ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
_____2026 року № _____

Порядок
організації надання та забезпечення допомоги на маршруті пацієнта з порушеннями сексуального життя

І. Загальна частина

1. Цей Порядок визначає загальні, етичні та організаційні засади надання та забезпечення допомоги на маршруті пацієнта з порушеннями сексуального життя, а також пацієнта з підвищеним ризиком виникнення таких порушень, визначеного пунктом 4 розділу ІІІ цього Порядку (далі – пацієнти з порушеннями сексуального життя) під час отримання медичних та реабілітаційних послуг у закладах охорони здоров’я незалежно від форми власності та підпорядкування, а у передбачених цим Порядком випадках, і на етапі надання домедичної допомоги.

2. Метою цього Порядку є забезпечення своєчасного виявлення порушень сексуального життя та доступу пацієнтів до комплексної, безпечної, конфіденційної та недискримінаційної медичної та реабілітаційної допомоги у випадках наявності порушень сексуального життя, що можуть бути пов’язані з фізичними, психічними або соціальними чинниками стану здоров’я.

3. Дія цього Порядку поширюється на заклади охорони здоров’я незалежно від форми власності та підпорядкування, працівників закладів охорони здоров’я, фізичних осіб - підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики, а також інших осіб, залучених до надання медичних та реабілітаційних послуг, або надання домедичної допомоги.

4. У цьому Порядку терміни вживаються в такому значенні:

адаптивні засоби в сексуальному житті – допоміжні засоби для підтримання сексуальної активності, спеціальні пристрої, позиційні рішення, допоміжні технології та навички, що компенсують функціональні обмеження й забезпечують можливість безпечної, комфортної та задовільної інтимної взаємодії;

відновлення сексуальної функції – комплекс заходів медичного, психологічного, фізичного та соціального характеру, спрямованих на відновлення або оптимізацію сексуальної функції, сексуального здоров’я, добробуту та інтимної взаємодії після травм, захворювань, оперативних втручань чи психоемоційних розладів, а також інших станів (зокрема станів, зумовлених пологами, менопаузою тощо);

допомога пацієнту з порушенням сексуального життя – медичні, психологічні, реабілітаційні та інформаційні заходи, спрямовані на виявлення

порушень сексуального життя, їх корекцію, компенсацію, відновлення або покращення сексуального життя;

порушення сексуального життя – зміни сексуальної функції, сексуального здоров'я, сексуального добробуту або інтимної взаємодії пацієнта, що можуть бути пов'язані з фізичними, психічними, психологічними чи соціальними чинниками та призводять до труднощів у задоволенні потреб сексуального життя, зниження якості інтимного життя або виникнення пов'язаного з цим дистресу;

сексуальна гармонія пари – стан взаємного задоволення партнерів сексуальними та інтимними стосунками з урахуванням потреб, бажань, особистих меж і взаємної згоди;

сексуальна функція – психічні, соціальні, фізіологічні та нейропсихологічні процеси, пов'язані з перебігом сексуальної реакції людини;

сексуальне життя – сукупність індивідуальних і партнерських проявів сексуальності, що реалізуються у формі інтимної взаємодії та відображають її фізичний стан, психоемоційне благополуччя й якість стосунків;

сексуальне здоров'я – інтегральний стан благополуччя людини у сфері сексуальності, який не обмежується відсутністю захворювань чи порушень сексуальної функції, і формується внаслідок взаємодії біологічного (анатомо-фізіологічного), психологічного, соціального та соціально-психологічного компонентів сексуальності, що визначає здатність до безпечної, усвідомленої побудови гармонійних інтимних стосунків і досягнення взаємної адаптації з партнером з урахуванням індивідуального досвіду, наслідків травми, загального стану здоров'я, а також норм соціальної та особистої моралі

сексуальний добробут – суб'єктивний стан фізичного, психологічного та соціального комфорту у сфері сексуального життя, що характеризується можливістю особи здійснювати інтимну взаємодію або сексуальне самовираження у прийнятний для себе спосіб, за умови відсутності примусу, дискримінації та клінічно значущого дистресу, пов'язаного із сексуальним функціонуванням;

сексуальність людини – сукупність біологічних, психологічних і соціальних характеристик та проявів людини, пов'язаних із сексуальним потягом, сексуальним самосприйняттям, інтимною взаємодією та сексуальною поведінкою (далі – сексуальність).

Інші терміни вживаються у значенні, наведеному в Законах України «Основи законодавства України про охорону ~~З~~здоров'я», «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні», а також інших законодавчих актах у сфері охорони здоров'я та реабілітації.

5. Допомога пацієнтам з порушеннями сексуального життя забезпечується на всіх етапах надання медичної допомоги, протягом всіх реабілітаційних періодів (гострого, післягострого та довготривалого), а також, у передбачених цим Порядком випадках на етапі надання домедичної допомоги.

6. У разі виявлення під час надання домедичної, медичної або реабілітаційної допомоги ознак того, що особа постраждала від сексуального насильства (зокрема зґвалтування, примушування до вступу в статевий зв'язок, вчинення дій сексуального характеру з особою, яка не досягла шістнадцятирічного віку, розбещення неповнолітніх, домагання дитини для сексуальних цілей), у тому числі пов'язаного із збройною агресією Російської Федерації проти України, або отримання від особи такої інформації:

1) особи, які надають домедичну допомогу, сприяють невідкладному зверненню (доставленню) особи до закладу охорони здоров'я, а заклад охорони здоров'я за інформованою згодою особи (її законного представника), наданою відповідно до статті 43 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», забезпечує надання їй невідкладної медичної допомоги, проведення необхідного обстеження та документування його результатів, надання медичної, психологічної та реабілітаційної допомоги з урахуванням Методичних рекомендацій щодо надання послуг у сфері охорони здоров'я особам, що пережили сексуальне насильство, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23 липня 2025 року № 1177; особа має право відмовитися від окремих етапів обстеження;

