

Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України

ВІСНИК
СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

2(104)/2025

Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University
of the Ministry of Health of Ukraine

BULLETIN
OF SOCIAL HYGIENE
AND HEALTH PROTECTION
ORGANIZATION OF UKRAINE

SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL



Видавничий дім
«Гельветика»
2025

Реєстрація суб'єкта у сфері друкованих медіа: Рішення Національної ради України
з питань телебачення № 1168 від 26.10.2023. Ідентифікатор медіа: R30-01712
Суб'єкт у сфері друкованих медіа: Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України
(Майдан Волі, буд. 1, м. Тернопіль, 46001, university@tdmu.edu.ua,
тел. +380 352 524492; +380 67 8802161)

Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2025. № 1 (103)
Науково-практичний журнал

Періодичність виходу – щоквартально

Мови видання: українська, англійська.

Заснований у січні 1999 р.

Засновник і видавець: Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
Міністерства охорони здоров'я України

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **Слабкий Г. О.**

Шульгай А. Г. (заступник головного редактора), Васильєв К. К., Венгер О. П., Грузєва Т. С.,
Ковальова О. М., Лехан В. М., Медведовська Н. В., Миронюк І. С., Сміянов В. А., Теренда Н. О.,
Owos A., Ulrichs T.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Бояр І. (Польща), Вороненко Ю. В. (Київ), Голубчиков М. В. (Київ), Голяченко А. О. (Тернопіль),
Гульчій Л. П. (Київ), Децик О. З. (Івано-Франківськ), Дудіна О.О. (Київ), Дудник С. В. (Київ),
Любінець О. В. (Львів), Нагорна А. М. (Київ), Рудень В. В. (Львів), Станчак Я. (Словаччина),
Шатило В. Й. (Житомир)

Журнал включено до Переліку фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних
робіт на здобуття наукового ступеня кандидата і доктора наук (наказ Міністерства освіти і науки України
від 28.12.2019 р. № 1643).

Журнал індексується в Index Copernicus, CrossRef, Google Scholar, ULRICHSWEB GLOBAL SERIALS DIRECTORY
(США) і BASE (Bielefeld Academic Search Engine)

Рекомендовано до друку вченою радою
Тернопільського національного медичного університету
імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України (протокол № 9 від 24.06.2025 р.)

Коректура • І. Чудеснова

Комп'ютерна верстка • Ю. Ковальчук

Формат 60x84/8. Гарнітура Arimo.

Папір офсетний. Цифровий друк. Ум. друк. арк. 13,25.

Підписано до друку 25.06.2025. Замов. № 0825/686. Наклад 100 прим.

Видавництво і друкарня – Видавничий дім «Гельветика»

65101, м. Одеса, вул. Інглезі, 6/1

Телефон +38 (095) 934 48 28, +38 (097) 723 06 08

E-mail: mailbox@helvetica.ua

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи

ДК № 7623 від 22.06.2022 р.

Відповідальність за достовірність фактів та інших відомостей у публікаціях несуть автори. Цілковите або
часткове розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише
з письмового дозволу редакції

ЗМІСТ

Здоров'я і суспільство

*Н. О. Теренда, Ю. М. Куделя,
Н. О. Слободян, Л. М. Романюк*
Аналіз та оцінка професійного
вигорання у фахівців громадського здоров'я
Волинської області .5

О. М. Чемерис, В. В. Рудень
Концептуальна модель причинно-наслідкових
зв'язків у сукупності біопсихосоціального
стану населення: теоретико-методологічне
обґрунтування 11

*В. Л. Смірнова, Н. Я. Панчишин,
С. М. Іванів*
Оцінка потенційного впливу ранніх
дезадаптивних схем на здоров'язберігальну
поведінку дорослих 18

Т. Г. Гутор, А. Б. Зіменковський
Епідеміологія госпіталізованої
захворюваності на хвороби сечостатевої
системи серед населення України
за період 2014-2023 років 25

Н. М. Калинюк, В. М. Шевчук
Система виявлення хвороб на ранній стадії
на основі штучного інтелекту – MISU 34

Організація медичної допомоги

*Н. Я. Панчишин, Г. О. Ващенко,
О. Я. Галицька-Хархаліс*
Адаптація до екстремальних умов
під час надання допомоги пораненим 38

М. Д. Дячук
Професійна інтеграція як інструмент
підвищення якості медичної допомоги 41

*Л. М. Романюк, Н. О. Теренда,
Н. Є. Романюк, Г. В. Данчевська,
Н. Я. Панчишин, Н. О. Слободян*
Нормативно-правова база
впровадження оцінювання повсякденного
функціонування особи
та організаційних аспектів реабілітації 49

*Н. О. Слободян, І. І. Остапчук,
В. Л. Смірнова, Н. Є. Романюк,
Л. М. Романюк*
Комплексний підхід до реабілітації
військовослужбовців 57

*Н. Є. Романюк, Л. М. Романюк, В. М. Бойко,
О. Р. Бойчук, Н. О. Слободян*
Аналіз ефективності й проблем
функціонування центрів контролю
та профілактики хвороб 61

CONTENTS

Health and society

*N. O. Terenda., Yu. M. Kudelya,
N. O. Slobodian, L. M. Romaniuk*
Analysis and assessment of occupational
burnout among public health specialists
of Volyn region

O. M. Chemerys, V. V. Ruden`
A conceptual model of causal relationships
within the biopsychosocial status
of the population: theoretical
and methodological justification

*V. L. Smirnova, N. Ya. Panchyshyn,
S. M. Ivaniv*
Assessing the potential impact of early
maladaptive schemas
on adult health-saving behavior

T. G. Gutor, A. B. Zimenkovsky
Epidemiology of hospitalized morbidity
for the genitourinary system diseases
among the Ukraine population
for the 2014-2023 period

N. M. Kalyniuk, V. M. Shevchuk
Early-stage disease detection system
based on ai – MISU

Organization of medical care

*N. Ya. Panchyshyn, H. O. Vashchenko,
O. Ya. Halytska-Kharkhalis*
Adaptation to extreme conditions
during combat casualty care

M. D. Diachuk
Professional integration as a tool
for improving the quality of medical care

*L. M. Romaniuk, N. O. Terenda,
N. Ye. Romaniuk, H. V. Danchevska,
N. Ya. Panchyshyn, N. O. Slobodian*
Regulatory and legal framework
for the implementation of the assessment
of the individual's daily functioning
and organizational aspects of rehabilitation

*N. O. Slobodian, I. I. Ostapchuk,
V. L. Smirnova, N. Ye. Romaniuk,
L. M. Romaniuk*
A comprehensive approach
to the rehabilitation of military personnel

*N. Ye. Romaniuk, L. M. Romaniuk,
V. M. Boyko, O. R. Boychuk, N. O. Slobodian*
Analysis of the efficiency and problems
of the functioning of the centers
for disease control and prevention

Управління охороною здоров'я

Г. І. Кліщ, Т. І. Хвалибога, М. Я. Кічула
Механізми управління
професійним розвитком персоналу
закладів охорони здоров'я

67

*Л. М. Романюк, Л. С. Бабінець,
Н. Є. Романюк, І. М. Галабіцька*
Алгоритм формування електронного
направлення на оцінювання функціонального
стану пацієнта: роль сімейного лікаря
та профільних спеціалістів

72

Н. М. Калинюк, О. І. Косінський
Окремі аспекти правового забезпечення
й публічного адміністрування
медичної реабілітації військовослужбовців

79

Підготовка медичних кадрів

Б. М. Паласюк, М. В. Ярема, Кічула М. Я.
Особливості формування
управлінських компетентностей фахівців
у сфері охорони здоров'я

84

*А. Д. Нікольська, О. А. Висоцька,
Н. В. Ямненко, О. М. Гончарук*
Навчання першої допомоги
як допоміжний засіб у реабілітації осіб
з фізичною інвалідністю

89

Огляд літератури

*В. Л. Смірнова, Н. Я. Панчишин,
Л. П. Запорожан*
Канабіс і якість життя:
вплив, ризики та можливості

95

Н. М. Калинюк, Т. М. Боднар
Державна політика та регулювання
системи громадського здоров'я
на прикладі формування кластерної
мережі лікарень в Україні (світовий досвід)

101

Я. П. Яблочкіна
Наукове дослідження впливу
обробки інструментів на якість послуг
та безпеку клієнтів

108

Healthcare Management

H. I. Klishch, T. I. Khvalyboha, M. Ya. Kichula
Mechanisms of professional
development management
of healthcare staff

*L. M. Romaniuk, L. S. Babinets,
N. Ye. Romaniuk, I. M. Halabitska*
Algorithm for forming an electronic referral
for functional status assessment:
the role of family doctors
and specialized physicians

N. M. Kalyniuk, O. I. Kosinskyi
Specific aspects of legal support
and public administration of medical
rehabilitation of military personnel

Training of medical personnel

B. M. Palasiuk, M. V. Yarema, M. Ya. Kichula
Specific features of developing
managerial competencies
among healthcare professionals

*A. D. Nikolska, O. A. Vysotska,
N. V. Yamnenko, O. M. Honcharuk*
First aid training as an aid
to rehabilitation of people
with physical disabilities

Scientific literature review

*V. L. Smirnova, N. Ya. Panchyshyn,
L. P. Zaporozhan*
Cannabis and quality of life:
impact, risks and opportunities

N. M. Kalyniuk, T. M. Bodnar
State policy and regulation of the public health
system on the example of the hospital
cluster network structure in Ukraine
(international experience)

Ya. P. Yablochkina
Scientific research on the impact
of instrument treatment on service quality
and client safety

Н. О. ТЕРЕНДА, Ю. М. КУДЕЛЯ, Н. О. СЛОБОДЯН, Л. М. РОМАНЮК

АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ВОЛИНСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Мета: вивчити наявність та рівень професійного вигорання серед фахівців громадського здоров'я у Волинській області.

Матеріали та методи дослідження. Для вивчення наявності та рівня професійного вигорання використано опитувальник Г. С. Нікіфорова, рівня тривожності та депресії – госпітальна шкала тривоги і депресії HADS. Опитування проведено анонімно в Google-формі серед фахівців ДУ «Волинський ОЦКПХ МОЗ України». Використано такі методи дослідження, як соціологічний, статистичний та системний аналіз.

Результати. Проведене дослідження встановило, що загалом рівень емоційного виснаження був високим і становив $27,26 \pm 1,24$ бала (низький рівень спостерігався у 10,6% респондентів, середній – у 34,0%, високий – у 55,4%). Рівень деперсоналізації був середнім та становив $9,70 \pm 1,39$ бала (низький рівень спостерігався у 36,2% респондентів, середній – у 34,0%, високий – у 29,8%). Рівень редукції особистих досягнень також був високим $29,32 \pm 1,23$ бала (низький рівень спостерігався у 6,4% респондентів, середній – у 21,3%, високий – у 72,3%). Установлено достовірний зворотний середньої сили кореляційний зв'язок між рівнем деперсоналізації та статтю ($r_{xy} = -0,30$, $p = 0,042$, коефіцієнт детермінації 9,0%).

Рівень емоційного виснаження в осіб, у яких рідні в лавах ЗСУ, був високим. У групі осіб, чиї рідні не беруть участі у війні, він був середнім. Рівень деперсоналізації та редукції особистих досягнень також переважав в осіб, у яких рідні в лавах ЗСУ.

У 63,3% респондентів виявлено тривожність, у 46,7% – депресію. Поєднання тривожності та депресії спостерігалось в 36,7% опитаних. Установлено достовірний прямий середньої сили вплив депресії на рівень емоційного вигорання ($r_{xy} = 0,51$, $p = 0,011$, коефіцієнт детермінації 26,0%).

Висновки. У фахівців громадського здоров'я Волинської області виявлено наявність професійного вигорання: високий рівень емоційного виснаження та редукції особистих досягнень, середній – деперсоналізації. Установлено фактори, які достовірно сприяють розвитку професійного вигорання. Так, на розвиток деперсоналізації впливає стать, а на виникнення емоційного виснаження – участь рідних у лавах ЗСУ та наявність депресії.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: громадське здоров'я; професійне вигорання; тривожність; депресія; війна.

Вступ. Війна в Україні триває вже кілька років і стає серйозним випробуванням для наших громадян. Психоемоційне навантаження відчувають не лише військові та жителі окупованих територій, а й мешканці відносно безпечних регіонів, а також внутрішньо переміщені особи та біженці. Стрес у період воєнних дій охоплює всіх без винятку, хоча характер його проявів і наслідків залежить від рівня інтенсивності та тривалості переживань [1–4].

Медичні та психологічні наслідки війни справляють глибокий деструктивний вплив на психічне здоров'я як у період активних бойових дій, так і після їх завершення. Перебування в зоні конфлікту часто призводить до розвитку різноманітних психогенних розладів, що охоплюють широкий спектр проявів і мають довготривалий характер [5].

Під час війни спостерігається зростання професійного навантаження, яке пов'язане з міграційними процесами, переходом працівників у лави ЗСУ.

Ці чинники поряд із загальновідомими можуть сприяти зростанню рівня професійного вигорання в працівників багатьох сфер економіки, освіти, медицини, які працюють у системі «людина-людина» [6–8]. Синдром професійного вигорання вивчала низка дослідників в Україні серед медичних працівників. Щодо рівня професійного вигорання серед фахівців системи громадського здоров'я досліджень майже немає.

Мета: вивчити наявність та рівень професійного вигорання серед фахівців громадського здоров'я у Волинській області.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводилося з використанням розробленої

анкети, опитувальника Г. С. Нікіфорова «Синдром «вигорання» у професіях системи «людина-людина» у Google-формі. Також вивчено рівень тривожності та депресії за допомогою госпітальної шкали тривоги і депресії HADS, яка вважається скринінговим тестом. У дослідженні взяло участь 47 фахівців ДУ «Волинський ОЦКПХ МОЗ України». Для виконання поставлених завдань комплексно й послідовно використано такі методи дослідження, як соціологічний, статистичний та системний аналіз.

Матеріали статті використано під час написання кваліфікаційної роботи.

Результати дослідження та обговорення. Середній вік респондентів становив $42,02 \pm 1,27$ років. Чоловіків було 25,5%, жінок – 74,5%. Більшість із них мала вищу освіту – 72,3%.

На посаді лікаря працювало 29,8% осіб, помічником лікаря – 6,4%, фельдшером – 4,2%, керівником / менеджером – 14,9%, фахівцем – 14,9%, інженером – 6,4%, медичною сестрою – 2,1%, молодшою медичною сестрою – 2,1%, інші посади обіймали 19,2% респондентів.

Одним із факторів ризику розвитку професійного вигорання є тривалість роботи. Стаж роботи в системі громадського здоров'я до 1 року мали 10,6% опитаних, до 10 років – 55,4%, до 20 років – 12,8%, до 30 років та більш ніж 30 років – 10,6%. Отримані дані свідчать про переважання працівників, які мають стаж роботи до 10 років.

Лише 5 опитаних змінили своє місце проживання після початку повномасштабного вторгнення (область, регіон), з них по 1 респонденту задля особистої безпеки, безпеки рідних, 2 для професійного росту та ще один опитаний з інших причин. Інші опитані продовжували працювати у Волинському регіоні протягом останніх 4 років.

Ще одним фактором, який сприяє розвитку професійного вигорання, є навантаження на роботі. Враховуючи міграційні процеси, які торкнулися всіх регіонів України, мобілізацію чоловіків у ЗСУ, можна припустити, що після повномасштабного вторгнення змінилося професійне навантаження. Респонденти відмітили, що воно збільшилося у 16 (34,0%) осіб, частково збільшилося в 16 (34,0%), не змінилося в 15 осіб (32,0%).

Ураховуючи перелічені факти, ми визначили наявність та рівень професійного вигорання у фахівців громадського здоров'я Волинського регіону, яке складається з таких основних складників, як емоційне виснаження, деперсоналізація (цинізм) і редукція особистих досягнень (рис. 1).

Згідно зі шкалою тесту синдром «вигорання» у професіях системи «людина-людина» за Г. С. Нікіфоровим загалом рівень емоційного виснаження був високим і становив $27,26 \pm 1,24$ бала, при цьому низький рівень спостерігався в 10,6% респондентів, середній – у 34,0%, високий – у 55,4%.

Рівень деперсоналізації був середнім та становив $9,70 \pm 1,39$ бала, при цьому низький рівень спостерігався у 36,2% респондентів, середній – у 34,0%, високий – у 29,8%.

Рівень редукції особистих досягнень також був високим $29,32 \pm 1,23$ балів, при цьому низький рівень спостерігався у 6,4% респондентів, середній – у 21,3%, високий – у 72,3%.

Нами вивчено кореляційний зв'язок методом рангової кореляції Пірсона між складниками професійного вигорання та статтю і стажем роботи опитаних, рівнем навантаження при виконанні службових обов'язків після початку повномасштабного вторгнення.

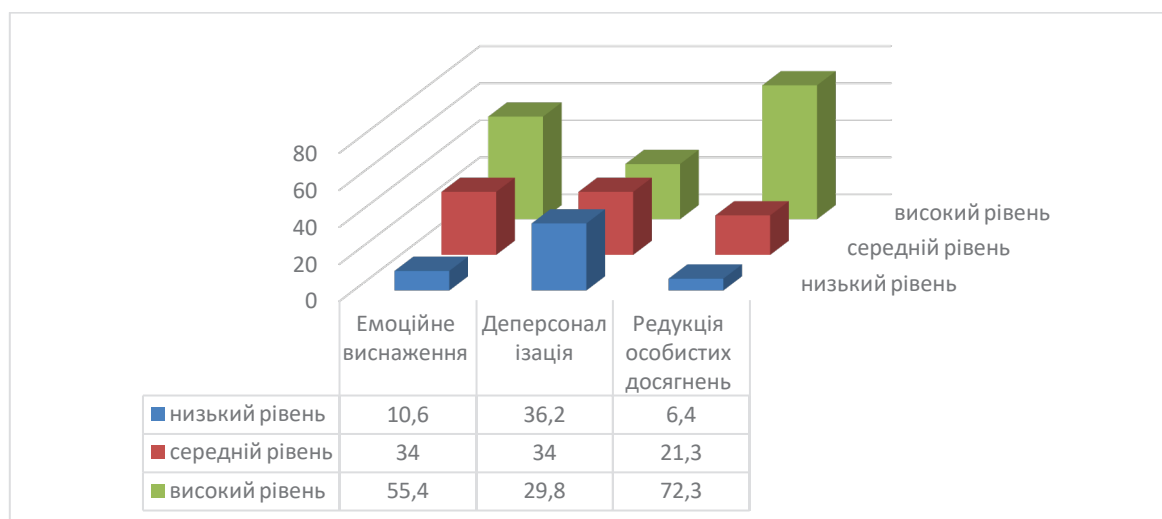


Рис. 1. Синдром «вигорання» у професіях системи «людина-людина» серед фахівців громадського здоров'я Волинського регіону

Кореляційно-регресійний аналіз дав змогу визначити вплив статі на рівень професійного вигорання. Так, встановлено достовірний зворотний середньої сили кореляційний зв'язок між рівнем деперсоналізації та статтю ($r_{xy} = -0,30$, $p = 0,042$), коефіцієнт детермінації 9,0%. Виявлено прямий слабкий зв'язок між рівнем емоційного виснаження та статтю ($r_{xy} = 0,02$, $p = 0,895$), коефіцієнт детермінації 0,04%. Установлено прямий слабкий зв'язок між рівнем редукції особистих досягнень та статтю ($r_{xy} = 0,07$, $p = 0,621$), коефіцієнт детермінації 0,5%. Отже, отримані дані вказують на достовірний вплив на розвиток деперсоналізації у чоловіків (коефіцієнт детермінації 9,0%), а також виявлено слабкий зв'язок між розвитком емоційного виснаження та редукції особистих досягнень як у чоловіків, так і в жінок.

Також вивчено кореляційний зв'язок між стажем роботи в системі громадського здоров'я та рівнем професійного вигорання. Так, встановлено, прямий слабкий вплив тривалості стажу за період до 10 років на рівень емоційного вигорання ($r_{xy} = 0,18$, $p = 0,238$, коефіцієнт детермінації 3,2%), більш ніж 30 років ($r_{xy} = 0,18$, $p = 0,223$, коефіцієнт детермінації 3,2%) та зворотний слабкий за період до 20 років ($r_{xy} = -0,09$, $p = 0,549$, коефіцієнт детермінації 0,8%), до 30 років ($r_{xy} = -0,02$, $p = 0,905$, коефіцієнт детермінації 0,04%), та достовірний зворотний середньої сили за період до 1 року ($r_{xy} = -0,35$, $p = 0,016$, коефіцієнт детермінації 12,3%).

Виявлено прямий слабкий вплив тривалості стажу за період до 10 років на рівень деперсоналізації ($r_{xy} = 0,01$, $p = 0,983$, коефіцієнт детермінації 3,6%), до 20 років ($r_{xy} = 0,17$, $p = 0,254$, коефіцієнт детермінації 0,04%) та зворотний слабкий за період до 1 року ($r_{xy} = -0,04$, $p = 0,772$, коефіцієнт детермінації 0,3%), до 30 років ($r_{xy} = -0,13$, $p = 0,932$, коефіцієнт детермінації 2,9%), більш ніж 30 років ($r_{xy} = -0,13$, $p = 0,374$, коефіцієнт детермінації 2,9%).

Також виявлено прямий слабкий вплив тривалості стажу за період до 20 років на рівень редукції особистих досягнень ($r_{xy} = 0,19$, $p = 0,210$, коефіцієнт детермінації 3,6%), до 30 років ($r_{xy} = 0,02$, $p = 0,878$, коефіцієнт детермінації 0,04%) та більш ніж 30 років ($r_{xy} = 0,11$, $p = 0,484$, коефіцієнт детермінації 1,2%), а також зворотний слабкий за період до 1 року ($r_{xy} = -0,05$, $p = 0,721$, коефіцієнт детермінації 0,3%), до 10 років ($r_{xy} = -0,17$, $p = 0,251$, коефіцієнт детермінації 2,9%).

Отримані дані вказують на те, що тривалість роботи в системі громадського здоров'я має незначний вплив на розвиток професійного вигорання, що, можливо, пов'язано з меншою інтенсивністю спілкування з людьми в процесі професійної діяльності порівняно з працівниками сфери охорони здоров'я.

Також вивчався кореляційний зв'язок між зростанням навантаження при виконанні службових

обов'язків після початку повномасштабного вторгнення та рівнем професійного вигорання. Встановлено прямий слабкий зв'язок при зростанні навантажень ($r_{xy} = 0,21$, $p = 0,158$, коефіцієнт детермінації 4,4%) та достовірний зворотний середньої сили при частковому збільшенні навантаження ($r_{xy} = -0,38$, $p = 0,009$, коефіцієнт детермінації 14,4%), що може свідчити про певну адаптацію працівників до навантажень при поступовому їх зростанні.

Нині виокремлюють три основні групи чинників професійного вигорання: індивідуально-особистісні, статусно-рольові та професійно-організаційні (корпоративні). За спостереженнями вчених, найбільш схильні до вигорання люди з трудово-лічним типом поведінки – ті, хто надмірно відповідально ставиться до своїх обов'язків, більшість часу проводить на роботі та активно просувається кар'єрними сходами. Також у зоні ризику перебувають особи, які постійно прагнуть до суперництва, гостро реагують на стрес і сприймають труднощі як серйозні перешкоди на шляху до мети [9].

До соціальних чинників, що можуть сприяти вигоранню, належать глибокі суспільні трансформації, важкі життєві обставини (наприклад, розлучення чи втрата близької людини), тривале перебування в стані емоційної напруги, значне інтелектуальне перевантаження, хронічна нестача часу, постійна втома, що супроводжується дратівливістю й поспішністю в роботі. Серед інших важливих чинників – систематичне порушення балансу між працею та відпочинком, зниження інтересу до професії, відсутність творчості в трудовій діяльності, надмірне навантаження, а також вплив екстремальних ситуацій [10].

В умовах повномасштабного вторгнення важливим соціальним чинником для значної частини українських сімей стала участь членів сім'ї (чоловіка, сина, батька, дочки, дружини) у лавах ЗСУ. Це створює постійний психологічний тиск на членів сім'ї, які перебувають в очікуванні новин від рідних з фронту. Нами вивчено рівень професійного вигорання у фахівців громадського здоров'я, у яких є рідні на війні (16 осіб, 34,0%), та в респондентів, у яких немає рідних у лавах ЗСУ (31 особа, 66,0%).

Респонденти, у яких є рідні на війні, відмічають, що в них зросло навантаження при виконанні службових обов'язків після початку повномасштабного вторгнення (табл. 1), різниця достовірна ($p = 0,021$).

Ми порівняли рівень професійного вигорання в цих двох групах (табл. 2). Так, рівень емоційного виснаження в осіб, у яких рідні в лавах ЗСУ, був високим. У групі осіб, чий рідні не беруть участі у війні, був середнім.

Таблиця 1. Зміна навантаження при виконанні службових обов'язків після початку повномасштабного вторгнення (поділ щодо участі рідних у лавах ЗСУ), n та%.

Участь рідних у лавах ЗСУ / відповідь	Є рідні в лавах ЗСУ (n = 16)	Немає рідних у лавах ЗСУ (n = 31)	p
Так	9 (56,25%)	7 (22,58%)	0,021
Ні	3 (18,75%)	12 (38,71%)	0,171
Частково	4 (25,00%)	12 (38,71%)	0,358

Таблиця 2. Професійне вигорання у фахівців громадського здоров'я (поділ щодо участі рідних у лавах ЗСУ), M ± m

Участь рідних у лавах ЗСУ / складники професійного вигорання	Є рідні в лавах ЗСУ (n = 16)	Немає рідних у лавах ЗСУ (n = 31)	p
Емоційне виснаження	28,93 ± 1,28	26,39 ± 1,60	0,296
Деперсоналізація	11,00 ± 1,25	9,03 ± 1,04	0,253
Редукція особистих досягнень	28,19 ± 1,14	29,90 ± 1,20	0,364

Рівень деперсоналізації був середнім в обох групах, проте в осіб, у яких рідні в лавах ЗСУ, він був вищим. Рівень редукції особистих досягнень також був високим в обох групах, але в групі осіб, чиї рідні не беруть участі у війні, переважав. Різниця при порівнянні даних в обох групах не була достовірною.

При аналізі впливу статі на рівень професійного вигорання серед працівників, у яких рідні в лавах ЗСУ, достовірних даних не виявлено.

Результати останніх досліджень психологічного здоров'я громадян України встановили, що найпоширенішими негативними психоемоційними станами були тривожність і напруження, пригнічений настрій, розлади сну, дратівливість і злість [11].

Враховуючи ці дані, вивчено рівень тривожності / депресії на основі госпітальної шкали HADs. В анкетуванні взяли участь 30 респондентів. З них у 63,3% виявлено тривожність, з них субклінічно виражена тривожність у 68,4%, клінічно виражена тривожність – у 31,6% опитаних. Депресію встановлено в 46,7% респондентів, з них субклінічно виражена депресія в 71,4%, клінічно виражена депресія – у 28,6% опитаних. Поєднання тривожності та депресії спостерігалось в 36,7% опитаних.

При порівнянні двох груп респондентів, у яких наявна тривожність / депресія та без неї, щодо рівня професійного вигорання встановлено вищі рівні емоційного виснаження та деперсоналізації в опитаних з наявною тривожністю / депресією. Проте ці дані недостовірні.

Враховуючи попередні дані щодо тривожності / депресії, ми визначили взаємозв'язок складників професійного вигорання та наявності в опитаних тривожності / депресії. Так, встановлено, що

тривожність достовірно не впливає на складники професійного вигорання: прямий слабкий вплив на рівень емоційного виснаження ($r_{xy} = 0,23$, $p = 0,273$, коефіцієнт детермінації 5,3%), прямий слабкий вплив на рівень деперсоналізації ($r_{xy} = 0,16$, $p = 0,444$, коефіцієнт детермінації 2,6%) та зворотний слабкий на рівень редукції особистих досягнень ($r_{xy} = -0,11$, $p = 0,599$, коефіцієнт детермінації 1,2%). При оцінці кореляційного зв'язку депресії та складників професійного вигорання встановлено достовірний прямий середньої сили вплив депресії на рівень емоційного вигорання ($r_{xy} = 0,51$, $p = 0,011$, коефіцієнт детермінації 26,0%) та недостовірний слабкий вплив на рівень деперсоналізації ($r_{xy} = 0,01$, $p = 0,971$, коефіцієнт детермінації 0,01%) та зворотний слабкий на рівень редукції особистих досягнень ($r_{xy} = -0,13$, $p = 0,558$, коефіцієнт детермінації 1,7%). Отримані дані вказують, що наявність депресії впливає на наявність емоційного вигорання (коефіцієнт детермінації 26,0%), на інші складники професійного вигорання впливу не виявлено. Рівень тривожності також не впливає на рівень професійного вигорання.

Висновки. У фахівців громадського здоров'я Волинської області виявлено наявність професійного вигорання: високий рівень емоційного виснаження та редукції особистих досягнень, середній – деперсоналізації. Установлено фактори, які достовірно сприяють розвитку професійного вигорання. Так, на розвиток деперсоналізації впливає стать, а на виникнення емоційного виснаження – участь рідних у лавах ЗСУ та наявність депресії.

Перспективи подальших досліджень полягають у науково обґрунтованій розробці рекомендацій щодо профілактики та корекції професійного вигорання фахівців громадського здоров'я.

Список літератури

1. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати : Метод. рекомендації. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2022. 52 с.
2. Mental health of teachers in Ukrainian educational organizations / Dziuba T.M., Karamushka L.M., Halushko L.J. *Wiadomości Lekarskie*. 2021. Vol. 74. № 11. URL: <https://wiadlek.pl/11-2021/> (дата звернення: 12.03.2025).
3. Кокун О.М., Мороз В.М., Лозінська Н.С., Пішко І.О. Психологічна профілактика психотравматизації військовослужбовців Збройних Сил України : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2021. 301 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/723954/1/ПОСІБ_Профіль_психотравматизації_з%20ISBN.pdf (дата звернення: 02.02.2025).
4. Карамушка Л. Психічне здоров'я: сутність, основні детермінанти, стратегії та програми забезпечення. *Psychological Journal*. 2021. № 7(5). С. 26–37.
5. Prykhodko I.I., Bielai S.V., Hryniovskyi A.M., et al. Medical and psychological aspects of safety and adaptation of military personnel to extreme conditions. *Wiadomości Lekarskie*. 2020. Vol. 73(4). Р. 679–83.
6. Марута Н. О., Чабан О. С., Каленська Г. Ю. Особливості емоційного вигорання в працівників сфери охорони неврологічного й психічного здоров'я. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2019. № 7. С. 22–30.
7. Теренда Н. О., Павлів Т. Б., Теренда О. А. Професійне вигорання – одна з невирішених проблем системи охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 2, С. 29–33.
8. Кузнєцов М. А., Єрмоленко І. М. Особливості професійного вигорання працівників. *Trends in the development of modern scientific*. 2021. Vol. 31, Р. 431.
9. Федоришин Г. М., Кицен Н.З. Соціальнопсихологічні чинники професійного вигорання персоналу Державної служби України з надзвичайних ситуацій. *Соціально-правові студії*. 2020. Випуск 2 (8). С. 178–185.
10. Стельмах О. В. Чинники професійного вигорання особистості. *Молодь і ринок*. 2022. № 5 (203), С. 76–80.
11. Хаустова О. О. Тривожно-депресивні розлади в умовах дистресу війни в Україні. URL: <https://health-ua.com/psychiatry/trivozni-roztladi/71710-trivozhnodepresivn-roztladi-vumovah-distresu-vjni-vukran> (дата звернення: 22.02.2025).

References

1. Karamushka, L.M. (2022). Psykhichne zdorov"ya osobystosti pid chas viyny: yak yoho zberehty ta pidtrymaty [Mental health of the individual during war: how to preserve and support it]. Kyiv : Instytutpsykhologiyi imeni H.S. Kostyuka NAPN Ukrayiny [in Ukrainian].
2. Dziuba, T.M., Karamushka, L.M., Halushko, L.J., Zvyagolskaya, I.M., Karamushka, T.V., Hamaidia, A., Vakulich, T.M. (2021). Mental health of teachers in Ukrainian educational organizations. *Wiadomości Lekarskie*, 74, 11. Retrieved from: <https://wiadlek.pl/11-2021/>
3. Kokun, O.M., Moroz, V.M., Lozinska, N.S., Pishko, I.O. (2021). Psykhologichna profilaktyka psykhotravmatyzatsiyi viys'kovosluzhbovtziv Zbroynykh Syl Ukrayiny [Psychological prevention of psychotraumatization of servicemen of the Armed Forces of Ukraine] Retrieved from: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/723954/1/ПОСІБ_Профіль_психотравматизації_з%20ISBN.pdf [in Ukrainian].
4. Karamushka, L. (2021). Psykhichne zdorov"ya: sutnist', osnovni determinanty, stratehiyi ta prohramy zabezpechennya [Mental health: essence, main determinants, strategies and support programs]. *Psychological Journal*, 7(5), 26–37 [in Ukrainian].
5. Prykhodko, I.I., Bielai, S.V., Hryniovskyi, A.M., Zhelaho, A.M., Hodlevskyi, S.O., Kalashchenko, S.I. (2020). Medical and psychological aspects of safety and adaptation of military personnel to extreme conditions. *Wiadomości Lekarskie*, 73(4), 679–83.
6. Maruta, N.O., Chaban, O.S., Kalens'ka, H.YU. (2019). Osoblyvosti emotsiynoho vyhorannya v pratsivnykiv sfery okhorony nevrolohichnoho y psykhichnoho zdorov'ya [Peculiarities of emotional burnout in workers in the field of neurological and mental health care]. *Mizhnarodnyy nevrolohichnyy zhurnal – International Neurological Journal*, 7, 22–30 [in Ukrainian].
7. Terenda N.O., Pavliv T.B., Terenda O.A. (2021). Profesiynne vyhorannya – odna z nevyrishenykh problem systemy okhorony zdorov"ya [Professional burnout is one of the unresolved problems of the health care system]. *Visnyk sotsial'noyi hihiyeny ta orhanizatsiyi okhorony zdorov"ya Ukrayiny – Bulletin of social hygiene and health care organizations of Ukraine*, 2, 29–33 [in Ukrainian].
8. Kuznyetsov, M.A., Yermolenko, I.M. (2021). Osoblyvosti profesiynoho vyhorannya pratsivnykiv [Peculiarities of professional burnout of workers]. *Trends in the development of modern scientific*, 31, 431.
9. Fedoryshyn, H.M., Kytsmen, N.Z. (2020). Sotsil'nopsykhologichni chynnyky profesiynoho vyhorannya personalu Derzhavnoyi sluzhby Ukrayiny z nadzvychaynykh sytuatsiy [Socio-psychological factors of professional burnout of personnel of the State Emergency Service of Ukraine]. *Sotsial'no-pravovi studiyi – Socio-legal studies*, 2 (8), 178–185 [in Ukrainian].
10. Stel'makh, O.V. (2022). Chynnyky profesiynoho vyhorannya osobystosti [Factors of professional burnout]. *Youth and the market*, 5 (203), 76–80 [in Ukrainian].
11. Khaustova O.O. (2023). Tryvozhno-depresyivni roztlady v umovakh dystresu viyny v Ukrayini [Anxiety and depressive disorders in conditions of war distress in Ukraine] Retrieved from: <https://health-ua.com/psychiatry/trivozni-roztladi/71710-trivozhnodepresivn-roztladi-vumovah-distresu-vjni-vukran> [in Ukrainian].

ANALYSIS AND ASSESSMENT OF OCCUPATIONAL BURNOUT AMONG PUBLIC HEALTH SPECIALISTS OF VOLYN REGION

N. O. Terenda., Yu. M. Kudelya, N. O. Slobodian, L. M. Romaniuk

Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

The aim is to study the presence and level of professional burnout among public health specialists in the Volyn region.

Materials and methods of the study. To assess professional burnout, the Nikiforov G.S. questionnaire was used. The level of anxiety and depression was measured using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). The survey was conducted anonymously in a Google form among specialists of the State Institution "Volyn Central Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine". The research employed sociological, statistical, and systems analysis methods.

Results. The study revealed a generally high level of emotional exhaustion, averaging 27.26 ± 1.24 points (low in 10.6% of respondents, medium in 34.0%, high in 55.4%). The level of depersonalization was moderate, with a mean score of 9.70 ± 1.39 points (low in 36.2%, medium in 34.0%, high in 29.8%). The level of reduced personal accomplishment was also high, averaging 29.32 ± 1.23 points (low in 6.4%, medium in 21.3%, high in 72.3%). A statistically significant inverse correlation of medium strength was identified between the level of depersonalization and gender ($r = -0.30$, $p = 0.042$, coefficient of determination = 9.0%). The level of emotional exhaustion in individuals whose relatives are in the ranks of the Armed Forces of Ukraine was high. In the group of individuals whose relatives do not participate in the war, it was medium. The level of depersonalization and reduction of personal achievements also prevailed in individuals whose relatives are in the ranks of the Armed Forces of Ukraine. Anxiety was detected in 63.3% of respondents, depression in 46.7%. A combination of both anxiety and depression was observed in 36.7%. A significant direct medium correlation between depression and emotional burnout was established ($r = 0.51$, $p = 0.011$, coefficient of determination = 26.0%).

Conclusions. Public health specialists in the Volyn region have been found to have professional burnout: a high level of emotional exhaustion and reduction of personal achievements, and a medium level of depersonalization. Factors that significantly contribute to the development of professional burnout have been identified. Thus, the development of depersonalization is influenced by gender, and the occurrence of emotional exhaustion is influenced by the participation of relatives in the ranks of the Armed Forces of Ukraine and the presence of depression.

KEY WORDS: public health; professional burnout; anxiety; depression; war.

Рукопис надійшов до редакції 20.05.2025

Відомості про авторів:

Теренда Наталія Олександрівна – докторка медичних наук, професорка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5655-4326>

Куделя Юлія Михайлівна – здобувачка вищої освіти 2 року навчання за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» медичного факультету Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

Слободян Наталія Олександрівна – кандидатка економічних наук, доцентка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0009-0000-6990-4188>.

Романюк Любов Миколаївна – кандидатка медичних наук, доцентка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0000-0002-9278-0184>.

Електронна адреса для листування: lisovska@tdmu.edu.ua

О. М. ЧЕМЕРИС, В. В. РУДЕНЬ

КОНЦЕПТУАЛЬНА МОДЕЛЬ ПРИЧИННО-НАСЛІДКОВИХ ЗВ'ЯЗКІВ У СУКУПНОСТІ БІОПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТАНУ НАСЕЛЕННЯ: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ

Державне некомерційне підприємство

«Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», м. Львів, Україна

Мета: науково опрацювати та теоретико-методологічно обґрунтувати концептуальну біостатистично-математичну модель для комплексного аналізу при встановленні причинно-наслідкових закономірностей у межах біопсихосоціального профілю населення на підставі результатів соціологічного дослідження.

Матеріали й методи. За результатами комплексного, епідеміологічного, прикладного, аналітично-описового, монографічного дослідження з елементами евристичної теорії системного моделювання опрацьовано аналітико-управлінську концептуальну біостатистично-математичну модель установаження причинно-наслідкових зв'язків у контексті мультифакторного підходу до здоров'я, спираючись на емпіричні соціологічні дані.

Результати. Установлено, що побудована модель, як багаторівневий логічно-структурний алгоритм, базується на трьох етапах: («Крок 1» – ідентифікація чинників; «Крок 2» – біостатистична верифікація; «Крок 3» – аналітична інтерпретація, висновки, рекомендації), що забезпечує системну структуризацію встановлених взаємозв'язків між досліджуваними біостатистичними параметрами згідно із соціологічними даними.

Доведено, коли зміст і теоретико-методологічне обґрунтування моделі поєднують комплексний системний підхід, що інтегрує визначене ключове призначення – мету, основні аналітичні та прикладні завдання, трирівневу структурно-логічну побудову, наукову новизну й високу практичну цінність із концептуальними засадами та інструментами прикладного застосування в медичній науці, забезпечуючи її цілісність, адаптивність і значущість у сучасних умовах розвитку системи охорони здоров'я.

Висновок. Теоретико-методологічна основа запропонованої моделі поєднує біопсихосоціальний підхід, системний аналіз, принципи доказової медицини та сучасні методи біостатистики, забезпечує її цілісність і наукову обґрунтованість як інструмента для біостатистично-математичного аналізу взаємозв'язків між соціально-медичними детермінантами та станом здоров'я населення.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: Здоров'я; населення; соціологічне дослідження; біостатистичний аналіз; концептуальна модель; чинники ризику; причинно-наслідкові зв'язки; біопсихосоціальний профіль.

Вступ. У сучасних умовах трансформації медико-соціального середовища в економічних умовах України та в контексті протидії неепідемічним захворюванням [1] особливої актуальності набуває встановлення причинно-наслідкових зв'язків [2] між станом здоров'я, якістю життя, психоемоційним добробутом, виникненням хвороб у певних когорт осіб, соціальних груп або населення конкретних територій та впливом факторних ризиків на ці незалежні змінні показники.

Мотивом для цього є те, що, відповідно до результатів емпіричних соціологічних досліджень, науковці обмежуються фіксацією наявності ризикових чинників різного генезу, що підтверджувало б отриманими біостатистичними показниками їх вплив на здоров'я, якість життя чи ймовірність виникнення захворювань тощо. Окрім того, як правило, не аналізується каузальний зв'язок між встановленими залежними ($n=1, 2, 3, \dots$) та

незалежною ($n=2$) змінними, що, своєю чергою, унеможлиблює формування ефективних організаційно-управлінських стратегій для профілактики чи мінімізації негативних наслідків [3; 4].

У межах логіки проведеного дослідження доречно опрацювати теоретичний та науково-методологічний алгоритм у форматі «Концептуальної біостатистично-математичної моделі для комплексного аналізу щодо встановлення причинно-наслідкових закономірностей у межах біопсихосоціального профілю населення згідно з результатами соціологічного дослідження» (у подальшому – Моделі), що демонструє його інноваційний потенціал, наукову доцільність і прикладну значущість.

Мета: науково опрацювати та теоретико-методологічно обґрунтувати концептуальну біостатистично-математичну модель для комплексного аналізу при встановленні причинно-наслідкових

закономірностей у межах біопсихосоціального профілю населення на підставі результатів соціологічного дослідження.

Матеріали й методи. Проведено комплексне, прикладне, аналітично-описове, монографічне дослідження з елементами системного моделювання.

Аналітико-управлінська концептуальна модель встановлення причинно-наслідкових зв'язків [5; 6] побудована у вигляді багаторівневої логічно-структурної схеми [7], що базується на положеннях евристичної теорії моделювання [8; 9] та біопсихосоціальної теорії Д. Енгеля (США, 1977) [10] й слугує абстрактним представленням установлених закономірностей взаємодії між досліджуваними залежними ($n=1, 2, 3, \dots$) та незалежною ($n=2$) змінними [11].

Запропонований варіант Моделі передбачає поєднання методів якісного аналізу (контент-аналіз відповідей, експертна оцінка) з методами кількісного (біостатистичні методи, оцінка ризиків, кореляційний аналіз) [12], що дає змогу, з високою аналітичною чутливістю, виявити припустимі асоціації між змінними на основі емпіричних даних та оцінити внесок кожної групи чинників у зміну стану суб'єктивного сприйняття основної змінної, що забезпечує наукове підґрунтя для формулювання адресних медико-соціальних інтервенцій.

Результати дослідження та їх обговорення. Розкриваючи зміст теми, визначеної в назві наукової роботи, доцільно зазначити, що отримані результати виконаних соціологічних досліджень, як правило, у подальшому для дослідника можуть становити методологічну основу в установленні релевантних зв'язків і виявленні закономірностей у структурі біопсихосоціального середовища досліджуваної когорти населення.

Поясненням цього є те, що отримані соціологічні дані зазвичай демонструють лише відносне значення й характеризуються як імовірнісні, узагальнені, контекстуально залежні та піддані впливу методологічних обмежень (залежать від вибірки, методів опитування, соціального контексту тощо) [13]. Зібрані під час дослідження емпіричні дані соціологічного характеру наділені такими особливостями:

1) імовірнісність за своєю природою, оскільки результати завжди мають певний рівень статистичної похибки або ймовірності, яка вказує на межі достовірності отриманих висновків [14];

2) узагальненість – інформація, отримана з обмеженої вибірки, екстраполюється на ширшу популяцію. Проте ця екстраполяція можлива лише за дотримання суворих правил репрезентативності [15];

3) контекстуально зумовлені – результати соціологічних і біостатистичних досліджень залежать від соціального, культурного, економічного та часового контексту. Тобто те, що виявлено

в певній країні або групі населення, не обов'язково справджується в іншому середовищі [16];

4) залежні від методів збору даних – різні методи (опитування, спостереження, інтерв'ю) можуть дати різні результати через вплив людського фактору, формулювання запитань, добірку респондентів тощо [17].

Окрім того, інтерпретація соціологічних біостатистичних даних завжди потребує врахування науковцем наявних обмежень для дослідження, імовірність похибок, а також їх неспроможність претендувати на статус абсолютної істини, оскільки вони мають лише наближене уявлення про досліджувані явища [18].

Усе вищезазначене переконливо свідчить про те, що соціологічні дані, з огляду на їх імовірнісну природу та чутливість до методологічних обмежень, вимагають особливої обережності та критичного підходу в процесі аналізу.

Водночас ми переконані, що отримані соціологічні дані, крім вищевизначених властивостей, володіють потенціалом для комплексного відображення складної, багатовимірної природи досліджуваних феноменів. Завдяки цьому вони набувають статусу потужного аналітичного інструменту, який сприяє виявити стійкі закономірності в досліджуваній структурі біопсихосоціального стану населення. Це, своєю чергою, може слугувати надійним фундаментом для формування науково обґрунтованих та практично дієвих управлінських рішень у сфері соціально-гуманітарної політики, охорони здоров'я та надання медичних послуг.

Водночас це зумовлює необхідність застосування під час аналізу отриманих соціологічних і біостатистичних даних, нових науково-методичних базисних підходів у вигляді відповідного науково-педагогічного алгоритму, що передбачає використання більш чутливих, глибоких та всебічно спеціалізованих математичних методів.

Така наукова абстракція, яка наразі відсутня в українській біостатистичній науці, дала б змогу комплексно виявити можливі причинно-наслідкові зв'язки та на їх основі встановити відповідні закономірності в межах досліджуваної когорти населення з урахуванням її біопсихосоціальних характеристик.

