

3.3 Явища стигматизації медичних працівників та здобувачів ЗВО по відношенню пацієнтів з психічними розладами та профілактичні напрямки

У всьому світі на різних етапах розвитку суспільства стигматизація психічно хворих людей була, є та залишається актуальною, а також і в сучасному соціумі України. Саме хворі на розлади психіки та поведінки є найбільш незахищеною категорією людей. Тому, на жаль, саме вони здебільшого підлягають соціальній дискримінації та соціальному утиску.

Низка життєвих проблем сьогодення та війна спричиняють психологічні стреси та психічні розлади у людей, а саме політична та фінансова нестабільність, повномасштабна війна в країні більше року, епідемії і пандемії (коронавірусна інфекція COVID-19) та багато іншого, є наслідком збільшення кількості хворих з психічними розладами. Таким чином, явище стигматизації починає вживатися у сучасне суспільство та знецінювати людську індивідуальність.

Більшість людей суспільства схильні упереджено ставитись до хворих з психічними розладами через їх агресивні дії та негативний вплив на оточуючих. Стигматизація у суспільстві є результатом негативного уявлення про хворих з психічними розладами. Така упередженість з боку здорових людей до зазначеного контингенту хворих породжує у цих пацієнтів, родичів, опікунів явище самостигматизації. Самостигматизація призводить до зниження самооцінки хворих з психічними розладами саме під впливом цих же уявлень. Таким чином, у таких пацієнтів ще більше порушується соціальне функціонування та проявляється недовіра до медичної допомоги, лікування, перебування на лікуванні в закладах ОЗ [133,134].

У психоневрологічних закладах дуже частими є прояви стигматизації психічно хворих з боку медичних працівників як серед медичних сестер, так і серед лікарів, які, навпаки, за своїми функціональними обов'язками повинні з розумінням ставитись до хворих. Через це багато осіб, які мають перші ознаки

порушення психічного здоров'я не бажають звертатись за медичною допомогою для отримання ярлика «божевільника» та зазнають шкоди від стигми через сприйняття суспільних упереджень і упередженості, шляхом інтерналізації цих негативних повідомлень [135-138].

За даними багатьох науковців світу були виявлені безпрецедентні випадки стигматизації хворих з психічними розладами зі сторони лікарів психіатрів, ступінь прояву якої була у рази більшою, ніж у звичайному соціумі, в частині жорсткого поводження з хворим. З одного боку явище стигматизації можна розглядати як захисну реакцію медичного персоналу на різке зростання пацієнтів з психічними розладами та відсутністю належних умов їх перебування, а також як протест на відсутність соціального захисту з боку держави, в основному – матеріального забезпечення в умовах економічної та політичної кризи в країні. З іншого боку в соціумі людей з психічними порушеннями процес стигматизації вже укорінився з боку рідних, родичів та знайомих [139-141].

Термін “стигматизація” трактувався вченими як “психічна хвороба”, “ознака хвороби”, “таврування”. Проблему стигматизації суспільства вперше почав досліджувати *E. Goffman* ще у 1963 році. Він визначав три типи стигм, а саме: вроджена стигма, стигма внаслідок хвороби та стигма приналежності до меншості. У працях *H. Tellenbach* цей термін трактується як “драматизація зла”, *H. Leumann* розуміє дане поняття як “соціально-психологічна модель”, а *H. Becker* – як “нормативна модель”. Проблеми стигматизації стосуються частіше хворих на психічні захворювання (“індивідуальні недоліки характеру, що сприймаються як слабкість волі”), інвалідів (“тілесні каліцтва”), хворих СНІДом. Стигматизованість сьогодення залежить від рівня інтегрованості, солідарності та гуманності суспільства держави. В країнах ЄС і Північної Атлантики, зокрема Канаді, Німеччині, США, Новій Зеландії хворі з психічними розладами знаходять підтримку не тільки з боку державних структур, а й зі сторони громадських організацій, профспілок [142-147].

З 2013 року Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) затвердила план дій у галузі психічного здоров'я на період 2013–2020 рр., який направлений на

зміцнення психічного здоров'я у всьому світі, а особливо в країнах з низьким рівнем доходу.

За даними ВООЗ в Європейських країнах кількість осіб з психічними розладами зростає і становить: 11,5% (100 мільйонів) осіб, які знаходяться у стані тривоги і депресії; 2,4% (21 мільйон) осіб, які мають психічні захворювання, пов'язані з алкоголізмом; 0,8% (7 мільйонів) осіб, які хворіють хворобою Альцгеймера; 0,5% (4 мільйони) осіб хворих на шизофренію, біполярні афективні розлади та панічні розлади [148].

