИ З ІХС?

Людина, яка страждає на ішемічну хворобу серця, може скаржитися на один або кілька проявів:

- біль у грудях (стенокардія);
- задишка (диспное);
- серцебиття (коли відчувається биття серця).

Біль у грудях при ІХС відчувають у центрі грудної клітки, відомої як ретростернальна область. Він триває кілька хвилин. Часто провокується фізичним навантаженням і проходить після відпочинку.

Також може бути спричинений сильними емоціями, стресом, спекою чи холодом.

Біль у грудях під час ІХС знімають за допомогою нітратів. Нітрати розширюють кровоносні судини серця, покращуючи кровообіг. Нітрати зазвичай приймають у вигляді сублінгвальних таблеток або оральних спреїв.

Люди, які страждають на стенокардію, схильні до високого ризику виникнення сильного серцевого нападу або інфаркту міокарда. Біль при інфаркті міокарда надзвичайно сильний і часто відчувається в ретростернальній області. Біль може поширюватися на руки, спину, щелепу, шию та живіт.

Біль у грудях триває понад 3–4 хвилини і не знімається повністю нітратами.

Він може супроводжуватися пітливістю, блюванням, задишкою, серцебиттям і непритомністю.

Здебільшого люди з ІХС також мають один або кілька факторів ризику серцево-судинних захворювань: споживання тютюну, надмірна вага, зловживання алкоголем, брак фізичної активності, гіпертонія, діабет і підвищений рівень ліпідів у крові (гіперхолестеринемія, дисліпідемія).

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЮ У ГРУДЯХ			
ОЗНАКИ БОЛЮ В ГРУДЯХ	КІСТКОВО-М’ЯЗОВИЙ БІЛЬ	СТАБІЛЬНА СТЕНОКАРДІЯ	ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ (ІНФАРКТ МІОКАРДУ АБО НЕСТАБІЛЬНА СТЕНОКАРДІЯ)*
ТРИВАЛІСТЬ	варіюється	5–10 хвилин	триває понад 15 хвилин
ЛОКАЛІЗАЦІЯ	у будь-якій частині грудної клітки	зазвичай у центрі грудної клітки (ретростернальна область)	ретростернальна область
ХАРАКТЕР	ниючий біль	біль відчувається як стиснення, тяжкість, здавлювання	біль може бути схожий на стабільну стенокардію, але може бути сильнішим або прогресуючим і часто не пов’язаний з фізичним навантаженням або не провокується ним
ВАЖКІСТЬ	від легкого до сильного	дискомфорт чи біль	сильний біль

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІЗ НАВАНТАЖЕННЯМ	пов'язаний із рухом тіла та кінцівок	починається під час навантаження, проходить після відпочинку	не пов'язаний із навантаженням, присутній у стані спокою
ІРРАДІАЦІЯ	зазвичай без іррадіації	може поширюватися на руки, шию, щелепу, верхню частину живота	може поширюватися на руки, шию, щелепу, верхню частину живота
СУПУТНІ СИМПТОМ	може погіршуватися під час руху		нудота, блювання або пітливість, запаморочення прискорене серцебиття (відчуття серцебиття) свідчить про інфаркт міокарда
ІНШІ ОСОБЛИВОСТІ	може змінюватися залежно від пози	відповідь на сублінгвальний гліцерил тринітрат	зміна картини стабільної стенокардії та/або погіршення симптомів відсутність відповіді або неповна відповідь на гліцерил тринітрат

Верифікація діагнозу ІХС, виявлення факторів ризику та супутньої патології, що негативно впливають на перебіг ІХС, скринінг пацієнтів високого ризику розвитку серцево-судинних ускладнень визначають вибір оптимальної тактики лікування та попередження ускладнень.

ЯК ДІАГНОСТУЮТЬ ІХС?

Діагноз може бути підтверджений, якщо електрокардіограма в стані спокою показує типові відхилення від норми. Якщо електрокардіограма в стані спокою нормальна, може знадобитися електрокардіограма з фізичним навантаженням та коронарна ангіографія. У цьому випадку пацієнта скеровуємо до вузького спеціаліста - кардіолога.

Інфаркт міокарда підтверджують за допомогою електрокардіографії й аналізів крові. Інфаркт міокарда супроводжується специфічними змінами на електрокардіограмі. Лабораторні дослідження проводяться для виявлення серцевих ферментів (наприклад тропонінів), що проникають у кров під час пошкодження серцевого м'яза внаслідок інфаркту. У ВИПАДКУ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ (ІНФАРКТ МІОКАРДА АБО НЕСТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ) пацієнту надають невідкладну медичну допомогу та негайно госпіталізують каретою швидкої медичної допомоги.

Інфаркт міокарда необхідно терміново діагностувати, щоб визначити доцільність лікування тромболітичними препаратами (препарати, що руйнують тромби, наприклад стрептокіназа), які відкривають заблоковані кровоносні судини і зупиняють пошкодження серцевого м'яза надалі чи обрати метод малоінвазивних перкутанних втручань: стентування.

Якщо електрокардіографія та аналізи крові недоступні в умовах гуманітарної кризи, імовірний діагноз інфаркту міокарда має бути поставлений лише на підставі болю в грудях в анамнезі.

Необхідні дії обов'язкові:

1. Проведення клінічного огляду пацієнта, до якого входять:

- збір скарг та анамнезу;
- визначення факторів ризику;
- фізикальне обстеження серця, легень, черевної порожнини.

2. Проведення оцінки стану пацієнта за результатами клінічного огляду:

- клінічна оцінка больового синдрому
- пре-тестова оцінка вірогідності ІХС;
- оцінка вірогідності наявності нестабільної стенокардії та/або ГКС;
- визначення тактики подальшого обстеження пацієнтів, зокрема, необхідності направлення на вторинний етап надання медичної допомоги з метою верифікації діагнозу ІХС;

-у пацієнтів з вірогідним діагнозом стабільної стенокардії – визначення ФК.

3. В умовах ММК застосувати можливі інструментальні обстеження: реєстрація ЕКГ принаймні в 6-ти відведеннях, тропоніновий тест.

4. У разі виявлення відхилення від норми лікар ММК скеровує пацієнта до вузького спеціаліста лікаря - кардіолога.

Медична сестра ММК доводить до відома пацієнтів наступні **рекомендації** щодо запобігання ІХС.

Вживання тютюну, зловживання алкоголем, нездорове харчування та відсутність фізичної активності підвищують ризик розвитку ССЗ:

Припинення вживання тютюну знижує ймовірність серцевого нападу або інсульту з моменту припинення вживання тютюну.

Заняття фізичною активністю не менше 30 хвилин протягом більшості днів тижня (не менше 150 хвилин на тиждень) допомагають запобігти ССЗ.

Вживання не менше 5 порцій фруктів та овочів на день, зниження споживання жирів та обмеження споживання солі до менш ніж однієї чайної ложки на день захищає здоров'я.

Надмірна вага підвищує ризик розвитку ССЗ. Регулярна фізична активність у поєднанні зі здоровим харчуванням запобігає збільшенню ваги.

Крім того, важливо підтримувати оптимальний артеріальний тиск, рівень глюкози та ліпідів у крові за допомогою зміни поведінки та за потреби прийому лікарських засобів.

Наведені вище рекомендації мають бути адаптовані до умов гуманітарної кризи. Наприклад, якщо ходьба неможлива з міркувань безпеки, фізична активність може містити побутові дії, як-от прання, прибирання та приготування їжі. В аналогічний спосіб, скорочення кількості солі та олії, які додають під час приготування їжі, є гарним початком для того, щоб зробити раціон здоровим.

Артеріальна гіпертензія

ЩО ТАКЕ ГІПЕРТЕНЗІЯ?

Артеріальна гіпертензія (АГ) — хронічне захворювання, під час якого головною діагностичною ознакою є стійке підвищення тиску в артеріальних судинах великого кола кровообігу.

Постійно підвищений артеріальний тиск визначається як гіпертензія та створюється силою тиску крові, що перекачується серцем на стінки кровоносних судин (артерій). Це один із основних факторів ризику ішемічної хвороби серця (інфаркту) та цереброваскулярних захворювань (інсульту).

Артеріальний тиск (АТ) може періодично підвищуватися у абсолютно здорових людей. Таким чином наш організм реагує на стрес, фізичну активність. Компенсаторне підвищення тиску необхідно для нашої життєдіяльності. Про патологічно підвищений артеріальний тиск ми говоримо тоді, коли він у спокої регулярно перевищує нормальні значення. При цьому далеко не завжди простежується зв'язок між цифрами тиску та стресом або фізичними навантаженнями. У таких випадках говорять про артеріальну гіпертензію. Це один із основних факторів ризику ішемічної хвороби серця (інфаркту) та цереброваскулярних захворювань (інсульту).

Артеріальний тиск вимірюють у міліметрах ртутного стовпа (мм рт. ст.) і записують у вигляді двох чисел, зазвичай написаних одне над іншим. Верхнє число — систолічний артеріальний тиск — це найвищий тиск, що виникає в кровоносних судинах, коли серце скорочується, або б’ється. Найменше число — діастолічний артеріальний тиск — це найнижчий тиск у кровоносних судинах між ударами серця, коли серцевий м’яз розслабляється. Нормальний артеріальний тиск у дорослої людини визначають як артеріальний систолічний тиск 120 мм рт.ст. та діастолічний артеріальний тиск 80 мм рт. ст. Гіпертензію визначають як

систолічний артеріальний тиск, що дорівнює або перевищує 140 мм рт. ст., та/або діастолічний артеріальний тиск, що дорівнює або перевищує 90 мм рт. ст.

Який тиск вважається підвищеним?

- Оптимальний АТ ≤120/80 мм рт. ст.
- Нормальний АТ <130/85 мм рт. ст.
- Підвищений нормальний АТ 130–139/85–89 мм рт. ст.
- Високий АТ ≥140/90 мм рт. ст.

Важливо пам’ятати: артеріальний тиск не повинен перевищувати 140/90 мм.рт.ст., а у осіб які хворіють цукровим діабетом 130/80 мм.рт.ст.

ЯК ПРОЯВЛЯЄТЬСЯ ГІПЕРТЕНЗІЯ?

Гіпертензія зазвичай виникає після третього десятиліття життя і може бути виявлена під час звичайного медичного огляду. Гіпертензія часто співіснує з іншими факторами ризику серцево-судинних захворювань, такими як діабет.

Деякі люди страждають від ускладнень гіпертензії та не підозрюють про наявність у них цього захворювання.

Існує поширена хибна думка, що люди з гіпертензією завжди відчувають симптоми. Це не так, оскільки переважно гіпертензія в людей протікає безсимптомно. Іноді гіпертензія спричиняє симптоми, які не можна ігнорувати, зокрема:

- головний біль,
- задишку,
- запаморочення,

- біль у грудях,
- прискорене серцебиття
- носові кровотечі.

ЩО ВИКЛИКАЄ ГІПЕРТЕНЗІЮ?

Причин, що призводять до підвищення АТ, відомо багато: гіпертонічна хвороба, захворювання нирок, ендокринні захворювання, прийом деяких медикаментів, отруєння, пізній токсикоз вагітних тощо. Механізми підвищення тиску в цих ситуаціях відрізняються, а наслідки — практично ні.

Коли гіпертензія розвивається в людей віком до 30 років, важливо виключити вторинну причину, таку як захворювання нирок, ендокринні захворювання або порушення розвитку кровоносних судин.

Здебільшого в людей із гіпертензією у віці старше 30 років не вдається виявити конкретну причину, і певне значення можуть мати генетичні фактори.

До поведінкових факторів, що підвищують ризик розвитку гіпертензії, зараховують такі:

- занадто велика кількість солі та жиру в раціоні;
- недостатнє споживання фруктів та овочів;
- зловживання алкоголем;
- нестача фізичної активності;
- погане управління стресом.

УСКЛАДНЕННЯ ГІПЕРТЕНЗІЇ?

До ускладнень гіпертензії зараховують:

- серцевий напад (ушкодження серцевого м’яза через погане кровопостачання);
- інсульт (пошкодження мозку через погане кровопостачання);
- серцева недостатність (слабка скоротлива дія серця);
- ниркова недостатність (порушення функції нирок);
- ретинопатія (пошкодження кровоносних судин у сітківці ока).

Небезпечно ігнорувати високий артеріальний тиск, оскільки це збільшує ймовірність виникнення ускладнень, що загрожують життю.

Чим вище артеріальний тиск, тим вище ймовірність шкідливих наслідків для серця та кровоносних судин основних органів, таких як серце, мозок, нирки і сітківка ока.

Діагноз «гіпертензія» не варто ставити на підставі одного показання, якщо артеріальний тиск не становить 180/110 мм рт. ст. або вище (такий рівень артеріального тиску потребує негайного лікування). Оскільки артеріальний тиск змінюється протягом дня залежно від ступеня напруги/розслаблення та інших факторів навколишнього середовища, необхідно рекомендувати пацієнту вимірювати артеріальний тиск у стані спокою два рази на день протягом декількох днів або тижнів один після одного.

Вимірювання артеріального тиску необхідне для оцінки серцево-судинного ризику (ризику розвитку інфаркту або інсульту), діагностики гіпертензії та моніторингу реакції пацієнта на терапію, що знижує артеріальний тиск.

Одне показання вимірювання артеріального тиску може неточно відображати рівень артеріального тиску людини з низки причин, як-от:

• вроджена мінливість артеріального тиску;

• неправильна техніка вимірювання (наприклад, манжета поверх одягу, неправильний розмір манжети, некалібрований пристрій);

• особливості артеріального тиску, як-от «ефект білого халата».

Усі прилади для вимірювання артеріального тиску повинні обслуговуватися **не рідше одного разу на рік**. На точність вимірювання артеріального тиску можуть впливати багато факторів:

• надто мала манжета;

• манжета поверх одягу;

• спина чи рука людини без опори;

• куріння або вживання кофеїну протягом двох годин до вимірювання;

• наповнений сечовий міхур.

Методика вимірювання артеріального тиску:

• Людина повинна спокійно сидіти не менше п’яти хвилин.

• Спина має спиратися на спинку стільця.

• Підтримуйте руку на рівні серця, як показано на малюнку вище.

• Манжета має охоплювати й покривати дві третини довжини руки, при цьому манжета повинна перебувати над плечовою артерією.

• Надуйте манжету до тиску, приблизно на 30 мм рт. ст. вище систолічного, що визначають за фактом зникнення пульсу на плечовій артерії під час пальпації.

• Легким рухом помістіть стетоскоп поверх плечової артерії.

• Повільно здувайте манжету зі швидкістю 2–3 мм рт. ст. на кожний удар серця.

• Систолічний тиск дорівнює тиску, при якому починає пальпуватися пульс на плечовий артерії, або тиску, при якому пульс починає прослуховуватися під час аускультації.

• Коли манжета здувається нижче систолічного тиску, пульс продовжує прослуховуватися до різкого приглушення, за яким слідує зникнення звуку.

• При кожному візиті в середньому вимірюйте щонайменше два показники артеріального тиску, з проміжком у кілька хвилин.

• Якщо перші два показники відрізняються більш ніж на 10 мм рт. ст., або якщо перший показник високий, дозвольте людині спокійно посидіти протягом п’яти хвилин, потім зробіть кілька вимірювань, доки різниця між послідовними показниками не буде коливатися більш ніж на 10мм.рт. Ст.

Медична сестра ММК доводить до відома пацієнтів наступні **рекомендації щодо запобігання АГ**

1. Підтримання ваги у нормі. Кожен зайвий кілограм дає ще більше навантаження на серцево-судинну систему та підвищує артеріальний тиск.
2. Відмова від алкоголю і куріння. Безпечної дози алкоголю не існує. Тому будь-яке вживання алкоголю становить небезпеку: чим більша кількість спожитого алкоголю, тим більше підвищується тиск. Не менш небезпечним є куріння. На першій хвилині після викурювання цигарки артеріальний тиск підвищується. Мозковий

інсульт та ішемічна хвороба серця у курців виникає в 2-3 рази частіше, ніж у тих, хто не курить.

3. Регулярно займатися фізичними вправами. Середнім фізичним навантаженням вважається регулярна фізична активність, що триває не менше 30-40 хвилин 3-4 рази на тиждень. У людей, які ведуть малорухливий спосіб життя, ризик виникнення артеріальної гіпертензії на 20-50% вищий, ніж у фізично активних людей. Фізичні вправи так само допомагають зменшити вплив стресу - ще одного чинника, який призводить до підвищення тиску. Легкий біг, плавання, йога, медитація і техніки, спрямовані на розвантаження нервової системи, зменшать ризики розвитку гіпертонії.

4. Обмеження споживання солі. Добова норма споживання солі для дорослої людини – не більше 5 грамів (трохи менше чайної ложки).

5. Вживання продуктів, багатих на калій. Дієта з високим вмістом калію може допомогти знизити артеріальний тиск: калій допоможе вивести зайву воду з організму і розширити судини. Продукти, багаті на калій: крупи (особливо гречана, вівсяна, пшоняна), бобові (соя, квасоля, горох), фрукти (абрикоси, виноград, персики, кавуни, чорна смородина, плоди шипшини, у т.ч. сушені курага, родзинки, чорнослив, фініки), овочі (кабачки, буряк, морква, баклажани, картопля), зелень (цибуля, петрушка, кріп, салат тощо).

АЛГОРИТМ ГІПЕРТЕНЗІЯ

1. ВИЯВЛЕННЯ

Визначте категорії людей із гіпертензією:

• Раніше діагностована гіпертензія (контрольована чи неконтрольована) з документально підтвердженою медичною інформацією чи без неї.

• Підвищення артеріального тиску у людини із симптомами (головний біль, запаморочення) або при випадковому огляді.

2. РОЗПИТУВАННЯ та ОБСТЕЖЕННЯ

Необхідні дії обов’язкові:

1. Збір анамнезу. Фізикальний огляд. Вимірювання АТ. При виявленні різниці в рівні АТ на руках для подальших вимірювань використовують руку з більш високим АТ.

Запитайте про вживання тютюну й алкоголю, наявність діабету та передчасних серцево-судинних захворювань у членів сім’ї.

• Зберіть анамнез стенокардії, інфаркту, інсульту, транзиторних ішемічних атак, серцевої недостатності, діабету, хронічної хвороби нирок

• Виміряйте артеріальний тиск у стані спокою

• Обстежте щодо наявності клінічних ознак серцевої недостатності (точковий набряк, підвищений яремний венозний тиск, ритм галопу та базальна крепітація)

2. Виявлення факторів ризику, оцінка загального серцево-судинного ризику.

3. Лабораторні обстеження: ЗАК, ЗАС, визначення рівня глікемії, креатиніну – проводити всім пацієнтам при первинному зверненні.

4. Реєстрація ЕКГ в 6-ти відведеннях.

3. ОЦІНЮВАННЯ

Оцінювання ушкодження органів-мішеней

Ушкодження органів-мішеней:

• гіпертрофія лівого шлуночка (ЕКГ);

• ішемічна хвороба серця (анамнез, ЕКГ);

• цереброваскулярні захворювання (анамнез);

• хвороба нирок (вміст альбуміну в сечі, креатиніну в сироватці крові);

• ретинопатія (обстеження очного дна).

Ураження органів-мішеней проявляється як гіпертрофія лівого шлуночка, ішемічна хвороба серця, цереброваскулярні захворювання, захворювання нирок чи ретинопатія.

На електрокардіограмі можна визначити гіпертрофію лівого шлуночка та ішемічну хворобу серця. Гіпертонічна ретинопатія діагностують за допомогою обстеження очного дна щодо наявності гіпертонічної ретинопатії.

Наявність білка в сечі вказує на ушкодження нирок, але не дозволяє відрізнити захворювання нирок, що спричинило (вторинну) гіпертензію, від ушкодження нирок, спричиненого первинною (есенціальною) гіпертензією.

Аналіз полягає в зануренні тест-смужки, просоченої хімічними речовинами, що реагують на білок, у зразок сечі. Через 30–60 секунд (або відповідно до інструкцій виробника) смужка зчитується разом із передбаченим колірним кодом. Вимірювання рівня сечовини та креатиніну, які відображають функцію нирок, може допомогти виключити захворювання нирок і хворобу нирок як вторинну причину гіпертензії.

Оцінювання серцево-судинного ризику

Перш ніж застосовувати шкалу для оцінювання серцево-судинного ризику в 10-річній перспективі, необхідно отримати таку інформацію:

• наявність чи відсутність діабету; людина, яка приймає інсулін або пероральні гіпоглікемічні препарати, або з концентрацією глюкози в плазмі крові натще понад 7,0 ммоль/л (126 мг/дл). Якщо аналіз крові на глюкозу неможливий, для скринінгу на діабет можна зробити аналіз сечі на глюкозу. Аналіз крові необхідний для підтвердження діагнозу;

• стать;

• палить або не палить; усі активні курці та ті, хто кинув курити менше одного року тому, вважаються курцями під час оцінювання серцево-судинного ризику.

• вік;

• систолічній артеріальний тиск;

• загальний вміст холестерину в крові; якщо рівень холестерину в крові не можна виміряти через обмеженість ресурсів, тоді використовуйте показник 5,2 ммоль/л як рівень холестерину.

Особи з ішемічною хворобою серця цереброваскулярними захворюваннями, діабетом та захворюваннями нирок схильні до високого серцево-судинного ризику:

Зверніть увагу, що ризик ССЗ може бути вищим, ніж зазначено в шкалах, за наявності таких факторів:

• уже отримує антигіпертензивну терапію;

• ожиріння (включаючи центральний тип ожиріння);

• передчасна ІХС або інсульт в сімейному анамнезі в родичів першого ступеня спорідненості (чоловіки < 55 років, жінки < 65 років).

ЛІКУВАННЯ

Для зниження серцево-судинного ризику рекомендують СТАТИНИ для первинної профілактики серцево-судинних захворювань для людей, у яких 10-річний ризик розвитку ССЗ становить 10 % або більше. В умовах гуманітарної кризи, коли статини можуть бути недоступні, принаймні людям з 20 % або вищим 10-річним ризиком розвитку ССЗ, а також тим, хто вже приймає статини, їх варто запропонувати.

Обговорення можливостей формування здорової поведінки.

Оптимізація артеріального тиску

! Негайно призначте антигіпертензивні препарати, якщо САТ 180 мм рт. ст. та/або ДАТ 110 мм рт. ст.

Призначте антигіпертензивні препарати, якщо САТ 160 мм рт. ст. та/або ДАТ 100 мм рт. ст., що підтверджено як мінімум двома вимірюваннями в різні дні).

Антигіпертензивні препарати рекомендують, якщо САТ 140 мм рт. ст. та/або ДАТ 90 мм рт. ст. і будь-яке захворювання з наведених нижче:

• серцево-судинний ризик у 10-річній перспективі > 20 %;

• ушкодження органів-мішеней (наприклад, ретинопатія, гіпертрофія лівого шлуночка);

• захворювання нирок;

• діагностоване серцево-судинне захворювання

• діабет.

Якщо ліки, які приймав пацієнт, є в наявності, можуть бути призначені ті самі ліки.

СКЕРУВАННЯ

Критерії скерування

• Якщо це можливо, цих осіб потрібно спрямовувати на обстеження та лікування доступними антигіпертензивними засобами).

• САТ >180, ДАТ >110 (у разі неможливості скерування до фахівця — лікувати доступними антигіпертензивними засобами).

• Якщо артеріальний тиск вищий за 180/120 мм рт. ст. із загрозливими для життя симптомами, такими як сплутаність свідомості, біль у грудях, ознаки серцевої недостатності, гостре пошкодження нирок або помутніння зору (ознаки крововиливу в сітківку або набряку диску зорового нерва), за можливості скеруйте того ж дня.

• Ушкодження органів-мішеней (якщо направлення до фахівця неможливе, лікуйте артеріальний тиск доступними антигіпертензивними засобами).

• Підозрювана вторинна гіпертензія.

• Резистентний артеріальний тиск (неконтрольований навіть трьома видами антигіпертензивних препаратів).

• Якщо направлення до фахівця неможливе, вищевказане лікування потрібно продовжувати доти, доки не будуть встановлені канали скерування.

Доведено, що надання медичної допомоги на засадах доказової медицини попереджає розвиток серцево-судинних ускладнень, знижує смертність у пацієнтів з АГ.

ТИМЧАСОВІ ЗАХОДИ, КОЛИ ПЕРЕНАПРАВЛЕННЯ ГОСТРО ХВОРИХ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ССЗ НЕ Є МОЖЛИВИМ

В умовах гуманітарної кризи скерування до фахівців може бути неможливим, особливо на етапі екстреного реагування.