Задля реалізації мети та завдання наукової роботи й подолання наявної прогалини в галузі знань «І. Охорона здоров'я та соціальне забезпечення» [19] розроблено «Концептуальну структурно-логічну модель встановлення каузальних зв'язків у сукупності біопсихосоціального стану населення згідно з результатами соціологічного медичного дослідження», яка водночас ґрунтується на принципах евристичної теорії моделювання й слугує інструментом для ідентифікації причинно-наслідкових взаємозв'язків у досліджуваній популяції (рис. 1).

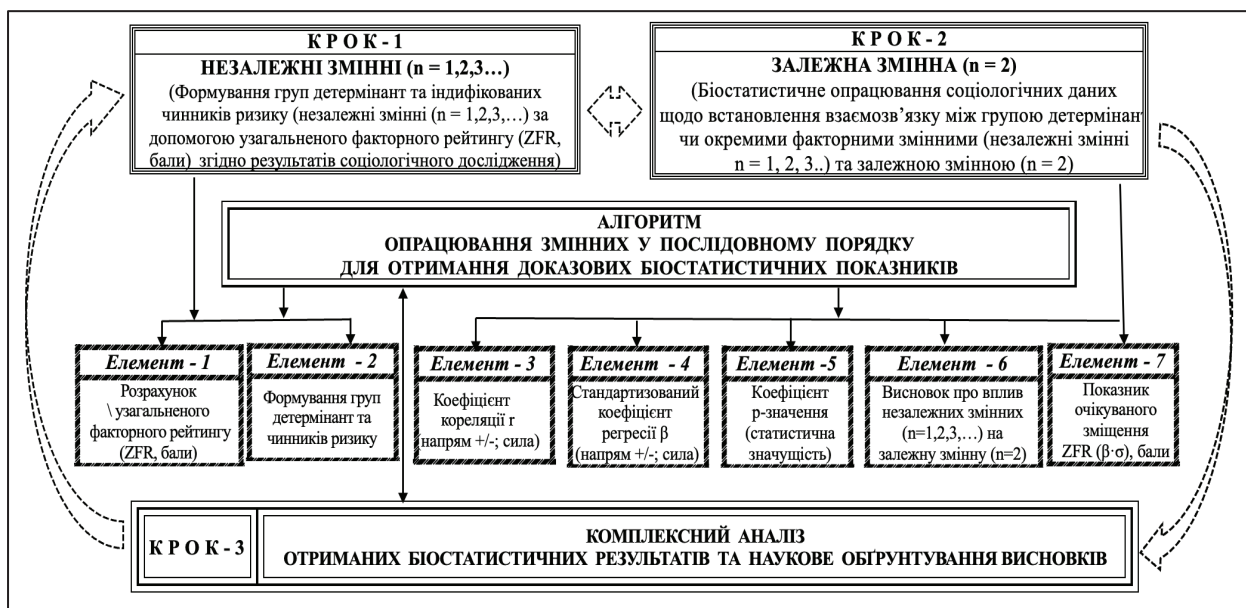


Рис. 1. Концептуальна модель біостатистично-математичного характеру встановлення каузальних зв'язків у сукупності біопсихосоціального стану населення

У контексті проведеного дослідження ключову роль у побудові Моделі відіграв комплексний науково-методичний підхід, що дав змогу не лише систематизувати концептуальні засади, а й вибудувати її структурно-логічну архітектуру, що інтегрує узагальнені теоретично-методологічні положення [20–22] з інструментами практично-методичного застосування [23–24], поєднуючи послідовну взаємодію її компонентів, функціональних блоків та механізмів реалізації, а також зумовлює змістову цілісність Моделі, її операційну ефективність та здатність до адаптації в змінних умовах системи охорони здоров'я.

У часі опрацювання структурованого та аргументованого теоретико-методологічного викладу пропонуваної Моделі сформульовано її ключове призначення / мету – аналітичне виявлення впливу згідно зі встановленим характером причинно-наслідкових зв'язків ідентифікованих чинників біопсихосоціального профілю населення на інтегральні показники здоров'я, функціонального стану, добробуту і якості життя осіб та соціальних груп населення.

Аргументованим у дослідженні є і те, що запропонована Модель дає змогу реалізувати низку ключових аналітичних і прикладних завдань, безпосередньо пов'язаних із питаннями збереження та зміцнення здоров'я населення, зокрема:

1) ідентифікацію та класифікацію незалежних змінних (чинників ризику) на основі емпіричних соціологічних даних;

2) оцінку зв'язків між незалежними змінними та залежною змінною шляхом розрахунку коефіцієнтів ризику, умовної ваги впливу та ймовірного коефіцієнта кореляції;

3) інтерпретацію отриманих результатів у формі описових висновків щодо сили та характеру впливу виявлених чинників на інтегральний рівень життєдіяльності досліджуваної когорти населення;

4) формування доказової бази для ухвалення обґрунтованих управлінських рішень у сфері охорони здоров'я та медичної допомоги.

Для ефективного виконання визначених завдань Модель побудовано у вигляді чітко структурованої послідовної трирівневої системи, кожен рівень якої виконує власне функціональне навантаження, має формалізований аналітичний підхід до вивчення причинно-наслідкових зв'язків, загальну логіку, методологічну завершеність та узгодженість між такими етапами, як:

Крок 1. Формування груп детермінант і незалежних змінних на основі результатів соціологічного дослідження, що містить ідентифікацію актуальних чинників ризику;

Крок 2. Встановлення статистично значущих зв'язків між незалежними змінними та цільовим показником (залежною змінною) із застосуванням відповідного біостатистичного інструментарію;

Крок 3. Аналітичне узагальнення отриманих результатів та формулювання висновків щодо характеру, сили та напрямку виявлених впливів з орієнтацією на їх мінімізацію або модифікацію.

У підсумку трирівнева логічна структура Моделі забезпечує системну цілісність та послідовність реалізації всіх етапів аналізу причинно-наслідкових зв'язків, що підвищує не лише чіткість аналітичних процедур, а і їх прикладну ефективність.

Дослідницькі дані обґрунтовують також наукову новизну Моделі, зміст якої полягає в такому:

1. Уперше запропоновано формалізовану систему оцінки сили, напряму та ваги впливу змінних, що забезпечує структуроване й об'єктивне вивчення складних причинно-наслідкових зв'язків у сфері громадського здоров'я.

2. Інтегровано міждисциплінарні підходи з біостатистики, соціальної медицини та менеджменту в охороні здоров'я, що дає змогу комплексно враховувати вплив множинних детермінант на стан здоров'я, функціонування, добробут і якість життя як окремих осіб, так і соціально вразливих груп населення.

3. Забезпечено підвищення точності та реплікованості аналітичних результатів завдяки стандартизації методологічних процедур та уніфікації підходів до інтерпретації даних.

4. Універсальному характері й може бути адаптована до різних напрямів практичного застосування – від профілактичної та лікувальної практики до управлінської діяльності в системі охорони здоров'я та освітніх процесів у медичних закладах.

5. Як основи для стратегічного управління в умовах трансформації системи охорони здоров'я, розвитку медико-соціальних програм і підвищення ефективності використання наявних ресурсів.

Емпірично доведено, що розроблена Модель має високу практичну цінність, яка полягає у варіативності її застосування та багатовимірній міждисциплінарній прикладній спрямованості, що забезпечує ефективне впровадження в низці галузей, зокрема:

1) системі охорони здоров'я: оптимізація профілактичних, лікувальних та управлінських процесів через фокусування на ключових соціально-медичних детермінантах, які впливають на якість життя пацієнтів;

2) управлінні громадським здоров'ям: створення науково обґрунтованої методологічної бази для ухвалення зважених управлінських рішень, зокрема. у сфері охорони материнського здоров'я;

3) наукових медичних дослідженнях: використання Моделі як методологічного інструментарію

для дослідження складних багатофакторних взаємозв'язків у популяційній медицині;

4) вищій медичній освіті: застосування як дидактичного прикладу для інтеграції біостатистики, соціальної медицини та управління в контексті доказової медицини;

5) практичній діяльності органів та закладів охорони здоров'я: ідентифікація ключових факторів ризику з метою адаптації профілактичних стратегій і підвищення ефективності медико-соціального супроводу;

6) аналізу первинних біостатистичних даних: підвищення ефективності обробки інформації через застосування формалізованих алгоритмів оцінки сили, напряму та ваги впливу змінних.

Висновки

1. Запропонована концептуальна модель вирізняється структурно-логічною побудовою та мультифакторним підходом, що дає змогу здійснювати системний аналіз комплексу біопсихосоціальних чинників, які впливають на стан здоров'я населення відповідно до засад доказової медицини.

2. Теоретико-методологічна основа моделі ґрунтується на інтеграції біопсихосоціального підходу, системного аналізу, принципів доказової медицини, а також сучасного інструментарію багатовимірного біостатистичного аналізу та логіко-структурного моделювання, що забезпечує цілісність і наукову обґрунтованість дослідження складних взаємозв'язків.

3. Алгоритм моделі усуває наявну методологічну прогалину, створюючи надійну основу для подальших наукових досліджень, підвищення обґрунтованості медичних втручань й ухвалення ефективних управлінських рішень у сфері охорони здоров'я.

Перспективи подальших досліджень. Опрацювання та розкриття змісту практично-методичного застосування пропонованої Моделі згідно з висновками соціологічного дослідження.

Список літератури

1. Лехан В. М., Крячкова Л. В. Система заходів щодо покращення здоров'я населення України на основі аналізу глобального тягаря хвороб та його факторів ризику. *Медичні перспективи*. 2019. Т. 24, № 3. С. 113–122. URL: <https://journals.urpan.ua/index.php/2307-0404/article/view/181893>
2. Ковальська О.Р., Рудень В. В., Тимченко Н. Ф. Шкідливі для здоров'я звички поведінки як фактори ризику та їх причинний вплив на захворюваність та смертність від гострого інфаркту міокарда серед населення Львівської області. *Український медичний журнал*. 2017. 11 квітня URL: https://umj.com.ua/en/publication-145880-harmful-for-health-behavior-habits-as-risk-factors-and-their-causal-effect-on-morbidity-and-mortality-from-acute-myocardial-infarction-among-the-population-of-the-lviv-region?utm_source=chatgpt.com
3. Вербець В. В. Методологія та методика соціологічних досліджень : навч.-метод. посіб. 2-ге вид., доп. і перероб. Рівне : РДГУ, Ін-т соціальних досліджень, 2006. 167 с. URL: <https://eprints.oa.edu.ua/id/eprint/376/1/metodolog.pdf>
4. Katikireddi S. V., Campbell D., Munafò M., Dixon P., Jones H. E., Rice F., Davies N. M., Howe L. D. The causal effects of health conditions and risk factors on social and socioeconomic outcomes: Mendelian randomization in UK Biobank. *International journal of epidemiology*. 2020. Vol. 49(5). P. 1661–1681 URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7746412/>
5. Davison A.C. *Statistical Models*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003 738 p URL: <https://www.utstat.toronto.edu/~brunner/books/Davison%20Statistical%20Models.pdf>

6. Jones P.W., Smith P. Stochastic Processes: An Introduction. 3rd ed. Boca Raton: Chapman & Hall/CRC, 2017. 271 p. URL: <https://industri.fatek.unpatti.ac.id/wp-content/uploads/2019/03/121-Stochastic-Processes-An-Introduction-Peter-W.-Jones-Peter-Smith-Edisi-3-2018.pdf>
7. Borsboom D., Cramer A.O. Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2013. Vol. 9. P. 91–121. URL: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608>
8. Simon H.A. The Sciences of the Artificial. 3rd ed. Cambridge (MA): MIT Press, 1996. 241 p. URL: https://monoskop.org/images/9/9c/Simon_Herbert_A_The_Sciences_of_the_Artificial_3rd_ed.pdf
9. Кульчицький І. Й. Концептуалізація понять «модель» та «моделювання» у наукових дослідженнях. *Вісник Нац. ун-ту «Львівська політехніка»*. 2016. № 846. С. 19–25. URL: <https://science.lpnu.ua/sites/default/files/journal-paper/2018/jun/12897/19kulchickiyimkonceptual.pdf>
10. Engel G.L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977. Vol. 196(4286). P. 129–136. URL: <https://www.science.org/doi/10.1126/science.847460>
11. Dubin R. Theory Building. New York: Free Press, 1978. 298 p. URL: https://books.google.com.ua/books/about/Theory_Building.html?id=zT0oyAEACAAJ&redir_esc=y
12. Василенко О. А., Сенча І. А. Математично-статистичні методи аналізу у прикладних дослідженнях: навч. посіб. Одеса: ОНАЗ ім. О. С. Попова, 2011. 166 с. URL: http://www.immsp.kiev.ua/postgraduate/Biblioteka_trudy/Vasylenko_Sench_Matem._statyst.metody_2011.pdf
13. Bhattacherjee A. Social science research: Principles, methods, and practices. 2nd ed. University of South Florida, 2012. URL: https://digitalcommons.usf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1002&context=oa_textbooks
14. Carlin J.B., Moreno-Betancur M. On the uses and abuses of regression models: A call for reform of statistical practice and teaching / arXiv preprint. 2023. arXiv:2309.06668. URL: <https://arxiv.org/abs/2309.06668>
15. Lee Y., Ogburn E.L. Network dependence can lead to spurious associations and invalid inference / arXiv preprint. 2019. arXiv:1908.00520. URL: <https://arxiv.org/abs/1908.00520>
16. Shaw P.A. та ін. Epidemiologic analyses with error-prone exposures: Review of current practice and recommendations / arXiv preprint. 2018. arXiv:1802.10496. URL: <https://arxiv.org/abs/1802.10496>
17. Tufekci Z. Big questions for social media big data: Representativeness, validity and other methodological pitfalls / arXiv preprint. 2014. arXiv:1403.7400. URL: <https://arxiv.org/abs/1403.7400>
18. Ogburn E. L., Lee Y., Network dependence can lead to spurious associations and invalid inference. arXiv preprint. 2019. URL: [https://arxiv.org/abs/1908.00520:contentReference\[oaicite:15\]{index=15}](https://arxiv.org/abs/1908.00520:contentReference[oaicite:15]{index=15})
19. Про внесення змін до переліку галузей знань і спеціальностей: Постанова Кабінету Міністрів України від 30 серпня 2024 р. № 1021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1021-2024-п#n2>
20. Creswell J.W., Creswell J.D. Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 5th ed. Sage Publications, 2018. 438 p URL: https://spada.uns.ac.id/pluginfile.php/510378/mod_resource/content/1/creswell.pdf
21. Stetler C.B. Updating the Stetler Model of Research Utilization to facilitate evidence-based practice. *Nursing Outlook*. 2001. Vol. 49(6). P. 272–279. URL: <https://doi.org/10.1067/mno.2001.120517>
22. Ціборовський О. М., Дзюба О. М. Теоретико-методологічні засади державного управління сферою охорони здоров'я. *Україна: аспекти праці*. 2014. № 9. С. 3–7. URL: <https://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=953>
23. INACSL Standards Committee. Healthcare Simulation Standards of Best Practice®. Clinical Simulation in Nursing. 2021. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.018>
24. Лісовська О. В. Трансформаційна модель ринку охорони здоров'я в Україні в умовах євроінтеграції. *Вісник Тернопільського національного економічного університету*. 2023. № 1. С. 112–120. URL: <https://visnyk.wunu.edu.ua/index.php/htn>

References

1. Lehan, V. M., & Kryachkova, L. V. (2019). Systema zakhodiv shchodo pokrashchennia zdorovia naselennia Ukrainy na osnovi analizu hlobalnoho tiaharia khvorob ta yoho faktoriv ryzyku. [System of measures for improving the health of the population of Ukraine based on the analysis of the global disease burden and its risk factors]. *Medychna Perspektiva*, 24(3), 113–122. Retrieved from: <https://journals.urau.ua/index.php/2307-0404/article/view/181893> [in Ukrainian]
2. Kovalska, O. R., Ruden, V. V., & Tymchenko, N. F. (2017). Shkidlyvi dlia zdorovia zvychky povedinky yak faktory ryzyku. [Harmful for health behavior habits as risk factors and their causal effect on morbidity and mortality from acute myocardial infarction among the population of the Lviv region]. *Ukrainskyi Medychnyi Zhurnal*. Retrieved from: <https://umj.com.ua/en/publication-145880> [in Ukrainian]
3. Verbeſ, V. V. (2006). *Metodolohiia ta metodyka sotsiolohichnykh doslidzhen'* [Methodology and Methods of Sociological Research]. (2nd ed.). Rivne: RDHU, Institute for Social Research. Retrieved from: <https://eprints.oa.edu.ua/id/eprint/376/1/metodolog.pdf> [in Ukrainian]
4. Katikireddi, S. V., Campbell, D., Munafò, M., Dixon, P., Jones, H. E., Rice, F., Davies, N. M., & Howe, L. D. (2020). The causal effects of health conditions and risk factors on social and socioeconomic outcomes: Mendelian randomization in UK Biobank. *International Journal of Epidemiology*, 49(5), 1661–1681. Retrieved from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7746412/>
5. Davison, A. C. (2003). Statistical models. Cambridge: Cambridge University Press. Retrieved from: <https://www.utstat.toronto.edu/~brunner/books/Davison%20Statistical%20Models.pdf>
6. Jones, P. W., & Smith, P. (2017). Stochastic processes: An introduction (3rd ed.). Boca Raton: Chapman & Hall/CRC. Retrieved from: <https://industri.fatek.unpatti.ac.id/...>
7. Borsboom, D., & Cramer, A. O. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 91–121. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608>

8. Simon, H. A. (1996). The sciences of the artificial (3rd ed.). Cambridge, MA: MIT Press. Retrieved from: https://monoskop.org/images/9/9c/Simon_Herbert_A_The_Sciences_of_the_Artificial_3rd_ed.pdf
9. Kulchytskyi, I. Y. (2016). Kontseptualizatsiia poniat "model" ta "modelyuvannya" u naukovykh doslidzhenniyakh. [Conceptualization of the notions "model" and "modeling" in scientific research]. *Visnyk Natsionalnoho universytetu "Lvivska politekhnika"*, (846), 19–25. Retrieved from: [https://science.lpnu.ua/...](https://science.lpnu.ua/) [in Ukrainian]
10. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. Retrieved from: [https://www.science.org/...](https://www.science.org/)
11. Dubin, R. (1978). Theory building. New York : Free Press. Retrieved from: [https://books.google.com.ua/...](https://books.google.com.ua/)
12. Vasylenko, O. A., & Sencha, I. A. (2011). Matematychno-statystychni metody analizu u prykladnykh doslidzhenniyakh [Mathematical-statistical methods of analysis in applied research]. Odesa : ONAZ im. O. S. Popova. Retrieved from: [http://www.immsp.kiev.ua/...](http://www.immsp.kiev.ua/) [in Ukrainian]
13. Bhattacharjee, A. (2012). Social science research: Principles, methods, and practices. (2nd ed.). University of South Florida. Retrieved from: [https://digitalcommons.usf.edu/...](https://digitalcommons.usf.edu/)
14. Carlin, J. B., & Moreno-Betancur, M. (2023). On the uses and abuses of regression models: A call for reform of statistical practice and teaching. *arXiv preprint arXiv:2309.06668*. Retrieved from: <https://arxiv.org/abs/2309.06668>
15. Ogburn, E. L., & Lee, Y. (2019). can lead to spurious associations and invalid inference. *arXiv preprint arXiv:1908.00520*. Retrieved from: <https://arxiv.org/abs/1908.00520>
16. Shaw, P. A., Deffner, V., Keogh, R. H., Tooze, J. A., Dodd, K. W., Küchenhoff, H., Kipnis, V., & Freedman, L. S. (2018). Epidemiologic analyses with error-prone exposures: Review of current practice and recommendations. *arXiv preprint arXiv:1802.10496*. Retrieved from: <https://arxiv.org/abs/1802.10496>
17. Tufekci, Z. (2014). Big questions for social media big data: Representativeness, validity and other methodological pitfalls. *arXiv preprint arXiv:1403.7400*. Retrieved from: <https://arxiv.org/abs/1403.7400>
18. Lee, Y., & Ogburn, E. L. (2019). Network dependence can lead to spurious associations and invalid inference. *arXiv preprint*. Retrieved from: <https://arxiv.org/abs/1908.00520>
19. Postanova Kabinetu Ministriv Ukrayiny «Pro vnesennya zmin do pereliku haluzey znan' i spetsial'nostey...» vid 30 serpnia 2024 r. № 1021. (2024). [Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine "On Amendments to the List of Fields of Knowledge and Specialties..." dated August 30, 2024 No. 1021]. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1021-2024-%D0%BF#n2..> [in Ukrainian]
20. Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (5th ed.). Sage Publications. Retrieved from: [https://spada.uns.ac.id/...](https://spada.uns.ac.id/)
21. Stetler, C. B. (2001). Updating the Stetler model of research utilization to facilitate evidence-based practice. *Nursing Outlook*, 49(6), 272–279. <https://doi.org/10.1067/mno.2001.120517>
22. Tsihorovskiy, O. M., & Dziuba, O. M. (2014). Teoretyko-metodolohichni zasady derzhavnoho upravlinnya sferoyu okhorony zdorov'ya [Theoretical and methodological foundations of public health management]. *Ukraina: aspekty pratsi*, (9), 3–7. Retrieved from: [https://www.dy.nayka.com.ua/...](https://www.dy.nayka.com.ua/) [in Ukrainian]
23. INACSL Standards Committee. (2021). Healthcare simulation standards of best practice®. *Clinical Simulation in Nursing*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.018>
24. Lisovska, O. V. (2023). Transformatsiina model rynku okhorony zdorovia v Ukraini v umovakh yevrointehratsii [Transformational model of the health care market in Ukraine under conditions of European integration]. *Visnyk Ternopil'skoho natsionalnoho ekonomichnoho universytetu*, (1), 112–120. Retrieved from: [https://visnykj.wunu.edu.ua/...](https://visnykj.wunu.edu.ua/) [in Ukrainian]

A CONCEPTUAL MODEL OF CAUSAL RELATIONSHIPS WITHIN THE BIOPSYCHOSOCIAL STATUS OF THE POPULATION: THEORETICAL AND METHODOLOGICAL JUSTIFICATION

O. M. Chemerys, V. V. Ruden`

State Non-Commercial Enterprise "Danylo Halytsky Lviv National Medical University", Lviv, Ukraine

Aim of the Study. To conduct a scholarly elaboration and provide a theoretical and methodological justification for a conceptual biostatistical-mathematical model intended for the comprehensive analysis and identification of causal patterns within the biopsychosocial profile of the population, based on the findings of a sociological survey.

Materials and Methods. Based on the results of a comprehensive epidemiological, applied, analytical-descriptive, and monographic study incorporating elements of heuristic systems modelling theory, an analytical and managerial conceptual biostatistical-mathematical model was developed to identify causal relationships within the context of a multifactorial approach to health, grounded in empirical sociological data.

Results. It was established that the developed Model – a multilevel logical-structural algorithm – is based on three stages: Step 1 – identification of determinants; Step 2 – biostatistical verification; Step 3 – analytical interpretation, conclusions, and recommendations. This sequence ensures the systematic structuring of the identified interrelations among the studied biostatistical parameters, in accordance with sociological data.

It has been demonstrated that when the content and theoretical-methodological foundation of the Model are combined with an integrated systems-based approach, they embody a clearly defined purpose, core analytical and applied objectives, a three-tier logical-structural design, scientific novelty, and high practical value. These features

align with the conceptual principles and instruments of applied implementation in medical science, thus ensuring the Model's integrity, adaptability, and relevance in the current context of health system development.

Conclusion. The theoretical and methodological foundation of the proposed Model integrates the biopsychosocial approach, systems analysis, the principles of evidence-based medicine, and contemporary biostatistical methods. This integration ensures the Model's coherence and scientific validity as a tool for biostatistical and mathematical analysis of the interrelations between socio-medical determinants and the health status of the population.

KEY WORDS: health; population, sociological research; biostatistical analysis; conceptual model; risk factors; causal relationships; biopsychosocial profile.

Рукопис надійшов до редакції 12.05.2025

Відомості про авторів

Чемерис Орест Мирославович – доктор медичних наук, професор, ректор Державного некомерційного підприємства «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»; ORCID <https://orcid.org/0000-0001-8550-6980>.

Рудень Василь Володимирович – Заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор, професор кафедри громадського здоров'я ФПДО Державного некомерційного підприємства «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»; ORCID <https://orcid.org/0000-0002-6971-4891>.

Електронна адреса для листування: vruden@ukr.net

В. Л. СМІРНОВА, Н. Я. ПАНЧИШИН, С. М. ІВАНІВ

ОЦІНКА ПОТЕНЦІЙНОГО ВПЛИВУ РАНИХ ДЕЗАДАПТИВНИХ СХЕМ НА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЛЬНУ ПОВЕДІНКУ ДОРОСЛИХ

Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Мета: оцінити ймовірний вплив раних дезадаптивних когнітивних моделей, сформованих у дитинстві, на формування здоров'язберігальних практик у дорослих.

Матеріали та методи. Використано методи кореляційно-регресійного аналізу, аналітичний і системний підходи для обробки та інтерпретації даних. Також застосовано методику Дж. Янга щодо інтерпретації даних впливу раних дезадаптивних схем на рівень здоров'язберігальної поведінки. Шляхом випадкового відбору обрано 73 медичні сестри клінічної лікарні.

Результати. У процесі дослідження встановлено, що особи, які дотримуються здоров'язберігальної поведінки, характеризуються низькою вираженістю раних дезадаптивних когнітивних схем. Найменш вираженими виявилися такі схеми, як емоційна депривація, невдача, соціальна ізоляція, дефективність, залежність, вразливість, нерозвите «Я», покірність та пунітивність. Це свідчить про низьку схильність респондентів до формування стійких негативних переконань щодо себе, міжособистісних стосунків і світу загалом.

Так, можна стверджувати, що психологічна зрілість, емоційна стійкість та позитивне самосприйняття є важливими психологічними характеристиками осіб, які ведуть здоров'язберігальний спосіб життя.

Висновки Переважання низьких рівнів вираженості ключових дезадаптивних схем (від 53,4% до 89%) серед більшості учасників свідчить про сформовані адаптивні установки, позитивне сприйняття себе й оточення, стабільну самооцінку та базове відчуття безпеки й автономії. Це створює сприятливе психологічне підґрунтя для формування здоров'язберігальної поведінки та профілактики психосоматичних розладів.

Кореляційний аналіз підтвердив виражений зв'язок між окремими дезадаптивними схемами (зокрема, дефективності, невдачі, залежності та ін.) та адаптивними стратегіями збереження здоров'я, що підкреслює доцільність включення психологічних підходів у програми підтримки психофізичного благополуччя.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: здоров'язберігальна поведінка; ранні дезадаптивні схеми; діти; дорослі.

Вступ. У сучасних умовах погіршення екологічної ситуації, зростання інформаційного та психоемоційного навантаження, поширення неінфекційних захворювань зростає актуальність формування в населення свідомої здоров'язберігальної поведінки як одного з ключових чинників збереження та зміцнення здоров'я [1; 2]. Здоров'язберігальна поведінка розглядається як інтегрована система свідомої життєдіяльності індивіда, що охоплює раціональне харчування, адекватну фізичну активність, дотримання режиму праці та відпочинку, відмову від шкідливих звичок, психоемоційну саморегуляцію, профілактичну медичну активність, гігієнічну грамотність і відповідальне ставлення до власного здоров'я [3; 4]. Такий підхід відіграє ключову роль у формуванні, збереженні та зміцненні соматичного, психічного й соціального благополуччя особистості, сприяє підвищенню адаптивного потенціалу, якості життя та профілактиці хронічних захворювань. Саме тому дослідження чинників, що впливають на формування здоров'язберігальної поведінки, має

важливе теоретичне й практичне значення [5–7].

Мета: оцінити ймовірний вплив раних дезадаптивних когнітивних моделей, сформованих у дитинстві, на формування здоров'язберігальних практик у дорослих.

Матеріали та методи. У дослідженні використано методи кореляційно-регресійного аналізу, аналітичний і системний підходи для обробки та інтерпретації даних впливу раних дезадаптивних схем (за методикою Дж. Янга) на рівень здоров'язберігальної поведінки. Для цього дослідження шляхом випадкового відбору через інтернет за допомогою платформи Google Forms обрано 73 медичні сестри Комунального некомерційного підприємства «Львівське територіальне медичне об'єднання «Багатопрофільна клінічна лікарня інтенсивних методів лікування та швидкої медичної допомоги»» у віковому діапазоні від 27 до 35 років, оскільки ця стадія зрілості зазвичай вказує на те, що особистість переважно сформувалася, і кризові періоди, звичайні на ранніх стадіях, зазвичай не очікуються.

Матеріали статті використано під час написання кваліфікаційної роботи.

Результати дослідження та їх обговорення.

Ранні дезадаптивні схеми – це стійкі, негативні переконання та емоційні моделі, які виникають у дитинстві внаслідок незадоволення базових емоційних потреб. Вони впливають на особистість, міжособистісні стосунки та життєву поведінку людини, часто неусвідомлено керуючи вибором дій та ставленням до себе й світу. До таких схем належать, зокрема: емоційна депривація, покинутість, недовіра/зловживання, соціальна ізоляція, дефективність, невдача, залежність, вразливість до шкоди тощо. Наявність виражених ранніх дезадаптивних схем може значно знижувати рівень здоров'язберігальної поведінки. Сформовані в дитинстві когнітивні переконання здатні стати перешкодою для формування та підтримання здорових життєвих стратегій, що ускладнює адаптацію до стресових ситуацій і підвищує ризики розвитку психосоматичних розладів. Розпізнавання й опрацювання таких схем є важливим кроком у покращенні психоемоційного здоров'я та формуванні здоров'язберігальної поведінки.

Аналіз рівнів вираженості схеми «Емоційна депривація» серед осіб зі здоров'язберігальною поведінкою свідчить про переважання низького рівня цієї дезадаптивної моделі – у 78,1% випадків. Помірний рівень схеми спостерігається у 12,3% респондентів, а високий – лише у 9,5%. Більшість досліджуваних має сформоване позитивне емоційне середовище, яке забезпечує достатню емоційну підтримку й задоволення базових афективних потреб. Низький рівень емоційної депривації є потенційним психологічним ресурсом, що сприяє розвитку адаптивних моделей

поведінки та підтримує психоемоційне благополуччя, що, своєю чергою, позитивно впливає на дотримання здоров'язберігальних практик.

У більшості респондентів зі здоров'язберігальною поведінкою (61,6%) рівень схеми «Покинутість» є низьким. Це свідчить про загальну тенденцію до емоційної стабільності й відчуття безпеки в міжособистісних стосунках, що може позитивно впливати на здатність цих осіб ефективно підтримувати здоров'язберігальну поведінку та знижувати ризик виникнення психоемоційних розладів. Помірна вираженість цієї схеми спостерігається у 27,4% опитаних, що може вказувати на окремі епізодичні переживання емоційної нестабільності, які не мають домінуючого характеру. Високий рівень схеми зафіксовано лише в 10,9% осіб, що загалом підтверджує тенденцію до меншої емоційної вразливості серед людей, які демонструють відповідальне ставлення до свого здоров'я.

Більшість осіб зі здоров'язберігальною поведінкою (65,7%) має низький рівень вираженості схеми «Недовіра», що свідчить про їхню базову впевненість у надійності та доброзичливості інших людей, а також про відсутність стійких очікувань щодо зради, приниження чи використання. Помірний рівень цієї схеми спостерігається у 20,5% учасників, що може свідчити про деяку обережність у міжособистісних стосунках, яка не обов'язково є деструктивною. Водночас високий рівень виявлено лише в 13,8% випадків, що вказує на відносно невелике поширення глибокої недовіри серед осіб, які ведуть здоровий спосіб життя.

Аналіз рівня вираженості схеми «Соціальна ізоляція» показав, що більшість респондентів зі

Таблиця 1. Види домінантних ранніх дезадаптивних схем у людей зі здоров'язберігальною поведінкою (за методикою Дж. Янга)

Дезадаптивна схема	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Емоційна депривація	57 (78,1%)	9 (12,3%)	7 (9,5%)
Покинутість	45 (61,6%)	20 (27,4%)	8 (10,9%)
Недовіра	48 (65,8%)	15 (20,5%)	10 (13,7%)
Соціальна ізоляція	50 (68,4%)	16 (21,9%)	7 (9,6%)
Дефективність	65 (89%)	3 (4,1%)	5 (6,9%)
Невдача	62 (84,9%)	5 (6,8%)	6 (8,2%)
Залежність	61 (83,6%)	8 (11%)	4 (5,4%)
Вразливість	59 (80,8%)	11 (15,1%)	3 (4,1%)
Нерозв'язане «Я»	57 (78%)	11 (15%)	6 (6,8%)
Покірність	55 (75,3%)	14 (19,2%)	4 (5,5%)
Самопожертва	39 (53,4%)	24 (32,9%)	10 (13,7%)
Придушення емоцій	50 (68,5%)	18 (24,7%)	5 (6,8%)
Жорсткі вимоги до себе	40 (54,8%)	25 (34,2%)	8 (11,0%)
Привілейованість	35 (47,9%)	27 (37%)	11 (15,1%)
Нестача самоконтролю	42 (57,5%)	22 (30,1%)	9 (12,4%)
Пошук схвалення	30 (41,1%)	21 (28,8%)	22 (30,1%)
Негативізм	41 (56,2%)	23 (31,5%)	9 (11,5%)
Пунітивність	61 (83,5%)	7 (9,6%)	5 (6,9%)

здоров'язберігальною поведінкою (68,4%) має низький рівень цієї дезадаптивної схеми. Це свідчить про відчуття належності до соціального середовища, комфорт у міжособистісній взаємодії та здатність до встановлення й підтримки значущих соціальних зв'язків. Здорова соціальна інтеграція може бути важливим чинником у формуванні й підтриманні здоров'язберігальної поведінки. Середній рівень схеми спостерігається у 21,9% осіб, що може вказувати на певні епізоди відчуження або тимчасового уникнення соціальної активності, які не є стабільною тенденцією. Високий рівень схеми виявлено лише у 9,7% учасників, що підтверджує загальну тенденцію до низької соціальної відстороненості серед людей, орієнтованих на збереження та підтримку власного здоров'я.

Результати дослідження свідчать, що схема «Дефективність» має низький рівень вираженості в більшості учасників зі здоров'язберігальною поведінкою (89%). Це може свідчити про позитивне сприйняття себе, відсутність глибокого почуття неповноцінності, сорому чи внутрішньої «зламаності», що є сприятливим психологічним підґрунтям для відповідального ставлення до власного здоров'я. Середній рівень схеми спостерігається в незначній частині респондентів (4,1%), а високий – лише в 6,9%, що вказує на відносну рідкість внутрішнього самозаперечення серед осіб, які ведуть здоровий спосіб життя.

Аналіз рівнів вираженості схеми «Невдача» показав, що більшість учасників дослідження зі здоров'язберігальною поведінкою має низький рівень цієї дезадаптивної схеми (84,9%). Це вказує на те, що більшість респондентів не схильна до постійного страху перед невдачами або відчуття фатальної поразки. Вони демонструють оптимістичний погляд на власні можливості та здатність до досягнення цілей, що, імовірно, сприяє підтримці здорового способу життя. Помірний рівень цієї схеми трапляється лише в 6,8% респондентів, що свідчить про наявність деякої тривожності або обережності в особистісних досягненнях, проте ці переживання не домінують. Високий рівень цієї схеми спостерігається у 8,2% учасників, що може свідчити про індивідууми з підвищеним відчуттям невдачі або страхом перед невдачею.

Результати дослідження показали, що в більшості респондентів зі здоров'язберігальною поведінкою (83,6%) спостерігається низький рівень вираженості схеми «Залежність». Це свідчить про те, що більшість осіб демонструє високий ступінь незалежності та здатність до самостійного ухвалення рішень, що сприяє здоровому способу життя. Середній рівень цієї схеми трапляється в 11% учасників, що може вказувати на певні моменти залежності від зовнішніх чинників чи оточення, але не є домінуючим фактором у їхній поведінці. Високий рівень схеми спостерігається

в 5,4% респондентів, що вказує на наявність значної залежності в деяких учасників, але цей рівень рідкісний серед осіб, орієнтованих на здоров'я.

80,8% респондентів мають низький рівень вираженості схеми «Вразливість». Це може вказувати на відсутність надмірного страху перед можливими нещастями, хворобами чи катастрофами, а також на здатність раціонально оцінювати ризики та зберігати емоційну стабільність. Середній рівень цієї схеми зафіксовано в 15,1% осіб, що може свідчити про певну тривожність у питаннях безпеки та здоров'я, яка, однак, не має надмірного чи дезадаптивного характеру. Високий рівень виявлено лише в 4,1% респондентів, що вказує на незначну частку осіб з підвищеною тривожністю щодо можливих загроз.

Аналіз результатів за схемою «Нерозвите Я» показав, що більшість учасників дослідження (78%) має низький рівень вираженості цієї дезадаптивної схеми. Це свідчить про наявність у респондентів сформованого почуття автономії, відповідальності, саморегуляції та організованості, що є важливими психологічними засадами для підтримання здоров'язберігальної поведінки. Середній рівень схеми виявлено в 15,1% учасників, що може вказувати на часткову складність в ухваленні рішень або організації повсякденного життя, але без вираженої дезадаптації. Високий рівень «Нерозвитого Я» спостерігається в 6,8% респондентів, що вказує на наявність труднощів з дисципліною, плануванням або відповідальністю в невеликій частині осіб.

75,3% респондентів мають низький рівень вираженості схеми «Покірність». Це вказує на те, що досліджувані особи, як правило, не схильні до постійного підпорядкування чужій волі, придушення власних потреб чи уникнення конфліктів ціною самозаперечення. Така установка, імовірно, сприяє здатності відстоювати власні кордони, ухвалювати відповідальні рішення щодо збереження здоров'я та дотримання особистісних цінностей. Середній рівень схеми виявлено в 19,2% опитаних, що може відображати помірну схильність до компромісів і гнучкості в міжособистісних стосунках без домінування почуття безсилля. Високий рівень «Покірності» спостерігається лише в 5,5% респондентів, що свідчить про низьку поширеність деструктивної самопожертви серед людей, які практикують здоров'язберігальну поведінку.

Аналіз результатів за схемою «Самопожертва» показав, що в 53,4% респондентів спостерігається низький рівень її вираженості. Це свідчить про схильність досліджуваних осіб зберігати баланс між турботою про інших і піклуванням про власні потреби, що є важливим аспектом у підтриманні психоемоційного благополуччя та здорового способу життя. Водночас у 32,9% респондентів виявлено середній рівень цієї схеми, що може вказувати

на періодичну тенденцію до ставлення інтересів інших вище за власні, проте без вираженої шкоди для себе. Високий рівень схеми «Самопожертва» виявлено в 13,7% учасників, що свідчить про наявність групи осіб, для яких характерне стійке прагнення допомагати іншим навіть ціною власного благополуччя, що потенційно може впливати на зниження ресурсу для збереження власного здоров'я.

68,5% респондентів зі здоров'язберігальною поведінкою мають низький рівень вираженості схеми «Придушення емоцій». Це свідчить про здатність більшості опитаних усвідомлювати, приймати та конструктивно виражати власні емоції, що є важливим чинником для збереження психічного здоров'я та підтримання здорової поведінки. Середній рівень цієї схеми виявлено в 24,7% респондентів, що може свідчити про епізодичне стримування емоцій у певних соціальних ситуаціях, але без хронічного уникання емоційного вираження. Високий рівень придушення емоцій зафіксовано лише в 6,8% учасників, що вказує на відносно низьку поширеність цієї дезадаптивної стратегії в групі людей, які практикують здоров'язберігальну поведінку.

Аналіз результатів за схемою «Жорсткі вимоги до себе» показав, що 54,8% респондентів зі здоров'язберігальною поведінкою мають низький рівень її вираженості. Це свідчить про те, що для більшості опитаних не характерний надмірний перфекціонізм, внутрішній тиск чи самокритичність, що сприяє збереженню психоемоційної рівноваги та запобіганню вигоранню. У 34,2% учасників виявлено середній рівень, що може свідчити про помірне прагнення до високих стандартів та самодисципліни, яке, за умови конструктивного використання, може підтримувати позитивну мотивацію до саморозвитку та здорового способу життя. Водночас в 11% респондентів спостерігається високий рівень цієї схеми, що може вказувати на схильність до надмірної вимогливості, самозвинувачення чи стресу через нереалістичні очікування до себе.

47,9% респондентів зі здоров'язберігальною поведінкою мають низький рівень вираженості схеми «Привілейованість». Це свідчить про те, що майже половина учасників не демонструє ознак надмірної вимогливості до оточення, почуття винятковості або уникання правил і обмежень. Така позиція, як правило, сприяє відповідальній взаємодії із соціальним середовищем, дотриманню здорових норм і правил поведінки. Водночас 37% опитаних мають середній рівень прояву цієї схеми, що може вказувати на певні риси егоцентризму чи очікування особливого ставлення, які не мають яскраво вираженого характеру. Високий рівень привілейованості спостерігається в 15,1% респондентів, що свідчить про наявність у частини осіб тенденції до знецінення норм або прагнення до особливого статусу.

Проте навіть серед цієї групи прояви не домінують у загальній структурі поведінки.

57,5% респондентів зі здоров'язберігальною поведінкою мають низький рівень вираженості схеми «Нестача самоконтролю». Це свідчить про сформовану здатність до саморегуляції, дисципліни та вміння дотримуватись обраного курсу поведінки, що є ключовим чинником у підтриманні здорового способу життя. У 30,1% опитаних виявлено середній рівень цієї схеми, що може вказувати на періодичні труднощі з контролем імпульсів чи довготривалим дотриманням правил, однак без вираженої деструктивності. Високий рівень нестачі самоконтролю спостерігається у 12,4% учасників, що може свідчити про потенційні труднощі з витримкою, прокрастинацією або схильністю до імпульсивних дій, які можуть заважати сталому дотриманню здоров'язберігальних звичок.

Аналіз результатів за схемою «Пошук схвалення» показав, що 41,1% респондентів зі здоров'язберігальною поведінкою мають низький рівень її вираженості. Це свідчить про те, що для менш ніж половини опитаних не є характерною залежністю від зовнішньої оцінки або надмірним прагненням отримати визнання від інших. У 28,8% учасників виявлено середній рівень, що може свідчити про помірну потребу в соціальному схваленні, яка, однак, не є провідним мотивом поведінки. Водночас досить значна частка респондентів (30,1%) продемонструвала високий рівень схеми, що вказує на наявність тенденції орієнтуватися на думку оточення та шукати затвердження власної цінності через зовнішню підтримку. Така залежність може потенційно знижувати автентичність поведінки та впливати на сталість здоров'язберігальних установок, якщо вони реалізуються переважно задля соціального схвалення.

Аналіз показників за схемою «Негативізм» свідчить, що більшість респондентів зі здоров'язберігальною поведінкою (56,2%) має низький рівень її вираженості. Це свідчить про те, що в більшості опитаних не спостерігається сталого фокусування на негативних аспектах життя, перебільшення труднощів або постійного очікування несприятливих подій. Такий емоційний настрій створює умови для збереження оптимізму, стресостійкості та формування здорових моделей поведінки. У 31,5% осіб виявлено середній рівень прояву цієї схеми, що може свідчити про певну схильність до критичного сприйняття реальності або підвищену настороженість, яка, однак, не домінує. Лише 11,5% респондентів демонструють високий рівень негативізму, що свідчить про відносно низьке поширення песимістичних або тривожних установок у досліджуваній вибірці.

Результати за схемою «Пунітивність» показують, що більшість респондентів (83,5%) має низький рівень вираженості цієї схеми, що свідчить про відсутність схильності до надмірної самокритики

або жорстоких вимог до себе. Така тенденція може сприяти розвитку здорових психологічних установок, оскільки люди з низьким рівнем пунітивності менш схильні до самозвинувачень і вигорання. Виявлений середній рівень пунітивності в 9,6% учасників може свідчити про періодичні труднощі з прийняттям себе в умовах невдач чи помилок, однак ці прояви не мають домінуючого характеру. Лише 6,9% респондентів продемонстрували високий рівень пунітивності, що вказує на наявність деякої схильності до надмірної самокритики та внутрішнього покарання за власні недоліки.

Аналіз домінантних ранніх дезадаптивних схем у людей зі здоров'язберігальною поведінкою (за методикою Дж. Янга) показав, що більшість респондентів демонструє низькі рівні вираженості більшості схем мислення, що свідчить про здатність до адаптації, здорового ставлення до себе та конструктивної взаємодії з оточенням.

Зокрема, висока частка осіб (більше 80%) показала низький рівень вираженості схем, як-от *дефективність, невдача, залежність, вразливість і пунітивність*, що свідчить про наявність здорової самооцінки, адекватного сприйняття себе і свого оточення, а також спроможність до самоконтролю й емоційної стабільності.

Однак певна частина респондентів продемонструвала середній і високий рівні деяких схем, зокрема *пошуку схвалення, недовіри та жорстких вимог до себе*. Це може свідчити про наявність певних внутрішніх конфліктів або схильності до самооцінки через призму зовнішніх факторів, що може впливати на стійкість здоров'язберігальної поведінки в умовах стресу чи соціальних змін.

Загалом, отримані результати показують, що більшість осіб зі здоров'язберігальною поведінкою здатна підтримувати адаптивні психологічні установки, що сприяють збереженню та зміцненню фізичного й психічного здоров'я. Однак для деяких осіб необхідно працювати над зниженням рівня певних дезадаптивних схем, як-от *пошук схвалення чи жорсткі вимоги до себе*, щоб зміцнити їхню стресостійкість і забезпечити довготривалу ефективність здоров'язберігальної поведінки.

Аналіз даних кореляційного аналізу демонструє наявність статистично значущих позитивних зв'язків між адаптивними можливостями осіб зі здоров'язберігальною поведінкою та низкою ранніх дезадаптивних стратегій поведінки. В усіх випадках $p < 0,001-0,002$, що підтверджує статистичну значущість зв'язку. Це вказує на те, що отримані показники кореляції не є випадковими, а відображають реальні зв'язки між дезадаптивними схемами і здоров'язберігальною поведінкою.

Найсильніші кореляційні зв'язки виявлено для схем, що стосуються внутрішнього відчуття дефективності, невдачі, залежності, де коефіцієнти кореляції перевищують 0,67, що свідчить про

їх вагомий вплив на зниження адаптивних можливостей. Статистично значущі зв'язки вказують на комплексний характер впливу ранніх дезадаптивних стратегій, зокрема таких як покинутість, соціальна ізоляція, вразливість, нерозвите «Я», нестача самоконтролю, покірність та негативізм, де коефіцієнти кореляції перевищують 0,56.

Решта ранніх дезадаптивних стратегій має низький рівень кореляційного взаємозв'язку. Це свідчить про те, що ці схеми не є настільки пов'язаними з адаптивними можливостями, але вони все одно можуть впливати на поведінку, що сприяє збереженню здоров'я.