Психічні розлади у 50% дорослих починаються з дитинства і тому ВООЗ наголошує, що на початкових стадіях захворювання необхідно проводити психосоціальні, психокорекційні та інші немедикаментозні заходи. За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я до 2030 року психічні розлади увійдуть до першої п'ятірки хвороб.

На жаль, явище стигматизації поширене серед української молоді, особливо серед здобувачів медичних закладів вищої освіти України та молодих спеціалістів психіатричних закладів охорони здоров'я.

У нашому дослідженні брали участь 1062 здобувача 4–5 курсів медичних закладів вищої освіти (ЗВО) України (Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова – ВНМУ, Буковинський державний медичний університет – БДМУ, Одеський національний медичний університет – ОНМедУ, Українська медична стоматологічна академія – УМСА м. Полтава та Івано-Франківський національний медичний університет – ІФНМУ. Вік здобувачів становив від 20 до 22 років (913 осіб; 85,9%); від 23 до 24 років (119; 11,3%) і від 25 до 26 років (30; 2,8%).

Із загальної кількості досліджуваних більшість становили жінки (78,2%), кількість чоловіків становила 21,8%. Анкетування проводили за спеціально розробленою нами анкетой щодо явищ стигматизації здобувачів медичних закладів вищої освіти України до осіб, які страждають на психічні захворювання. Анкетування проводили анонімно, на засадах добровільності за допомогою

Telegram, програмного забезпечення Microsoft Excel 2003. У роботі використані також методи: бібліосемантичний, історичний та контент-аналіз.

За даними проведеного анонімного анкетування серед здобувачів медичних закладів вищої освіти, а саме: ВНМУ, БДМУ, ОНМедУ, УМСА, ІФНМУ встановлено, що 93,8% респондентів з усієї кількості опитаних здобувачів переконані, що особи, які мають психічні захворювання потребують особливого ставлення. Результати відповідей здобувачів-медиків з цього питання по кожному із досліджуваних медичних ЗВО подані на рисунку 1.

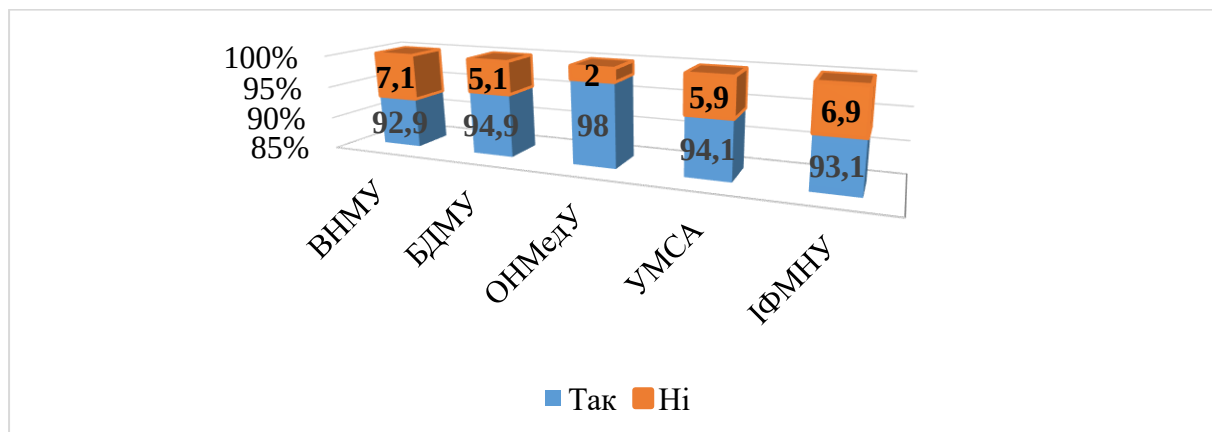


Рисунок 1. Результати відповідей здобувачів-медиків з питання наявності потреби особливого ставлення до психічно хворих, у %.

Наступним питанням анкети було чи несуть загрозу хворі з психічними розладами психіки та поведінки для суспільства. У 87,9% випадках від загальної кількості респондентів здобувачи були переконані, що особи, які мають психічні захворювання, несуть загрозу суспільству. Аналізуючи показники по кожному із медичних ЗВО, виявлено, що найбільша кількість здобувачів-медиків з такою відповіддю була у ІФНМУ – 94,5%, найменша, але на достатньо високому рівні в ОНМедУ (86,3% здобувачів).

