

ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ, ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ
ТА ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ

«ЗАТВЕРДЖЕНО»
на методичній нараді кафедри
Завідувач кафедри _____ професор Ірина ВИСОЧИНА
№ __ «__» _____ 2026 р.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Навчальна дисципліна	«Загальна практика - сімейна медицина» Блок 6.4. «Хірургія»
Змістовий модуль	Змістовий модуль 2. «Особливості надання допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини»
Тема заняття	Тема 14. Основи клінічної практики в сфері психічного здоров'я. Використання підходів програми ВООЗ mhGAP в роботі ПМД. Перша психологічна допомога. Профілактика професійного вигорання медичних працівників.
Курс	VI
Факультет	Медичний
Спеціальність	222 «Медицина»
Кількість годин	5
Автори	_____

Методичні рекомендації складено відповідно до освітньо-професійної програми підготовки магістрів за спеціальністю 222 «Медицина».

Дніпро
2026

I. Актуальність

Психічне здоров'я є невід'ємною складовою загального здоров'я. На первинній медичній допомозі (ПМД) люди звертаються не лише зі скаргами на тривогу, порушення сну або знижений настрій, але й із болем, втомою, серцебиттям, розладами травлення та іншими симптомами, що можуть супроводжувати психічні розлади. Сімейний лікар забезпечує доступний перший контакт, оцінює безпеку, виявляє поширені стани, надає базову допомогу, організовує направлення та безперервне спостереження [1–3].

Програма ВООЗ mhGAP (Mental Health Gap Action Programme, Програма дій із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я) пропонує клінічні алгоритми для працівників неспеціалізованих закладів охорони здоров'я. Її посібник версії 2.0 слугує практичним маршрутом оцінки та ведення, а рекомендації ВООЗ 2023 року оновлюють доказову основу окремих втручань [1, 2].

В умовах кризових подій особливе значення має перша психологічна допомога (ППД), яка забезпечує безпечну, добровільну, практичну підтримку без примусу до розповіді про пережите [4]. Високе робоче навантаження, емоційно складні консультації та дефіцит організаційних ресурсів зумовлюють потребу в профілактиці професійного вигорання серед медичних працівників [5, 6].

II. Навчальні цілі

Сформувати здатність проводити базову клінічну оцінку психічного стану в практиці ПМД, застосовувати принципи mhGAP, виявляти невідкладні ризики, надавати ППД, організовувати безпечну маршрутизацію та розрізняти індивідуальні й організаційні заходи профілактики професійного вигорання.

Після завершення самостійної підготовки студент повинен знати:

- засади орієнтованої на людину допомоги та недискримінаційної комунікації;
- структуру mhGAP: загальні принципи допомоги, клінічна оцінка, алгоритми втручань, повторний огляд;
- симптоми депресії, психозу, проблемного вживання психоактивних речовин та інших поширених станів;
- ознаки медичної або психіатричної невідкладності, принципи оцінки ризику самоушкодження та суїциду;
- основи психоосвіти, психосоціальної підтримки, спільного ухвалення рішень і подальшого спостереження;
- принципи ППД та її відмінність від психотерапії й клінічного лікування;
- три компоненти професійного вигорання за МКХ-11 та роль організаційних умов праці.

Уміти:

- побудувати довірливу розмову і оцінити функціонування, симптоми, соматичні та соціальні чинники;
- прямо, спокійно і безосудно запитати про самоушкодження та суїцидальні думки;
- обрати модуль mhGAP залежно від провідних симптомів і визначити потребу в консультації спеціаліста;
- запропонувати коротку психоосвіту, узгодити план допомоги й термін повторного контакту;
- надати ППД за послідовністю «Підготуватися → Дивитися → Слухати → З'єднувати з допомогою»;
- розпізнати симптоми вигорання, визначити джерела професійного ризику та реалістичні заходи профілактики.