2) особі невідкладно пропонуються постконтактна профілактика ВІЛ-інфекції (якщо з моменту контакту минуло не більше 72 годин) та профілактика інфекцій, що передаються статевим шляхом, а особам, які можуть завагітніти, – також екстрена контрацепція (якщо з моменту контакту минуло не більше 120 годин); якщо така допомога не може бути надана на місці, особа невідкладно направляється до закладу охорони здоров'я, що її надає;

3) надання медичної, психологічної та реабілітаційної допомоги не обумовлюється зверненням особи до правоохоронних органів або її згодою на таке звернення;

4) повідомлення уповноважених підрозділів органів Національної поліції України щодо повнолітньої дієздатної особи здійснюється за її вільною та поінформованою згодою, крім випадків, коли обов'язок такого повідомлення прямо передбачений законом, зокрема у разі виявлення ушкоджень, які могли бути заподіяні внаслідок домашнього насильства, – відповідно до статті 12 Закону України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» та у строки, визначені Порядком проведення та документування результатів медичного обстеження постраждалих осіб від домашнього насильства або осіб, які ймовірно постраждали від домашнього насильства, та надання їм медичної допомоги, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01 лютого 2019 року № 278, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 14 березня 2019 року за № 262/33233;

5) у випадках, що стосуються дітей, реагування, у тому числі повідомлення служби у справах дітей та уповноважених підрозділів органів Національної поліції України, здійснюється відповідно до Порядку реагування на випадки насильства та жорстокого поводження з дітьми, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 19 листопада 2025 року № 1513, а у випадках, що стосуються недієздатних осіб, – у порядку, визначеному законодавством;

6) особам, які постраждали від сексуального насильства, пов’язаного із збройною агресією Російської Федерації проти України, забезпечується конфіденційність інформації відповідно до Закону України «Про правовий і соціальний захист осіб, постраждалих від сексуального насильства, пов’язаного із збройною агресією Російської Федерації проти України, та надання їм невідкладних проміжних репарацій» та надається інформація про права, передбачені цим Законом.

7. Інформація про сексуальне життя пацієнта є персональними даними, обробка яких здійснюється з урахуванням вимог статті 7 Закону України «Про захист персональних даних», та становить лікарську таємницю відповідно до статті 40 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров’я». Така інформація вноситься до медичної документації, у тому числі до електронної системи охорони здоров’я, в обсязі, необхідному для надання медичної та реабілітаційної допомоги. Повідомлення такої інформації членам сім’ї, близьким особам та іншим особам без згоди пацієнта не допускається, крім випадків, передбачених законом.

8. Допомога пацієнтам, які не досягли вісімнадцятирічного віку, надається з урахуванням їх віку, рівня розвитку та найкращих інтересів дитини. Згода на медичне втручання надається відповідно до статті 43 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров’я». Обговорення питань сексуального здоров’я з дитиною та її законними представниками здійснюється з дотриманням вимог законодавства щодо конфіденційності.

ІІ. Загальні підходи до комунікації з пацієнтом щодо сексуального життя

1. Процес комунікації з пацієнтом щодо сексуального життя може розпочатись ще до початку надання медичних послуг (наприклад, на етапі евакуації).

Загальні підходи до комунікації з пацієнтом щодо порушень сексуального життя:

повага, такт та терпіння;

конфіденційність;

принцип «перед тим, як сказати, запитай» (інформацію для пацієнта необхідно давати в тому обсязі і тій формі, які він може сприйняти, для чого задаються уточнюючі питання, наприклад: «Чи відомі вам результати обстеження?», «Чи знаєте ви як ваш стан впливає на сексуальну функцію?» тощо);

підтримка особи та розуміння її складнощів;

толерантність.

Комунікація під час надання допомоги здійснюється без дискримінації за будь-якою ознакою. Особисті переконання, звичаї, релігійні погляди та традиції працівника сфери охорони здоров’я не мають впливати на зазначені вище

підходи до спілкування з особою; світоглядні, релігійні та культурні цінності пацієнта враховуються під час надання йому рекомендацій.

Під час комунікації з пацієнтом щодо порушень сексуального життя працівники сфери охорони здоров'я повинні:

забезпечувати проведення спілкування у безпечних та конфіденційних умовах;

створювати умови, що сприяють відкритості пацієнта, його готовності до обговорення відповідних питань та залученню до спільного вирішення питань лікування, реабілітації, допомоги в сфері психічного здоров'я;

розпочинати і вести розмову про сексуальність лише за згодою пацієнта. Варто використовувати, наприклад, такі формулювання: «У багатьох пацієнтів, які отримали подібну травму (поранення, захворювання тощо) виникають зміни в сексуальному житті: зниження бажання, сумніви у власній сексуальності, складність займатись сексом…Чи ви спостерігаєте у себе подібні зміни? Чи б хотіли про них поговорити?». Якщо пацієнт не висловлює бажання підтримати розмову, йому необхідно повідомити про можливість в майбутньому продовжити її, наприклад використовуючи наступну фразу: «Коли у вас з'явиться потреба - ви завжди можете до мене звернутись.»;

за можливості та за згодою пацієнта зібрати інформацію про сексуальний досвід пацієнта до травми, та на основі цього будувати подальшу розмову, терапію, та втручання;

виявляти конкретні скарги щодо сексуального здоров'я: зміни у сприйнятті себе, власної сексуальності (наприклад: «Я тепер такий/така нікому не подобаюсь, мене ніхто не захоче.»), зміни бажання (наприклад: «Я бажаю сексу значно менше, ніж раніше», «У мене надзвичайно зросло бажання, що призводить до труднощів») чи збудження («Я хочу сексу, фантазую про нього, але моє тіло не відгукується», «Знизилась ерекція», «Погіршилась лубрикація»), порушення технічної складової сексуальної взаємодії («У мене тремор у кінцівках») та в межах власної професійної компетенції надавати пацієнту допомогу та/або рекомендації, а за потреби – скеровувати його до фахівця відповідного профілю;

надавати інформацію про порушення в сексуальному житті пацієнту у зрозумілій і доступній формі, з урахуванням життєвого досвіду, потреб пацієнта, виду медичної допомоги або етапу реабілітаційної допомоги;