Понад десять років тому в Україні за допомогою компанії “Соціс-Геллап” було проведено соціологічне опитування дорослого населення багатьох регіонів України щодо ставлення до психічно хворих осіб. Було встановлено, що 43% респондентів вважали, що ці хворі потребують якомога прихильнішого

ставлення, проте 43% наполягали, що такі хворі несуть загрозу для суспільства [149].

Отже, хворі вимушені лікуватися у закладах зі строгою ізоляцією так званих “закритих центрах тотального контролю”, при тому, що вони не є злочинцями. Незадовільні санітарно-гігієнічні умови перебування в психіатричних закладах охорони здоров’я, які були збудовані понад 70 років (в окремих випадках понад сторіччя) і потребують капітальної реконструкції, збільшують ознаки стигматизації і сприяють повній дезінтеграції особистості, формуванню дисфункціональних станів та подальшого загострення психічного стану хворого.

При опитуванні майбутніх лікарів 4–5 курсів медичних ЗВО “чи спостерігали під час навчання та проходження медичної практики явища стигматизації хворих з психічними розладами зі сторони працюючого медичного персоналу психіатричних лікарень”, відповіді були наступними.

У 17,3% випадках від загальної кількості респондентів здобувачі були свідками приниження хворих з психічними розладами психіки та поведінки з боку працюючого медичного персоналу в присутності здобувачів-медиків. Відсоток відповідей здобувачів-медиків у різних медичних ЗВО, у присутності яких відбувалось образи хворих з психічними розладами з боку медичного персоналу психіатричних закладів, показано на рисунку 2.

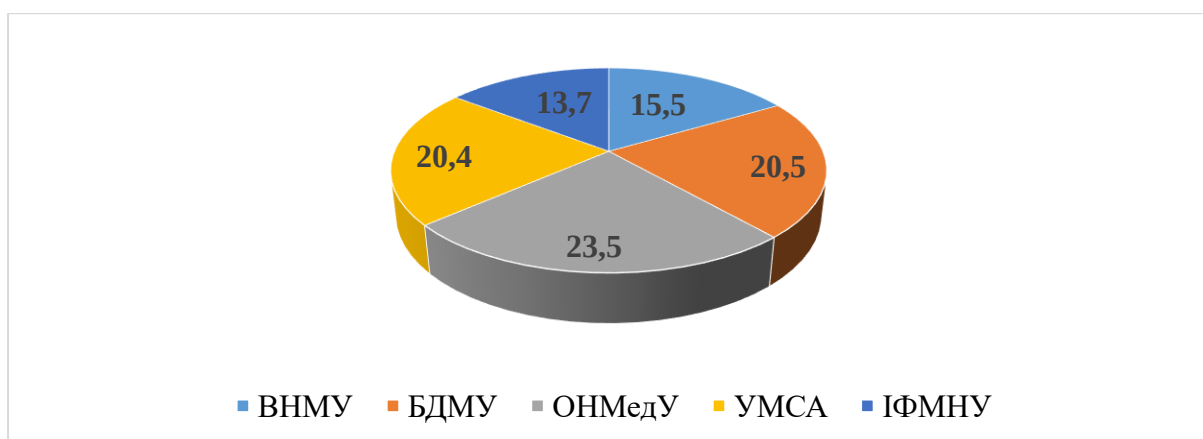


Рисунок 2. Питома вага здобувачів-медиків у різних медичних ЗВО, у присутності яких хворі з психічними розладами зазнавали вербальну агресію з боку медичного персоналу психіатричних закладів, %.

Як видно з рисунку 2 у 23,5% випадків медичні працівники психіатричних закладів м. Одеса, не дивлячись на присутність молодих майбутніх лікарів, принижували психічно хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні.

Цей факт спостерігався рідше у психіатричних закладах м. Івано-Франківськ (13,7%). Прояви недопустимого ставлення до хворих з психічними захворюваннями є порушення морально-етичних, правових принципів поведінки лікаря, і є негативним прикладом для майбутніх лікарів.