III. Компетентності, які забезпечує тема

Загальні: застосування знань у клінічній практиці, обґрунтоване прийняття рішень, етична комунікація, адаптація до невизначеності, безперервне професійне навчання. Спеціальні: збір і аналіз медичної інформації, визначення попереднього діагнозу, оцінка невідкладних станів, планування лікування та профілактики, організація направлень, ведення медичної документації. Програмні результати: виявлення симптомів і синдромів, диференційна оцінка соматичних та психічних причин, прийняття клінічних рішень,

невідкладні дії, консультування та дотримання етичних і юридичних норм. Конкретні коди ЗК, СК і ПРН необхідно звірити з чинною освітньою програмою закладу.

IV. Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліна / напрям	Знати	Вміти
Психіатрія	Основні синдроми, ознаки психозу, депресії, суїцидального ризику.	Визначити загрозливі симптоми та показання до консультації.
Внутрішня медицина	Соматичні та медикаментозні причини змін психічного стану.	Виключити невідкладний соматичний стан.
Клінічна психологія	Стресові реакції, психологічна підтримка, емоційна регуляція.	Провести підтримувальну розмову без примусу.
Невідкладна допомога	Порушення свідомості, інтоксикація, гостра небезпека.	Організувати безпечне невідкладне направлення.
Громадське здоров'я	Соціальні детермінанти здоров'я, робоче середовище.	Визначити доступні ресурси підтримки.

V. Зміст теми

1. Психічне здоров'я в системі первинної медичної допомоги

Психічне здоров'я впливає на самопочуття, поведінку, фізичне функціонування, взаємини, навчання та працю. У практиці ПМД проблеми психічного здоров'я часто поєднуються із соматичними хворобами. Наявність тривоги або депресивних симптомів не дає підстав автоматично вважати фізичні скарги психогенними. Потрібна повноцінна клінічна оцінка.

Сімейний лікар забезпечує первинне виявлення, первинну оцінку й тріаж за терміновістю, базові психосоціальні втручання, лікування в межах компетенції та чинних стандартів, координацію допомоги й повторний контакт. Допомога повинна бути доступною, поважати автономію пацієнта та враховувати травматичний досвід без обов'язкового його детального обговорення [1, 2].

2. Принципи якісної клінічної практики у сфері психічного здоров'я

Основні принципи допомоги за mhGAP: повага до гідності і прав людини; конфіденційність; недискримінація; активне слухання й емпатія; зрозуміла інформація; участь людини в рішеннях; залучення родини лише за згодою та з урахуванням безпеки; увага до фізичного здоров'я; безперервність спостереження [1].

Розмову проводять у приватному середовищі. Слід використовувати відкриті запитання, нейтральну мову, уточнювати значення слів самого пацієнта та перевіряти розуміння рекомендацій. Діагностичний ярлик не замінює клінічного опису симптомів, впливу на функціонування та узгодженого плану.

Конфіденційність має межі у випадках загрози життю, насильства або інших визначених законодавством підстав. Розкриття інформації обмежують необхідним обсягом і пояснюють людині, наскільки це безпечно та можливо.

3. Як побудований інструмент mhGAP

mhGAP (Mental Health Gap Action Programme, Програма дій із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я) є програмою ВООЗ для розширення доступу до доказової допомоги людям із психічними, неврологічними розладами та розладами, пов'язаними з уживанням психоактивних речовин. Посібник mhGAP-IG (mhGAP Intervention Guide, посібник із клінічних втручань mhGAP) версії 2.0 призначений для медичних працівників неспеціалізованих закладів [1].

Початковий розділ «Основні принципи допомоги та клінічної практики» описує загальні правила спілкування, оцінки, ведення і подальшого спостереження. Узагальнювальна схема за провідними

симптомами спрямовує до відповідного модуля. Модулі охоплюють депресію, психози, епілепсію, розлади психічного здоров'я і поведінки дітей та підлітків, деменцію, розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, самоушкодження або суїцид та інші значущі скарги [1].