бути готовими до надання відповідей на запитання пацієнта, що стосуються стану його сексуального здоров'я, можливих порушень та шляхів їх корекції, компенсації або відновлення сексуальної функції;

поважати гідність пацієнта, його сексуальну орієнтацію, сексуальні вподобання, та індивідуальні особливості, самоідентифікацію і дотримуватися принципів недискримінації, толерантності та поваги до різних поглядів пацієнта та його близьких;

застосовувати навички активного слухання, уважно сприймати та аналізувати інформацію, отриману від пацієнта;

використовувати ймовірнісні формулювання фраз під час надання інформації (наприклад, «це малоймовірно» або «це може статися» тощо);

забезпечувати зосередженість на процесі спілкування, не відволікатися на сторонні дії та не виконувати іншу роботу під час контакту з пацієнтом;

дотримуватися принципів емпатійного та пацієнт-орієнтованого спілкування, проявляти повагу, підтримку та професійну етичність під час взаємодії з пацієнтом.

Працівники сфери охорони здоров'я під час надання медичних послуг особам із порушеннями сексуального життя можуть здійснювати комунікацію з членами сім'ї, близькими особами або законними представниками пацієнта з метою забезпечення належної підтримки пацієнта у процесі надання медичної та/або реабілітаційної допомоги.

Така комунікація здійснюється за умови згоди пацієнта та з дотриманням вимог законодавства щодо конфіденційності медичної інформації (статті 39-1 та 40 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»). Під час комунікації з членами сім'ї, близькими особами або законними представниками пацієнта працівники сфери охорони здоров'я:

надають інформацію щодо особливостей стану пацієнта, перебігу лікування або реабілітації та можливих шляхів підтримки пацієнта у межах, дозволених пацієнтом або законодавством;

сприяють формуванню підтримувального середовища для пацієнта, зокрема шляхом інформування про особливості відновлення сексуальної функції та збереження сексуального здоров'я;

дотримуються принципів поваги до гідності пацієнта, недискримінації, толерантності та конфіденційності під час обговорення питань, що стосуються сексуального здоров'я.

Загальні рекомендації щодо взаємодії з родичами пацієнта викладені у додатку 1 до цього Порядку, особливості спілкування з пацієнтами з черепно-мозковою травмою під час надання допомоги при порушеннях сексуального здоров'я наведені в додатку 2 до цього Порядку.

2. Повідомлення про діагнози, стани здоров'я та функціонування, що можуть негативно вплинути на сексуальне життя пацієнта, а також інше спілкування з особою, в якої є порушення сексуального життя має відбуватись з застосуванням структурованих методів комунікації у сфері охорони здоров'я, що використовуються для повідомлення пацієнту складної або несприятливої медичної інформації та передбачають поетапне проведення розмови з урахуванням сприйняття пацієнта, його інформаційних потреб і емоційної реакції. Зокрема така комунікація може відбуватись із використанням Протоколу комунікації під час повідомлення пацієнту несприятливої медичної інформації SPIKES, що наведений у додатку 3 до цього Порядку. Поетапне обговорення питань сексуального здоров'я під час надання медичної та реабілітаційної допомоги може здійснюватися з використанням моделі Ex-PLISSIT, наведеної в додатку 4 до цього Порядку.

3. Вибір проактивної або реактивної комунікації здійснюється індивідуально у кожному конкретному випадку з урахуванням поведінки особи, її готовності до обговорення питань сексуального здоров'я та роботи із відповідним запитом. Пацієнтам з підвищеним ризиком виникнення порушень

сексуального життя (пункт 4 розділу ІІІ цього Порядку), які отримують стаціонарну медичну або реабілітаційну допомогу у зв'язку з такими станами, під час реабілітаційного обстеження та перед випискою обговорення питань сексуального здоров'я пропонується обов'язково; пацієнт має право відмовитися від такого обговорення.

У разі наявності у закладі охорони здоров'я фахівця, який має відповідну підготовку, досвід та навички комунікації з питань, пов'язаних із порушенням сексуального життя, проведення такої комунікації забезпечує зазначений фахівець.

За відсутності такого фахівця та в разі прийняття рішення про необхідність проактивної комунікації, первинну комунікацію здійснює лікуючий лікар, з метою визначення потреб пацієнта та донесення до нього важливої інформації про стан його здоров'я та можливі порушення сексуального життя.

У випадку звернення особи з порушенням сексуального життя із відповідним запитом реактивна комунікація забезпечується працівником сфери охорони здоров'я, до якого звернулась така особа. Оскільки пацієнти зазвичай звертаються з питаннями щодо сексуального здоров'я до працівника, з яким почуваються найкомфортніше, кожен член кожен член команди працівників закладу охорони здоров'я повинен володіти базовими знаннями щодо впливу травми, захворювання та лікування на сексуальну функцію. Такий працівник має проводити комунікацію з урахуванням потреб особи у сфері сексуального здоров'я, забезпечує надання необхідної інформації та, за потреби, організовує скерування особи до фахівця відповідного профілю.

Реактивна комунікація за запитом особи може здійснюватися також до початку надання медичних послуг, зокрема під час евакуації або на етапі надання домедичної допомоги або в інших ситуаціях, коли особа повідомляє про відповідну потребу.

У разі звернення особи під час евакуації або надання домедичної допомоги, коли поруч відсутній працівник сфери охорони здоров'я, особи, які здійснюють евакуацію або надають домедичну допомогу, у межах своїх повноважень забезпечують належне реагування на звернення, зокрема шляхом надання базової інформації (наприклад, про цілісність структур тіла, зокрема статевих органів, у межах того, що їм відомо) та сприяють подальшому зверненню такої особи до працівників сфери охорони здоров'я.

ІІІ. Організаційні засади надання допомоги пацієнтам з порушеннями сексуального життя під час отримання медичних послуг в закладах охорони здоров'я

1. Допомога пацієнтам з порушеннями сексуального життя надається у межах первинної, спеціалізованої медичної допомоги та реабілітаційної допомоги. Така допомога не замінює надання медичної та/або реабілітаційної допомоги, а доповнює медичну послугу у частині відновлення сексуальної функції і якості життя.