За даними досліджень науковців світу встановлено, що під час лікування хворих, самі лікарі спричиняють їх стигматизацію, таким чином подають приклад для наслідування і спричиняють стигматизацію членами сімей цих хворих. Тому за кордоном Національним інститутом психічного здоров'я постійно проводяться дослідження, аналіз, опитування, тренінги серед школярів, студентів, поліцейських і інших фахівців щодо знищення явища стигматизації у суспільстві [150,151].

Складним та відвертим питанням розробленої нами анкети було чи дозволяли собі майбутні лікарі ображати хворих з психічними розладами, які знаходились на стаціонарному лікуванні у психіатричних закладах охорони здоров'я, під час навчання.

Серед усіх досліджуваних здобувачів-медиків ОНМедУ 2,9% майбутніх молодих лікарів дозволяли вербальну агресію щодо хворих з психічними розладами, значно менше таких студентів було у БДМУ – 0,9%. Проте, здобувачі у цій ситуації відмічали, що зі сторони хворих з психічними розладами вони зазнавали також як вербальну, так і фізичну агресію. Серед усіх досліджених респондентів у 49,6% випадків здобувачі зазнавали прояви вербальної агресії від хворих, та у 7,2% випадків вони страждали від фізичних проявів агресії зі сторони хворих на психічні розлади.

Під час нашого дослідження ми вивчали емоційний статус майбутніх лікарів при зустрічі з хворими з психічними розладами. За результатами анкетування було встановлено, що більшій частині досліджуваних здобувачів ЗВО були

притаманні співчуття (82,6%) та жалість (74,3%) по відношенню до хворих з психічними розладами психіки та поведінки.

Аналізуючи результати анкетування здобувачів по кожному медичному ЗВО, найбільш виявляли співчуття до хворих здобувачі ІФНМУ (87,7%), БДМУ (86,3%), УМСА (86,1%), більшість здобувачів, які виявляли жалість до цих пацієнтів також спостерігалась у цих навчальних ЗВО (рис. 3).

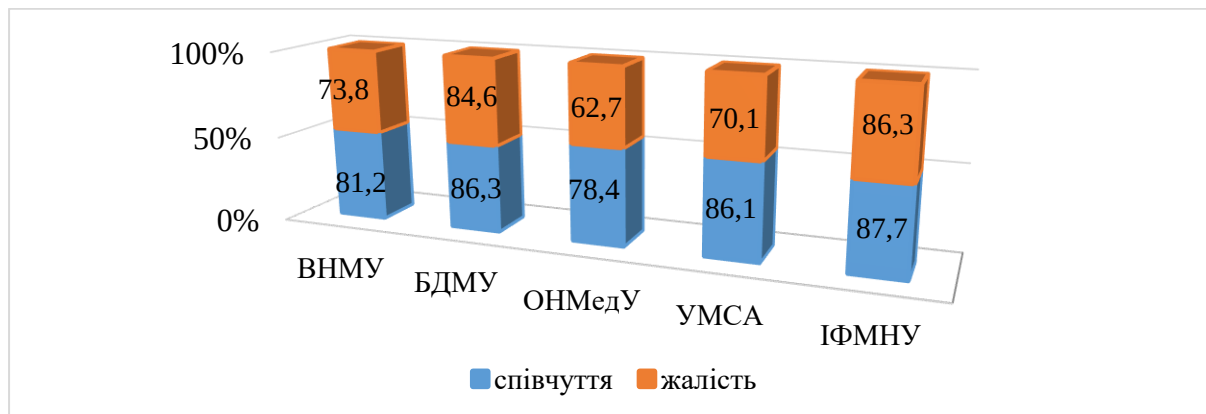


Рисунок 3. Позитивні почуття здобувачів-медиків медичних закладів вищої освіти України до психічно хворих, %.

Прикро, але факт, у 2,1% випадках майбутні лікарі дозволяли собі ображати хворих, які знаходились на стаціонарному лікуванні у психіатричних закладах охорони здоров'я. Це відзначено і в попередніх наших експериментальних дослідженнях щодо жорстокого поводження та проявів агресії майбутніх лікарів до хворих з розладами психіки та поведінки під час проходження виробничої практики у психіатричних лікарнях. Відсотковий показник відрази та зневаги здобувачів до хворих з розладами психіки та поведінки наведений на рисунку 4.