Посібник 2016 року є клінічним алгоритмічним інструментом. Настанова ВООЗ 2023 року містить оновлені доказові рекомендації; вона не є тотожною новій версії кожного алгоритму посібника. Під час практичної роботи міжнародні рекомендації співвідносять із чинними українськими стандартами та обсягом компетенції ПМД [1, 2].

4. Загальний алгоритм первинної клінічної оцінки

Послідовність: 1) встановити контакт і з'ясувати причину звернення; 2) негайно перевірити небезпечні стани; 3) оцінити симптоми, їхню тривалість, тяжкість і вплив на щоденне функціонування; 4) виключити значущі соматичні, медикаментозні й токсичні причини; 5) розглянути відповідний модуль mhGAP; 6) узгодити допомогу, маршрутизацію та повторний контакт.

Уточнюють початок і перебіг симптомів, сон, апетит, енергію, здатність працювати та підтримувати стосунки, попередні епізоди, супутні захворювання, лікарські засоби, алкоголь та інші речовини, актуальні стресові події, підтримку близьких, випадки насильства та безпеку в домашньому середовищі. Запитання адаптують до стану й готовності пацієнта.

Оцінюють орієнтування, свідомість, поведінку, мовлення, настрій, афект, мислення та сприйняття, наскільки це можливо на ПМД. Гостра сплутаність свідомості, виражене збудження, психотичні симптоми з небезпечною поведінкою, тяжка інтоксикація, судоми або загроза самоушкодження потребують негайного рішення щодо безпеки.

5. Клінічні ознаки депресії

Депресивний епізод слід розглядати за наявності стійкого зниженого настрою або втрати інтересу чи здатності відчувати задоволення, особливо якщо симптоми тривають більшу частину дня майже щодня щонайменше два тижні і супроводжуються порушенням функціонування. Додатковими проявами можуть бути виснаженість, зміни сну й апетиту, труднощі концентрації, відчуття провини, безнадія та думки про смерть [1].

Слід оцінити соматичні причини, вплив препаратів і речовин, переживання втрати та можливі попередні епізоди піднесеного або дратівливого настрою зі зменшенням потреби у сні, надмірною активністю й імпульсивністю. Наявність таких епізодів може вказувати на біполярний розлад і впливає на вибір лікування.

Легкі симптоми не є підставою автоматично призначати антидепресанти. Психосоцвіта, підтримка, активізація, робота з проблемами й спостереження можуть бути важливими компонентами допомоги; при помірній і тяжкій депресії застосовують структуровані психологічні втручання, а рішення щодо фармакотерапії приймають відповідно до клінічного стану, компетенції та чинних стандартів [1, 2].

6. Психосоцвіта та короткі психосоціальні втручання

Психосоцвіта передбачає зрозуміле пояснення симптомів і можливих причин, доступних способів допомоги, очікуваного перебігу та ознак погіршення. Важливо пояснити, що депресія й інші психічні розлади не є проявом «слабкої волі»; водночас не слід обіцяти швидкого або гарантованого одужання.

Коротка підтримувальна розмова включає вислуховування, визнання переживань, виявлення конкретних проблем, підтримку доступної активності, збереження соціальних контактів і спільне визначення невеликих досяжних кроків. Поради щодо сну, фізичної активності, уникнення надмірного вживання алкоголю та регулярного режиму можуть доповнювати, але не замінювати показану спеціалізовану допомогу.

Структуровані психологічні втручання, рекомендовані ВООЗ для помірної та тяжкої депресії, зокрема когнітивно-поведінкові та інші доказові підходи, потребують відповідної підготовки фахівця. Звичайна доброзичлива бесіда не повинна називатися повноцінною психотерапією [2].

7. Розпізнавання інших пріоритетних станів

Психоз можливий за наявності марень, галюцинацій, виражено дезорганізованої поведінки або мовлення, суттєвого порушення контакту з реальністю. Насамперед оцінюють безпеку, гострий початок, рівень свідомості, соматичні причини й уживання речовин. Не слід сперечатися зі змістом маячних переконань, висміювати людину або залишати її без допомоги в небезпечному стані.