Висновки. Переважання низьких рівнів вираженості ключових дезадаптивних схем (у межах від 53,4% до 89%) серед більшості учасників свідчить про те, що респонденти мають сформовані адаптивні установки, стабільну самооцінку, позитивне сприйняття себе та оточення, а також базове відчуття безпеки й автономії. Це створює сприятливий психологічний ґрунт для формування та підтримки здоров'язберігальної поведінки, що, своєю чергою, може бути ефективною стратегією профілактики психосоматичних розладів і збереження загального психофізичного благополуччя.

Так, отримані результати дають змогу припустити, що саме низький рівень дезадаптивних схем мислення є важливим чинником у формуванні конструктивної, відповідальної та свідомої поведінки щодо збереження і зміцнення здоров'я. Емоційна стабільність, здатність до самосприйняття, самостійність в ухваленні рішень та довіра до інших людей можуть розглядатися як ключові психологічні умови, що сприяють формуванню і підтриманню здоров'язберігальної поведінки.

Кореляційний аналіз підтвердив важливість дезадаптивних схем у розвитку адаптивних можливостей, пов'язаних зі здоров'язберігальною поведінкою. Зокрема, надто виражені схеми, як-от *дефективність, невдача, залежність, перебувають у тісному зв'язку з адаптивними стратегіями здоров'я*, що вказує на важливість урахування цих аспектів при розробці підходів до підтримки здоров'я та стресостійкості в осіб з різними психологічними схемами.

Такий аналіз підкреслює необхідність інтеграції психологічних стратегій у програми підтримки здоров'я для кращого розуміння взаємозв'язків між особистісними рисами та здатністю до збереження здоров'я.

Перспективи подальших досліджень полягають у більш глибокому аналізі окремих ранніх дезадаптивних схем поведінки та їх зв'язку з конкретними аспектами здоров'язберігальної поведінки, а також у застосуванні змішаних методів дослідження для кращого розуміння внутрішніх психологічних механізмів впливу цих схем на ставлення до здоров'я.

Список літератури

1. Овчарук В. Здоров'я, здоров'язбереження та здоров'язберігаюча компетентність у контексті поглядів вітчизняних та зарубіжних вчених. *Порівняльна професійна педагогіка*. 2018. № 8 (4). С. 98–105.
2. Ежова О. О. Теоретичні аспекти формування ціннісного ставлення до здоров'я крізь призму моделей поведінки особистості. Матеріали XII міжнародної науково-практичної конференції "Адаптаційні можливості дітей та молоді". Одеса, 2018. С. 67–70.
3. Большакова А., Перевозна Т., Віденєєв І. До питання дослідження місця цінності здоров'я в системі ціннісних орієнтацій особистості. *Вісник Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна. Серія Психологія*. 2021. № 71. С. 7–14.
4. Мілашовська В., Любінець О. Оцінка власного здоров'я та інформованість про здоров'язбережувальну поведінку. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2023. № 1. С. 20–26.
5. Чепурко Г., Соболев А. Стратегії та моделі формування здорового способу життя в контексті здоров'язберігальної поведінки. *Grail of Science*. 2023. № 32. С. 222–230.
6. Руденко А. І., Войчишин О. О. Психологічні чинники та умови формування здоров'язбережувальної поведінки сучасної молоді. *Наукові записки. Серія: Психологія*. 2024. № 1. С. 132–138.
7. Сердюк Л. З., Шамич О. М. Самодетермінація особистості як психологічна основа її самореалізації. *Актуальні проблеми психології*. 2017. Т. 13. № 6. С. 164–173.

References

1. Ovcharuk, V. (2018). Zdorov'ya, zdorov'yazberezhennya ta zdorov'yazberihayucha kompetentnist' u konteksti pohlyadiv vitchyznyanykh ta zarubizhnykh vchenykh [Health, health preservation and health-preserving competence in the context of the views of domestic and foreign scientists]. *Porivnyal'na profesijna pedahohika*, 8(4), 98–105 [in Ukrainian].
2. Yezhova, O.O. (2018). Teoretychni aspekty formuvannya tsinnisnoho stavlennya do zdorov'ya kriz' pryzmu modeley povedinky osobystosti [Theoretical aspects of the formation of value attitudes towards health through the prism of personality behavior models]. *Adaptatsiyni mozhlyvosti ditey ta molodi: materialy KHII mizhnarodnoyi naukovo-praktychnoyi konferentsiyi* [Adaptive Capabilities of Children and Youth : materials of the XII International Scientific and Practical Conference]. Odessa [in Ukrainian].
3. Bol'shakova, A., Perevozna, T., Videnyeyev, I. (2021). Do pytannya doslidzhennya mistysya tsinnosti zdorov'ya v systemi tsinnisnykh oriyentatsiy osobystosti [On the issue of researching the place of health values in the system of value orientations of the individual]. *Visnyk Kharkivs'koho natsional'noho universytetu im. V.N. Karazina. Seriya Psykholohiya*, 71, 7–14 [in Ukrainian].
4. Milashov'ska, V., Lyubinet's', O. (2023). Otsinka vlasnoho zdorov'ya ta informovanist' pro zdorov'yazberezhuvall'nu povedinku [Assessment of one's own health and awareness of health-preserving behavior]. *Visnyk sotsial'noyi hihiyeny ta orhanizatsiyi okhorony zdorov'ya Ukrayiny*, 1, 20–26 [in Ukrainian].
5. Chepurko, H., Sobolyev, A. (2023). Stratehiyi ta modeli formuvannya zdorovoho sposobu zhyttya v konteksti zdorov'yazberihayuchoyi povedinky [Strategies and models of forming a healthy lifestyle in the context of health-preserving behavior]. *Grail of Science*, 32, 222–230 [in Ukrainian].
6. Rudenok, A.I., Voychyshyn, O.O. (2024). Psykholohichni chynnyky ta umovy formuvannya zdorov'yazberezhuvall'noyi povedinky suchasnoyi molodi [Psychological factors and conditions for the formation of health-preserving behavior of modern youth]. *Naukovi zapysky. Seriya: Psykholohiya*, 1, 132–138 [in Ukrainian].
7. Serdyuk, L.Z., Shamykh, O.M. (2017). Samodeterminatsiya osobystosti yak psykholohichna osnova yiyi samorealizatsiyi [Self-determination of the individual as a psychological basis for its self-realization]. *Aktual'ni problemy psykholohiyi*, 13, 6, 164–173 [in Ukrainian].

ASSESSING THE POTENTIAL IMPACT OF EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS ON ADULT HEALTH-SAVING BEHAVIOR

V. L. Smirnova, N. Ya. Panchyshyn, S. M. Ivaniv

Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

Purpose: assessment of the possible impact of early maladaptive cognitive models formed in childhood on the formation of health-saving practices in adults.

Materials and Methods. The methods of correlation and regression analysis, analytical and systematic approaches were used to process and interpret the data. J. Young's methodology for interpreting data on the impact of early maladaptive schemas on the level of health-saving behavior was also used. A total of 73 clinical hospital nurses were randomly selected.

Results. The study found that individuals who adhere to health-saving behavior are characterized by a low expression of early maladaptive cognitive schemas. The least pronounced schemas were emotional deprivation, failure, social isolation, defectiveness, dependence, vulnerability, underdeveloped self, submissiveness, and punitiveness. This indicates a low tendency of respondents to form stable negative beliefs about themselves, interpersonal relationships, and the world in general.

Thus, it can be argued that psychological maturity, emotional stability, and positive self-perception are important psychological characteristics of people who lead a health-saving lifestyle.

Conclusions. The prevalence of low levels of key maladaptive schemes (from 53.4% to 89%) among the majority of participants indicates formed adaptive attitudes, a positive perception of themselves and others, stable self-esteem, and a basic sense of security and autonomy. This creates a favorable psychological basis for the formation of health-saving behavior and the prevention of psychosomatic disorders.

The correlation analysis confirmed a pronounced relationship between certain maladaptive schemes (including deficits, failure, addiction, etc.) and adaptive health strategies, which emphasizes the feasibility of including psychological approaches in programs to support psychophysical well-being.

KEY WORDS: health-saving behavior; early maladaptive schemes; children; adults.

Рукопис надійшов до редакції 18.04.2025

Відомості про авторів:

Смірнова Валентина Леонідівна – кандидатка медичних наук, доцентка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0000-0001-7473-9826>.

Панчишин Наталія Ярославівна – кандидатка медичних наук, доцентка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5786-3083>.

Іванів Софія Миколаївна – здобувачка вищої освіти 2 року навчання за спеціальністю «Громадське здоров'я» медичного факультету Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.

Електронна адреса для листування: smirnova@tdmu.edu.ua

Т. Г. ГУТОР, А. Б. ЗІМЕНКОВСЬКИЙ

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ГОСПІТАЛІЗОВАНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ХВОРОБИ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ЗА ПЕРІОД 2014-2023 РОКІВ

Державне некомерційне підприємство
«Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», м. Львів, Україна

Мета: обґрунтувати епідеміологічний складник сучасного стану та тенденцій поширення хвороб сечостатевої системи в процесі пошуку та опрацювання шляхів і методів покращення якості медичної допомоги, зокрема для пацієнтів з патологією сечостатевої системи.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз показників госпіталізованої захворюваності та інвалідності через хвороби сечостатевої системи серед населення України за період 2014–2023 років. Використано статистичні дані Державної служби статистики та Міністерства охорони здоров'я України. У роботі застосовано методи системного підходу, структурно-логічного й медико-статистичного аналізу.

Результати й обговорення. За 10-річний аналізований період (2014–2023 роки) абсолютні показники та рівні захворюваності на хвороби сечостатевої системи в Україні й більшості її областей мали тенденцію до зниження з 2016 до 2020 року з поступовим зростанням їх кількості з 2021 до 2023 року. Різне зниження госпіталізацій (на понад 30%) через хвороби сечостатевої системи у 2020 році по всіх областях України можна пояснити впливом пандемії COVID-19.

Показники первинної інвалідності, спричиненої хворобами сечостатевої системи серед населення України, мали тенденцію до зниження у 2014–2017 та 2019–2020 роках, а до підвищення у 2018 та 2021–2023 роках, водночас рівень інвалідності у 2023 році був удвічі вищим за аналогічний рівень у 2014 році.

Висновки. Результати епідеміологічного аналізу захворювань сечостатевої системи можуть, на нашу думку, бути використані в процесі покращення якості надання урологічної допомоги. За збереженої потужності закладів охорони здоров'я за пацієнта зростає конкуренція, одне з вирішальних значень у ній матиме правдоподібно підвищення якості медичної допомоги та рівня задоволеності пацієнта.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: якість медичної допомоги; хвороби сечостатевої системи; епідеміологія; інвалідність; захворюваність.

Вступ. Якість – це характеристика медичної допомоги (далі – МД), яка визначає, наскільки послуги, що надають у закладах охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) окремо громадянам та населенню загалом, дають змогу досягти бажаних показників здоров'я і відповідають стандартам надання МД [1]. Для забезпечення якості МД (далі – ЯМД) на всіх рівнях її надання необхідно дотримуватися певних критеріїв, одними з яких є доступність (географічно, по часу, з наявними потужностями та укомплектуванням ЗОЗ та пацієнтоорієнтованість [1–3].

Третина пацієнтів з патологією сечостатевої системи звертаються в ЗОЗ за МД в невідкладному стані [4–5]. Комплексний підхід, що полягає в усвідомленні потреб відповідно до епідеміологічної ситуації на певних територіях [6], можливості провести спеціалізовану урологічну експертизу на догоспітальному [7] та госпітальному етапах МД [8], на нашу думку, власне, дасть змогу забезпечити

дотримання критеріїв якості та покращити рівень ЯМД [9], задоволеності пацієнтів і досягнення оптимальних результатів лікування.

Мета: обґрунтувати епідеміологічний складник сучасного стану та тенденцій розвитку хвороб сечостатевої системи в процесі пошуку й опрацювання шляхів і методів покращення якості медичної допомоги, зокрема для пацієнтів з патологією сечостатевої системи.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз показників захворюваності та інвалідності, спричиненої хворобами сечостатевої системи серед населення України за десятилітній період, а саме з 2014 до 2023 року. Використано статистичні дані Державної служби статистики України [10], служби соціального захисту населення України [11], дані звітів Міжнародного Валютного Фонду [12], звітів МОЗ України, а саме Форма № 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної

особи – підприємця, які провадять господарську діяльність із медичної практики за N рік» [13]. У роботі застосовано методи системного підходу, структурно-логічного та медико-статистичного аналізу: проведено розрахунок інтенсивних та екстенсивних показників, а також показників динамічного ряду: абсолютного приросту, темпу росту та темпу приросту. З огляду на відсутність даних про чисельність населення в областях України за 2022–2023 роки, обчислення рівнів урологічної патології та їх динаміка по областях проведена за період 2014–2021 роки, а по Україні – за весь аналізований період (2014–2023 роки). Для оцінки основних динамічних показників захворювань сечостатевої системи, які охоплювали б весь аналізований період (2014–2023 роки), на всіх територіальних частинах України проводилася з використанням абсолютних даних щодо числа урологічних захворювань. Розрахунки проводили з використанням програмного забезпечення R.Studio v. 1.1.442.

Дотримання етичних норм. При виконанні роботи етичні норми, права пацієнтів та

конфіденційність не порушені. Дослідження не оплачені жодною установою. Конфлікту інтересів немає.

Результати дослідження та їх обговорення.

Оцінка та аналіз динаміки абсолютних показників захворюваності на хвороби сечостатевої системи за період 2014–2023 років (табл. 1) засвідчує зниження цієї патології в Україні з 2016 до 2020 року з поступовим зростанням їх кількості з 2021 до 2023 року.

За показником темпу приросту тенденція до зниження патології сечостатевої системи спостерігалася в більшості областей з 2015 до 2020 року, причому найбільш стрімке падіння на 30,83% спостерігалася у 2020 році, що можна пояснити впливом пандемії COVID-19, коли госпіталізація хворих із патологією сечостатевої системи була доволі обмежена та відбувалася лише в ургентних випадках, адже в пріоритеті були «ковідні» пацієнти. Тоді як із 2021 до 2023 року показники темпу приросту засвідчували зростання кількості госпіталізацій через хвороби сечостатевої системи серед населення України та її областей

Таблиця 1. Показники абсолютної кількості госпіталізованих захворювань сечостатевої системи серед населення України та її областей за період 2014-2023 роки

Роки Територія	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Україна	607501	617168	602413	584466	572048	558288	386148	387426	401651	500191
АР Крим	Немає даних									
Вінницька	23302	25139	22803	22551	22137	21413	13784	14987	18535	22752
Волинська	17176	17139	16781	15478	15328	14886	10826	11517	14333	18233
Дніпропетровська	54512	55062	55528	55528	55244	53882	39593	38788	41839	48281
Донецька	23864	25419	25450	25811	25151	24715	19713	18709	6908	6640
Житомирська	21508	22123	21876	21106	20898	19848	12381	12914	14984	19698
Закарпатська	11083	11646	11825	10686	10587	9820	5476	6638	8927	10355
Запорізька	28974	30162	28915	28065	27802	26347	18100	16341	8301	11858
Івано-Франківська	21413	22522	22023	21714	20375	20688	12796	13810	17668	22662
Київська	27202	26785	25403	24334	24295	22931	15129	14496	15550	20405
Кіровоградська	20303	20908	19433	19065	18890	18131	12145	12122	15032	18115
Луганська	9699	10327	10647	10443	10616	10995	8141	7581	900	343
Львівська	37663	37742	37142	35210	33932	31987	19565	23986	29026	34957
Миколаївська	21294	20725	19449	18387	17714	16501	18410	10178	9246	13877
Одеська	33243	32617	30706	29073	28689	28121	20044	20321	21894	27688
Полтавська	21476	22520	22227	22022	21998	23378	16459	15623	18354	22465
Рівненська	17236	18659	18132	17241	17246	17237	9063	9938	13307	18448
Сумська	20889	21004	21555	20962	20041	19126	13702	14260	16685	21207
Тернопільська	15473	15496	14774	14522	14196	13896	8116	9844	13218	15779
Харківська	43048	40823	39577	37856	35578	35095	25221	26162	19806	28043
Херсонська	18349	18752	18498	17709	17827	17070	11619	10118	4620	2497
Хмельницька	23090	23275	23478	22132	22058	21087	13702	14331	17007	21015
Черкаська	26654	26909	26145	25040	24712	24958	17773	18550	24375	27810
Чернівецька	12823	14442	14311	14310	14116	13667	8340	9084	12844	15091
Чернігівська	21591	21364	20320	19336	18549	17720	12587	12276	12456	15567
м. Київ	35636	35608	35415	35885	34069	34789	23463	24852	25836	36405
м. Севастополь	Немає даних									

до рівня тих показників, які були характерними для періоду до початку пандемії. Проте така тенденція до зростання спостерігалася в більшості областей України, окрім Донецької, Луганської та Херсонської, де у 2022–2023 роках спостерігалось різке зниження кількості госпіталізацій, зокрема через хвороби сечостатевої системи (табл. 2).

Від'ємні значення показників темпу приросту за період 2022–2023 років у Донецькій, Луганській та Херсонській областях можна пояснити не покращенням епідеміологічної ситуації, а міграцією населення та зменшенням площі підконтрольних Україні територій, що спричинено воєнними діями. Це, своєю чергою, призвело до зниження кількості зареєстрованих у ЗОЗ даних областей урологічних захворювань.

Рівні захворюваності на сечостатеву патологію (випадків на 1 000 населення) в Україні мали тенденцію до зниження (як і динамічні показники абсолютної кількості захворювань сечостатевої системи) з 2015 до 2020 року з підвищенням у 2021–2023 роках (Рис. 1).

Найвищий рівень урологічної патології за аналізований період щорічно зазначався в центральних областях України (середньорічний рівень захворюваності дорівнював 16,0 випадків на 1 000 населення), де лідирували за рівнем цієї патології Черкаська та Кіровоградська області (19,6 та 18,6 випадків на 1 000 населення відповідно).

Дещо меншими за середніми значеннями були рівні захворювань сечостатевої системи в північній та південній частинах України, де середньорічний рівень захворюваності сягав 13,9 випадків на 1 000 населення. Лідерами за рівнем патології серед північних областей були Сумська та Чернігівська (середньорічний рівень захворюваності дорівнював 17,4 та 17,7 випадків на 1 000 населення відповідно). У південній частині України найвищі рівні досліджуваної патології зазначалися в Миколаївській та Херсонській областях (середньорічний рівень патології відповідав показникам 15,6 та 15,5 випадків на 1 000 населення відповідно).

Середньорічний показник рівнів хвороб сечостатевої системи в західній частині України

Таблиця 2. Показники темпів приросту (у%) абсолютної кількості госпіталізованих захворювань сечостатевої системи серед населення України та її областей за період 2014–2023 роки

Роки	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Територія	Темп приросту (%)								
Україна	1,59	-2,39	-2,98	-2,12	-2,41	-30,83	0,33	3,67	24,53
АР Крим	Немає даних								
Вінницька	7,88	-9,29	-1,11	-1,84	-3,27	-35,63	8,73	23,67	22,75
Волинська	-0,22	-2,09	-7,76	-0,97	-2,88	-27,27	6,38	24,45	27,21
Дніпропетровська	1,01	0,85	0,00	-0,51	-2,47	-26,52	-2,03	7,87	15,40
Донецька	6,52	0,12	1,42	-2,56	-1,73	-20,24	-5,09	-63,08	-3,88
Житомирська	2,86	-1,12	-3,52	-0,99	-5,02	-37,62	4,30	16,03	31,46
Закарпатська	5,08	1,54	-9,63	-0,93	-7,24	-44,24	21,22	34,48	16,00
Запорізька	4,10	-4,13	-2,94	-0,94	-5,23	-31,30	-9,72	-49,20	42,85
Івано-Франківська	5,18	-2,22	-1,40	-6,17	1,54	-38,15	7,92	27,94	28,27
Київська	-1,53	-5,16	-4,21	-0,16	-5,61	-34,02	-4,18	7,27	31,22
Кіровоградська	2,98	-7,05	-1,89	-0,92	-4,02	-33,02	-0,19	24,01	20,51
Луганська	6,47	3,10	-1,92	1,66	3,57	-25,96	-6,88	-88,13	-61,89
Львівська	0,21	-1,59	-5,20	-3,63	-5,73	-38,83	22,60	21,01	20,43
Миколаївська	-2,67	-6,16	-5,46	-3,66	-6,85	11,57	-44,71	-9,16	50,09
Одеська	-1,88	-5,86	-5,32	-1,32	-1,98	-28,72	1,38	7,74	26,46
Полтавська	4,86	-1,30	-0,92	-0,11	6,27	-29,60	-5,08	17,48	22,40
Рівненська	8,26	-2,82	-4,91	0,03	-0,05	-47,42	9,65	33,90	38,63
Сумська	0,55	2,62	-2,75	-4,39	-4,57	-28,36	4,07	17,01	27,10
Тернопільська	0,15	-4,66	-1,71	-2,24	-2,11	-41,59	21,29	34,27	19,38
Харківська	-5,17	-3,05	-4,35	-6,02	-1,36	-28,14	3,73	-24,29	41,59
Херсонська	2,20	-1,35	-4,27	0,67	-4,25	-31,93	-12,92	-54,34	-45,95
Хмельницька	0,80	0,87	-5,73	-0,33	-4,40	-35,02	4,59	18,67	23,57
Черкаська	0,96	-2,84	-4,23	-1,31	1,00	-28,79	4,37	31,40	14,09
Чернівецька	12,63	-0,91	-0,01	-1,36	-3,18	-38,98	8,92	41,39	17,49
Чернігівська	-1,05	-4,89	-4,84	-4,07	-4,47	-28,97	-2,47	1,47	24,98
м. Київ	-0,08	-0,54	1,33	-5,06	2,11	-32,56	5,92	3,96	40,91
м. Севастополь	Немає даних								



Рис. 1. Показники госпіталізованих рівнів хвороб сечостатевої системи (випадків на 1 000 населення) серед населення в Україні за період 2014–2023 роки

дорівнював 12,7 випадків на 1 000 населення. Найвищі рівні захворюваності сечостатевої системи відмічено у Волинській, Івано-Франківській та Чернівецькій областях (14,4, 14,1 та 14,0 випадків на 1 000 населення відповідно).

Найнижчі показники рівнів захворюваності населення на урологічні хвороби спостерігалися в східних областях України, де середньорічний рівень патології за аналізований період дорівнював 7,6 випадків на 1 000 населення (табл. 3).

Таблиця 3. Показники рівнів госпіталізованих урологічних захворювань серед населення України та її регіонів за період 2014–2021 років (випадків на 1 000 населення)

Роки	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Територія	(випадків на 1 000 населення)							
Україна	14,18	14,46	14,17	13,81	13,59	13,34	9,29	9,40
Північ України								
Житомирська	17,07	17,66	17,57	17,07	17,04	16,34	10,30	10,87
Київська	15,80	15,53	14,70	14,00	13,84	12,96	8,50	8,12
Сумська	18,55	18,82	19,48	19,10	18,46	17,83	12,94	13,68
Чернігівська	20,51	20,51	19,71	18,99	18,47	17,90	12,90	12,79
м. Київ	12,56	12,47	12,32	12,42	11,74	11,92	8,03	8,52
Північ	15,86	15,88	15,60	15,24	14,78	14,37	9,73	9,98
Південь України								
Миколаївська	18,27	17,86	16,86	16,06	15,60	14,67	16,53	9,26
Одеська	13,94	13,69	12,92	12,25	12,10	11,88	8,49	8,65
Херсонська	17,17	17,63	17,49	16,87	17,13	16,55	11,38	10,04
Запорізька	16,37	17,15	16,56	16,22	16,22	15,54	10,80	9,89
Південь	15,94	16,06	15,40	14,80	14,70	14,15	11,05	9,33
Захід України								
Волинська	16,52	16,48	16,15	14,93	14,82	14,44	10,54	11,27
Львівська	14,95	14,99	14,76	14,01	13,53	12,80	7,87	9,71
Івано-Франківська	15,52	16,32	15,98	15,78	14,84	15,12	9,40	10,20
Закарпатська	8,83	9,27	9,41	8,51	8,44	7,84	4,38	5,33
Рівненська	14,87	16,08	15,61	14,85	14,89	14,94	7,88	8,69
Тернопільська	14,48	14,56	13,95	13,80	13,57	13,37	7,87	9,62
Чернівецька	14,15	15,92	15,80	15,82	15,64	15,19	9,31	10,20
Захід	14,24	14,76	14,49	13,89	13,56	13,22	8,06	9,27
Схід України								
Донецька	5,54	5,96	6,00	6,13	6,03	5,98	4,80	4,60
Луганська	4,36	4,68	4,85	4,80	4,93	5,14	3,83	3,60
Харківська	15,83	15,07	14,69	14,12	13,33	13,24	9,59	10,06
Схід	8,28	8,34	8,29	8,17	7,93	7,93	5,99	5,98

Продовження таблиці 3

Центр України								
Дніпропетровська	16,61	16,88	17,14	17,20	17,18	16,90	12,55	12,45
Кіровоградська	20,77	21,55	20,18	19,97	20,00	19,43	13,20	13,39
Полтавська	14,86	15,68	15,60	15,59	15,72	16,87	12,00	11,54
Хмельницька	17,75	17,98	18,25	17,34	17,42	16,78	11,00	11,62
Черкаська	21,28	21,63	21,20	20,49	20,43	20,87	15,04	15,91
Вінницька	14,50	15,72	14,35	14,31	14,18	13,85	9,01	9,91
Центр	17,17	17,72	17,42	17,20	17,20	17,13	12,06	12,32
АР Крим	Немає даних							
м. Севастополь	Немає даних							

Варто зазначити, що рівні урологічної патології в центральній, північній та південній частинах щорічно переважали над загальними показниками в Україні. Показники західних областей були найбільше наближеними до своїх щорічними значеннями до загальнодержавних показників, а показники східних областей щорічно майже в 1,5 раза були нижчими за показники в Україні.

Показники динаміки поширеності захворювань сечостатевої системи серед населення в Україні та її областях за період 2014–2021 років засвідчують зниження рівня цієї патології до 2020 року на всій території України, з незначним зростанням

у 2021 році в північних, західних та центральних областях України (табл. 4). Водночас зазначимо, що у 2022 та 2023 роках показники темпу приросту патології сечостатевої системи в Україні становили 22,06% та 31,29% відповідно.

Оцінка та аналіз захворювань сечостатевої системи як причини інвалідності засвідчують, що за аналізований період (2014–2023 роки) абсолютна кількість осіб, які були первинно визнані особами з інвалідністю через хвороби сечостатевої системи мала тенденцію до зниження у 2014–2017 та 2019–2020 роках, тоді як зростання їх кількості було відмічене у 2018 та 2021–2023 роках.

Таблиця 4. Динамічні показники рівнів госпіталізованої захворюваності на хвороби сечостатевої системи серед населення України та її регіонів за період 2014–2021 років

Роки		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Україна	Рівні (випадків на 1 000 населення)	14,18	14,46	14,17	13,81	13,59	13,34	9,29	9,40
	Абсолютний приріст		0,28	-0,29	-0,36	-0,22	-0,25	-4,05	0,11
	Темп росту (%)		101,96	98,01	97,45	98,38	98,16	69,64	101,23
	Темп приросту (%)		1,96	-1,99	-2,55	-1,62	-1,84	-30,36	1,23
Північ України	Рівні (випадків на 1 000 населення)	15,86	15,88	15,60	15,24	14,78	14,37	9,73	9,98
	Абсолютний приріст		0,02	-0,28	-0,36	-0,46	-0,41	-4,63	0,25
	Темп росту (%)		100,12	98,26	97,70	96,98	97,19	67,74	102,60
	Темп приросту (%)		0,12	-1,74	-2,30	-3,02	-2,81	-32,26	2,60
Південь України	Рівні (випадків на 1 000 населення)	15,94	16,06	15,40	14,80	14,70	14,15	11,05	9,33
	Абсолютний приріст		0,12	-0,66	-0,60	-0,10	-0,54	-3,11	-1,72
	Темп росту (%)		100,77	95,89	96,09	99,32	96,29	78,03	84,43
	Темп приросту (%)		0,77	-4,11	-3,91	-0,68	-3,71	-21,97	-15,57
Захід України	Рівні (випадків на 1 000 населення)	14,24	14,76	14,49	13,89	13,56	13,22	8,06	9,27
	Абсолютний приріст		0,52	-0,27	-0,60	-0,33	-0,34	-5,16	1,21
	Темп росту (%)		103,62	98,18	95,85	97,64	97,48	60,99	115,02
	Темп приросту (%)		3,62	-1,82	-4,15	-2,36	-2,52	-39,01	15,02

Продовження таблиці 4

Схід України	Рівні (випадків на 1 000 населення)	8,28	8,34	8,29	8,17	7,93	7,93	5,99	5,98
	Абсолютний приріст		0,05	-0,05	-0,11	-0,24	0,00	-1,94	-0,01
	Темп росту (%)		100,66	99,42	98,62	97,06	100,00	75,54	99,75
	Темп приросту (%)		0,66	-0,58	-1,38	-2,94	0,00	-24,46	-0,25
Центр України	Рівні (випадків на 1 000 населення)	17,17	17,72	17,42	17,20	17,20	17,13	12,06	12,32
	Абсолютний приріст		0,56	-0,30	-0,22	0,00	-0,07	-5,07	0,26
	Темп росту (%)		103,26	98,28	98,75	99,97	99,62	70,41	102,12
	Темп приросту (%)		3,26	-1,72	-1,25	-0,03	-0,38	-29,59	2,12

Зазначимо, що за показником темпу приросту у 2023 році кількість осіб з інвалідністю з причин урологічної патології була на 54% вищою порівняно з даними 2014 року (табл. 5).

Рівні інвалідності, спричиненої хворобами сечостатевої системи за період з 2014 до 2023 року серед населення України, мали аналогічну тенденцію (як і абсолютні показники) до зниження у 2014–2017 та 2019–2020 роках, із підвищеннями у 2018 та 2021–2023 роках. Варто зазначити, що за останні 2 роки аналізованого періоду (2022–2023 рр.) рівень первинної інвалідності зріс у рази, порівняно з 2014 роком, тому рівень первинної інвалідності з причин хвороб сечостатевої системи у 2022 році був у 1,4 раза вищим, а у 2023 році вдвічі вищим за показник 2014 року, що відповідно становило 6,78 та 9,59 випадків інвалідності порівняно із 4,83 випадками інвалідності на 100 000 населення (Рис. 2)

Висновки

1. Результати нашого дослідження засвідчили, що за 10-річний аналізований період (2014–2023 роки) абсолютні показники патології сечостатевої системи в Україні та більшості її областей мали тенденцію до зниження з 2016 до

2020 року з поступовим зростанням їх кількості (за виключенням Донецької, Луганської та Херсонської областей) з 2021 до 2023 року. Різке зниження госпіталізацій (на понад 30%) через хвороби сечостатевої системи у 2020 році по всіх областях України можна пояснити впливом пандемії COVID-19.

2. Рівні захворюваності на сечостатеву патологію (випадків на 1 000 населення) в Україні мали тенденцію до зниження з 2015 до 2020 року з найбільшим падінням рівнів у 2020–2021 роках, що також пояснюється пріоритетністю в цей період у стаціонарах хворих на COVID-19. Зростання рівня хвороб сечостатевої системи в Україні спостерігалось у 2021–2023 роках, причому у 2023 році він становив 15,07 випадки на 1 000 населення, що на 6,28% було вищим за показник 2014 року, який становив 14,18 випадки на 1 000 населення.

3. Результати зіставлення рівнів патології сечостатевої системи за аналізований період засвідчують, що найвищий середньорічний рівень відмічався в областях центральної частини України і становив 16,0 випадків на 1 000 населення, де лідирували Черкаська та Кіровоградська області

Таблиця 5. Динаміка абсолютних даних первинної інвалідності через сечостатеву патологію серед населення в Україні за період 2014–2023 років

Роки	Абс. кількість первинно визнаних інвалідами з причин сечостатевої патології	Абс. приріст	Темп росту (%)	Темп приросту (%)
2014	2067			
2015	1940	-127	93,86	-6,14
2016	1795	-145	92,53	-7,47
2017	1770	-25	98,61	-1,39
2018	1830	60	103,39	3,39
2019	1782	-48	97,38	-2,62
2020	1549	-233	86,92	-13,08
2021	1720	171	111,04	11,04
2022	2372	652	137,91	37,91
2023	3185	813	134,27	34,27

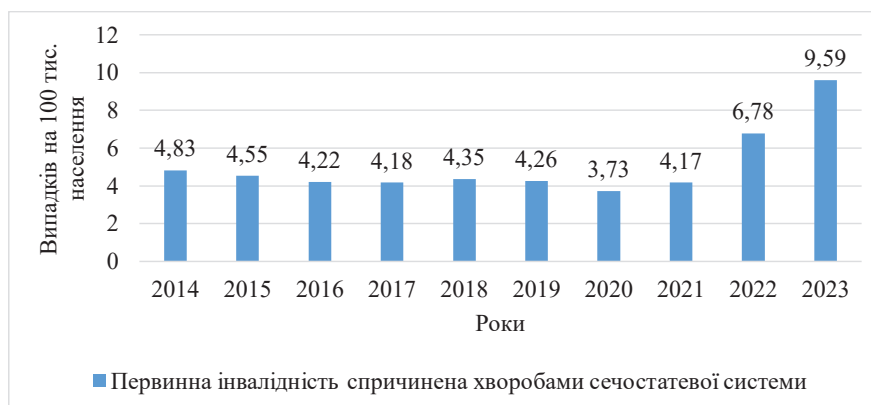


Рис. 2. Показники рівнів первинної інвалідності з причин сечостатевої патології серед населення України (випадків на 100 000 населення) за період 2014–2023 роки

(19,6 та 18,6 випадків на 1 000 населення відповідно). Найнижчі показники рівнів захворюваності населення на урологічні хвороби спостерігалися в областях сходу України, де середньорічний рівень патології за аналізований період становив 7,6 випадків на 1 000 населення.

4. З'ясовано, що показники первинної інвалідності, спричиненої хворобами сечостатевої системи серед населення України, мали тенденцію до зниження у 2014–2017 та 2019–2020 роках, а до підвищення – у 2018 та 2021–2023 роках, причому рівень інвалідності у 2023 році був удвічі вищим за аналогічний рівень у 2014 році і становив 9,59 випадків на 100 000 населення у 2023 році порівняно із 4,83 випадками на 100 000 населення у 2014 році.

5. Зниження рівня госпітальної захворюваності на хвороби сечостатевої системи в період 2019–2020 років можна пояснити впливом пандемії COVID-19, коли була обмежена планова госпіталізація. З початком воєнних дій в Україні у 2022–2023 роках спостерігався приріст кількості

хвороб сечостатевої системи в Україні та в центральних областях, зі зниженням у східних областях, що пояснюється процесами міграції населення. Результати того, що здебільшого рівні захворюваності залишалися нижчими за рівні на початку аналізованого періоду, засвідчують потребу у використанні епідеміологічних даних у процесі покращення якості надання урологічної допомоги та заохочення пацієнта до звертань за стаціонарною медичною допомогою. За збереженої потужності закладів охорони здоров'я за пацієнта зростає конкуренція. На нашу думку, вирішальне значення в останній може мати підвищення якості медичної допомоги та рівня задоволеності пацієнта.

Перспективи подальших досліджень. Епідеміологічний аналіз у розрізі нозологічних форм хвороб сечостатевої системи та використання отриманих результатів у процесі розробки нових методів та засобів щодо покращення якості медичної допомоги пацієнтам урологічних відділень стаціонарів.

Список літератури

- Ефективний контроль якості медичної допомоги є пріоритетом МОЗ. URL: <https://moz.gov.ua/uk/efektivnij-kontrol-jakosti-medichnoi-dopomogi-e-prioritetom-moz>
- Puri I., Hollingshead C. M., Tadi P. Quality Improvement. In StatPearls. StatPearls Publishing. [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. PMID: 32310557.
- Talavera J. O. DIA-Person Integration Model to increase the quality of teaching, research and medical care. A person-oriented strategy. Modelo de Integración DIA-Persona para incrementar la calidad de la docencia, investigación y atención médica. Estrategia orientada a la persona. *Gaceta medica de Mexico*, 2022. Vol. 158(4). P. 242–248. URL: <https://doi.org/10.24875/GMM.M22000683>
- Anheuser P., Michels G., Gakis G., Neisius A., Steffens J., & Kranz J. Positionspapier des Arbeitskreises „Urologische Akutmedizin“ [Position paper of the working group Urological Acute Medicine]. *Urologie* (Heidelberg, Germany). 2023. Vol. 62(9). P. 936–940. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00120-023-02090-9>
- Kinnear N., Herath M., Barnett D., Hennessey D., Dobbins C., Sammour T., Moore J. A systematic review of dedicated models of care for emergency urological patients. *Asian journal of urology*. 2021. Vol. 8(3). P. 315–323. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajur.2020.06.006>
- Timchenko N., Gutor T. Dynamics of miscarriage among the female population of fertile age in Ukraine and in Lviv region in 2014–2021. *Acta Medica Leopoliensia*. 2022. Vol. 28(3–4). P. 72–86. DOI: <https://doi.org/10.25040/aml2022.3-4.072>
- Pap R., Lockwood C., Stephenson M., Simpson P. Indicators to measure prehospital care quality: a scoping review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*. 2018. Vol. 16(11). P. 2192–2223. DOI: <https://doi.org/10.11124/JBISIRIR-2017-003742>

8. Amparore D., Campi R., Checcucci E., Sessa F., Pecoraro A., Minervini A., Fiori C., Ficarra V., Novara G., Serni S., Porpiglia F. Forecasting the Future of Urology Practice: A Comprehensive Review of the Recommendations by International and European Associations on Priority Procedures During the COVID-19 Pandemic. *European urology focus*. 2020. Vol. 6(5). P.1032–1048. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.euf.2020.05.007>
9. Shahraz S., Shahin S., Farzi Y., Modirian M., Shahbal N., Azmin M., Mohebi F., Naderian M., Amin-Esmaili M., Ahmadi N., Seyfi S., Zokaei H., Samadi R., Mohajer B., Sherafat-Kazemzadeh R., Balouchi A., Mesgarpour B., Parsaeian M., Gorgani F., Rahimi S., ... Khatibzadeh, S. Iran Quality of Care in Medicine Program (IQCAMP): Design and Outcomes. *Archives of Iranian medicine*. 2023. Vol. 26(3). P. 126–137. DOI: <https://doi.org/10.34172/aim.2023.21>
10. Дані Державної служби статистики. DOI: https://ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2022/ds/kn/arh_kn2022_u.html
11. Дані служби соціального захисту населення України. DOI: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2023/zb/10/zb_szn_2022.pdf
12. Дані Звіту Міжнародного валютного фонду. DOI: <https://www.imf.org/en/Countries/UKR>
13. Звіти МОЗ. DOI: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanMMXIX.html>

References

1. Efektyvnyy kontrol' yakosti medychnoyi dopomohy ye priorytetom MOZ [Effective quality control of medical care is a priority of the Ministry of Health]. Retrieved from: <https://moz.gov.ua/uk/efektivnij-kontrol-jakosti-medichnoi-dopomogi-e-prioritetom-moz> [in Ukrainian].
2. Puri, I., Hollingshead, C. M., & Tadi, P. (2023). Quality Improvement. In StatPearls. StatPearls Publishing. [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–. PMID: 32310557.
3. Talavera, J. O. (2022). DIA-Person Integration Model to increase the quality of teaching, research and medical care. A person-oriented strategy. Modelo de Integración DIA-Persona para incrementar la calidad de la docencia, investigación y atención médica. Estrategia orientada a la persona. *Gaceta medica de Mexico*, 158(4), 242–248. DOI: <https://doi.org/10.24875/GMM.M22000683>
4. Anheuser, P., Michels, G., Gakis, G., Neisius, A., Steffens, J., & Kranz, J. (2023). Positionspapier des Arbeitskreises „Urologische Akutmedizin“ [Position paper of the working group Urological Acute Medicine]. *Urologie (Heidelberg, Germany)*, 62(9), 936–940. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00120-023-02090-9>
5. Kinnear, N., Herath, M., Barnett, D., Hennessey, D., Dobbins, C., Sammour, T., & Moore, J. (2021). A systematic review of dedicated models of care for emergency urological patients. *Asian journal of urology*, 8(3), 315–323. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajur.2020.06.006>
6. Timchenko, N., & Gutor, T. (2022). Dynamics of miscarriage among the female population of fertile age in Ukraine and in Lviv region in 2014–2021. *Acta Medica Leopoliensia*, 28(3-4), 72–86. DOI: <https://doi.org/10.25040/aml2022.3-4.072>
7. Pap, R., Lockwood, C., Stephenson, M., & Simpson, P. (2018). Indicators to measure prehospital care quality: a scoping review. *JBISIRIR-2017-003742*. DOI: <https://doi.org/10.11124/JBISIRIR-2017-003742>
8. Amparore, D., Campi, R., Checcucci, E., Sessa, F., Pecoraro, A., Minervini, A., ... & Porpiglia, F. (2020). Forecasting the Future of Urology Practice: A Comprehensive Review of the Recommendations by International and European Associations on Priority Procedures During the COVID-19 Pandemic. *European urology focus*, 6(5), 1032–1048. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.euf.2020.05.007>
9. Shahraz, S., Shahin, S., Farzi, Y., Modirian, M., Shahbal, N., Azmin, M., ... & Khatibzadeh, S. (2023). Iran Quality of Care in Medicine Program (IQCAMP): Design and Outcomes. *Archives of Iranian medicine*, 26(3), 126–137. DOI: <https://doi.org/10.34172/aim.2023.21>
10. Dani Derzhavnoyi sluzhby statystyky Ukrayiny [Data of the State Statistics Service of Ukraine]. Retrieved from: https://ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2022/ds/kn/arh_kn2022_u.html [in Ukrainian].
11. Dani sluzhby sotsial'noho zakhystu naselennya Ukrayiny [Data of the social protection service of the population of Ukraine]. Retrieved from: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2023/zb/10/zb_szn_2022.pdf [in Ukrainian].
12. Dani Zvitu Mizhnarodnoho valyutnoho fondu [Data from the Report of the International Monetary Fund]. Retrieved from: <https://www.imf.org/en/Countries/UKR> [in Ukrainian].
13. Zvity MOZ [Reports of the Ministry of Health]. Retrieved from: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanMMXIX.html> [in Ukrainian].

EPIDEMIOLOGY OF HOSPITALIZED MORBIDITY FOR THE GENITOURINARY SYSTEM DISEASES AMONG THE UKRAINE POPULATION FOR THE 2014-2023 PERIOD

T. G. Gutor, A. B. Zimenkovsky

State non-profit enterprise “Danylo Halytsky Lviv National Medical University”, Lviv, Ukraine

Objective. To substantiate the epidemiological component of the current state and trends in the spread of urogenital diseases with the aim of identifying and refining approaches to improving the quality of medical care, including for patients with urogenital pathologies.

Materials and Methods. A retrospective analysis of hospital morbidity and disability rates due to urogenital diseases among the population of Ukraine was conducted for the period from 2014 to 2023. Statistical data from the

State Statistics Service and the Ministry of Health of Ukraine were used. The methods of a systematic approach, structural and logical, and medical and statistical analyses were used in the study.

Results and Discussion. Over the 10-year period analyzed (2014–2023), the absolute indicators and morbidity rates of urogenital diseases in Ukraine and the vast majority of its regions tended to decrease from 2016 to 2020, followed by a gradual increase from 2021 to 2023. A sharp decline in hospitalizations (by more than 30%) due to urogenital diseases in 2020 across all regions of Ukraine can be attributed to the impact of the COVID-19 pandemic.

The indicators of primary disability caused by urogenital diseases among the population of Ukraine tended to decrease in 2014–2017 and 2019–2020, while an upward trend was observed in 2018 and 2021–2023. At the same time, the disability rate in 2023 was twice as high as the corresponding level in 2014.

Conclusions. The results of the epidemiological analysis of urogenital diseases can, in our opinion, be used to improve the quality of urological care. With the preserved capacity of healthcare facilities, competition for patients is increasing, and one of the decisive factors in this competition is likely to be an improvement in the quality of medical care and patient satisfaction.

KEY WORDS: quality of medical care; urogenital diseases; epidemiology; disability; morbidity.

Рукопис надійшов до редакції 08.04.2025

Відомості про авторів:

Гутор Тарас Григорович – кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Державного некомерційного підприємства «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»; ORCID <https://orcid.org/0000-0002-3754-578X>.

Зіменковський Андрій Борисович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри менеджменту в охороні здоров'я, фармакотерапії і клінічної фармації Державного некомерційного підприємства «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»; ORCID <https://orcid.org/0000-0002-9649-293X>.

Електронна адреса для листування: taras_gutor@ukr.net

Н. М. КАЛИНЮК, В. М. ШЕВЧУК

СИСТЕМА ВИЯВЛЕННЯ ХВОРОБ НА РАННІЙ СТАДІЇ НА ОСНОВІ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ – MISU

Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Мета: розробити та обґрунтувати підходи до впровадження цифрових інструментів моніторингу стану здоров'я на основі кейсу MISU – з акцентом на використання AI, інтеграцію даних із носимих пристроїв, аналіз сімейного анамнезу (FHH) та створення єдиної екосистеми запобігання, прогнозування й реагування на зміни стану здоров'я населення.

Матеріали і методи. Для досягнення поставленої мети використано загальнонаукові та математичні методи дослідження. Матеріалами дослідження стали вітчизняні й зарубіжні IT-рішення, ШІ, Математичні моделі. Також у статті використано матеріали з Кваліфікаційної роботи.

Результати. Аналіз проблем первинної медицини та можливостей ШІ, наявних рішень у світі та функціоналу ШІ, дозволили виявити спільні риси та відмінності в їх можливому спільному функціонуванні в різних країнах, напрямках, рішеннях. Уже є спільні моделі застосування в українських цифрових медичних рішеннях, і ось опис, як це може працювати:

CheckEye – AI для раннього виявлення офтальмологічних ускладнень.

CheckEye – українська AI-платформа для діагностики діабетичної ретинопатії за допомогою аналізу зображень очного дна. Система здатна виявляти патології на ранніх стадіях з точністю понад 90%, що дає змогу уникнути втрати зору в пацієнтів із цукровим діабетом.

Інтеграційний потенціал з MISU: Платформа MISU може використовувати API CheckEye для автоматичного перенаправлення пацієнтів у групу ризику для подальшого офтальмологічного обстеження або добору реабілітаційної підтримки.

Mark – AI для аналізу медичних зображень.