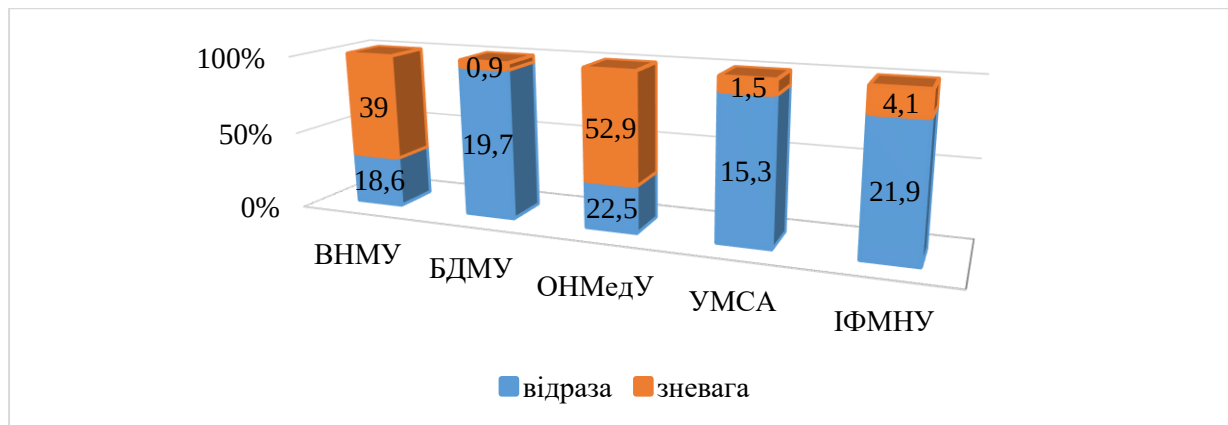


Рисунок 4. Негативні почуття здобувачів-медиків медичних закладів вищої освіти України до психічно хворих, %.

Страх у майбутніх лікарів відзначався у 56,0% респондентів від загальної кількості досліджуваних, збентеження – у 37,3%. Щодо негативних емоційних проявів, то вони проявлялись у здобувачів-медиків у 28,9% – зневага, у 16,0% – байдужість, у 18,9% – відраза та у 4,6% – злість.

У Європейських країнах постійно проводяться реформи, які спрямовані, в першу чергу, на соціальну реінтеграцію хворих з розладами психіки та поведінки, замінюючи стаціонарну модель на модель середовищної, терапевтичної, амбулаторної, домашньої психіатрії.

Тому використовуючи європейський досвід наступним питанням для здобувачів-медиків у анкеті було “Де, в яких умовах, хворі на психічні розлади повинні проходити лікування?” Було запропоновано декілька варіантів відповідей: лікування тільки в психіатричних лікарнях; в психіатричних диспансерах; в денному стаціонарі; лікування вдома/в громаді. На превеликий жаль, 73,9% майбутніх лікарів України вказали, що хворі повинні проходити лікування в стаціонарних умовах, 90,8% здобувачів зазначили – у психіатричних диспансерах, 59,2% здобувачів відповіли – в денному стаціонарі, і тільки 47,5% здобувачів допустили, що такі хворі можуть лікуватись вдома/в громаді. На рисунку 5 за результатами відповідей здобувачів показано співвідношення між класичним варіантом лікування хворих на психічні розлади психіки та поведінки – в умовах стаціонару та європейським підходом – у домашніх умовах.