При скаргах на тривогу оцінюють їхню тривалість, частоту, порушення функціонування, зв'язок із фізичними симптомами та вживанням речовин. Раптовий страх із серцебиттям не дозволяє без огляду виключити соматичні захворювання. При скаргах на пам'ять і поведінку в літньої людини потрібно розрізняти поступове когнітивне зниження й гострий делірій.

Проблемне вживання алкоголю, заспокійливих засобів та інших психоактивних речовин з'ясовують доброзичливо, без осуду. Оцінюють можливі інтоксикацію, синдром відміни, ризик травм і супутні розлади. Тяжка відміна алкоголю, судоми, делірій та інші загрозливі стани є підставою для невідкладної допомоги [1, 2].

8. Самоушкодження та суїцид: оцінка безпеки

Пряме запитання про суїцидальні думки не «вкладає ідею» людині та саме по собі не підвищує ризик суїциду. Запитувати треба спокійно, чітко, без осуду. Наприклад: «Чи виникали у вас думки, що не хочеться жити?», «Чи думали ви про те, щоб заподіяти собі шкоду або покінчити з життям?» [1, 7].

За позитивної відповіді уточнюють наявність наміру, плану, доступу до засобів, попередніх спроб, часу запланованих дій, поточного вживання алкоголю або інших речовин, психотичних симптомів та захисних чинників. Оцінка ризику має спиратися на клінічну бесіду і контекст, а не лише на сумарний бал опитувальника.

Якщо існує безпосередня загроза, не залишають людину саму, забезпечують нагляд і безпечне середовище, залучають екстрену медичну допомогу й спеціалізовану команду. За можливості усувають доступ до небезпечних засобів без створення додаткової загрози для оточення. Не слід обмежуватися обіцянкою пацієнта «нічого не робити» як гарантією безпеки.

Після стабілізації необхідні план безпеки, залучення підтримки за згодою людини, організована передача інформації й ранній подальший контакт. Якщо пацієнт відмовляється від допомоги за наявності гострої небезпеки, діють відповідно до законодавства та локальних алгоритмів невідкладної допомоги.

9. Вибір тактики, направлення і повторний контакт

Після оцінки вирішують, чи може людина отримувати допомогу на ПМД, чи потрібна планова консультація фахівця, чи є показання до термінової спеціалізованої або екстреної допомоги. На рішення впливають тяжкість симптомів, рівень функціонування, ризик для життя, супутні стани, ресурс ПМД і доступність підтримки.

Направлення повинно містити не лише назву фахівця, а й причину, терміновість, спосіб зв'язку та узгоджені наступні дії. Під час завершення консультації перевіряють, що пацієнт знає, до кого звертатися при погіршенні, коли відбудеться повторний огляд та які ознаки потребують негайної допомоги.

Повторний контакт дозволяє оцінити зміни симптомів, функціонування, безпеки, прихильність до узгодженого плану та небажані явища лікування. Інтервали визначають індивідуально, особливо скорочуючи їх за підвищеного ризику.

10. Поняття першої психологічної допомоги

Перша психологічна допомога (ППД) - людяна, підтримувальна та практична допомога людині, яка пережила важку кризову подію та потребує підтримки. Її мета - сприяти відчуттю безпеки, зменшенню дезорганізації та доступу до актуальних ресурсів. ППД не є діагностикою психічного розладу, психотерапією або обов'язковим психологічним опрацюванням травматичних спогадів [4].

ППД може бути корисною після обстрілу, евакуації, аварії, тяжкої втрати, насильства чи іншої надзвичайної події. Не кожна постраждала людина потребує або бажає бесіди. Пропозиція допомоги повинна залишатися добровільною, за винятком необхідних дій для усунення безпосередньої небезпеки.

11. ППД: підготовка та три принципи дій

Підготовка передбачає оцінку безпеки місця, доступної медичної допомоги, маршрутів евакуації, базових потреб і локальних ресурсів підтримки. Класична послідовність ВООЗ: Look (дивитися), Listen (слухати), Link (з'єднувати з допомогою). Це мнемонічна схема для організації дій, а не жорсткий сценарій допиту [4].