Mark – український стартап, що створює сервіси для аналізу рентгенівських, КТ- та МРТ-знімків. Платформа використовує глибоке навчання для автоматичного виявлення патологій, як-от пневмонія, туберкульоз, онкопроцеси.

Інтеграційний потенціал з MISU: Додавання Mark до MISU дасть змогу миттєво аналізувати зображення з польових умов, зокрема в межах військової медицини, реабілітації або мобільних діагностичних пунктів.

Висновки. Впровадження платформи MISU в українських медичних закладах демонструє високий потенціал для трансформації системи охорони здоров'я. Завдяки її здатності автоматизувати численні процеси, зокрема виявлення стресу, моніторинг стану здоров'я військовослужбовців, підтримку реабілітації пацієнтів, прогнозування хвороб та зниження навантаження на лікарів, MISU може стати важливим інструментом для забезпечення ефективного і своєчасного медичного обслуговування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: громадське здоров'я; охорона здоров'я; MISU; FHH; AI; API.

Вступ. Штучний інтелект – один з найбільш революційних винаходів XXI століття. Штучний інтелект – це набір технологій і методів, які дають змогу машинам імітувати людські когнітивні здібності. Системи штучного інтелекту можуть навчатися й вирішувати проблеми в спосіб, який стає дедалі більш схожим на людський. Ключову роль відіграє машинне та глибоке навчання, яке дає змогу алгоритмам оптимізувати себе на основі даних. Застосування штучного інтелекту майже безмежне: від генерації контенту – текстів, як це роблять ChatGPT і Bard, або зображень у Midjourney і DALL-E-3 до перекладу – дуже корисного для міжнародного

бізнесу, розпізнавання зображень і звуків – використовується, наприклад, для контролю робочого середовища за допомогою камер або записів розмов у колцентрі, до розширеного аналізу даних з різних джерел – від соціальних мереж до промислових датчиків.

Мета: розробити та обґрунтувати підходи до впровадження цифрових інструментів моніторингу стану здоров'я на основі кейсу MISU – з акцентом на використання AI, інтеграцію даних із носимих пристроїв, аналіз сімейного анамнезу (FHH) та створення єдиної екосистеми запобігання, прогнозування й реагування на зміни стану здоров'я населення.

Матеріали і методи. Для досягнення поставленої мети використано загальнонаукові та математичні методи дослідження. Матеріалами дослідження стали вітчизняні й зарубіжні ІТ-рішення, ШІ, Математичні моделі. Також у статті використано матеріали з Кваліфікаційної роботи.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз проблем первинної медицини та можливостей ШІ, наявних рішень у світі й функціоналу ШІ, дали змогу виявити спільні риси та відмінності в їх можливому спільному функціонуванні в різних країнах, напрямках, рішеннях. Уже є спільні моделі застосування в українських цифрових медичних рішеннях, і ось опис, як це може працювати:

CheckEye – AI для раннього виявлення офтальмологічних ускладнень.

CheckEye – українська AI-платформа для діагностики діабетичної ретинопатії за допомогою аналізу зображень очного дна. Система здатна виявляти патології на ранніх стадіях з точністю понад 90%, що дає змогу уникнути втрати зору в пацієнтів із цукровим діабетом.

Інтеграційний потенціал з MISU: Платформа MISU може використовувати API CheckEye для автоматичного перенаправлення пацієнтів у групу ризику для подальшого офтальмологічного обстеження або добору реабілітаційної підтримки.

Mark – AI для аналізу медичних зображень.

Mark – український стартап, що створює сервіси для аналізу рентгенівських, КТ- та МРТ-знімків. Платформа використовує глибоке навчання для автоматичного виявлення патологій, як-от пневмонія, туберкульоз, онкопроцеси.

Інтеграційний потенціал з MISU: Додавання Mark до MISU дасть змогу миттєво аналізувати зображення з польових умов, зокрема в межах військової медицини, реабілітації або мобільних діагностичних пунктів.

Результати дослідження та їх обговорення. Останні кілька років, застосування ШІ в галузі медицини, мається на увазі як первинна медицина, так і вторинна, щороку зростає найбільшими темпами, порівняно з еволюцією інших інструментів. Це відбувається насамперед тому, що за допомогою ШІ вирішують основні проблеми, які неможливо було вирішити так швидко й ефективно до ШІ:

1. Аналіз хвороб, чинників їх появи.
2. Моніторинг стану здоров'я в LIVE режимі.
3. Аналіз спадковості та визначення взаємозв'язків.
4. Рекомендації щодо застосування тих чи інших ліків залежно від перебігу хвороби.
5. Зменшення навантаженості на лікарів.
6. Аналіз отриманих результатів.
7. Автоматизація первинної медицини та синхронізація різнотипних даних.

Описані вище проблеми є основними рушіями розвитку та застосування ШІ і, відповідно, тими

таргетами, на які спирається сучасна МІС з ШІ і які вирішуються з різних рішень та застосовуються в подальшому як лікарями, так і пацієнтами.

MISU (Medical Information Systems Ukraine) є інноваційною платформою, яка інтегрує сучасні цифрові технології для покращення якості медичних послуг. Основна мета MISU – забезпечити ефективний моніторинг здоров'я пацієнтів, автоматизувати процеси діагностики та лікування, а також надавати персоналізовані рекомендації на основі аналізу великих обсягів медичних даних. Нижче детально розглянуті ключові функціональні можливості платформи з використанням медичних термінів, формул та наукового підходу.

Моніторинг здоров'я в реальному часі.

Моніторинг здоров'я в реальному часі є однією з ключових функцій MISU. Ця функція базується на інтеграції платформи з wearable-пристроями, як-от смартгодинники та фітнес-трекери, які збирають фізіологічні дані.

- Збір та аналіз фізіологічних показників:

MISU збирає такі дані, як:

о Серцевий ритм (HR, Heart Rate): нормальний діапазон для дорослих – 60–100 уд./хв.

о Рівень кисню в крові (SpO₂): норма – 95–100%.

о Артеріальний тиск (BP, Blood Pressure): норма – 120/80 мм рт. ст.

о Кількість пройдених кроків (Step Count): рекомендована норма – 8 000–10 000 кроків на день [1].

Дані аналізують за допомогою AI-алгоритмів, які використовують методи машинного навчання, зокрема лінійну регресію для прогнозування стану здоров'я:

$$y = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_n x_n \quad y = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_n x_n$$

де y – прогнозований стан здоров'я, β – коефіцієнти, x – вхідні дані (наприклад, серцевий ритм, рівень кисню).

- Виявлення аномалій:

Якщо дані виходять за межі норми, система використовує алгоритми кластеризації (наприклад, k-means) для виявлення аномалій:

$$\arg \min_i \sum_{j=1}^k \sum_{x \in S_i} \|x - \mu_i\|^2 \quad \arg \min_i \sum_{j=1}^k \sum_{x \in S_i} \|x - \mu_i\|^2$$

де SS – кластери даних, μ_i – центроїди кластерів.

Наприклад, якщо серцевий ритм пацієнта перевищує 120 уд./хв. в стані спокою, система класифікує це як тахікардію та надсилає сповіщення лікарю [2].

Аналіз сімейного анамнезу (FHH).

Сімейний анамнез (FHH) є критичним фактором для оцінки ризиків захворювань. MISU використовує AI для автоматизації аналізу FHH, що дозволяє виявляти спадкові захворювання на ранніх стадіях.

- Збір та структурування даних:

Пацієнт вводить дані про захворювання, які були діагностовані у його родичів. Наприклад:

- серцево-судинні захворювання (ССЗ): ішемічна хвороба серця, гіпертонія;
- онкологічні захворювання: рак молочної залози, колоректальний рак;
- ендокринні захворювання: діабет, гіпотиреоз

[3].

- Оцінка ризиків:

Для оцінки ризиків використовується баєсівський підхід:

$$P(A|B) = P(B|A) \cdot P(A) / P(B)$$

де $P(A|B)$ – імовірність захворювання за наявності сімейного анамнезу, $P(B|A)$ – імовірність сімейного анамнезу за наявності захворювання, $P(A)$ – загальна ймовірність захворювання.

Наприклад, якщо в пацієнта є сімейний анамнез діабету 2 типу, система розраховує імовірність

розвитку захворювання та рекомендує проходити регулярні обстеження.

Висновки. Функціональні можливості MISU свідчать про її високу інноваційність і здатність революціонізувати підходи до моніторингу та управління здоров'ям. Інтеграція передових технологій, як-от штучний інтелект, аналіз великих даних та wearable-пристрої, дає змогу системі здійснювати постійний моніторинг фізіологічних параметрів пацієнтів у реальному часі, що є надзвичайно важливим для раннього виявлення аномалій та швидкої реакції на потенційні загрози для здоров'я. Використання алгоритмів машинного навчання для обробки й аналізу даних, як-от серцевий ритм, артеріальний тиск, рівень кисню в крові та кількість кроків, дає змогу системі не тільки виявляти відхилення від норми, а й прогнозувати можливі захворювання на основі аналізу цих даних.

Список літератури

1. Глоба К., Вахліс І. Закон України «Про штучний інтелект»: він є? *Юридична газета*. 2023. URL: <https://yur-gazeta.com/publications/practice/informatsiynne-pravo-telekomunikatsiyi/-zakon--ukrayini-proshtuchnyi-intelekt-vin-e.html>
2. Діордіца І.В. Адміністративно-правове регулювання кібербезпеки України : автореф. дис. ... докт. юрид. наук. Запорозький національний університет. 2018. 38 с. URL: http://phd.znu.edu.ua/page/aref/07_2018/Diorditsa_aref.pdf
3. До правового регулювання штучного інтелекту. URL: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-21472021000200035
4. Зачек О. І., Дмитрик Ю. І., Сенік В. В. Роль штучного інтелекту в підвищенні ефективності правоохоронної діяльності. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2023. № 3. С. 148–156.
5. Клян А. Правове регулювання штучного інтелекту в Україні та світі. *Golaw*. 2022. 3 лютого. URL: <https://golaw.ua/ua/insights/publication/pravove-regulyuvannya-shtuchnogo-intelektu-v-ukrayini-ta-sviti/>
6. Кодекс суддівської етики. Рішення XX чергового з'їзду суддів України 18 вересня 2024 року. URL: <https://rsu.gov.ua/ua/news/kodeks-suddivskoi-etiki>
7. Конституція України : Закон України від 28 червня 1996 р. № 256к/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. Ст. 141 (в чинній редакції від 01.01.2020 р.).
8. Муравська Ю., Сліпченко Т. Правове регулювання штучного інтелекту в Україні та світі. *Актуальні проблеми правознавства*. 2024. Випуск 1 (37). С.188–195.
9. Негребецький В. Використання систем штучного інтелекту у боротьбі зі злочинністю: огляд та перспективи. *Українська поліцейстика: теорія, законодавство, практика*. 2024. № 1 (9). С. 66–70.
10. Про схвалення Концепції розвитку штучного інтелекту в Україні : Розпорядження Кабінету міністрів України від 2 грудня 2020 р. № 1556-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-2020-%D1%80#Text>
11. Професійний стандарт «Суддя». URL: <https://uba.ua/documents>

References

1. Hloba, K., & Vakhlis, I. (2023). Zakon Ukrainy "Pro shtuchnyi intelekt": vin ye? [Law of Ukraine "On Artificial Intelligence": Does it Exist?]. *Yurydychna hazeta – Legal Newspaper*. Retrieved from: <https://yur-gazeta.com/publications/practice/informatsiynne-pravo-telekomunikatsiyi/-zakon--ukrayini-proshtuchnyi-intelekt-vin-e.html> [in Ukrainian].
2. Diorditsa, I.V. (2018). Administratyvno-pravove rehulivannia kiberbezpeky Ukrainy [Administrative and Legal Regulation of Ukraine's Cybersecurity] (Doctoral dissertation abstract). Zaporizkyi natsionalnyi universytet. Retrieved from: http://phd.znu.edu.ua/page/aref/07_2018/Diorditsa_aref.pdf [in Ukrainian].
3. Do pravovoho rehulivannia shtuchnogo intelektu [On the Legal Regulation of Artificial Intelligence]. (n.d.). Retrieved from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-21472021000200035 [in Ukrainian].
4. Zachek, O.I., Dmytryk, Yu.I., & Senyk, V.V. (2023). Rol shtuchnogo intelektu v pidvyshchenni efektyvnosti pravoohoronnoi diialnosti [The Role of Artificial Intelligence in Enhancing Law Enforcement Efficiency]. *Naukovyi visnyk Lvivskoho derzhavnogo universytetu vnutrishnikh sprav – Scientific Bulletin of Lviv State University of Internal Affairs*, 3, 148–156. [in Ukrainian].
5. Klian, A. (2022, February 3). Pravove rehulivannia shtuchnogo intelektu v Ukraini ta sviti [Legal Regulation of Artificial Intelligence in Ukraine and the World]. *Golaw*. Retrieved from: <https://golaw.ua/ua/insights/publication/pravove-regulyuvannya-shtuchnogo-intelektu-v-ukrayini-ta-sviti/> [in Ukrainian].

6. Kodeks suddivskoi etyky: Rishennia XX chergovoho z'izdu suddiv Ukrainy 18 veresnia 2024 roku [Code of Judicial Ethics: Decision of the 20th Regular Congress of Judges of Ukraine on September 18, 2024]. Retrieved from: <https://rsu.gov.ua/ua/news/kodeks-suddivskoi-etiki> [in Ukrainian].
7. Konstytutsiia Ukrainy: Zakon Ukrainy vid 28 chervnia 1996 r. № 256k/96-VR [Constitution of Ukraine: Law of Ukraine from June 28, 1996, No. 256k/96-VR]. Vidomosti Verkhovnoi Rady Ukrainy – Official Bulletin of the Verkhovna Rada of Ukraine, 1996, No. 30, St. 141 (as amended on 01.01.2020). [in Ukrainian].
8. Muravska, Yu., & Slipchenko, T. (2024). Pravove rehuliuвання shtuchnoho intelektu v Ukraini ta sviti [Legal Regulation of Artificial Intelligence in Ukraine and the World]. Aktualni problemy pravo navstva – Current Issues of Law, 1(37), 188–195. [in Ukrainian].
9. Nehrebetskyi, V. (2024). Vykorystannia system shtuchnoho intelektu u borotbi zi zlochynnistiu: ohliad ta perspektyvy [Use of Artificial Intelligence Systems in Crime Prevention: Review and Prospects]. Ukrainska politseistyka: teoriia, zakonodavstvo, praktyka – Ukrainian Police Science: Theory, Legislation, Practice, 1(9), 66–70. [in Ukrainian].
10. Pro skhvalennia Kontseptsii rozvytku shtuchnoho intelektu v Ukraini: Rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 2 hrudnia 2020 r. № 1556-r [On Approval of the Concept of Artificial Intelligence Development in Ukraine: Order of the Cabinet of Ministers of Ukraine from December 2, 2020, No. 1556-r]. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-2020-p#Text> [in Ukrainian].
11. Profesiyni standart "Suddia" [Professional Standard "Judge"]. Retrieved from: <https://uba.ua/documents> [in Ukrainian].

EARLY-STAGE DISEASE DETECTION SYSTEM BASED ON AI – MISU

N. M. Kalyniuk, V. M. Shevchuk

Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

Research Objective. The development and justification of approaches for implementing digital health monitoring tools based on the MISU case – with an emphasis on the use of AI, integration of data from wearable devices, analysis of family health history (FHH), and the creation of a unified ecosystem for prevention, prediction, and response to changes in population health.

Materials and Methods. To achieve the stated objective, general scientific and mathematical research methods were used. The research materials included domestic and international IT solutions, AI technologies, and mathematical models. The article also incorporates materials from the Qualification Project.

Results. An analysis of primary healthcare challenges, AI capabilities, existing global solutions, and AI functionalities revealed commonalities and differences in their potential for combined use across various countries, fields, and solutions. Joint application models already exist within Ukrainian digital healthcare solutions, and here is a description of how they can function:

- CheckEye – AI for Early Detection of Ophthalmic Complications CheckEye is a Ukrainian AI platform for diagnosing diabetic retinopathy through retinal image analysis. The system can detect pathologies at early stages with over 90% accuracy, helping to prevent vision loss in diabetic patients.
- Integration potential with MISU: The MISU platform can utilize the CheckEye API for automatic referral of patients in risk groups for further ophthalmologic examination or rehabilitation support.
- Mark – AI for Medical Image Analysis Mark is a Ukrainian startup creating services for analyzing X-rays, CT scans, and MRI images. The platform uses deep learning to automatically detect pathologies such as pneumonia, tuberculosis, and oncological processes.
- Integration potential with MISU: Adding Mark to MISU would allow for instant analysis of images from field conditions, particularly within military medicine, rehabilitation, or mobile diagnostic units.

Conclusions: The implementation of the MISU platform in Ukrainian medical institutions demonstrates a strong potential for transforming the healthcare system. Thanks to its ability to automate numerous processes – including stress detection, health monitoring of military personnel, patient rehabilitation support, disease prediction, and workload reduction for physicians – MISU can become a vital tool for ensuring efficient and timely healthcare delivery.

KEY WORDS: public health; healthcare; MISU; FHH; AI; API.

Рукопис надійшов до редакції 30.04.2025

Відомості про авторів:

Калинюк Наталя Миколаївна – кандидатка юридичних наук, доцентка, доцентка кафедри педагогіки вищої школи та суспільних дисциплін Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.

Шевчук Володимир Миколайович – здобувач вищої освіти спеціальності 229 «Громадське здоров'я», Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.

Електронна адреса для листування: kalunyknm@tdmu.edu.ua

Н. Я. ПАНЧИШИН, Г. О. ВАЩЕНКО, О. Я. ГАЛИЦЬКА-ХАРХАЛІС

АДАПТАЦІЯ ДО ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВ ПІД ЧАС НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПОРАНЕНИМ

Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Мета: дослідити особливості адаптації медиків до екстремальних умов війни під час надання домедичної та медичної допомоги пораненим, з метою виявлення ключових проблем і розробки рекомендацій для підтримки медиків у бойовій зоні.

Матеріали та методи. Застосовано метод анкетування з участю 224 респондентів, які мають досвід надання допомоги в умовах бойових дій. Дослідження проведено у два етапи з використанням кількісного (описова статистика, порівняльний аналіз) та якісного (тематичний аналіз відкритих відповідей) підходів.

Матеріали статті використані під час написання кваліфікаційної роботи.

Результати. Установлено високий рівень фізичного та емоційного виснаження серед медиків, хронічний дефіцит сну, високий рівень стресу та недостатній доступ до психологічної підтримки. Найвагомішими ресурсами адаптації є позитивна командна атмосфера, саморегуляція і підтримка родини. Відкриті відповіді вказують на потребу системних змін: регулярні ротації, належне забезпечення, кваліфіковане командування, тренінги з управління стресом.

Висновки. Адаптація до бойових умов є багатовимірним процесом, що вимагає комплексної підтримки на фізіологічному, психологічному та організаційному рівнях. Потребує впровадження системної програми підтримки медиків в умовах бойових дій: обов'язкові тренінги з управління стресом, удосконалення симуляційних тренінгів, покращення матеріально-технічного забезпечення, психологічний супровід і розвиток командної взаємодії. Рекомендовано створення міждисциплінарних програм підготовки та підтримки медиків у бойовій зоні.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: тактична медицина; стрес, домедична допомога; адаптація; бойові медики; саморегуляція.

Вступ. Надання медичної допомоги в умовах екстремальних ситуацій супроводжується значними фізіологічними, психологічними та організаційними викликами для фахівців. Адаптація до динамічно змінюваного середовища, обмеженість ресурсів, високий рівень ризику й необхідність оперативного ухвалення рішень вимагають від медичного персоналу не лише професійної підготовки, а й здатності до стресостійкості та ефективного функціонування в надзвичайних обставинах [1; 2].

Війна є однією з найекстремальніших ситуацій, у яку може потрапити людина. Надзвичайно велика кількість летальних випадків на полі бою трапляється ще до прибуття пораненого до медичного закладу, тому першочергове значення має ефективність домедичної допомоги безпосередньо на місці події [3; 4]. Звичайно, ефективність дій напряду залежить від фізичного та емоційного стану тих, хто цю допомогу надає. Саме тому дослідження адаптації медиків до бойових умов є критичним як з погляду клінічного результату, так і з позицій збереження їхньої професійної спроможності [5].

Мета: виявити стресові фактори, що супроводжують надання допомоги в екстремальних умовах, та визначити ресурси адаптації, які дають змогу медикам підтримувати ефективність і психологічну стійкість.

Матеріали та методи. Опитування було анонімним й охоплювало демографічні характеристики, досвід бойової діяльності, рівень фізичного та емоційного виснаження, стресові фактори, методи саморегуляції, підтримку з боку колег та родини, а також досвід тренінгів. Загальна вибірка становила 224 особи, які мають досвід надання допомоги в зоні бойових дій. Вибірка вмішувала представників різних рівнів допомоги: від бійців-рятувальників та бойових медиків без спеціалізованої освіти до осіб з вищою медичною освітою, тож поняття «медик» у межах дослідження є узагальненим. Переважна частина респондентів (69,2%) не має вищої медичної освіти, що відображає реальний розподіл навантаження в бойових умовах. Найбільше представлено такі рівні надання допомоги, як медик підрозділу (25%), медсестра (20,5%) та кейс-сестра (14,7%). Понад дві третини респондентів (68,3%) мають бойовий

досвід тривалістю понад один рік. За віком більшість респондентів була молодшою за 35 років, що свідчить про залучення до виконання завдань переважно молодого персоналу. Аналіз даних показав, що найбільша частка респондентів – особи віком до 35 років (67%). Чоловіки становили 66,1%, жінки – 33,9%.

Результати дослідження та їх обговорення.

Аналіз відповідей респондентів на питання, спрямовані на оцінку рівня фізичного та емоційного виснаження, виявив високий ступінь поширеності цих станів серед військовослужбовців, що надають медичну допомогу в умовах бойових дій. Майже половина респондентів (49,6%) відчуває фізичне виснаження «часто» або «дуже часто», дефіцит сну – 60,7%, вигорання – 49,1%. Високий або дуже високий рівень стресу зазначили 53,5%, при цьому 89,7% регулярно відчувають нестачу відпочинку. Незважаючи на ці навантаження, 81,2% оцінюють свої адаптаційні можливості як «схожі» або «кращі» порівняно з колегами, а 73,3% позитивно характеризують атмосферу в команді. Це вказує на наявність внутрішніх і зовнішніх ресурсів, які сприяють підтриманню функціональності навіть за високого рівня стресу.

Ключовим аспектом дослідження стало вивчення усвідомлення військовослужбовцями загрози власному життю як потенційного стресового фактору. У першому етапі в анкеті не пропонувався відповідь «загроза власному життю», щоб дослідити спонтанне виявлення цього чинника. Відповідь надійшла від 184 респондентів. У другому етапі, коли цей варіант був доданий до списку стресорів, анкету заповнили 40 респондентів. Такий підхід дав змогу дослідити як свідомі, так і латентні стратегії подолання екзистенційного страху.

Провідними стресовими чинниками виявилися: невизначеність ситуації, втрата пацієнтів, нестача сну та відпочинку. Усвідомлення загрози власному життю характеризується амбівалентністю: у другій групі 16,7% ідентифікували «загрозу власному життю» як ключовий стресор. Натомість у першій групі, де цей варіант не пропонувався, лише один респондент згадав його спонтанно у відповіді на відкрите питання. Це дає змогу інтерпретувати таку поведінку як прояв психологічної захисної адаптації – мінімізації або витіснення екзистенційної тривоги заради збереження здатності до дій. Це вказує на наявність потужних захисних механізмів, які водночас становлять ризик для подальшого психічного здоров'я.

Ці результати підкреслюють важливість комплексного та нюансованого підходу до розуміння стресових факторів у медиків, що передбачає врахування не лише явних операційних стресорів, а й глибинних, часто неявних, екзистенційних занепокоєнь, зокрема страху смерті та каліцтва.

Розробка програм психологічної підтримки та підготовки військовослужбовців повинна враховувати як свідомі, так і несвідомі стратегії адаптації, а також можливість трансформації адаптивних у короткостроковій перспективі механізмів у потенційно дезадаптивні в довгостроковій перспективі.

Серед методів саморегуляції переважає спілкування з близькими (41,2%), фізичні вправи (26,9%) та медитація (14,8%). Проте 7% респондентів взагалі не використовують жодних технік саморегуляції. Хоча 78,6% визнають важливість психологічної підтримки, лише 21% зверталися по неї хоча б іноді. Це свідчить про наявність бар'єрів до отримання допомоги – стигматизацію, відсутність часу або доступу до фахівців.

Аналіз відповідей на відкрите питання «що могло б покращити здатність працювати» показав, що найчастіше згадуваними є такі категорії: регулярні ротації, покращення матеріального забезпечення, професійна підготовка та якісне командування. Також значущими виявилися психологічна підтримка, зниження бюрократичного навантаження, впевненість у завтрашньому дні, доступ до сім'ї. Респонденти прямо вказували на потребу відновлення: «нормальні ротації», «відпочинок рівний по тривалості часу служби в зоні бойових дій», «зміна обстановки у тиловий шпиталь». Важливу роль відіграє командна атмосфера та підтримка: «теплі колективи», «злагодаженість команди», «командир, який не заважає працювати».

Отже, результати дослідження поглиблюють розуміння адаптації медиків до екстремальних умов війни та слугують підґрунтям для вдосконалення системи підготовки, підтримки й збереження психічного здоров'я військових та цивільних, залучених до надання допомоги пораненим у зоні бойових дій.

Висновки. Отримані результати вказують на гостру необхідність урегулювати механізми регулярних ротацій медиків та планового відпочинку в безпечному середовищі. Також потребує впровадження системна програма підтримки медиків в умовах бойових дій: обов'язкові тренінги з управління стресом, вдосконалення симуляційних тренінгів, покращення матеріально-технічного забезпечення, психологічний супровід і розвиток командної взаємодії.

Перспективи подальших досліджень полягають у поглибленому вивченні усвідомлення загрози власному життю та розробки рекомендацій із запобігання ПТСР. Адже виявлена амбівалентність у сприйнятті загрози життю свідчить про активну дію психологічних механізмів захисту, які забезпечують ефективність у короткостроковій перспективі, але потребують подальшого супроводу для зниження ризику посттравматичних розладів.

Список літератури

1. Бойко А. Психологія адаптації особистості в умовах воєнних дій. *Вчені записки*. 2024. № 1. С. 1–5. URL: https://www.psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/4_2024/3.pdf (дата звернення: 04.11.2024).
2. Шутяк І., Любичський М. Психологія екстремальних ситуацій у сучасній Україні. *Modern engineering and innovative technologies*. 2023. № 29–03. С. 51–56. DOI: <https://doi.org/10.30890/2567-5273.2023-29-03-021>.
3. Кравчук В. В., Пономаренко О. А., Шевчук І. С. та ін. Основи тактичної медицини : навчальний посібник. Хмельницький : Видавництво НАДПСУ, 2017. 168 с.
4. Перша домедична допомога в умовах війни. Prometheus. URL: <https://prometheus.org.ua/prometheus-free/first-aid-during-war/> (дата звернення: 29.01.2025).
5. Павлюк М. М., Овдій І. В. Психологічна адаптація військовослужбовців Збройних Сил України. *Вісник Національного університету оборони України*. Вип. 6 (70). Питання психології. 2022. С. 134–141.

References

1. Boyko, A. (2024). Psykholohiya adaptatsiyi osobystosti v umovakh voyennykh diy [Psychology of personality adaptation in conditions of military action]. *Vcheni zapysky*, 1, 1–5. Retrieved from: https://www.psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/4_2024/3.pdf [in Ukrainian].
2. Shutyak, I., Lyubys'kyi, M. (2023). Psykholohiya ekstremal'nykh sytuatsiy u suchasniy Ukraini [Psychology of extreme situations in modern Ukraine]. *Modern engineering and innovative technologies*, 29–03, 51–56. DOI: <https://doi.org/10.30890/2567-5273.2023-29-03-021> [in Ukrainian].
3. Kravchuk, V.V., Ponomarenko, O.A., Shevchuk, I.S. et al. (2017). Osnovy taktychnoy medytsyny [Fundamentals of Tactical Medicine]. Khmelnytskyi : NADPSU Publishing House [in Ukrainian].
4. Persha domedychna dopomoha v umovakh viiny [First aid during war]. Prometheus. Available at: Retrieved from: <https://prometheus.org.ua/prometheus-free/first-aid-during-war/> [in Ukrainian].
5. Pavlyuk, M.M., Ovdii, I.V. (2022). Psykholohichna adaptatsiya viys'kovosluzhbovtziv Zbroynykh Syl Ukrainy [Psychological adaptation of servicemen of the Armed Forces of Ukraine]. *Visnyk Natsional'noho universytetu oborony Ukrainy*, 6 (70), 134–141 [in Ukrainian].

ADAPTATION TO EXTREME CONDITIONS DURING COMBAT CASUALTY CARE

N. Ya. Panchyshyn, H. O. Vashchenko, O. Ya. Halytska-Kharkhalis

Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

Purpose: to explore the adaptation of medical personnel to extreme conditions of war while delivering combat casualty care, in order to identify key challenges and develop recommendations for supporting medics in operational environments.

Materials and Methods. The study was based on a sociological survey of 224 respondents – health workers and students of medical universities with experience in providing combat casualty care. A questionnaire with closed and open-ended questions was used. Quantitative and qualitative content analysis was performed.

The materials of this article were used in writing the qualification paper.

Results. The findings reveal that the main factors hindering adaptation to combat conditions are high levels of stress, lack of prior psychological training, insufficient protective equipment, and the unpredictability of shelling or combat situations. At the same time, key adaptive resources include peer support, self-control skills, leadership presence, and the availability of medical supplies. Younger medics (under 25 years old) showed higher vulnerability to stressors compared to older age groups.

Conclusions. Adaptation to combat conditions is a multidimensional process that requires comprehensive support at the physiological, psychological and organizational levels. A systematic program of support for medics in combat conditions needs to be implemented: mandatory stress management training, improvement of simulation training, improvement of logistical support, psychological support and development of team interaction. It is recommended to create interdisciplinary programs for training and support for medics in the combat zone.

KEY WORDS: tactical medicine; combat casualty care; stress; adaptation; combat medics; self-regulation.

Рукопис надійшов до редакції 08.05.2025

Відомості про авторів:

Панчишин Наталія Ярославівна – кандидатка медичних наук, доцентка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5786-3083>.

Ващенко Ганна Олексіївна – здобувачка вищої освіти 2 року навчання за спеціальністю «Громадське здоров'я» медичного факультету Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.

Галицька-Хархаліс Олександра Ярославівна – кандидатка медичних наук, доцентка кафедри анатомії людини Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5205-4591>.

Електронна адреса для листування: panchyshyn@tdmu.edu.ua

М. Д. ДЯЧУК

ПРОФЕСІЙНА ІНТЕГРАЦІЯ ЯК ІНСТРУМЕНТ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Державна наукова установа «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я»
Державного управління справами, м. Київ, Україна

Мета: дослідити технології професійної інтеграції в багатопрофільному закладі охорони здоров'я.

Матеріали та методи. Матеріали дослідження – анкети з відповідями на відкриті запитання, доповнені більш детальними поясненнями респондентів. Методи: соціологічний (напівструктуровані глибинні інтерв'ю з 37 медичними працівниками); аналіз, узагальнення та триангуляція даних. База дослідження – Державна наукова установа «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» Державного управління справами (далі – ДНУ «ЦІТОС» ДУС) – багатопрофільний заклад охорони здоров'я, де надається первинна й спеціалізована медична допомога.

Результати. Установлено, що пацієнтоорієнтація, комунікація, координація, командна робота, переведення пацієнтів на інший рівень медичної допомоги без затримок, навчання пацієнтів самоконтролю клінічного стану, використання інформаційних систем, стандартів медичної допомоги та клінічних маршрутів пацієнта, безперервний професійний розвиток працівників активно використовують у ДНУ «ЦІТОС» ДУС.

Водночас лікарі загальної практики та медичні сестри обмежені в окремих функціях, що приводить до подовження клінічного маршруту пацієнта; лікарі-спеціалісти не завжди узгоджують з пацієнтом план лікування; дистанційне консультування пацієнтів проводять по телефону, без достатньої інформаційної підтримки лікаря; обмін знаннями, досвідом, інформацією щодо важких і нетипових випадків захворювань між лікарями первинної та спеціалізованої медичної допомоги не налагоджені.

Зовнішні комунікації обмежені: у лікарів немає міжпрофесійних контактів з колегами інших закладів охорони здоров'я; виписки зі стаціонарів надходять несвоєчасно або зовсім не надходять; відсутні наскрізні інформаційні системи; командний підхід між лікарями різних закладів не практикується.

Висновки. Виявлені проблеми як у межах багатопрофільного закладу охорони здоров'я, так і зовні потребують ухвалення управлінських рішень керівниками закладів охорони здоров'я та територіальними органами управління охороною здоров'я, направленими на вдосконалення професійної інтеграції.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: пацієнтоорієнтованість; команда; комунікація; координація; міжпрофесійна співпраця.

Вступ. Інтеграція визнається пріоритетним напрямом на сучасному етапі розвитку систем охорони здоров'я на шляху до покращення якості медичної допомоги. Медичні працівники та організація їх праці є рушійним складником інтеграції. Водночас традиційна культура професійної ізоляції, брак ресурсів, законодавство, що обмежує медичних працівників в обміні інформацією про пацієнтів і власний досвід, створюють професійні бар'єри до надання якісної медичної допомоги, зменшуючи її доступність і своєчасність [1; 2].

Експерти та науковці розглядають професійну інтеграцію як мультидисциплінарний підхід до лікування складних патологій, налагодження комунікацій, пацієнтоорієнтовану діяльність, роботу в команді, використання спільних протоколів лікування та інформаційних електронних систем, розвиток у медичних працівників навичок [3–5].

В Україні питанням професійної інтеграції в наукових дослідженнях приділяється недостатньо уваги, про що свідчать поодинокі роботи [6;

7]. Стан нерозкритої проблеми зумовлює актуальність дослідження, яка підсилюється зовнішніми викликами, коли проблеми фрагментації і дискординації медичних послуг, як прояви дезінтеграції, надзвичайно загострені.

Мета: дослідити, які технології професійної інтеграції запроваджені в рутинній діяльності медичних працівників багатопрофільного закладу охорони здоров'я.

Матеріали і методи дослідження. Методами дослідження обрані: соціологічний (напівструктуроване глибинне інтерв'ю з 37 медичними працівниками Державної наукової установи «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» Державного управління справами (далі – ДНУ «ЦІТОЗ» ДУС); аналіз і триангуляція даних; узагальнення результатів. Склад респондентів: 29 лікарів, з них 4 лікарі-терапевти та 8 лікарів загальної практики-сімейних лікарів (далі – ЗП-СЛ) лікарських амбулаторій; 11 лікарів-спеціалістів амбулаторно-поліклінічного відділення;

шість лікарів хірургічного стаціонару; 8 медичних сестер. Багатопрофільність і діяльність первинної, спеціалізованої амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги в єдиній установі зумовили припущення, що в роботі працівників цілком можлива дискоординація та дезінтеграція, підтвердити або спростувати яку можна, зокрема, шляхом проведення глибинного інтерв'ю серед лікарів і медичних сестер. Використання неоднорідного складу респондентів мало створити найбільш повну картину дійсного стану справ за визначеними темами завдяки різноманітним поглядам та досвіду учасників дослідження.

Матеріали дослідження: анкети з відповідями на відкриті запитання, доповнені записами під час опитування. Список відкритих запитань сформувааний на основі даних стандартизованих опитувальників [8–10]. Питання анкети були такими: 1. Чи можете ви назвати медичну допомогу вашому пацієнту орієнтованою на його потреби та сконцентрованою навколо його запитів? 2. Як відбувається координація та комунікації між надавачами послуг на одному та різних рівнях медичної допомоги? 3. Як відбувається координація догляду за пацієнтом при «переходах» на інший рівень медичної допомоги? 4. Як відбувається безперервний професійний розвиток медичних працівників?

Глибине інтерв'ю проводилось упродовж березня – квітня 2025 року.

Усі респонденти перед початком інтерв'ю були ознайомлені з темами дослідження, можливістю уточнювати запитання, відповідати в довільній формі. На початку зустрічі респонденти підписували поінформовану згоду на участь у дослідженні, яке було анонімне та конфіденційне. Глибине інтерв'ю здійснювалося помічником дослідника, який отримав попередньо інструкції щодо особливостей проведення інтерв'ю за визначеними темами. Будь-які попередні домовленості між інтерв'юером та учасниками опитування були виключені. Тривалість одного інтерв'ю дорівнювала близько 40 хвилин.

Результати опитування з основним змістом відповідей респондентів на прямі запитання і більш детальних розповідей на додаткові / уточнювальні запитання записувались інтерв'юером від руки та одразу ж після інтерв'ю вносились в окремі електронні файли Microsoft Office Word, пронумеровані відповідно до наскрізного порядкового номера респондента. По завершенню дослідження автором здійснювалося відкрите кодування з групуванням за темами, з виокремленням категорій і субкатегорій, виділених на підставі занотованих додаткових пояснень опитаних.

Результати дослідження та їх обговорення.

Теми, виділені категорії і субкатегорії з кількістю респондентів, які надали відповіді, представлені в табл. 1.

За результатами кодування відповідей на перше запитання виділено три категорії, які застосовують більшість респондентів – 27 (93,1%) – 29 (100,0%) лікарів та 7 (87,5%) – 8 (100,0%) медичних сестер, перша з яких – індивідуальний підхід до пацієнта, із субкатегоріями урахування вікових і когнітивних особливостей, освітнього рівня, соціального стану пацієнта, особливостей перебігу хвороби; друга категорія – встановлення довірливих стосунків з пацієнтом шляхом тривалого спостереження, рекомендацій інших пацієнтів щодо вибору лікаря, спілкування з роз'ясненнями, переконанням і порадами, надання усної і письмової інформації; третя категорія – узгодження плану лікування / проведення процедури, інформування пацієнта про очікуваний результат.

У поодиноких випадках лікарі заперечували участь пацієнта в розробці плану лікування, посиляючись на його некомпетентність у медичних питаннях.

Аналіз опрацювання другої теми «Як відбувається координація та комунікації між надавачами послуг на одному та різних рівнях медичної допомоги?» дав змогу виокремити 9 категорій: про налагоджені міжособистісні професійні стосунки між лікарями одного відділення, між лікарями амбулаторного й стаціонарного відділень, між лікарями і медичними сестрами цих же підрозділів заявили всі респонденти, відмічаючи їх позитивний характер. Водночас лікарі висловлювали певні побажання щодо проведення більше особистих професійних зустрічей, сумісних клінічних розглядів цікавих випадків і формування спільних поглядів і підходів до тієї чи іншої клінічної ситуації.

Професійні ролі й відповідальність працівників чітко розподіленими та взаємоузгодженими вважали 24 (82,8%) лікарів та 5 (62,5%) медичних сестер. Були випадки протилежного характеру, коли, на думку респондентів, професійні ролі розподілені нечітко, керівництвом постійно додаються раніше не визначені завдання, які вимагають додаткової відповідальності та часу. Тому на пацієнта часу зовсім не залишається. Медичні сестри вказали на певне обмеження традиційних для них функцій, якими вони володіють, оскільки їх усунули від присутності на прийомі пацієнтів. Тому вони не можуть уважати себе повноцінними членами команди. У лікарів також визначені обмеження на перелік обстежень, які вони можуть призначати пацієнтам, наприклад, ультразвукові дослідження, доплер-дослідження судин не дозволено призначати лікарям загальної практики. Респонденти вказали, що це продовжує клінічний маршрут пацієнта, примушує його частіше відвідувати лікарів. Загалом категорія «Командний підхід» практикується між спеціалістами одного та різних рівнів медичної допомоги в закладі охорони здоров'я,

Таблиця 1. Теми, виділені категорії та субкатегорії з кількістю респондентів, які надали відповіді (N=37)

№	Назва теми, категорії та субкатегорії	Кількість осіб, які надали відповіді (абс.,%)	
		лікарі N=29	медичні сестри (N=8)
1	Чи можете ви назвати медичну допомогу вашому пацієнту орієнтованою на його потреби та сконцентрованою навколо його запитів?		
1.1	Використовую індивідуальний підхід до пацієнта (враховую вікові й когнітивні особливості, освітній рівень, соціальне походження, особливості перебігу хвороби)	27 (93,1)	8 (100,0)
1.2	Установлюю довірливі стосунки з пацієнтом (тривале спостереження; рекомендації інших пацієнтів щодо вибору лікаря; спілкування з роз'ясненнями, переконанням і порадами; надання усної і письмової інформації)	29 (100,0)	7 (87,5)
1.3	Узгоджую план лікування / проведення процедури, інформую про очікуваний результат	27 (93,1)	8 (100,0)
2	Як відбувається координація та комунікації між надавачами послуг на одному рівні та різних рівнях медичної допомоги?		
2.1	Міжособистісні професійні стосунки у відділенні налагоджені	29 (100,0)	8 (100,0)
2.2	Ролі й відповідальність працівників розподілені, налагоджені та взаємоузгоджені	24 (82,8)	5 (62,5)
2.3	Командний підхід практикується між спеціалістами одного та різних рівнів медичної допомоги (в закладі охорони здоров'я)	23 (79,3)	5 (62,5)
2.4	Командний підхід практикується між спеціалістами різних закладів охорони здоров'я	0	0
2.5	Використовую клінічні маршрути пацієнта	28 (96,6)	не застосовується
2.6	Локальна інформаційна система (МІС) використовується для постановки діагнозу, моніторингу клінічного стану пацієнта та моніторингу оцінки лікування учасниками команди	29 (100,0)	
2.7	Використовую систему дистанційного консультування пацієнтів	23 (79,3)	не застосовується
2.8	Використовую клінічні настанови та уніфіковані клінічні протоколи, затверджені МОЗ України	29 (100,0)	не застосовується
2.9	Знайомий з колегами інших закладів охорони здоров'я та спілкуюсь з ними особисто з професійних питань різними каналами комунікацій	4 (13,8)	не застосовується
3	Як відбувається координація догляду пацієнта при «переходах» на інший рівень медичної допомоги?		
3.1	Пацієнта переводимо на інший рівень медичної допомоги за попередніми домовленостями	29 (100,0)	8 (100,0)
3.2	Медична сестра супроводжує пацієнта при передачі з відділення амбулаторії до відділення стаціонару	не застосовується	8 (100,0)
3.3	Використовується транспортування пацієнта каретою екстреної медичної допомоги за необхідності переведення до іншого закладу охорони здоров'я	29 (100,0)	не застосовується
3.4	Отримуються згенеровані електронні направлення, сформовані в системі eHealth (для лікарів-спеціалістів)	17 (58,6)	не застосовується
3.5	Отримуються консультативні висновки, виписки зі стаціонару інших закладів охорони здоров'я	21 (72,4)	не застосовується
3.6	Розвиваю в пацієнтів навички самоконтролю свого стану, необхідні для безпечного завершення амбулаторного / стаціонарного лікування, переходу з лікарні додому або до наступного медичного закладу	25 (86,2)	3 (37,5)
4	Як відбувається ваш безперервний професійний розвиток?		
4.1	Використовую різні навчальні платформи для підтримки свого безперервного професійного розвитку, проходжу цикли навчання в нашому закладі та в інших закладах освіти	29 (100,0)	8 (100,0)
4.2	Використовую зустрічі з колегами на наукових форумах для обміну досвідом, налагодження каналів комунікацій з метою обговорення спільних проблем та встановлення зв'язків і домовленостей	6 (20,7)	0

де проводилось дослідження, та підтверджена 23 (79,3%) лікарями та 5 (62,5%) медичними сестрами.

Якщо пацієнт спрямовується поза межі закладу охорони здоров'я, командний підхід між спеціалістами різних закладів не налагоджений, що підтверджено відповідями всіх респондентів.

Використання клінічних маршрутів пацієнта в межах закладу підтвердили 28 (96,6%) лікарів, клінічних настанов й уніфікованих клінічних протоколів, затверджених МОЗ України, локальної інформаційної системи (МІС) – 29 (100,0%) лікарів. Однак до локальної МІС частиною лікарів висловлені претензії, оскільки бувають технічні збої в системі й не вся інформація про пацієнта потрапляє в систему.

Використовують систему дистанційного консультування пацієнтів 23 (79,3%) лікарів, але респонденти відмітили певні труднощі з обміном інформацією, оскільки консультування відбувається по телефону, відокремленого приміщення для такої форми роботи немає, і в ньому немає комп'ютера, тому по інформацію доводиться лікарю йти до кабінету, перериваючи спілкування з пацієнтом.

Остання категорія за цією темою «Знайомий з колегами інших закладів охорони здоров'я та спілкує з ними особисто з професійних питань різними каналами комунікацій» за відповідями респондентів показала, що міжособистісні комунікації між лікарями різних закладів охорони здоров'я майже відсутні. Підтвердили своє міжпрофесійне спілкування в соціальних мережах усього чотири лікарів.

Наступна тема «Як відбувається координація догляду пацієнта при «переходах» на інший рівень медичної допомоги?» дала змогу розподілити відповіді учасників інтерв'ю на шість категорій. За трьома з них були одержані однакові відповіді всіх респондентів, дотичних до позицій, які обговорювали: пацієнти переводяться на інший рівень за попередніми домовленостями лікарів або адміністрації; медична сестра супроводжує пацієнта при передачі з відділення амбулаторії до відділення стаціонару в закладі, де проводилося наукове дослідження; використовується транспортування пацієнта каретою екстреної медичної допомоги за необхідності переведення до іншого закладу охорони здоров'я.

Усі 17 лікарів спеціалізованої допомоги (амбулаторної і стаціонарної) підтвердили, що отримують згенеровані електронні направлення, сформовані в системі eHealth, з інших закладів охорони здоров'я. Інакше отримують консультативні висновки, виписки зі стаціонару з інших закладів охорони здоров'я, однак вісім цих лікарів (половина їх складу) вказали, що виписки можуть не надійти зовсім або надійти із запізненням.

Остання категорія за цією темою з підкатегоріями: «Навчаю пацієнтів навичок самоконтролю свого стану, необхідних для безпечного завершення амбулаторного / стаціонарного лікування, переходу з лікарні додому або до наступного медичного закладу» знайшла своє підтвердження у 25 (86,2%) лікарів та трьох сестер медичних у межах їх повноважень.

Остання тема торкалася безперервного професійного розвитку медичних працівників. Його підтвердили всі респонденти. Професійні зустрічі з колегами з інших закладів на наукових форумах з метою обміну досвідом і набуття так додаткових знань заявили шість лікарів, решта таких контактів не мали.

