

Миرونюк В.І.

Контроль комплаєнсу в програмах деінституалізації психіатричної допомоги пацієнтам з депресивними розладами

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м.Ужгород, Україна

viktoriiia.myroniuk1994@gmail.com

Миرونюк В.И.

Контроль комплаєнсу в програмах деінституалізації психіатричної допомоги пацієнтам з депресивними розладами
ГБУЗ «Ужгородський національний університет»,
г. Ужгород, Україна

Myronyuk V.I.

Compliance control in psychiatric care deinstitutionalization program for patients with depressive disorders
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine**Вступ**

Країни Європейського регіону, як і більшість країн світу, розглядають майбутні системи надання психіатричної допомоги в її масимальній де інституалізації. При цьому в різних країнах напрацьовано вже як позитивний, так і негативних досвід реалізації програм деінституалізації служб збереження психічного здоров'я населення [1]. Процес реформування психіатричної допомоги з досвіду різних країн містить три базові компоненти: переведення хворих, які живуть у стаціонарах, на обслуговування за місцем проживання, тобто амбулаторне спостереження закладах охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги: Центрах первинної медичної допомоги чи амбулаторії сімейної медицини або їх спільне спостереження за хворими; запобігання випадкам госпіталізації в стаціонар за допомогою альтернативних служб; розвиток цих альтернативних служб для осіб психіатричного спрямування поза межами стаціонару [2]. Тому, на сьогодні комбіновано або ізольовано реалізується два основні напрямки реформування служб охорони психічного здоров'я: інтеграція із загальною медициною, тобто в психіатричних лікарнях скорочуються психіатричні ліжка (або лікарні взагалі закривають) і переміщуються до загальносоматичних стаціонарів та розвиток громадсько-орієнтованої психіатрії, тобто скорочуються психіатричні ліжка, а згодом психіатричні лікарні закривають, натомість відкриваються альтернативні служби психіатричної допомоги [2,3]. ВОЗ констатує, що головним завданням для країн Європейського регіону стало розширення ролі первинної ланки медико-санітарної допомоги, яке повинно працювати в тісному партнерстві з мультидисциплінарними групами з охорони психічного здоров'я в установах, наближених до населення [4]. У найближчі десятиліття

прогнозується збільшення тягаря психічних розладів. До 2020 р можна очікувати, що на їх частку припадатиме 15 років життя, втрачених внаслідок інвалідності.

Спеціалісти вказують, що депресія стане другою найбільш поширеною причиною інвалідності в усьому світі [5]. Люди з поширеними психічними порушеннями, такими як депресія і тривожні стани, часто звертаються до установ первинної медико-санітарної допомоги з різноманітними соматичними симптомами. Інтегрована в первинну медико-санітарну допомогу служба охорони психічного здоров'я сприяє ранньому виявленню та лікуванню подібних розладів, тим самим приводячи до зменшення показників інвалідизації населення від психічних захворювань [3].

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати необхідність впровадження заходів контролю комплаєнсу у пацієнтів з депресивними розладами як одну із умов ефективної деінституалізації надання їм психіатричної допомоги.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження стали результати науково-прикладних досліджень питань впровадження програм деінституалізації служб охорони психічного здоров'я, контролю комплаєнсу пацієнтів з психічними порушеннями. Також опрацьовувалися документи ВОЗ, що визначають позицію щодо організаційних засад збереження та укріплення психічного здоров'я та відповідні регламентуючі документи України, що декларують напрями реформи психіатричної допомоги населенню. При проведенні дослідження було використано наступні методи: бібліосемантичний, контент-аналізу, структурно-логічного аналізу та описового моделювання.