У разі неможливості скерувати та перенаправити пацієнта то як короткостроковий захід можна вдатися до тимчасових дій:

- У разі задишки покладіть пацієнта в напівсидяче положення, під час різкого падіння артеріального тиску підніміть узніжжя ліжка.
- Установіть внутрішньовенну інфузійну систему.
- Подавайте кисень через кисневу маску — 6–10 літрів на хвилину.
- Стежте за рівнем свідомості, частотою серцевих скорочень, артеріальним тиском, температурою, частотою дихання, діурезом і SpO2 (пульсоксиметр)
- Запобігайте аспірації при напівнепритомному або непритомному стані, помістивши пацієнта в стійке бічне положення.

Якщо пацієнт не може приймати рідину через рот, уводьте рідини внутрішньовенно. Приблизні потреби дорослої людини становлять:

• вода — 25–30 мл/кг на добу;

• калій, натрій і хлорид — 1 ммоль/кг на добу;

• глюкоза — 50–100 г на добу для обмеження голодного кетозу.

Тільки для рутинного підтримання пацієнту вагою 70 кг призначайте приблизно 2–2,5 літра протягом 24 годин із використанням комбінації таких розчинів для внутрішньовенного введення:

• хлорид натрію 0,9 %;

• хлорид натрію 0,18% у 4 % глюкозі;

• глюкоза 5 %;

• хлорид натрію 0,18 % у 4 % глюкозі + калій (2G/27 ммоль, концентрація 0,2 %).

Доки не будуть встановлені канали скерування, надавайте допомогу, зазначену у відповідних алгоритмах у такому разі:

- Неконтрольований біль у грудях або сильний біль у грудях, що свідчить про серцевий напад.
- Симптоми дебюту ТІА або інсульту.
- Прискорене серцебиття, посилення задишки та набряки стоп через серцеву недостатність.
- Гіпертонічний криз і екстрений стан при гіпертензії.

Інструменти для проведення Скринінгу ССЗ:

1) сфігмоманометр механічний - тонометр для неінвазивного вимірювання артеріального тиску (ідеально для кожного лікаря індивідуальний).

2) Фонендоскоп (ідеально для кожного лікаря індивідуальний).

3) ЕКГ апарат 6/12канальний, портативний, автономний, із змінними одноразовими електродами.

Розхідники для ЕКГ апарату - плівки термостатичні для ЕКГ розміром адаптованим для вибраного ЕКГ апарату.

4) Пульсоксиметр.

5) Ехокардіограф портативний (конвексний, лінійний, кардіологічний датчики).

6) Лабораторні обстеження:

Загальний аналіз крові (ЗАК)

Загальний аналіз сечі (ЗАС)

Ліпідограма (загальний холестерин, ЛПНЩ, ЛПВЩ, ТГ)

Креатинін

Визначення рівня глікемії

АЛТ

Мікроальбумінурія

Натрійуретичний С-пептид (як ранній маркер серцевої недостатності) - на вимогу лікаря

Роздрукована Шкала SCORE

*Документ створено на основі:

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги “Артеріальна гіпертензія, затверджений наказом Міністерства охорони здоров’я від 24.05.2012 № 384.

2. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) “Стабільна ішемічна хвороба серця”, затверджений наказом Міністерства охорони здоров’я України 02.03.2016 № 152 (зі змінами від 23.09.2016 № 994).

Додаток 2.4

Скринінг на діабет

Скринінг на цукровий діабет розроблено для застосування фахівцями ММК.

Актуальність скринінгу на цукровий діабет

Цукровий діабет (ЦД) — це група метаболічних захворювань, що характеризується хронічною гіперглікемією (підвищеним рівнем глюкози в крові), яка є наслідком зниженої секреції інсуліну, дії інсуліну (інсулінорезистентності, зниженої або відсутньої чутливості організму до дії власного інсуліну) або обох цих чинників.

Хронічна гіперглікемія при ЦД призводить до ураження і порушення функції різних органів та систем, зокрема очей, нирок, нервової системи, серця та кровоносних судин.

Цукровий діабет 2 типу – це порушення вуглеводного обміну, спричинене або переважною **інсулінорезистентністю** (зниження або відсутність чутливості до дії власного інсуліну) з відносною інсуліновою недостатністю, або переважним дефектом секреції інсуліну з інсулінорезистентністю. Результати досліджень, що базуються на засадах доказової медицини, свідчать про те, що люди з ЦД мають більш високий ризик розвитку серцево-судинних захворювань, ураження нервів, нирок і очей. Особливо високим ризик є у людей з ЦД 2 типу, які мають надлишкову масу тіла, є курцями або ведуть малорухливий спосіб життя.

Ризик розвитку будь-яких хронічних ускладнень значно знижується завдяки контролю та відповідної корекції рівня глюкози в крові та артеріального тиску, а також дотримання правил здорового харчування і виконання регулярних фізичних навантажень.

Раннє виявлення ЦД, надто у осіб з групи ризику по ЦД та призначення його лікування сприятиме попередженню виникнення і прогресування ускладнень захворювання, збереже працездатність і поліпшить якість життя цих осіб. Одночасно зі скринінгом на ЦД необхідно виявляти осіб з груп ризику по цьому захворюванню, першочергово які мають надлишкову масу тіла та ожиріння, а також артеріальну гіпертензію.

Скринінг на ЦД можуть проводити медичні сестри і лікарі ММК за допомогою **визначення рівня глюкози в крові глюкометром**, при необхідності – **глюкози і ацетону в сечі**; виявлення ожиріння – за результатами антропометричних вимірювань з **розрахунком індексу маси тіла** і його оцінкою.

Виявлення факторів ризику по ЦД можливе також завдяки власному самостійному анкетуванню обстежуваними з подальшою оцінкою анкет медичним персоналом.

Доскринінговий етап:

Перед прийомом у лікаря пацієнт заповнює Анкету пацієнта для оптимізації і скорочення часу під час подальшого обстеження.

Хто проводить	Мета	Що виконується	Оснащення для етапу	Оцінка результату	Рекомендації
Перший етап					
Медична сестра	Оцінка маси тіла (надлишкова маса	Вимірювання зросту і маси тіла, розрахунок ІМТ	Ростомір, ваги, калькулятор, сантиметрова стрічка	Проводить лікар	

Хто проводить	Мета	Що виконуєтьс я	Оснащення для етапу	Оцінка результату	Рекомендації
	тіла чи ожиріння)	**ІМТ=маса (кг) / зріст (м²)** Вимірювання окружності талії (діагностика абдомінального ожиріння)			
Лікар			При огляді дітей - графіки оцінки ІМТ (затверджені наказом МОЗ України у Стандарті «Ожиріння у дітей»)	***Дорослі* ІМТ:** 18-25 - норма 25-29,9 – надлишкова маса тіла, 30-34 – ожиріння I ступеня, 35-39,9 – ожиріння II ступеня, ≥40 – ожиріння III ступеня ***Діти* ІМТ** (оцінка за перцентильними графіками): >15 - <85-го перцентиля – норма 85-97-й перцентилі – надлишкова маса тіла ≥97-го перцентиля - ожиріння	1. У разі виявлення ожиріння чи надлишкової маси тіла: • скерувати до сімейного лікаря; • обстежити на ЦД. 2. Дати пацієнту опитувальник для його самостійної оцінки ризику розвитку у нього ЦД *(Затверджений у протоколі по ЦД 2 типу наказом МОЗ Додається)*
Другий етап					
Лікар або Медична сестра (залежно від	Вибір пацієнтів для обстеження на ЦД	Опитування щодо наявності факторів ризику	**Опитувальник щодо факторів ризику ЦД2** *(відмітити наявність для*	Проводить лікар	

Хто проводить	Мета	Що виконується	Оснащення для етапу	Оцінка результату	Рекомендації
навантаження)		**цукрового діабету 2 типу**, наявність яких свідчить щодо необхідності обстеження на ЦД 2 типу	*обґрунтування обстеження):* • сімейний анамнез цукрового діабету; • серцево-судинні захворювання; • надлишкова маса тіла або ожиріння; • малорухомий спосіб життя; • раніше визначені порушення толерантності до глюкози, порушення глікемії натще та / або метаболічний синдром; • артеріальна гіпертензія; • підвищений рівень в крові тригліцеридів, низький рівень холестерину ліпопротеїнів високої щільності, або обох показників; • гестаційний діабет в анамнезі; • народження дитини вагою понад 4 кг; • синдром полікістозних яєчників; • антипсихотична терапія при		

Хто проводить	Мета	Що виконуєтьс я	Оснащення для етапу	Оцінка результату	Рекомендації
			лікуванні шизофренії та / або важкі біполярні захворювання.		
Лікар				*Показання для обстеження на ЦД:* • у разі наявності у пацієнта будь-якого віку надмірної маси тіла або ожиріння та одного або більше додаткових факторів ризику ЦД 2 типу (згідно з опитувальником); • всім пацієнтам після 45 років.	• Провести обстеження на ЦД. • У разі нормальних результатів глюкози в крові натще – рекомендувати проведення ОТТГ (пацієнтам з групи ризику). • Надалі повторювати обстеження щороку.
Третій етап					
Лікар	Діагностика ЦД	Дослідження глюкози в крові, в сечі, ацетону в сечі *Правила вимірювань- див. в кінці.*	• Глюкометр з тест-смужками до нього. • Ручка для проколу шкіри (входить зазвичай в комплект з глюкометром). • Скарифікатори для проколу шкіри.	Критерії оцінки порушення вуглеводного обміну, ЦД (див. нижче) У разі виявлення підвищення глюкози в крові, наявності симптомів діабету – перевірити також ацетон	У разі виявленої глюкози в капілярній крові (дослідження глюкометром) **≥ 5,6 <11,1 ммоль/л** - для підтвердження діагнозу ЦД. Скерувати пацієнта для визначення рівня глюкози в плазмі венозної

Хто проводить	Мета	Що виконуєтьс я	Оснащення для етапу	Оцінка результату	Рекомендації
			• Тест-смужки для визначення глюкози в сечі. • Тест-смужки для визначення ацетону в сечі. • Контейнери для збору використани х матеріалів з біологічним и рідинами (скарифікато рів, тест-смужкок). • Серветки, змочені спиртом для очищення шкіри. • Медичні рукавички. • Запасні батарейки до глюкометра.	в сечі і глюкозу в сечі	крові натщесерце. У разі виявлення порушень вуглеводного обміну: дорослого – **скерувати до сімейного лікаря**; дитину – терміново **скерувати до дитячого ендокринолога**.

Результати обстежень вписати в загальний висновок результатів обстежень пацієнта:

КАРТА ОБСТЕЖЕННЯ

ПІБ	
Вік (років)	
Стать	Чоловіча / жіноча
Ендокринологічне обстеження	
Зріст	_____см
Вага	_____ кг
Індекс маси тіла	____ кг/м2 (Норма / надлишкова маса тіла / ожиріння I / II / III ст)
Окружність талії	_____См (норма / абдомінальне ожиріння)
АТ	
Глюкоза в крові (ммоль/л)	Натще _____ / Через ____ год. після їди _____
Глюкоза в сечі (%)	

Ацетон в сечі	+ / ++ / +++
Висновок (підкреслити необхідне або вписати додатково)	• Надлишкова маса тіла / Ожиріння I ст /II ст / III ст • Абдомінальне ожиріння • Метаболічний синдром «Х»
	• Цукровий діабет і тип / II тип / MODY/_____ • Порушення вуглеводного обміну, що потребує уточнення
Рекомендації	Дообстеження: • Консультація ендокринолога

Лікар _____ (ПІБ)_____(підпис)

Дата _____ 2023

Опитувальник для пацієнта

Виберіть правильну відповідь та обведіть її. В кінці опитування підрахуйте кількість балів.

1. Ваш вік:

< 45 років = 0 балів
45-54 років = 2 бали
55-64 років = 3 бали
> 65 років = 4 бали

2. Індекс маси тіла

(розраховується за формулою: ІМТ = вага (кг):зріст (м)2 (розділити свою вагу в кілограмах на квадрат зросту в метрах, наприклад якщо вага 69 кг і зріст 1м 76 см, то 69 : (1,68x1,68), ІМТ=24,4)
≤ 25 кг/м2 (нормальна маса тіла) = 0 балів
25- 30 кг/м2 (надлишкова маса тіла)= 1 бал
≥30 кг/м2 (ожиріння) = 3 бали

3. Окружність талії вимірюється нижче ребер (зазвичай на рівні пупка)

Чоловіки	Жінки	
≤94 см	≤80 см	= 0 балів
94-102 см	80-88 см	= 3 бали
>102 см	>88 см	= 4 бали

4. Чи Ви маєте, зазвичай, щодня не менше 30 хвилин фізичної активності на роботі і/або у вільний час (у тому числі нормальної повсякденної діяльності)?

Так = 0 балів
Ні = 2 бали

5. Як часто ви їсте овочі, фрукти або ягоди?

Кожен день = 0 бал
Не кожного дня = 1 бал

6. Чи Ви коли-небудь приймали регулярно ліки від високого артеріального тиску?

Ні = 0 балів
Так = 1 бал

7. Чи виявляли у Вас коли-небудь високий рівень глюкози в крові (наприклад, під час медичних оглядів, під час хвороби, під час вагітності)?

Ні = 0 балів
Так = 5 балів

8. Чи хто-небудь з членів Вашої сім'ї або інших родичів мав діабет (1 типу чи 2 типу)?

Ні = 0 балів
Так: бабуся /дідусь/тітка/ дядько/ двоюрідний брат чи сестра (але не власні батьки, брат, сестра або дитина) = 3 бали
Так: батьки/ брат/ сестра /власна дитина = 5 балів_

Загальна кількість балів (ризик розвитку діабету 2 типу протягом 10 років):

Менше 7 балів: Низький ризик. Приблизно у 1 із 100 людей виникає діабет
7-11 балів: Незначний ризик. Приблизно у 1 із 25 людей виникає діабет
12-14 балів: Середній ризик. Приблизно у 1 із 6 людей виникає діабет
15-20 балів: Високий ризик. Приблизно у 1 із 3 людей виникає діабет
Понад 20 балів: Дуже високий ризик: Приблизно у 1 із 2 людей виникає діабет

Критерії оцінки порушення вуглеводного обміну, ЦД

на етапі скринінгу мобільними медичними командами **(без можливості проведення на цьому етапі перорального тесту толерантності до глюкози (ОТТГ) і дослідження глікованого гемоглобіну (НвА1с))**

1. Діагностичні критерії переддіабету:

порушення глікемії натще: глюкоза натще ≥5,6 - 6,9 ммоль/л;

Діагностичні критерії діабету

глюкоза плазми натще **≥7,0 ммоль/л.** (натще = відсутність споживання калорій принаймні 8 год.)

або

- симптоми ЦД у поєднанні з ГК **≥ 11,1 ммоль/л,** визначеної в будь-який час доби незалежно від останнього прийому їжі
- глюкоза в крові на тлі споживання їжі **7,8—11,1 ммоль/л** потребує повторного обстеження глюкози натще (може свідчити про порушення толерантності до глюкози)

Діти віком до 18 років

Проводити тестування для виявлення ЦД **після початку статевого дозрівання або після 10 років** (залежно від того, що настане раніше) у дітей з факторами ризику ЦД: ожиріння, затримка внутрішньоутробного розвитку з наступною швидкою прибавкою маси тіла після народження, сімейний анамнез ЦД2 першого ступеня спорідненості, анамнез ЦД у матері або гестаційний діабет під час виношування дитини, етнічна приналежність високого ризику, синдром полікістозних яєчників (СПКЯ). Також обстежувати молодих осіб з ожирінням із груп ризику за наявності іншої коморбідної патології, яка може супроводжувати ожиріння (неалкогольна жирова хвороба печінки [НАЖХП], дисліпідемія, підвищений АТ, СПКЯ).

Клініка ЦД

Поліурія, полідипсія, ніктурія, енурез, втрата ваги, що можуть супроводжуватися поліфагією, порушенням поведінки, погіршення зору, у дітей - зниження успішності в школі.

Порушення глікемії натще (ПГН)- свідчить про порушення вуглеводного обміну в базальному стані, тоді як порушення толерантності до глюкози (ПТГ) - це динамічний показник порушення обміну вуглеводів після стандартизованого навантаження глюкозою.

- ПГН та ПТГ самі по собі не є клінічними діагнозами, але вказують на відносно високий ризик розвитку діабету та серцево-судинних захворювань, особливо за наявності ожиріння. Можуть спостерігатись як проміжні стадії будь-якого типів ЦД, але, як правило, ЦД2
- Особи, які відповідають критеріям ПТГ або ПГН, можуть бути еуглікемічними у своєму повсякденному житті, про що свідчить нормальний або майже нормальний HbA1c, а у осіб з ПТГ, гіперглікемія може виявлятися лише при проведенні ОГТТ. І навпаки, деякі люди можуть мати підвищений HbA1c, але нормальні ОГТТ, що, ймовірно, відображає щоденне споживання вуглеводів, яке перевищує стандартне глюкозне навантаження
- ПГН та ПТГ можуть бути пов’язані з метаболічним синдромом, ознаками якого є ожиріння (зокрема, абдомінальне або вісцеральне), дисліпідемія (високі тригліцериди та/або низькі рівні ліпопротеїдів високої щільності) та гіпертензія.

Як перевірити рівень глюкози в крові за допомогою глюкометра

КРОК 1: Вимийте руки теплим, мильним розчином і добре висушіть. Якщо ви використовуєте змочений спиртом тампон, переконайтеся перед тестуванням, що ділянка шкіри суха.

КРОК 2: Підготуйте чисту голку або скарифікатор

КРОК 3: Проколіть бічну поверхню кінчика пальця голкою / скарифікатором

КРОК 4: Переконайтеся, що крапля крові є достатньою для точного аналізу. Не торкайтеся смужки; просто дайте краплі крові потрапити на неї АБО(або .

КРОК 5: Зупиніть кров, натиснувши на кінчик пальця чистою ватною кулькою або марлевим тампоном.

Визначення глюкози в сечі

Спосіб застосування: Частину смужки з індикатором змочити сечею, почекати 2 хвилини, після чого порівняти колір смужки зі шкалою результатів.

Глюкоза в нормі у сечі відсутня або виявляється у мінімальних кількостях: менше **2,78 ммоль/добу (до 0,8 ммоль/л)**. При концентрації в крові

понад **10 ммоль/л глюкоза** з'являється в сечі, тобто спостерігається глюкозурія. Вона може бути і фізіологічною: аліментарна (надлишкове вживання вуглеводів), при стресі, під час вагітності.

В нормі тест-смужка свій колір не змінює. У сечі глюкоза є граничною речовиною, тому при концентрації, що перевищує допустимий поріг **(понад 8-10 ммоль / л)**, в сечі з'являється глюкозурія. Концентрація лежить в діапазоні від **0,1 до 2,0%.**

Визначення ацетону в сечі

Спосіб застосування:

1. Витягти одну смужку з упаковки, яку одразу закрити кришкою;
2. Занурити індикаторну зону смужки у сечу на 2-3 секунди;
3. Витягти смужку та покласти її на горизонтальну поверхню на 3 хв;
4. Порівняти з колірною шкалою на етикетці.

Додаток 2.5

Скринінг на ХОЗЛ

Скринінг хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) розроблено для застосування фахівцями ММК.

Актуальність скринінгу

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є найпоширенішим хронічним захворюванням легень, що вимагає належної уваги з боку медичних працівників первинної ланки мобільних команд громади через значний вплив на якість і тривалість життя людини.

Які фактори впливають на виникнення ХОЗЛ:

- стаж куріння: у середньому ХОЗЛ діагностується в пацієнтів зі стажем у чи більше 15 пачкороків, як і рак легень, який є найпоширенішим онкологічним діагнозом у чоловіків в Україні.
- постійне проживання або перебування у запиленому чи забрудненому середовищі пилом, попелом, цементом, іншими аерополютантами, особливо у поєднанні з курінням.

Тривалий перебіг ХОЗЛ може призвести до прогредієнтного зменшення функції легень, розвитку емфіземи, пневмофіброзу і смерті.

Особливості перебігу ХОЗЛ:

Характеризується наростанням задишки, хронічного кашлю з або без виділення харкотиння, зниження толерантності до фізичного навантаження, розвитку ускладнень та частих загострень, які значно скорочують тривалість життя і, особливо, його якість.

Скринінг захворювання покликаний виявити його на ранніх стадіях, для корегування способу життя (перш за все припинення куріння) та уникнення незворотного зниження функції легень та запобігання загострень та передчасної смерті та відповідної тактики базисної чи/або симптоматичної терапії для компенсації.

Простий скринінговий інструмент і уважність також допомагає вчасно провести диференційний діагноз із загрозливими захворюваннями, які теж можуть мати спільні з ХОЗЛ симптоми і ознаки, такими як: рак легень, туберкульоз і бронхіальна астма.

Усі члени мобільної команди (лікар загальної практики, середній медичний працівник та соціальний працівник) можуть, кожен на своєму рівні, прийняти участь у скринінгу та діагностичному пошуку для виявлення ХОЗЛ. Задишка, яка носить постійний характер без прямого зв’язку з інтенсивністю фізичного навантаження з тенденцію до наростання у часі, хронічний кашель з періодами загострення, особливо у осінньо-зимовий період у поєднанні зі стажем куріння більше 15 пачкороків та віком пацієнта більше 50 років, данні аускультації легень з великою вірогідність дозволяє встановити діагноз ХОЗЛ на рівні первинної медичної допомоги.

У більшості випадків діагноз ХОЗЛ може бути запідозрений і з великою вірогідністю обґрунтований за даними скринінгового анкетування, типового анамнезу і фізикального обстеження пацієнта.

Основним функціональним інструментальним методом підтвердження діагнозу ХОЗЛ є виконання спірометрії, або на місці при відповідному навчання фахівців ММК і наявності портативного спірографа, або шляхом спрямування до ЦПМСД чи спеціалізованого амбулаторного рівня допомоги, в тому числі для диференційного діагнозу з бронхіальною астмою (проба на зворотність обструкції за бронходилятатором).

Для диференціального діагнозу з раком легень при наявності додаткових загрозливих симптомів (швидка, протягом тижнів чи місяців втрата ваги, кровохаркання, слабкість, зміни голосу), де виконується рентгенологічне дослідження легень чи/або комп'ютерна томографія легень та, при потребі виконується бронхоскопія з біопсією для гістологічного підтвердження, що **відбувається за направленням лікаря первинної ланки до спеціалізованої ланки медичної допомоги**.

Диференціальний діагноз також проводиться і з туберкульозом (за наявності тих же додаткових ознак, як і при дифдіагнозі з раком легень плюс тривалий субфебрилітет протягом тижнів чи місяців чи наявність інформації про контакти чи наявність підтвердженого туберкульозу в сім'ї чи контактному колі пацієнта, поганих соціально-побутових умовах та зниженні доступу до належного харчування, поганих умов проживання). За наявності обґрунтованих підозр на туберкульоз **пацієнт спрямовується лікарем загальної практики на спеціалізований рівень для рентгенографії органів грудної клітки чи/або лабораторної діагностики туберкульозу**.

Слід зауважити, що у деяких випадках одночасно можемо запідозрити на фоні ХОЗЛ рак легень або туберкульоз, тобто це не взаємовиключні діагнози.

Отже фахівці ММК повинні розглядати діагноз ХОЗЛ у будь-якого пацієнта, який має задишку, хронічний кашель або виділення мокроти та має фактори ризику в анамнезі (куріння).

Оцінка хронічного обструктивного захворювання легень в закладах первинної медичної допомоги чи на етапі роботи ММК може проводитись із застосуванням простого опитувальника, наприклад CAPTURE

ОПИТУВАЛЬНИК CAPTURE

Ви коли-небудь курили, жили або працювали в місці з брудним або забрудненим повітрям димом, пасивним тютюновим димом або пилом?

□ ТАК

□НІ

Чи змінюється Ваше дихання залежно від пори року, погоди чи якості повітря?

□ ТАК

□НІ

Чи ускладнює Ваше дихання такі дії, як перенесення важких вантажів, розчищення лопатою бруду чи снігу, біг, підняття по сходах?

□ ТАК

□ НІ

Чи легко Ви втомлюєтеся порівняно з іншими людьми вашого віку?

□ ТАК

□ НІ

Скільки разів Ви пропускали роботу за останні 12 місяців? (школу чи іншу діяльність через застуду, бронхіт чи пневмонію?)