Тож основними бар'єрами для впровадження технологій професійної інтеграції впродовж усього ланцюжка медичної допомоги виявлено відсутність особистісних професійних зв'язків між медичними працівниками різних закладів охорони здоров'я на постійній основі, що підтверджено обмеженістю контактів між лікарями, командної роботи, обміну досвідом, нерозвиненістю наскрізних інформаційних технологій. У закладі, де проводилося дослідження, виявлено певні обмеження функцій і ролей лікарів первинної медичної допомоги та медичних сестер, відсутність міжпрофесійного спілкування щодо ускладнених і нетипових випадків захворювань, організації дистанційного консультування пацієнтів.

Дані іноземних наукових досліджень підтверджують важливість складників інтеграції, відстежених за результатами авторського дослідження. Пацієнтоорієнтованість медичної допомоги на кожному рівні допомагає досягати її надавачам спільних цілей і мети – надання високоякісної медичної допомоги. Пацієнтоорієнтованість разом з координацією дій надавачів послуг визнані пріоритетними сферами для надання високоякісної медичної допомоги [11; 12].

Численними дослідженнями підтверджено, що чітке визначення ролей, координація між постачальниками медичних послуг у внутрішньо- та міжорганізаційних мережах покращують задоволеність пацієнтів та клінічні результати, зменшують фрагментацію медичної допомоги. Спільними компонентами для посилення співпраці можуть бути медична освіта, забезпечення неформального обміну знаннями та вдосконалення процесів, пов'язаних з координацією [13; 14].

Важливість командної роботи підкреслюється суттєвими доказами того, що окремі люди не можуть досягти тих цілей, які під силу командам через багатогранний підхід до певної групи пацієнтів. Так, застосування командного підходу при лікуванні пацієнтів з погано контрольованим цукровим діабетом достовірно показало зниження рівня глікозильованого гемоглобіну HbA1c, ваги та підвищення ефективності лікування [15; 16].

Інформаційні технології охорони здоров'я допомагають агрегувати інформацію про стан здоров'я пацієнта та/або населення та обмінюватися нею у середовищі як пацієнтів, так і постачальників послуг. Технології соціальних мереж дають змогу пацієнтам ділитися медичною інформацією, за їх бажанням, з надавачами медичних послуг та іншими пацієнтами для обміну досвідом перебігу хвороби, адаптації до неї та особливостей подолання наслідків [17; 18].

Навчання пацієнтів самоконтролю свого клінічного стану дає змогу надати їм вміння інтерпретації значень показників свого здоров'я, зменшити тривогу та заохочує до надання самодопомоги й вчасного звернення до лікаря за потреби. Іноземні дослідження підтвердили, що завдяки використанню самомоніторингу, інформація та знання пацієнта про серцеву недостатність призвели до посилення контролю над захворюванням, розширення можливостей пацієнта з управління своєю хворобою [19; 20].

Значення безперервного професійного розвитку для медичних працівників у сфері інтеграції постійно зростає, оскільки використання технологій командної роботи, координації та комунікації потребує нових знань і вміння використовувати їх на практиці. Діяльність з безперервного професійного розвитку повинна працювати синергетично з ініціативами постійного покращення якості медичної допомоги [21; 22].

Так, триангуляція результатів проведеного дослідження через обговорення аналогічних складників професійної інтеграції, висвітлених у міжнародних наукових дослідженнях, підтвердила, що професійна

інтеграція – це багатокомпонентний підхід надавачами медичних послуг до співпраці для надання медичних послуг пацієнтам найвищої якості.

Висновки

1. Результати дослідження підтвердили високий рівень професійної інтеграції медичної допомоги в закладі, де проводилося дослідження. Водночас виявлені окремі недоліки, які можливо усунути шляхом розширення функцій лікарів первинної медичної допомоги та медичних сестер, запровадження для лікарів первинної і спеціалізованої медичної допомоги неформального навчання, удосконалення організації дистанційного консультування пацієнтів.

2. Установлено, що майже відсутні комунікації, співпраця та обмін досвідом між лікарями різних закладів охорони здоров'я, що свідчить про фрагментацію медичної допомоги для пацієнта та суперечить міжнародним науково визнаним підходам до забезпечення безперервності медичної допомоги.

3. Одержані результати можуть бути використані керівниками закладів охорони здоров'я та територіальним органом управління для налагодження професійних зв'язків та зміцнення професійної інтеграції між медичними працівниками закладів охорони здоров'я первинної і спеціалізованої медичної допомоги.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці механізмів подолання комунікаційних бар'єрів між закладами охорони здоров'я різних рівнів медичної допомоги та в межах одного закладу.

Список літератури

1. Garattini L., Badinella Martini M., Nobili A. Integrated Care in Europe: Time to Get it Together? *Applied Health Economics and Health Policy*. 2022. Vol. 20, no. 2. P. 145–147. URL: <https://doi.org/10.1007/s40258-021-00680-2> (date of access: 06.05.2025).
2. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva : World Health Organization, 2018. 74 p. URL: <https://www.who.int/publications/item/9789241565561> (date of access: 06.05.2025).
3. OECD. Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases: Best Practices in Public Health. OECD: Publishing Paris, 2023. 372 p. URL: <https://doi.org/10.1787/9acc1b1d-en> (date of access: 06.05.2025).
4. How can skill-mix innovations support the implementation of integrated care for people with chronic conditions and multimorbidity? / J. Winkelmann et al. World Health Organization (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies), 2022. 43 p. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/358467> (date of access: 06.05.2025).
5. Making a difference: workforce skills and capacity for integrated care / J. Akehurst et al. *Journal of Integrated Care*. 2021. Vol. 30, no. 5. P. 93–107. URL: <https://doi.org/10.1108/jica-05-2> (date of access: 06.05.2025).
6. 6Лехан В. М., Гриценко Л. О. Обґрунтування моделі інтегрованої системи первинної медико-санітарної допомоги. *УКРАЇНА. ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ*. 2023. № 3(73). С. 72–79. DOI: <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.3/12> (дата доступу: 07.05.2025).
7. Smiianov V, Yemets T. Theoretical and special practical competencies of general practice doctors-family physicians in providing medical assistance for diseases of the ear, throat, and nose. *EUMJ*. 2023. № 11(1). P. 83–89 DOI: [https://doi.org/10.21272/eumj.2023;11\(1\):83-89](https://doi.org/10.21272/eumj.2023;11(1):83-89). (date of access: 06.05.2025).
8. Derrett S., Gunter K., Samaranayaka A. e. a. Development and Testing of the Provider and Staff Perceptions of Integrated Care (PSPIC) Survey. *Med Care Res Rev*. 2019. Vol. 76, no. 6. P. 807–829. URL: <https://doi.org/10.1177/1077558717745936> (date of access: 06.05.2025).
9. Edelbring S., Dahlgren M., Wiegleb E. Characteristics of two questionnaires used to assess interprofessional learning: psychometrics and expert panel evaluations. *BMC Med Educ*. 2018. Vol. 18. P. 40. URL: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1153-y> (date of access: 06.05.2025).

10. Measuring care coordination in German primary care – adaptation and psychometric properties of the Medical Home Care Coordination Survey / A. Ringwald et al. *BMC Health Serv Res*. 2021. Vol. 21, no. 1. P. 1134. URL: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07100-0> (date of access: 06.05.2025).
11. Chapman R. The Importance of Patient-Centered Care. *Chest*. 2021. Vol. 159, № 1. P. 439-440. DOI: 10.1016/j.chest.2020.07.076 (date of access: 07.05.2025).
12. Towards a framework for patient-centred care coordination: a scoping review protocol / A. Khanna et al. *BMJ Open*. 2022. Vol. 12, № 12. P. e066808. URL: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-066808> (date of access: 07.05.2025).
13. Bligaard M. S., Burau V. Relational coordination in inter-organizational settings. How does lack of proximity affect coordination between hospital-based and community-based healthcare providers? *J Interprof Care*. 2021. № 35 (1). P. 136–139. DOI: 10.1080/13561820.2020.1712332 (date of access: 07.05.2025).
14. Improvement Strategies for the Challenging Collaboration of General Practitioners and Specialists for Patients with Complex Chronic Conditions: A Scoping Review / R. Tomaschek et al. *Int J Integr Care*. 2022. Vol. 22, no. 3. P. 4. DOI: 10.5334/ijic.5970 (date of access: 07.05.2025).
15. Stoller J. K. Building Teams in Health Care. *Chest*. 2021. Vol. 159, no. 6. P. 2392–2398. DOI: 10.1016/j.chest.2020.09.092 (date of access: 07.05.2025).
16. Efficiency of a multidisciplinary team care approach through a short hospitalization of patients with poorly controlled diabetes mellitus: a 12 months prospective monocentric study / A. Taïeb et al. *Pan Afr Med J*. 2022. Vol. 41. P. 192. DOI: 10.11604/pamj.2022.41.192.23965 (date of access: 07.05.2025).
17. Dixon B. E., Embi P. J., Haggstrom D. A. Information technologies that facilitate care coordination: provider and patient perspectives. *Transl Behav Med*. 2018. Vol. 8, no 3. P. 522–525. DOI: 10.1093/tbm/ibx086 (date of access: 07.05.2025).
18. Thompson M. J., Reilly J. D., Valdez R. S. Work system barriers to patient, provider, and caregiver use of personal health records: A systematic review. *Appl Ergon*. 2016. № 54. P. 218–42. DOI: 10.1016/j.apergo.2015.10.010 (date of access: 10.05.2025).
19. Olofsson S., Josephsson H., Lundvall M., Lundgren P., Wireklint Sundström B. Patient participation in self-monitoring regarding healthcare of heart failure: an integrated systematic review. *BMC Prim Care*. 2025. Vol. 26, no 1. P. 60. DOI: 10.1186/s12875-025-02757-6 (date of access: 10.05.2025).
20. Andrews J. A., Weiner K., Will C. M., Henwood F., Dickson J. M. Healthcare practitioner views and experiences of patients self-monitoring blood pressure: a vignette study. *BJGP Open*. 2020. Vol. 4, no. 5. bjgpopen20X101101. DOI: 10.3399/bjgpopen20X101101 (date of access: 10.05.2025).
21. Ong N., Long J., Woodruff J. Continuing Professional Development through the lens of complexity science: Becoming agents of change in the healthcare system [version 2]. *MedEdPublish*. 2021. № 9. P. 186. DOI: 10.15694/mep.2020.000186.2 (date of access: 10.05.2025).
22. Namatovu J. F., Mubuuke A. G., Buwembo W., Nakigudde J., Kiguli S. Stakeholder views on continuing professional development for doctors working in public primary care facilities in central Uganda: a qualitative study. *Pan Afr Med J*. 2024. Vol. 47. P. 97. DOI: 10.11604/pamj.2024.47.97.417840 (date of access: 10.05.2025).

References

1. Garattini, L., Badinella Martini M., Nobili, A. (2022). Integrated Care in Europe: Time to Get it Together? *Appl Health Econ Health Policy*, 20(2), 145–147. doi: 10.1007/s40258-021-00680-2
2. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. (2018). Geneva : World Health Organization. 74 p. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/item/9789241565561>
3. OECD (2023). Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases: Best Practices in Public Health. OECD. Publishing Paris. 372 p. <https://doi.org/10.1787/9acc1b1d-en>.
4. Winkelmann, J., Scarpetti, G., Williams, G.A., Maier, C.B. (2022). How can skill-mix innovations support the implementation of integrated care for people with chronic conditions and multimorbidity? World Health Organization (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies). 43 p. Retrieved from: <https://iris.who.int/handle/10665/358467>
5. Akehurst, J., Stronge, P., Giles, K., & Ling, J. (2021). Making a difference: workforce skills and capacity for integrated care. *Journal of Integrated Care*, 30(5), 93–107. doi:10.1108/jica-05-2020-0030
6. Lekhan, VM, Hrytsenko, LO. (2023). Obgruntuvannia modeli intehrovanoi systemy pervynnoi medyko-sanitarnoi dopomohy [Substantiation of the integrated system of primary health care model]. *Ukraine. Nation's Health*, 3(73), 72–79. DOI: <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.3/12> [Ukrainian].
7. Smiianov, V, Yemets, T. (2023). Theoretical and special practical competencies of general practice doctors-family physicians in providing medical assistance for diseases of the ear, throat, and nose. *EUMJ*, 11(1), 83–89. DOI: [https://doi.org/10.21272/eumj.2023;11\(1\):83-89](https://doi.org/10.21272/eumj.2023;11(1):83-89)
8. Derrett, S., Gunter, K.E., Samaranayaka, A., et al. (2019). Development and Testing of the Provider and Staff Perceptions of Integrated Care (PSPIC) Survey. *Med Care Res Rev.*, 76(6), 807–829. doi: 10.1177/1077558717745936.
9. Edelbring, S., Dahlgren, M.A. & Wiegleb, E.D. (2018). Characteristics of two questionnaires used to assess interprofessional learning: psychometrics and expert panel evaluations. *BMC Med Educ.*, 18, 40. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1153-y>
10. Ringwald, A., Goetz, K., Steinhäuser, J., Fleischmann, N., Schüssler, A., Flaegel, K. (2021). Measuring care coordination in German primary care – adaptation and psychometric properties of the Medical Home Care Coordination Survey. *BMC Health Serv Res.*, 21(1), 1134. DOI: 10.1186/s12913-021-07100-0.

11. Chapman, R. (2021). The Importance of Patient-Centered Care. *Chest*, 159(1), 439-440. doi: 10.1016/j.chest.2020.07.076.
12. Khanna, A., Fix, G.M., Anderson, E., et al. (2022). Towards a framework for patient-centred care coordination: a scoping review protocol. *BMJ Open*, 12(12), e066808. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-066808.
13. Bligaard, M.S., Burau, V. (2021). Relational coordination in inter-organizational settings. How does lack of proximity affect coordination between hospital-based and community-based healthcare providers? *J Interprof Care*, 35(1), 136-139. DOI: 10.1080/13561820.2020.1712332.
14. Tomaschek, R., Lampart, P., Scheel-Sailer, A., Gemperli, A., Merlo, C., Essig, S. (2022). Improvement Strategies for the Challenging Collaboration of General Practitioners and Specialists for Patients with Complex Chronic Conditions: A Scoping Review. *Int J Integr Care*, 22(3):4. DOI: 10.5334/ijic.5970.
15. Stoller, J.K. (2021). Building Teams in Health Care. *Chest*, 159(6), 2392-2398. DOI: 10.1016/j.chest.2020.09.092.
16. Taïeb, A., Gaëlle, L., Roxane, D., et al. (2022). Efficiency of a multidisciplinary team care approach through a short hospitalization of patients with poorly controlled diabetes mellitus: a 12 months prospective monocentric study. *Pan Afr Med J*, 41, 192. DOI: 10.11604/pamj.2022.41.192.23965.
17. Dixon, B.E., Embi, P.J., Haggstrom, D.A. (2018). Information technologies that facilitate care coordination: provider and patient perspectives. *Transl Behav Med*, 8(3), 522–525. DOI: 10.1093/tbm/ibx086.
18. Thompson, M.J., Reilly, J.D., Valdez, R.S. (2016). Work system barriers to patient, provider, and caregiver use of personal health records: A systematic review. *Appl Ergon*, 54, 218–42. DOI: 10.1016/j.apergo.2015.10.010 (date of access: 10.05.2025).
19. Olofsson, S., Josephsson, H., Lundvall, M., Lundgren, P., Wireklint Sundström, B. (2025). Patient participation in self-monitoring regarding healthcare of heart failure: an integrated systematic review. *BMC Prim Care*, 26(1), 60. DOI: 10.1186/s12875-025-02757-6.
20. Andrews, J.A., Weiner, K., Will, C.M., Henwood, F., Dickson, J.M. (2020). Healthcare practitioner views and experiences of patients self-monitoring blood pressure: a vignette study. *BJGP Open*, 4(5), bjgpopen20X101101. DOI: 10.3399/bjgpopen20X101101.
21. Ong, N., Long, J., Woodruff, J. (2021). Continuing Professional Development through the lens of complexity science: Becoming agents of change in the healthcare system [version 2]. *MedEdPublish*, 9, 186. DOI: 10.15694/mep.2020.000186.2.
22. Namatovu, J.F., Mubuuqe, A.G., Buwembo, W., Nakigudde, J., Kiguli, S. (2024). Stakeholder views on continuing professional development for doctors working in public primary care facilities in central Uganda: a qualitative study. *Pan Afr Med J*, 47, 97. DOI: 10.11604/pamj.2024.47.97.417840.

PROFESSIONAL INTEGRATION AS A TOOL FOR IMPROVING THE QUALITY OF MEDICAL CARE

M. D. Diachuk

State Institution of Science “Center of innovative healthcare technologies” State Administrative Department, Kyiv, Ukraine

Purpose: to investigate integration technologies in the activities of healthcare workers in a multidisciplinary healthcare institution.

Materials and methods: the research materials were questionnaires filled out by respondents with answers to open questions and were supplemented with explanations from respondents as notes that the interviewer made during the survey. The questionnaire questions were formed on the basis of standardized international questionnaires. Methods: sociological (semi-structured in-depth interviews with 37 healthcare workers); analysis, generalization and triangulation of data. The State Institution of Science “Center of innovative healthcare technologies” State Administrative Department (SIS “CIHCT” SAD) was as the research base. This is a multidisciplinary healthcare institution that provides primary and specialized medical care.

Results: It was found that patient orientation, communication, coordination, teamwork, transferring patients to another level of medical care without delay, teaching patients to self-monitor their clinical condition, using information systems, medical care standards and patient clinical routes, and continuous professional development of employees are actively used in SIS “CIHCT” SAD.

At the same time, general practitioners and nurses are limited in certain functions, which leads to the extension of the patient's clinical route; specialist doctors do not always agree on a treatment plan with the patient; remote consultation of patients is carried out by phone, without information support doctor; exchange of knowledge, experience, information on severe and atypical cases of diseases between primary and specialized medical care doctors is not established.

External communications are limited: doctors do not have interprofessional contacts with colleagues from other healthcare institutions; discharges from hospitals are received late or not at all; there are no end-to-end information systems; A team approach between doctors from different institutions is not practiced.

Conclusions. The identified problems both within the multidisciplinary healthcare institution and externally require management decisions by the heads of healthcare institutions and territorial healthcare management bodies aimed at improving professional integration.

KEYWORDS: patient-centeredness; team; communication; coordination; interprofessional collaboration.

Відомості про автора:

Дячук Михайло Дмитрович – лікар-уролог, кандидат медичних наук, завідувач операційного відділення з рентген-хірургічним блоком, Державна наукова установа «Науково-практичний центр практичної та клінічної медицини» Державного управління справами; ORCID <https://orcid.org/0000-0003-0390-4489>.

Електронна адреса для листування: f1s4man@gmail.com

Л. М. РОМАНЮК, Н. О. ТЕРЕНДА, Н. Є. РОМАНЮК, Г. В. ДАНЧЕВСЬКА,
Н. Я. ПАНЧИШИН, Н. О. СЛОБОДЯН

НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА ВПРОВАДЖЕННЯ ОЦІНЮВАННЯ ПОВСЯКДЕННОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ОСОБИ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНИХ АСПЕКТІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Мета: провести аналіз основних нормативно-правових документів, які регламентують запровадження в Україні нової системи оцінювання повсякденного функціонування особи в контексті реалізації реформи медико-соціальної експертизи, дослідити зміни сучасної стратегії вдосконалення організації реабілітаційної допомоги в системі громадського здоров'я.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження були базові нормативно-правові документи: укази Президента України, закони України, постанови Кабінету Міністрів України, накази Міністерства охорони здоров'я. У дослідженні використано аналітичний та бібліосемантичний метод, методи контент-аналізу, структурно-логічного та теоретико-методологічного аналізу і синтезу.

Результати. Оцінювання повсякденного функціонування особи – якісно новий підхід до процесів встановлення та продовження статусу інвалідності, визначення потреби в реабілітаційних заходах і забезпеченні осіб з інвалідністю допоміжними засобами реабілітації та медичними виробами, а також необхідності отримання послуг в інших сферах життя. Застосування інноваційних підходів до роботи експертних команд базується на чіткому дотриманні принципів, що гарантують професійне та об'єктивне оцінювання повсякденного функціонування особи.

Важливим результатом упровадження реформи та нової концепції оцінювання є цифровізація майже всіх процесів оцінювання функціонального стану людини, його спрощення, забезпечення прозорості й доступності, уникнення корупційних ризиків. Запровадження механізму функціонування електронної системи щодо оцінювання повсякденного функціонування особи регламентує порядок внесення до неї інформації про результати оцінювання з метою уніфікації та об'єктивізації ухвалення рішень за результатами оцінювання, здійснення контролю за рішеннями та автоматизованого обміну інформацією між державними органами, підприємствами, установами, організаціями, які визначені законодавством.

Висновки. Проведений аналіз засвідчив доцільність та своєчасність кардинальних змін у сфері медико-соціальної експертизи, встановлення або перегляду групи, причини, та строку інвалідності.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: реформа медико-соціальної експертизи; нормативно-правова база; оцінювання повсякденного функціонування особи; експертні команди; реабілітаційна допомога.

Вступ. Потреба кардинально змінити систему медико-соціальної експертизи (далі – МСЕК) в Україні як застарілий рудимент радянської охорони здоров'я назріла давно. Останніми роками профільні міністерства спільно з провідними експертами та громадськими організаціями напружували реформу системи відповідно до запропонованої концепції Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗ) та Державної установи «Український Державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України».

2 жовтня 2024 року за ініціативою Президента України відбулося засідання Ради національної безпеки і оборони України (далі – РНБО), на якому керівники силових структур доповіли про численні факти зловживань і фальшивих інвалідностей посадовців в органах державної влади.

Результатом проведеного засідання став Указ Президента України від 22 жовтня 2024 року № 732/2024, який увів у дію рішення Ради національної безпеки і оборони України від 22 жовтня 2024 року «Щодо протидії корупційним та іншим правопорушенням під час встановлення інвалідності посадовим особам державних органів» [1]. Відповідно, першими рішеннями РНБО України стала рекомендація правоохоронним й антикорупційним органам вжити негайних заходів реагування щодо виявлення, розслідування та протидії корупційним й іншим кримінальним правопорушенням під час встановлення інвалідності посадовим особам державних органів та утворення робочих груп із перевірки рішень МСЕК.

Далі державними структурами ухвалена низка законодавчих та нормативно-правових актів

стосовно реформування служби медико-соціальної експертизи, ліквідації МСЕК та впровадження нової системи оцінювання повсякденного функціонування особи експертними командами.

Мета роботи: дослідження та ґрунтовний аналіз законодавчих та нормативно-правових актів запровадження в Україні нової системи оцінювання повсякденного функціонування особи в контексті реалізації національної концепції реформування медико-соціальної експертизи та адаптації її до міжнародних стандартів; аналіз сучасної стратегії вдосконалення організації реабілітаційної допомоги в системі громадського здоров'я шляхом оцінки ефективності реабілітаційних заходів та запровадження інноваційних підходів.

Матеріали і методи. Дослідження і моніторинг процесів упровадження нової системи оцінювання повсякденного функціонування особи та діяльності експертних команд викликає сьогодні значний інтерес у медичній спільноті та громадському суспільстві. Радикальні зміни підходів до визначення потреб людей, що мають обмеження функціонування та спрощення в отриманні ними послуг й інших видів допомоги, яких вони потребують, індивідуалізація підтримки, а також зміни порядку, умов та критеріїв установлення або продовження статусу інвалідності є ключовою метою. Реформа, що розпочалася на початку 2025 року, прибирає пострадянський підхід та впроваджує цифрові й міжнародні інструменти, які використовують провідні країни світу.

Матеріалами дослідження слугували базові нормативно-правові документи, на основі яких почалося впровадження нової системи оцінювання повсякденного функціонування особи експертними командами: укази Президента України, закони України, постанови Кабінету Міністрів України, накази Міністерства охорони здоров'я. У дослідженні використано аналітичний та бібліосемантичний метод, методи контент-аналізу, структурно-логічного та теоретико-методологічного аналізу і синтезу.

Матеріали статті використано під час написання кваліфікаційної роботи.

Результати дослідження та їх обговорення. Проведено вивчення та ґрунтовний аналіз основних нормативно-правових документів, які регламентують запровадження в Україні нової системи оцінювання повсякденного функціонування особи. Процес розпочався зі спільної роботи провідних фахівців-експертів профільних міністерств спільно з громадськими організаціями, які напружували реформу системи МСЕК відповідно до запропонованої концепції МОЗ України та ДУ «Український Державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України».

Базовими вагомими нормативними актами варто вважати Постанову Кабінету Міністрів

України від 15.11.2024 № 1338 «Деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи» та Постанову Кабінету Міністрів України від 27.12.2024 № 1542 «Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо оцінювання повсякденного функціонування особи та визнання такою, що втратила чинність, постанови Кабінету Міністрів України» [2; 3]. Цими документами затверджується низка положень та критеріїв, що вноормовують новий порядок проведення оцінювання, а також скасовують та змінюють деякі постанови Кабінету Міністрів України щодо медико-соціальної експертизи. Ухвалена урядом постанова заклала зміни в системі вже з 1 січня 2025 року, які стосуються:

- запровадження нової концепції оцінювання;
- спрощення для пацієнта процесу встановлення або підтвердження статусу інвалідності;
- забезпечення доступності та фаховості оцінювання;
- цифровізації процесу та дотримання антикорупційних заходів;
- формування Центру оцінювання для оскарження рішень.

Тепер в основі системи – оцінювання повсякденного функціонування людини експертними командами лікарів на базі багатопрофільних лікарень. Це комплексний підхід оцінювання впливу травми чи хвороби на повсякденну діяльність, щоб визначити індивідуальні потреби людини й допомогти їй з поверненням до активного, гідного життя.

Шлях до встановлення статусу інвалідності значно спроститься й скоротиться. Не буде потреби проходити лікарсько-консультативну комісію закладу – лікар-куратор одразу направлятиме на оцінювання. Для деяких станів згідно із затвердженого переліку лікар зможе направити на оцінювання одразу після встановлення діагнозу чи інтервенції, не очікуючи, як раніше, на 120 днів лікарняного. Електронне направлення на додаткові обстеження формуватимуть лікарі експертної команди під час оцінювання, і без вагомих причин дообстеження не зможуть відбуватися більш як один раз.

Особливої уваги заслуговує покращення доступності та фаховості оцінювання. Замість окремих структур МСЕК, де більшість лікарів не займалася лікуванням, тепер оцінювання проводитимуть команди лікарів-практиків на базі лікарень. Людина зі своїм лікарем обирає один із 300 потужних багатопрофільних закладів охорони здоров'я. Лікарні будуть територіально рівномірно розташовані, і в одному закладі існуватиме декілька команд на кожен профіль справ. За можливості справи будуть спрямовувати в профільні заклади: наприклад, оцінювання щодо новоутворення – до онкологічного закладу, оцінювання

щодо психічних захворювань – до закладу цього профілю. У цих же лікарнях можна буде пройти додаткові обстеження за Програмою медичних гарантій. Уведено в дію цифровізацію процесу оцінювання повсякденного функціонування людини та антикорупційні заходи.

Замість повністю паперового процесу ведення документації запроваджено електронну систему. Електронне направлення і документи до нього, протокол, рішення та всі дії експертної команди фіксуватимуться в електронній системі. Це мінімізує корупційні зловживання та дасть змогу відстежити всі етапи щодо розгляду справи. Склад команд не буде сталим, як це було раніше. Тепер під кожний випадок формуватиметься індивідуальний склад експертної команди. Адміністратор у закладі перевірятиме в електронній системі повноту отриманої справи й форму розгляду згідно з критеріями. Після чого система визначатиме для справи профільну команду, яка має найближчий доступний час для проведення оцінювання. Адміністратор команд не знатиме, до якої команди і на який час потрапить справа, а індивідуальні дані лікарів та пацієнтів будуть приховані одні від одних до дня оцінювання.

Поточні зміни поки що не стосуються дітей. Процеси щодо інвалідності дітей також потребують оновлення, щоб бути більш зручними та орієнтованими на пацієнта. Це заплановано наступним етапом. Наразі для дітей залишається чинна система, де статус інвалідності призначається за рішенням лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров'я.

Для правового забезпечення цих процесів Постановою Кабінету Міністрів України від 15.11.2024 № 1338 «Деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи» [2] затверджено такі важливі документи:

- положення про експертні команди з оцінювання повсякденного функціонування особи;
- порядок проведення оцінювання повсякденного функціонування особи;
- критерії направлення на проведення оцінювання повсякденного функціонування особи;
- порядок функціонування електронної системи щодо оцінювання повсякденного функціонування особи;
- критерії встановлення інвалідності.

Далі зупинимося на основних засадах цих нормативних актів. Положення визначає основні організаційні етапи формування та функціонування експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи (далі – експертні команди, ЕКОПФО). Експертні команди формуються та функціонують у кластерних та/або надкластерних закладах охорони здоров'я, а також за потреби та/або в разі відсутності затвердженої спроможної мережі закладів охорони здоров'я на території

регіону в закладах охорони здоров'я комунальної або державної форми власності. Перелік закладів охорони здоров'я комунальної форми власності визначається керівником обласної державної адміністрації (військової адміністрації) та з обґрунтуванням надсилається на погодження до МОЗ. Перелік закладів охорони здоров'я державної форми власності визначається МОЗ України.

Експертні команди – це групи фахівців, які проводять оцінювання повсякденного функціонування осіб відповідно до затверджених процедур і критеріїв. Заклад формує один або більше серед 9 профілів команд (загальнохірургічна, загальна, хірургічна, офтальмологічна, онкологічна, травматологічна, кардіоневрологічна, фтизіопульмонологічна, гематологічна, психіатрична). Тут діє правило 1–2–3: на 1 профіль має бути мінімум 2 команди, у кожній команді мінімум 3 лікарі. Керівник закладу затверджує перелік лікарів, які можуть брати участь в оцінюванні повсякденного функціонування. Керівник, заступники, лікарі, адміністратори та медичні реєстратори мають бути зареєстровані в електронній системі.

Заклади охорони здоров'я, які працюють у системі оцінювання, повинні відповідати таким вимогам:

- наявність ліцензії на медичну практику;
 - облаштування приміщень для роботи експертних команд (інклюзивність, комфорт)
 - відповідність державним будівельним нормам;
 - для проведення засідань експертних команд рекомендовано використовувати приміщення, розташоване на першому поверсі, а в разі наявності ліфтів – додатково на інших поверхах;
 - біля приміщення для проведення очного розгляду повинні розміщуватися в достатній кількості меблі (стілці тощо) для очікування, а також ємності з питною водою;
 - оснащення комп'ютерною технікою, засобами комунікації та програмним забезпеченням.
- За результатами оцінювання експертна команда ухвалює рішення щодо встановлення чи невстановлення (або визначення):
- ступеня обмеження життєдіяльності особи;
 - потреби в продовженні тимчасової непрацездатності та в разі її продовження головний у справі формує відповідний медичний висновок;
 - інвалідності, фіксації причин та часу її настання;
 - ступеня втрати професійної працездатності (у відсотках);
 - наявності медичних показань на право одержання особою з інвалідністю або дитиною з інвалідністю, яка має порушення опорно-рухового апарату, автомобіля і протипоказання до керування ним;
 - потреби в постійному догляді;

- потреби в отриманні соціальної, психолого-педагогічної, професійної, трудової та/або фізкультурно-спортивної реабілітації;

- обсягів та видів необхідних допоміжних засобів реабілітації та/або медичних виробів;

- потреби в отриманні реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я та в разі визначення такої потреби голова формує електронне направлення для її надання;

- ступеня стійкого обмеження життєдіяльності для направлення їх у стаціонарні відділення центрів соціального обслуговування;

- причини смерті особи з інвалідністю або особи, ступінь втрати працездатності якої визначений експертною командою у відсотках на підставі свідоцтва про смерть у разі, коли законодавством передбачається надання пільг членам сім'ї померлого.

Експертною командою фіксується також причина інвалідності:

- 1) загальне захворювання;

- 2) інвалідність з дитинства;

- 3) нещасний випадок на виробництві (трудова каліцтво чи інше ушкодження здоров'я);

- 4) професійне захворювання;

- 5) поранення, контузії, каліцтва, захворювання або інші ушкодження здоров'я:

- одержані під час захисту Батьківщини, виконання обов'язків військової служби (службових обов'язків) чи пов'язані з перебуванням на фронті;

- поранення чи інші ушкодження здоров'я одержані під час антитерористичної операції або заходів проти військової агресії Російської Федерації проти України.

Якщо було встановлено інвалідність, то в межах рішення буде також сформовано рекомендації, які є медичною частиною індивідуальної програми реабілітації. У них буде відображена потреба особи в допоміжних засобах реабілітації, медичних виробках та необхідність отримання послуг в інших сферах її життя. Ці рекомендації діють протягом усього строку, на який встановлено інвалідність. Щодо визначення потреби в отриманні послуг в інших сферах, то рекомендації міститимуть такі складники:

1. Медичний – потреба в отриманні реабілітації у сфері охорони здоров'я (при цьому, якщо така потреба виявлена ще під час розгляду, пацієнтові буде сформовано електронне направлення на цю послугу), потреба в забезпеченні допоміжними засобами реабілітації та медичними виробами, санаторно-курортному лікуванні.

2. Соціальний – визначає потребу в соціальній і побутовій реабілітації, а також надає рекомендації звернутися до інших уповноважених органів для вирішення питання щодо призначення державної допомоги або пенсії з інвалідності, потреби в проведенні оцінки щодо отримання соціальних послуг.

3. Трудовий – визначає потребу у визначенні можливого облаштування робочого місця, у професійній і трудовій реабілітації та загальні обмеження в професійній діяльності, що можуть значно вплинути на погіршення здоров'я; надає рекомендації звернутися до центру зайнятості або онлайн для отримання безоплатних послуг з профорієнтації, перенавчання тощо.

4. Освітній – визначає потребу в психолого-педагогічній реабілітації, а також рекомендацію звернутися до інклюзивно-ресурсного центру для проведення комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку особи.

У разі проведення очного або виїзного розгляду справи роздрукована форма ухваленого рішення та рекомендації у зв'язку з цим рішенням, які є частиною індивідуальної програми реабілітації (у разі встановлення інвалідності), надаються людині на підпис.

Також необхідно зафіксувати такі важливі організаційні моменти. Датою встановлення інвалідності вважається дата надходження до експертної команди направлення на проведення оцінювання (позначка адміністратора, що справа готова до постановки в чергу). У разі встановлення інвалідності особі, яка перебуває на тимчасовій непрацездатності (у якій сформований МВТН) датою встановлення інвалідності вважається дата огляду особи (з метою запобігання дублювання тимчасової та стійкої втрати працездатності на одні й ті ж дати).

Діяльність експертних команд фінансується через Національну службу здоров'я України за рахунок державного бюджету. У межах пакетів Програми медичних гарантій передбачено додаткову оплату за виконані послуги щодо оцінювання повсякденного функціонування.

Порядок проведення оцінювання повсякденного функціонування особи визначає процедуру проведення оцінювання і містить такі етапи:

- направлення особи на оцінювання;

- процедура і результати оцінювання;

- повідомлення про результати оцінювання;

- організація проведення повторних оцінювань;

- оскарження результатів оцінювання в Центрі оцінювання (за потреби).

Розгляд скарг здійснюється експертними командами Центру оцінювання функціонального стану особи, до складу яких входять лікарі з різних державних закладів охорони здоров'я країни. У складних випадках ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності» або НДІ реабілітації осіб з інвалідністю навчально-наукового лікувального комплексу Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова можуть виконувати роль клінічної бази для дообстеження [4].

Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реформування медико-соціальної експертизи та впровадження оцінювання повсякденного функціонування особи» (реєст. № 12178 від 19.12.2024) передбачає ліквідацію МСЕК та запровадження оцінювання повсякденного функціонування, яке будуть проводити експертні команди лікарів-практиків на базі лікарень. Цим документом вносяться зміни до 32 законів та кодексів України [5].

Наказ МОЗ від 10.12.2024 № 2067 «Деякі питання забезпечення проведення оцінювання повсякденного функціонування особи» визначає перелік первинної документації для роботи експертних команд та закладає основу для цифровізації процесу оцінювання повсякденного функціонування особи та встановлення інвалідності [6]. Цим наказом затверджено форму та перелік відомостей, що містяться в таких документах:

- направленні на оцінювання повсякденного функціонування особи;
- протоколі розгляду експертною командою з оцінювання повсякденного функціонування особи;
- рішенні експертної команди;
- протоколі розгляду скарги на рішення експертної команди;
- рішенні експертної команди з оцінювання повсякденного функціонування особи Центру оцінювання функціонального стану особи за результатами розгляду скарги на рішення експертної команди;
- протоколі розгляду під час перевірки обґрунтованості рішення експертної команди.

Наказом також вносяться зміни до Порядку встановлення ступеня стійкої втрати професійної працездатності у відсотках працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05 червня 2012 року № 420.

Національний класифікатор 030:2022 «Класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я» розроблено з метою запровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я відповідно до частини другої статті 8 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» та плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків [7].

Цей класифікатор застосовується для уніфікації міжсекторального кодування інформації, що стосується здоров'я та обмежень повсякденного функціонування / обмежень життєдіяльності

людини в документації, зокрема індивідуальному реабілітаційному плані та в Електронній системі охорони здоров'я закладів охорони здоров'я та реабілітаційних закладів при наданні реабілітаційної допомоги з метою забезпечення безбар'єрності та доступності. Класифікатор також необхідний для забезпечення організаційних змін процесів реабілітації у сфері громадського здоров'я, які базуються на інноваційних підходах до індивідуальної програми реабілітації, забезпечення осіб з інвалідністю допоміжними засобами реабілітації та медичними виробами для наближення цієї допомоги до міжнародних стандартів.

Реалізацію програми державних гарантій медичного обслуговування населення в частині надання реабілітаційної допомоги впродовж гострого та довготривалого реабілітаційних періодів на всіх рівнях медичної допомоги в закладах охорони здоров'я, реабілітаційних закладах та за їх межами в рамках чинного законодавства забезпечують закони України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» [8, 9].

Нормативно-правовими документами України з питань інвалідності внесені зміни у класифікацію основних критеріїв життєдіяльності та ступенів їх вираженості. Ступінь обмеження життєдіяльності визначається як величина відхилення від нормальної функціональності особи, що впливає на її здатність здійснювати основні життєві активності. Таке визначення базується на об'єктивних критеріях, що містять функціональні, соціальні та психологічні аспекти.

Виокремлюють чотири основні ступені обмеження життєдіяльності:

- легкий ступінь обмеження – особа має незначні труднощі у виконанні деяких повсякденних завдань, але здатна справлятися з основними функціями без сторонньої допомоги;
- помірний ступінь обмеження (I ступінь) – особа має помітні труднощі у виконанні повсякденних завдань, як-от навчання, робота, спілкування, орієнтація, контроль за поведінкою, пересування та самообслуговування;
- виражений ступінь обмеження (II ступінь) – особа стикається з істотними труднощами у виконанні більшості основних функцій, що може містити значні обмеження в навчанні, роботі, спілкуванні та самообслуговуванні, які вимагають регулярної допомоги або спеціальних заходів для покращення якості життя;
- значний ступінь обмеження (III ступінь) – особа має серйозні порушення функцій органів і систем, що призводять до неможливості або істотного зниження здатності виконувати основні життєві функції, що супроводжується потребою в сторонній допомозі для забезпечення базових потреб, як-от догляд, харчування та пересування.

До критеріїв життєдіяльності людини належать: здатність до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю своєї поведінки, спілкування, навчання, виконання трудової діяльності.

Отже, проведений аналіз основних нормативно-правових документів, які регламентують запровадження в Україні нової системи оцінювання повсякденного функціонування особи в контексті реалізації реформи медико-соціальної експертизи, дає змогу успішно вирішувати виклики мирного і воєнного часу. Впровадження кращого міжнародного досвіду у сфері надання необхідних послуг особам зі статусом інвалідності в Україні сприятиме прозорості, доступності всіх процесів та спрощенню маршруту пацієнта.

Забезпечення сучасної стратегії вдосконалення організації реабілітаційної допомоги в системі громадського здоров'я дасть змогу оптимізувати роботу всіх ланок реабілітаційного процесу, що сприятиме підвищенню рівня суспільного здоров'я нації загалом та найбільш вразливих верств населення.

Висновки. Проведений аналіз базових нормативно-правових актів стосовно порядку проведення оцінювання повсякденного функціонування особи експертними командами засвідчив доцільність та своєчасність кардинальних змін у сфері медико-соціальної експертизи, встановлення або перегляду групи, причини й строку інвалідності. Реформа впроваджує цифровізацію усіх процесів оцінювання функціонального стану людини та спрощує процес, робить його

прозорим і доступним, мінімізує та усуває корупційні ризики.

Організаційні зміни процесів реабілітації у сфері громадського здоров'я базуються на інноваційних підходах до індивідуальної програми реабілітації, забезпечення осіб з інвалідністю допоміжними засобами реабілітації та медичними виробами. Оновлений підхід до індивідуальної програми та плану реабілітації, затверджений Законом України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», дає змогу координувати зусилля медичних закладів, соціальних та інших служб для медичної, соціальної і професійної підтримки пацієнта.

Перспективи подальших досліджень. Необхідно здійснювати постійний моніторинг нормативно-правового забезпечення, навчальних матеріалів МОЗ і НСЗУ, вебінарів, аналітичних панелей (дашбордів) стосовно процесів оцінювання повсякденного функціонування особи та діяльності експертних команд з метою їх оптимізації і вивчення особливостей регулювання їх роботи. Це сприятиме досягненню основної мети – забезпечення стану людини та відповідності міжнародним стандартам. Особливої уваги в подальших дослідженнях стосовно вдосконалення організації реабілітаційної допомоги в системі громадського здоров'я заслуговує вивчення особливостей надання реабілітаційних послуг в умовах воєнного стану на основі пошуку нових методологічних підходів та стратегій.

Список літератури

1. Щодо протидії корупційним та іншим правопорушенням під час встановлення інвалідності посадовим особам державних органів : Указ Президента України Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 22 жовтня 2024 року № 732/2024. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/7322024-52569>
2. Деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи : Постанова Кабінету Міністрів України від 15.11.2024 № 1338. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2024-p#Text>
3. Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо оцінювання повсякденного функціонування особи та визнання такою, що втратила чинність, постанови Кабінету Міністрів України : Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2024 № 1542. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1542-2024-p#Text>
4. Про покладання прав та обов'язків Центру оцінювання функціонального стану особи : Наказ МОЗ від 03.12.2024 № 2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v2022282-24#Text>
5. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реформування медико-соціальної експертизи та впровадження оцінювання повсякденного функціонування особи : Закон України від 19.12.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4170-20#Text>
6. Деякі питання забезпечення проведення оцінювання повсякденного функціонування особи : Наказ МОЗ від 10.12.2024 № 2067. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1925-24#Text>
7. Національний класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0810930-22#Text>
8. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
9. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2006, № 2-3, ст. 36. Із змінами, внесеними згідно із Законом № 2249-VIII від 19.12.2017, Законом № 4170-IX від 19.12.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text> (дата звернення: 21.01.2025).

References

1. Ukaz Prezydenta Ukrainy Pro rishennya Rady natsional'noyi bezpeky i oborony Ukrainy "Shchodo protydyi koruptsiynym ta inshym pravoporushennym pid chas vstanovlennya invalidnosti posadovym osobam derzhavnykh orhaniv" vid 22 zhovtnya 2024 roku №732/2024. (2024). [Decree of the President of Ukraine on the decision of the National Security and Defense Council of Ukraine "On combating corruption and other offenses when establishing disability for

- officials of state bodies" from October 22, 2024, No. 732/2024] Retrieved from: <https://www.president.gov.ua/documents/7322024-52569> [in Ukrainian].
2. Postanova Kabinetu Ministriv Ukrayiny vid 15.11.2024 № 1338 «Deyaki pytannya zaprovadzhennya otsynyuvannya povsyakdennoho funktsionuvannya osoby». (2024). [Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine "Some issues of introducing assessment of daily functioning of a person" from November 15, 2024, No. 1338] *zakon.rada.gov.ua*. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2024-n#Text> [in Ukrainian].
 3. Postanova Kabinetu Ministriv Ukrayiny vid 27.12.2024 № 1542 «Pro vnesennya zmin do deyakykh postanov Kabinetu Ministriv Ukrayiny shchodo otsynyuvannya povsyakdennoho funktsionuvannya osoby ta vyznannya takoyu, shcho vtratyta chynnist', postanovy Kabinetu Ministriv Ukrayiny». (2024). [Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine "On Amendments to Certain Resolutions of the Cabinet of Ministers of Ukraine on the Assessment of the Daily Functioning of a Person and Recognition of Resolutions of the Cabinet of Ministers of Ukraine as Invalid" from December 27, 2024, No. 1542] *zakon.rada.gov.ua*. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1542-2024-n#Text> [in Ukrainian].
 4. Nakaz MOZ vid 03.12.2024 № 2022 «Pro pokladannya prav ta obov'yazkiv Tsentru otsynyuvannya funktsional'noho stanu osoby». (2024). [Order of the Ministry of Health "On the Assignment of Rights and Duties of the Center for the Assessment of the Functional State of a Person" from December 03, 2024, No. 2022] *zakon.rada.gov.ua*. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v2022282-24#Text> [in Ukrainian].
 5. Zakon Ukrayiny "Pro vnesennya zmin do deyakykh zakonodavchykh aktiv Ukrayiny shchodo reformuvannya medyko-sotsial'noyi ekspertyzy ta vprovadzhennya otsynyuvannya povsyakdennoho funktsionuvannya osoby" vid 19.12. 2024. (2024). [Law of Ukraine "On Amendments to Certain Legislative Acts of Ukraine Regarding the Reform of Medical and Social Expertise and the Introduction of Assessment of Daily Functioning of a Person" from December 19, 2024] *zakon.rada.gov.ua*. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4170-20#Text> [in Ukrainian].
 6. Nakaz MOZ vid 10.12.2024 № 2067 «Deyaki pytannya zabezpechennya provedennya otsynyuvannya povsyakdennoho funktsionuvannya osoby». (2024). [Order of the Ministry of Health "Some issues of ensuring the assessment of a person's daily functioning" from December 10, 2024, No. 2067] *zakon.rada.gov.ua*. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1925-24#Text> [in Ukrainian].
 7. Natsional'nyy klasyfikator funktsionuvannya, obmezheniya zhyttyediyal'nosti ta zdorov'ya [National classifier of functioning, limitations of vital activity and health]. *zakon.rada.gov.ua*. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0810930-22#Text> [in Ukrainian].
 8. Zakon Ukrayiny «Pro reabilitatsiyu u sferi okhorony zdorov'ya». (2021). [Law of Ukraine "On Rehabilitation in the Healthcare Sector"]. *zakon.rada.gov.ua*. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> [in Ukrainian].
 9. Pro reabilitatsiyu osib z invalidnistyu v Ukrayini: Zakon Ukrayiny. Iz zminamy, vnesenymy z hidno iz Zakonom № 2249-VIII vid 19.12.2017, Zakonom № 4170-IX vid 19.12.2024. (2006). [About the Rehabilitation of Persons with Disabilities in Ukraine: Law of Ukraine. As amended by Law No. 2249-VIII from December 19, 2017, Law No. 4170-IX from December 19, 2024]. *Vidomosti Verkhovnoyi Rady Ukrayiny – Bulletin of the Verkhovna Rada of Ukraine*, 2–3, 36. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text>.