ДИВИТИСЯ (Look): перевірити безпечність обставин, помітити людей із невідкладними фізичними потребами, людей у тяжкому дистресі та тих, кому потрібен захист. Особливу увагу приділити дітям без супроводу, людям з інвалідністю, літнім людям та тим, хто має труднощі комунікації.

СЛУХАТИ (Listen): представитися, запитати дозволу на контакт, з'ясувати найнагальніші потреби, слухати уважно і з емпатією; не змушувати розповідати подробиці, не оцінювати реакцію як «правильну» чи «неправильну». Допустимі паузи, тиша і відмова людини від розмови.

З'ЄДНУВАТИ З ДОПОМОГОЮ (Link): допомогти забезпечити воду, тепло, їжу, медичну допомогу, зв'язок із близькими, інформацію про доступні послуги, захист та подальшу підтримку. Не обіцяти того, що неможливо виконати; інформацію слід перевіряти.

12. Особливості спілкування під час ППД

Корисно говорити короткими реченнями, зберігати спокійний тон, називати себе, пояснювати, що відбувається, та запитувати про першочергові потреби: «Що вам зараз найважливіше?», «Чи є хтось, кому ви хочете зателефонувати?». Підтримка не вимагає фізичного дотику: торкатися людини можна лише з її дозволу, якщо це доречно.

Недоречними є фрази «заспокойтеся», «інші пережили гірше», «усе буде добре», «я знаю, що ви відчуваєте». Не слід тиснути на людину, вимагати детального переказу травми, проводити примусове одноразове «виговорювання», знецінювати втрату чи давати неправдиві гарантії.

За гострого збудження можна спробувати орієнтувати людину на теперішній момент, запропонувати сісти в безпечному місці, помітити опору під ногами, поступово відновити контроль над диханням без нав'язування технік. Якщо є підозра на невідкладний соматичний стан, неврологічні порушення чи значну загрозу, пріоритет має медична допомога.

13. ППД у вразливих групах і межі її застосування

Для дитини важливі присутність безпечного дорослого, зрозуміла вікова мова, відновлення звичного порядку та захист від повторного стресу. Дитину не відокремлюють від надійного доглядальника без вагомої причини. У постраждалих від насильства першочерговими є конфіденційність, безпека, контроль людини над обсягом розкритої інформації та ненасильницька комунікація.

ППД не замінює невідкладної допомоги при травмі, розладі свідомості, загрозливій поведінці або суїцидальному намірі. Якщо людина дезорієнтована, не може забезпечити базову безпеку, має ознаки психозу чи висловлює намір завдати шкоди собі або іншим, організовують негайну професійну оцінку.

14. Професійне вигорання медичного працівника

За МКХ-11 професійне вигорання - феномен, пов'язаний із професійною діяльністю, що виникає внаслідок хронічного стресу на робочому місці, який не вдалося успішно подолати. Воно характеризується трьома вимірами: виснаженням; психологічним дистанціюванням від роботи, негативізмом або цинізмом щодо неї; зниженням відчуття професійної ефективності. ВООЗ не класифікує вигорання як окреме захворювання [5].

Професійне вигорання не є синонімом депресії. Симптоми можуть перетинатися, а обидва стани можуть співіснувати. Виснаження, стійке зниження настрою, втрата інтересу поза роботою, думки про самоушкодження, виражені порушення сну чи соматичні симптоми потребують окремої клінічної оцінки.

Серед чинників ризику: надмірне навантаження, брак персоналу і часу, неконтрольовані графіки, моральні конфлікти, недостатня підтримка, насильство або цькування на роботі, непередбачуваність роботи, відсутність відпочинку та надмірний адміністративний тягар. Індивідуальна стійкість не може замінити належних умов праці [6].