Результати дослідження та їх обговорення

Україна, як і більшість країн світу обрала шлях на деінституалізацію системи спеціалізованої медичної допомоги в напрямку збереження психічного здоров'я населення. На момент впровадження реформи надання психіатричної допомоги на державному рівні було окреслено низку основних компонентів проблем у сфері охорони психічного здоров'я в Україні [6]:

- слабка обізнаність щодо психічного здоров'я у суспільстві, що призводить до стигматизації та несвоєчасного звернення по професійну допомогу;
- недосконалість національного законодавства у сфері психічного здоров'я та порушення прав людей з проблемами психічного здоров'я;
- відсутність системи профілактики психічних розладів, що базується на фактичних даних, та ефективної популяризації психічного здоров'я;
- недосконалість регулювання діяльності у сфері охорони психічного здоров'я;
- низький рівень кадрового забезпечення психологами, психотерапевтами, соціальними працівниками та іншим персоналом, який залучається до надання допомоги у сфері психічного здоров'я, недостатність системи формування та підтримки професійних компетентностей серед фахівців у сфері психічного здоров'я та інших суміжних професій;
- відсутність системного впровадження галузевих та міжгалузевих стандартів у сфері охорони психічного здоров'я та контролю якості допомоги у зазначеній сфері;
- надмірна зосередженість допомоги у сфері психічного здоров'я у спеціалізованих закладах охорони здоров'я та інтернатних закладах системи соціального захисту;
- низька доступність психологічної та психотерапевтичної допомоги;
- дефіцит служб, які б базувалися на рівні територіальних громад, реабілітаційних і соціальних послуг;
- відсутність систем підтриманого працевлаштування та зайнятості, підтриманого проживання; відсутність ефективної системи підтримки сімей осіб, що доглядають за особами з психічними захворюваннями, а також недостатній розвиток кризової психологічної допомоги та програм раннього втручання на рівні територіальних громад;
- обмежене використання сучасних технологій, методів та процедур оцінки у сфері психічного здоров'я та надання допомоги особам з проблемами психічного здоров'я під час надання первинної медичної допомоги;
- недостатня диференційованість надання допомоги у сфері охорони психічного здоров'я з урахуванням чутливості до потреб різних груп суспільства та обмежена участь і залучення осіб з психічними та інтелектуальними порушеннями та членів їх сімей до планування допомоги, її реалізації та оцінки;
- відсутність ефективного адміністрування та моніторингу у сфері охорони психічного здоров'я, недостатня координація між різними державними

органами у наданні допомоги особам з проблемами психічного здоров'я.

Саме на етапне вирішення визначених проблем системи збереження психічного здоров'я населення направлені заходи, в тому числі і інституційних змін, викладені в адаптованій клінічній настанові «Організація служб охорони психічного здоров'я» Державного експертного центру МОЗ України [7]. Серед основних завдань України на шляху створення нової системи надання психіатричної допомоги населенню до 2030 року є низка, направлених на створення основ максимальної деінституалізації психіатричної допомоги пацієнтам з психічними захворюваннями, в тому числі і з депресивними розладами за межами спеціалізованих стаціонарів. Зокрема, Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року передбачає розвиток позастанціонарних форм надання спеціалізованої допомоги, створення системи кризового консультування; поліпшення надання допомоги щодо психічного здоров'я на рівні первинної медичної допомоги; реорганізації процесу надання допомоги в закладах охорони здоров'я на рівні вторинної та третинної медичної допомоги; впровадження чіткого механізму перенаправлення між наявними службами, розвитку мультидисциплінарних команд та міжгалузевої співпраці [6]. Запропоновано модель інтеграції окремих видів спеціалізованої медичної допомоги в загальносоматичну лікувальну мережу. Пропонується до впровадження схема багаторівневої моделі організації медичної допомоги особам з психічними розладами з урахуванням наявної бази установ загальної системи охорони здоров'я. В основу даної стратегії закладений багаторівневий мультидисциплінарний принцип надання медико-соціальної та спеціалізованої психіатричної допомоги населенню. В даній моделі, яка містить низку структурних елементів, допомога пацієнтам з депресивними розладами поза загостренням (супровід і психофармакологічне втручання) забезпечується силами і засобами фельдшерсько-акушерських пунктів, амбулаторіями, медичними пунктами, кабінетами і центрами первинної медико-санітарної допомоги [8].