REGULATORY AND LEGAL FRAMEWORK FOR THE IMPLEMENTATION OF THE ASSESSMENT OF THE INDIVIDUAL'S DAILY FUNCTIONING AND ORGANIZATIONAL ASPECTS OF REHABILITATION

L. M. Romaniuk, N. O. Terenda, N. Ye. Romaniuk, H. V. Danchevska, N. Ya. Panchyshyn, N. O. Slobodian, Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

Purpose: to analyze the main regulatory and legal documents governing the introduction in Ukraine of a new system for assessing the individual's daily functioning in the context of the implementation of the reform of medical and social expertise, to study changes in the current strategy for improving the organization of rehabilitation care in the public health system.

Materials and Methods. The research materials were the basic regulatory and legal documents: decrees of the President of Ukraine, laws of Ukraine, resolutions of the Cabinet of Ministers of Ukraine, orders of the Ministry of Health. The study used analytical and bibliosemantic methods, methods of content analysis, structural and logical analysis, theoretical and methodological analysis as well as synthesis.

Results. The assessment of the individual's daily functioning is a qualitatively new approach to the processes of establishing and extending disability status, determining the need for rehabilitation measures and providing persons with disabilities with auxiliary rehabilitation aids and medical devices, as well as the need for services in other areas of life. The use of innovative approaches to the work of expert teams is based on strict adherence to the principles that guarantee a professional and objective assessment of the individual's daily functioning.

An important result of the implementation of the reform and the new assessment concept is the digitalization of almost all processes of assessing the individual's functional state, its simplification, ensuring transparency and accessibility, and avoiding corruption risks. The introduction of an electronic system for assessing the individual's daily functioning regulates the procedure for entering information on the results of the assessment in order to unify and objectify decision-making based on the results of the assessment, control over decisions and automated exchange of information between state bodies, enterprises, institutions, organizations, as defined by law.

Conclusions. The analysis showed the expediency and timeliness of fundamental changes in the field of medical and social expertise, establishment or revision of the group, cause, and duration of disability. Organizational changes in the rehabilitation processes in the field of public health are based on innovative approaches to the individual rehabilitation program for persons with disabilities.

KEY WORDS: reform of medical and social expertise; regulatory and legal framework; assessment of the individual's daily functioning; expert teams.

Рукопис надійшов до редакції 18.04.2025

Відомості про авторів:

Романюк Любов Миколаївна – кандидатка медичних наук, доцентка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0000-0002-9278-0184>.

Теренда Наталія Олександрівна – докторка медичних наук, професорка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5655-4326>.

Романюк Ніна Євгенівна – кандидатка медичних наук, доцентка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0009-0009-0322-5006>.

Данчевська Галина Василівна – здобувачка вищої освіти 2 року навчання за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» медичного факультету Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.

Панчишин Наталія Ярославівна – кандидатка медичних наук, доцентка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5786-3083>.

Слободян Наталія Олександрівна – кандидатка економічних наук, доцентка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0009-0000-6990-4188>.

Електронна адреса для листування: romanjuklm@tdmu.edu.ua

Н. О. СЛОБОДЯН, І. І. ОСТАПЧУК, В. Л. СМІРНОВА, Н. Є. РОМАНЮК, Л. М. РОМАНЮК

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Мета: дослідити ефективність фізичної реабілітації військовослужбовців, які постраждали внаслідок повномасштабної війни в Україні, та визначити основні напрями вдосконалення реабілітаційної допомоги.

Матеріали і методи. Проведено анкетування 53 військовослужбовців, які проходили реабілітацію в «Реабілітаційному центрі 77» м. Вінниця. Збір даних здійснювався за допомогою спеціально розробленої анкети, що охоплювала загальні дані, оцінку ефективності реабілітаційних заходів, доступність психологічної допомоги та рівень соціальної адаптації після реабілітації. Аналіз проводився із застосуванням описової статистики.

Результати. Установлено, що більшість пацієнтів задоволена якістю реабілітаційної допомоги. 90,57% отримували індивідуально адаптовані програми; найпоширенішими методами реабілітації були фізіотерапія, масаж і кінезіотерапія. 88,68% респондентів отримали психологічну допомогу, що також позитивно позначилося на результатах реабілітації. Понад 69% учасників задоволені фізичним станом після завершення курсу лікування, а 100% долучилися до програм соціальної адаптації.

Висновки. Повномасштабне вторгнення Російської Федерації в Україну спричинило глибоку кризу в системі охорони здоров'я, зокрема у сфері реабілітації, загостривши потребу в упровадженні комплексного підходу до медичної, психологічної та соціальної допомоги військовослужбовцям. Зростання кількості поранених, складність бойових травм і психоемоційних розладів виявили недостатню підготовленість наявної реабілітаційної інфраструктури, що вимагає її системного перегляду. Комплексний підхід передбачає міждисциплінарну взаємодію фахівців, індивідуалізацію програм відновлення і довготривалий супровід пацієнтів, що потребує розвитку мультидисциплінарних команд, розширення мережі закладів, підвищення професійної кваліфікації персоналу та інтеграції різних видів допомоги в єдину ефективну систему.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: військовослужбовці; реабілітація; фізична терапія; психологічна підтримка; індивідуальний підхід; мультидисциплінарна команда.

Вступ. Унаслідок повномасштабних бойових дій на території України, що тривають із 2022 року, різко зросла кількість військовослужбовців, які потребують довготривалої та всебічної реабілітаційної допомоги. Тяжкі поранення, черепно-мозкові травми, ампутації кінцівок і глибокі психологічні наслідки зумовлюють потребу в комплексному медичному, психологічному та фізичному відновленні для значної частини захисників.

Особливої актуальності набуває фізична реабілітація, яка відіграє ключову роль у загальній системі відновлення військових. Її завдання полягає не лише у відновленні фізичних можливостей організму, покращенні рухових функцій, сили та витривалості, а й у сприянні подальшій соціальній адаптації військовослужбовців. Правильно організовані програми фізичної реабілітації підвищують якість життя, знижують ризик розвитку стійкої інвалідності та сприяють формуванню психологічної стійкості [1].

Комплексна фізична реабілітація охоплює ранній початок втручання, індивідуально розроблені програми фізичних вправ, роботу з фізичними терапевтами, а також застосування сучасних реабілітаційних

технологій і обладнання. Такий підхід не лише забезпечує відновлення фізичних функцій, а й позитивно впливає на психоемоційний стан військових, допомагаючи їм повернутися до повноцінного життя в суспільстві та професійної діяльності.

З огляду на масштабні зміни в системі охорони здоров'я України, особливої ваги набуває забезпечення доступності якісних реабілітаційних послуг, розвиток спеціалізованих центрів, підготовка фахівців та впровадження передових міжнародних практик у сфері фізичної реабілітації.

Мета роботи: дослідити ефективність фізичної реабілітації військовослужбовців, які постраждали внаслідок повномасштабної війни в Україні, та визначити основні напрями вдосконалення реабілітаційної допомоги.

Матеріали і методи. Проведено анкетування 53 військовослужбовців, які проходили реабілітацію в «Реабілітаційному центрі 77» м. Вінниця. Збір даних здійснювався за допомогою спеціально розробленої анкети, що охоплювала загальні дані, оцінку ефективності реабілітаційних заходів, доступність психологічної допомоги та рівень

соціальної адаптації після реабілітації. Аналіз провадився із застосуванням описової статистики.

Матеріали статті використані під час написання кваліфікаційної роботи.

Результати дослідження та їх обговорення.

Одним із ключових пріоритетів державної політики в умовах повномасштабної війни є збереження життя та здоров'я військовослужбовців, які безпосередньо беруть участь у бойових діях. Водночас не менш важливим залишається питання їх повернення до повноцінного мирного життя. Саме тому комплексна реабілітація військових набуває особливого значення, стаючи основою для фізичного, психічного та соціального відновлення захисників [2].

У сучасних умовах реабілітація розглядається як важливий напрям державної політики, що передбачає розробку і впровадження програм соціального захисту учасників бойових дій. Її мета не лише відновити фізичне й психічне здоров'я військовослужбовців, а й досягти ними повноцінного соціального та психологічного благополуччя. Особливу роль у цьому процесі відіграє фізична терапія, яка є одним із провідних засобів реабілітації.

Для військових, які одужують після бойових поранень або травм, фізична терапія є невіддільною частиною відновлення. Вона сприяє поліпшенню рухливості, сили, координації та витривалості, позитивно впливає на емоційний стан і загальне самопочуття. Завдяки індивідуально дібраним програмам фізичної реабілітації значно підвищується якість життя військовослужбовців та їх здатність до соціальної адаптації.

З метою оцінки ефективності реабілітаційних заходів проведено дослідження за участі 53 військовослужбовців, які проходили курс реабілітації в «Реабілітаційному центрі 77» м. Вінниця (колишній Обласний клінічний госпіталь ветеранів війни). Для збору даних використано спеціально розроблену анкету, яка дала змогу отримати всебічну інформацію про перебіг реабілітації з погляду самих пацієнтів.

Анкета налічувала чотири тематичні розділи. Перший містив загальні відомості – вік, стать, службовий статус і характер отриманих травм. Другий розділ присвячувався оцінці реабілітаційних заходів, зокрема якості наданих послуг, ефективності використаних методів (кінезіотерапія, фізіотерапія, масаж, ерготерапія, гідротерапія, протезування, психотерапія), наявності індивідуальних планів відновлення та рівню взаємодії з медичним персоналом.

Третій розділ охоплював аспекти психологічної підтримки під час реабілітації, а саме: доступність і якість наданої допомоги. Четвертий розділ був спрямований на аналіз довгострокових результатів та рівня соціальної адаптації: задоволеність фізичним станом після проходження курсу, повернення до активного життя, участь у соціальних

програмах, а також значення підтримки з боку державних і громадських організацій.

Отримані результати дали змогу комплексно оцінити ефективність застосованих реабілітаційних заходів, виявити їхні переваги та визначити напрями для подальшого вдосконалення, спираючись на безпосередній досвід пацієнтів.

Повномасштабна збройна агресія Російської Федерації проти України, яка розпочалася 24 лютого 2022 року, зумовила суттєві трансформаційні процеси в національній системі охорони здоров'я. Одним із найбільш уразливих напрямів виявилася сфера реабілітаційної допомоги, яка набула критичного значення для забезпечення медичної підтримки десяткам тисяч поранених цивільних осіб і військовослужбовців. Значне зростання кількості травм, специфіка бойових ушкоджень, а також високий рівень психоемоційного навантаження зумовили необхідність всебічного перегляду наявних підходів до організації реабілітаційних послуг, їх фінансування, кадрового забезпечення та просторової структури медичної інфраструктури [3].

Після початку повномасштабних бойових дій система охорони здоров'я України зіткнулася з різким зростанням навантаження на медичні заклади. Попит на реабілітаційні послуги збільшився в кілька разів через велику кількість поранень, травм опорно-рухового апарату, черепно-мозкових травм, ампутацій та порушень психічного здоров'я. Реабілітація військовослужбовців починається вже на етапі перебування в тилових госпіталях і продовжується в спеціалізованих центрах як в Україні, так і за її межами.

За офіційними даними Національної служби здоров'я України, з другого кварталу 2022 року до першого кварталу 2024 року реабілітаційні послуги отримали 685 643 особи. Для порівняння, у довоєнний період (з 1 квітня 2021 року до 24 лютого 2022 року) ця цифра становила 237 061 пацієнта. Так, спостерігається майже триразове зростання звернень за реабілітаційною допомогою.

Серед опитаних військовослужбовців більшу групу становили чоловіки – 66,04%, тоді як жінки – 33,96%. Середній вік респондентів – $44,66 \pm 1,34$ року.

Проаналізовано розподіл військовослужбовців за віковими групами з урахуванням статі. Серед чоловіків найбільшу частку становили особи віком 35–44 роки (45,71%), серед жінок – вікова група 45–54 роки (33,33%). Водночас частка молодших учасників (25–34 роки) серед жінок (22,22%) була вищою, ніж серед чоловіків (5,71%). Статистично значущих відмінностей у розподілі за віком між чоловіками і жінками не виявлено.

У військовослужбовців найбільш поширеними травмами були вибухові ушкодження, які часто супроводжувалися множинними ушкодженнями м'яких тканин, переломами та черепно-мозковими

травмами. Також значну частку становили осколкові, вогнепальні травми, спинальні ушкодження, опіки та травми опорно-рухового апарату. Особливу увагу привертають акустичні травми і баротравми, спричинені вибуховою хвилею. Крім фізичних ушкоджень, значне поширення мають психологічні наслідки, зокрема посттравматичний стресовий розлад, що ускладнює процес реабілітації та соціальної адаптації.

Важливу роль у реабілітації відіграє командна робота лікарів, фізичних терапевтів, психологів та соціальних працівників [4]. Комплексна фізична реабілітація спрямована на відновлення функціональної активності та забезпечення максимальної соціальної інтеграції військовослужбовців відповідно до сучасних міжнародних стандартів.

Відбір методів реабілітації є ключовим для ефективного відновлення фізичного та психоемоційного стану пацієнтів. Сучасні підходи базуються на принципах мультидисциплінарності, індивідуалізації та поетапності. Застосування фізіотерапії, масажу, кінезіотерапії, ерготерапії, психотерапії та гідротерапії дає змогу комплексно впливати на організм, покращуючи рухові функції, адаптацію до повсякденного життя, стабілізацію психоемоційного стану та якість життя.

Оцінка ефективності методів реабілітації показала високий рівень задоволеності. 56,6% респондентів оцінили їх як ефективні, 30,19% – як дуже ефективні, 13,21% – як задовільні. Індивідуалізація програм реабілітації підтверджена тим, що 90,57% респондентів отримували індивідуально адаптовані програми, а 9,43% – частково адаптовані. Жоден не повідомив про відсутність індивідуалізації.

Психологічна підтримка була надана 88,68% військовослужбовців, 11,32% не потребували її. Аналіз отримання психологічної підтримки за віковими групами виявив статистично значущі відмінності ($p = 0,013$). У вікових групах 25–34 роки, 45–54 роки та старше 55 років усі опитані військовослужбовці (100%) отримували психологічну підтримку під час реабілітації. Натомість у групі 35–44 роки психологічну допомогу отримали 71,43% респондентів, тоді як 28,57% вказали, що не мали потреби в такій підтримці. Жоден з учасників дослідження у жодній віковій групі не повідомив про відмову від психологічної допомоги за наявності потреби.

Якість психологічної підтримки оцінена як «дуже висока» або «висока» – 65,26% опитаних, «задовільна» – 34,04%, що свідчить про відповідність потребам військовослужбовців.

Усі респонденти брали участь у програмах соціальної адаптації, що підкреслює важливість цих заходів для інтеграції військовослужбовців у цивільне життя.

Підтримка з боку державних і громадських організацій була важливою або дуже важливою для 50,94% респондентів, однак 37,74% не отримали такої допомоги, що вказує на потребу покращення організації підтримки.

Більшість військовослужбовців наголошувала на необхідності оновлення матеріально-технічної бази реабілітаційних закладів, зокрема оснащення сучасним обладнанням для фізіотерапії, ерготерапії, кінезіотерапії та діагностики, а також впровадження новітніх технологій, зокрема роботизованих систем, віртуальної реальності для нейрореабілітації та сучасних психотерапевтичних методик.

Висновки. Повномасштабне вторгнення Російської Федерації в Україну спричинило глибоку кризу в системі охорони здоров'я, зокрема у сфері реабілітації, загостривши потребу в упровадженні комплексного підходу до медичної, психологічної та соціальної допомоги військовослужбовцям. Зростання кількості поранених, складність бойових травм і психоемоційних розладів виявили недостатню підготовленість наявної реабілітаційної інфраструктури, що вимагає її системного перегляду. Комплексний підхід передбачає міждисциплінарну взаємодію фахівців, індивідуалізацію програм відновлення і довготривалий супровід пацієнтів, що потребує розвитку мультидисциплінарних команд, розширення мережі закладів, підвищення професійної кваліфікації персоналу та інтеграції різних видів допомоги в єдину ефективну систему.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці ефективних інноваційних підходів до фізичної та психологічної реабілітації, порівняльному аналізі результатів реабілітації в різних регіонах, а також у вивченні довгострокових результатів інтеграції ветеранів у мирне життя після проходження реабілітації.

Список літератури

1. Чудик А. В., Хотін Є. Г., Токовенко О. Л., Силіук М. В. Сучасні підходи до фізичної реабілітації учасників бойових дій. *Педагогічна Академія: наукові записки*. 2025. Вип. 14. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.14840542>.
2. Рушак Л. В., Євченко Д. О., Середа І. К. Ключові аспекти підвищення ефективності надання реабілітаційної допомоги військовослужбовцям шляхом впровадження інноваційних технологій. *Український журнал військової медицини*. 2024. Т. 5, № 3. С. 21–29.
3. Реабілітація українських військових та ветеранів: досвід долаття несистемності. Київ, 2024. 116 с.
4. Типове положення про мультидисциплінарну реабілітаційну команду : Постанова Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 р. № 1268 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#n262>.

References

1. Chudyk, A. V., Khotin, Y. H., Tokovenko, O. L., & Sylyuk, M. V. (2025). Suchasni pidkhody do fizychnoyi reabilitatsiyi uchasnykiv boyovykh diy [Modern approaches to physical rehabilitation of combatants]. *Pedahohichna Akademiya: naukovy zapysky. Pedagogical Academy: scientific notes*, 14. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.14840542> [in Ukrainian].
2. Rushchak, L. V., Yevchenko, D. O., & Sereda, I. K. (2024). Klyuchovi aspekty pidvyshchennya efektyvnosti nadannya reabilitatsynoyi dopomohy viys'kovosluzhbovtsham shlyakhom vprovadzhennya innovatsiynykh tekhnolohiy [Key aspects of improving the effectiveness of rehabilitation care for servicemen through the implementation of innovative technologies]. *Ukrainian Journal of Military Medicine*, 5(3), 21–29 [in Ukrainian].
3. Reabilitatsiya ukraïns'kykh viys'kovykh ta veteraniv: dosvid dolannya nesystemnosti. (2024). [Rehabilitation of Ukrainian military and veterans: Experience in overcoming non-systematicity]. Kyiv : [Publisher not specified] [in Ukrainian].
4. Kabinet Ministriv Ukrainy. (2021, November 3). Typove polozhennya pro mul'tydystrylinarnu reabilitatsynu komandu: Postanova № 1268 [Model provision on the multidisciplinary rehabilitation team: Resolution No. 1268]. *zakon.rada.gov.ua*. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#n262> [in Ukrainian].

A COMPREHENSIVE APPROACH TO THE REHABILITATION OF MILITARY PERSONNEL

N. O. Slobodian, I. I. Ostapchuk, V. L. Smirnova, N. Ye. Romaniuk, L. M. Romaniuk

Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

Purpose: To investigate the effectiveness of physical rehabilitation for military personnel affected by the full-scale war in Ukraine and to identify the main directions for improving rehabilitation support.

Materials and methods. A survey was conducted among 53 military personnel undergoing rehabilitation at the "Rehabilitation Center 77" in Vinnytsia. Data collection was carried out using a specially developed questionnaire that included general information, assessment of rehabilitation effectiveness, accessibility of psychological assistance, and the level of social adaptation after rehabilitation. Descriptive statistical methods were applied for data analysis.

Results. It was found that the vast majority of patients were satisfied with the quality of rehabilitation services. Individually tailored rehabilitation programs were provided to 90.57% of the respondents. The most common rehabilitation methods were physiotherapy, massage, and kinesiotherapy. Psychological assistance was received by 88.68% of respondents, which also positively influenced rehabilitation outcomes. More than 69% of participants were satisfied with their physical condition after completing the treatment course, and 100% participated in social adaptation programs.

Conclusions. The full-scale invasion of Ukraine by the Russian Federation has caused a deep crisis in the healthcare system, particularly in the field of rehabilitation, highlighting the urgent need for a comprehensive approach to medical, psychological, and social support for military personnel. The increasing number of wounded, the complexity of combat injuries, and psycho-emotional disorders have revealed the insufficient preparedness of the current rehabilitation infrastructure, necessitating a systemic review. A comprehensive approach involves interdisciplinary cooperation among specialists, individualization of recovery programs, and long-term patient support, which requires the development of multidisciplinary teams, expansion of the facility network, enhancement of staff qualifications, and integration of various types of support into a single effective system.

KEY WORDS: military personnel; rehabilitation; physical therapy; psychological support; individualized approach; multidisciplinary team.

Рукопис надійшов до редакції 20.05.2025

Відомості про авторів:

Слободян Наталія Олександрівна – кандидатка економічних наук, доцентка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0009-0000-6990-4188>.

Остапчук Ірина Іванівна – здобувачка вищої освіти 2 року навчання за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» медичного факультету Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.

Смірнова Валентина Леонідівна – кандидатка медичних наук, доцентка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, ORCID <https://orcid.org/0000-0001-7473-9826>.

Романюк Ніна Євгенівна – кандидатка медичних наук, доцентка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, ORCID <https://orcid.org/0009-0009-0322-5006>.

Романюк Любов Миколаївна – кандидатка медичних наук, доцентка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-9278-0184>.

Електронна адреса для листування: slobodyanno@tdmu.edu.ua

Н. Є. РОМАНЮК, Л. М. РОМАНЮК, В. М. БОЙКО, О. Р. БОЙЧУК, Н. О. СЛОБОДЯН

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ Й ПРОБЛЕМ ФУНКЦІОНУВАННЯ ЦЕНТРІВ КОНТРОЛЮ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ

Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Мета: проаналізувати ефективність і проблеми функціонування центрів контролю та профілактики хвороб в Україні, а також розробити стратегію їх розвитку, зокрема на базовому й регіональному рівнях, шляхом оцінки ефективності їх роботи та впровадження інноваційних підходів.

Матеріали та методи. У роботі використано теоретичні та емпіричні методи дослідження, зокрема аналіз наукових джерел, системний аналіз, метод порівняльного аналізу, узагальнення даних, а також статистичні методи для оцінки ефективності функціонування центрів контролю та профілактики захворювань.

Результати. Високий рівень смертності від хвороб системи кровообігу та злоякісних новоутворень є одним із найбільших викликів для медичних установ. Це вимагає посиленої уваги до профілактики серцево-судинних захворювань та раку, зокрема, через покращення доступу до ранньої діагностики та лікування.

Серед основних позитивних аспектів можна відзначити низький рівень материнської смертності та смертності дітей до 5 років, що свідчить про високу ефективність медичних послуг у цих напрямках. Також показники якості й ефективності роботи центрів контролю та профілактики хвороб у місті Вінниця має кращі показники щодо витрат на профілактичні засоби, що може свідчити про нижчий рівень інфекційної та неінфекційної захворюваності.

Організаційна структура та функції центрів контролю і профілактики хвороб в Україні є складною та багатофункціональною. Вона містить як державні, так і регіональні рівні, що забезпечують ефективну координацію та виконання профілактичних заходів. Важливими складниками є відділи, що відповідають за епідеміологічний нагляд, санітарний контроль, моніторинг захворюваності та організацію профілактичних кампаній.

Висновки. Результати дослідження ефективності роботи центрів контролю та профілактики захворювань на базовому й регіональному рівнях Вінницької області показують різні тенденції в галузі охорони здоров'я, що відображають загальну картину здоров'я населення. Загалом, показники діяльності ЦКПХ в області демонструють певні позитивні зміни в їх роботі, однак є і серйозні проблеми, які потребують негайного втручання та вдосконалення медичних заходів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: центри контролю та профілактики хвороб; стратегії розвитку; базовий та регіональний рівень; інноваційні підходи.

Вступ. Характеристика моделі центрів контролю та профілактики хвороб важлива для розуміння того, як працюють ці установи та які функції виконують для забезпечення здоров'я населення. Центри контролю та профілактики хвороб – це спеціалізовані організації, які займаються моніторингом, профілактикою та контролем за інфекційними й неінфекційними захворюваннями на різних рівнях (національному, регіональному, місцевому) [1–4]. Їхня роль особливо важлива в умовах глобалізації, коли зростає загроза пандемій та інших хвороб, що можуть швидко поширюватися.

Модель таких центрів ґрунтується на поєднанні наукових досліджень, обробки даних, а також реалізації стратегій, спрямованих на зниження рівня захворюваності та смертності серед населення. Однією з головних функцій центрів є своєчасне виявлення епідемічних спалахів і життє

відповідних заходів для їх стримування. Це вміщує моніторинг рівня інфекційних захворювань, оцінку епідеміологічної ситуації, а також координацію заходів профілактики та вакцинації [5–8].

Центри контролю та профілактики хвороб займаються також проведенням наукових досліджень для розробки нових методів діагностики, лікування та профілактики. Це може передбачати розробку вакцин, аналіз ефективності наявних препаратів і технологій, а також проведення освітніх кампаній для населення щодо профілактики різних захворювань. У контексті інфекційних хвороб модель таких центрів орієнтована на інтеграцію новітніх технологій і міжнародного досвіду для боротьби з епідеміями та пандеміями.

Науковий інтерес до проблем і перспектив розвитку центрів контролю та профілактики хвороб в Україні не зменшився й у часи сьогоденних глобальних викликів для суспільства. Ця

проблематика стосується покращення показників здоров'я населення, вчасного проведення профілактичних та протиепідемічних заходів у системі громадського здоров'я, якісного та ефективного управління й використання ресурсів [9–11].

Мета роботи: проаналізувати діяльність центру контролю та профілактики хвороб і розробити оптимізовану модель їх розвитку в Україні на базовому й регіональному рівнях шляхом упровадження інноваційних підходів.

Матеріали і методи. У роботі використано теоретичні (теоретико-методологічний аналіз і синтез, систематизація та огляд наукових джерел, порівняння й узагальнення даних досліджень), емпіричні (спостереження, опитування) методи, статистичний метод обробки отриманих результатів (кількісна та якісна інтерпретація).

Для виконання завдань дослідження сформована вибірка, скоригована відповідно до основних етапів дослідження.

Шляхом застосування методу емпіричного дослідження розроблено спеціальну анкету з переліком облікових ознак, що стосуються організаційних аспектів роботи центрів, рівня задоволеності пацієнтів якістю наданих медичних послуг, а також ефективності проведених профілактичних

заходів. На основі аналізу цієї анкети здійснено ґрунтовний аналіз та сформульовано висновки дослідження.

Особливу роль у дослідженні відіграло використання психологічних та соціологічних методів, які допомогли оцінити вплив діяльності центрів контролю і профілактики хвороб на свідомість населення, а також з'ясувати, як інформаційні кампанії та профілактичні заходи змінюють поведінку громадян у питаннях здоров'я.

Матеріали статті використано під час написання кваліфікаційної роботи.

Результати дослідження та їх обговорення.

Для аналізу результатів дослідження ефективності центрів контролю та профілактики захворювань на базовому й регіональному рівнях важливо було врахувати контекст здоров'я населення Вінницької області, що характеризується як позитивними, так і негативними тенденціями.

Наприклад, у частині показників «Населення», показники Вінницької області характеризуються вищим рівнем народжуваності серед жінок віком 15–19 років (17,9 на 1 000 жінок проти 15,8 по Україні) та вищим рівнем абортів серед жінок 20–34 років (1 526,7 на 100 000 жінок порівняно з 1 138,1 по Україні) (табл. 1).

Таблиця 1. Показники народжуваності та репродуктивного здоров'я

Параметр	Вінницька область	Україна
Народжуваність (15–19 років) на 1 000 жінок	17,9	15,8
Рівень абортів (20–34 роки) на 100 000 жінок	1 526,7	1 138,1

Аналіз коефіцієнта смертності в області показує, що рівень смертності в регіоні дещо вищий за національний – 16,5 на 1 000 населення, порівняно з 16,2 на 1000 по Україні. Це вказує на серйозні проблеми в охороні здоров'я на рівні Вінницької області, де показник смертності трохи перевищує середній показник по країні. Одним із вагомих чинників, що впливають на здоров'я населення, є поширення неінфекційних захворювань, зокрема серцево-судинних хвороб і раку. Рівень передчасної смертності від хвороб системи кровообігу в області становить 475,6 на 100 000, що значно вище за національний показник у 447,4 на 100 000 населення. Це вказує на необхідність посилення заходів щодо профілактики

серцево-судинних захворювань та поліпшення доступу до медичних послуг для виявлення й лікування цих хвороб на ранніх стадіях. Крім того, показник смертності від злоякісних новоутворень в області також перевищує національний рівень, становлячи 205,2 на 100 000 проти 193,1 на 100 000. Це підкреслює важливість удосконалення заходів раннього виявлення раку, зокрема через скринінгові програми та доступність лікування.

Порівняння регіональних та національних показників здоров'я демонструє перевагу щодо показників здоров'я в області. Показник материнської смертності в регіоні становить 0,0 на 100 000 живонароджених, що значно нижче за національний рівень, який становить 18,4 на

Таблиця 2. Порівняльний аналіз показників смертності

Параметр	Вінницька область	Україна
Загальна смертність (на 1 000 осіб)	16,5	16,2
Передчасна смертність (30–69 років) від хвороб кровообігу (на 1 000 осіб)	4,75	4,47
Смертність від злоякісних новоутворень (на 1 000 осіб)	2,05	1,93
Материнська смертність (на 100 000 живонароджених)	0,0	18,4
Смертність дітей до 5 років (на 1000 осіб)	1,28	1,36

100 000. Це свідчить про високу ефективність медичних послуг та заходів профілактики, а також відображає успіхи в галузі охорони здоров'я матері і дитини. Що стосується смертності дітей до 5 років, то цей показник в області становить 1,28 на 1 000, що також є кращим показником за національний рівень, а саме 1,36 на 1 000. Ці результати свідчать про зниження дитячої смертності завдяки покращенню роботи неонатальної служби, доступу до медичних послуг, підвищенню рівня медичної допомоги, а також ефективній профілактиці захворювань серед дітей. У загальному контексті ці показники вказують на позитивні тенденції в охороні здоров'я на локальному рівні, що вимагає подальшого підтримання та розвитку медичних ініціатив для збереження здоров'я населення (табл. 2).

Для проведення дослідження розроблено спеціальну анкету, яка містить питання, що стосуються організаційних аспектів роботи центрів, рівня задоволеності пацієнтів медичними послугами, а також ефективності проведених профілактичних заходів. Анкета допомогла не лише виявити сильні та слабкі сторони роботи центрів контролю і профілактики хвороб, а й отримати цінні пропозиції щодо вдосконалення їхньої роботи. Відповіді на питання анкети дали змогу оцінити рівень доступності медичних послуг для населення, а також визначити аспекти організаційної роботи центрів контролю та профілактики захворювань, які потребують покращення.

Емпірична база дослідження становила 106 респондентів міста Вінниця.

Система громадського здоров'я в Україні має на меті зміцнення здоров'я населення, запобігання хворобам, поліпшення якості життя та збільшення його тривалості. Проте в регіоні спостерігаються серйозні проблеми, зокрема високий рівень смертності від хвороб системи кровообігу та злоякісних новоутворень, що перевищує загальнонаціональні показники. Це вимагає надзвичайної уваги з боку органів охорони здоров'я.

Також в області відзначається високий рівень абортів, що є проблемою навіть порівняно з національними даними. Однак є позитивні зрушення у сфері материнської смертності та смертності серед дітей до 5 років. Витрати на тютюнові вироби в регіоні нижчі, ніж загалом по країні, тоді

як витрати на алкогольні напої значно вищі. Це свідчить про наявність проблем щодо шкідливих звичок населення міста Вінниця.

Окремої уваги заслуговують проблеми смертності та травматизму внаслідок аварій та ДТП. Приріст травмованих і загиблих унаслідок ДТП перевищує загальнонаціональний рівень, хоча приріст самих ДТП є меншим, ніж в Україні загалом. Ці аспекти вимагають комплексних заходів для поліпшення безпеки на дорогах і зменшення кількості аварій та їх наслідків.

З огляду на вищевикладене, для проведення дослідження ефективності роботи Вінницького обласного центру контролю та профілактики хвороб, опитано 106 респондентів. Основні напрями дослідження містили рівень доступності медичних послуг, задоволення пацієнтів від обслуговування, ефективність профілактичних заходів та загальну оцінку роботи установи. Для початку важливо зазначити розподіл респондентів за віковими категоріями, що дає змогу оцінити, яка група населення частіше звертається до центру (табл. 3).

З таблиці 3 видно, що найбільша частина респондентів належить до вікової категорії 31–45 років, що свідчить про високу активність цієї групи в користуванні послугами центрів контролю та профілактики хвороб.

Одним із важливих аспектів дослідження є оцінка рівня доступності медичних послуг (табл. 4).

Результати дослідження, представлені в таблиці 4, демонструють, що більшість респондентів вважають доступність медичних послуг або зручною, або досить зручною. Відповідно до отриманих даних, 42,5% опитаних вказали, що доступ до центру є «дуже зручним», а 37,7% – «досить зручним». Ці результати свідчать про те, що основна частина населення може без проблем звертатися до медичних установ й отримувати необхідну допомогу без значних труднощів.

Однак, незважаючи на позитивні оцінки більшості респондентів, важливим є й той факт, що 14,2% респондентів вважають доступ до центрів «не завжди зручним». Зазначений показник указує на певні проблеми, пов'язані з доступністю, які можуть бути пов'язані з відстанню до медичних установ, відсутністю належного транспортного сполучення або іншими фізичними бар'єрами,

Таблиця 3. Розподіл респондентів за віковими категоріями

Вікова категорія	Кількість респондентів	Відсоток від загальної кількості
До 18 років	5	4,7%
18–30 років	30	28,3%
31–45 років	35	33,0%
46–60 років	25	23,6%
60 і більше років	11	10,4%

Таблиця 4. Оцінка доступності медичних послуг

Оцінка доступності	Кількість респондентів	Відсоток від загальної кількості
Дуже зручний доступ	45	42,5%
Досить зручний доступ	40	37,7%
Не завжди зручний доступ	15	14,2%
Важко дістатися до центру	6	5,6%

що ускладнюють доступ до медичних послуг. Такі труднощі можуть стосуватися як мешканців віддалених районів міста, так і осіб з інвалідністю, яким важко потрапити до медичних установ без спеціальних умов.

Крім того, 5,6% респондентів відзначили, що їм важко дістатися до медичних центрів. Це може бути результатом низки факторів, серед яких проблеми з громадським транспортом, відсутність необхідних зупинок, недостатнє забезпечення пільгових умов для осіб з інвалідністю або низька якість дорожнього покриття, що може ускладнювати доступ до медичних установ, особливо для літніх людей або людей з інвалідністю. Така ситуація потребує ретельного аналізу та вживання відповідних заходів, як-от покращення транспортної інфраструктури або створення додаткових зручних умов для пацієнтів.

Однією з найбільших проблем, що визначена в результатах опитування, є доступність медичних послуг, зокрема для мешканців віддалених районів. Проблеми з транспортною доступністю можуть значно ускладнювати процес отримання медичних послуг, що, своєю чергою, знижує ефективність діяльності центрів. Тому однією з ключових пропозицій є розробка комплексної стратегії для покращення транспортної інфраструктури, яка міститиме організацію спеціальних маршрутів, що з'єднують віддалені райони із центром, а також використання мобільних медичних пунктів для надання послуг безпосередньо на місцях. Це дасть змогу значно покращити доступність медичних послуг для всіх категорій населення, зокрема для маломобільних груп та осіб похилого віку.

Також важливим напрямом для покращення роботи центрів є скорочення часу очікування на

прийом до лікаря. У результаті дослідження встановлено, що значна частина респондентів зазначала довгі черги та тривалий час очікування на отримання медичних послуг. Це важлива проблема, оскільки тривале очікування може сприяти накопиченню стресу серед пацієнтів і знижувати загальний рівень задоволення від наданих послуг. Для вирішення цієї проблеми пропонується впровадити електронну реєстрацію та онлайн-запис на прийом до лікаря. Крім того, застосування таких технологій дасть змогу лікарям оптимально планувати своє робоче навантаження та покращить розподіл ресурсів у центрі контролю і профілактики захворювань.

Ще одним важливим аспектом є підвищення кваліфікації медичного персоналу та покращення комунікації з пацієнтами. У процесі дослідження виявлено, що хоча більшість пацієнтів задоволені професіоналізмом медичних працівників, деякі респонденти зазначили, що могли б отримати більше інформації або відчувати більше уваги з боку лікарів та медсестер. Це вказує на важливість проведення регулярних тренінгів для медичного персоналу для підвищення їх кваліфікації, а також розвитку навичок комунікації і психологічної підтримки пацієнтів.

Висновки. Основні проблеми, виявлені в процесі дослідження, містять питання доступності послуг, тривалості часу очікування, а також необхідність підвищення кваліфікації медичного персоналу та поліпшення комунікації з пацієнтами.

Перспективи подальших досліджень. Особливу увагу в подальших дослідженнях проблем та перспектив покращення діяльності центрів контролю і профілактики хвороб необхідно приділити питанням ефективної управлінської діяльності в системі громадського здоров'я.

Список літератури

1. Карпенко О. М. Роль громадських організацій у розвитку профілактики захворювань в Україні. *Наукові записки*. 2021. № 7. С. 45–50.
2. Романюк Н. Є., Романюк Л. М., Бойко В. М., Бойчук О. Р., Мартинишин Т. В. Комплексний підхід до управління центрами контролю та профілактики захворювань у сфері громадського здоров'я України. Матеріали шостого наукового симпозіуму з міжнародною участю «Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики в умовах воєнного стану та перспективи розвитку». Тернопіль, 25–26 вересня 2024. С. 103–106.
3. Смолецька С. В., Петренко О. В. Профілактика неінфекційних захворювань: стратегічний підхід і можливості для України. *Здоров'я нації*. 2016. № 2. С. 77–82.
4. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Стратегія/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf> (дата звернення: 20.01.2025).
5. Ткаченко А. Ю. Роль центрів контролю та профілактики захворювань в системі охорони здоров'я України. *Охорона здоров'я в Україні*. 2020. № 4. С. 33–38.

6. Шевченко М. А. Спільні заходи з профілактики епідемій: міжнародна співпраця в контексті України. *Європейський журнал громадського здоров'я*. 2021. № 1. С. 49–54.
7. Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/Інститут_громадського_здоров'я_імені_О._М._Марзєєва_НАМН_України (дата звернення: 20.01.2025).
8. Бойко В. М. Використання інноваційних методів в організації роботи центрів контролю за захворюваннями. *Журнал інновацій в охороні здоров'я*. 2022. С. 55–59.
9. Бочарова Л. В. Проблеми епідеміологічного нагляду та профілактики захворювань в Україні. *Журнал епідеміології та інфекційних хвороб*. 2020. № 5. С. 38–43.
10. Винник Ю. А. Профілактика та лікування серцево-судинних захворювань: досвід і рекомендації. *Медичний огляд*. 2020. № 9. С. 34–40.
11. Вінницький обласний центр контролю та профілактики хвороб URL: <https://vn.cdc.gov.ua> (дата звернення: 20.01.2025).

References

1. Karpenko, O. M. (2021). Rol' hromads'kykh orhanizatsiy u rozvytku profilaktyky zakhvoryuvan' v Ukrayini [The role of public organizations in the development of disease prevention in Ukraine]. *Naukovi zapysky*, (7), 45–50. [in Ukrainian].
2. Romanyuk, N. Ye., Romanyuk, L. M., Boyko, V. M., Boychuk, O. R., & Martynyshyn, T. V. (2024). Kompleksnyy pidkhid do upravlinnya tsentramy kontrolyu ta profilaktyky zakhvoryuvan' u sferi hromads'koho zdorov'ya Ukrayiny [Comprehensive approach to managing centers for disease control and prevention in the public health sector of Ukraine]. In *Hromads'ke zdorov'ya v sotsial'nomu i osvith'omu prostori – vyklyky v umovakh voyennoho stanu ta perspektyvy rozvytku: Proceedings of the Sixth Scientific Symposium with International Participation* (pp. 103–106). [in Ukrainian].
3. Smolets'ka, S. V., & Petrenko, O. V. (2016). Profilaktyka neinfektsiynykh zakhvoryuvan': stratehichnyy pidkhid i mozhyvosti dlya Ukrayiny [Prevention of non-communicable diseases: Strategic approach and opportunities for Ukraine]. *Zdorov'ya natsiyi*, (2), 77–82. [in Ukrainian].
4. Stratehiya rozvytku systemy okhorony zdorov'ya do 2030 roku [Health care development strategy until 2030]. (n.d.). (January 20, 2025). Retrieved from: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Stratehiya/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf> [in Ukrainian].
5. Tkachenko, A. Yu. (2020). Rol' tsentriv kontrolyu ta profilaktyky zakhvoryuvan' v systemi okhorony zdorov'ya Ukrayiny [The role of disease control and prevention centers in Ukraine's healthcare system]. *Okhorona zdorov'ya v Ukrayini*, (4), 33–38. [in Ukrainian].
6. Shevchenko, M. A. (2021). Spil'ni zakhody z profilaktyky epidemiy: mizhnarodna spivpratsya v konteksti Ukrayiny [Joint measures for epidemic prevention: International cooperation in the context of Ukraine]. *Yevropeys'kyy zhurnal hromads'koho zdorov'ya*, (1), 49–54. [in Ukrainian].
7. Instytut hromads'koho zdorov'ya im. O. M. (January 20, 2025). Marzyeyeva NAMN Ukrayiny [Institute of Public Health named after O. M. Marzieiev of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine]. (n.d.). Retrieved from: https://uk.wikipedia.org/wiki/Instytut_hromads'koho_zdorov'ya_imeni_O._M._Marzyeyeva_NAMN_Ukrayiny [in Ukrainian].
8. Boyko, V. M. (2022). Vykorystannya innovatsiynykh metodiv v orhanizatsiyi roboty tsentriv kontrolyu za zakhvoryuvannyamy [Use of innovative methods in organizing the work of disease control centers]. *Zhurnal innovatsiy v okhoroni zdorov'ya*, 55–59. [in Ukrainian].
9. Bocharova, L. V. (2020). Problemy epidemiolohichnoho nahlyadu ta profilaktyky zakhvoryuvan' v Ukrayini [Problems of epidemiological surveillance and disease prevention in Ukraine]. *Zhurnal epidemiolohiyi ta infektsiynykh khvorob*, (5), 38–43. [in Ukrainian].
10. Vynnyk, Yu. A. (2020). Profilaktyka ta likuvannya sertsevo-sudynnykh zakhvoryuvan': dosvid i rekomendatsiyi [Prevention and treatment of cardiovascular diseases: Experience and recommendations]. *Medychnyy ohlyad*, (9), 34–40. [in Ukrainian].
11. Vinnyts'kyi oblasnyy tsentr kontrolyu ta profilaktyky khvorob. (January 20, 2025). [Vinnytsia Regional Center for Disease Control and Prevention]. (n.d.). Retrieved from: <https://vn.cdc.gov.ua> [in Ukrainian].

ANALYSIS OF THE EFFICIENCY AND PROBLEMS OF THE FUNCTIONING OF THE CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

N. Ye. Romaniuk, L. M. Romaniuk, V. M. Boyko, O. R. Boychuk, N. O. Slobodian

Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

Purpose. To analyze the effectiveness and problems of the functioning of centers for disease control and prevention in Ukraine, as well as to develop a strategy for their development, in particular at the basic and regional levels by assessing the effectiveness of their work and implementing innovative approaches.

Materials and Methods. The work uses theoretical and empirical research methods, including analysis of scientific sources, systematic analysis, comparative analysis method, data generalization, as well as statistical methods to assess the effectiveness of the functioning of centers for disease control and prevention.

Results. The organizational structure and functions of the Centers for Disease Control and Prevention in Ukraine are complex and multifunctional. It includes both state and regional levels, ensuring effective coordination

and implementation of preventive measures. Important components are departments responsible for epidemiological surveillance, sanitary control, monitoring of morbidity, and organization of preventive campaigns.

The high mortality rate from circulatory diseases and malignant neoplasms is one of the greatest challenges for healthcare institutions. This requires increased attention to the prevention of cardiovascular diseases and cancer, in particular through improved access to early diagnosis and treatment. Among the main positive aspects, one can note the low level of maternal mortality and mortality of children under 5 years of age, which indicates the high efficiency of medical services in these areas.

Conclusions. The results of the study of the effectiveness of the centers for disease control and prevention at the basic and regional levels of Vinnytsia region show various trends in the field of health care, reflecting the overall picture of the health of the population. In general, the indicators of the activity of the Centers for Disease Control and Prevention in the region demonstrate certain positive changes in their work, however, there are also serious problems that require immediate intervention and improvement of medical measures.

KEY WORDS: Centers for Disease Control and Prevention development strategies; basic and regional levels; innovative approaches.

Рукопис надійшов до редакції 07.05.2025

Відомості про авторів:

Романюк Ніна Євгенівна – кандидатка медичних наук, доцентка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0009-0009-0322-5006>.

Романюк Любов Миколаївна – кандидатка медичних наук, доцентка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0000-0002-9278-0184>.

Бойко Володимир Миколайович – здобувач вищої освіти 2 року навчання за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» медичного факультету Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.

Бойчук Ольга Ростиславівна – здобувачка вищої освіти 2 року навчання за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» медичного факультету Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.

Слободян Наталія Олександрівна – кандидатка економічних наук, доцентка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0009-0000-6990-4188>.

Електронна адреса для листування: fedchyshyn@tdmu.edu.ua

H. I. KLISHCH, T. I. KHVALYBOHA, M. YA. KICHULA

MECHANISMS OF PROFESSIONAL DEVELOPMENT MANAGEMENT OF HEALTHCARE STAFF

Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University
of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

Purpose: to develop a conceptual paradigm for managing employees' professional development in modern healthcare institutions.

Materials and Methods. This article presents a modern paradigm for the system of managing the professional development of healthcare institution employees, which should take into account contemporary personnel management tools, the experience of foreign countries with a well-developed healthcare system, as well as the realities, potential, and opportunities of Ukraine's healthcare sector. The research materials are based on scientific articles by Ukrainian and foreign scientists. Methods of structuring, analyzing, and summarising information are also used.