15. Профілактика вигорання: організаційний рівень

Першочергове значення мають управління психосоціальними ризиками й організаційні зміни: реалістичний розподіл навантаження, достатній штат, передбачувані графіки, перерви та відновлення, захист від насильства, участь працівників у рішеннях, підтримка керівника, доступ до конфіденційної допомоги та культура відкритого обговорення помилок без приниження [6].

Навчання керівників розпізнаванню психосоціальних ризиків, поліпшення командної взаємодії та системи супервізії можуть доповнювати структурні заходи. Профілактика не повинна обмежуватися вимогою до працівника «бути стресостійким» за незмінних шкідливих умов.

16. Профілактика вигорання: індивідуальний і командний рівні

На індивідуальному рівні корисні регулярне відновлення і сон, рухова активність, підтримка колег і близьких, професійні межі, реалістичні очікування, звернення за підтримкою при стійких симптомах. Ці заходи доповнюють, але не замінюють коригування робочих ризиків.

Команді допомагають короткі наради щодо безпеки роботи, обговорення складних випадків із дотриманням конфіденційності, можливість попросити про допомогу, чіткий розподіл відповідальності та доступ до супервізії. Обов'язкове примусове емоційне «розкриття» після важкого випадку не є універсально рекомендованою профілактикою психічних порушень.

Після кризової події медичному працівнику варто перевірити базові потреби, відновити фізичну безпеку й домовитися про доступну підтримку. Якщо симптоми зберігаються або порушують повсякденне життя, потрібна професійна оцінка, а не лише поради щодо самодопомоги.

17. Типові помилки в практиці ПМД

Помилки, яких слід уникати: пояснювати всі фізичні симптоми «нервами» без соматичного огляду; використовувати стигматизувальні вислови; призначати втручання до оцінки безпеки; не запитувати про суїцидальні думки через страх «спровокувати» їх; покладатися лише на анкету замість клінічної оцінки; вважати ППД психотерапією; примушувати людину детально розповідати про травму; не організовувати повторний контакт; трактувати вигорання виключно як особисту слабкість працівника.

Узагальнений маршрут допомоги: контакт → безпека → клінічна оцінка → відповідний модуль mhGAP → спільний план → лікування / підтримка / направлення → повторний контакт. У кризовій події за відсутності невідкладного медичного ризику: підготуватися → дивитися → слухати → з'єднувати з допомогою.

VI. Алгоритм самостійної підготовки до заняття

- Опрацювати поняття психічного здоров'я і роль ПМД у забезпеченні допомоги.
- Вивчити «Основні принципи допомоги та клінічної практики» mhGAP-IG 2.0.
- Повторити оцінку симптомів, функціонування, соматичних причин і невідкладних ризиків.
- Опрацювати клінічні ознаки депресії та основи психоосвіти.
- Повторити ознаки психозу, проблемного вживання речовин і станів, що потребують направлення.
- Відпрацювати прямі питання щодо суїцидальних думок, наміру, плану й безпеки.
- Пояснити відмінності між базовою допомогою mhGAP і ППД.
- Вивчити послідовність ППД: підготуватися, дивитися, слухати, з'єднувати з допомогою.
- Повторити ознаки, за яких ППД недостатньо і потрібна невідкладна оцінка.
- Вивчити визначення й три виміри професійного вигорання за МКХ-11.

- Розрізнити організаційні, командні та індивідуальні заходи профілактики.
- Підготуватися до розбору клінічних і ситуаційних завдань.