Депресивні розлади відносяться до одних із самих поширених форм психічних порушень. Так, поширеність розладів депресивного спектру у країнах Європи і США становить на даний час близько 5-10%. Їх поширеність впродовж життя складає 16% [9]. Депресивні розлади є однією з основних причин непрацездатності. Від 45 до 60% випадків самогубств відбувається в депресивному стані.

Лише 50% пацієнтів отримують спеціальне лікування залежно від тяжкості захворювання та статі, при цьому воно адекватне лише у 25% [10].

Важливо враховувати, що у 60% випадків, переважно при недостатній або неадекватній терапії, спостерігаються повторні депресивні епізоди. При першому епізоді депресії ймовірність рецидиву становить 50%, при другому – 70%, при третьому – 90% [11].

Основними причинами появи рецидиву депресій є:

- неправильно підібрана терапія;

- неадекватно підібрана доза;
- низький показник комплаєнсу.

Саме низький показник комплаєнсу пацієнтів з депресивними розладами є однією з основних причин неефективності впровадження заходів, направлених на деінституалізацію допомоги даній категорії пацієнтів, виникненню рецидивів і збільшенню навантаження на систему збереження психічного здоров'я населення, в першу чергу на лікарів-психіатрів.

Часті рецидиви, погіршення перебігу захворювання і необхідність госпіталізації пацієнтів у спеціалізовані стаціонари є причиною невдач на шляху реформування галузі психіатричної допомоги населенню і повернення до системи надання психіатричної допомоги виключно через структурні елементи класичної психіатричної служби. Це явище вказується і спеціалістами ВОЗ як ризик повернення системи до реінституалізації психіатричної допомоги [4].

На основі вищевикладеного нами було змодельовано два варіанти наслідків впровадження компонентів деінституалізації спеціалізованої медичної допомоги за напрямком інтеграції із загальною медициною, коли в психіатричних лікарнях скорочуються психіатричні ліжка і переміщуються до загальносоматичних стаціонарів (рис. 1 та 2). Варіанти розвитку наслідків з точки зору медичної та соціально-економічної складової формувалися за двома крайніми варіантами забезпечення прихильності пацієнтів з

депресивними розладами до лікування та профілактики загострень захворювання: при максимальному рівні контролю комплаєнсу і високому його рівні у пацієнтів з депресивними розладами та при відсутності контролю комплаєнсу і, відповідно, критично низьким рівнем прихильності до лікування пацієнтів даної групи.

За умови повного контролю комплаєнсу у пацієнтів з депресивними розладами не лише створюється підґрунття до ефективного впровадження заходів деінституалізації допомоги, але і забезпечується контрольованість фінансового навантаження на систему медичної допомоги, соціального захисту і власне пацієнта. При цьому зменшення робочого навантаження на медичних працівників дає кредит робочого часу на впровадження власне заходів підтримки високого рівня комплаєнсу у пацієнта (мотиваційне консультування та інше).

При відсутності контролю комплаєнсу у пацієнтів з депресивними розладами не лише стає неефективним впровадження заходів деінституалізації допомоги, але і значно зростає фінансове навантаження на систему медичної допомоги, соціального захисту і власне пацієнта та його близького оточення. При цьому зростає робоче навантаження на медичних працівників для безпосереднього надання спеціалізованої медичної допомоги і робочого часу на впровадження власне заходів підтримки високого рівня комплаєнсу у пацієнта не залишається.