Порушення сексуального життя можуть виникати, зокрема, але не виключно, внаслідок:

мінно-вибухових та інших травм, уражень і захворювань, пов’язаних з війною, зокрема травм статевих органів, промежини, таза, спинного та головного мозку, ампутацій кінцівок, опіків;

захворювань системи кровообігу, які супроводжуються порушенням тазового або периферичного кровоплину, ендотеліальною дисфункцією, зниженням толерантності до фізичних навантажень;

ендокринних і метаболічних порушень (зокрема цукрового діабету), у тому числі гормональних дисбалансів, нейроендокринних порушень і наслідків гормональної терапії;

захворювань нервової системи, що впливають на автономну регуляцію, чутливість, сексуальне збудження та оргазм (зокрема травми спинного мозку, черепно-мозкової травми, інсульту, розсіяного склерозу, хвороби Паркінсона);

психічних, поведінкових і нейророзвиткових розладів, у тому числі розладів, пов’язаних із травмою (зокрема посттравматичного стресового розладу) та залежностями-;

станів після медичних втручань і тривалого лікування (онкологічне лікування, хірургічні втручання, зокрема на органах малого таза, накладення стоми, побічна дія лікарських засобів, зокрема антидепресантів, антипсихотиків, протиепілептичних засобів, бета-адреноблокаторів, антиандрогенних засобів);

урологічних та гінекологічних захворювань, порушень функції м’язів тазового дна;

вагітності, пологів та менопаузи;

психосоціальних чинників, зокрема стигматизуючих або хибних уявлень про сексуальність, конфліктів у стосунках;

пережитого досвіду сексуального насильства.

У закладах охорони здоров’я пацієнту за медичними показаннями надаються послуги, які, зокрема, включають:

діагностику причин порушень сексуального життя;

лікування основних захворювань, що призводять до таких порушень;

психологічне або психотерапевтичне консультування;

реабілітаційні послуги;

надання інформації та рекомендацій щодо підтримки сексуального здоров’я.

На будь-якому етапі надання допомоги у закладах охорони здоров'я, за потреби до надання допомоги мають бути залучені необхідні працівники сфери охорони здоров’я, зокрема: лікарі акушери-гінекологи; лікарі-урологи; лікарі-ендокринологи; лікарі-кардіологи; лікарі-онкологи; лікарі-хірурги; лікарі фізичної та реабілітаційної медицини; лікарі-психіатри; психологи та психотерапевти, що мають компетентності щодо надання психологічної допомоги особам із сексуальними порушеннями або особам, які пережили сексуальне насильство; лікарі-неврологи; ерготерапевти; фізичні терапевти та інші фахівці.

У разі необхідності пацієнт має бути направлений до іншого закладу охорони здоров’я або працівника сфери охорони здоров’я для отримання відповідної допомоги.

2. Функції працівників сфери охорони здоров’я під час надання медичних або реабілітаційних послуг

Лікар, який надає медичну допомогу пацієнту (у тому числі лікар-сексопатолог)

Допомога пацієнтам з порушеннями сексуального життя під час надання медичної допомоги розпочинається з консультації лікаря, який надає медичну допомогу пацієнту. На цьому етапі основна увага приділяється наданню медичної допомоги відповідно до стану здоров’я пацієнта та галузевих стандартів у сфері охорони здоров’я, а за потреби — реабілітаційної допомоги в гострому реабілітаційному періоді.

Лікар, який надає медичну допомогу пацієнту, в межах своїх професійних компетентностей:

1) забезпечує вжиття заходів, спрямованих на збереження фізичної цілісності та безпеки статевих органів, зокрема профілактику пролежнів і травм під час катетеризації, а також дотримання приватності пацієнта;

2) здійснює первинну оцінку стану пацієнта з урахуванням можливого впливу лікарських засобів на сексуальну функцію (за потреби – з використанням інструментів, наведених у додатку 5 до цього Порядку), ініціює необхідні обстеження та, за потреби, направлення для проведення оцінки причин порушення сексуальної функції;

3) за наявності відповідних показань забезпечує залучення інших працівників сфери охорони здоров’я відповідного профілю, зокрема лікаря-уролога (наприклад, за наявності ознак гострої затримки сечі або пріапізму — тривалої патологічної ерекції понад 4 години, що є невідкладним станом), лікаря-сексопатолога, лікаря-акушера-гінеколога (наприклад, за наявності болісних відчуттів під час проникнення при статевому акті), лікаря-ендокринолога (наприклад, за наявності ознак гіпогонадизму або іншої ендокринної патології), лікаря-кардіолога, лікаря-хірурга серцево-судинного, лікаря-невролога, лікаря-психіатра, психолога, лікаря-психолога, психотерапевта, лікаря фізичної та реабілітаційної медицини та інших працівників сфери охорони здоров’я відповідно до потреб пацієнта;

4) за наявності медичних показань направляє пацієнта для проведення реконструктивних та відновних хірургічних втручань, фалопротезування, протезування або реконструкції зовнішніх статевих органів та інших втручань, передбачених галузевими стандартами у сфері охорони здоров’я;

5) перед випискою або переведенням пацієнта на наступний етап надання допомоги забезпечує надання йому інформації відповідно до стану здоров’я та індивідуальних потреб щодо впливу захворювання, травми або іншого стану на сексуальну функцію, підготовки до сексуальної активності, можливих пов’язаних із нею ускладнень, а також можливостей використання

адаптивних засобів у сексуальному житті та інших пристосувань для забезпечення сексуальної активності.;

6) за наявності травми статевих органів, промежини або таза, а також перед медичними втручаннями, що можуть призвести до втрати репродуктивної функції, інформує пацієнта про можливість збереження фертильності, зокрема кріоконсервації репродуктивних клітин, та за бажанням пацієнта організовує направлення до закладу охорони здоров'я, що надає таку допомогу;

7) у разі призначення інгібіторів фосфодіестерази 5 типу інформує пацієнта про протипоказання щодо їх застосування разом з нітратами (нітрати не застосовуються протягом 24 годин після прийому силденафілу або варденафілу та 48 годин після прийому тадалафілу) та про необхідність повідомляти медичних працівників, зокрема бригаду екстреної медичної допомоги, про прийом таких лікарських засобів.