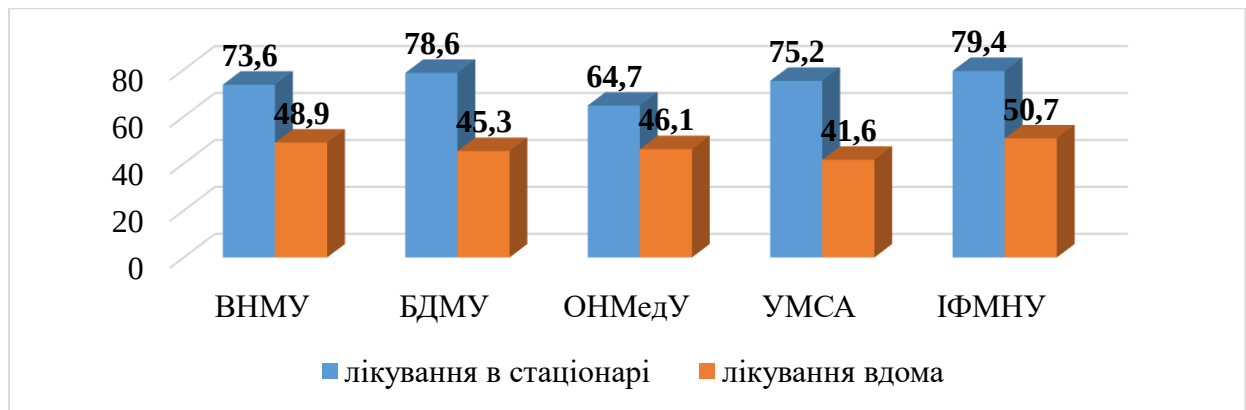


Рисунок 5. Кількість здобувачів, що пропонують класичний варіант лікування хворих на психічні розлади психіки та поведінки – в умовах стаціонару та європейський підхід – у домашніх умовах, (%).

Проте, ізолювання від суспільства й примусове лікування хворих з розладами психіки у закладах охорони здоров'я впливає на психосоматичні, моральні аспекти і спонукають до додаткового стресу й інвалідизації осіб, що ще більш негативно позначається на здоров'ї хворого та його родичів, опікунів. Хворі на психічні розлади психіки та поведінки відчують себе самотніми, втрачають почуття власної гідності, з'являються почуття безнадійності через постійні прояви дискримінації, стигматизації: приниження, обмеження прав, образи зі сторони медичних працівників. Тому соціальна ізоляція хворих з психічними розладами є основною причиною і наслідком загострення психічних розладів.

Проте, процес деінституціоналізації психіатричних закладів в Західній Європі завершився вже в 2000 році, внаслідок чого відбулось значне скорочення психіатричних лікарень і підвищення якості надання медичної психіатричної допомоги в умовах амбулаторій, центрах психічного здоров'я, в відділеннях загальної лікарні тощо.

За даними авторів країн Європейського союзу їх модель середовищної/терапевтичної психіатрії повертає близько 90% хворих до самостійного та повноцінного життя у громаду і вони перестають бути тягарем для суспільства.

Успадкування радянської системи медичної освіти у сфері підготовки молодих спеціалістів для галузі охорони психічного здоров'я в Україні, яка на жаль не зазнала істотних структурних змін, відображається у поглядах майбутніх лікарів.

Профілактичні заходи щодо подолання стигматизації сьогодення

За останні роки ми спостерігаємо, а особливо після пандемії COVID-19 і зараз під час повномасштабної війни у нашому розумінні значні зміни у «психічному здоров'ї». Рівень поширення психічних розладів поведінки та психіки за даними ВООЗ з кожним роком зростає. В Україні поширеність психічних розладів спонукає соціальна напруженість у суспільстві через військові дії, міграцію, значне соціальне напруження, безробіття, відсутність впевненості у майбутнє. Тому Україна на сьогодні займає одне із провідних позицій серед країн Європи, високо розвинутих країн світу щодо поширеності на психічні розлади при цьому негативною стороною є те, що звернень зі сторони населення зменшилось, що відображає прогресування стигматизації в суспільстві. Нехтування своїм психічним здоров'ям приводе до несвоєчасного лікування, а інколи відмови від надання першої психологічної допомоги. Особи звертаються вже коли є наявні, негативні симптоми хвороби. Більшість населення не ототожнюють депресивні стани, тривожні ознаки з серйозними психічними розладами психіки та поведінки, які можуть призвести до незворотних наслідків особи: до смерті, до інвалідизації. Стигматизація – це комплекс розладів, які з'являються у хворих з будь якою патологією і зумовлюють реагування як на свою хворобу, так і на ставлення оточення хворого. Через це з'являються проблеми у соціальних стосунках, зниженні якості життя хворого та родини, виникають конфлікти внутрішньо родинні, хворі ізолюються від суспільства, з'являється аутостигматизація.

Умови, які є предикторами аутостигматизації і стигматизації наступні: стереотипізація суспільства стійка, довготривала, необґрунтована по відношенню до хворих з психічними розладами як залежних і недієздатних осіб, соціальна ізоляція таких хворих на довготривалий час у психіатричні заклади,

недостатній рівень толерантності, емпатії до хворих, прагнення суспільства дистанціюватись, дискримінація хворих щодо працевлаштування через недостатній рівень соціальної значущості, корисності для суспільства [152].

У сучасних умовах, людям з психічними розладами важко знайти роботу, у яких знижений рівень психічної активності, порушена мотиваційна, когнітивна, емоційна сфера, регуляція соціальної поведінки.