Рис. 1. Модель наслідків впровадження компонентів деінституалізації спеціалізованої медичної допомоги за напрямком інтеграції із загальною медициною при умові повного контролю комплаєнсу



Рис. 2. Модель наслідків впровадження компонентів деінституалізації спеціалізованої медичної допомоги за напрямком інтеграції із загальною медициною при умові відсутності контролю комплаєнсу

Висновки

За результатами проведеного дослідження можна зробити наступні висновки:

1. Система охорони психічного здоров'я населення в Україні йде шляхом деінституалізації психіатричної допомоги згідно рекомендацій ВООЗ.
2. Ефективність деінституалізації в значній мірі залежить від ефективності медикаментозної терапії, яка в свою чергу пов'язана з комплаєнсом.
3. Вироблення і підтримка високого рівня комплаєнсу у пацієнтів з психічними порушеннями, в тому

числі з депресивними розладами, дає низку переваг для стійкості системи охорони психічного здоров'я в новій деінституалізованій моделі надання психіатричної допомоги населенню в Україні.

Перспективи подальших досліджень полягають в розробці системи комплексних заходів по забезпеченню високого рівня контролю комплаєнсу пацієнтів з депресивними розладами на усіх рівнях надання їм медико-соціальної допомоги як запорука її ефективної деінституалізації.

Література

1. Глузман С. Деинституализация психиатрической помощи в Европе. *НейроNews: психоневрология и нейропсихиатрия*. 2008, № 6 (11). [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://neuronews.com.ua/ru/archive/2008/6%2811%29/article-150/deinstitalizaci-psihiatricheskoy-pomoshchi-v-evrope#gsc.tab=0>.
2. Контекст психического здоровья (Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья). ВОЗ. 2007; 64 с. [Електронний ресурс] – Режим доступу: https://www.who.int/mental_health/Mental%20Health%20Context_rus.pdf.
3. Политика, планы и программы в области психического здоровья – обновленное издание (Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья). ВОЗ. 2006; 120 с. [Електронний ресурс] – Режим доступу: https://www.who.int/mental_health/policy/МН%20Policy,%20Plans%20and%20Programmes%20-%20Updated%20version_ru.pdf.
4. The European Mental Health Action Plan 2013–2020. World Health Organization, 2015; 19 p. [Електронний ресурс] – Режим доступу: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf.
5. Murray C.J.L, Lopez A.D. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 projected to 2020. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank 1996. (Global Burden of Disease and Injury Series, Volume 1). [Електронний ресурс] – Режим доступу: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41864/0965546608_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року: розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1018-р. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text>.
7. Організація служб охорони психічного здоров'я: клінічна настанова, заснована на доказах. Державний експертний центр МОЗ України, Асоціація психіатрів України. 2017; 94 с.
8. Педак А. Деинституализация или концепция многоуровневой организации психиатрической помощи в Украине. *Архив психиатрии*, 2014; 3 (78). С.19-21.
9. Klaus P Ebmeier, Claire Donaghey, J Douglas Steele, 2006. Recent developments and current controversies in depression. *Lancet*. 2006 Jan 14; 367(9505):153-167.
10. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 грудня 2014 р. № 1003. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1003282-14#Text>.
11. Матвієць Л.Г. Основні завдання медичних працівників при лікуванні та профілактиці депресивних розладів на первинній ланці надання медичної допомоги. *Семейная медицина*, 2016; 4 (66). С. 12-16.

References

1. Hluzman S. Deynstytualyzatsy psykhyatrycheskoi pomoshchy v Evrope. *NeiroNews: psykhonevrolohyia y neiropsykhyatryia*. 2008, № 6 (11). [Elektronnyi resurs] – Rezhym dostupu: <https://neuronews.com.ua/ru/archive/2008/6%2811%29/article-150/deinstitalizaci-psihiatricheskoy-pomoshchi-v-evrope#gsc.tab=0>
2. Kontekst psykhycheskoho zdorovia (Svod metodycheskykh rekomendatsiy po voprosam polytyky y okazaniya usluh v oblasti psykhycheskoho zdorovia). VOZ. 2007; 64 s. [Elektronnyi resurs] – Rezhym dostupu: https://www.who.int/mental_health/Mental%20Health%20Context_rus.pdf.
3. Politika, plany i programmy v oblasti psihicheskogo zdorovya – obnovennoe izdanie (Svod metodicheskikh rekomendatsiy po voprosam politiki i okazaniya usluh v oblasti psihicheskogo zdorovya).VOZ. 2006; 120 s. [Elektronnyi

resurs] – Rezhym dostupu: https://www.who.int/mental_health/policy/МН%20Policy,%20Plans%20and%20Programmes%20-%20updated%20version_ru.pdf.