□ ТАК (один і більше разів)

□ НІ

За кожну відповідь «ТАК» пацієнту нараховується 1 бал.

Інтерпретація результатів опитувальника:

більше 2-х балів – високий рівень ризику ХОЗЛ.

Для остаточного встановлення діагнозу ХОЗЛ необхідно виконати **спірометрію:** наявність зниженого співвідношення ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,70 після використання бронхолітика (проба з бронхолітиком) підтверджує наявність стійкого обмеження потоку повітря і ХОЗЛ у пацієнтів з відповідними клінічними симптомами та значним впливом шкідливих факторів (куріння, експозиція до пилу/диму).

Спірометрія може проводитись як у закладі охорони здоров'я (ЦПМСД, заклад спеціалізованої амбулаторної допомоги) за направленням лікаря загальної практики так і фахівцями ММК за умови наявності спірографа та відповідного нетривалого навчання (загалом можна навчити медичний персонал виконувати базову спірографію для діагностики ХОЗЛ і бронхіальної астми за 4-6 годин, але валідність навчання і відтворюваність результатів досягається лише за умови проведення тим, кого навчать не менше 5 досліджень на тиждень).

Після скринінгу, на спеціалізованому етапі при потребі лікарі-пульмонологи застосовують наступний підхід до діагностичного процесу.

КЛІНІЧНА КАРТИНА ТА ТИПОВИЙ ПЕРЕБІГ ХОЗЛ

ХОЗЛ є прогресуючим захворюванням, особливо за умов постійної дії чинників, що пошкоджують легені (передусім, тютюнового диму), і може мати різний перебіг. У більшості хворих у анамнезі є багаторічне тютюнопаління. Припинення тютюнопаління на кожному етапі розвитку ХОЗЛ сповільнює темп втрати функції легень. У значного відсотка пацієнтів з ХОЗЛ, діагностованого на підставі спірометричних критеріїв, відсутні клінічні симптоми.

1. Суб'єктивні симптоми: хронічний кашель, періодичний або щоденний, що, часто, триває впродовж цілого дня, рідко — виключно вночі; постійне відхаркування мокротиння, особливо після пробудження; задишка, переважно щоденна, спочатку пов'язана з фізичним навантаженням, з часом посилюється, врешті виникає у спокої. На відміну від бронхіальної астми, вираженість вказаних симптомів суттєво не змінюється впродовж дня та з дня на день. Хворі з тяжким ХОЗЛ можуть скаржитися на швидку втомлюваність, відсутність апетиту, втрату ваги і погіршення настрою, чи інші прояви депресії та тривоги.

2. Об'єктивні симптоми: залежать від стадії захворювання (на початковій стадії ХОЗЛ — можуть не виявлятися, особливо при спокійному диханні) і від переважання запального процесу бронхів (сухі свистячі та дзижчачі хрипи) чи емфіземи (при вираженій емфіземі — інспіраторне положення грудної клітки (інколи — діжкоподібна грудна клітка), обмежена дихальна екскурсія діафрагми, коробковий перкуторний звук, ослаблене везикулярне дихання, подовжений видих, особливо,

форсований). При важкому ХОЗЛ спостерігається участь додаткової дихальної мускулатури, втягнення при вдиху міжреберних просторів, видих через зімкнуті губи; інколи — центральний ціаноз; у випадку розвитку легеневого серця — прояви хронічної правошлуночкової недостатності →, з часом — кахексія, порушення функції скелетних м'язів, депресія. Пацієнти з низьким респіраторним драйвом — «сині коптильники» — відчувають меншу задишку і добре переносять фізичне навантаження, незважаючи на гіпоксемію. У пацієнтів з високим респіраторним драйвом — «рожевих від пихкання» — газовий склад крові не змінений, завдяки гіпервентиляції, що забезпечується значними дихальними зусиллями, і, як наслідок, розвивається постійне відчуття задишки і погана переносимість фізичного навантаження.

3. Загострення: гостре наростання симптомів з боку дихальної системи, більш виражене, ніж їх звичайне коливання з дня на день, що веде до зміни лікування.

Ключові показники для встановлення діагнозу ХОЗЛ

- Задишка:

- прогресує з часом;
- погіршується при навантаженні;
- постійна.

- Хронічний кашель :

- може бути епізодичним та непродуктивним (без харкотиння);
- періодичні хрипи при аускультації.

- Хронічне утворення мокроти: будь-який патерн виділення мокроти може свідчити про ХОЗЛ.
- Рецидивуючі інфекції нижніх дихальних шляхів: один і більше разів на рік

Фактори ризику в анамнезі:

- індивідуальні фактори (генетична схильність, вроджені/набуті порушення системи альфа-1-антитриписну),
- паління сигарет (стаж);
- дим від приготування їжі та палива для опалення;
- професійний пил, пари, гази та інші хімікати
- ХОЗЛ в сімейному анамнезі та /або фактори ризику дитинства: низька маса тіла при народженні, часті дитячі респіраторні інфекції.

Оцінка симптомів та перебігу захворюванням відповідно до тесту оцінки ХОЗЛ (ТОХ) - САТ та модифікованої шкали медичної дослідницької ради (мМДР) – mMRCC.

Оцінка кількості та ступеню важкості загострень ХОЗЛ.

Історія госпіталізацій при загостренні ХОЗЛ

Обстеження пацієнтів при ХОЗЛ:

1. Спірометрія - оцінка показників функції зовнішнього дихання при діагностиці та постійно для оцінки перебігу.

2. Пікфлуометрія – коли рутинна спірометрія недоступна, домашнє вимірювання пікового потоку видиху у поєднанні з перевіркою опитувальників пацієнтів може бути використано для підтвердження або спростування можливого діагнозу ХОЗЛ. Однак пікфлуометрія погано корелює з результатами спірометрії та

має низьку специфічність і не може диференціювати обструктивні та рестриктивні порушення функції легень.

3. Рентгенографія грудної клітини в двох проекціях.

4. Комп`ютерна томографія органів грудної порожнини (бронхоектази, були, диференційний діагноз з раком легень, туберкульозом та дифузними інтерстиційними захворюваннями легень.)

Патофізіологічні зміни при ХОЗЛ зазвичай виникають у наступній послідовності:

1) надмірна продукція слизу (увага: не у всіх хворих на ХОЗЛ клінічно спостерігається надмірна продукція слизу) і порушення мукоциліарного очищення;

2) обмеження циркуляції повітря по дихальних шляхах (внаслідок закупорки малих бронхів і бронхіол та збільшення податливості легень);

3) гіперінфляція легень та емфізема, тобто, розширення повітряних просторів, розташованих дистальніше термінальної бронхіоли, із знищенням альвеолярних стінок;

4) порушення газообміну;

5) розвиток легеневої гіпертензії (внаслідок вазоспазму в результаті ішемії, структурних змін в стінці дрібних легеневих артерій і втрати легеневих капілярів [внаслідок емфіземи]) і легеневого серця.

Загальні поради для лікарів первинної практики щодо рекомендацій пацієнтам з ХОЗЛ:

1. Слід обов’язково цілком припинити паління тютюну та уникати пасивного паління і контакту з забрудненим повітрям, як атмосферним, так і у приміщеннях. Під час кожного візиту пацієнтам, що палять, слід рекомендувати кинути палити, а також надати їм доступ до програм підтримки або фармакотерапії.

2. Фізичне навантаження: рекомендовані на всіх стадіях ХОЗЛ.

3. Реабілітація: усім пацієнтам (за винятком пацієнтів з незначною інтенсивністю симптомів і низьким ризиком загострень), особливо тим, у яких попри оптимальне лікування зберігається задишка, а знижена толерантність до фізичного навантаження обмежує щоденну життєву активність. Найефективнішими є комплексні програми тривалістю ≥6 тиж. (чим довше, тим кращий ефект), які включають дихальну гімнастику, загальнозміцнюючі фізичні вправи, навчання пацієнтів та членів їх сімей, лікування тютюнової залежності, психологічну підтримку та психосоціальні заходи, консультації і дієтотерапію.

4. Навчання (його слід поєднувати з методами контрольованої спільної участі хворого у процесі лікування): в залежності від тяжкості ХОЗЛ повинно включати наступну тематику:

1) у всіх хворих — суть захворювання, його перебіг та терапевтичні можливості, зниження експозиції до факторів ризику, роль фізичної активності, правильна дієта, достатня кількість сну;

2) у хворих зі значно вираженою симптоматикою — методи контролю задишки, методи заощаджування енергії під час щоденної активності, методи подолання стресу;

3) у хворих з високим ризиком загострень — уникання факторів, які загострюють симптоми, моніторинг симптомів і тактика в разі їх посилення, значення письмового плану дій;

4) у хворих зі значною вираженістю симптоматики і високим ризиком загострень — паліативне лікування, питання, які стосуються кінцевого етапу життя, інформація, яка полегшить прийняти з випередженням рішення щодо тактики під час термінальної фази захворювання.

5. Адекватне харчування: гіпотрофія діагностується на підставі ІМТ <21 кг/м2, втрати >10 % маси тіла протягом останніх 6 міс., або >5 % протягом 1 міс. Дієтотерапія включає, зокрема, споживання достатньої кількості калорій, напр., шляхом частого харчування невеликими порціями впродовж дня. У разі необхідності, дієта може бути доповнена харчовими добавками. Зверніть увагу на чинники, які можуть утруднювати процес прийому їжі (наприклад, задишка, поганий стан зубів або проблеми з приготуванням їжі). У хворих з ожирінням застосуйте методи зниження маси тіла.

6. Вакцинація проти грипу і COVID 19 (усіх хворих) і вакцинація проти пневмококових інфекцій(хворим у віці ≥65-ти років (вакцини PCV13 і PPSV23) та молодшим хворим із серйозними супутніми захворюваннями, напр. хворобою серця (вакцина PPSV23).

7. Лікування хворих з супутніми бронхоектазами нічим не відрізняється від лікування решти пацієнтів з ХОЗЛ, але під час загострень може знадобитися інтенсивніша і триваліша антибіотикотерапія.

8. Лікар може надати медичні послуги для полегшення стану пацієнта (застосування небулайзера, сальбутамолу) та подальшого його скерування для проведення лікування до лікаря - пульмонолога.

8. Пацієнтам з вкрай тяжким ХОЗЛ у термінальній стадії необхідно забезпечити паліативну допомогу, направлену на покращення якості життя і повсякденної активності.

ПРОГНОЗ при ХОЗЛ

Покращити прогноз, головним чином, може припинення паління тютюну. Загострення ХОЗЛ збільшують ризик смерті. Основні причини смерті – це хвороби системи кровообігу, рак легень і дихальна недостатність.

ПРОФІЛАКТИКА ХОЗЛ

Найефективнішим методом профілактики виникнення ХОЗЛ і його прогресування є відмова від паління тютюну; важливо також уникати впливу забрудненого повітря та інших факторів ризику.

Додаток 2.6

Скринінг на втрату слуху

Скринінг на втрату слуху розроблено для застосування фахівцями ММК.

Актуальність проведення скринінгу на втрату слуху

За даними ВООЗ, близько 1,5 млрд. людей мають знижений слух, 430 млн. з яких страждають на інвалідизуючу втрату слуху.

Близько 60% випадків втрати слуху можна попередити.

Несвоєчасне виявлення втрати слуху у дітей призводить до затримки розвитку мови, неуспішності у навчанні, соціальної ізоляції та підвищення неблагополучності. Вчасне виявлення проблем слуху дозволяє не тільки відновити слух, але й надає можливість комфортно почуватися та розвиватися відповідно до вікових норм.

У зв'язку з жорстокою війною, яку розпочала російська федерація проти України кількість людей зі зниженим слухом значно зросла.

Слух страждає внаслідок гучних вибухів, звуків вогнепальної зброї, артилерії, впливу високого тиску та інших причин, пов'язаних з бойовими діями. Важливою складовою попередження втрати слуху серед наших захисників та захисниць є використання індивідуальних засобів захисту органу слуху відповідно до звукового навантаження.

Іншою важливою складовою є раннє виявлення ураження слуху з метою надання якнайшвидшої допомоги. Чим швидше буде надана відповідна допомога, тим вищі шанси зберегти та покращити слух.

Згідно даних досліджень, отриманих в результаті попередніх військових конфліктів акустична травма надалі залишається причиною зростання інвалідності у ветеранів з річним показником 13–18 %. Із 2,35 мільйонів унікальних випадків інвалідності у зв'язку із порушеннями слухової системи наприкінці 2013 фінансового року, приблизно 870 000 випадків спостерігалися серед учасників війн у Перській Затоці, а 551 000 випадків — в учасників операцій в Іраку та Афганістані. У межах Міністерства оборони (МО) США незворотні порушення щороку виникають у 2 % підлеглих, тоді як унікальні епізоди тимчасової зміни слуху спостерігаються в 11–14 %. Історично склалося, що медики не звертають уваги на акустичні травми, які є непомітними і не загрожують втратою життя або кінцівки, окрім випадків, коли вони пов'язані з іншими тяжкими пораненнями, або ступінь тяжкості яких призводить до втрати функціональності.

Все вищевказане вкотре підтверджує актуальність теми та необхідність раннього обстеження вух та діагностики слуху як в мирний так і військовий час.

Алгоритм проведення скринінгу на втрату слуху

Етап	**Хто виконує**	**Мета**	**Що проводиться**	**Необхідне оснащення**	**Результат**

1	Соціальний працівник	Скринінговий опитувальник	Заповнюється опитувальник пацієнтом	Роздрукований опитувальник, ручка, зручне місце для заповнення опитувальника	Заповнений опитувальник та визначення чи є необхідність в подальшому обстеженні
2	Соціальний працівник або медична сестра	Повноцінний опитувальник при підозрі на зниження слуху	Заповнюється опитувальник пацієнтом	Роздрукований опитувальник, ручка, зручне місце для заповнення опитувальника	Заповнений опитувальник, який передається лікарю для ознайомлення перед об'єктивним обстеженням
3	Лікар	Комплексна оцінка стану пацієнта щодо слуху	Збір анамнезу, отоскопія, камертональні тести	Отоскоп з вушними лійками різного діаметру, камертон, матеріали для нотаток, заповнені опитувальники пацієнтом	Оцінка статусу пацієнта та визначення чи потрібно проводити скринінгову аудіометрію
4	Лікар або медична сестра	Проведення скринінгової аудіометрії	Скринінгова аудіометрія	Аудіометр, спиртові серветки, тихе та комфортне приміщення для проведення обстеження, достатньо часу.	Проведена скринінгова аудіометрія. Визначення подальшого плану дій для даного пацієнта.

Перелік питань «Скринінговий опитувальник», на які пацієнт відповідає в «кімнаті очікування», які можуть видаватись соціальним працівником.

- □ Чи є скарги зі сторони слуху на даний момент?
- □ Чи були проблеми зі слухом в минулому (знижений слух, виділення з вух, травми або операції вух, голови, шиї)
- □ Чи були проблеми зі слухом в когось в родині раніше (знижений слух, шум у вухах, операції на вухах)

Якщо відповідь «Так» на будь-яке із запитань, то пацієнту надається повноцінний опитувальник для заповнення та скеровується на подальшу консультацію, обстеження.

Якщо відповідь «Ні» на всі запитання, то пацієнту рекомендується проходите обстеження слуху (аудіометрію) на щорічній основі в межах щорічного медичного огляду.

«Повноцінний опитувальник» для пацієнта з підозрою на зниження слуху.

- Загальні запитання

Прізвище, ім’я пацієнта

_____

Вік пацієнта (дата народження)

_____

Стать пацієнта
□ Чоловіча
□ Жіноча
□ Інше

- Скарги зі сторони ЛОР-органів (вухо, горло, ніс) на момент огляду
- Скільки часу тривають
- Чи отримували якесь лікування
- Чи є інші хронічні захворювання
- Чи були травми, операції голови та/або шиї в минулому
- Чи приймає пацієнт будь-які ліки на момент візиту. Якщо так, то які і скільки часу.
- Яка температура тіла пацієнта

Уточнюючі запитання

- Чи є відчуття зниженого слуху. Якщо є, то з якої сторони. Якщо з двох, то яка сторона краще чує.
- Чи є відчуття шуму (дзвону, писку) у вухах. Якщо є, то з якої сторони чи з двох сторін. З чим може пацієнт порівняти шум (наприклад, дзвін, писк, шум води, лінії електропередач, профілактика на ТБ чи щось інше)
- Чи є виділення з вух. Якщо є, то з якої сторони чи з двох сторін. Якого кольору ці виділення. Який запах цих виділень.
- Чи болять вуха. Якщо так, то який це біль (наприклад, гострий, ниючий, тупий)
- Чи є відчуття закладеності вух. Якщо так, то з якої сторони чи з двох сторін.
- Скільки часу тривають скарги.
- Чи пацієнт приймав будь які ліки для лікування.
- Чи є закладеність носа. Чи є виділення з носа. Якщо так, то які.

Після опитування пацієнта обов’язково запитати пацієнта:

- Чи він/вона зрозуміли всі запитання, чи потрібно пояснити щось в запитаннях опитувальника
- Що він/вона очікують отримати в результаті візиту.

Також важливо отримати інформацію від родичів, які будуть з пацієнтом на візиті, особливо, якщо пацієнт дитина.

Якщо в результаті спілкування з пацієнтом виявлені скарги, які можуть свідчити про наявність зниження слуху, то необхідно перейти до об’єктивного обстеження пацієнта.

Перший та обов’язковий пункт обстеження є отоскопія з використанням отоскопа та одноразових вушних лійок (воронок) різного діаметру. Дуже важливо підібрати діаметр вушної лійки, який дозволить максимально оцінити стан зовнішнього слухової каналу та барабанної перетинки. Жодні подальші обстеження не проводяться без проведення отоскопії спочатку.

Якщо при отоскопії виявляється сірка в слухових каналах, яка заважає оцінити стан барабанної перетинки, то необхідно спочатку провести видалення сірки і тільки після цього продовжити проведення обстеження.

Якщо вушна сірка тверда і не підлягає видаленню на момент обстеження, то призначаються краплі в вухо для розм’якшення сірки. Пацієнт скеровується до отоларинголога для видалення вушної сірки.

Якщо в слухових каналах є інші виділення, які заважають оцінити стан барабанної перетинки, то пацієнт скеровується до отоларинголога для подальшої консультації.

Якщо барабанні перетинки мають ознаки запалення (почервоніння, потовщення, перфорації в стадії загострення та подібні стани), то пацієнт скеровується до отоларинголога для подальшої консультації. На цьому обстеження пацієнта в межах мобільної команди завершується.

Якщо слухові канали без надмірної кількості сірки (примітка: вушка сірка – це природній механізм захисту шкіри слухового каналу, який допомагає її захищати від шкідливого впливу зовнішніх факторів. Наявність сірки є нормальним явищем. Надмірна кількість вушної сірки може викликати скарги зі сторони вух), то можна перейти до проведення камертональних тестів.

Камертональні тести

Тест Вебера проводиться наступним чином: лікар «запускає» камертон шляхом вдаряння бранш камертону об тверду поверхню тіла (зазвичай це лікоть, коліно, фаланга вказівного пальця) та ставить камертон на лоб пацієнта трохи нижче від лінії волосся. Камертон утримується двома пальцями за ніжку камертона. Далі лікар питає пацієнта чи він/вона чує звук або вібрацію. Якщо пацієнт каже, що чує, то лікар питає де пацієнт чує цей звук або вібрацію. Нам необхідно зрозуміти чи пацієнт чує звук посередині голови, однаково з двох сторін чи якась сторона чує звук краще, голосніше. Відповідний результат відмічається на бланку. Альтернативними місцями для прикладання камертону є спинка носу та посередині верхнього ряду зубів.

Тест Рінне проводиться наступним чином: камертон запускається і прикладається приблизно на відстані 3-5 см від входу в зовнішній слуховий канал з однієї сторони, щоб напрямок бранш камертону співпадав з лінією слухового каналу. Лікар питає пацієнта чи він/вона чує звук. Після отримання ствердної відповіді лікар прикладає ніжку камертону за вушною раковиною на соскоподібний відросток, тримаючи камертон двома пальцями за ніжку. Камертон не повинен торкатись волосся чи вушної раковини. Лікар запитує пацієнта чи він/вона чує звук чи вібрацію за вухом. Після отримання ствердної відповіді лікар запитує пацієнта, який звук був голоснішим: біля вуха чи за вухом. Якщо пацієнту важко відповісти, то процедура повторюється. Отримана відповідь відмічається на бланку. Аналогічна процедура проводиться з іншої сторони.

Після проведення камертональних тестів можна переходити до проведення *скринінгової аудіометрії* (визначення порогів слуху по повітряній провідності). Скринінгова аудіометрія проводиться згідно правил визначення порогів слуху. Повітряна провідність починає проводитись з краще-чуючого вуха.

Тональна порогова аудіометрія зазвичай може проводитись дорослим та дітям з 6-7 річного віку, залежно від здатності дитини виконувати інструкції для проведення даного обстеження.

Для проведення аудіометрії необхідно мати тихе, спокійне, комфортне приміщення, яке придатне для проведення даного обстеження. Перед початком обстеження необхідно обробити навушники та пульт для відповіді спиртовими серветками. Перед проведенням аудіометрії лікар або медична сестра проводять інструктаж пацієнта щодо проведення аудіометрії. Детальні інструкції щодо проведення даного обстеження будуть висвітлені під час тренінгу для персоналу, який буде проводити аудіометрії.

Для дітей до 3-ох років життя для скринінгу можна використовувати метод реєстрації отоакустичної емісії. В ідеалі дане обстеження проводиться дитині в стані сну. Якщо дитина не спить, то важливо максимально мати спокійне середовище для проведення обстеження і, щоб дитина не плакала і не рухалась багато. Скринінг слуху можна проводити з проміжком 2-4 тижні, якщо дитина не проходить скринінг.

Якщо під час проведення будь-якого з вищевказаних обстежень визначаються відхилення, то рекомендується скерувати такого пацієнта до отоларинголога для подальшої консультації.

Після проведення всіх обстежень лікар пояснює пацієнту всі результати, запитує чи в пацієнта є додаткові запитання, чи пацієнт все зрозумів, вирішують подальший план дій для пацієнта.

Якщо пацієнт отримав травму внаслідок обстрілу, вогнепальної зброї, артилерійського обстрілу, інших причин та має зниження слуху, то такому пацієнту рекомендується проводити обстеження слуху хоча б один раз на 3-6 місяців.

Якщо на консультацію приходять військовослужбовці, то наголошується на важливості використання індивідуальних засобів захисту вух в бойових умовах та під час навчань для попередження появи зниження/втрати слуху.

Додаток 2.7

Скринінг гендерно зумовленого насильства
(включно з урахуванням домашнього насильства)

Що таке гендерно зумовлене насильство?

Гендерно зумовлене насильство (ГЗН) — це будь-які шкідливі дії, які вчиняються проти вашої волі та ґрунтуються на певних гендерних упередженнях та стереотипах.

В умовах війни кількість випадків ГЗН може зростати, оскільки зростає рівень вразливості окремих груп населення, а доступ до системи правосуддя, медичної та соціальної підтримки ускладнюється.

Види ГЗН

- **фізичне насильство**

частіше вчиняють щодо жінок та дівчат
приклад: “я тебе не б’ю, а виховую, бо треба поводитися відповідно”

- **психологічне насильство**

використовується для контролю людини
аргументи можуть базуватися на гендерних стереотипах
приклад: “жінка має бути слухняною, слухайся мене, чоловіка”

- **сексуальне насильство**

будь-які дії сексуального характеру без активної згоди
як в шлюбі, так і поза ним

- **економічне насильство**

фінансовий контроль над людиною
може базуватися на гендерних стереотипах
приклад: “я чоловік, я буду контролювати твої витрати”

У переважній більшості випадків <u>саме жінки та дівчата</u>
зазнають гендерно зумовленого насильства

Під тиском суспільних норм та гендерних стереотипів постраждалим від насильства часто буває складно розповісти про цей досвід та звернутися по допомогу. Оскільки тема насильства досі залишається табуйованою, важливо, щоб соціальні працівники/ці організацій були достатньо чутливими до постраждалих та знали, як підтримати.

Чим домашнє насильство відрізняється від ГЗН?

Насправді домашнє насильство та насильство з боку інтимного партнера часто є також проявами гендерно зумовленого насильства.

У більшості випадків домашнього насильства зазнають діти та жінки різного віку. Також у групі ризику перебувають жінки та чоловіки похилого віку, щодо яких можуть вчиняти насильницькі дії їхні діти та/або родичі, які здійснюють догляд.