Для профілактичних заходів необхідно дотримуватись головних напрямків:

Первинні профілактичні заходи:

1. На державному рівні забезпечити гідне відношення до осіб з психічними розладами, працевлаштування таких осіб без дискримінації як і в різних країнах світу.

2. Створення громадських організацій, які представляють права осіб з психічними розладами і захищають їх.

3. Покращення, зміцнення психічного здоров'я та благополуччя населення країни, сприяючи розвитку навиків щодо покращення психічної стійкості до чинників, які викликають стрес, втому, депресивні та тривожні стани; управління психосоціальної взаємодії; дотримання здорового режиму життя.

4. При будь яких ознаках змін у психічному здоров'ї (депресії, тривожні стани) звертатись до первинної медико-санітарної допомоги, центрів психічного здоров'я.

5. Підвищити рівень широкомасштабних санітарно-просвітницьких робіт/програм по відношенню до хворих з психічними розладами через всі можливі ЗМІ (інтернет-публікації, інтернет-брошури, телебачення, громадські організації), виявлення та подолання стигм психічних розладів.

6. Робота над зменшенням стигматизації і дискримінації хворих з розладами психіки та поведінки в будь якому державному або недержавному закладі щодо надання медичної допомоги хворим.

7. Проведення занять, тренінгів щодо родичів, опікунів хворих з психічними розладами для підтримки їх психічного здоров'я, для боротьби зі стигматизацією.

8. Акцент допомоги хворому на психічні розлади повинна складати соціальна реабілітація, а не фармакотерапія.

9. Державною програмою повинно бути забезпечені працівники на будь-якому рівні скринінгові тести по виявленню порушень психічного здоров'я.

Вторинні профілактичні заходи:

1. Комплексна психотерапія, психокорекція, психреабілітація за допомогою мультидисциплінарною командою (психолог, психотерапевт, психіатр, соціальний працівник).

2. Профілактика повторного розвитку психічних розладів і підтримання ремісії.

Головні принципи, які повинні дотримуватись при наданні медичної допомоги як у державній, так і недержавній форм власності для хворих з психічними розладами (рис.6).



Рисунок 6. Принципи у наданні медичної допомоги як у державній, так і недержавній формі власності для хворих з психічними розладами.

Для профілактики стигматизації, аутостигматизації в масштабі країни потрібно надавати наступну допомогу:

1. Первинна, профілактична масова психосоціальна медична допомога – роз'яснення фахівцями (сімейними лікарями, психологами, психотерапевтами, психіатрами, соціальними працівниками) серед населення про негативні наслідки психологічної травми, алгоритм дій при виникненні психологічної травми, поширення навичок психогігієни, доступність, адреса, телефони довіри первинної психологічної допомоги.

2. Спеціалізована психосоціальна медична допомога, яка направлена на підготовку фахівців сімейних лікарів, психологів, психотерапевтів, психіатрів, соціальних працівників на професійну роботу з хворими з психічними розладами.

3. Персоналізована психосоціальна медична допомога на підтримку тих соціальних груп, які пережили інтенсивний вплив травматичної події (учасники бойових дій, військовослужбовці, працівники ДСНС, прикордонники та інші).

4. Індивідуалізована психосоціальна медична допомога – це вузькоспеціалізована, високопрофесійна медична допомога (психологами, психотерапевтами, психіатрами) для окремого пацієнта з психічними розладами.

Нами запропоновано психосоціально-реабілітаційна допомогу для пацієнтів з психічними розладами. Для кожного окремого пацієнта розробляється індивідуальна програма, яка повинна врахувати всі індивідуальні риси, властивості пацієнта і виконуватись за наступними напрямками:

- спрямованість на розвиток навичок, соціальних здібностей, активності пацієнта під час трудотерапії;
- розвиток зовнішніх/внутрішніх ресурсів пацієнта;
- врахування реальних життєвих обставин пацієнта;
- визначення особистих цілей пацієнта та поетапне/покрокове адаптування пацієнтів до звичайних умов життя з визначенням відновлення працездатності, перекваліфікації, трудової зайнятості та побутової адаптації згідно потреб самостійного функціонування в суспільстві пацієнта.

При розробці такої програми необхідно залучати компетентних фахівців мультидисциплінарної команди відповідного фаху для формування у пацієнтів з розладами психіки та поведінки активного ставлення до процесу надання реабілітаційної трудової терапії.