Лікар фізичної та реабілітаційної медицини

1) забезпечує проведення оцінювання функціонування пацієнта, яке за згодою пацієнта охоплює сферу сексуального здоров'я, та включення відповідних цілей до індивідуального реабілітаційного плану;

2) координує роботу МДРК щодо питань сексуального здоров'я пацієнта та визначає члена МДРК, відповідального за роботу з конкретним запитом (наприклад, ерготерапевт - над позами, психолог - над прийняттям тіла);

3) оцінює вплив лікарських засобів, які приймає пацієнт (наприклад, антидепресантів, бета-адреноблокаторів), на сексуальну функцію (сексуальний потяг, збудження, ерекцію, лубрикацію, оргазм); за потреби скеровує пацієнта до лікаря відповідного профілю для корекції порушень сексуальної функції та вживає інших необхідних заходів залежно від стану пацієнта;

4) використовує МКФ для оцінки функцій (b640, b670), структур (s630) та активності і участі (d7702), з метою оцінювання функціонування пацієнта; обговорює з МДРК порушення функцій та їх вплив на активність і участь пацієнта;

5) забезпечує інформування пацієнтів з травмою спинного мозку на рівні Т6 і вище щодо ризику автономної дисрефлексії під час сексуальної активності та дій у разі її виникнення відповідно до додатка 6 до цього Порядку.

Фізичний терапевт

1) допомагає адаптувати пози, враховуючи порушення рухових функцій, напрацьовувати нові пози, враховуючи вторинні ускладнення, що виникли після травми, захворювання, ураження;

2) розвиває силу, витривалість, баланс та координацію, що дозволять почуватися впевнено під час сексуальної активності;

3) підбирає втручання для зменшення проявів вторинних ускладнень, які заважають під час статевого акту (наприклад спастичність, остеопороз тощо);

4) підбирає допоміжне обладнання для усунення ризиків вторинних ускладнень;

5) здійснює оцінювання рухових функцій та інших чинників, що впливають на сексуальну активність (рухливість, м’язова сила, баланс, спастичність, біль).

Ерготерапевт

1) забезпечує функціональну адаптацію, навчання безпечним формам інтимної взаємодії, тілесної адаптації після травм, операцій або протезування тощо, допомагає організовувати та планувати рутину, графік дня для розумного розподілу енергії, фізичних потреб для здійснення сексуальної активності;

2) допомагає організувати догляд та управління інтимною гігієною;

3) підбирає та відпрацьовує компенсаторні стратегії під час втрачених функцій;

4) надає рекомендації для уможливлення сексуальної активності та участі, допомагає зменшити бар'єри (фізичні, психоемоційні);

5) рекомендує та допомагає підібрати та модифікувати адаптивні засоби в сексуальному житті та пристосування для забезпечення сексуальної активності (спеціальні подушки, поручні біля ліжка для полегшення зміни положення);

6) допомагає забезпечувати гігієну сну та ергономіку простору для здійснення сексуальної активності, адаптацію місць для її здійснення;

7) допомагає підібрати та адаптувати пози, використовувати адаптивні засоби в сексуальному житті та лубриканти для покращення відчуттів при сексуальній активності, предмети для позиціонування тіла;

8) при гіпостезії (зниженій чутливості ерогенних зон) консультує та допомагає знайти альтернативні ерогенні зони, або використовувати візуальну, слухову стимуляцію;

9) консультує пацієнтів зі зниженою когнітивною функцією (наприклад, при черепно-мозковій травмі, інсультах, деменції та інших захворюваннях і станах) у розумінні соціальних норм, ініціації статевого контакту та безпечної поведінки, зокрема щодо необхідності взаємної згоди партнерів;

10) навчає стратегій самостійного управління болем і спастичністю під час сексуальної активності (позиціонування, планування з урахуванням дії лікарських засобів), технік релаксації для безпечного здійснення статевої активності;

11) здійснює в межах компетенцій навчання пацієнта, родичів, інших членів МДРК в питаннях, пов'язаних з сексуальністю після ураження;

12) надає рекомендації, що важливі для фізичної та психоемоційної безпеки сексуальної взаємодії для пацієнтів з травмою спинного мозку, або іншими станами, що спричиняють неконтрольованість випорожнень сечового міхура та кишечника, зокрема наведені в додатку 6 до цього Порядку;

13) здійснює оцінювання виконання заняттєвої активності та участі у сфері інтимного життя; за наявності відповідної підготовки може застосовувати інструменти, наведені в додатку 5 до цього Порядку.

Психолог та психотерапевт

Психолог:

забезпечує: первинну оцінку загального задоволення сексуальним життям; надання інформації про сексуальність, вплив захворювання, травм, лікування та реабілітації на сексуальне здоров’я; роботу з хибними переконаннями щодо сексуальності, роботу з образом тіла, зниження тривоги та психологічного дистресу; формування реалістичних очікувань; проведення парних та сімейних консультацій з метою покращення сексуального функціонування та гармонії пари; підтримку адаптації до змін образу тіла; розвиток навичок безпечної інтимної комунікації; навчання пацієнта використанню цифрових ресурсів та інформаційних технологій для підтримки сексуального здоров’я, підбір таких засобів відповідно до індивідуальних потреб та супровід пацієнта в процесі їх застосування. Психолог також здійснює інформаційно-роз’яснювальну роботу з питань сексуального здоров’я та сексуальності.

За наявності спеціалізованої підготовки психолог може додатково застосовувати стандартизовані психодіагностичні інструменти, зокрема наведені в додатку 5 до цього Порядку, та надавати рекомендації щодо адаптації сексуальної активності. Така підготовка передбачає проходження навчання з таких питань: основи сексології та сексуальної медицини; порушення сексуальної функції та їх біопсихосоціальні чинники; психологічне консультування при порушеннях сексуального функціонування; особливості роботи з парами та питання інтимної комунікації; етичні та правові аспекти надання допомоги у сфері сексуального здоров'я.