VII. Основні теоретичні питання теми

1. Яка роль сімейного лікаря у допомозі людям із проблемами психічного здоров'я?
2. Що означає mhGAP та кому адресовано посібник mhGAP-IG?
3. Чим відрізняються посібник mhGAP-IG 2.0 і рекомендації ВООЗ 2023 року?
4. Які принципи клінічної практики є базовими для допомоги у сфері психічного здоров'я?
5. Як забезпечити конфіденційність і які її межі?
6. Яка послідовність первинної оцінки психічного стану на ПМД?
7. Чому потрібно оцінювати соматичні причини психічних симптомів?
8. Які ключові ознаки можуть свідчити про депресивний епізод?
9. Навіщо уточнювати можливі епізоди патологічно піднесеного настрою?
10. Що включає психоосвіта при депресивних симптомах?
11. Які ситуації потребують направлення до спеціалізованої допомоги?
12. Які ознаки психозу є клінічно значущими?
13. Як коректно розмовляти з людиною про вживання психоактивних речовин?
14. Чому пряме запитання про суїцидальні думки є необхідним?
15. Що слід уточнювати після позитивної відповіді щодо суїцидальних думок?
16. Які дії потрібні за наявності безпосередньої загрози самоушкодження?
17. Чому «обіцянка не робити цього» не замінює план безпеки?
18. Що таке ППД і чим вона не є?
19. Які три принципи дій визначає ВООЗ для ППД?
20. Як підготуватися до надання ППД?
21. Що означає «дивитися» у ППД?
22. Що означає «слухати» у ППД?
23. Що означає «з'єднувати з допомогою» у ППД?
24. Чому не можна змушувати постраждалу людину переказувати травматичні події?
25. Коли ППД недостатньо і потрібна термінова медична допомога?
26. Як змінюється ППД під час контакту з дитиною?
27. Як МКХ-11 визначає професійне вигорання?
28. Які три його основні компоненти?
29. Чому вигорання не можна автоматично прирівнювати до депресії?
30. Які організаційні зміни допомагають запобігати вигоранню?
31. Чому лише індивідуальні поради недостатні для профілактики?
32. Якою має бути структура повторного контакту після консультації з проблем психічного здоров'я?

VIII. Перелік практичних навичок до заняття

1. Провести доброзичливий початок консультації з дотриманням приватності.
2. Сформулювати відкриті питання щодо симптомів та функціонування.
3. Уточнити соматичні чинники і вплив уживання речовин.

4. Розпізнати ознаки депресії та необхідність перевірки ризиків.
5. Сформулювати коректні питання про суїцидальні думки, намір і план.
6. Визначити ознаки безпосередньої загрози та початкові безпечні дії.
7. Обрати відповідний модуль mhGAP за клінічними проявами.
8. Провести коротку психоосвіту без стигматизувальних формулювань.
9. Узгодити з пацієнтом один або два реалістичні наступні кроки.
10. Пояснити показання до направлення й термін повторного контакту.
11. Оцінити безпечність середовища перед ППД.
12. Продемонструвати послідовність «Дивитися → Слухати → З'єднувати з допомогою».
13. Виявити потреби постраждалої людини, не вимагаючи детальної розповіді.
14. Назвати ситуації, за яких ППД необхідно поєднати з невідкладною допомогою.
15. Відрізнити три ознаки вигорання від симптомів інших клінічних станів.
16. Запропонувати заходи профілактики вигорання на організаційному та індивідуальному рівнях.

ІХ. Рекомендована література та доказові джерела

1. World Health Organization. mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings. Version 2.0. 2016.
<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241549790>
2. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Guideline for Mental, Neurological and Substance Use Disorders. Third edition. 2023.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278>
3. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» (чинна редакція). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18>
4. World Health Organization, War Trauma Foundation, World Vision International. Psychological First Aid: Guide for Field Workers. 2011. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205>
5. World Health Organization. Burn-out an occupational phenomenon: International Classification of Diseases. 2019.
<https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/burn-out-an-occupational-phenomenon>
6. World Health Organization. WHO Guidelines on Mental Health at Work. 2022.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240053052>
7. World Health Organization. mhGAP Intervention Guide: module on self-harm / suicide. 2016.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250239/9789241549790-eng.pdf>
8. Міністерство охорони здоров'я України. Рекомендації з психологічної допомоги. 2022.
<https://moz.gov.ua/uk/rekomendacii-z-psihologichnoi-dopomogi>
9. World Health Organization, International Labour Organization. Mental health at work: policy brief. 2022.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240057944>