Правильно спланована психосоціальна терапія/реабілітація забезпечить пацієнту швидку якісну ремісію, зменшить термін перебування на стаціонарному лікуванні, дасть можливість відновити вміння пацієнта планувати та організовувати особисте життя, взаємодіяти зі стресовим середовищем, визначити особисті цілі, покращить соціальну адаптацію пацієнта в суспільстві і створить реальний інтерес працевлаштування.

В зміст індивідуальної програми для кожного пацієнта, враховуючи стан хвороби, необхідно включити:

- комунікативні тренінги – для оволодіння навичками догляду за собою, самообслуговування, приготування їжі;
- спортивні тренінги, бібліотерапія, арт та музична терапія, анімалотерапія, духовна терапія (спілкування з священнослужителями різних конфесій), які в наукових працях відмічають збільшення тривалості ремісії, появу комплаєнсу, поліпшення інтегральної самооцінки, підвищення соціальної адаптації, активація проявів самостійності, відвідування гуртків, секцій, музеїв, бібліотек, кафе [153-155].

Умови/правила проведення тренінгів суспільних навиків для хворих з психічними розладами наступні (у збереженні задовільних умов життя, нормального рівня функціонування, емоційної стабільності):

- після редукції гострих психотичних проявів;
- надавати чіткі інструкції та пояснювати кожний етап/крок тренінгу;
- постійно отримувати зворотну інформацію від пацієнтів для формування у пацієнта своєї думки;
- після кожного тренінгу проводити підсумки досягнень пацієнта;
- контроль та оцінка прогресу та використання ефективнішого ресурсу для досягнення цілі.

Принципи реабілітації пацієнтів з психічними розладами психіки та поведінки:

1. Партнерства – повага до прав та індивідуальності пацієнта і здобуття довіри у хворого при лікуванні, реабілітації, соціалізації.
2. Узгодженість, добровільність у лікуванні, реабілітації, соціалізації пацієнта.
3. Різносторонній вплив/допомога/корекція у різних сферах життя пацієнта.
4. Поступовість у збільшенні навиків щодо самостійності в будь якій ситуації.
5. Повторювання дій щодо набутих навичок.
6. Оптимальна стимуляція у зацікавленості, наполегливості, цілеспрямованості, вмотивованості хворого в будь яких діях для більшої соціалізації.

Всі ці принципи направлені на досягнення довготривалої ремісії та реадaptaції хворого з психічними розладами психіки та поведінки.

Для цього необхідно вирішити наступні питання:

1. Науково обґрунтувати та удосконалити нормативно-правову базу щодо державного регулювання системи психологічної/психіатричної допомоги, консультації, лікування, реабілітації психічного здоров'я в сучасних умовах на основі міжнародних стандартів.
2. Розробити та затвердити галузеві стандарти, відповідні протоколи/алгоритми на всіх рівнях мультидисциплінарної допомоги від міждисциплінарних команд до спеціалізованої психіатричної допомоги з самого початку контакту з фахівцями в області психічного здоров'я.
3. Сформувати ефективну систему підготовки та підвищення кваліфікації медичних кадрів та дієвих програм по консультації, лікуванню, реабілітації пацієнтів з питань психічного здоров'я; профілактика стигматизації починаючи зі здобувачів ЗВО та медичних працівників закладів психічного здоров'я; проводити тренінги, інтерв'ю після навчання для визначення ступеня стигматизації та наступних профілактичних заходів.

4. Сприяти розвитку різних форм мультидисциплінарної допомоги населення України: від «Центрів психічного здоров'я», первинної медико-санітарної допомоги, амбулаторної, мультидисциплінарних бригад/команди (лікар загальної практики-сімейної медицини, психологи/психотерапевти, лікарі-психіатри, медичні сестри психіатричного профілю, які пройшли спеціальну професійну підготовку, соціальні працівники, юристи з медичного права, священнослужителі різних конфесій і церков, представники громади), до спеціалізованої психіатричної допомоги у денних стаціонарах, відділеннях загальних лікарень, вдома як у різних країн світу.

5. Забезпечити міжвідомчу координацію діяльності у сфері психіатричної допомоги (Міністерство охорони здоров'я, Міністерство соціальної політики України, громади, духовенства).

6. Підвищити громадську/суспільну активність населення, активність недержавних/волонтерських, благодійних організацій у допомозі покращення психічного здоров'я.

7. Покращити інформаційне середовище для послідовної реалізації покращення психічного здоров'я населення України.