Постраждалі від домашнього насильства часто перебувають під тотальним контролем з боку кривдника, через що вони мають додаткові бар'єри в зверненні по допомогу й отриманні належних медичних та психосоціальних послуг.

Домашнє насильство зазвичай розпочинається з психологічного.

Щодо людини можуть застосовувати маніпуляції, шантаж, газлайтинг, знецінення її поглядів та ін. На цьому етапі людині буває дуже складно ідентифікувати себе постраждалою, тому якщо клієнт у розмові згадують подібні прояви поведінки родичів чи партнера/ки - варто звернути на них увагу.

Як розпізнати гендерно зумовлене насильство?

Якщо ви можете дати ствердну відповідь принаймні на **ОДНЕ** питання із перелічених нижче, варто більш детально поговорити з людиною щодо її стану, оскільки є ризик, що вона переживала чи переживає насильство.

Важливо! *Ці питання не варто ставити безпосередньо людині, натомість після того, як ви достатньо поспілкувалися, спробуйте самостійно проаналізувати випадок, спираючись на них.*

- Клієнт/ка висловлював/ла занепокоєння щодо своєї безпеки вдома чи на роботі?
- На тілі та/чи обличчі клієнта/ки спостерігалися ознаки фізичних пошкоджень (синці, подряпини тощо)?
- Клієнт/ка зазначав/ла що відчуває страх або загрозу з боку певних осіб?
- Клієнт/ка розповідав/ла про обмеження з боку інших осіб у свободі його/її руху або комунікації?
- Клієнт/ка звертався/лась до правоохоронних органів або інших служб зі скаргами на насильство?
- Клієнт/ка демонструє поведінку, яка може свідчити про пережитий досвід насильства (поводиться налякано або занадто пасивно; має труднощі з самостійним прийняттям рішень; лякається різких звуків чи рухів; почувається дискомфортно через поведінку партнера/ки)?

Якщо в сім'ї є діти, вони можуть поводитись занадто спокійно і пасивно у присутності кривдника, але водночас занадто активно чи навіть агресивно поводитися щодо інших дітей.

Зверніть увагу!
Діти, які стали свідками насильства вдома,
також вважаються постраждалими,
а отже, потребують захисту.

На етапі огляду в медичної сестри чи лікаря/ки на те, що пацієнт/ка зазнає насильства, можуть вказувати:

- симптоми депресії, тривожності, порушень сну
- сліди побоїв, синці, які пацієнт/ка не можуть пояснити або які намагаються приховати
- симптоми з боку репродуктивної системи, які не мають пояснення
- хронічні болі, які не мають пояснення
- симптоми захворювань шлунково-кишкового тракту, які не мають пояснення
- хронічний головний біль, погіршення слуху, проблеми зі сприйняттям інформації та концентрації уваги

ознаки заподіяння собі шкоди.

Як розпізнати кривдника?

Додатковим фактором, який може допомогти ідентифікувати випадок насильства, є поведінка кривдника. Важливо розуміти, що не існує єдиного портрету людини, яка вчиняє насильство.

“На людях” кривдники можуть поводитися вкрай пристойно та ввічливо. Однак бувають випадки, коли вони демонструють прямі або опосередковані прояви насильницької поведінки, зокрема:

- контролюючу та безкомпромісну поведінку стосовно іншої людини
- перекладання власної відповідальності на інших
- знецінення
- маніпуляції політичними, моральними чи релігійними переконаннями, щоб виправдати себе

обмеження спілкування іншої людини з фахівцем наодинці

Як спілкуватися із людиною, яка ймовірно переживає ГЗН, щоб допомогти?

Людям, які зазнають насильства, зазвичай складно про це говорити. Якщо ви помітили ознаки, які вказують на те, що клієнт переживають насильство, не варто поспішати з розмовою й запитувати “в лоб”.

Перш за все, подбайте про свою безпеку та безпеку людини, із якою хочете поговорити. Не варто розмовляти в загальних або прохідних приміщеннях. Пам’ятайте, **можливо, ви перша людина в житті клієнта, із якою він про це говорять. Будьте обережними, неспішними та чутливими в кожному слові.**

Розпочніть розмову з того, що ви спостерігаєте зміни в стані людини, що були свідком поведінки, яка вас хвилює. Поясніть, що саме тому хочете обговорити ситуацію і, за потреби, надати допомогу в той спосіб, який підійде клієнту.

Не починайте зі ствердження, що людина переживає насильство, краще обережно поясніть своє занепокоєння та запитайте в неї, чи готова вона поділитися тим, що з нею відбувається.

Пам'ятайте, що в будь-який момент клієнт може відмовитися розмовляти - і повернеться до цього діалогу через тиждень, місяць або не повернеться, якщо не буде готовий, - і це нормально.

Ваше головне завдання - показати людині, що ви підтримуєте її і в момент потреби готові стати для неї "додатковою опорою".

ВАЖЛИВО!

- Запитайте людину, чи їй зручно розмовляти з вами там, де ви перебуваєте.
- Якщо людину хтось супроводжує, це не означає, що людина почувається в безпеці.
- Переконайтеся, що у присутності когось, окрім вас, вона почувається безпечно. А краще - запропонуйте поговорити віч-на-віч.
- НЕ нав'язуйте допомогу, натомість зосередьтеся на тому, щоб проінформувати людину про доступні послуги.

Ваші подальші кроки

- **Запропонуйте воду, місце для усамітнення, серветки тощо.**

НЕ тисніть на людину, щоб вона повідомила додаткову інформацію, крім тієї, яку вона хоче розповісти. Ваша роль полягає в тому, щоб вислухати й надати інформацію про доступні послуги у сфері протидії ГЗН.

- **Якщо людина, як ви встигли зрозуміти, потребує підтримки, запропонуйте їй за змоги вибрати когось, із ким вона почуватиметься комфортно.**

НЕ запитуйте про те, чи хтось зазнав насильства або зґвалтування тощо.

- **Говоріть простими словами й короткими реченнями.**

НЕ використовуйте поняття чи терміни, якими оперують фахівці з ГЗН.

- **Слухайте більше, а говоріть менше.**

НЕ записуйте нічого, не фотографуйте людей, які до вас звертаються. Не записуйте розмову та не передавайте усно особисту інформацію* про людину

стороннім, зокрема ЗМІ. Відкладіть телефони та комп'ютери, щоб уникнути занепокоєння особи щодо того, що її голос може записуватися.

***** *Особиста інформація — це ім'я та прізвище клієнта, ім'я та прізвище кривдника/-ів, дата народження, домашня адреса, адреса місця роботи, номер школи, до якої ходять діти, точний час та місце інциденту тощо.*

- **Говоріть слова розради та підтримки. Підкресліть, що в тому, що сталося, немає провини людини, яка до вас звернулася.**

НЕ розпитуйте про те, що сталося. Натомість вислухайте й запитайте, що ви можете зробити, щоб підтримати людину.

- **Зберігайте конфіденційність будь-якої інформації, яку вам повідомили.**

Якщо вам потрібно звернутися за порадою та настановами щодо того, як найкраще підтримати людину, яка пережила ГЗН, попросіть її дозволу поговорити з фахівцями чи колегами. Робіть це, не розкриваючи особистої інформації людини, яка до вас звернулася.

НЕ порівнюйте досвід людей, які до вас звертаються, з досвідом інших. Не говоріть: "Тут немає нічого особливого" або "Ситуація не важлива". Важливо все, що відчувають ваші співрозмовники/-ці!

- **Знайте про межі дотримання конфіденційності.**

Існують ситуації, які вимагають звернення до відповідних державних органів чи установ. У таких ситуаціях варто не приймати поспішних рішень самостійно та додатково порадитися з фахівчинею/-цем із питань ГЗН.

НЕ ставте під сумнів і не заперечуйте те, що вам розповіла постраждала особа. Пам'ятайте, що ваша роль полягає в тому, щоб вислухати без осуду та надати інформацію про доступні послуги.

- **Поважайте право людини, яка до вас звернулася, на ухвалення власного рішення.**

НЕ перебільшуйте своїх умінь, не давайте обіцянок, які не можете виконати, і не повідомляйте неправдиву інформацію.

- **Надайте інформацію про всі доступні послуги, навіть якщо це не спеціалізовані послуги реагування на ГЗН.**

НЕ давайте особистих порад і не висловлюйте власних думок щодо того, як краще вчинити або що робити далі.

- **Скажіть людині, що зараз вона не зобов'язана ухвалювати жодних рішень, що вона може передумати та звернутися до відповідних служб у майбутньому.**

НЕ припускайте, що ви знаєте, чого хоче чи потребує людина. Деякі дії можуть наражати людей, які зазнали ГЗН, на додатковий ризик стигматизації, помсти чи заподіяння шкоди.

- **Запитайте, чи є хтось (друг/подруга, член сім'ї, доглядальник/-ця чи хтось інший), кому людина довіряє та до кого може звернутися за підтримкою.**

НЕ робіть припущень щодо когось або чийогось досвіду і не дискримінуйте когось за будь-якою ознакою: статтю, віком, сімейним станом, наявністю інвалідності, релігією, етнічною чи класовою належністю, сексуальною орієнтацією, гендерною ідентичністю тощо.

- **Запропонуйте людині свій телефон або інший засіб зв'язку, щоб вона зв'язалася з тим, кому довіряє, якщо ви відчуваєте, що це безпечно.**

НЕ намагайтеся примирити людину, яка пережила ГЗН, з кривдником, його членом сім'ї тощо, і не пропонуйте їм розв'язати ситуацію між собою.

- **Попросіть дозволу, перш ніж вчиняти будь-які дії.**

НЕ повідомляйте **нікому** деталі інциденту та опис людини, яка до вас звернулася. НЕ приймайте жодні рішення замість неї.

- **Завершіть розмову словами підтримки.**

НЕ ініціюйте першим повторний контакт з людиною, яка до вас зверталася. Клієнт має самостійно визначити чи звернеться до вас ще раз.

Як і куди перенаправити клієнта?

Якщо ви стали свідком насильства, негайно **викликайте поліцію**.

- Якщо людина розповіла про те, що щодо неї вчиняють насильство, або ви маєте такі підозри, **надайте людині інформацію, куди вона може звернутись** (проте будьте обережні з наданням будь-яких роздрукованих матеріалів, адже вони можуть наражати людину на додаткову небезпеку).
- Попередньо подбайте про налагодження системи перенаправлень з профільними організаціями, які можуть допомогти.
- Якщо людина поділилася з вами своїм досвідом пережитого насильства, їй може бути складно зробити це ще раз, тож **краще уникати "холодних перенаправлень" у ситуаціях, коли клієнт просить про допомогу саме у вас.**

Алгоритм дій, якщо клієнт вирішила звернутися у поліції

За запитом клієнта ви можете порадити наступні кроки:

зателефонуйте на 102 або прийдіть у найближче відділення поліції

- попередньо бажано підготувати та надійно сховати для себе принаймні копії ваших документів (якщо йдеться про домашнє насильство і кривдник не дає доступу до оригіналів)
- поділіться з оператором або поліцейським усією історією (з важливими деталями, датою, місцем та іменами)
- заповніть заяву: у ній варто надати інформацію про себе, подію, що сталася, надати свідчення чи докази (фото, смс, покази свідків), якщо такі є
- збережіть копії документів, що стосуються вашої справи, включно із заявою
- дізнайтеся коли ви можете очікувати на оновлення щодо розслідування вашої справи
- обов'язково візьміть контакти слідчого для подальшого спілкування
- паралельно ви можете звернутися до організацій, які надають підтримку людям, які постраждали від гендерно зумовленого насильства, по консультації на кожному з етапів розслідування

Перенаправлення на постачальників послуг із запобігання та протидії ГЗН онлайн

Ви можете надати клієнту відповідну брошуру із зазначенням сервісів з ГЗН.

ВАЖЛИВО! *Орієнтуйтеся на безпекову ситуацію клієнта, у випадку, коли вдома загрожує кривдник, краще уникати друкованих матеріалів, які можуть наразити людину на додаткову небезпеку. У такому разі обговоріть та вивчіть з нею екстрені контакти, якими можна скористатися.*

назва організації	**номер телефону**
урядова гаряча лінія з питань запобігання та протидії домашньому насильству, насильству за ознакою статі	• 1547
гаряча лінія для чоловіків	• 2345 (анонімно, безкоштовно та цілодобово)
служба медико-психологічної допомоги та профілактики гострих кризових станів (Київ) медичну допомогу постраждалим від насильства надають кабінети медико-психологічної допомоги	• (044) 456 17 02 • (044) 456 17 25
телефонна лінія сексуально-репродуктивного здоров'я щодо здоров'я жінки	• 3033
безоплатна правова допомога	• 0 800 213 103
національна гаряча лінія з попередження домашнього насильства, торгівлі людьми та гендерної дискримінації ГО «Ла Страда-Україна»	• 0 800 500 335(з мобільного або стаціонарного) • 116 123 (з мобільного) (цілодобово, дзвінки безкоштовні)

лінія запобігання самогубствам Lifeline Ukraine	• 7333
національна гаряча лінія для дітей та молоді ГО «Ла Страда-Україна»	• 800 500 225 (з мобільного або стаціонарного) • 116 111 (з мобільного) (цілодобово, дзвінки безкоштовні)
гаряча лінія з питань ВІЛ/СНІД БО «Фонд профілактики хімічних залежностей та СНІДУ»	• 0 800 500 451 (цілодобово, безоплатно)
платформа допомоги врятованим	https://www.help-platform.in.ua/
ГО “Дівчата” постраждалі від гендерно зумовленого насильства можуть знайти допомогу та підтримку, необхідну для подолання травми та відновлення свого життя	• +38073-460-38-60, Через електронну пошту help@divchata.org https://www.divchata.org/uk/
Brave&Safe Platform	https://www.instagram.com/brave.safe.platform/

Перенаправлення на постачальників послуг із запобігання та протидії ГЗН офлайн

Нижче вказаний перелік організацій у різних областях України, які надають послуги із запобігання та протидії ГЗН, куди ви можете перенаправити клієнта після скринінгу.

Перед перенаправленням варто переконатися в тому, що організація/шелтер дійсно можуть надати допомогу. Пам’ятайте, що в ситуації насильства не завжди є час обдзвонювати низку служб, щоб знайти ту, яка надасть допомогу. За можливості, подбайте про такі домовленості попередньо.

Житомир та Житомирська область		
назва	**адреса**	**контакти**
Шелтер центру соціальних служб міської ради	м. Житомир, майдан Польовий, 8, каб. 101	(063) 354 65 20
БО “Благодійний фонд “РОКАДА”	м. Житомир, майдан Перемоги, 10	(067) 322 40 78
Регіональний центр з надання безоплатної вторинної правової допомоги	м. Житомир, Соборна площа, 1	(0412) 42 23 12
ЦНСП Брусилівської селищної ради	смт Брусилів, вул.Митрополита Іларіона, 40	(041) 623 16 41
Мобільна бригада соціально психологічної допомоги постраждалим від домашнього насильства та насильства за ознакою статі	смт. Хорошів, вул. Героїв України, 6	(050) 532 95 19
ЦСС Любарської селищної ради	с. Старий Любар, вул. Медична, 5	(096) 592 76 54

Київ та Київська область		
назва	**адреса**	**контакти**
ГО “Дівчата”	Київ, просп. Червоної Калини, 89б (офіс 10)	(073) 460 38 60
"Ла Страда — Україна"	Київ, проспект Перемоги, 71/2 (офіс 32)	0 800 500 225
Проєкт професійної психологічної допомоги "Gidna" (“Гідна”)	Київ, вул. Мечнікова, 2 (БЦ Парус, офіс 25)	(050) 909 88 81
Київський міський Центр гендерної рівності, запобігання та протидії насильству	Київ, просп. Любомира Гузара, 7	(044) 404 21 97
Елеос — Україна	Київ, вул. Трьохсвятительська, 4б	(098) 389 77 06
БО БФ "Всі українці"	Київ, вул.Гаврилишина Богдана, будинок 7, офіс 102	(097) 339 31 32
простір «Вільна»	Київ, вул. Антоновича, 33-В, БЦ “Махім”, 6 поверх, офіс 18 м. Вишгород вул. Шолуденка, 6Г	(098) 440 26 46
БО “Благодійний фонд “РОКАДА”	Київ, вул. В. Чумака, 7	(063) 299 83 24
Мережа центрів підтримки “ЯМаріуполь”	Київ, вул. Антоновича, 39 Київ, вул. Магнітогорська, 9	(050) 322 51 66 (095) 130 18 37 (096) 927 71 67
Лівобережний Київський місцевий центр з надання безоплатної правової допомоги	Київ, вул. Сімферопольська, 5/1	(050) 708 07 88
Правобережний Київський місцевий центр з надання безоплатної правової допомоги	Київ, вул. Єреванська, 32	(096) 593 97 60
UNFPA. Центри допомоги врятованим	Київ, вулиця Райдужна, 6а	(066) 170 48 90
Вона Хаб	Київ, вул. Михайла Максимовича, 26б	(095) 732 90 46
Київський міський центр соціальних служб	Київ, вул. Довженко, 2	(044) 456 85 54
Денний центр соціально-психологічної допомоги	Київ, вулиця Райдужна, 6а	(044) 272 15 00
Київський міський центр соціально-психологічної допомоги	Київ, вул. Новодарницька, 26, корп. 1	(095) 630 17 94
Київський міський центр сім’ї “Родинний дім”	Київ, вул. Новодарницька, 26, корп. 2	(068) 320 33 22

Київське міське клінічне бюро судово-медичної експертизи (медична допомога)	Київ, пров. Бондарський, 7а	(044) 275 34 46
Славутицький міський центр соціальних служб	м. Славутич, Поліський квартал, 12	(04579) 301 80
Служба у справах дітей та сім'ї Яготинської міської ради	м. Яготин, вул. Незалежності, 110	(04575) 555 95
Глевахівський центр надання соціальних послуг	смт. Глеваха, вул. Вокзальна, 26	(096) 628 09 04
Миронівський центр надання соціальних послуг	м. Миронівка, вул. Соборності, 48	(063) 187 74 28
Служба у справах дітей та сім'ї Сквирської міської ради	м. Сквира, вул. Карла Болсуновського, 28	(045) 685 36 05
ГО “Правова єдність”	м. Біла Церква, вул. Леваневського, 55	(096) 702 37 47
Convictus Ukraine	м. Київ, вул. Миколи Закревського, 20	(067) 696 34 84
ГО "Українська Ініціатива"	м. Київ, вул. Малишка, 25/1	(050) 952 33 53
ГО "Інноваційні соціальні рішення"	м. Київ, вул. Антоновича, 33	(067) 739 74 29
IOM Ukraine	м. Київ, вул. Михайлівська, 8	(044) 568 50 15
Жіночий консорціум України	м. Київ, вул. Дарвіна, 8 (кв. 55)	(044) 592 68 54
ADRA Ukraine	м. Київ, вул. Лариси Руденко, 3	(067) 333 17 52
БФ “Стабілізейшен Суппорт Сервісез”	м. Київ, вул. Січових Стрільців, 1-5	(093) 854 16 25
ГО "Ініціатива Е+"	м. Київ, вул. Малишка, 25/1	(050) 952 3353
ГО “Синергія відбудови України”	м. Київ, вул. Антоновича, 9 (кв. 12)	(099) 605 09 49
Global Communities	м. Київ, вул. Ділова, 5б (офіс 510)	(050) 554 67 97
Українська фундація громадського здоров'я	м. Київ, вул. Євгена Чикаленка, 45/2	(067) 113 47 59
ГО “Позитивні жінки”	м. Київ, вул. Костянтинівська, 46-52 (кв. 1)	(044) 467 75 67
East SOS	м. Київ, Печерський Узвіз, 19	(066) 617 14 58
ГО "Чайка"	смт. Гостомель, вул. Кірова, 2 (кв. 7)	(050) 447 38 49

Чернігів та Чернігівська область		
назва	**адреса**	**контакти**

БО “Благодійний фонд “РОКАДА”	м. Чернігів, вул. Княжа, 12	(067) 337 01 61
Департамент сім’ї, молоді та спорту Чернігівської облдержадміністрації	м. Чернігів, вул. Шевченка, 7	(067) 281 43 00
Служба у справах дітей Чернігівської облдержадміністрації	м. Чернігів, вул. Гонча, 37	(0462) 674 638
Чернігівський обласний центр соціально-психологічної допомоги	м. Чернігів, вул. Шевченка, 21	(0462) 77 89 84
Чернігівський громадський комітет захисту прав людини	м. Чернігів, вул. Гонча, 57/1	(0462) 675 281
Регіональний центр з надання безоплатної вторинної правової допомоги	м. Чернігів, вул. П'ятницька, 39 (каб. 711)	(0462) 651 477
Простір “Вільна”	м. Ніжин вул. Б.Хмельницького, 27 (ТЦ “Мехіко”)	(098) 440 05 01
Мобільна бригада соціально-психологічної допомоги	Ніжин, вул. Об`їжджа, 120	(050) 532 94 88
Менський міський центр соціальних служб	Корюківський р-н, м. Мена, вул. Семашка, 8	(046) 443 10 07 (046) 442 11 33
ГО "Лампа"	м. Сновськ, вул. Незалежності, 19	(046) 542 15 42

Додаток 2.8

Скринінгова анкета з ГЗН для соціального/ої працівника/ці ММК

Ця анкета заповнюється соціальним/ою працівником/цею по завершенню спілкування з клієнтом/кою та залишається у фахівця/чині.

За згодою клієнта/ки заповніть дані, якими він/вона готові поділитися для Вашої внутрішньої звітності (в окремих випадках можуть вноситися лише ім'я людини та її вік)

1. Прізвище, ім'я та по батькові клієнта/ки
   _____
2. Дата народження (день, місяць, рік)
3. Стать

- ❑ чоловік
- ❑ жінка
- ❑ інше

На основі спілкування з клієнтом/кою дайте відповіді на запитання:

Клієнт/ка висловлював/ла занепокоєння щодо своєї безпеки вдома чи на роботі?

- ❑ так
- ❑ ні

На тілі та/чи обличчі клієнта/ки спостерігалися ознаки фізичних пошкоджень (синці, подряпини тощо)?

- ❑ так
- ❑ ні

Клієнт/ка зазначав/ла що відчуває страх або загрозу з боку певних осіб?

- ❑ так
- ❑ ні

Клієнт/ка розповідав/ла про обмеження з боку інших осіб у свободі його/її руху або комунікації?

- ❑ так
- ❑ ні

Клієнт/ка звертався/лась до правоохоронних органів або інших служб зі скаргами на насильство?

- ❑ так
- ❑ ні

Клієнт/ка демонструє поведінку, яка може свідчити про пережитий досвід насильства (поводиться налякано або занадто пасивно; має труднощі з самостійним прийняттям

рішень; лякається різких звуків чи рухів; почувається дискомфортно через поведінку партнера/ки).

- ❑ так
- ❑ ні

Під час візиту до медичної сестри та/або лікаря/ки у клієнта/ки виявлено симптоми, які можуть свідчити про насильство (симптоми депресії, порушень сну; сліди фізичних травм; симптоми з боку репродуктивної системи; хронічні болі, які не мають пояснення; ознаки заподіяння собі шкоди).

- ❑ так
- ❑ Ні

Якщо відповідь принаймні на одне питання ТАК, рекомендовано провести додаткову розмову з клієнтом/кою щодо його/її стану та у разі виявлення випадку насильства - запропонувати перенаправлення.

За результатами спостереження та виявлення вказаних вище ознак було здійснено додаткову розмову щодо стану клієнта/ки.

- ❑ так
- ❑ ні

Після розмови з клієнтом/кою щодо його/її стану ризик насильства підтвердився.

- ❑ так
- ❑ ні

За результатами скринінгу здійснено перенаправлення до профільної організації.

- ❑ так
- ❑ ні

Талон перенаправлення

(віддається клієнту/ці)

Рекомендуємо Вам звернутися в організацію _____ за номером телефону _____ або за адресою _____. Крім цього, Ви можете скористатися гарячими лініями (116-123 - Національна гаряча лінія з попередження домашнього насильства, торгівлі людьми та гендерної дискримінації) та онлайн-сервісам, інформацію про них отримайте у соціального/ї працівника/ці.
У випадку додаткових питань до соціального/ї працівника/ці, що видав перенаправлення, зверніться за номером _____.