У разі виявлення психічних або поведінкових розладів, а також потреби у довготривалій психотерапевтичній роботі, психолог скеровує пацієнта до психотерапевта та/або лікаря-психіатра.

Психотерапевт:

1) проводить психотерапію, спрямовану на відновлення сексуальної функції, покращення якості інтимного життя та сексуальної гармонії пари з використанням методів психологічного (психотерапевтичного) втручання з науково доведеною ефективністю в роботі з порушеннями сексуального життя;

2) здійснює психотерапевтичну допомогу пацієнтам у випадках впливу психологічних, травматичних, поведінкових або міжособистісних чинників на сексуальну функцію, сексуальне самосприйняття, якість інтимного життя чи партнерську взаємодію, також здійснює психотерапію сексуалізованої травми (сексуальне насильство, сексуальне домагання чи інше порушення сексуальних меж, що відбулось в дитячому та дорослому віці);

3) застосовує науково обґрунтовані психотерапевтичні методи (з науковою доведеністю ефективності в роботі з порушеннями сексуального життя) та може проводити індивідуальну, парну та сімейну психотерапію. У межах психотерапевтичної роботи здійснює навчання пацієнта використанню цифрових ресурсів та інформаційних технологій для підтримки сексуального здоров’я, підбір таких засобів з урахуванням психотерапевтичних цілей та індивідуального реабілітаційного плану, а також супровід пацієнта в процесі їх застосування.

Психотерапевт, який надає психотерапевтичну допомогу відповідно до цього Порядку, проходить додаткову підготовку у межах безперервного професійного розвитку з таких питань: основи сексології та сексуальної медицини; порушення сексуальної функції та їх біопсихосоціальні чинники; психотерапевтичні методи роботи з порушеннями сексуального функціонування; особливості роботи з парами та питання інтимної комунікації; етичні та правові аспекти надання допомоги у сфері сексуального здоров'я.

Сестра медична / брат медичний

Сестра медична / брат медичний є членом мультидисциплінарної команди та відіграє ключову роль у забезпеченні безперервності догляду, спостереження, комунікації та супроводу пацієнта, зокрема у виявленні потреб і проблем, пов’язаних із сексуальним життям, під час надання медичних послуг.

У межах професійної компетенції та відповідно до функціональних обов’язків сестра медична / брат медичний:

1) здійснює спостереження за фізичним, психоемоційним та поведінковим станом пацієнта, виявляє ознаки порушень сексуального життя або фактори ризику їх виникнення, інформує членів мультидисциплінарної команди;

2) забезпечує пацієнт-орієнтовану комунікацію, дотримується принципів конфіденційності, поваги до гідності, недискримінації; за згодою пацієнта може ініціювати або підтримувати обговорення питань сексуального здоров’я та, за потреби, організовує скерування до відповідного фахівця;

3) надає пацієнту та його близьким базову інформацію щодо впливу стану здоров’я, захворювання або лікування на сексуальне життя, а також щодо гігієни, профілактики ускладнень та безпечної поведінки, зокрема щодо ознак автономної дисрефлексії у пацієнтів з травмою спинного мозку (додаток 6 до цього Порядку);

4) забезпечує догляд та профілактику ускладнень, у тому числі щодо стану шкіри, слизових оболонок та статевих органів;

5) бере участь у виконанні призначень та рекомендацій членів мультидисциплінарної команди;

6) забезпечує дотримання прав пацієнта, зокрема права на приватність та конфіденційність.

3. Маршрут пацієнта з порушеннями сексуального життя включає такі етапи:

1) виявлення: лікуючий лікар або визначений лікарем фізичної та реабілітаційної медицини член МДРК за згодою пацієнта з’ясовує наявність змін у сексуальному житті (скринінг) під час реабілітаційного обстеження, перед випискою або переведенням на наступний етап надання допомоги, а також у разі призначення лікарських засобів, що можуть спричиняти порушення сексуальної функції; лікар, який надає первинну медичну допомогу, – у разі звернення пацієнта з відповідною скаргою, а також у випадках, визначених підпунктами 8, 12 і 13 пункту 4 цього розділу;

2) первинна оцінка: працівник сфери охорони здоров’я, який виявив порушення, разом з лікуючим лікарем оцінює фізичні, когнітивні, психологічні та стосункові чинники порушення і потребу в обстеженні;

3) скерування: за результатами первинної оцінки пацієнт скеровується до лікаря або іншого фахівця відповідного профілю з дотриманням Порядку направлення пацієнтів до закладів охорони здоров’я та фізичних осіб – підприємців, які в установленому законом порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та надають медичну допомогу відповідного виду, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров’я України від 28 лютого 2020 року № 586, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 05 березня 2020 року за № 235/34518 (далі – Порядок направлення пацієнтів); для пацієнтів з черепно-мозковою травмою враховується таблиця, наведена в додатку 2 до цього Порядку;

4) лікування та реабілітація: здійснюються відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров’я та індивідуального реабілітаційного плану, до якого за згодою пацієнта включаються цілі щодо сексуального здоров’я;

5) інформування та передача: перед випискою пацієнту надається інформація відповідно до пункту 2 цього розділу, а відомості про виявлені порушення сексуального життя та рекомендації щодо подальшого

спостереження за згодою пацієнта зазначаються у виписці для лікаря, який надає первинну медичну допомогу;

6) подальше спостереження: здійснюється відповідно до розділу IV цього Порядку.

Невідкладного скерування (звернення по екстрену медичну допомогу) потребують пацієнти з пріапізмом (ерекцією тривалістю понад 4 години), гострою затримкою сечі, ознаками автономної дисрефлексії, гострою травмою статевих органів, а також особи, які зазнали сексуального насильства протягом попередніх 120 годин.