4. The European Mental Health Action Plan 2013–2020. World Health Organization, 2015; 19 p. [Elektronnyi resurs] – Rezhym dostupu: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Action-Plan-2013-2020.pdf.

5. Murray C.J.L, Lopez A.D. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 projected to 2020. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank 1996. (Global Burden of Disease and Injury Series, Volume 1). [Elektronnyi resurs] – Rezhym dostupu: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41864/0965546608_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

6. Pro skhvalennia Kontseptsii rozvytku okhorony psykhnichnoho zdorovia v Ukraini na period do 2030 roku: rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 27 hrudnia 2017 r. № 1018-r. [Elektronnyi resurs] – Rezhym dostupu: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text>.

7. Orhanizatsiia sluzhb okhorony psykhnichnoho zdorovia: klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh. Derzhavnyi ekspertnyi tsentr MOZ Ukrainy, Asotsiatsiia psykhiatriv Ukrainy. 2017; 94 s.

8. Pedak A. Deynstyualyzatsiia yly kontseptsyiia mnohourovnevoi orhanyzatsyi psykhyatrycheskoi pomoshchy v Ukraini. Arkhiv psykhiatrui, 2014; 3 (78). S.19-21.

9. Klaus P Ebmeier , Claire Donaghey, J Douglas Steele, 2006. Recent developments and current controversies in depression. Lancet. 2006 Jan 14; 367(9505):153-167.

10. Unifikovani klinichni protokoli pervynnoi, vtorynnoi (spetsializovanoi) ta tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy: nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 25 hrudnia 2014 r. № 1003. [Elektronnyi resurs] – Rezhym dostupu: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1003282-14#Text>.

11. Matviets L.H. Osnovni zavdannia medychnykh pratsivnykiv pry likuvanni ta profilaktytsi depresyvykh rozladiv na pervynni lantsi nadannia medychnoi dopomohy. Semeinaia medytsyna, 2016; 4 (66). S. 12-16.

Дата надходження рукопису до редакції: 16.10.2020 р.

Мета: теоретично обґрунтувати необхідність впровадження заходів контролю комплаєнсу у пацієнтів з депресивними розладами як одну із умов ефективної деінституалізації надання їм психіатричної допомоги.

Матеріали та методи. В дослідженні було використано наступні методи: бібліосемантичний, контент-аналізу, структурно-логічного аналізу документів ВОЗ, що визначають позицію щодо організаційних засад збереження та укріплення психічного здоров'я та відповідні регламентуючі документи України, що декларують напрями реформи психіатричної допомоги населенню та описового моделювання.

Результати. Серед основних завдань України на шляху створення нової системи надання психіатричної допомоги населенню до 2030 року є направлені на створення основ максимальної деінституалізації психіатричної допомоги пацієнтам з психічними захворюваннями, в тому числі і з депресивними розладами за межами спеціалізованих стаціонарів. Депресивні розлади відносяться до одних із самих поширених форм психічних порушень і у 60% випадків, переважно при недостатній або неадекватній терапії, спостерігаються повторні депресивні епізоди. Саме низький показник комплаєнсу пацієнтів з депресивними розладами є однією з основних причин неефективності впровадження заходів, направлених на деінституалізацію допомоги даній категорії пацієнтів. Представлено результати моделювання наслідків впровадження компонентів деінституалізації спеціалізованої медичної допомоги за напрямком інтеграції із загальною медициною: варіант при повному контролі комплаєнсу пацієнтів з депресивними розладами та варіант при відсутності контролю комплаєнсу у даній категорії пацієнтів.