Дата:
Фахівець/чиня:

Додаток 2.9

Скринінг психосоціального стану клієнта/ки
(пам'ятка для соціального/ї працівника/ці мобільної медичної команди)

Цю коротку скринінгову анкету клієнт/ка заповнює самостійно або з допомогою соціального/ї працівника/ці. Вона містить кілька запитань, покликаних визначити загальний психічний стан клієнта/ки та його потреб у психосоціальній підтримці.

Ця анкета не є валідизованим скринінговим інструментом. Її мета – допомогти соціальним працівникам/цям після отримання відповідей клієнта/ки проаналізувати доцільність застосування додаткових скринінгів, зокрема на депресію, тривожність, ПТСР, проблеми із залежністю від алкоголю.

Анкету варто запропонувати або заповнити разом із клієнтом/кою під час першої розмови з ним/нею.

Скринінгова анкета клієнта/ки

Нижче наведено низку запитань, відповіді на які дадуть змогу соціальному працівнику/ці оцінити ваш загальний соціально-психічний стан. Просимо зробити відмітки навпроти кожного пункту анкети, позначивши одну правильну відповідь. Відповіді на ці запитання допоможуть фахівцям/чиням команди визначити подальші кроки та запропонувати відповідні послуги.

Ваші відповіді в анкеті не є підставою для жодних діагнозів і є повністю конфіденційними.

1. Ваші прізвище й ім'я
   _____
2. Дата народження _____
3. Стать

□ чоловік □ жінка □ інше

№	Запитання	Так	Ні
1	Чи траплялася/ися **протягом усього Вашого життя подія (події),** яка/і несла/и **загрозу Вашому життю чи життю іншої людини** (часто насильницькі та раптові), наприклад: пожежа, стихійне лихо, невиліковна хвороба, смерть або хвороба близької людини, ДТП, участь у бойових діях, присутність під час обстрілу, напад, пограбування, насильство над іншими, тортури, свідок раптової смерті або інші		
2	На Вашу думку, ця подія (події) продовжує/ють впливати на Ваше самопочуття?		
	Чи спостерігалися у Вас **протягом останнього місяця:**		
3	**Порушення сну**, наприклад: вам важко заснути, прокидаєтеся серед ночі, маєте жахливі сновидіння, надмірну сонливість		
4	**Порушення апетиту**, наприклад: втрата апетиту або переїдання і це позначилося/ається на масі тіла		
5	**Порушення звичного функціонування**, наприклад: зниження інтересу або неможливість виконувати життєві справи, підвищена слабкість, сильна втома, нестача енергії, напруженість, знервованість, роздратування, байдужість до всього		
6	**Порушення пам'яті, мислення, уваги,** які помітні іншим або суттєво впливають на вашу життєдіяльність		
	Чи спостерігаються у Вас **протягом останніх двох тижнів описані** нижче прояви?		
7	Ви занадто сильно хвилювалися з різних приводів і не могли заспокоїтися.		
8	Відчували сильний смуток, втому, пригнічення, втрату інтересу до всього, безнадію.		
9	Чи виникали у Вас думки про те, що краще не жити?		
10	Чи думали Ви останнім часом (протягом місяця), що Вам потрібно скоротити вживання алкоголю?		
11	Чи виникають у Вас конфлікти з іншими людьми з приводу Вашого вживання алкоголю?		
12	Чи мали Ви потребу вживати алкоголь зранку, щоб покращити свій стан?		

В опитувальнику всі запитання умовно згруповані в 4 блоки:

Блок А: травми (запитання 1 і 2)
Блок Б: фізіологічні прояви та скарги на здоров'я (запитання 3, 4, 5 і 6)
Блок В: депресія (запитання 8 і 9) **та тривога** (запитання 7)

Блок Г: зловживання алкоголем (запитання 10, 11 і 12)

Дешифратор

Якщо всі відповіді «НІ» – потреби в додатковій діагностиці для цього клієнта/ки немає.
Якщо є хоча б одна відповідь «ТАК» – потрібен додатковий скринінг для перевірки ризику наявності станів ПТСР, депресії, тривожності та зловживання алкоголем. Окремо підраховується кількість балів для кожного стану.
Наявність відповідей «ТАК» на запитання лише блоку А (фізіологічні прояви та скарги на здоров'я) і відсутності цієї відповіді в інших блоках запитань – рекомендувати клієнту/тці звернутися до сімейного лікаря.

За кожну відповідь «ТАК» нараховується 1 бал, відповідь «НІ» – 0 балів.							
ПТСР		**Депресія**		**Тривожність**		**Зловживання алкоголем**	
№ запитання	**Бал**	**№ запитання**	**Бал**	**№ запитання**	**Бал**	**№ запитання**	**Бал**
1		3		3		10	
2		4		4		11	
3		5		5		12	
4		6		6			
5		8		7			
6		9					
Загальний бал (0–6) ПТСР		Загальний бал (0–6) Депресія		Загальний бал (0–5) Тривожність		Загальний бал (0–3) Зловживання алкоголем	
2 і більше балів (обов'язкова відповідь «ТАК» на запитання 1)		1 і більше балів (обов'язкова відповідь «ТАК» на запитання 8 та/або 9)		1 і більше балів (обов'язкова відповідь «ТАК» на запитання 7)		1 і більше балів	
Перенаправлено до психолога (так/ні)		Перенаправлено до психолога (так/ні)		Перенаправлено до психолога (так/ні)		Перенаправлено до психолога (так/ні)	

Ризик розвитку ПТСР, депресії, тривожності, зловживання алкоголем
0 балів: не виявлено ризику розвитку
Соціальний/на працівник/ця за бажанням клієнта/ки надає інформацію/матеріали щодо психологічної підтримки та здорового способу життя.
1–6 балів: виявлено ризик розвитку ПТСР, депресії, тривожності, зловживання алкоголем: ✓ ПТСР: 2–6 балів («так» на запитання 1 обов'язкове) ✓ Депресія: 1–6 балів («так» на запитання 8 і 9 обов'язкові) ✓ Тривожність: 1–5 балів («так» на запитання 7 обов'язкове) ✓ Зловживання алкоголем: 1–3 бали.
Бажано скерувати клієнта/ку до психолога/ині на додатковий уточнювальний скринінг. Ствердна відповідь на запитання 9 – негайно скерувати клієнта/ку до сімейного/ої лікаря/ки або конкретних "дружніх" лікарів.

Додаток 2.10

Скринінг депресії

Актуальність скринінгу

Депресія - один із найпоширеніших психічних розладів, який негативно впливає на самопочуття людини, її здатність справлятися з побутовими справами.

За даними ВООЗ, понад 264 млн осіб у світі хворіють на депресію. Вона також є головною причиною втрати працездатності.

Щонайменше 7% людей мали принаймні один епізод депресії в дорослому житті. Серед молоді цей показник становить близько 13%.

Депресія характеризується часто пригніченим настроєм, зниженою зацікавленістю в справах, які раніше приносили задоволення, втратою або збільшенням ваги, проявами безсоння чи надмірної сонливості. У деяких випадках можуть також з'являтися суїцидальні думку.

Діагностувати депресію може лише лікар.

Наведений нижче опитувальник не спрямований на встановлення діагнозу, проте його результати можуть вказати на необхідність звернутися до фахівця.

Опис

Для скринінгу депресії використовують Опитувальник здоров'я пацієнта PHQ-2 (Patient Health Questionnaire).

При позитивній відповіді хоча б на одне запитання PHQ-2 проводять подальше опитування з використанням опитувальника PHQ-9.

У разі підтверджуючої суми балів уточнюють особливості перебігу депресії, що в цілому дозволяє припустити наявність депресії.

Діагноз "депресія" ставить виключно лікар (психіатр).

КРОК 1. При проведенні огляду на прийомі звертати увагу на психологічний стан пацієнта (пригнічений настрій, пасивність, безсоння або гіперсомнія, психомоторне збудження або загальмованість, втома, втрата енергії, повторювані думки про смерть або самогубство, спроби самогубства, низька самооцінка, порушення концентрації уваги, складність у прийнятті рішень, занепокоєння, напруженість, нервозність, дратівливість, гнів, коливання настрою, напади смутку, плаксивості, загострення міжособистісних конфліктів, схильність до усамітнення, відмова від колишніх захоплень, тяга до алкоголю й психотропних речовин, неможливість зосередитися, прийняти рішення, уповільнення мислення, песимізм).

Для вчасної діагностики проводити скринінг депресії у пацієнтів групи ризику з використанням двох питань стандартизованого опитувальника – PHQ-2:

1. Чи часто у Вас був знижений настрій, туга або почуття безнадійності упродовж останнього місяця?
2. Чи часто Ви помічали відсутність інтересу або задоволення від речей, які зазвичай Вас цікавили або приносили Вам задоволення, упродовж останнього місяця?

КРОК 2. При позитивній відповіді хоча б на одне питання необхідно провести подальше обстеження з використанням опитувальника PHQ-9.

КРОК 3. Подальше опитування

Як часто за останні 2 тижні Вас турбували наступні прояви? (свою відповідь позначте «√»)			Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більше половини цього часу	Майже кожного дня
1	Дуже низька зацікавленість або незадоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)		0	1	2	3
2	Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності		0	1	2	3
3	Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон		0	1	2	3
4	Почуття втоми або знесилення (занепад сил)		0	1	2	3
5	Поганий апетит чи навпаки – переїдання		0	1	2	3
6	Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини		0	1	2	3
7	Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)		0	1	2	3
8	Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли помітити. Або навпаки, Ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай		0	1	2	3
9	Думки про те, що Вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином		0	1	2	3

Сума					
Загальний бал					
У випадку наявності у Вас наведених вище проблем – наскільки вони ускладнили виконання Вами службових обов'язків, домашніх справ або ж спілкування з іншими людьми?		Зовсім не ускладнили			
		Дещо ускладнили			
		Дуже ускладнили			
		Надзвичайно ускладнили			

КРОК 4.

Оцінка тяжкості депресії проводиться за підрахунком суми балів опитувальника PHQ-9, що дозволяє **припустити ознаки депресії.**

Загальний бал	**Тяжкість депресії (терміни для лікарів)**	**Тяжкість депресії (терміни для немедичних фахівців)**
0-4	Депресія відсутня	Немає ознак депресії
5-9	Легка («субклінічна») депресія	Є незначні ознаки депресії
10-14	Помірної тяжкості депресія	Є ознаки депресії
15-19	Середньої тяжкості депресія	Перенаправлення до лікаря
20-27	Тяжка депресія	Негайне перенаправлення до лікаря

КРОК 5. Перенаправлення

У разі виявлення більше 10 балів за опитувальником ТА відповідей на останнє питання "дуже важко" або "надзвичайно важко" відбувається перенаправлення:

1. До сімейного лікаря, який пройшов навчання за курсом mhGAP
2. До лікаря – психіатра

Окремого електронного направлення для отримання безоплатної медичної допомоги від зазначених фахівців не потрібно.

КРОК 6. Медична допомога

У Програмі медичних гарантій передбачено три пакети, за якими надається безоплатна психологічна та психіатрична допомога пацієнтам:

- Супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги;
- Психіатрична допомога дорослим та дітям у стаціонарних умовах;
- Психіатрична допомога, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами.

Крім того, у 17 пакетах є вимога, що в закладі має працювати лікар-психолог або лікар-психотерапевт. Зокрема безоплатна психологічна допомога включена в медичні послуги під час пологів, лікування онкологічних захворювань, надання реабілітаційної, паліативної допомоги тощо.

Де знайти лікаря:

https://www.nszu.gov.ua/

звернутися у контакт-центр НСЗУ за безоплатним номером 16-77

Додаток 2.10.1

Скринінгова анкета з депресії
(для соціального/ї працівника/ці або психолога/ині ММК)

Важливо! Діагностувати депресію може тільки лікар/ка.

1.Чи часто у Вас був знижений настрій, туга або почуття безнадійності **упродовж останнього місяця**?

2.Чи часто Ви помічали відсутність інтересу або задоволення від речей, які зазвичай Вас цікавили або приносили Вам задоволення, **упродовж останнього місяця**?

Якщо відповідь клієнта/ки «Так» хоча б на одне з питань, проводиться подальше опитування:

Як часто за останні 2 тижні Вас турбували будь-які з наступних проблем? **(Обрану відповідь позначте «√»)**		Зовсім не турбували	Декілька днів	Більше половини всіх днів	Майже щоденно
1	Вам було не дуже цікаво або не подобалось чимось займатись	0	1	2	3
2	Ви почувалися сумними, пригніченими або безнадійними	0	1	2	3
3	Вам було важко засинати або прокидатись, або Ви спали надто довго	0	1	2	3
4	Ви відчували втому або мало сил	0	1	2	3
5	У Вас був поганий апетит або Ви переїдали	0	1	2	3
6	Ви погано про себе думали, або Ви почувалися невдахою, або ж розчаровувались у собі, або думали, що підвели родину	0	1	2	3
7	Вам було важко зосередитись, наприклад, на читанні газети або перегляді телепередач	0	1	2	3

8	Ви рухались або розмовляли настільки повільно, що інші люди могли б це помітити. Або ж навпаки, Ви були настільки метушливі або неспокійні, що пересувались набагато більше, ніж зазвичай	0	1	2	3
9	У Вас були думки, що Вам краще б померти, або Ви думали про те, щоб заподіяти собі яку-небудь шкоду	0	1	2	3
Сума					
Загальний бал					
У випадку наявності у Вас наведених вище проблем – наскільки вони ускладнили виконання Вами службових обов'язків, домашніх справ або ж спілкування з іншими людьми?		□ Зовсім не важко			
		□ Дещо важко			
		□ Дуже важко			
		□ Надзвичайно важко			

Дешифратор (інтерпретатор)

1.Прізвище, ім'я та по батькові клієнта

_____

2.Дата народження (день, місяць, рік)

3.Стать

□ чоловік □ жінка □ інше

Оцінка тяжкості депресії проводиться за підрахунком суми балів опитувальника PHQ-9, що дозволяє **припустити ознаки депресії.**

Загальний бал	**Тяжкість депресії (терміни для лікарів)**	**Тяжкість депресії (терміни для немедичних фахівців)**
0-4	Депресія відсутня	Немає ознак депресії
5-9	Легка («субклінічна») депресія	Є незначні ознаки депресії
10-14	Помірної тяжкості депресія	Є ознаки депресії
15-19	Середньої тяжкості депресія	Перенаправлення до лікаря

20-27	Тяжка депресія	Негайне перенаправлення до лікаря

Перенаправлення

У разі виявлення більше 10 балів за опитувальником ТА відповідей на останнє питання “дуже важко” або “надзвичайно важко” відбувається перенаправлення клієнта/ки до лікаря/ки – психіатра/ині або сімейного/ої лікаря/ки.

У випадку відсутності у клієнта/ки укладеної декларації з сімейним/ою лікарем/кою соціальному/ій працівнику/ці рекомендується надати допомогу в укладанні клієнтом/кою декларації з сімейним/ою лікарем/кою.

Позначте, чи було за результатами тестування, яке виявило 10+ балів, здійснено перенаправлення до лікаря-психіатра?

- □ Так
- □ Ні

Відрізний талон
Будь ласка, зверніться до лікаря щодо обстеження на депресію. Ви можете звернутись до Вашого сімейного лікаря або до лікаря-психіатра. У разі виникнення будь-яких питань стосовно медичного обслуговування просимо звертатися за безкоштовними номерами НСЗУ 16-77 або 0 800 60 20 19.

Додаток 2.11

Скринінг на тривожність

Актуальність скринінгу

Тривога – нормальний емоційний стан, що попереджає нас про небезпеку та мобілізує до відповідних дій. *Тривожність* – індивідуальна психологічна особливість, що виявляється в схильності людини часто переживати сильну тривогу з незначних приводів. Розрізняють тривожність ситуативну (реактивну), яка проявляється як стійка тривожна реакція у відповідь на певну ситуацію, і особистісну, яка виявляється як риса особистості та супроводжує людину у всіх сферах її життя.

Тривожний розлад – це стан, коли тривога інтенсивна, тривала, заважає повсякденному функціонуванню, спричиняє в людини виражене страждання та негативно впливає на її психічне здоров'я. Такі розлади є найрозповсюдженішими психічними розладами у світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), 25% населення страждають від тривоги на певному етапі життя, жінки частіше за чоловіків.

За оцінками ВООЗ, кожна п'ята особа, яка зазнала впливу війни або інших збройних конфліктів, упродовж наступних 10 років перебуває під ризиком розвитку тривожного, посттравматичного стресового, біполярного афективного, панічного або депресивного розладів; депресії, шизофренії, порушення циклу сну –неспання, тривалого розладу горя, розладів адаптації, реактивного розладу прив'язаності, розладів харчової поведінки, тілесного дистресу або тілесних переживань і психозу (WHO, 2022).

Станом на І півріччя 2023 року в більшості (57%) українців/ок тривожність зафіксовано як одну з провідних емоцій. Установлено тенденцію до подальшого погіршення психоемоційного стану (приріст ще на 26% осіб із лютого 2023 року) і поширення вживання алкоголю (82%), зокрема «регулярне»/«доволі часте» (18% осіб). Ця тенденція сумісна з даними про взаємозв'язок між споживанням алкоголю та психічним здоров'ям та є опосередкованою ознакою високого рівня тривожності в суспільстві, а також схильності населення до самолікування тривоги.

Тривожні розлади, що виникають унаслідок війни, мають свою специфіку. Тут почуття тривоги може супроводжуватися думками про відсутність майбутнього, невиправданою лякливістю та відчуттям напруженості; надмірною турботою про безпеку в ситуаціях, які цього не потребують; почуттям провини, нікчемності або безнадійності; кошмарними сновидіннями та повторюваними думками про війну й інші травматичні події; нездатністю отримувати задоволення від видів діяльності, які були джерелом радості до війни. Крім того, така тривога призводить до дезадаптації, високого рівня психічної напруги та соціальної фрустрованості та соматизації.

Для *розладів, пов'язаних із тривогою і страхом,* характерні надмірні переживання страху та тривоги й відповідні порушення поведінки. Основними симптомами є:

- постійний стан тривоги або пароксизмальна тривога, пов'язана з певними ситуаціями;
- страх, важкість концентрації, рухове занепокоєння, утруднене засинання;

- типовими є периферичні соматичні симптоми: серцебиття, тремор, запаморочення, пітливість, нудота, відчуття задухи, часте сечовипускання, абдомінальні симптоми, тремтіння голосу та багрянець;
- тривала нервозність, болі в м'язах, напруження шиї та спини, головний біль, відчуття грудки в горлі, втомлюваність.

При цьому симптоми настільки виразні, що призводять до значного дистресу або порушень в особистій, соціальній, сімейній, навчальній/професійній та інших сферах функціонування.

Не завжди легко відрізнити фізіологічну тривогу від патологічної. Важливим критерієм є те, чи пацієнт/ка зберігає здатність нормально працювати й функціонувати.

За останньою редакцією Міжнародної класифікації хвороб одинадцятого перегляду (МКХ-11), до розділу *розладів, пов'язаних із тривогою* та страхом, належать:

- ✓ генералізований тривожний розлад;
- ✓ панічний розлад;
- ✓ агорафобія;
- ✓ специфічна фобія;
- ✓ соціальний тривожний розлад;
- ✓ сепараційний тривожний розлад;
- ✓ селективний аутизм;
- ✓ інші уточнені розлади, пов'язані з тривогою та страхом;
- ✓ розлади, пов'язані з тривогою та страхом, неуточнені (згідно з новим переглядом, вони кодуються в інших розділах як тривожні розлади, спричинені впливом психоактивних речовин; іпохондрія та вторинний тривожний синдром).

Діагностувати тривожні розлади може лише лікар/ка.

Наведені нижче опитувальники не мають на меті встановити діагноз, проте їх результати можуть указати на необхідність звернутися до фахівця/чині на додаткове дообстеження.

Опис

Для скринінгу загальної тривожності використовують опитувальники для виявлення рівня тривоги у зв'язку з її впливом на загальне функціонування людини.

GAD-7 (опитувальник генералізованої тривоги (ГТР)) вимірює частоту тривожних проявів протягом останніх двох тижнів.

Якщо згадані в опитувальнику GAD-7 тривожні прояви помітно ускладнили функціональний стан пацієнта/ки (останнє запитання), то рекомендовано провести скринінг ***рівня тривоги за опитувальником А. Бека (що діагностує вплив тривоги на фізіологічний рівень функціонування пацієнта/ки).*** У разі загальних помірних і високих показників тривоги за опитувальником GAD-7 проводять подальше опитування з використанням опитувальників ***ситуативної й особистісної тривожності Ч. Спілбергера (адаптація Ю. Ханіна).***

У разі підтверджувальної суми балів уточнюють особливості вияву тривожних проявів, що в цілому дає змогу припустити наявність тривожного розладу.

Діагноз якогось тривожного розладу ставить виключно лікар/ка (психіатр/иня).

КРОК 1. Під час проведення огляду на прийомі звертати увагу на психологічний стан пацієнта/ки (метушливість, занепокоєння, напруженість, нервозність, дратівливість, гнів, скарги на нездатність опанувати хвилювання, проблеми із засинанням, неспокійний сон, психомоторне збудження або загальмованість, підвищена втомлюваність, страхи, низька самооцінка, неможливість зосередитися, очікування поганих подій, песимізм, складність в ухваленні рішень, коливання настрою, напади плаксивості, загострення міжособистісних конфліктів, схильність до усамітнення, тяга до алкоголю й психотропних речовин).

Для вчасної діагностики проводити скринінг тривоги в пацієнтів/ок групи ризику з використанням опитувальника **GAD-7:**

Як часто **за останні 2 тижні** Вас турбували такі проблеми?

	Не турбували взагалі	**Протягом кількох днів**	**Більшу частину часу**	**Майже щодня**
1. Ви нервували, тривожились чи були дуже напружені?	0	1	2	3
2. Ви були не здатні заспокоїтись чи контролювати своє хвилювання?	0	1	2	3
3. Ви надто сильно хвилювалися з різних причин?	0	1	2	3
4. Вам було складно розслабитися?	0	1	2	3
5. Ви були настільки збуджені, що Вам було складно всидіти на місці?	0	1	2	3
6. Ви легко сердилися чи дратувалися?	0	1	2	3
7. Ви відчували страх, наче має трапитися щось жахливе?	0	1	2	3
Наскільки ці проблеми (якщо вони були) ускладнили виконання Вами робочих і професійних обов'язків, повсякденних домашніх справ або спілкування з іншими людьми?	Зовсім не ускладнили	Дещо ускладнили	Дуже ускладнили	Надзвичайно ускладнили

Останнє запитання визначає характер впливу тривоги на функціональні порушення пацієнта/ки та балів не включається в загальний підрахунок. У разі відповідей на це запитання «дуже ускладнили» й «сильно ускладнили» потрібно

провести додаткову діагностику тривожності за допомогою опитувальника тривоги А. Бека у зв'язку необхідністю оцінити погіршення функціонального стану (крок 3) та за потреби, направити на консультацію до лікаря/ки.

Оцінювання рівня тривожності проводять на основі підрахунку суми балів опитувальника GAD-7, що дає змогу *припустити ознаки генералізованого тривожного розладу***.**

Загальний бал	**Симптоми тривожності (терміни для лікарів)**	**Симптоми тривожності (терміни для немедичних фахівців)**	**Подальші кроки**
0–4	Мінімальна тривожність	Недостатньо ознак тривожності	Можна завершити опитування
5–9	Помірна тривожність	Є певні ознаки тривожності	Проведіть діагностику ситуативної й особистісної тривожності за методикою Ч. Спілбергера (адаптація Ю. Ханіна (крок 2)
10–14	Середня тривожність	Є виражені ознаки тривожності	Проведіть діагностику ситуативної й особистісної тривожності за методикою Ч. Спілбергера (адаптація Ю. Ханіна (крок 2)
15–21	Ознаки генералізованого тривожного розладу	Виражена тривога, яка позначається на стані здоров'я пацієнта/ки	Проведіть діагностику тривоги за опитувальником тривоги А. Бека (крок 3) Перенаправлення до лікаря/ки (психіатра/ині), рекомендація психологічної допомоги

У разі виявлення помірної та серйознішої тривожності (5–21 бал) рекомендовано провести діагностику ***ситуативної й особистісної тривожності за методикою Ч. Спілбергера (адаптація Ю. Ханіна) (крок 2).***

У випадку мінімальної тривожності – завершити це опитування.

КРОК 2. Провести діагностику ***ситуативної й особистісної тривожності за методикою Ч. Спілбергера (адаптація Ю. Ханіна).***

Дослідження рівня ***ситуативної (реактивної) тривожності*** (викликаної актуальними подіями в житті пацієнта/ки) у поточний момент і ***особистісної тривожності*** (як стійкої характеристики людини) можна проводити методом самооцінки як індивідуально, так і в групі.