4. До пацієнтів з підвищеним ризиком виникнення порушень сексуального життя належать пацієнти, зазначені в підпунктах 1–15 цього пункту. Допомога таким пацієнтам надається відповідно до цього Порядку з урахуванням таких особливостей:

1) пацієнтам з травмою спинного мозку лікар фізичної та реабілітаційної медицини забезпечує інформування щодо ризику автономної дисрефлексії (у разі ураження на рівні Т6 і вище), можливостей лікування еректильної дисфункції та порушень еякуляції, а також методів отримання сперми з метою збереження фертильності; рекомендації для пацієнта наведено в додатку 6 до цього Порядку;

2) пацієнтам з черепно-мозковою травмою та інсультом комунікація здійснюється з урахуванням когнітивних і поведінкових порушень відповідно до додатка 2 до цього Порядку; за наявності клінічних ознак гормональних порушень пацієнт скеровується до лікаря-ендокринолога для оцінки функції гіпофіза;

3) пацієнтам з травмами статевих органів, промежини або таза лікуючий лікар забезпечує залучення лікаря-уролога або лікаря-акушера-гінеколога, інформування про можливості реконструктивного лікування та збереження фертильності, а також пропонує психологічну допомогу пацієнту та, за його згодою, партнерові (партнерці);

4) пацієнтам з ампутаціями кінцівок фізичний терапевт та ерготерапевт надають рекомендації щодо безпечних поз і утримання рівноваги, використання або зняття протеза під час сексуальної активності, профілактики болю (зокрема фантомного) та ушкоджень кукси, а психолог забезпечує роботу з образом тіла;

5) пацієнтам з опіками під час планування лікування та реабілітації враховується вплив рубців, контрактур, болю, свербежу та зміненої чутливості шкіри на сексуальну функцію й образ тіла; у разі опіків статевих органів, промежини або пахвинних ділянок забезпечується залучення лікаря-уролога або лікаря-акушера-гінеколога, а за показаннями – лікаря-хірурга для реконструктивного лікування;

6) пацієнтам зі стомою (колостомою, ілеостомою, уростомою) сестра медична або інший працівник сфери охорони здоров'я, який має підготовку з догляду за стомою, надає рекомендації щодо підготовки до сексуальної активності (спорожнення стомного калоприймача, засоби його фіксації та маскування, вибір поз); пацієнтам після хірургічних втручань на прямій кишці або органах малого таза лікуючий лікар надає інформацію про ризик еректильної дисфункції, порушень еякуляції та болю під час статевого акту і можливості їх лікування;

7) пацієнтам з онкологічними захворюваннями лікуючий лікар до початку лікування, що може вплинути на сексуальну функцію або фертильність (хірургічне втручання чи променева терапія на органах малого таза, лікування раку молочної залози, гормональна терапія, гонадотоксична хіміотерапія), надає пацієнту відповідну інформацію та пропонує збереження фертильності; під час подальшого спостереження лікуючий лікар або інший член команди, що надає допомогу, пропонує обговорити питання сексуального здоров'я; у разі симптомів атрофії слизової оболонки піхви першочергово застосовуються негормональні засоби (лубриканти, зволожувальні засоби), а застосування місцевих естрогенів у пацієнток з гормонозалежними пухлинами можливе лише після консультації з лікарем-онкологом;

8) пацієнтам з цукровим діабетом та серцево-судинними захворюваннями лікар, який надає первинну медичну допомогу, під час планових оглядів пропонує обговорити питання сексуального здоров'я (у чоловіків – зокрема наявність еректильної дисфункції, у жінок – зниження потягу, збудження, сухість піхви, біль під час статевого акту); виявлення еректильної дисфункції в чоловіка без встановленого серцево-судинного захворювання є підставою для оцінки серцево-судинного ризику; пацієнтам із серцево-судинними захворюваннями надається інформація щодо безпечного відновлення сексуальної активності з урахуванням толерантності до фізичного навантаження (зокрема після неускладненого інфаркту міокарда – не раніше ніж через тиждень за відсутності симптомів під час помірного фізичного навантаження, після аортокоронарного шунтування – через 6–8 тижнів за умови загоєння післяопераційної рани) та щодо протипоказання одночасного застосування інгібіторів фосфодіестерази 5 типу з нітратами;

9) пацієнтам, яким призначаються лікарські засоби, що можуть спричиняти порушення сексуальної функції (зокрема антидепресанти, антипсихотики, протиепілептичні засоби, бета-адреноблокатори, тіазидні діуретики, антиандрогенні засоби, опіоїдні анальгетики), лікар, який їх призначає, надає інформацію про можливі побічні реакції, з'ясовує їх наявність під час подальшого спостереження та за потреби переглядає лікування відповідно до клінічних настанов; пацієнта попереджають про неприпустимість самостійного припинення лікування;

10) пацієнтам з посттравматичним стресовим розладом та особам, які пережили сексуальне насильство, допомога надається з урахуванням підходу, заснованого на розумінні травми (безпека, передбачуваність дій, повага до меж і права на відмову, можливість вибору статі працівника для інтимного огляду), а психотерапевтична допомога – відповідно до пункту 2 цього розділу;

11) пацієнтам з хворобою Паркінсона, розсіяним склерозом та іншими хронічними неврологічними захворюваннями враховується вплив захворювання на чутливість, збудження, оргазм, рухові функції та функцію тазових органів; пацієнта та, за його згодою, партнера (партнерку) інформують про можливі порушення контролю імпульсів, зокрема гіперсексуальність, на тлі лікування агоністами дофамінових рецепторів і про необхідність повідомити про них лікаря;

12) жінкам у післяпологовому періоді під час післяпологового огляду лікар-акушер-гінеколог або лікар, який надає первинну медичну допомогу, пропонує обговорити відновлення сексуальної активності, біль під час статевого акту, стан промежини, сухість піхви в період грудного вигодовування, контрацепцію та емоційний стан; у разі акушерської травми промежини або тривалого болю під час статевого акту пацієнтка скеровується до лікаря-акушера-гінеколога та, за потреби, до фізичного терапевта для реабілітації м’язів тазового дна;

13) жінкам у період менопаузи лікар, який надає первинну медичну допомогу, або лікар-акушер-гінеколог з’ясовує наявність симптомів генітоуринарного менопаузального синдрому (сухість піхви, біль під час статевого акту, порушення сечовипускання) та призначає лікування відповідно до клінічних настанов;

14) особам старшого віку не може бути відмовлено в обговоренні питань сексуального здоров’я з причини віку; під час надання допомоги переглядаються лікарські засоби з урахуванням їх впливу на сексуальну функцію, а в пацієнтів з когнітивними порушеннями оцінюється здатність надати згоду на інтимні стосунки та забезпечується захист від насильства;

15) пацієнтам, які отримують паліативну допомогу, потреби в близькості та інтимності розглядаються як складова якості життя; за бажанням пацієнта забезпечуються умови для приватності з партнером (партнеркою) з урахуванням можливостей закладу охорони здоров’я.