Results. Significant transformations are currently taking place in Ukraine's healthcare sector. However, effective tools and mechanisms for managing the professional development of healthcare institution employees have not yet been proposed. This paradigm should be based on the principles of strategic management. Thus, healthcare institutions should develop a personnel policy and strategy, review the system and forms of employee remuneration, improve motivation and incentive mechanisms, and introduce an effective personnel development and advancement system.

Conclusions. Developing a modern personnel management paradigm for healthcare institutions, which incorporates strategic management mechanisms, psychological aspects of operations, and economic and social methods of influence, ultimately aims to improve the efficiency of personnel activities and the quality of medical services provided at the national level.

KEY WORDS: professional development; healthcare institution; personnel management; motivation, motivation.

In the current socio-economic and political realities of Ukraine's development, the healthcare sector is considered one of the priority areas of reform. The ideology of medical care provision, financial and economic mechanisms, market dynamics in healthcare, and the healthcare system as a whole are transforming. Along with these changes, a new management system for healthcare institutions must be introduced, leading to a shift in the paradigm of managing the professional development of employees in these institutions.

Purpose: to develop a conceptual paradigm for managing employees' professional development in modern healthcare institutions.

Materials and Methods. This article presents a modern paradigm for the system of managing the professional development of healthcare institution employees, which should take into account contemporary personnel management tools, the experience of foreign countries with a well-developed healthcare system, as well as the realities, potential, and opportunities of Ukraine's healthcare sector. The research materials are based on scientific articles by Ukrainian and foreign scientists. Methods of structuring, analyzing, and summarising information are also used.

Results. In recent years, research on public administration and regulation issues, the financial and economic mechanism, and the economic foundations of the development of Ukraine's healthcare system has been among the most relevant within the framework of public administration, economics, and national economic management.

However, the issue of managing the professional development of healthcare institution employees has not been thoroughly explored in national scientific studies. Managing employees' professional development in the current socio-economic realities is crucial, as managing employee development in any organization is one of the key factors of its competitiveness. The future of the national healthcare system and its sustainable development also directly depend on industry professionals who apply their skills and abilities, strive for self-improvement, and are motivated for successful professional activity – this being the primary task of the personnel management system in a modern healthcare institution. Effective management of the professional development of medical personnel contributes to solving the problem of improving the quality of healthcare services provided to the population.

In the healthcare system, medical personnel are assigned a significant role, as they are the primary

providers of medical services to the population. Therefore, managing personnel formation and development processes is recognized as a priority task of healthcare management.

As part of the autonomy of healthcare institutions, the following changes must occur in their financial, economic, managerial, organizational, and other activities: 1) the head of the healthcare institution gains extensive authority, including freedom in asset and financial management, personnel policy formation, and determination of the institution's internal organizational structure; 2) the healthcare institution gains autonomy in establishing forms and methods of employee remuneration, motivation, and incentive mechanisms within the framework of current legislation; 3) changes in financial management mechanisms (the institution, as an enterprise, is funded not based on a detailed expenditure budget but according to its own financial plan, requiring the implementation of modern financial management tools); 4) the healthcare institution obtains the right to form enterprise associations with other healthcare institutions that also operate as enterprises, allowing for the redistribution of functions among them and the joint optimization of material, human, and financial resources, thus introducing outsourcing principles; 5) the healthcare institution can hire individual entrepreneur doctors under civil contracts, provided they are registered and have obtained the appropriate license to conduct medical practice [1].

As mentioned above, medical personnel occupy a special place in the medical assistance and services system. Modern principles of reforming the industry involve changing the concept of managing these personnel:

1. The application of personnel policies and strategies within the activities of healthcare institutions.

2. The introduction of modern forms, systems, and principles of medical staff compensation.

3. The introduction of a motivational mechanism and modern methods of stimulating the activities of medical personnel [7].

4. The implementation of modern principles for the formation and development of healthcare personnel.

5. The use of innovative methods for training medical personnel, especially management personnel.

6. The introduction of teamwork principles in providing medical services by healthcare institutions.

Let us examine each of these directions in more detail.

Personnel policy and personnel strategy of healthcare institutions. To date, within the existing healthcare organization model in Ukraine, the leaders of institutions in this sector have not considered it necessary to apply the basic principles of strategic personnel management, which are based on the

formation of personnel policy and strategy. This situation has led to chaotic personnel management in healthcare institutions, where there was neither a concept nor a philosophy of personnel management, and innovative personnel management technologies were not implemented.

Personnel policy is the general direction of personnel work, reflecting a set of principles, methods, rules, and norms in the field of personnel management, and involves the formation of long-term directions for working with personnel in the organization [3]. We define personnel strategy as the overall action plan in personnel management, which is formed based on personnel policy and the organization's overall development strategy.

Thus, based on the above definitions, we can see that the primary goals of personnel policy and strategy are to ensure an optimal balance between the processes of renewal and preservation of the quantitative and qualitative composition of personnel in healthcare institutions according to the needs of the institution, legislative requirements, and the state of the labor market for medical personnel.

Therefore, the formation of personnel policy and strategy, as reflected in the charter and philosophy of the institution, the collective agreement, internal regulations, and the main provisions regarding the personnel work of the institution, represents a new qualitative stage in the formation and development of personnel in healthcare institutions. This stage aims to ensure the institution's sustainable development and improve the overall quality of medical assistance.

The introduction of modern forms, systems, and compensation principles for medical personnel. The issue of labor compensation for workers in Ukraine's healthcare sector is one of the most pressing socio-economic problems. According to the data from the State Statistics Service of Ukraine, the average monthly salary of medical personnel is the lowest among the wages of employees in Ukraine's public sector. 2018, it accounted for 66.5% of the monthly average salary nationwide.

The current healthcare system in Ukraine operates on the principles of a tariff system and labor standardization, which have some drawbacks. The compensation for workers in medical institutions is based on a unified salary grid, including all allowances. This fixed pay system does not depend on the volume or quality of medical services. According to this system, medical personnel should be paid even if they have not completed a particular volume of work [5].

All of this leads to a decrease in the prestige of the medical profession in Ukraine. Thus, there is a need for a fundamental change in the forms, systems, and principles of medical personnel compensation. Compensation for medical staff should include rewards for achieving results beyond the established

salary based on the tariff rate (for example, the introduction of an hourly bonus payment system). This strengthens responsibility and personal interest in medical assistance's quantitative and qualitative aspects.

Implementation of a Motivation Mechanism and Modern Methods for Stimulating Medical Personnel. As mentioned earlier, medical personnel are the key resource of the healthcare system, as doctors are the providers of medical services. Thus, they ensure the quality of healthcare services and deliver highly qualified medical assistance, making them essential to the medical and social effectiveness of the entire healthcare system. Their performance, in turn, depends on a well-structured motivation mechanism and a fair remuneration system in the healthcare sector.

Like any other organization, a healthcare institution may incur significant losses due to inefficient payroll management. At the same time, employee productivity can decline if the compensation and incentive system is unfair or non-transparent [2]. This highlights the need not only for changes in the payroll system and structure but also for implementing an improved motivation and stimulation mechanism for healthcare personnel.

Creating a high-quality motivation and incentive mechanism is one of the key responsibilities of any manager or leader, as it directly influences employees within an organization, enterprise, or institution to enhance their engagement, efficiency, and productivity [6].

A leader must consider motivation and incentives as a unified system, as they function differently. Motivation is a conscious decision-making process in which an individual chooses a specific behavior based on a complex interaction of external (incentives) and internal (motives) factors. Motivation enables employees to meet their fundamental needs by fulfilling their professional duties in the workplace. When implementing a motivation mechanism in healthcare institutions, managers must align motivation with employees' needs, encouraging them to act toward achieving organizational goals. At the same time, individual and collective organizational goals should be harmonized.

Thus, the work process and motivation system must be tailored to each employee, considering their true behavioral motives to maximize engagement and performance.

Thus, motivation and incentives embody the strategy and tactics of personnel management. Motivation is a strategic approach to achieving long-term goals set for employees while aligning with the organization's objectives.

For example, a doctor who seeks career advancement or professional development may take training courses or attend continuing education

programs funded by the medical institution where they work. They contribute to their personal growth and the institution's progress by acquiring new knowledge and skills [4].

On the other hand, incentives act as a tactical tool within the motivation mechanism, addressing employees' specific (mainly material) needs and boosting productivity. Examples include bonuses, a 13th salary, recognition for overtime work, and flexible working schedules, all of which encourage employees to perform at their best.

Implementation of Modern Principles for Healthcare Workforce Development. Unlike leaders in other economic sectors, many modern healthcare managers fail to recognize the need for a structured workforce development process. This process involves professional planning of both the qualitative and quantitative composition of personnel and recruitment, selection, placement, adaptation, evaluation, and training. While these processes occur in healthcare institutions, they are often disconnected and lack alignment with a coherent philosophy, policy, or personnel management strategy, leading to various organizational issues.

Thus, there is a growing need for a well-structured approach to healthcare workforce formation, as this process serves as the foundation for the institution's innovation potential, future development, and competitiveness. It must become integral to healthcare institutions' overall strategic planning process to ensure sustainable growth and efficiency [5].

A medical workforce must consider factors such as the institution's organizational structure, corporate culture, the labor market and healthcare services, and the legal and regulatory framework.

Considering these factors during the workforce formation process will allow the healthcare institution's personnel strategy to be proactive, ensuring that it satisfies the needs of employees and takes their interests into account throughout the institution's operations.

Modern methods are used to prepare medical personnel, particularly for management roles. However, the issue of managing healthcare staff lies not only in their formation but also in their development. Medical personnel, especially doctors, constantly need to upgrade their qualifications, renew their licenses, etc.

Thus, medical training should be aimed at ensuring the principle of continuous medical education. This must be accounted for by healthcare managers, both in personnel policy and strategy and in the motivation process, as development methods can become a powerful motivational tool. For example, the healthcare institution could fund qualifications enhancement, participation in international and national conferences, and retraining for staff

members who demonstrate exceptional assessment performance [3].

The results of medical personnel development should form the basis for career management and staff movement within healthcare institutions, just as it happens in leading industries of the economy.

The implementation of teamwork principles in the provision of medical services by healthcare institutions. The provision of medical services is a team effort. Therefore, one of the main tasks of a healthcare institution manager is to create a favorable environment and team spirit within the institution to form a unified workforce. This will help increase the medical effectiveness of the institution's operations, thus improving its social and economic efficiency.

In particular, psychological tools for building work teams, methods for preventing emotional burnout, and strategies for improving relationships such as "doctor-patient", "doctor-middle and junior medical staff" and "doctor-manager" should be implemented [2].

Conclusions. Therefore, considering all of the above, we can see the necessity for significant changes in forming the salary fund for medical staff, their incentives, and overall personnel management in healthcare institutions. In our opinion, it is necessary to partially adopt the experience of developed healthcare systems from foreign countries, as well as the practices of leading industries in Ukraine, where modern personnel management technologies are applied, but always considering the realities and possibilities (financial, personnel, innovative, etc.) of our country.

The measures proposed above are not exhaustive and do not serve as a panacea; however, they should become an integral part of local and national efforts to develop the healthcare system in Ukraine and form a modern personnel management paradigm in this sector.

Prospects for further research are to study perspectives on forming the medical labor market in line with contemporary realities and the paradigm of personnel management in healthcare institutions.

Bibliography

1. Автономізація закладів охорони здоров'я. Реформа фінансування охорони здоров'я. URL: <http://healthreform.in.ua/autonomization> (дата звернення: 06.04.2025).
2. Borshch V., Shchur R., Chuvakov O. Motivation and stimulation mechanism of medical staff in developing countries: main challenges and ways of its improving in Ukraine. *Baltic Journal of economic studies*. 2018. 4 (4). 56–61.
3. Roland M., Dudley R. A. How financial and reputational incentives can be used to improve medical care. *Health Serv Res*. 2015. 50(S2). 2090–2115.
4. Smilianov V. A., Smilianova O. I., Gruzieva T. S., Vyhivska L., Rudenka L. A. Study of motivational factors in doctors in respect of healthcare quality improvement. *Wiad Lek*. 2017. 70(1). 27–31.
5. Виноградський М. Д., Беляєва С. В., Виноградська А. М., Шапова О. М. Управління персоналом: навч. посіб. Київ : Центр навч. літ. 2006. 504 с.
6. WHO. The World Health Report – Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. Geneva: World Health Organization; 2010.
7. Willis-Shattuck M., Bidwell P., Thomas S., Wyness L., Blaauw D., Ditlopo P. Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2008. 8(1). P. 247.

References

1. Avtonomizatsiia zakladiv okhorony zdorovia. Reforma finansuvannia okhorony zdorovia [Autonomization of Healthcare Institutions. Healthcare Financing Reform]. Retrieved from: <http://healthreform.in.ua/autonomization> [in Ukrainian].
2. Borshch V., Shchur R., Chuvakov O. (2018). Motivation and stimulation mechanism of medical staff in developing countries: main challenges and ways of its improving in Ukraine. *Baltic Journal of economic studies*. 4 (4). 56–61.
3. Roland M., Dudley R. A. (2015). How financial and reputational incentives can be used to improve medical care. *Health Serv Res*. 50(S2). 2090–2115.
4. Smilianov V. A., Smilianova O. I., Gruzieva T. S., Vyhivska L., Rudenko L. A. (2017). Study of motivational factors in doctors in respect of healthcare quality improvement. *Wiad Lek*. 70(1). 27–31.
5. Vynohradskyi M. D., Beliaieva S. V., Vynohradska A. M., Shkapova O. M. (2006). Upravlinnia personalom: navch. posib. [Human Resource Management: textbook]. K.: Tsentrv navh. lit. K.: Center for educational literature, 504 p. [in Ukrainian].
6. WHO. The World Health Report–Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. Geneva : World Health Organization; 2010.
7. Willis-Shattuck M., Bidwell P., Thomas S., Wyness L., Blaauw D., Ditlopo P. (2008). Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 8(1). 247.

МЕХАНІЗМИ УПРАВЛІННЯ ПРОФЕСІЙНИМ РОЗВИТКОМ ПЕРСОНАЛУ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Г. І. Кліщ, Т. І. Хвалибога, М. Я. Кічула

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Мета: розробити концептуальну парадигму управління професійним розвитком працівників у сучасних закладах охорони здоров'я.

Матеріали та методи. У статті представлено сучасну парадигму системи управління професійним розвитком працівників закладів охорони здоров'я, яка має враховувати сучасні інструменти управління персоналом, досвід зарубіжних країн з розвинутою системою охорони здоров'я, а також реалії, потенціал і можливості вітчизняної медичної сфери. Матеріалами дослідження слугували наукові публікації українських і зарубіжних учених. Застосовано методи структурування, аналізу та узагальнення інформації.

Результати. У сфері охорони здоров'я України нині відбуваються суттєві трансформації. Водночас досі не запропоновано ефективних інструментів і механізмів управління професійним розвитком працівників медичних закладів. Запропонована парадигма має базуватися на принципах стратегічного управління. Так, заклади охорони здоров'я повинні розробити кадрову політику та стратегію, переглянути систему та форми оплати праці, удосконалити мотиваційні механізми й системи заохочення, а також запровадити ефективну систему розвитку та просування персоналу.

Висновки. Розроблення сучасної парадигми управління персоналом у закладах охорони здоров'я, яка враховує механізми стратегічного управління, психологічні аспекти діяльності, а також економічні й соціальні методи впливу, у кінцевому результаті має на меті підвищення ефективності роботи персоналу та якості надання медичних послуг на національному рівні.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: професійний розвиток; заклад охорони здоров'я; управління персоналом; мотивація.

Рукопис надійшов до редакції 08.04.2025

Відомості про авторів:

Кліщ Галина Іванівна – кандидатка педагогічних наук, доцентка кафедри іноземних мов Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-1074-1772>.

Хвалибога Тетяна Ігорівна – докторка педагогічних наук, професорка кафедри іноземних мов Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України. ORCID <https://orcid.org/0000-0003-2160-4535>.

Кічула Марія Ярославівна – кандидатка педагогічних наук, доцентка кафедри іноземних мов Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-1781-2529>.

Електронна адреса для листування: klischchi@tdmu.edu.ua

Л. М. РОМАНЮК, Л. С. БАБІНЕЦЬ, Н. Є. РОМАНЮК, І. М. ГАЛАБІЦЬКА

АЛГОРИТМ ФОРМУВАННЯ ЕЛЕКТРОННОГО НАПРАВЛЕННЯ НА ОЦІНЮВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТА: РОЛЬ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ТА ПРОФІЛЬНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ

Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Мета: висвітлити організаційні питання механізму формування електронного направлення на оцінювання функціонального стану пацієнта, дослідити роль сімейного лікаря та профільних спеціалістів у цьому процесі.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження були базові нормативно-правові документи: закони України, постанови Кабінету Міністрів України, накази Міністерства охорони здоров'я, матеріали вебінарів, аналітичних панелей (дашбордів) МОЗ. У дослідженні використано аналітичний та бібліосемантичний метод, методи контент-аналізу.

Результати. На основі ґрунтовного аналізу основних нормативно-правових документів, які регламентують запровадження в Україні нової системи оцінювання повсякденного функціонування особи в контексті реалізації реформи медико-соціальної експертизи, досліджено алгоритм формування електронного направлення на оцінювання функціонального стану пацієнта. Виявлено ключові етапи процесу, що забезпечують прозорість, оперативність і точність оцінки, а також інтеграцію цифрових інструментів для полегшення доступу до послуг. Проаналізовано виклики та потенційні ризики, пов'язані з запровадженням електронної системи, зокрема питання захисту персональних даних та технічної підтримки. Результати дослідження підтверджують важливість подальшої оптимізації алгоритмів для підвищення ефективності нової концепції оцінювання функціонального стану й забезпечення рівних можливостей для пацієнтів по всій Україні.

Висновки. Запровадження електронного направлення в системі оцінювання повсякденного функціонування особи підвищує ефективність і прозорість механізмів експертної оцінки, встановлення або перегляду групи, причини та строку інвалідності в Україні. Новий алгоритм сприяє оптимізації процесів та забезпечує оперативність і своєчасність оцінювання функціонального стану пацієнтів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: електронне направлення на оцінювання; реформа медико-соціальної експертизи; нормативно-правові документи; лікар загальної практики-сімейний лікар; оцінювання повсякденного функціонування особи; експертні команди.

Вступ. Протягом останніх років профільні міністерства спільно з провідними експертами та громадськими організаціями напружували реформу системи медико-соціальної експертизи відповідно до запропонованої концепції Міністерством охорони здоров'я України та Державною установою «Український Державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України».

Указ Президента України від 22 жовтня 2024 року № 732/2024 увів у дію рішення Ради національної безпеки і оборони України від 22 жовтня 2024 року «Щодо протидії корупційним та іншим правопорушенням під час встановлення інвалідності посадовим особам державних органів».

Відповідними державними структурами ухвалено низку законодавчих та нормативно-правових актів стосовно реформування служби медико-соціальної експертизи, ліквідації МСЕК і впровадження нової системи оцінювання повсякденного

функціонування особи експертними командами [1–5].

Мета роботи: висвітлити основні етапи та організаційні аспекти механізму формування електронного направлення на оцінювання функціонального стану пацієнта, дослідити роль сімейного лікаря та профільних спеціалістів (лікарів-кураторів) у цьому процесі.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження були базові нормативно-правові документи: закони України, постанови Кабінету Міністрів України, накази Міністерства охорони здоров'я, база знань eHealth, матеріали вебінарів, аналітичних панелей (дашбордів) МОЗ. У дослідженні використано аналітичний та бібліосемантичний метод, методи контент-аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. З 1 січня 2025 року в Україні стартувала масштабна реформа медико-соціальної експертизи.

Застарілу систему МСЕК було ліквідовано, а на її зміну впроваджено нову модель оцінювання функціонування людини. Замість паперової бюрократії – сучасний, прозорий та інклюзивний підхід, який орієнтується на реальні потреби людини в повсякденному житті. У всій країні вже активно працюють експертні команди оцінювання повсякденного функціонування особи, які на цей момент опрацювали понад 210 тисяч справ, включно з тими, що були передані з попередньої системи [1–5].

Цифровізація стала одним з головних досягнень реформи. Усі справи тепер ведуть у єдиній електронній системі, що дає змогу ефективно контролювати процеси, забезпечити безперервність обслуговування та уникнути дублювання інформації. Міністерство охорони здоров'я України докладає зусиль, щоб кожна людина могла швидко й зручно пройти оцінювання та отримати необхідні рішення й рекомендації. Такий підхід суттєво знижує адміністративне навантаження та покращує досвід пацієнтів.

На офіційному сайті МОЗ запроваджено спеціальний інтерактивний дашборд, що містить усю ключову інформацію про нову систему. Дашборд має чотири функціональні сторінки: перелік медичних закладів з експертними командами, контакти цих закладів, статистика щодо справ, що надійшли на розгляд, та аналітику по пацієнтах. Користувачі можуть знайти потрібну установу за назвою або регіоном, ознайомитися зі спеціалізацією команд, а також отримати загальну статистику щодо кількості справ, форм їх розгляду (очно, заочно, дистанційно, із виїздом) та основних діагнозів.

Важливою перевагою реформи є автоматичний обмін інформацією між медичними закладами та установами соціального захисту. Це дає змогу оперативно формувати електронні направлення та уникати зайвих візитів і повторного збору документів. Уже створено понад 125 тисяч нових направлень, а щодня проводиться близько 1 300 розглядів, що свідчить про високу ефективність і масштабність нової моделі. Електронна система значно прискорює ухвалення рішень, зменшує навантаження на пацієнтів і мінімізує людський фактор [1–5].

Оцифрування старих паперових справ стало ще одним вагомим кроком до прозорості. Документи, які раніше зберігалися у вигляді фізичних томів у МСЕК, тепер інтегровані в єдину цифрову платформу. Це дало змогу не лише ліквідувати черги та усунути бюрократичні бар'єри, а й зробити процес максимально зручним і контрольованим. Реформа, започаткована постановою Кабінету Міністрів України від 15.11.2024 № 1338, поступово перетворює стару систему на сучасну, орієнтовану на гідність людини, її потреби та участь у суспільному житті.

Оцінювання повсякденного функціонування особи проводиться на підставі електронного направлення, яке формується лікарем у спеціалізованій електронній системі охорони здоров'я. Таке направлення може бути створене як лікарем-куратором після проведення всіх необхідних діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів, так і головою військово-лікарської (лікарсько-експертної) комісії. Останній випадок стосується осіб, у яких під час військово-лікарської експертизи виявлено ознаки, що відповідають встановленим критеріям для направлення на оцінювання повсякденного функціонування. Важливо підкреслити, що відповідність цим критеріям не є автоматичною підставою для встановлення інвалідності або ухвалення інших рішень експертними командами. Ця відповідність слугує виключно підставою для подальшого направлення особи на саме оцінювання, яке дає змогу детально вивчити її функціональні можливості.

Електронне направлення формується з урахуванням низки факторів, зокрема завантаженості закладу охорони здоров'я, у якому планується проведення оцінювання, а також побажань самої особи, що направляється, щодо територіальної доступності. Для зручності та оперативності весь процес направлення відбувається в електронній формі за допомогою спеціалізованої електронної системи, що значно спрощує обмін інформацією між лікарем, пацієнтом та закладом охорони здоров'я. Такий підхід дає змогу уникнути паперової тяганини, скоротити час на оформлення документів та мінімізувати помилки при передаванні даних [1–5].

У самому електронному направленні міститься детальна інформація про особу, яка направляється на проведення оцінювання. Зокрема, обов'язково зазначаються прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків або паспортні дані. Для чоловіків віком від 18 до 60 років додатково вказуються військово-облікові документи або посвідчення про приписку до призовної дільниці. Для іноземців і осіб без громадянства, які перебувають на території України на законних підставах, фіксуються серія та номер відповідних документів. Також включаються дата народження, стать, адреса задекларованого чи фактичного місця проживання (особливо для внутрішньо переміщених осіб), відомості щодо наявності чи відсутності інвалідності з детальною інформацією про групу, строк, причину та нозологічну форму інвалідності, номер телефону та, за наявності, електронна пошта.

Окрім персональних даних, електронне направлення повинне містити відомості про відповідність особи встановленим критеріям направлення на оцінювання повсякденного функціонування,

інформацію про лікаря, який направив особу, а також найменування й ідентифікаційний код закладу охорони здоров'я, де функціонує експертна команда, яка проводитиме оцінювання. Враховується також бажана форма розгляду справи, висловлена самою особою. Крім того, у направлення можуть бути включені інші відомості, перелік яких затверджений Міністерством охорони здоров'я України.

До електронного направлення обов'язково додаються електронні копії документів, що засвідчують особу, а також медичні документи, які підтверджують стан здоров'я, що є підставою для направлення на оцінювання. Це можуть бути документи, що підтверджують реєстрацію особи в Державному реєстрі фізичних осіб – платників податків, паспортні документи, військово-облікові документи (для чоловіків відповідного віку), а також медичні висновки та довідки про тимчасову непрацездатність. Зокрема, документи мають підтверджувати безперервну тимчасову непрацездатність тривалістю не менше чотирьох або п'яти місяців із перервою протягом останніх 12 місяців (у разі одного і того ж захворювання), а для випадків туберкульозу – не менш ніж 10 місяців. Ці відомості можуть бути підтверджені як в електронній системі охорони здоров'я, так і в паперовій формі, відповідно до встановлених інструкцій та наказів МОЗ.

Також до направлення додається згода особи на обробку та передачу персональних даних, оформлена за формою, затвердженою МОЗ. За необхідності особа може подати заяву в довільній формі про присутність під час очного або виїзного оцінювання лікаря, який направив, або уповноваженого представника, з відповідними документами, що підтверджують повноваження такого представника. Це дає змогу забезпечити прозорість та участь у процесі оцінювання всіх зацікавлених сторін [2–6].

На підставі поданих документів і результатів оцінювання експертна команда фіксує причину інвалідності. Вона може бути пов'язана із загальним захворюванням, інвалідністю з дитинства, нещасним випадком на виробництві чи іншим ушкодженням здоров'я, професійним захворюванням, а також ушкодженнями, які особа отримала під час захисту Батьківщини, виконання обов'язків військової служби, у період участі в бойових діях, у зоні проведення військових операцій чи інших пов'язаних із військовою діяльністю обставинах. Ці категорії визначаються законодавством України і мають відповідне правове підґрунтя для встановлення статусу та призначення відповідних соціальних гарантій. Так, система оцінювання функціонування забезпечує комплексний і системний підхід до визначення стану здоров'я і можливостей особи, створюючи підстави для подальшої підтримки та реабілітації.

Після отримання закладом охорони здоров'я електронного направлення в електронній системі його розглядає адміністратор закладу охорони здоров'я (далі – адміністратор), який є уповноваженою особою закладу, де створена експертна команда. У закладі охорони здоров'я може бути призначено кількох адміністраторів для виконання відповідних функцій.

Адміністратор отримує електронні направлення та супровідні документи в електронній системі, проводить їх перевірку на предмет повноти наданої інформації. Він приймає електронне направлення до розгляду експертною командою або повертає його на доопрацювання за наявності підстав. Процедура повернення має бути здійснена протягом п'яти робочих днів із зазначенням конкретних підстав.

Крім того, адміністратор визначає необхідний перелік спеціальностей лікарів експертної команди, а також форму розгляду (очно, заочно, з використанням телемедицини або за місцем перебування особи). Вибір форми базується на критеріях і враховує побажання особи, що направляється на оцінювання.

Після прийняття електронного направлення до розгляду адміністратор надсилає особі інформацію про форму, дату і час проведення оцінювання. Повідомлення надсилається на електронну пошту особи або, за її відсутності, протягом п'яти календарних днів у паперовій формі рекомендованим листом із повідомленням про вручення на адресу задекларованого чи зареєстрованого місця проживання. Також ця інформація відображається в електронній системі для лікаря, що направив особу, але без зазначення персонального складу експертної команди.

Підставами для повернення документів адміністратором є: наявність помилок у введеній інформації, відсутність необхідних документів, неналежна якість електронних копій документів, які унеможливають їх ознайомлення. У разі повернення адміністратор зобов'язаний повідомити особу, яку направлено на оцінювання, з поясненням підстав і обґрунтуванням. Повідомлення надсилається на електронну пошту або в паперовій формі рекомендованим листом.

Розгляд справ здійснюється за чергою, сформованою електронною системою. Члени експертної команди не мають доступу до справи до дня розгляду, а особа, що проходить оцінювання, не має доступу до персонального складу експертної команди. Розгляд справи повинен бути завершений не пізніше 30 календарних днів з дати прийняття направлення. У разі потреби додаткового обстеження строк може бути продовжений, але не більш як на 30 днів після завершення обстеження [2–7].

Головним у справі призначається лікар, спеціальність якого відповідає профілю справи. Він

представляє особу, що проходить оцінювання, доповідає про діагнози, стан здоров'я, медичні та інші документи. Якщо під час розгляду справи член експертної команди виявляє конфлікт інтересів, він зобов'язаний повідомити про це адміністратора та зазначити конфлікт у протоколі, що є підставою для формування нового складу експертної команди.

Лікар-куратор має оцінити, чи відповідають захворювання або стани пацієнта, виявлені в межах діагностики, лікування чи реабілітації, або чи проведені медичні інтервенції, Критеріям направлення на проведення оцінювання повсякденного функціонування особи, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 року № 1338. Якщо таку відповідність встановлено, лікар-куратор повинен направити пацієнта на оцінювання. Крім того, лікар-куратор направляє пацієнта на оцінювання в разі настання строку повторного огляду, встановленого медико-соціальною експертною комісією, або повторного оцінювання, встановленого рішенням експертної команди.

Лікар-куратор – це профільний спеціаліст, який супроводжує пацієнта під час його лікування та обстеження за основним захворюванням, яке спричиняє серйозні наслідки для здоров'я, зокрема інвалідизацію. Його основне завдання – надавати медичну допомогу, організовувати медичне обстеження та, за потреби, оформлювати направлення на оцінювання повсякденного функціонування особи, фахово обґрунтовуючи для експертної команди стан і потреби пацієнта. Здебільшого це лікар вузького профілю, чия спеціалізація відповідає основному захворюванню, що призвело до появи ознак інвалідності. Сімейний лікар і терапевт теж можуть виконувати функції лікаря-куратора, якщо пацієнт перебуває в зоні бойових дій чи на деокупованих територіях або якщо справа пацієнта вже містить усі необхідні медичні документи й не потребує додаткових обстежень та спеціальних знань щодо відповідного захворювання. Сімейний лікар може оформити направлення через електронну систему для пацієнтів, у яких немає доступу до лікарів спеціалізованої медичної допомоги. У новій системі лікарсько-консультативна комісія (далі – ЛКК) більше не бере участі в затвердженні направлень на оцінювання, хоча виконує решту своїх функцій у закладі. Для військовослужбовців голова ВЛК, як і лікар-куратор, має право сформувати направлення на оцінювання та отримання статусу інвалідності.

Лікар, який направив особу на проведення оцінювання, не може входити до складу експертної команди, що проводить оцінювання цієї особи, адже це вважається конфліктом інтересів і не дасть змоги об'єктивно провести оцінювання. Однак минуле епізодичне консультування чи

короткотривале лікування пацієнта не вважається конфліктом інтересів. Підставами для направлення на оцінювання можуть бути стійкий або необоротний характер захворювання (хвороба триває не менш ніж 12 місяців або очікується, що триватиме щонайменше 12 місяців або призведе до передчасної смерті особи), закінчення строку інвалідності та повторний огляд, періоди тимчасової непрацездатності (до 120 або 150 календарних днів, залежно від випадку), специфічні строки непрацездатності для туберкульозу, а також проведення визначеного переліку медичних інтервенцій або наявність встановлених діагнозів, за якими не потрібно чекати 120 днів непрацездатності [3–8].

Метою направлення особи на оцінювання може бути встановлення інвалідності, зміна причини інвалідності, закінчення строку, на який встановлено інвалідність, повторне оцінювання через зміну стану здоров'я, оновлення рекомендацій індивідуальної програми реабілітації, встановлення ступеня втрати професійної працездатності, продовження тимчасової непрацездатності, визначення медичних показань для забезпечення автомобілем чи електроскутером і протипоказань до керування ними, встановлення причинного зв'язку смерті з професійним захворюванням або травмою, визначення потреби в постійному догляді та інших соціальних послугах, а також призначення допоміжних засобів реабілітації чи медичних виробів.

За допомогою електронної системи щодо оцінювання повсякденного функціонування особи лікар-куратор формує електронне направлення на оцінювання. Ця система є безоплатною і доступною для закладів охорони здоров'я всіх форм власності (державної, комунальної, приватної). У направленні вказується інформація про пацієнта, необхідна для оцінювання, а також мета направлення. Для цього потрібно підготувати документи пацієнта: паспорт, РНОКПП (за наявності), військово-облікові документи (якщо є), медичні документи, що підтверджують захворювання чи стан здоров'я (виписки, консультації, результати досліджень за останній рік, копії індивідуальних реабілітаційних планів, рішення ВЛК тощо), документи, що підтверджують причини інвалідності (за потреби), а також заяву про присутність під час оцінювання лікаря, уповноваженого представника або соцпрацівника (за потреби). Рекомендується вказати електронну пошту пацієнта або довіреної особи для отримання сповіщень про статус справи та адресу для паперової кореспонденції [3–9].

Документи можуть подавати в електронній чи паперовій формі, але мають бути відскановані для приєднання до направлення. Допускається використання сканерів або мобільних застосунків, а також якісних фотографій у форматах pdf,

png, jpg. Документи мають бути чіткими, містити інформацію про автора, дату, ПІБ пацієнта, діагноз, заклад охорони здоров'я, посаду особи, що надала документ. Найкраще, якщо інформація зафіксована в ЕСОЗ, особливо щодо додаткових обстежень, призначених експертною командою. Можна використовувати витяги з ЕСОЗ чи МІС за умови наявності необхідної інформації. Зображення з інструментальних досліджень, де важлива кольорова інформація, мають бути в кольоровому форматі. Великі зображення, як-от КТ або МРТ, надають у вигляді описового висновку або за наявності – через хмарне посилання. Важливо додати дослідження за останній рік, окрім випадків, коли минулі документи пояснюють поточний стан. Динамічні фізіологічні показники рекомендуються надавати зі строком давності не більш ніж 4 місяці.

Діяльність експертних команд фінансується Національною службою здоров'я України за рахунок державного бюджету. У межах Програми медичних гарантій передбачено додаткову оплату за послуги оцінювання повсякденного функціонування. Порядок проведення оцінювання передбачає такі етапи: направлення на оцінювання, проведення процедури та отримання результатів, повідомлення про результати, організація повторних оцінювань, а також оскарження результатів у Центрі оцінювання за потреби [1; 3; 10].

Висновки. Реформа медико-соціальної експертизи, що стартувала в Україні з 1 січня 2025 року, є важливим кроком у модернізації

системи оцінювання повсякденного функціонування осіб з інвалідністю та інших категорій населення. Відмова від попереднього підходу до визначення інвалідності та впровадження нової, орієнтованої на потреби людини моделі дають змогу значно підвищити прозорість, доступність й ефективність експертної оцінки. Цифровізація процесів та створення єдиної електронної платформи сприяють оперативності, зменшенню бюрократії, мінімізації людського фактору й підвищенню якості послуг. Інтеграція з іншими системами охорони здоров'я та соціального захисту дає змогу автоматизувати обмін інформацією і знизити навантаження на пацієнтів і медичний персонал. Впровадження чітких критеріїв та прозорих процедур робить систему більш справедливою і інклюзивною, що відповідає сучасним міжнародним стандартам.

Перспективи подальших досліджень. Перспективи подальших досліджень полягають у комплексній оцінці впливу реформи медико-соціальної експертизи на якість життя осіб з інвалідністю, аналізі ефективності цифрової платформи, вивченні дотримання прав людини та етичних норм у процесі оцінювання, удосконаленні критеріїв функціональної оцінки з урахуванням сучасних медичних знань і міжнародного досвіду, а також дослідженні соціально-економічних наслідків реформи. Особлива увага приділятиметься можливостям упровадження телемедицини й дистанційного оцінювання для підвищення доступності послуг у віддалених регіонах.

Список літератури

- Деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи : постанова Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. № 1338. *Офіційний вісник України*. 2024.
- Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ). URL: <https://moz.gov.ua/uk/elektronna-sistema-ohoroni-zdorov-ya-esoz-2>.
- Рамка цифрової компетентності працівника охорони здоров'я [Електронний ресурс]. URL: <https://moz.gov.ua/uk/ramka-cifrovih-kompetentnostej-pracivnika-ohoroni-zdorov-ya>.
- База знань eHealth URL: <https://moz.gov.ua/uk/baza-znan-ehealth>. Назва з екрана.
- Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо оцінювання повсякденного функціонування особи та визнання такою, що втратила чинність, постанови Кабінету Міністрів України : постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2024 р. № 1542. *Офіційний вісник України*. 2024.
- Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реформування медико-соціальної експертизи та впровадження оцінювання повсякденного функціонування особи : Закон України від 19 грудня 2024 р. Голос України. 2024.
- Деякі питання забезпечення проведення оцінювання повсякденного функціонування особи : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10 грудня 2024 р. № 2067. *Офіційний вісник України*. 2024.
- Сімейна медицина: реалії та перспективи : навч. посіб. / Л. С. Бабінець, І. О. Боровик, Н. Є. Боцюк [та ін.] ; за ред. Л. С. Бабінця. Тернопіль : ТНМУ, 2024. 1024 с.
- Наукові інновації – в практику сімейного лікаря : наук.-метод. посіб. / за ред. Л. С. Бабінця. Львів : Магнолія 2006, 2024. 912 с. : іл.
- Ведення хворих з коморбідною терапевтичною патологією в хірургічній практиці : навч. посіб. / Л. С. Бабінець [та ін.] ; за ред. акад. НАМН України В. М. Запорожана, проф. О. Б. Волошиної ; Одеський нац. мед. ун-т. Львів : Магнолія 2006, 2024. 260 с.

References

- Kabinet Ministriv Ukrainy. (2024, November 15). Deiaiki pytannia zaprovadzhennia otsiniuvannia povsiakdennoho funktsionuvannia osoby: Postanova № 1338 [Some issues of implementing the assessment of daily functioning: Resolution No. 1338]. *Ofitsiinyi visnyk Ukrainy – Official Bulletin of Ukraine*. [in Ukrainian].

2. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. (n.d.). Elektronna systema okhorony zdorovia (ESOZ) [Electronic healthcare system (EHS)] [Electronic resource]. Retrieved from: <https://moz.gov.ua/uk/elektronna-sistema-okhoroni-zdorov-ya-esoz-2> [in Ukrainian].
3. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. (n.d.). Ramka tsyfrovoi kompetentnosti pratsivnyka okhorony zdorovia [Digital competence framework for healthcare workers]. Retrieved from : <https://moz.gov.ua/uk/ramka-cifrovih-kompetentnostej-pracivnika-okhoroni-zdorov-ya> [in Ukrainian].
4. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. (n.d.). Baza znan eHealth [eHealth knowledge base] Retrieved from : <https://moz.gov.ua/uk/baza-znan-ehealth> [in Ukrainian].
5. Kabinet Ministriv Ukrainy. (2024, December 27). Pro vnesennia zmin do deiakykh postanov Kabinetu Ministriv Ukrainy shchodo otsiniuvannia povsiakdennoho funktsionuvannia osoby ta vyznannia takoiu, shcho vtratyta chynnist, postanovy Kabinetu Ministriv Ukrainy: Postanova № 1542 [On amendments to certain CMU resolutions regarding the assessment of daily functioning and repeal of the previous resolution: Resolution No. 1542]. *Ofitsiyni visnyk Ukrainy* – Official Bulletin of Ukraine. [in Ukrainian].
6. Verkhovna Rada Ukrainy. (2024, December 19). Pro vnesennia zmin do deiakykh zakonodavchykh aktiv Ukrainy shchodo reformuvannia medyko-sotsialnoi ekspertyzy ta vprovadzhennia otsiniuvannia povsiakdennoho funktsionuvannia osoby: Zakon Ukrainy [On amendments to some legislative acts of Ukraine on the reform of medical and social examination and implementation of daily functioning assessment: Law of Ukraine]. *Holos Ukrainy* – Voice of Ukraine. [in Ukrainian].
7. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. (2024, December 10). Deiaki pytannia zabezpechennia provedennia otsiniuvannia povsiakdennoho funktsionuvannia osoby: Nakaz № 2067 [Certain issues of ensuring the assessment of daily functioning: Order No. 2067]. *Ofitsiyni visnyk Ukrainy* – Official Bulletin of Ukraine. [in Ukrainian].
8. Babinets, L. S., Borovyk, I. O., Botsiuk, N. Ye., et al. (2024). Simeina medytsyna: realii ta perspektvy [Family medicine: Realities and prospects] (L. S. Babinets, Ed.). Ternopil : TNMU. [in Ukrainian].
9. Babinets, L. S. (Ed.). (2024). Naukovi innovatsii – v praktyku simeinoho likaria [Scientific innovations – into family doctor's practice]. Lviv : Mahnoliia 2006. [in Ukrainian].
10. Babinets, L. S., Zaporozhan, V. M., Voloshyna, O. B., et al. (2024). Vedennia khvorykh z komorbidnoiu terapevtychnou patolohiieiu v khirurhichnii praktytsi [Management of patients with comorbid therapeutic pathology in surgical practice] (V. M. Zaporozhan & O. B. Voloshyna, Eds.). Lviv : Mahnoliia 2006; Odeskyi natsionalnyi medychnyi universytet. [in Ukrainian].

ALGORITHM FOR FORMING AN ELECTRONIC REFERRAL FOR FUNCTIONAL STATUS ASSESSMENT: THE ROLE OF FAMILY DOCTORS AND SPECIALIZED PHYSICIANS

L. M. Romaniuk, L. S. Babinets, N. Ye. Romaniuk, I. M. Halabitska

Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

Objective. To highlight organizational issues in the mechanism of generating electronic referrals for assessing the patient's functional status and to investigate the role of family doctors and specialized physicians in this process.

Materials and Methods. The study is based on the analysis of key regulatory and legal documents, including the Laws of Ukraine, resolutions of the Cabinet of Ministers, orders of the Ministry of Health, webinar materials, and dashboards of the Ministry of Health of Ukraine. Analytical and bibliosemantic methods as well as content analysis were applied.

Results. A thorough analysis of the main regulatory and legal documents governing the implementation of a new system for assessing everyday functioning in Ukraine revealed the algorithm for forming an electronic referral for the assessment of a patient's functional status. The study identified key stages of the process that ensure transparency, promptness, and accuracy of the assessment, as well as the integration of digital tools to facilitate access to services. Challenges and potential risks associated with the implementation of the electronic system were analyzed, particularly issues of personal data protection and technical support. The findings confirm the importance of further optimizing the algorithm to enhance the effectiveness of the medical and social expertise system and to ensure equal opportunities for patients throughout Ukraine.

Conclusions. The introduction of electronic referrals within the system for assessing everyday functioning increases the effectiveness and transparency of medical and social expertise in Ukraine. The new algorithm facilitates process optimization and ensures timely functional status assessments for patients.

KEY WORDS: electronic referral for assessment; medical and social expertise reform; regulatory documents; general practitioner-family doctor; assessment of everyday functioning; expert teams.

Рукопис надійшов до редакції 26.05.2025

Відомості про авторів:

Романюк Любов Миколаївна – кандидатка медичних наук, доцентка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0000-0002-9278-0184>.

Бабінець Лілія Степанівна – докторка медичних наук, професорка, завідувачка кафедри терапії та сімейної медицини Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0000-0002-0560-1943>.

Романюк Ніна Євгенівна – кандидатка медичних наук, доцентка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0009-0009-0322-5006>.

Галабіцька Ірина Михайлівна – докторка медичних наук, доцентка кафедри терапії та сімейної медицини Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0000-0002-9028-7230>.

Електронна адреса для листування: romanjuklm@tdmu.edu.ua

Н. М. КАЛИНЮК, О. І. КОСІНСЬКИЙ

ОКРЕМІ АСПЕКТИ ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ Й ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Система медичної реабілітації військовослужбовців в Україні нині є важливим складником національної безпеки, яка забезпечує якісне здоров'я населення. Саме тому якісне законодавче забезпечення та публічне адміністрування цієї галузі потребує ефективної нормативно-правової бази й викликає підвищений інтерес з боку як законотворців, так і науковців.

Мета: дослідити окремі аспекти правового забезпечення й публічного адміністрування медичної реабілітації військовослужбовців на основі аналізу законодавства та літератури.

Матеріали і методи. Застосовано теоретичні (аналіз, узагальнення, порівняння) та емпіричні (аналіз нормативно-правових актів, моделювання, прогнозування) методи. Порівняльний аналіз використовували для зіставлення українського й міжнародного досвіду у сфері медичної реабілітації військовослужбовців, моделювання – для оцінки перспектив удосконалення законодавства.

Результати. Результати проведеного дослідження виявили низку суттєвих проблем у правовому забезпеченні та публічному адмініструванні медичної реабілітації військовослужбовців в Україні. Однією з головних перешкод є фрагментарність чинних нормативно-правових актів, які регулюють різні види реабілітації – медичну, психологічну, соціальну. Ці документи часто не узгоджені між собою, що призводить до відмінностей щодо їх трактування, законодавчих колізій та загалом до зниження ефективності реабілітаційних заходів для військовослужбовців.

Висновки. Дослідження виявило фрагментарність законодавчого забезпечення медичної реабілітації військовослужбовців в Україні, відсутність єдиних стандартів і належного фінансування. Недостатня координація між державними органами та брак комплексних програм ускладнюють доступ до реабілітаційних послуг. Аналіз міжнародного досвіду свідчить про ефективність комплексного підходу, що поєднує медичну, психологічну й соціальну реабілітацію. Для покращення ситуації необхідне впровадження Національної програми реабілітації, збільшення фінансування, узгодження міжвідомчої взаємодії та оновлення нормативної бази.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: реабілітація військовослужбовців; нормативно-правове забезпечення; публічне управління; міжвідомча координація; соціальна адаптація.