Пацієнту/ці дають 2 бланки (у паперовому варіанті – їх розміщують на двох сторонах аркуша) зі шкалами для самооцінювання свого стану та пропонують відповісти на запитання відповідно до інструкцій. Дослідник нагадує, що відповідати потрібно самостійно та швидко, і під час роботи пильнує за виконанням вимог. Якщо в когось виникають запитання, можна ще раз звернути увагу на інструкцію та вказати, що на кожне запитання можливі лише 4 варіанти відповідей, які різняться за ступенем інтенсивності прояву вказаного в запитанні стану.

СТ (ситуативна тривожність)

№ п/п	***Інструкція*** *Прочитайте уважно наведені нижче твердження й навпроти кожного праворуч обведіть відповідну цифру, залежно від того, яке у **Вас самопочуття в цей момент.** Над запитаннями довго не задумуйтеся, тому що правильних або неправильних відповідей немає.*	**Ні, зовсім немає**	**Мабуть, так**	**Правильно**	**Цілком правильно**
1.	Я спокійний/а	1	2	3	4
2.	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3.	Я перебуваю в напрузі	1	2	3	4
4.	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5.	Я почуваюся вільно	1	2	3	4
6.	Я засмучений/а	1	2	3	4
7.	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8.	Я відчуваю, що відпочив/ла	1	2	3	4
9.	Я стривожений/а	1	2	3	4
10.	Я відчуваю внутрішнє задоволення	1	2	3	4
11.	Я відчуваю впевненість у собі	1	2	3	4
12.	Я нервую	1	2	3	4
13.	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14.	Я відчуваю збудженість, збентеженість	1	2	3	4
15.	Я не відчуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16.	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
17.	Я відчуваю стурбованість	1	2	3	4
18.	Я надто збуджений/а і мені ніяково	1	2	3	4
19.	Мені радісно	1	2	3	4
20.	Мені приємно	1	2	3	4

ОТ (особистісна тривожність)

№ п/п	***Інструкція*** *Прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і обведіть відповідну цифру праворуч, залежно від того, **як Ви почуваєтеся частіше**. Над запитаннями довго не задумуйтеся, тому що правильних або неправильних відповідей немає.*	**Майже ніколи**	**Інколи**	**Часто**	**Майже завжди**
21.	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
22.	Я швидко втомлююся	1	2	3	4
23.	Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24.	Я хочу бути так само щасливим/ою, як інші	1	2	3	4
25.	Нерідко я програю, тому що недостатньо швидко ухвалюю рішення	1	2	3	4
26.	Зазвичай, я відчуваю себе бадьорим/ою	1	2	3	4
27.	Я спокійний/а, холоднокровний/а, зібраний/а	1	2	3	4
28.	Очікувані труднощі зазвичай дуже турбують мене	1	2	3	4
29.	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30.	Я цілком щасливий/а	1	2	3	4
31.	Я беру все занадто близько до серця	1	2	3	4
32.	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33.	Зазвичай я відчуваю себе в безпеці	1	2	3	4
34.	Я намагаюсь уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
35.	У мене буває хандра	1	2	3	4
36.	Я задоволений/а	1	2	3	4
37.	Усілякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38.	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
39.	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40.	Мене охоплює сильний неспокій, коли я думаю про свої справи та турботи	1	2	3	4

Під час обробки результатів отримуємо два показники: ситуативної (реактивної) (СТ) і особистісної тривожності (ОТ).

Ситуативна (реактивна) тривожність (СТ) $PT = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 35,$	Σ_1 - сума балів за пунктами: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18. Σ_2 - сума балів за пунктами: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.
Особистісна тривожність (ОТ) $OT = \Sigma_3 - \Sigma_4 + 35,$	Σ_3 - сума балів за пунктами: 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40. Σ_4 - сума балів за пунктами: 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Певний рівень тривожності – природна й обов'язкова особливість активної особистості. При цьому є оптимальний для кожної людини рівень «корисної тривоги».

Ситуативна (реактивна) тривожність характеризується напруженістю, неспокоєм, нервозністю. Якщо вона велика, то в людини порушується увага, а інколи й тонка координація рухів.

Особистісна тривожність – це стійкий стан. Вона характеризує схильність людини сприймати значну кількість ситуацій як загрозливі, реагувати на них станом тривоги. Дуже висока особистісна тривожність безпосередньо пов'язана з наявністю невротичного конфлікту, емоційними та нервовими зривами, психосоматичними захворюваннями. Тому заборонено повідомляти результати цього дослідження в присутності сторонніх осіб, а сам/а досліджуваний/а має дізнатися про рівень тривожності в коректній формі. При цьому важливо в розмові з ним/нею підкреслити, що тривожність не є первинно негативною рисою.

Оцінювання рівня ситуативної тривожності

Загальний бал	**Симптоми СТ (терміни для лікарів)**	**Симптоми СТ (терміни для немедичних фахівців)**	**Подальші кроки**
0–30	Мінімальна три вожність	Мало ознак тривожності	Можна завершити опитування, надати інформацію про здорові способи управління стресом
31–45	Помірна тривожність	Є помітні ознаки тривожності	З'ясувати причини реактивної тривоги та сприяти соціальному супроводу під час усунення, подолання. Рекомендувати звернутися за допомогою до психолога/ині, психотерапевта/ки.
46 і більше	Висока тривожність	Є виражені ознаки тривожності	З'ясувати причини реактивної тривоги та сприяти соціальному супроводу під час їх усунення, подолання. Перенаправлення до лікаря/ки та рекомендувати звернутися за допомогою до психолога/ині, психотерапевта/ки.

Оцінювання рівня особистісної тривожності

Загальний бал	Симптоми ОТ (терміни для лікарів)	Симптоми ОТ (терміни для немедичних фахівців)	Подальші кроки
0–30	Мінімальна тривожність	Мало ознак тривожності	Можна завершити опитування, надати інформацію про здорові способи управління стресом
31–45	Помірна тривожність	Є помітні ознаки тривожності	Надати інформацію про зв'язок тривоги з думками, почуттями, поведінкою, тілесними реакціями. Рекомендувати звернутися за допомогою до психолога/ині, психотерапевта/ки.
46 і більше	Висока тривожність	Є виражені ознаки тривожності	Перенаправлення до лікаря/ки та рекомендувати звернутися за допомогою до психолога/ині, психотерапевта/ки.

КРОК 3. Подальше опитування на виявлення ***рівня тривоги за методикою А. Бека.*** Проводять як додаткову діагностику в разі виявлення в кроці 1 погіршення функціонального стану та високих показників тривожності за опитувальником GAD-7.

Інструкція: «У кожному запитанні виберіть одну з можливих відповідей. Намагайтеся відповідати швидко».

Запитання	**0 Зовсім не турбує**	**1 Злегка турбує**	**2 Середньо турбує**	**3 Дуже турбує**
1. Відчуття оніміння та поколювання в тілі				
2. Відчуття жару				
3. Тремтіння в ногах				
4. Неможливість розслабитися				
5. Страх, що станеться найгірше				
6. Запаморока				
7. Прискорене серцебиття				
8. Нестійкість, нестабільність				
9. Відчуття жаху, це кінець				
10. Дратівливість				
11. Тремтіння в руках				
12. Відчуття задухи				
13. Нерівна хода				
14. Страх втрати контролю				
15. Труднощі з диханням				
16. Страх смерті				
17. Переляк				
18. Шлунково-кишкові розлади				
19. Непритомність				
20. Прилив крові до обличчя				
21. Посилене потовиділення (не пов’язане зі спекою)				

Оцінювання рівня тривоги проводять на основі підрахунку суми балів опитувальника А. Бека, що дає змогу **визначити рівень вираженості тривоги** в її позначенні на фізіологічному рівні функціонування.

Загальний бал	**Симптоми тривоги (терміни для лікарів)**	**Симптоми тривоги (терміни для немедичних фахівців)**
0–5	Тривога в межах норми	Недостатньо ознак тривоги
6–8	Легкий рівень тривоги	Є певні ознаки тривоги
9–18	Середній рівень тривоги	Є виражені ознаки тривоги
19 і більше	Високий рівень тривоги	Перенаправлення до лікаря/ки (сімейного/ї, психіатра/ині)

КРОК 4. Перенаправлення

Виявлення понад 19 балів за опитувальником А. Бека є підставою для перенаправлення пацієнта до подальшого дообстеження:

1. До сімейного/ї лікаря/ки, що пройшов/ла навчання за курсом mhGAP.
2. До лікаря-психіатра/ині.
3. До психолога/ині / психотерапевта/ки, що володіє доказовими методами роботи з травмою.

Окремого електронного направлення для отримання безоплатної медичної допомоги від зазначених фахівців/чинь не потрібно.

КРОК 5. Медична допомога

У Програмі медичних гарантій передбачено три пакети, за якими надається безоплатна психологічна та психіатрична допомога пацієнтам/кам:

- супровід і лікування дорослих та дітей із психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги;
- психіатрична допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах;
- психіатрична допомога, яку надають мобільні мультидисциплінарні команди.

Крім того, у 17 пакетах є вимога, що в закладі має працювати лікар-психолог/иня або лікар-психотерапевт/ка. Зокрема, безоплатна психологічна допомога включена в медичні послуги під час пологів, лікування онкологічних захворювань, надання реабілітаційної, паліативної допомоги тощо.

Де знайти лікаря/ку:

https://www.nszu.gov.ua/ – звернутися в контакт-центр НСЗУ за безоплатним номером 16-77.

Додаток 2.12

Скринінг на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)

Актуальність скринінгу

Статистичні дані свідчать, що 50–65% людей впродовж життя зазнають впливу щонайменше однієї травматичної події, а багато зазнають впливу двох і більше подій, серед яких катастрофи, землетруси, війни, сексуальне або фізичне насильство, дорожньо-транспортні пригоди, тортури або інші, пов'язані із загрозою власному життю чи життю іншої людини й обумовлюють сильний страх і безпорадність.

Війна в Україні актуалізувала проблему посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Результати міжнародних досліджень у країнах, де відбувалася війна, свідчать про поширеність ПТСР серед осіб, які перебували в зоні бойових дій (як військові, так і мирні жителі), у 15–20% випадків. Позитивна динаміка може полягати в тому, що значна частка осіб, які пережили психотравматичну подію, одужує спонтанно й не матиме жодних проблем із психічним здоров'ям. Разом із тим, діти й підлітки, люди похилого віку більш вразливі до появи психопатологічних реакцій на стрес. У жінок частота ПТСР у середньому удвічі вища, ніж у чоловіків.

У медичній практиці розрізняють гострий стресовий розлад (ГСР) і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Основна відмінність між ГСР і ПТСР полягає в часі, що минув із моменту травматичної події. Діагноз ГСР встановлюється в період від двох днів до одного місяця після травматичної події, а ПТСР діагностується не раніше, ніж через місяць.

Перебіг ПТСР визначається як гострий, коли симптоми зберігаються впродовж менш як трьох місяців, і хронічний, коли симптоми зберігаються три і більше місяців. У випадках, коли початок симптомів спостерігається через 6 і більше місяців після травматичної події, розлад визначається як ПТСР із пізнім проявом.

Підтвердити діагноз ГСР/ПТСР може лише лікар.

Наведені нижче опитувальники не мають на меті встановити діагноз, проте результати скринінгу можуть указувати на необхідність звернутися до лікаря.

Опис

Для скринінгу ПТСР використовують різні підходи й опитувальники. У межах роботи ММК пропонуються діагностичні методики з доведеною клінічною ефективністю, валідизовані та рекомендовані для застосування в клінічній практиці.

Діагноз «ПТСР» ставить виключно лікар-психіатр.

КРОК 1. Установити емоційний контакт із клієнтом/кою: створити комфорт і безпеку, представитися, гарантувати конфіденційність спілкування, досягнути згоди на розмову, пояснити мету й цілі проведення скринінгу, з'ясувати нагальні потреби.

Важливо враховувати, що прояви ПТСР украй різноманітні й з часом можуть змінюватися. Під час первинного звернення такого клієнта варто звертати увагу на такий перелік скарг або психологічних проявів:

- нав'язливі тривожні спогади про травматичну подію (*повторне переживання*);
- кошмарні сновидіння;
- виражені фізіологічні реакції, як-от пітливість, прискорене серцебиття, паніка під час нагадування про травматичну подію;

- уникання місць, дій, думок, почуттів або розмов, пов'язаних із травматичною подією (*уникнення*);
- втрата інтересу до діяльності, яка в минулому приносила радість;
- усамітнення, відсторонення, відчуження від інших;
- обмеження емоційної реакції або *емоційне заціпеніння* (наприклад: нездатність відчувати радість або щастя);
- безсоння, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірна настороженість (*перезбудження*).

КРОК 2. Ключовим критерієм для проведення діагностики ГСР/ПТСР є переживання травматичної події. Таким чином, на початку потрібно обговорити з клієнтом/кою таке:

«Багато людей у якийсь момент свого життя постають перед переживанням травматичної події. Це може траплятися в різний спосіб, часто раптово й насильницьки. Наприклад, бути учасником травматичної події, бути її свідком, дізнатися, що подія сталася з близькою людиною, відчувати повторний вплив тривожних деталей якихось подій із минулого. Серед травматичних подій можуть бути: стихійні лиха, нещасні випадки, пожежа, сексуальне або фізичне насильство, бойові дії, присутність під час обстрілу, пограбування, тортури, ДТП, важкі хвороби тощо. Чи стикалися ви з такою подією?»
___*Так* ___ *Ні*

Скринінг або інші втручання потрібно розглядати в контексті часу, що минув із моменту травматичної події.

У випадку відповіді «Ні» – завершити це опитування.

У випадку відповіді «Так» – запитайте клієнта/ку: *Скільки часу минуло після події (якщо подій було кілька – після останньої події)?*

Оцініть відповідь клієнта/ки й виберіть необхідні кроки в таблиці нижче.

Від 1-го дня до 1-го місяця	**Від 1-го місяця до року й більше**
Ризик виникнення гострого стресового розладу (ГСР)	Ризик виникнення посттравматичного стресового розладу
Бажано скерувати клієнта/ку до лікаря для уточнення діагнозу й отримання необхідної медичної допомоги	Варто переходити до наступного кроку із проведенням додаткового скринінгу на ознаки ПТСР

КРОК 3. Для подальшої діагностики рекомендовано використовувати **«Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу»** (Джерело – Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) і

третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес і розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», 2016).

Інструкція: *«Нижче запропоновано запитання щодо реагування на важку подію. Прочитайте уважно кожне запитання й поставте відмітку, позначаючи, чи властива вам кожна із зазначених реакцій»*.

№	Запитання (зачитує надавач послуг)	ТАК	НІ
1	Чи намагаєтеся Ви не нагадувати собі про травматичну подію, уникаючи певних місць, людей або діяльності?		
2	Чи втратили Ви інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною?		
3	Чи стали Ви почуватися більш відстороненими або ізольованими від інших людей?		
4	Чи втратили Ви здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?		
5	Чи почали Ви думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?		
6	Чи виникли у Вас проблеми із засинанням або сном?		
7	Чи стали Ви більш нервовими або дратівливими до звичайного шуму чи руху?		

Інтерпретація. При позитивних відповідей на 4 та більше запитань у клієнта/ки є висока ймовірність ПТСР. Клієнтам/кам, які дають позитивну відповідь на запитання № 2 «Опитувальника для скринінгу ПТСР» потрібно запропонувати провести подальший скринінг із використанням опитувальника PHQ-9 (див. Додаток 3.2.1) для уточнювальної діагностики можливих ознак депресії та мінімізації суїцидальних ризиків.

Обсяг подальшого скринінгу визначається його кінцевою метою, наприклад – постановка або підтвердження діагнозу ПТСР (оцінка симптомів, синдромів), ефективність проведеного лікування, визначення підходів у подальшій психокорекційній або психотерапевтичній роботі.

Додатково можна скористатись іншими формами скринінгу, перелік яких надано нижче. Але при цьому фахівцю/чині ММК варто враховувати рівень особистих компетенцій, необхідний обсяг часу й наявний досвід проведення психодіагностичного обстеження із застосуванням кожної з методик:

1. PTSS-10 (Джерело – нім. версія: Maercker, 1999).
2. Шкала клінічної діагностики (Clinical administered PTSD Scale-CAPS-5).
3. Контрольний список ПТСР для DSMV (PCL-5).
4. Контрольний список життєвих подій для DSM-V (LEC-5).
5. Міжнародний опитувальник травми (International Trauma Questionnaire).
6. Опитувальник симптомів травми (Trauma Symptom Inventory-TSI).
7. Шкала впливу подій (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії).
8. Міссісіпська шкала ПТСР (цивільний або військовий варіант).
9. Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R).

КРОК 4. Варто проінформувати клієнта/ку про те, що виявлені зміни можуть бути проявом реакції на стрес і це потребує спеціалізованої психотерапевтичної/психіатричної допомоги, а також про те, де саме така допомога може бути надана.

Провести консультування клієнта/ки із роз'ясненням у доступній формі:

- особливостей розвитку, симптомів і лікування ПТСР;
- позитивних перспектив у відновленні здоров'я та необхідного часу для таких змін;
- дотримання здорового способу життя;
- шкідливості самолікування;
- потенційно несприятливого впливу алкоголю й інших психоактивних речовин на перебіг ПТСР.

Розглянути з клієнтом/кою інші спеціалізовані та доказово ефективні види психотерапії (терапія СЕТА, щодо розв'язання проблем, травмофокусована КПТ або інші нетривалі дієві підходи). Рішення щодо місця проведення та спеціаліста/ки, що буде проводити конкретний вид психотерапії, ухвалюють спільно і за особистої згоди клієнта/ки.

КРОК 5. Перенаправлення за результатом позитивного скринінгу на уточнення або постановку діагнозу й отримання необхідної медичної та психологічної допомоги.

Виявлення високих показників щодо ризику ПТСР у скринінгових формах є підставою для перенаправлення клієнта/ки до подальшого дообстеження:

1. До сімейного лікаря/ки, що пройшов/ла навчання за курсом mhGAP
2. До лікаря-психіатра/ині.
3. До психолога/ині / психотерапевта/ки, що володіє доказовими методами роботи з травмою.

Окремого електронного направлення для отримання безоплатної медичної допомоги від зазначених фахівців/чинь не потрібно.

КРОК 6. Медична допомога

У Програмі медичних гарантій передбачено три пакети, за якими надається безоплатна психологічна та психіатрична допомога пацієнтам/кам:

- супровід і лікування дорослих та дітей із психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги;
- Психіатрична допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах;
- Психіатрична допомога, яку надають мобільні мультидисциплінарні команди.

Крім того, у 17 пакетах є вимога, що в закладі має працювати лікар-психолог/иня або лікар-психотерапевт/ка. Зокрема, безоплатна психологічна допомога включена в медичні послуги під час пологів, лікування онкологічних захворювань, надання реабілітаційної, паліативної допомоги тощо.

Де знайти лікаря:

https://www.nszu.gov.ua/ – звернутися в контакт-центр НСЗУ за безоплатним номером 16-77

Додаток 2.13

Скринінг на залежність від алкоголю

Актуальність скринінгу

Зловживання алкоголем – важлива медико-соціальна проблема, яка щорічно призводить до 3 млн смертей в усьому світі, серед яких 13,5% становлять випадки смертності серед осіб віком від 20 до 39 років. У Європі останні 10 років спостерігається найвищий рівень споживання алкоголю у світі, але Україна посідає тут низькі рейтингові позиції.

Разом із тим в Україні щороку фіксують понад 9000 випадків смертей серед населення, пов'язаних із вживанням алкоголю й алкогольними отруєннями. За офіційними даними кожен українець віком від 15 років щороку споживає 8,6 л алкоголю, не враховуючи кількість нелегально виробленого та ввезеного алкоголю.

За даними ВООЗ, надмірним вживанням алкоголю вважається вживання раз на добу понад 50 г чистого алкоголю для чоловіків і 30 г чистого алкоголю для жінок. Надмірне вживання алкоголю є фактором розвитку понад 200 порушень здоров'я, причиною високого травматизму, що в цілому становить 5% від глобального тягаря хвороб і травм. У 2022 році під медичним спостереженням в Україні перебувало близько 500 тис. осіб із розладами психіки та поведінки через вживання алкоголю, серед яких понад 77% належать до вікової групи понад 36 років (джерело – дані Центру медичної статистики МОЗ).

Стани, пов'язані із вживанням алкоголю, класифікують як:

- граничне вживання алкоголю;
- зловживання алкоголем;
- алкогольна залежність.

Граничне вживання алкоголю можна розпізнати за допомогою розпитування клієнта/ки про те, скільки він/вона вживають алкоголю протягом певного періоду часу. Зазвичай це властиво клієнтам/кам, які перебувають у зоні ризику, але не мають серйозних проблем із залежністю та не помічають надмірного вживання, щоб ухвалювати якісь рішення для його зменшення.

Про *зловживання алкоголем* свідчить збільшення частоти вживання та кількості спожитого алкоголю, а також поява суттєвих наслідків. Передусім мають бути чіткі дані, що вживання алкоголю – головна або одна з основних причин шкоди, завданої фізичному або психічному здоров'ю клієнта/ки, включно з дисфункціональною поведінкою, а також зниження здібності тверезо міркувати й критично оцінювати свої вчинки.

З клінічного погляду під *алкогольною залежністю* розуміють поєднання поведінкових, когнітивних і фізіологічних проявів, що розвиваються після багаторазового вживання надмірної кількості алкоголю. Клінічні критерії залежності мають включати від трьох ознак із-поміж проявів нижче й мають виникати одночасно протягом щонайменше 1 місяця або, якщо вони зберігаються протягом коротших проміжків часу, періодично повторюватися протягом 12 місяців:

1) сильне бажання або почуття нав'язливого потягу до вживання алкоголю;

2) порушена здатність контролювати вживання алкоголю, про що свідчать споживання в більшій кількості або протягом більшого періоду часу, ніж був намір, або постійні марні спроби скоротити або контролювати вживання;
3) фізіологічний стан відміни (абстиненція) або різке погіршення самопочуття, що розвивається внаслідок припинення вживання алкоголю й спонукає до повторного вживання, щоб полегшити свій стан;
4) підвищена толерантність (чутливість) до алкоголю, що супроводжується явним ослабленням ефекту від звичного вживання однієї і тієї ж дози алкоголю, що поступово призводить до значного підвищення частоти й кількості вживання;
5) збільшення часу на пошук, вживання та відновлення після вживання алкоголю, що призводить до нехтування важливими справами й обов'язками, втрати альтернативних джерел задоволення та інтересів;
6) систематичне вживання алкоголю всупереч об'єктивним фактам шкідливого впливу та негативним наслідкам.

Опис

Для скринінгу використовують різні підходи й опитувальники. У межах роботи ММК пропонуються діагностичні методики з доведеною клінічною ефективністю, валідизовані та рекомендовані для застосування в клінічній практиці. Для опитування доречно використовувати опитувальник AUDIT.

Встановити й підтвердити діагноз «алкогольна залежність» може лише лікар/ка.

Наведені нижче опитувальники не мають на меті встановити діагноз, проте результати скринінгу можуть указати на необхідність звернутися до лікаря/ки.

КРОК 1. Установити емоційний контакт із клієнтом/кою: створити комфорт і безпеку, представитися, гарантувати конфіденційність спілкування, отримати згоду на розмову, пояснити мету й цілі проведення скринінгу, з'ясувати нагальні потреби.

Якщо клієнт/ка не готовий/а обговорювати вживання алкоголю в момент розмови, варто повідомити, що він/вона можуть звернутися по допомогу в зручніший час. Таким клієнтам/кам також можна рекомендувати скористатися інтернет-ресурсами з додатками для самостійного оцінювання ризиків вживання алкоголю.

Під час первинного звернення клієнта/ки з проблемами залежності варто звертати увагу на цей перелік ознак або проявів:

- запах парів алкоголю або явний стан алкогольного сп'яніння;
- уповільненість рухів, порушення координації;
- дратівливість, легка збудливість або часта зміна настрою.

Серед неспецифічних ознак, що можуть свідчити про проблеми із вживанням алкоголю можуть бути скарги або розповіді клієнта/ки про:

- пропуски роботи чи навчання;
- відмову від виконання своїх звичних обов'язків, загальне зниження працездатності;
- проблеми з концентрацією уваги або пам'яттю;
- високий травматизм;
- проблеми зі здоров'ям;
- фінансові труднощі, борги;

- конфлікти з близькими;
- явне виправдовування себе та звинувачення інших людей.