IV. Подальше спостереження та допомога після завершення надання медичної та реабілітаційної допомоги

1. Подальше спостереження та допомога після завершення надання реабілітаційної допомоги в закладах охорони здоров'я здійснюються лікарем,

який надає первинну медичну допомогу, лікарями відповідного профілю, фахівцями з реабілітації та фахівцями у сфері психічного здоров'я, які пройшли відповідну підготовку.

2. Лікар, який надає первинну медичну допомогу, забезпечує подальший супровід пацієнта, зокрема шляхом:

динамічного спостереження за пацієнтами із діагностованими хронічними захворюваннями;

проведення лабораторних досліджень у межах переліку, визначеного для первинної медичної допомоги (зокрема визначення рівня глюкози та загального холестерину в крові, проведення швидких тестів на ВІЛ-інфекцію та вірусні гепатити), а за потреби – направлення на інші дослідження, зокрема визначення рівня загального тестостерону в ранковий час;

перегляду призначених лікарських засобів з урахуванням їх можливого впливу на сексуальну функцію;

надання рекомендацій щодо способу життя (сон, фізична активність, харчування, відмова від куріння, обмеження вживання алкоголю) та базової психоедукації;

оцінювання способу життя та факторів серцево-судинного ризику;

координації надання медичних послуг шляхом направлення відповідно до медичних показань пацієнтів для надання їм спеціалізованої медичної або реабілітаційної допомоги.

У разі порушень сексуальної функції, зниження сексуального добробуту або дистресу, пов'язаного з інтимною взаємодією, пацієнт має право звернутися до лікаря, який надає первинну медичну допомогу, а без направлення – до лікаря-акушера-гінеколога, лікаря-психіатра, а також до інших лікарів у випадках, визначених Порядком направлення пацієнтів.

У разі самостійного звернення пацієнта або виявлення необхідності у наданні допомоги у зв'язку з порушеннями сексуального життя, така допомога надається пацієнту відповідно до розділу ІІІ цього Порядку.

3. Заклади охорони здоров'я, що надають медичну допомогу особам з психічними розладами на рівні громади, зокрема центри психічного здоров'я, забезпечують тривалу підтримку пацієнтів з тривожними, депресивними та іншими психічними розладами, пов'язаними з некомпенсованим або незворотним порушенням сексуальної функції. За необхідності надаються послуги сімейної та парної психотерапії. Такі заклади надають пацієнтам інформацію щодо можливих порушень сексуального життя, у тому числі за відсутності первинного запиту, та за потреби скеровують їх до фахівців відповідного профілю.

V. Рекомендовані дії та підходи до спілкування на етапі евакуації, етапі домедичної допомоги

1. Під час надання домедичної допомоги на етапі евакуації пріоритетом є зупинка масивної кровотечі відповідно до Порядку надання домедичної допомоги постраждалим при масивній зовнішній кровотечі, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09 березня 2022 року № 441, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 березня 2022 року за № 356/37692. Заходи щодо збереження статевих органів, передбачені цим розділом, здійснюються лише в тому разі, якщо вони не затримують зупинку кровотечі. Водночас слід враховувати, що компресія статевих органів під час накладання турнікету може призвести до ішемічного ушкодження тканин, некрозу та подальшої втрати органів.

Під час накладання турнікету на проксимальну частину стегна, вузлового (пахвинного) турнікету або тазового бандажа (при підозрі на перелом таза) за можливості слід переконатися, що статеві органи людини (пеніс, калитка, статеві губи) розташовані поза зоною тиску джгута або гемостатичної пов'язки та їхніх елементів (наприклад, диска для компресії).

Тиск на статеві органи допускається лише у випадках безпосередньої зупинки кровотечі, тампонування рани або в інших ситуаціях, коли очікувана користь від цих дій перевищує ризик ушкодження органів сечостатевої системи.

Після накладання турнікету (а якщо це не затримує зупинку кровотечі, – і перед ним) особа, яка надає допомогу, перевіряє, чи не потрапили статеві органи під турнікет. Якщо постраждалий у свідомості, його за можливості попереджають про дотик до статевих органів з метою запобігання психологічному травмуванню. За потреби пеніс та калитку обережно переміщують на протилежний бік від місця накладання турнікету. Накладений турнікет для цього не послаблюється; якщо звільнити статеві органи неможливо, про це повідомляють під час передачі постраждалого на наступний етап надання допомоги.

Якщо уникнути накладання турнікету в безпосередній близькості до статевих органів неможливо, необхідно діяти так, щоб максимально зменшити тиск на цю ділянку та максимально зберегти анатомічну цілісність органів.

2. Якщо пацієнт просить повідомити про стан статевих органів, особа, яка надає допомогу, надає коротку правдиву інформацію в межах того, що їй відомо.

У разі відсутності видимих ушкоджень достатньо короткої відповіді, наприклад: «Видимих ушкоджень немає».

У випадку травмування або втрати статевих органів рекомендується уникати детальних пояснень на етапі надання невідкладної допомоги та обмежитися короткою підтримувальною фразою, наприклад: «Я з тобою», «Я допомагаю», «Ми робимо все можливе», «Збережемо все, що зможемо», «Я накладаю турнікет», «Зараз зупиняємо кровотечу».

Директор Департаменту
медичних послуг **Валерія СОРУЧАН**