Висновки. Вироблення і підтримка високого рівня комплаєнсу у пацієнтів з психічними порушеннями, в тому числі з депресивними розладами, дає низку переваг для стійкості системи охорони психічного здоров'я в новій деінституалізованій моделі надання психіатричної допомоги населенню в Україні.

Ключові слова: депресія, комплаєнс, деінституалізація психіатричної допомоги.

Цель: теоретически обосновать необходимость внедрения мер контроля комплаенса у пациентов с депрессивными расстройствами как одно из условий эффективной деинституализации предоставления им психиатрической помощи.

Материалы и методы. В исследовании были использованы следующие методы: библиосемантичный, контент-анализа, структурно-логического анализа документов ВОЗ, определяющих позицию относительно организационных основ сохранения и укрепления психического здоровья и соответствующие регламентирующие документы Украины, которые декларируют направления реформы психиатрической помощи населению и описательного моделирования.

Результаты. Среди основных задач Украины на пути создания новой системы оказания психиатрической помощи населению до 2030 года есть направленные на создание основ максимальной деинституализации психиатрической помощи пациентам с психическими заболеваниями, в том числе и с депрессивными расстройствами,

вне спеціалізованих стаціонарів. Депресивні розлади належать до одних з найбільш поширених форм психічних порушень і в 60% випадків, переважно при недостатньому або неадекватній терапії, спостерігаються повторні депресивні епізоди. Саме низький показник комплаєнс пацієнтів з депресивними розладами є однією з основних причин неефективності впровадження заходів, спрямованих на деінституціалізацію допомоги цій категорії пацієнтів. Представлені результати моделювання наслідків впровадження компонентів деінституціалізації спеціалізованої медичної допомоги по напрямку інтеграції з загальною медициною: варіант при повному контролі комплаєнса пацієнтів з депресивними розладами і варіант при відсутності контролю комплаєнса в цій категорії пацієнтів.

Висновки. Розробка і підтримання високого рівня комплаєнса у пацієнтів з психічними порушеннями, в тому числі з депресивними розладами, дає ряд переваг для стійкості системи охорони психічного здоров'я в новій деінституціалізованій моделі надання психіатричної допомоги населенню в Україні.

Ключові слова: депресія, комплаєнс, деінституціалізація психіатричної допомоги.

Objective: to theoretically substantiate the need to implement compliance control measures in patients with depressive disorders as one of the conditions for effective deinstitutionalization of psychiatric care.

Materials and methods. The study used the following methods: biblio-semanti, content analysis, structural and logical WHO document analysis, which are determining the position on the organizational principles of preservation and strengthening of mental health and related regulatory documents of Ukraine, which declare areas of reform of psychiatric care and descriptive modeling.

Results. The main tasks of Ukraine towards the establishment of a new system of psychiatric care by 2030 are focused on providing a basis for the maximum deinstitutionalization of mental health care for patients with mental disorders, including depressive disorders treatment outside specialized hospitals. Depressive disorders are one of the most common forms of mental disorders and in 60% of cases, mostly with insufficient or inadequate treatment, there are recurrent depressive episodes. The low rate of compliance in patients with depressive disorders is one of the main reasons for the ineffectiveness of measures aimed at deinstitutionalizing care for this category of patients. The results of modeling the consequences of the introduction of components of deinstitutionalization of specialized medical care in the direction of integration with general medicine are presented: an option with full control of compliance of patients with depressive disorders and an option with no control of compliance in this category of patients.

Conclusions. Developing and maintaining a high level of compliance in patients with mental disorders, including depressive disorders, provides a number of benefits to the sustainability of the mental health system in the new deinstitutionalized model of psychiatric care in Ukraine.

Key words: depression, compliance, deinstitutionalization of psychiatric care.

Відомості про автора

Миронюк Вікторія Іванівна – лікар-психіатр, аспірант кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород 88000, Україна.
viktoriia.myroniuk1994@gmail.com.