На думку багатьох фахівців/чинь, які надають допомогу людям з алкогольною залежністю, поняття «прийнятної» дози вживання алкоголю не існує і це варто враховувати під час розмови з клієнтом/кою про так зване «нормальне вживання». Такі висновки можна зробити лише після індивідуальної консультації з лікарем/кою.

КРОК 2. Скринінг клієнтів/ток на зловживання алкоголем можна розпочати із застосування опитувальника CAGE (Мічиганський алкогольний скринінг-тест).
Інструкція: *«Нижче запропоновано запитання, що стосуються вживання алкоголю. Уважно прочитайте кожне запитання й поставте відмітку щодо того, чи властива Вам кожна із зазначених реакцій»*.

№	Запитання	ТАК	НІ
1	Чи виникало у Вас відчуття того, що Вам варто скоротити вживання спиртних напоїв?		
2	Чи відчували Ви роздратування, якщо хтось із людей навколо (друзів, родичів) говорив Вам про необхідність скоротити вживання спиртних напоїв?		
3	Чи відчували Ви провину, пов'язану зі вживанням спиртних напоїв?		
4	Чи виникало у Вас бажання вжити спиртне, щойно Ви прокидалися після епізоду вживання алкогольних напоїв?		

Інтерпретація. Кожна відповідь оцінюється, як 0 (ні) або 1 (так). Загальна оцінка у 2 бали й вище свідчить про наявність значних проблем, зумовлених вживанням алкоголю.

Тест CAGE запропоновано як метод загального скринінгу. У випадку отримання двох і більше балів, потрібно переходити до наступного кроку з проведенням додаткового скринінгу. Якщо менш як 2 бали – завершити опитування.

КРОК 3. Для ідентифікації порушень, зумовлених вживанням алкоголю, рекомендовано використовувати тест AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).

Психометричний тест AUDIT розробила Всесвітня організація охорони здоров'я. Він використовується для оцінювання вираженості проявів зловживання алкоголем і залежності від нього, а також для виявлення осіб із груп ризику розвитку залежності.

Під час оцінювання загальної кількості спожитого алкоголю рекомендовано питати про кожен алкогольний напій окремо (пиво, сидр, вино, міцні алкогольні напої). Клієнту/ці легше відповідати на запитання, коли алкоголь вимірюється готовими об'ємами, наприклад пляшка, бляшанка чи келих замість поняття «доза/одиниця алкоголю».
Інструкція: *«Нижче запропоновано запитання що стосуються вживання алкоголю. Уважно прочитайте кожне запитання й виберіть у стовпці праворуч одну відповідь,*

що найбільше характеризує Вашу поведінку. Запишіть кількість балів, що відповідає вибраному варіанту».

Запитання	0 балів	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали
1. Як часто Ви вживаєте алкогольні напої?	Ніколи	Раз на місяць чи менше	2–4 рази на місяць	2–3 рази на тиждень	4 та більше разів на тиждень
2. Скільки порцій спиртного Ви випиваєте в типовий день, коли вживаєте алкоголь?*	Жодної	1 або 2	3 або 5	6 або 9	10 і більше
3. Як часто Ви випиваєте понад шість порцій алкоголю за один раз?	Ніколи	Менш як один раз на місяць	Щомісяця	Щотижня	Щодня або майже щодня
4. Як часто протягом останнього року Ви помічали, що не в змозі зупинитися, якщо почали пити?	Ніколи	Менш як один раз на місяць	Щомісяця	Щотижня	Щодня або майже щодня
5. Як часто протягом останнього року через вживання алкоголю Ви не зробили те, що від Вас очікували?	Ніколи	Менш як один раз на місяць	Щомісяця	Щотижня	Щодня або майже щодня
6. Як часто за останній рік Вам необхідно було випити вранці, щоб бути в змозі що-небудь робити після надмірного вживання алкоголю напередодні («похмелитися»)?	Ніколи	Менш як один раз на місяць	Щомісяця	Щотижня	Щодня або майже щодня
7. Як часто протягом року у Вас виникало почуття провини або Ви дорікали собі з приводу вживання алкоголю?	Ніколи	Менш як один раз на місяць	Щомісяця	Щотижня	Щодня або майже щодня
8. Як часто за останній рік Ви не могли пригадати події попереднього дня, оскільки були в стані сп’яніння?	Ніколи	Менш як один раз на місяць	Щомісяця	Щотижня	Щодня або майже щодня

9. Чи траплялося, що Ви в стані сп'яніння були причиною травмування себе або людей навколо?	Ніколи	Менш як один раз на місяць	Щомісяця	Щотижня	Щодня або майже щодня
10. Чи траплялося, що хтось із членів Вашої родини, друзів або лікар висловлювали свою стурбованість щодо вживання Вами алкоголю або радив Вам менше пити?	Ніколи	Менш як один раз на місяць	Щомісяця	Щотижня	Щодня або майже щодня

**(під порцією мається на увазі або 0,5 л пива, 200 мл сухого вина або 50 мл горілки або коньяку)*

Інтерпретація. Для визначення загальної оцінки тесту AUDIT потрібно додати загальну суму балів, отриманих для кожного з 10 запитань.

Якщо загальна кількість балів становить 8 і більше, потрібно звернутися до лікаря й продовжити обстеження, а за потреби – отримати спеціалізовану допомогу.

Варто додати, що оцінка результатів тесту ≥8 є показовою для чоловіків віком від 18 до 60 років. Для об'єктивної оцінки ризику зловживання алкоголем серед жінок будь-якого віку й підлітків (до 18 років), а також чоловіків від 60 років сума балів ≥4 свідчить про позитивний результат скринінгу й також передбачає скерування до лікаря.

Тест AUDIT характеризується високою чутливістю 51–97% і високою специфічністю 78–96%.

Обсяг подальшого скринінгу визначається його кінцевою метою, як-от постановка або підтвердження діагнозу для оцінки симптомів, синдромів, ефективність проведеного лікування, визначення підходів у подальшій психокорекційній або психотерапевтичній роботі.

Додатково можна скористатись іншими формами скринінгу, перелік яких наведено нижче. Але при цьому фахівцю/чині ММК варто враховувати рівень особистих компетенцій, необхідний обсяг часу й наявний досвід проведення психодіагностичного обстеження із застосуванням кожної з методик.

З метою додаткового скринінгу як сам/а клієнт/ка, так і фахівець/чиня, можуть самостійно скористатися наведеними нижче тестами, щоб оцінити власний досвід вживання алкоголю або інших психоактивних речовин:

- ✓ DAST (Drug Abuse Screening Test або Скринінговий тест на наркозалежність).
- ✓ SDS (Severity of Dependence Scale або Шкала важкості залежності).

Детальніше вивчити проблеми залежності може лікар/ка, використовуючи скринінг симптомів залежності відповідно до Міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду *(ICD-10 Checklist).*

КРОК 4. Варто проінформувати клієнта/ку про те, що виявлені зміни можуть свідчити про залежність, а відтак потребують спеціалізованої психотерапевтичної/психіатричної допомоги, а також про те, де саме можна отримати таку допомогу.

До методів низько інтенсивного втручання відносять інтервенції, зібрані в акронімі FRAMES:

1. «Зворотний зв'язок» (Feedback) – надання індивідуальної інформації на основі конкретної історії/ситуації клієнта/ки.
2. «Відповідальність» (Responsibility) – підкреслення того, що клієнт/ка відповідає за зміни у власному житті.
3. «Порада» (Advice) – надання підтримки, необхідної для досягнення змін у вживанні.
4. «Меню» (Menu) – пошук і пропозиція альтернативних видів діяльності, що можуть замінити вживання алкоголю.
5. «Емпатія» (Empathy) – демонстрація розуміння та зацікавленості, надання підтримки й уникання оцінок поведінки клієнта/ки.
6. «Самооцінка» (Self-efficacy) – підбадьорення та додавання впевненості в можливості досягнути змін у своєму житті.

Додатково для інтенсивнішого й тривалішого ефекту варто розглянути з клієнтом/кою інші спеціалізовані та доказово ефективні види психотерапії (терапія CETA, розв'язання проблем, травмофокусована КПТ або інші дієві підходи). Рішення щодо місця проведення та спеціаліста/ки, що буде проводити конкретний вид психотерапії, ухвалюють спільно й за особистої згоди клієнта/ки.

КРОК 5. Перенаправлення.

Виявлення високих показників ризику залежності в скринінгових формах є підставою для перенаправлення клієнта/ки до подальшого дообстеження:

1. До сімейного лікаря/ки, що пройшов/ла навчання за курсом mhGAP.
2. До лікаря-психіатра/ині.
3. До психолога/ині / клінічного психолога/ині/ психотерапевта/ки, що володіє доказовими методами роботи з травмою.

Окремого електронного направлення для отримання безоплатної медичної допомоги від зазначених фахівців/чинь не потрібно.

КРОК 6. Медична допомога

У Програмі медичних гарантій передбачено три пакети, за якими надається безоплатна психологічна та психіатрична допомога пацієнтам:

- супровід і лікування дорослих та дітей із психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги;
- психіатрична допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах;
- психіатрична допомога, яку надають мобільні мультидисциплінарні команди.

Крім того, у 17 пакетах є вимога, що в закладі має працювати лікар-психолог/иня або лікар-психотерапевт/ка. Зокрема, безоплатна психологічна

допомога включена в медичні послуги під час пологів, лікування онкологічних захворювань, надання реабілітаційної та паліативної допомоги тощо.

Де знайти лікаря/ку:

https://www.nszu.gov.ua/ – звернутися в контакт-центр НСЗУ за безоплатним номером 16–77.

Додаток 3

Алгоритм по роботі зі скринінгами для ММК

Важливо! Перед початком роботи зі скринінгами та наданням відповідних консультацій необхідно підписати з клієнтом/кою, який/а звертається вперше, Поінформовану угоду про надання послуг та створити картку клієнта в ІТС DataCheck.

Скринінг на неінфекційні захворювання (НІЗ)

Етап проведення

Скринінг на НІЗ складається з двох етапів:

1. Заповнення загальної Скринінгової анкети пацієнта/ки. Послуга надається фахівцем/чинею ММК під час першої зустрічі з клієнтом/кою.
2. Проведення скринінгів на 4 види неінфекційних захворювань. Послуга надається лікарем/кою ММК за відповідними алгоритмами скринінгів на серцево-судинні захворювання, на ХОЗЛ, на втрату слуху на діабет.

,

Процес

1. Клієнт/ка самостійно або з допомогою соціального/ої працівника/ці чи медичної сестри заповнює загальну Скринінгову анкету пацієнта/ки.
2. Соціальний/а працівник/ця або медична сестра/фельдшер дешифрує (інтерпретує) відповіді загальної Скринінгової анкети пацієнта на листку Дешифратора. У випадку, якщо ризику НІЗ не виявлено клієнту/ці можуть надаватися інформаційні матеріали про профілактику захворювань та здоровий спосіб життя, а також може бути здійснено загальний огляд, проведено тестування тощо.
3. Якщо за результатами загальної Скринінгової анкети пацієнта/ки виявлено ризик розвитку НІЗ, соціальний/а працівник/ця або медична сестра/фельдшер скеровує клієнта/ку до лікаря/ки ММК для проходження скринінгу та обстеження на конкретні захворювання.

Підтверджуючі документи

Послуга заповнення загальної Скринінгової анкети пацієнта/ки та її результат фіксуються у Щотижневій відомості та в ІТС DataCheck. Первинний документ, що підтверджує факт проведення загального скринінгу на НІЗ, - заповнений Дешифратор загальної Скринінгової анкети пацієнта.

Процес

1. За згодою клієнта/ки лікар/ка ММК проводить огляд за відповідними алгоритмами скринінгів на серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, ХОЗЛ чи на втрату слуху.
2. Медична сестра/фельдшер фіксує послуги "Скринінгу на серцево-судинні захворювання", "Скринінгу на ХОЗЛ", "Скринінгу на втрату слуху" чи "Скринінгу на діабет".

Підтверджуючі документи

Послуга/и проведення скринінгів на серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, ХОЗЛ чи на втрату слуху та їх/її результат фіксуються у Щотижневій відомості та в ІТС DataCheck.

Важливо: в ІТС DataCheck заноситься результат по кожному виду захворювань, з якого проводився скринінг.

Перенаправлення за результатами позитивного скринінгу на НІЗ

Етап проведення

1. У разі позитивного результату за одним або кількома скринінгами лікар/ка за згодою пацієнта/ки здійснює перенаправлення пацієнта/ки до закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу та наголошує на безоплатності послуг.

Процес

1. Лікар/ка інформує пацієнта/ку про факт виявлення за результатами скринінгу/ів ризику розвитку захворювання/ь.
2. Медична сестра/фельдшер заповнює талон перенаправлення, а також фіксує послугу "Перенаправлення за позитивним результатом скринінгу на неінфекційні захворювання".
3. За потреби пацієнту/ці може бути надана інформація про повний перелік таких послуг у найближчому до місця проживання клієнта/ки закладі охорони здоров'я (ЗОЗ).

Підтверджуючі документи

Послуга Перенаправлення за позитивним результатом скринінгу фіксується у Щотижневій відомості та в ІТС DataCheck.

Скринінг на гендерно зумовлене насильство (далі - ГЗН)

Етап проведення:

Здійснюється соціальним/ою працівником/цею (у деяких випадках також психологом/гинею або медичною сестрою/фельдшером) під час першого контакту з клієнтом/кою. Завданням фахівця/чині ММК є проведення скринінгу та здійснення перенаправлення, тоді як подальша робота з випадком ГЗН забезпечується спеціалізованими фахівцями.

Процес:

1. Фахівець/чиня ММК здійснюють попередній скринінг на основі спостереження та спілкування з клієнтом/кою відповідно до запитань-маркерів, вказаних у повній версії Скринінгу, а також Скринінговій анкеті.
2. Якщо за результатами спілкування з клієнтом/кою фахівець/чиня отримує ствердну відповідь принаймні за одним маркером ризику насильства, він/вона додатково спілкується з людиною щодо її стану та в разі підтвердження ризику насильства - інформує людину про доступні послуги та пропонує перенаправлення до служб, які можуть надати допомогу.

Підтверджуючі документи:

Скринінг випадків ГЗН фіксується у Щотижневій відомості та в ІТС DataCheck. Первинний документ, що підтверджує факт надання послуги, – заповнена Скринінгова анкета з ГЗН для соціального/ої працівника/ці ММК.

В окремих випадках при неможливості збору персональних даних при проведенні скринінгу на ГЗН(відмови людини надавати свої дані, наполягання збоку супроводжуючого партнера не надавати дані тощо) для створення картки клієнта в системі DataCheck, достатньо дізнатися ім'я особи та її вік.

Схема заповнення Картки клієнта в DataCheck:
1. Обов'язкове поле "Прізвище" в такому разі заповнюємо
??? - для жінок, і ?? - для чоловіків.
2. Обов'язкове поле "Ім'я" - вказуємо назване ім'я.
3 Обов'язкове поле "По батькові" - прописуємо ???.
4. Обов'язкове поле "Стать" - вказуємо стать.
5. Обов'язкове поле "Дата народження! - 01.01.рік народження
(вирахуваний приблизно від віку клієнта/клієнтки).

Перенаправлення за результатами позитивного скринінгу на ГЗН

Етап проведення:

Після проведення скринінгу соціальний/на працівник/ця (або психолог/иня) інформує клієнта/ку щодо доступних медичних, психосоціальних, юридичних послуг, які він/вона можуть отримати у профільних організаціях, які працюють з випадками насильства.

Процес:

Фахівець/чиня ММК за згодою клієнта/ки здійснює перенаправлення до профільної організації та віддає клієнту/ці заповнений талон перенаправлення, якщо це не нестиме додаткової загрози клієнту/ці (див. Скринінгову анкету з ГЗН для соціального/ої працівника/ці).

Підтверджуючі документи:

Перенаправлення фіксується у Щотижневій відомості та в ІТС DataCheck. Документом, який підтверджує надану послугу, є заповнена Скринінгова анкета.

Скринінг на психічні розлади

Етап проведення

Скринінг на психічні розлади складається з двох етапів:

1. Заповнення загальної Скринінгової анкети психосоціального стану клієнта/ки. Опитувальник варто запропонувати клієнту/ці або заповнити разом з ним/нею під час першої розмови.
2. Проведення скринінгів на 4 види психічних розладів. Послуга надається соціальним/ою працівником/цею або психологом/гинею ММК за відповідними алгоритмами скринінгів на депресію, тривожність, ПТСР, зловживання алкоголем.

Процес

1. Клієнт/ка самостійно або з допомогою соціального/ої працівника/ці заповнює загальну Скринінгову анкету психосоціального стану клієнта/ки.

2. Соціальний/а працівник/ця дешифрує (інтерпретує) відповіді загальної Скринінгової анкети психосоціального стану клієнта/ки на листку Дешифратора. У випадку, якщо ризику психічних розладів не виявлено, клієнту/ці можуть надаватися інформаційні матеріали про психічне здоров'я.

3. Якщо за результатами загальної Скринінгової анкети клієнта/ки виявлено ризик розвитку психічних розладів, соціальний/а працівник/ця або психолог/иня скеровує клієнта/ку до проходження поглиблених скринінгів на депресію, тривожність, ПТСР чи зловживання алкоголем.

Підтверджуючі документи

Послуга зі скринінгу психосоціального стану клієнта/ки та її результат фіксується у Щотижневій відомості та ІТС DataCheck. Первинний документ, що підтверджує факт надання послуги, – заповнений соціальним/ою працівником/цею або психологом/инею Дешифратор до скринінгу психосоціального стану клієнта/ки.

Процес

1. За згодою клієнта/ки соціальний/а працівник/ця або психолог/иня проводить скринінг за відповідними алгоритмами скринінгів на депресію, тривожність, ПТСР чи зловживання алкоголем.
2. Соціальний/а працівник/ця або психолог/иня фіксує послуги "Скринінгу на депресію", "Скринінгу на тривожність", "Скринінгу на ПТСР" чи "Скринінгу на зловживання психоактивними речовинами".

Підтверджуючі документи

Послуга зі скринінгу на депресію, тривожність, ПТСР чи зловживання алкоголем та її результат фіксується у Щотижневій відомості та ІТС DataCheck.

Первинний документ, що підтверджує факт надання послуги, – заповнений соціальним/ою працівником/цею або психологом/инею Дешифратор до скринінгу Важливо: в ІТС DataCheck заноситься результат по кожному виду психічних розладів, з якого проводився скринінг.

Перенаправлення у разі позитивного скринінгу на депресію

Етап проведення

Перенаправлення за результатами скринінгу на депресію здійснюється соціальним/ою працівником/цею або психологом/инею у випадку, якщо за шкалою PHQ-9 сума балів становить більше 10 ТА наявна відповідь на останнє питання - “дуже важко” або “надзвичайно важко”.

Процес

Соціальний/на працівник/ця або психолог/иня надає клієнту/ці відрізний талон із рекомендаціями щодо звернення до сімейного/ої лікаря/ки або до лікаря/ки-психіатра/ині. Окремого електронного направлення для отримання безоплатної медичної допомоги від зазначених фахівців не потрібно.

Підтверджуючі документи

Перенаправлення за результатами скринінгу на депресію фіксується у Щотижневій відомості співробітника(ці) проєкту про надані послуги та ІТС DataCheck – послуга «Перенаправлення за позитивним результатом скринінгу на психічні розлади». Первинний документ, що підтверджує факт надання послуги, – заповнений Дешифратор, на якому зазначено про перенаправлення клієнта/ки до сімейного/ої лікаря/ки або напряму до лікаря/ки-психіатра/ині.

Перенаправлення у разі позитивного скринінгу на тривожність

Етап проведення

Перенаправлення за результатами скринінгу на тривожність здійснюється соціальним/ою працівником/цею або психологом/инею у випадку, якщо за шкалою GAD-7 сума балів становить 15 і більше ТА наявна відповідь на останнє питання - “дуже ускладнили” й “сильно ускладнили”.

Процес

Соціальний/на працівник/ця або психолог/иня надає клієнту/ці відрізний талон із рекомендаціями щодо звернення до сімейного/ої лікаря/ки або до лікаря/ки-психіатра/ині. Окремого електронного направлення для отримання безоплатної медичної допомоги від зазначених фахівців не потрібно.

Підтверджуючі документи

Перенаправлення за результатами скринінгу на тривожність фіксується у Щотижневій відомості співробітника(ці) проєкту про надані послуги та ІТС DataCheck – послуга «Перенаправлення за позитивним результатом скринінгу на психічні розлади». Первинний документ, що підтверджує факт надання послуги, – заповнений Дешифратор, на якому зазначено про перенаправлення клієнта/ки до сімейного/ої лікаря/ки або напряму до лікаря/ки-психіатра/ині.

Перенаправлення у разі позитивного скринінгу на ПТСР

Етап проведення

Перенаправлення за результатами скринінгу на ПТСР здійснюється соціальним/ою працівником/цею або психологом/инею у випадку, якщо за опитувальником сума балів становить більше 4 та більше.

Процес

Соціальний/на працівник/ця або психолог/иня надає клієнту/ці відрізний талон із рекомендаціями щодо звернення до сімейного лікаря/ки, що пройшов/ла навчання за курсом mhGAP або до лікаря-психіатра/ині або до психолога/ині / психотерапевта/ки, що володіє доказовими методами роботи з травмою. Окремого електронного направлення для отримання безоплатної медичної допомоги від зазначених фахівців/чинь не потрібно.

Підтверджуючі документи

Перенаправлення за результатами скринінгу на ПТСР фіксується у Щотижневій відомості співробітника(ці) проєкту про надані послуги та ІТС DataCheck – послуга «Перенаправлення за позитивним результатом скринінгу на

психічні розлади». Первинний документ, що підтверджує факт надання послуги, – заповнений Дешифратор, на якому зазначено про перенаправлення клієнта/ки до сімейного/ої лікаря/ки або напряму до лікаря/ки-психіатра/ині.

Перенаправлення у разі позитивного скринінгу на залежність від алкоголю

Етап проведення

Перенаправлення за результатами скринінгу на залежність від алкоголю здійснюється соціальним/ою працівником/цею або психологом/инею у випадку, якщо за шкалою AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) сума балів становить більше 8 балів.

Процес

Соціальний/на працівник/ця або психолог/иня надає клієнту/ці відрізний талон із рекомендаціями щодо звернення до сімейного/ої лікаря/ки або до лікаря/ки-психіатра/ині. Окремого електронного направлення для отримання безоплатної медичної допомоги від зазначених фахівців не потрібно.

Підтверджуючі документи

Перенаправлення за результатами скринінгу на залежність від алкоголю фіксується у Щотижневій відомості співробітника(ці) проєкту про надані послуги та ITC DataCheck – послуга «Перенаправлення за позитивним результатом скринінгу на психічні розлади». Первинний документ, що підтверджує факт надання послуги, – заповнений Дешифратор, на якому зазначено про перенаправлення клієнта/ки до сімейного/ої лікаря/ки або напряму до лікаря/ки-психіатра/ині.

Додаток 4

Примірний перелік оснащення ММК

	Примірний перелік оснащення ММК	Переклад	Кількість на 1 ММК	Коментарі
Діагностичне обладнання				
1	Аудіометр	Audiometer	1	
2	Ваги для дорослих	Adult weights	1	
3	Ваги для немовлят	Baby Scale	1	
4	Глюкометр	Blood Glucose Monitor	2	
5	Дерматоскоп / відеодерматоскоп	Dermatoscope	1	
6	Медичний ліхтарик	Medical flashlight	2	1 для кожного лікаря
7	Камертон (256 або 512 Hz)	Tuning fork (256 or 512 Hz)	1	
8	Електрокардіограф			
9	Медична вимірювальна стрічка	Medical measuring tape	2	1 для кожного лікаря
10	Молоточок неврологічний	Neurological hammer	2	1 для кожного лікаря
11	Отоофтальмоскоп	Otoophthalmoscope	1	
12	Пікфлуометр	Peak flow meter	2	1 для кожного лікаря
13	Портативний УЗД апарат + планшет	Portable ultrasound device	1	
14	Прилад для реєстрації отоакустичної емісії	Device for recording otoacoustic emissions	1	
15	Пульсоксиметр	Pulse oximeter	2	1 для кожного лікаря
16	Спірометр	Spirometer	1	
17	Стетофонендоскоп	Stethophone endoscope	3	1 для кожного лікаря+середньому медпрацівнику
18	Термометр цифровий	A digital thermometer	4	
19	Тимпанометр	Tympanometer	1	
20	Тонометр	Tonometer	3	1 для кожного лікаря+середньому медпрацівнику
21	Ростомір для дітей		1	
22	Ростомір	Height meter	1	
Допоміжне обладнання				
1	Джгут венозний	Venous tourniquet	3	

2	контейнер для використаних скарифікаторів та смужок	container	3	
3	Кушетка медична оглядова складна	Medical examination couch is complicated	3	1 для кожного лікаря+середньому медпрацівнику
4	Мішок ручної вентиляції легень з масками різних розмірів	Hand bag lung ventilation	1	
5	Повітропровід орофарингеальний, одноразового використання	Oral and nasopharyngeal airway, disposable	1 набір (9 шт)	
6	Шприци одноразові з голками	Disposable syringes	10	різних розмірів
7	Автоматичний зовнішній дефібрилятор		1	
Розхідні матеріали			**Кількість/день роботи**	1 міс (20 днів)
1	Лійка вушна	Funnel ear	10	200
2	Маска медична	Medical mask	20	400
3	Набір гінекологічний оглядовий одноразовий	One-time gynecological examination set	5	100
4	Набір для промивання вух	Set for washing ears	2	40
5	Пластир медичний бактерицидний	Medical patch	20	400
6	Рукавички медичні нестерильні	Medical gloves are non-sterile	100	2000
7	Ручка для проколу шкіри	Pen for piercing the skin	3	60
8	Скарифікатори	Scarifiers	20	400
9	Спиртові серветки	Alcohol wipes	30	600
10	Стерильний посуд для забору сечі	Sterile utensils for collecting urine	20	400
11	Термопапір для електрокардіографа	Thermal paper for an electrocardiograph	2	40
12	Тест-смужки для визначення глюкози в сечі	Test strips for determination of glucose in urine	10	200
13	Тест-смужки для визначення кетонів в сечі	Test strips for determining ketones in urine	10	200
14	Тест-смужки до глюкометра	Test strips for a glucometer	25	500
15	Швидкий тест для діагностики стрептококової ангіни	A rapid test for the diagnosis of strep throat	5	100
16	Швидкий тест на вагітність	Quick pregnancy test	1	20
17	Швидкий тест на визначення феритину	Rapid test for determination of ferritin	5	100

18	Швидкий тест на ВІЛ	Rapid HIV test	1	20
19	Швидкий тест на виявлення гепатитів В, С	Rapid test for hepatitis	2	40
20	Швидкий тест на грип А та В	Rapid test for influenza A and B	10	200
21	Швидкий тест С-реактивний білок	Rapid test C-reactive protein	10	200
22	Швидкий тест сечі (мультикомпонентний)	Rapid urine test (multicomponent)	20	400
23	Шпатель терапевтичний одноразовий	Therapeutic disposable spatula	20	400
24	Одноразові загубники для спірографа	Disposable mouthpieces for a spirograph	5	100
25	Одноразові насадки різних діаметрів для вух для тимпанометра	Disposable ear tips of different diameter for tympanometer	20	
26	Одноразові насадки різних діаметрів для вух для отоакустичної емісії	Disposable ear tips of different diameter for OAE device	10	
27	Термопапір для отоакустичної емісії	Thermal paper for an OAE	5	100
28	Дзеркало носове одноразове	Nasal mirror is disposable	5	100
29	Експрес тест на Д Димер	D-Dimer Blood rapid Test	5	100
30	Експрес тест на Тропонін І	Express test for determination of cardiac troponin (Troponin I)	5	100
31	Експрес-тест Коронавірус (SARS-CoV-2) антиген	Express test for antigen to COVID-19 (SARS-CoV-2)	10	200
32	Антисептичний засіб для обробки поверхонь та інструменту (мл)		250	5000
33	Гель для УЗД (мл)		200	4000
34	Гель для ЕКГ струмопровідний (мл)		200	4000

Додаток 5

Рекомендований перелік тренінгів для фахівців ММК

Перелік тренінгів для ММК		
№	**Назва тренінгу**	**Платформа**
1.	Отоскопія, офтальмоскопія для лікарів первинної ланки	Академія НСЗУ
2.	Моніторинг і ведення випадків сексуального та домашнього насилля у практиці лікарів первинної ланки	Академія НСЗУ
3.	Надання послуг з репродуктивного здоров'я у випадку ґендерного насильства	ЦГЗ (https://courses.phc.org.ua/courses/course-v1:PHC+60+2021/about)
4.	Оцінювання ризику ССЗ та надання допомоги при ССЗ	Академія НСЗУ
5.	Надання допомоги при гіпертонії	Академія НСЗУ
6.	Надання допомоги при діабеті	Академія НСЗУ
7.	Надання допомоги при астмі і її загостреннях. Надання допомоги при ХОЗЛ і загостреннях	Академія НСЗУ
8.	Рання діагностика раку	Академія НСЗУ
9.	Консультування щодо здорового способу життя	Академія НСЗУ
10.	Навчання навичкам самодопомоги при неінфекційних захворюваннях	Академія НСЗУ
11.	Паліативна допомога	Академія НСЗУ
12.	Елементи інфекційного контролю в роботі мобільної команди	Академія НСЗУ
13.	Програма дій із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я (mhGAP)	Академія НСЗУ
14.	Робота з ветеранами	Академія НСЗУ
15.	Раннє виявлення туберкульозу	Академія НСЗУ
16.	Соціальна робота з людьми, які мають хронічні захворювання	https://apps.prometheus.org.ua/learning/course/course-v1:NETWORK+SW101+2017_T2/home

Додаток 6

Інструкція з організації
моніторингу та оцінки проєктної діяльності

1. Визначення і терміни

Моніторинг та оцінка (МіО) – процес регулярного збору та аналізу кількісних і якісних даних за попередньо визначеними показниками для забезпечення підзвітності та створення основи для визначення ступеня досягнення цілей, ефективності, результативності, впливу та стійкості результатів Проєкту.

Метою моніторингу та оцінки є систематичне відстеження процесу впровадження, досягнутих результатів Проєкту, а також вимірювання його ефективності задля визначення, коли Проєкт рухається за планом, а коли можуть знадобитися зміни. Цей процес називається процесом навчання. Проєкт ґрунтується на безперервному процесі навчання, що забезпечує постійну поінформованість його співробітників, посилює здатність вчасно адаптуватися до змін та відповідальність перед спільнотами, задля яких впроваджується Проєкт. Проєктом передбачені активності для підтримки постійного процесу навчання на різних рівнях: з аналізу ефективності впроваджених моделей диференційованих послуг на основі даних, в т.ч. числі за допомогою створених дашбордів даних, взаємодії з партнерами з впровадження через регулярні координаційно-інформаційні зустрічі, з регулярної верифікації даних, проведення Спільноти практиків для обміну набутим досвідом тощо.

Оцінка (evaluation) передбачає більш глибоке (у порівнянні з моніторингом) проникнення в сутність того, що відбувається. Оцінка спрямована на аналіз результатів діяльності і/або отриманого ефекту і співвіднесення цих результатів з певними критеріями. За підсумками оцінки робиться висновок про ефективність програми, Проєкту або організації і формулюються рекомендації на майбутнє. У ході оцінки серед інших даних використовуються дані моніторингу.

Організація-донор – організація, яка надає фінансування Проєкту, в рамках даного Проєкту Пакт Інк.

Первинна документація – документи, за допомогою яких Організація фіксує інформацію про особу, якій надані послуги (клієнта) та факт надання послуги певного типу.

У рамках проєктної діяльності первинна документація може включати, але не обмежуватись, наступні форми: щотижнева відомість співробітника(ці) Проєкту про надані послуги, талони перенаправлення в ЗОЗ тощо.

Заповнення форм первинної документації може здійснюватися як в електронному, так і паперовому вигляді, але Проєктом рекомендоване використання електронних форм з метою полегшення проведення оцінки якості даних (внутрішньої і зовнішньої) та з екологічних міркувань.

Ведення первинної документації не вимагається у випадках, якщо послуга верифікована клієнтом за допомогою телефонного дзвінка або смс під час отримання

послуги, крім послуг з видачі матеріальних цінностей та талонів перенаправлення. Проєктом вимагається верифікація послуг клієнтом на рівні не менше 80%.

Звітна документація – документи, за допомогою яких НУО звітує перед організацією-донором за впроваджену діяльність. Звітна документація визначається Договором та включає таблицю показників впровадження Проєкту та інші документи.

Електронна база даних наданих послуг (ЕБД) - інструмент для зберігання, обробки та аналізу даних щодо наданих послуг в рамках Проєкту. У рамках Проєкту для фіксації наданих послуг використовується Інформаційно-телекомунікаційна система «Моніторинг надання соціальних послуг в Україні: DATACHECK UKRAINE» у вигляді веб застосунку та мобільного додатку (далі DATACHECK). Організацією-власницею DATACHECK є МБО «100% Життя».

Внутрішня верифікація (оцінка якості) даних – процес регулярної оцінки (моніторингу) якості введених даних щодо наданих послуг з метою виявлення помилок. Внутрішня верифікація даних проводиться керівником НУО/або координатором ММК та документатором у співпраці зі співробітниками, залученими до реалізації проєкту на регулярній основі. Основою для проведення верифікації даних слугує Первинна документація.

Зовнішня верифікація (оцінка якості) даних - процес періодичної оцінки якості відзвітованих даних. Зовнішня верифікація проводиться Організацією-донором, з метою виявлення помилок у відзвітованих документах та корекції даних у звітах, поданих Організацією-донором донору. Основою для проведення зовнішньої верифікації слугує порівняння даних щодо наданих послуг клієнтам у первинних звітних формах, електронній базі даних та звітній документації, поданій Організації-донору в рамках квартальної звітності.

Паспорт показників – документ, який детально описує показники ефективності проєкту, за якими передбачено звітування.

Керівник організації/координатор проєкту – працівник НУО відповідальний за впровадження діяльності НУО або проєкту, зазначається у Договорі.

Документатор – працівник організації, відповідальний за збір, верифікацію, зберігання та обробку даних в НУО. За рішенням керівника НУО/координатора проєкту може відповідати загалом за МіО в проєкті.

2. Загальні положення

2.1. Інструкція з організації моніторингу та оцінки проєктної діяльності (далі - Інструкція) регламентує внутрішній моніторинг та оцінку в НУО в рамках впровадження проєкту «Інновації для подолання епідемії ВІЛ».

2.2. Моніторинг та оцінка проєктної діяльності (МіО) регламентується законодавством України, Статутом Організації, цією Інструкцією, грантовими та іншими договорами з НУО, а також стандартами, методичними рекомендаціями або керівництвами щодо здійснення конкретного проєкту.

2.3. Усі співробітники НУО беруть участь у МіО у відповідності зі своєю посадою і функціями в конкретному проєкті. Усі співробітники повинні бути ознайомлені і виконувати положення цієї Інструкції, пункти договору з Організацією-

донором, які стосуються питань МіО, а також стандарти, методичні рекомендації, протоколи досліджень або керівництва по здійсненню конкретного проєкту.

3. Документація з моніторингу та оцінки

3.1. *Первинна документація*

3.1.1. Первинна документація – це електронні або паперові форми, в яких фіксується інформація про клієнтів НУО та надані їм послуги. НУО веде персоніфікований облік клієнтів і наданих їм послуг із зазначенням коду клієнта та дати надання послуги.

3.1.2. Формат первинних документів надається Організацією-донором для впровадження проєкту та може бути адаптований НУО. У випадку адаптації первинного документації використання адаптованих документів дозволяються лише після погодження з Проєктом.

3.1.3. Обов'язковою інформацією для внесення у первинну документацію є прізвище та ім'я клієнта; дата або рік народження або вік клієнта; стать клієнта.

3.1.4. На основі персональної інформації генерується унікальний ідентифікаційний код клієнта (УІК). УІК забезпечує персоніфікований облік клієнтів і наданих їм послуг з виключенням або мінімізацією ймовірності подвійного обліку. Обов'язковою інформацією для внесення у первинну документацію є дані щодо типів наданих послуг і дата їх надання.

3.1.5. За умови збору персональної інформації про клієнта від клієнта повинно бути отримано письмову інформовану згоду на збір, обробку та зберігання особистої інформації.

3.1.6. Деяка первинна документація по МіО може існувати тільки в паперовому вигляді. (наприклад, відомість видачі матеріальних цінностей, де вимагається підпис клієнта, підтверджуючий отримання цінності). Паперова первинна документація повинна відповідати тим же вимогам, що й документація на електронному вигляді.

3.2. *Електронна база даних*

3.2.1. Електронна база даних є інструментом для зберігання, обробки та аналізу первинної інформації та надання звітності в рамках проєкту.

3.2.2. Для збору даних у рамках проєкту НУО використовує Інформаційно-телекомунікаційну систему «Моніторинг надання соціальних послуг в Україні: DATACHECK», яка адаптована під потреби проєкту. Внесення даних в DataCheck може здійснюватися як за допомогою веб застосунку, на основі первинних документів, особами, відповідальними за МіО в НУО, так і за допомогою мобільного додатку, безпосередньо надавачами послуг. Внесення даних щодо наданих послуг в DataCheck є обов’язковим.

3.2.3. Проєктом вимагається верифікація наданих послуг клієнтом (підтвердження методом телефонного дзвінка або смс), на рівні не менше 80% (відбувається через мобільний додаток DataCheck під час надання послуги)

3.2.4. Проєктом передбачено використання інших електронних інструментів для збору, верифікації, збереження та обробки даних.

3.3. *Звітна документація*

3.3.1. Формат і зміст звітної документації з МіО визначається Договором.

3.3.2. Звітна документація надається в електронному вигляді (електронною поштою) згідно визначених Проєктом каналів комунікації у терміни, передбачені Договором.

3.3.3. Звітна документація з МіО містить агреговану інформацію у формі Таблиці показників, визначених у Договорі.

3.3.4. Визначення показників, джерел даних для них, підходи до їх збору та особливості, зазначені у Паспорті показників.

3.3.5. Особиста інформація про клієнтів (прізвища, адреси, телефони, впізнавані фотографії) може бути поширена тільки за наявності письмової інформованої згоди від цих осіб.

4. Обов'язки співробітників НУО з ведення документації для МіО

4.1. *Директор НУО/координатор проєкту:*

4.1.1. Забезпечує діяльність організації/проєкту для досягнення цілей і встановлених індикаторів.

4.1.2. Організує та контролює ведення та збереження документації по МіО на всіх рівнях, забезпечує відповідність документації цій Інструкції.

4.1.3. Забезпечує наявність технічних засобів у надавачів послуг для внесення даних у ЕБД та верифікацію послуг клієнтом;

4.1.4. Проводить внутрішню верифікацію даних.

4.1.5. Організує та/або проводить навчання співробітників з питань МіО.

4.1.6. Організує та/або проводить регулярне навчання, обмін досвідом та зворотній зв’язок надавачам послуг щодо якості внесених даних (із залученням документатора або особи, відповідальної за МіО)

4.1.7. Аналізує дані МіО, контролює якість даних у звітній документації перед наданням звіту його Організації-донору.

4.1.8. Визначає особу, яка є відповідальною за організацію доступу до ЕБД.

4.1.9. Контролює дотримання конфіденційності особистих даних клієнтів, вимог до зберігання інформації та інших положень даної Інструкції.

4.2. *Документатор проєкту (або особа, відповідальна за МіО)*:

4.2.1. Забезпечує збір і зберігання первинної документації.

4.2.2. Забезпечує організацію доступу до ЕБД для працівників Організації та надавачів послуг (надання та закриття доступу до ЕБД).

4.2.3. Відповідає за організацію запитів щодо технічної підтримки роботи ЕБД.

4.2.4. Контролює повноту заповнення первинної документації.

4.2.5. Веде електронну базу даних.

4.2.6. Здійснює верифікацію даних на рівні Організації.

4.2.7. Створює звітну документацію на основі ЕБД і первинної документації, бере участь в аналізі даних.

4.2.8. Забезпечує відповідність первинної документації та ЕБД вимогам цієї Інструкції та інших регламентуючих документів.

4.3. *Надавач послуг (соціальний працівник, консультант тощо)*

4.3.1. Вносить дані про клієнтів і надані послуги у ЕБД;

4.3.2. Веде первинну документацію про клієнтів і наданих послуг відповідно до наданих методичних документів; забезпечує повноту та правильність ведення первинної документації.

4.3.3. Своєчасно надає документатору первинну документацію.

Бере участь в регулярних зустрічах з метою навчання, обміну досвідом та отримання зворотного зв‘язку щодо якості внесених в ЕБД даних.

5. Навчання співробітників НУО з питань моніторингу та оцінки

5.1. Директор НУО/координатор проєкту забезпечує участь в навчанні з МіО співробітників НУО, залучених до впровадження проєкту та проводить навчання нових співробітників процедурам, вимогам і формам МіО у відповідності до вимог Проєкту; забезпечує участь відповідальних співробітників у робочих зустрічах з питань МіО, ініційованих Організацією-донором.

6. Ведення документації з моніторингу та оцінки

6.1. *Ведення первинної документації*

6.1.1. Співробітники, які надають послуги клієнтам (надавачі послуг: соціальні працівники, консультанти тощо) заповнюють форми первинної документації щодня в процесі або безпосередньо після надання послуги клієнту (у випадку відсутності верифікації послуг клієнтом)

6.1.2. Співробітники, які надають послуги клієнтам, передають первинну документацію документатору не рідше одного разу на тиждень.

6.2. *Ведення електронної бази та верифікація даних*

6.2.1. Документатор вносить інформацію з первинних форм в ЕБД з тією ж періодичністю, з якою отримує первинну документацію від співробітників, що надають послуги клієнтам (не рідше 1 разу на тиждень).

6.2.2. Документатор уточнює у співробітників, що надають послуги, відсутню, неповну або неясну інформацію з первинних форм. Після уточнення інформації документатор може виправити або доповнити зміст первинної форми, про що на самій формі робиться відповідний запис з поясненнями, датою і підписом документатора. У ЕБД вноситься уточнена інформація, відповідно до виправленої первинної форми. Про всі випадки неналежного ведення первинної документації документатор інформує директора НУО/ координатора проєкту.

6.2.3. Директор НУО/координатор проєкту з періодичністю, але не рідше 1 разу на квартал (перед подачею звітності), проводить повну або вибіркову перевірку (внутрішню верифікацію) відповідності даних в первинних формах та ЕБД.

6.2.4. Якщо в процесі верифікації невідповідності між первинними формами і ЕБД становлять 10% перевірених послуг або більше, документатору рекомендовано провести повну верифікацію всіх послуг, які звітуються за показником, який верифікується, наданих за період з моменту проведення попередньої верифікації.

6.2.5. Внутрішня верифікація даних, має завершитися до надання звітної документації Організації-донору. Якщо верифікація даних завершується після надання звіту Організації-донору, і в ході неї виявлені розбіжності з наданими звітом, директор НУО/координатор проєкту інформує про це Організацію-донора у письмовому вигляді.

6.2.6. Зовнішня верифікація даних проводиться Організацією-донором у відповідності до Плану зовнішньої верифікації. Зовнішня верифікація може проводитись в режимі офлайн (фізичного відвідування відповідальним працівником офісу НУО) за умови відсутності обмежень на пересування в зв'язку з епідемічною ситуацією через COVID-19 та воєнно-політичною ситуацією, та в режимі онлайн.

6.2.7. План зовнішньої верифікації формується щорічно на початку програмного року (жовтень-листопад), але може змінюватися в залежності від потреб проєкту. Організація-донор ознайомлює НУО із Планом зовнішньої верифікації після його затвердження та у випадку змін.

6.2.8. Якщо в процесі зовнішньої верифікації виявляються невідповідності між первинними формами і ЕБД в 10% перевірених записів або більше, проводиться повна верифікація по всіх послугам, наданим за показником, який верифікується, за період з моменту проведення попередньої верифікації.

6.2.9. Верифікація здійснюється шляхом порівняння даних про надані послуги, зазначених у первинних документах, ЕБД та звітних формах.

6.2.10. У випадку проведення зовнішньої верифікації в режимі онлайн Організація, на запит Організації-донора надає первинну документацію в електронному вигляді. Паперова первинна документація надається у вигляді сканованих копій.

6.3. *Ведення звітної документації*

6.3.1. По завершенню звітного періоду, визначеного відповідною угодою з Організацією-донором, документатор готує звітну документацію на підставі ЕБД і первинної інформації.

6.3.2. Директор НУО/координатор проєкту аналізує та інтерпретує звітну документацію, звіряє дані з очікуваними показниками - цільовими значеннями, надає коментарі щодо виконання цільових показників і надає звітну документацію Організації-донору у терміни, передбачені Договором. Директор НУО/координатор проєкту може доручити документатору проєкту відправку звітних форм; при цьому відповідальність за зміст, якість і своєчасність відправки лежить на директорові НУО/координаторові проєкту.

6.3.3. Звітна документація містить агреговану інформацію про результати діяльності НУО в рамках звітного періоду, відповідно до Договору. Агрегована інформація містить відповідну деталізацію за статтю, віком, групою ризику, видах послуг і т.п., зазначену в паспорті показників, які входять до звітної документації.

6.3.4. Після отримання звітної документації з МіО, відповідальний співробітник Організації-донора (спеціаліст з МіО) розглядає звіт впродовж 5 робочих днів з дня його отримання. За результатами розгляду відповідальний співробітник може направити директору НУО/координатору проєкту або документатору уточнюючі питання або запит про додаткову інформацію. Попереднє затвердження звітної документації здійснюється впродовж 5 робочих днів після отримання відповіді на всі уточнюючі питання (допускається декілька етапів уточнень/коментарів від відповідального співробітника Організації-донора). Це відбувається шляхом надсилання електронного повідомлення про затвердження звіту від відповідального співробітника Організації-донора до директора НУО/координатора проєкту або документатора.

6.3.5. Остаточне затвердження звітної документації (за умови своєчасного надання коментарів та пояснень від НУО) здійснюється впродовж 5 робочих днів після отримання результатів проведення верифікаційного аналізу та дедублікації даних.

6.3.6. Звітна документація вважається прийнятою після отримання відповідного електронного повідомлення від відповідального співробітника Організації-донора.

7. Зберігання документації з моніторингу та оцінки

7.1. *Зберігання первинної документації*

7.1.1. Первинна документація зберігається в офісі НУО (в паперовому або електронному вигляді).

7.1.2. Первинна документація в паперовому вигляді, яка містить особисту інформацію про клієнта (прізвище, адресу проживання, телефон, фотографію особи) зберігається в приміщенні, яке замикається і доступно тільки для співробітників НУО. Якщо первинна документація знаходиться на сайті надання послуг в приміщенні, куди мають доступ клієнти, то вона зберігається в шафі, яка замикається/сейфі, ключ від якого мають тільки співробітники НУО.

7.1.3. Первинна документація в електронному вигляді, яка містить особисту інформацію про клієнта (прізвище, адресу проживання, телефон, фотографію особи) зберігається на фізичному або хмарному сховищі захищеному паролем або іншими методами авторизацією доступу.

7.1.4. Первинна документація про клієнтів і наданих їм послуг зберігається протягом трьох років після завершення дії відповідного грантового договору.

7.2. *Зберігання даних внесених в ЕБД*

7.2.1. Відповідальність за збереження даних внесених в ЕБД та їх доступність лежить на Організації-власниці ЕБД.

7.3. *Зберігання звітної документації*

7.3.1. Директор НУО/координатор проєкту відповідає за електронні версії звітної документації, наданої Організації-донору. Звітна документація зберігається разом з відповідною грантовою угодою протягом трьох років після її завершення.

7.3.2. Директор НУО/координатор проєкту або документатор зберігає всю переписку щодо звітної документації з відповідальним співробітником Організації-донора до закінчення проєкту. Якщо в ході листування було внесено зміни до звітної документації, документатор зберігає різні електронні версії документів із змінами, включаючи остаточну схвалену версію.

Додаток 7. Щотижнева відомість



Додаток 8. Журнали реєстрації послуг



Підготовка СОП стало можливим завдяки щедрій підтримці американського народу, наданій через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID). Зміст є винятковою відповідальністю Pact та його партнерів і не обов’язково відображає погляди Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) або уряду США.

This SOPs is made possible by the generous support of the American people through the United States Agency for International Development (USAID). The contents are the responsibility of Pact and its partners and do not necessarily reflect the views of USAID or the United States Government.