Вступ. Збройний конфлікт, який розпочався у 2014 році та переріс у повномасштабне вторгнення у 2022 році, значно посилив потребу в ефективному державному управлінні медичною реабілітацією українських військовослужбовців. Станом на серпень 2022 року кількість поранених українських військовослужбовців сягнула близько 10 000, з яких 498 отримували реабілітаційну медичну допомогу. Ці цифри підкреслюють нагальну потребу в удосконаленні нормативно-правової бази та організації надання реабілітаційних послуг військовослужбовцям. Реабілітація військовослужбовців, які певний час перебували в екстремальних умовах, безпосередньо пов'язана з адаптацією – «це не лише процес, а й властивість будь-якої живої саморегулювальної системи. Означене для людини, як біосоціальної системи, є інтегральною, зумовленою особливостями

розвитку фізіологічного та психічного рівнів і розглядається як властивість особистості загалом»[1]

Міжнародний досвід свідчить про важливість комплексного підходу до реабілітації військовослужбовців. Зокрема, підкреслюється необхідність біопсихосоціального духовного підходу, який ураховує фізичні, психологічні, соціальні та духовні аспекти відновлення після ПТСР (посттравматичний стресовий розлад). У США аналіз політики системи охорони здоров'я ветеранів виявив потребу в додаткових політичних втручаннях для забезпечення якісних та економічно ефективних медичних послуг для УБД (учасників бойових дій). Цей досвід допоможе Україні розробити та впровадити власні реформи у сфері медичної реабілітації військовослужбовців. Аналіз міжнародного досвіду й національних опитувань свідчить про необхідність удосконалити нормативно-правову базу та

державне управління медичною реабілітацією українських військовослужбовців і цивільних осіб. Це передбачає розробку комплексних програм реабілітації, адаптованих до специфічних потреб Збройних Сил України, та запровадження ефективних механізмів контролю за якістю надання медичних послуг.

Мета роботи: дослідити окремі аспекти правового забезпечення й публічного адміністрування медичної реабілітації військовослужбовців на основі аналізу законодавства та літератури.

Матеріали та методи. Для досягнення мети дослідження застосовано комплексний підхід із використанням теоретичних та емпіричних методів. Теоретичний аналіз дав змогу систематизувати наукові підходи до правового забезпечення та управління медичною реабілітацією військовослужбовців. Порівняльний метод використовувався для виявлення особливостей правового регулювання й міжнародної практики у сфері медичної реабілітації в Україні. Емпіричний та узагальнення – для виявлення ключових тенденцій та закономірностей процесу адаптації нормативно-правової бази до потреб військовослужбовців, які потребують медичної реабілітації. Аналіз нормативно-правових актів допоміг виявити недоліки чинного законодавства й запропонувати можливі шляхи його вдосконалення. Крім того, методи моделювання та прогнозування використані для вивчення перспектив удосконалення нормативно-правової бази у сфері управління військово-медичною реабілітацією. Метод синтезу та узагальнення забезпечив комплексний підхід і сприяв формуванню обґрунтованих висновків щодо шляхів удосконалення нормативно-правового забезпечення медичної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати проведеного дослідження виявили низку суттєвих проблем у правовому забезпеченні та публічному адмініструванні медичної реабілітації військовослужбовців в Україні. Однією з головних перешкод є фрагментарність чинних нормативно-правових актів, які регулюють різні види реабілітації – медичну, психологічну, соціальну [2]. Ці документи часто не узгоджені між собою, що призводить до відмінностей щодо їх трактування, законодавчих колізій та загалом до зниження ефективності реабілітаційних заходів для військовослужбовців.

Зокрема, Закон України № 2011-XII від 20 грудня 1991 року «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» лише декларує право військовослужбовців на медичну реабілітацію [3], але не містить механізму реалізації цього права. Такі закони України, як «Про реабілітацію в медицині» [4], Указ Президента «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників АТО (2015 р.)» [5], також не передбачають чітких

процедур організації та надання реабілітаційних послуг для військовослужбовців. За відсутності детальних інструкцій методики реабілітації розробляються в межах окремих грантових проєктів або впроваджуються як експериментальні моделі в окремих реабілітаційних центрах, часто за підтримки неурядових організацій та донорів. Це свідчить про відсутність єдиного національного механізму впровадження методів реабілітації військовослужбовців та необхідність концептуального вирішення і розробки національної програми реабілітації військовослужбовців [6].

Окрім того, проблемним питанням є фінансування реабілітаційних програм, яке залишається недостатнім для забезпечення належної якості та доступності послуг.

Нестача фінансування негативно впливає на доступність та якість реабілітаційних послуг й обмежує повернення військовослужбовців до нормального життя, про що зазначає І. Берлінець у своїй статті «Зарубіжний досвід у сфері медичної реабілітації: можливості його використання в Україні» [7]. Основними проблемами системи реабілітації є недофінансування галузі. Фінансування медичних закладів та реабілітаційних центрів, які обслуговують ветеранів, розподіляється між різними міністерствами, як-от Міністерство охорони здоров'я та Міністерство соціальної політики, що створює додаткові бюрократичні перепони. Варто погодитися з позицією дослідників про те, що є нагальна необхідність у розробленні дієвих механізмів забезпечення ефективного використання доступних ресурсів, удосконалення системи моніторингу та контролю за реалізацією пільг, а також урахування індивідуальних потреб військовослужбовців / ветеранів війни при розробці та впровадженні соціальних програм [8].

Аналіз світового досвіду свідчить, що соціальна реабілітація, зокрема сімейна та дружня підтримка, є важливим складником успішного відновлення військовослужбовців. Їх сім'ї піддаються психологічним перепонам, пов'язаним з військовою службою їхніх близьких, як-от посттравматичний стресовий розлад. Однак наявна нормативно-правова база не передбачає належної психологічної підтримки та соціальної адаптації сімей військовослужбовців.

Дослідження також виявило значні відмінності у функціональних повноваженнях різних публічних органів, що регулюють надання реабілітаційних послуг. Міністерство охорони здоров'я України відповідає за затвердження протоколів реабілітаційної допомоги та контроль якості послуг, водночас Міністерство оборони України здійснює організацію медичної реабілітації у військових закладах, а Міністерство у справах ветеранів – формування та реалізацію політики у сфері реабілітації ветеранів.

Аналіз міжнародного досвіду свідчить про ефективність комплексного підходу до реабілітації військовослужбовців. Так, наприклад, в Ізраїлі, США, Великій Британії та інших країнах є державні програми, які забезпечують міждисциплінарний підхід до відновлення ветеранів. В Ізраїлі, зокрема, реабілітація військовослужбовців в державних медичних закладах повністю фінансується з державного бюджету. У США у 2011 році була створена система психологічної та соціальної адаптації військовослужбовців, представлена мережею із 600 центрів у великих містах країни. Цей досвід допоможе Україні розробити та впровадити власні реформи у сфері військово-медичної реабілітації. Ураховуючи вищенаведене, проаналізовані нами дані підкреслюють необхідність розробки та впровадження єдиних правових, організаційних і методичних механізмів реабілітації військовослужбовців в Україні.

Висновки. Результати дослідження свідчать про наявність значних проблем у сфері правового забезпечення та публічного адміністрування медичної реабілітації військовослужбовців в Україні. Основною перешкодою є фрагментарність нормативно-правової бази, що регулює надання реабілітаційних послуг, відсутність єдиних стандартів і механізмів реалізації прав військовослужбовців на медичну, психологічну, сімейну та соціальну реабілітацію. Закони, які гарантують право на реабілітацію, не містять чітких процедур щодо її організації, а значна частина реабілітаційних програм впроваджується за рахунок грантових ініціатив та підтримки неурядових організацій, що свідчить про нестачу державного контролю та фінансування.

Відсутність чіткої координації між Міністерством охорони здоров'я, Міністерством оборони та Міністерством у справах ветеранів створює бюрократичні перепони, що негативно впливає

на доступність і якість реабілітаційних послуг. Фінансування реабілітаційних закладів та програм є недостатнім і розпорошеним між різними державними структурами, що уповільнює процес відновлення військовослужбовців. Крім того, законодавство не передбачає комплексних програм підтримки сімей військових, що ускладнює процес їх соціальної адаптації. Аналіз міжнародного досвіду (США, Ізраїлю, Великої Британії) демонструє ефективність комплексного підходу до реабілітації, що поєднує фізичне відновлення, психологічну підтримку, соціальну адаптацію та залучення сімей військовослужбовців у реабілітаційний процес. Запровадження таких механізмів в Україні дасть змогу суттєво покращити систему реабілітації та підвищити її ефективність.

Перспективи подальших досліджень. На основі проведеного дослідження можна зробити висновок про необхідність розробки єдиної державної політики у сфері медичної реабілітації військовослужбовців. З огляду на це, доцільно розробити Національний План дій щодо подолання нерівностей у доступі до медичної допомоги вразливих верств населення України на повоєнний період і розробити відповідну Стратегію [9]. Впровадження комплексного підходу до реабілітації (медичного, психологічного, соціального та сімейного компонентів), підвищення рівня фінансування й розробку механізмів координації між відповідальними органами публічної влади. Важливим напрямом є також удосконалення законодавчого регулювання, щоб містило чіткі алгоритми надання реабілітаційних послуг, стандарти якості та механізми їх реалізації. Впровадження цих заходів сприятиме не лише покращенню процесу реабілітації, а й підвищенню рівня соціальної інтеграції військовослужбовців і їх сімей після проходження військової служби.

Список літератури

1. Шостак С. Л. Організація психологічної реабілітації в контексті діяльності медичної служби територіальної оборони збройних сил України. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: право, публічне управління та адміністрування*. 2023. № 7. С. 4. URL: <https://doi.org/10.54929/2786-5746-2023-7-02-08>
2. Баско А. В., Собакарь А. О., Миронюк С. А. Методики реабілітації військовослужбовців, стан функціонування та розвиток реабілітаційних центрів як один із напрямів діяльності органів місцевого самоврядування. *Rehabilitation and Recreation*. 2024. Т. 18, № 1. С. 78–93. URL: <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2024.18.9>
3. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей : Закон України від 20 груд. 1991 р. № 2011-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12#Text>.
4. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 3 груд. 2020 р. № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
5. Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників АТО : Указ Президента України від 18 берез. 2015 р. № 150/2015. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/150/2015#Text>.
6. Івахненко О. А., Новиков О. В. Правове регулювання повноважень органів влади та місцевого самоврядування щодо надання реабілітаційної допомоги військовослужбовцям. *Вісник кримінологічної асоціації України*. 2024. № 2. С. 67–78. URL: <https://doi.org/10.32631/vca.2024.2.31>.
7. Берлінець І. А. Зарубіжний досвід у сфері медичної реабілітації: перспективи використання в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2019. № 4. URL: 10.32702/2307-2156-2019.4.100 .
8. Kalyniuk N. M., Humenna N. V. Features of the formation of an effective mechanism of public administration of health care institutions in the context of medical care for military personnel. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2024. Т. 86, № 2. С. 113–118. URL: <https://doi.org/10.24144/2307-3322.2024.86.2.18>

9. Батрин О. В., Теремецький В. І., Івахненко О. А. Правові гарантії доступності медичної та реабілітаційної допомоги в період дії воєнного стану. *Ірпінський юридичний часопис*. 2024. № 2(15). С. 46–58. URL: [https://doi.org/10.33244/2617-4154-2\(15\)-2024-46-58](https://doi.org/10.33244/2617-4154-2(15)-2024-46-58)

References

1. Shostak, S. L. (2023). Orhanizatsiia psykholohichnoi reabilitatsii v konteksti diialnosti medychnoi sluzhby terytorialnoi oborony zbroinykh syl Ukrainy [Organisation of psychological rehabilitation in the context of the activities of the medical service of territorial defence of the Armed Forces of Ukraine.] *Problems of modern transformations. Series: law, public administration and management*, (7), 4. DOI: <https://doi.org/10.54929/2786-5746-2023-7-02-08>. [in Ukrainian]
2. Basco, A. V., Sobakar, A. O., & Myroniuk, S. A. (2024). Metodyky reabilitatsii viiskovosluzhbovtziv, stan funktsionuvannia ta rozvytok reabilitatsiinykh tsentriv yak odyin iz napriamiv diialnosti orhaniv mistsevoho samovriaduvannia [Methodologies of military personnel rehabilitation, functioning and development of rehabilitation centers as a direction of local self-government activities]. *Rehabilitation and Recreation*, 18(1), 78–93. DOI: <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2024.18.9>. [in Ukrainian]
3. Pro sotsialnyi i pravovyi zakhyst viiskovosluzhbovtziv ta chleniv yikh simei [On Social and Legal Protection of Servicemen and Members of Their Families: Law of Ukraine of December 20, 1991, No. 2011-XII. Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12#Text>. [in Ukrainian]
4. Pro reabilitatsiiu u sferi okhorony zdorovia [On Rehabilitation in Healthcare] Law of Ukraine of December 3, 2020, No. 1053-IX. Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>. [in Ukrainian]
5. Pro dodatkovyi zakhody shchodo sotsialnoho zakhystu uchasnykiv ATO [On Additional Measures for Social Protection of ATO Participants] Presidential Decree of Ukraine of March 18, 2015, No. 150/2015. Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/150/2015#Text>. [in Ukrainian]
6. Ivakhnenko, O. A., & Novikov, O. V. (2024). Pravove rehuliuвання povnovazhen orhaniv vlady ta mistsevoho samovriaduvannia shchodo nadannia reabilitatsiinoi dopomohy viiskovosluzhbovtziam [Legal regulation of the powers of public authorities and local self-government in providing rehabilitation assistance to servicemen]. *Bulletin of the Criminological Association of Ukraine*, (2), 67–78. DOI: <https://doi.org/10.32631/vca.2024.2.31>. [in Ukrainian]
7. Zarubizhnyi dosvid u sferi medychnoi reabilitatsii: perspektyvy vykorystannia v Ukraini [Berlinets, I. A. (2019). Foreign experience in the field of medical rehabilitation: prospects for its application in Ukraine]. *Public Administration: Improvement and Development*, (4). Retrieved from: [10.32702/2307-2156-2019.4.100](https://doi.org/10.32702/2307-2156-2019.4.100). [in Ukrainian]
8. Kalyniuk, N. M., & Humenna, N. V. (2024). Features of the formation of an effective mechanism of public administration of health care institutions in the context of medical care for military personnel. *Scientific Bulletin of Uzhhorod National University*, 86(2), 113–118. DOI: <https://doi.org/10.24144/2307-3322.2024.86.2.18>.
9. Batryn, O. V., Teremetskyi, V. I., & Ivakhnenko, O. A. (2024). Pravovi harantii dostupnosti medychnoi ta reabilitatsiinoi dopomohy v period dii voiennoho stanu [Legal guarantees of access to medical and rehabilitation care during martial law]. *Irpın Law Journal*, 2(15), 46–58. DOI: [https://doi.org/10.33244/2617-4154-2\(15\)-2024-46-58](https://doi.org/10.33244/2617-4154-2(15)-2024-46-58). [in Ukrainian]

SPECIFIC ASPECTS OF LEGAL SUPPORT AND PUBLIC ADMINISTRATION OF MEDICAL REHABILITATION OF MILITARY PERSONNEL

N. M. Kalyniuk, O. I. Kosinskyi

Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

The system of medical rehabilitation of servicemen in Ukraine is currently an important component of national security, which ensures the quality of public health. That is why high-quality legislative support and public administration of this sector requires an effective regulatory framework and is of great interest to both lawmakers and scholars.

The purpose: to study certain aspects of legal support and public administration of medical rehabilitation of servicemen based on the analysis of legislation and literature.

Materials and Methods. The theoretical (analysis, generalisation, comparison) and empirical (analysis of legal acts, modelling, forecasting) methods were used. Comparative analysis was used to compare Ukrainian and international experience in the field of medical rehabilitation of servicemen, and modelling was used to assess the prospects for improving legislation.

Results. The results of the study revealed a number of significant problems in the legal support and public administration of medical rehabilitation of servicemen in Ukraine. One of the main obstacles is the fragmentation of existing legal acts regulating different types of rehabilitation – medical, psychological, and social. These documents are often not coordinated with each other, which leads to differences in their interpretation, legislative conflicts and, in general, to a decrease in the effectiveness of rehabilitation measures for servicemen.

Conclusions. The study revealed fragmented legislative support for medical rehabilitation of servicemen and women in Ukraine, lack of uniform standards and adequate funding. Insufficient coordination between government agencies and the lack of comprehensive programmes complicate access to rehabilitation services. Analysis of international experience shows the effectiveness of a comprehensive approach that com-

bines medical, psychological and social rehabilitation. To improve the situation, it is necessary to implement the National Rehabilitation Programme, increase funding, coordinate interagency cooperation and update the regulatory framework.

KEY WORDS: **rehabilitation of servicemen; regulatory and legal support; public administration; interagency coordination; social adaptation.**

Рукопис надійшов до редакції 27.02.2025

Відомості про авторів:

Калинюк Наталя Миколаївна – доцентка кафедри педагогіки вищої школи та суспільних дисциплін Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1613-835X> Scopus Author ID: 57226237819.

Косінський Олег Іванович – здобувач вищої освіти спеціальності 073 Менеджмент в охороні здоров'я кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-7896-3872>.

Електронна адреса для листування: kosinskyj_oleiva@tdmu.edu.ua

B. M. PALASIUK, M. V. YAREMA, M. YA. KICHULA

SPECIFIC FEATURES OF DEVELOPING MANAGERIAL COMPETENCIES AMONG HEALTHCARE PROFESSIONALS

Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University
of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

Purpose: to examine the features of developing managerial competencies in healthcare institution managers, taking into account the specific characteristics of healthcare reform and its projected impact on human social life.

Materials and Methods: to achieve the objective of the study, methods of analysis, synthesis, and generalization were applied.

Results: It was established that systemic changes in the healthcare sector require the implementation of a modern management framework and the formation of a new generation of leadership personnel. The professional competence of a healthcare manager comprises a set of key, basic, and specialized competencies. The specific features of managerial competence in healthcare leadership are determined by the unique characteristics of the sector, as well as the nature and content of the work. Healthcare managers must possess not only a high level of medical knowledge but also be proficient in areas such as financing, insurance, strategic planning, and administration. They must be capable of making complex decisions, ensuring their implementation, and organizing the purposeful activities of their institutions.

Currently, Ukraine is experiencing a significant shortage of healthcare administrators who are able to make responsible, independent, and effective strategic decisions. This underscores the urgent need to develop an effective system for training healthcare managers and establishing a high-quality educational foundation that integrates the best international practices with the realities of the Ukrainian healthcare system. A student-centered approach and the use of interactive teaching methods—such as training workshops and case studies—may serve as a viable direction for addressing the challenge of developing managerial skills in the healthcare sector.

KEY WORDS: development of managerial competencies; key; basic; and specialized competencies; interactive teaching methods; training workshops; case studies.

Introduction. Systemic changes in the healthcare sector require the implementation of a modern management concept and the development of a new generation of leadership personnel. The management of medical institutions is associated with a range of social challenges, including enhancing the prestige of medical professionals, motivating their work, fostering a culture of teamwork, and promoting the professional growth of healthcare specialists.

Effective management is one of the key priorities and a critical factor in the economic success of any organization. It creates a favorable environment for unlocking the potential and professional capabilities of staff. Medical managers must acquire knowledge and skills that extend beyond traditional medical education. These competencies will serve as effective tools in their future professional activities for addressing complex tasks and challenges in the field of public administration and governance. The knowledge and skills that medical managers must possess today and in the future can be defined as managerial competence

Purpose: to examine the specific features of developing managerial competencies in

healthcare facility managers, taking into account the characteristics of medical reform and its projected impact on the social life of individuals.

Materials and methods: to achieve the objective of the study, methods of analysis and synthesis were used, along with the method of generalization.

Research results and discussion: In contemporary domestic science, the professional competence of a physician-manager is defined as a complex, stable, multi-level structure of psychological traits that is formed through the integration of experience, theoretical knowledge, and practical skills important for a leader. It is an integrative quality of a manager who demonstrates readiness for effective professional activity.

Professional competence in healthcare management is a combination of key, basic, and specialized competencies. Key competencies are essential for any professional activity and are associated with an individual's success in today's conditions and realities of life. Currently, key competencies are gaining particular importance. They are primarily reflected in the ability to solve professional tasks through the use of information,

communication (including in a foreign language), and knowledge of the socio-legal foundations of personal behavior in a civilized society [2]. Key competence is demonstrated not only in the resolution of narrowly professional tasks but also in how a specialist perceives, evaluates, and understands the world beyond their profession.

Basic competencies reflect the specifics of a particular type of professional activity. Specialized competencies reflect the specifics of a particular professional field. Specialized competencies can be considered as the practical application of key and basic competencies within a specific professional domain. All three types of competencies are interrelated and develop simultaneously. Basic managerial skills include acquiring general management competencies and understanding the organizational structure of an institution. Training healthcare professionals in the basic principles and essential practical skills of effective management is currently regarded as one of the most important steps in the process of healthcare system reform.

As A. Aleksyuk notes, competencies are generalized modes of action that ensure the productive performance of professional activities [1].

Most definitions of competencies found in academic discourse refer either to universal attributes (e.g., literacy) or to competencies as individual abilities manifested in a work context. A competency is an expression of a person's general readiness and ability to perform certain actions. Therefore, a distinction should be made between competency and skill: a skill refers to an action in a specific situation, whereas a competency reflects a broader readiness and capacity to act. The connection between the concepts lies in the idea that competence is "skills in action" [8].

The presence of a set of competencies in an individual forms competence, which can be understood as the ability to establish connections between knowledge, skills, and specific situations—or more broadly, as the capacity for successful activity in social, economic, and cultural contexts.

Alongside the term "competency" (competencies), the term "competence" (competences) is also used in the literature. Contextual analysis shows that in some cases, the terms are used synonymously to refer to the components of competence. In other cases, competence refers to specific domains – such as professional, managerial, communicative, personal, or social competence – highlighting different types of competencies. The specific characteristics of managerial competence in healthcare leaders are determined by the unique nature of the healthcare sector, as well as by the character and content of the work involved.

Amid active reforms in the sector, the development of the medical services market, and advances in

science and technology, the nature and scope of work for healthcare professionals are changing. These changes pose new challenges for medical facility managers, requiring improvements in organizational culture and management quality, as well as the most effective use of an institution's human resources.

Fulfilling managerial duties brings about certain transformations in the activities of medical professionals and in the structure of their competency profile. As V. Brych rightly emphasizes in his monograph, healthcare institution managers must not only possess a high level of medical expertise, but also be well-versed in areas such as financing, insurance, strategic planning, and management. They must be capable of making complex decisions, ensuring their implementation, and organizing the institution's operations in a purposeful and efficient manner [3].

Leadership is defined not only by the ability to set a clear direction for the team but also by the ability to motivate and inspire positive change. A healthcare manager must be an empathetic leader, capable of demonstrating understanding and providing support.

It is difficult to imagine an effective manager without well-developed communication skills. Effective communication is the foundation of successful leadership. A manager must be able to express ideas clearly and convincingly, as well as listen to the thoughts and beliefs of others. The ability to adapt communication style to different audiences and situations is key to achieving mutual understanding and building effective working relationships.

One of the most important components of managerial competence is strategic thinking. The ability to see not only the current tasks but also the bigger picture is a crucial part of managerial competence. A manager must not only understand how different tasks are interconnected but also see the long-term perspective for solving them. To do this, they must be able to analyze situations, make well-grounded decisions, and effectively coordinate the team's efforts to achieve planned outcomes.

Currently, Ukraine is experiencing a severe shortage of healthcare administrators capable of making responsible, independent, and effective strategic decisions. Therefore, the issue of building an effective system for training healthcare managers remains highly relevant. The most important prerequisite for this is the creation of a high-quality educational foundation, taking into account the best practices of leading countries and the realities of the Ukrainian healthcare system [4].

At present, there is a lack of experience in Ukraine in applying innovative approaches to managerial education in healthcare. According to researchers [5], an essential aspect of purposefully developing managerial qualities is the use of active learning technologies (such as case studies, problem-based learning, and project-oriented

approaches), as well as the alignment of learning objectives with the training format.

A prominent role among interactive learning technologies is held by training workshops. The value of educational training lies primarily in providing students with the opportunity to test their knowledge and skills in quasi-professional situations, thereby constructing an optimal model of professional activity in their consciousness. Overall, the use of training workshops in the preparation of future healthcare managers is aimed at changing attitudes and behaviors through group interaction, where the group acts as a kind of mirror, allowing individuals to see themselves through the eyes of others.

The reproduction of such interaction patterns in future professional activities becomes possible through simulated role-play scenarios that model optimal interpersonal communication. Therefore, didactic games are an important method within training programs. Student participation in quasi-professional roles during didactic games aims to: develop communication skills and direct interpersonal interaction abilities, engage learners actively in the educational process, motivate the acquisition of professional experience due to the practical orientation toward forming social competence, shift attitudes by allowing students to identify optimal and erroneous actions through practice, provide direct presentation of learning material in a simulated professional context, albeit in a game format, visually demonstrate the application of theoretical knowledge in practical professional interactions, and foster behavioral flexibility, among other outcomes.

A particularly important and significantly more effective method compared to traditional teaching approaches in healthcare management training is the case study method [6]. Working on a case enables students to develop analytical, creative, and communication skills, practice persuading others of the correctness of their proposed solutions, engage in debates, or, conversely, listen to and accept the rational viewpoints of their peers.

For the development of managerial competencies in professional fields, the most valuable type is the analytical case study. These cases emphasize the underlying causes of events or phenomena, helping managers learn how to analyze occurrences or human actions and identify their root causes for timely intervention. Problem-solving cases enable students to develop competencies in addressing

situations typical of management practice, basing their decisions on management theory rather than empirical experience. Descriptive cases can be used to illustrate specific theoretical aspects, linking them to practice and emphasizing the importance of their application in everyday professional activities.

A well-constructed case should contain implicit pathways to correct solutions and describe the details and nuances of the situation, thus encouraging students to engage actively. On the other hand, the case study method fosters a comprehensive approach to acquiring new knowledge and skills. This method activates previously acquired theoretical knowledge, including earlier material, reflecting the complexity and multidimensional nature of decision-making in healthcare institutions.

According to literary sources [8], the more realistic, emotionally engaging, and persuasive a case study is, the more it encourages students to make responsible decisions within an organization, to step into the role of a leader, and to approach the “real” situation with creativity and analytical thinking. In teaching management disciplines, the primary focus of a case study is the need to make a decision based on the narrative presented. Therefore, at the heart of the case should be an engaging and healthcare-relevant story, a dilemma or conflict that captures the learners' attention and, through its emotional impact, motivates them to find a solution, develop an effective response, or create a step-by-step action plan [8].

Conclusions. In the new social and economic conditions, there is a growing understanding that ongoing reforms in the healthcare sector are impossible without the development and transformation of management. Only a highly educated healthcare organization leader is a true asset to the healthcare system. Such a leader must be a healthcare manager competent in financing, insurance, strategic planning, and management; capable of making complex decisions, ensuring their implementation, and organizing the purposeful activities of the institution. One of the ways to address the issue of developing managerial skills among healthcare specialists may be a student-centered approach and the use of interactive teaching methods, including training workshops, case studies, and others.

The prospects for further research lie in the development of methodological materials aimed at the purposeful formation of professional training for future healthcare managers.

Bibliography

1. Алексюк А. М. Педагогіка вищої освіти України. Історія. Теорія. Київ : Либідь, 1998. 560 с.
2. Біловус Л. І., Гомотюк О. Є., Федчишин Н. О. Пізнавальні властивості педагогічної комунікації. Медична освіта. Тернопіль : ТНМУ, 2020. № 3 (88). С. 126–130.
3. Брич В. Я., Ліштаба Л. В., Микитюк П. П. Компетентність менеджерів в системі охорони здоров'я : моногр. Тернопіль : ТНЕУ, 2018. 192 с.
4. Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравооохоронної галузі. Державне управління: удосконалення та розвиток, 2018. № 11. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1336>.

5. Мельничук І. М. Формування соціальної компетентності майбутніх фахівців соціономічних спеціальностей засобами навчальних тренінгів. Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах, 2020. № 69. С. 36–39.
6. Шумська С. Є., Бучинська Т. В. Використання кейс-методу у професійному навчанні. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. 2013. №2(8). С. 277–280.
7. HBS Case Development // Harvard Business School. URL: <http://www.hbs.edu/faculty/research/Pages/case-development.aspx> (дата звернення 10.01.2017).
8. Patterson T., Champion H., Browning H., Torain D. et al. Addressing the Leadership Gap In Healthcare. Center for Creative Leadership, 2011. Internet resource Website [Cited 29 Jun 2019]. Available from URL: <http://www.ccl.org/>

References

1. Aleksiuk, A. M. (2000). Pedagogika vyshchoi osvity Ukrainy. Istoriia. Teoriia [Pedagogy of higher education in Ukraine. History. Theory]. Kyiv : Lybid [in Ukrainian].
2. Bilovus, L. I., Homotiuk, O. Ie., & Fedchyshyn, N. O. (2020). Piznavalni vlastyvyosti pedahohichnoi komunikatsii [Cognitive features of pedagogical communication]. *Medychna osvita – Medical Education*, 3 (88), 126–130 [in Ukrainian].
3. Brych, V. YA., Lishtaba, L. V., & Mykytyuk, P. P. (2018). Kompetentnist' menedzheriv v systemi okhorony zdorov'ya : monohr [Competence of managers in the health care system: monograph]. *Ternopil' : TNEU – Ternopil' : TNEU*, 192 [in Ukrainian].
4. Mel'nyk, L.A. (2018). Suchasnyy kerivnyk medychnoho zakladu v umovakh reformuvannya zdorovookhoronnoyi haluzi [Modern head of a medical institution in the context of healthcare sector reform]. *Derzhavne upravlinnya: udoskonalennya ta rozvytok – Public administration: improvement and development*, 11. Retrieved from: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1336> [in Ukrainian].
5. Mel'nychuk, I. M. (2020). Formuvannya sotsial'noyi kompetentnosti maybutnikh fakhivtsiv sotsionomichnykh spetsial'nostey zasobamy navchal'nykh treninhiv [Formation of social competence of future specialists of socio-economic specialties by means of educational trainings]. *Pedagogy of the formation of a creative personality in higher and general education schools*, 69, 36–39 [in Ukrainian].
6. Shums'ka, S. Ye. & Buchyns'ka, T. V. (2013). Vykorystannya keys-metodu u profesiynomu navchanni [Using the case method in vocational training]. *Zbirnyk naukovykh prats' Khmel'nyts'koho instytutu sotsial'nykh tekhnolohiy Universytetu «Ukrayina – Collection of scientific works of the Khmelnytsky Institute of Social Technologies of the University «Ukraine»*, 2(8), 277–280 [in Ukrainian].
7. Harvard Business School (2016). HBS Case Development. Retrieved from: <http://www.hbs.edu/faculty/research/Pages/case-development.aspx>.
8. Patterson T., Champion H., Browning H., Torain D. et al. Addressing the Leadership Gap In Healthcare. Center for Creative Leadership, 2011. Internet resource Website [Cited 29 Jun 2019]. Retrieved from: <http://www.ccl.org/>.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ УПРАВЛІНСЬКИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ ФАХІВЦІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Б. М. Паласюк, М. В. Ярема, Кічула М. Я.

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Мета: вивчити особливості формування управлінських компетентностей менеджера медичних закладів з урахуванням особливостей медичної реформи, її прогнозованого впливу на соціальне життя людини.

Матеріали та методи. Для досягнення мети дослідження використано метод аналізу та синтезу, а також метод узагальнення.

Результати. Установлено, що системні зміни в галузі охорони здоров'я вимагають упровадження сучасної концепції управління і формування нової генерації керівних кадрів. Професійна компетентність управління в галузі охорони здоров'я є сукупністю ключової, базової і спеціальної компетентностей. Специфічні особливості управлінської компетентності керівників галузі охорони здоров'я зумовлені специфікою галузі, характером та змістом праці. Вони повинні не лише володіти високим рівнем медичних знань, а й орієнтуватися в питаннях фінансування, страхування, стратегічного планування й управління, уміти ухвалювати комплексні рішення та здійснювати контроль за їх виконанням, організовувати цілеспрямовану діяльність закладу. Нині в Україні гостра нестача фахівців-організаторів у сфері охорони здоров'я, які вміють ухвалювати відповідальні, самостійні й ефективні рішення стратегічного характеру актуалізує проблему побудови ефективної системи підготовки менеджерів у галузі охорони здоров'я і створення якісної освітньої бази з урахуванням найкращих здобутків провідних країн світу та реалій української системи охорони здоров'я. Одним із напрямів вирішення проблеми формування управлінських навичок у сфері охорони здоров'я може слугувати підхід, орієнтований на студента, та інтерактивні методи навчання, зокрема навчальні тренінги, кейсстаді та ін.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: формування управлінських компетентностей; ключова; базова і спеціальна компетентності; інтерактивні методи навчання; навчальні тренінги; кейсстаді.

Рукопис надійшов до редакції 30.05.2025

Відомості про авторів:

Паласюк Богдан Михайлович – кандидат економічних наук, доцент кафедри медичної фізики діагностичного та лікувального обладнання Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0000-0002-7684-8214>.

Ярема Михайло Васильович – здобувач вищої освіти 3 року навчання за спеціальністю 222 «Медицина» медичного факультету Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.

Кічула Марія Ярославівна – кандидатка педагогічних наук, доцентка кафедри іноземних мов Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-1781-2529>.

Електронні адреси для листування: palasyukbm@tdmu.edu.ua, kishylamj@tdmu.edu.ua

А. Д. НІКОЛЬСЬКА, О. А. ВИСОЦЬКА, Н. В. ЯМНЕНКО, О. М. ГОНЧАРУК

НАВЧАННЯ ПЕРШОЇ ДОПОМОГИ ЯК ДОПОМІЖНИЙ ЗАСІБ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ФІЗИЧНОЮ ІНВАЛІДНІСТЮ

Товариство Червоного Хреста України, м. Київ, Україна

Мета: оцінити можливість використання першої допомоги як допоміжного засобу в реабілітації осіб з фізичною інвалідністю.

Матеріали і методи. Загальна вибірка досліджуваних становила 96 осіб, серед яких 20 жінок та 76 чоловіків віком від 21 до 76 років. Серед них – 59 осіб (61%) є військовими та 37 осіб (39%) – цивільними. Усі вони є пацієнтами реабілітаційних центрів, що діють на території України. Дослідження проводиться з 2023 року.

З метою фіксації отриманих результатів роботи зі слухачами з фізичною інвалідністю створено анкети та опитувальники для слухачів та інструкторів. Результати, отримані за їх допомогою, оброблено кількісно і якісно.

Результати. Найбільший відсоток респондентів (67%) отримали інвалідність унаслідок бойових дій, 28% – унаслідок захворювань і 5% – через нещасний випадок.

З усієї вибірки досліджуваних 83% зазначили, що знають про першу допомогу й мають деякі знання. Водночас свідками надзвичайних ситуацій, де люди потребували першої допомоги, було 78% опитаних. З усіх реципієнтів 65% зазначили, що надавали першу допомогу.

Висновки. За результатами дослідження більшість осіб з інвалідністю демонструє високий рівень зацікавленості в навчанні першої допомоги, незважаючи на наявність знань у цьому питанні. Досвід переживання бойових дій і нещасних випадків може впливати на розуміння сфери застосування розвинутих навичок. Важливим чинником успішної адаптації стане перебування в групі осіб з високою соціальною активністю та мотивацією. Уміння брати на себе відповідальність у кризових обставинах свідчить про потенціал до самореалізації та реадaptaції до життя в суспільстві, що вплине на позитивну динаміку в реабілітації осіб з фізичною інвалідністю.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: перша допомога; реабілітація; фізична інвалідність; навчання.

Вступ. Одним з наслідків бойових дій, що відбуваються на території України, є велика кількість серйозних травм, отриманих військовослужбовцями та цивільними особами, що призводять до інвалідності. Погіршення стану здоров'я населення впливає на всі сфери життя суспільства: економічний стан, морально-психологічне благополуччя, соціокультурний курс розвитку тощо.

Наразі перед громадськістю постає виклик: допомогти особам з інвалідністю не тільки адаптуватися до змін, а й залишитися повноцінним членом суспільства.

На тлі реалізації реабілітаційних заходів за базовими напрямками (медична реабілітація, фізична терапія, ерготерапія, психологічна реабілітація, фізіотерапія тощо) мало уваги приділяється підготовці осіб з фізичною інвалідністю до надзвичайних ситуацій.

Перша допомога – необхідна навичка для кожного члена суспільства, яка потребує адаптації до індивідуальних можливостей людини. Зі зростанням числа осіб з інвалідністю в сучасному українському суспільстві виникла потреба вдосконалити методику викладання першої допомоги

та адаптації протоколів надання першої допомоги відповідно до індивідуальних можливостей людини.

Мета: оцінити можливість використання першої допомоги як допоміжного засобу в реабілітації осіб з фізичною інвалідністю.

Матеріали і методи. Загальна вибірка досліджуваних становила 96 осіб, серед яких 20 жінок та 76 чоловіків віком від 21 до 76 років. Серед них – 59 осіб (61%) є військовими та 37 осіб (39%) – цивільними. Усі вони є клієнтами (пацієнтами) реабілітаційних центрів, що діють на території України. Дослідження проводиться з 2023 року.

З метою фіксації отриманих результатів роботи зі слухачами з фізичною інвалідністю створено анкети та опитувальники для слухачів й інструкторів. Результати, отримані за їх допомогою, були оброблені кількісно та якісно.

Результати дослідження та їх обговорення. Загальноприйнятою думкою серед широкої громадськості є медична модель інвалідності, яка передбачає дефіцит можливостей, які раніше мала особистість, та сприйняття інвалідності як індивідуальної медичної проблеми. Ця модель

орієнтована на порушення як причину, що не дає змоги отримати доступ до певних товарів чи послуг або не дає повною мірою брати участь у житті суспільства [1].

Сучасні організації, що працюють у сфері реабілітації, дедалі більш спираються на соціальну концепцію та пропонують модель роботи, що передбачає активне включення соціуму з метою реінтеграції особистості після отримання травм. Ця модель бере до уваги те, як структуровано суспільство, як виникають інституційні, фізичні, соціальні, економічні бар'єри. На противагу ним пропонується спиратися на сильні сторони особистості, навички та вміння, які підкреслюють цінність та потенціалі будь-якої людини, незалежно від її фізичних можливостей [2]. Такий процес реадaptaції не може відбуватися в односторонньому порядку, отже, потрібен рух не лише людини в соціум, а й залучення соціумом людини з інвалідністю. Особам з інвалідністю варто допомогти зайняти активну життєву позицію, і це все потрібно підтримувати відповідними реабілітаційними, навчальними, консультаційними заходами та облаштуванням інфраструктури [3].

Сприйняття набутої інвалідності є важливим процесом у житті особистості, який впливає не лише на індивідуальні життєві ситуації, а й на моральний компас громадськості. Негативне ставлення до інвалідності позбавляє людей можливості ресоціалізуватися та знайти своє місце серед інших та призводить до соціального відчуження й ізоляції. Здоровим підходом вважається заохочення позитивного ставлення до людей з інвалідністю та сприяння соціальній інтеграції [4].

У повсякденному житті, особливо перебуваючи часто в громадських місцях, людина стикається із ситуаціями, під час яких хтось з оточення або вона сама потребує допомоги. Результати наукових досліджень у галузях безпеки та громадського здоров'я демонструють позитивний вплив навчання першої допомоги на загальний психоемоційний стан слухачів, їх самооцінку та рівень обізнаності [5].

Відзначається, що після базових курсів навчання першої допомоги відбулися значні зміни в знаннях, поведінці, сприйнятті загрози та рівні страху. Згідно з отриманими даними, знаючи про причини виникнення надзвичайних ситуацій, травматизму тощо, особа здатна уникати факторів ризику та може здійснювати профілактичні заходи. Є припущення, що така обізнаність не лише знижує ризик виникнення надзвичайних ситуацій, а й сприяє кращій координованості дій при їх ліквідації [6].

З огляду на вищезазначене, навчання першої допомоги має бути доступним для різних соціальних категорій та будь-якої людини, незалежно від її віку, статі чи стану здоров'я. Особливого

методологічного підходу потребує навчання осіб з інвалідністю. Через нерозкритість цього питання серед науковців достатньою мірою Товариство Червоного Хреста України почало досліджувати процес викладання та практичного навчання осіб з інвалідністю, зокрема осіб, що мають ампутацію однієї або кількох кінцівок.

Серед команди інструкторів ТЧХУ є реабілітологи, які працюють у медичних закладах з пацієнтами, що отримали ампутацію кінцівок. Це дало можливість у короткий термін опитати достатню кількість осіб й отримати результати пілотажного дослідження. Опитаними стали пацієнти чотирьох реабілітаційних центрів, що працюють на території України. Так, у першому опитуванні взяли участь особи, які мали бажання пройти тренінг з першої допомоги, а також ті, хто не виявив бажання в подальшому навчанні. Ці результати важливі, оскільки забезпечують репрезентативність вибірки, показуючи ступінь зацікавленості навчанням серед населення загалом та демонструють актуальність здобуття нових знань особами, що отримали інвалідність. Інструктори ТЧХУ, що працюють з респондентами як реабілітологи, отримали вербальну згоду кожного на участь у дослідженні. На початку опитування респондентів попередили про те, що участь є добровільною, анкетування – анонімним, вони мають змогу припинити її в будь-який момент без пояснення причин. Кожна відповідь важлива, оскільки допомагає визначити актуальність навчання для осіб, що отримали серйозні травми, які призвели до інвалідності. Опитування анонімне, усі питання особистого характеру слугують для збору загальної інформації про групу респондентів (вік, стать, цивільний / військовий, тощо), ступінь відвертості та повноти відповіді кожен може визначити самостійно, залежно від власних переконань на рівня психологічного комфорту. Якщо будь-яке питання викличе дискомфорт, інструктор зобов'язаний надати психологічну підтримку та, за потреби, спрямувати особу до спеціаліста з психологічної підтримки.

Так, участь в опитуванні взяли виключно ті особи, які дали згоду та проявили інтерес до можливості поділитися власним досвідом та переконаннями, зробити їх корисними для кращого розуміння потреб осіб з інвалідністю.

Після проведення опитування учасникам повідомлено, що всі, хто виявив бажання пройти навчання першої допомоги, обов'язково отримають таку можливість найближчим часом і, якщо бажають, можуть продовжити свою участь у дослідженні, заповнивши анкети та надавши зворотний зв'язок після проходження навчання. Усі запропоновані заходи мають відбуватися в умовах доступності, тому як найзручніший варіант вирішено проводити навчання на базі реабілітаційних центрів,

у яких перебувають опитані. Відповідно, групи складаються виключно з пацієнтів реабілітаційних центрів.

Для проведення дослідження перед командою інструкторів постало питання про методи, які будуть використані для вимірювання рівня зацікавленості та вмотивованості слухачів, а також мають урахувати їхній попередній досвід, загальні дані. За допомогою первинного анкетування вирішено першочергове питання доцільності. Виявити актуальність навчання першої допомоги для цієї категорії осіб – великий крок до розуміння потреб людей, що проходять реабілітацію та освоюють нові ролі в суспільстві. Згідно з очікуваннями команди дослідників ТЧХУ, роль людини, що є обізнаною в діях на випадок критичних ситуацій, є соціально значущою та важливою і може стати психологічним ресурсом та психологічною опорою під час реінтеграції особи в суспільство.

Загальна вибірка досліджуваних становила 96 осіб, серед яких 20 жінок та 76 чоловіків віком від 21 до 76 років. Серед них – 59 осіб (61%) є військовими та 37 осіб (39%) – цивільними. Усі вони є клієнтами (пацієнтами) реабілітаційних центрів, що діють на території України. Дослідження проводиться з 2023 року. Результати представлені на рис. 1.

Найбільший відсоток респондентів (67%) отримали інвалідність внаслідок бойових дій, 28% – унаслідок захворювань і 5% – через нещасний випадок. Цей показник важливий для дослідження через припущення, що характер обставин, які передували отриманню інвалідності, може впливати на ставлення людини до свого тіла та спектра його нових можливостей. Оскільки далі ми говоримо про готовність надавати першу допомогу, тобто бути активним учасником у подоланні надзвичайних ситуацій, що виникли, для нас важливо

враховувати ставлення людини до самої себе та сприйняття нею довколишнього світу (довіра до світу, оточення, позитивна налаштованість на вирішення життєвих завдань, проактивність тощо). Обставини, що спричинили отримання людиною фізичної інвалідності, є важливим чинником, який впливає на адаптацію до нових умов життя.

Подальший особистісний розвиток людини з інвалідністю, її самосвідомості, під впливом різноманітних соціальних факторів призводить до того, що виникають суперечності в сприйнятті нею світу та своїх можливостей у ньому, і якість їх вирішення призводить до адаптації або дезадаптації особистості. Якщо нові для особистості соціальні цінності, типи поведінки суперечать раніше засвоєним, які є частиною її внутрішнього світу, порушується баланс між зовнішнім і внутрішнім, виникає психологічний дисонанс. Це може призводити до формування негативних психічних якостей і властивостей людини з інвалідністю [7].

На початку роботи з аудиторією для інструктора важливо дізнатися про мотивацію слухачів та їхній попередній досвід, що стосується ситуацій, у яких слухачі були свідками надзвичайних подій. Ураховуючи актуальність першої допомоги для українців важливо враховувати наявні знання з першої допомоги, здобуті слухачами раніше (рис. 2).

З усієї вибірки досліджуваних 83% зазначили, що знають про першу допомогу й мають деякі знання. Водночас свідками надзвичайних ситуацій, де люди потребували першої допомоги, було 78% опитаних. З усіх опитаних 65% зазначили, що надавали першу допомогу. З отриманих даних ми можемо зробити висновок про те, що є достатньо велика кількість осіб, для яких перша допомога знайома та актуальна.

Простежується цілком закономірна тенденція залученості потенційних учасників тренінгів

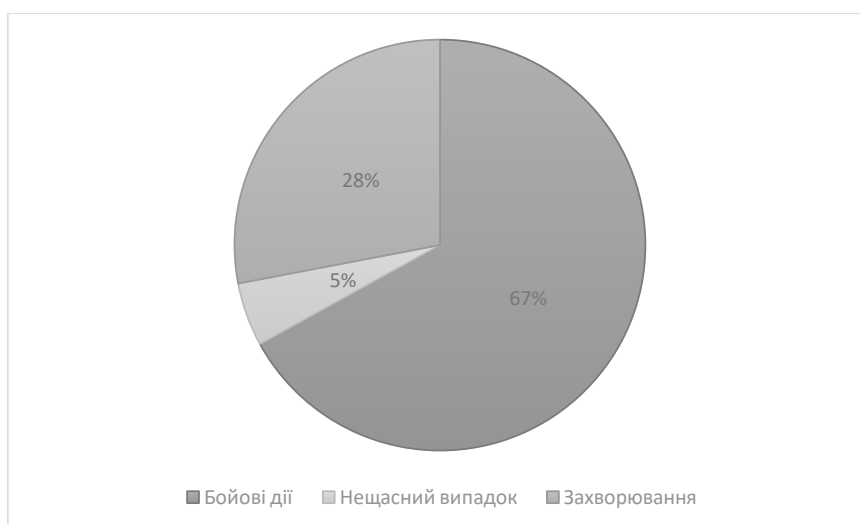


Рис. 1. Наочне представлення результатів визначення кількості осіб, що отримали інвалідність унаслідок бойових дій, нещасного випадку чи захворювання

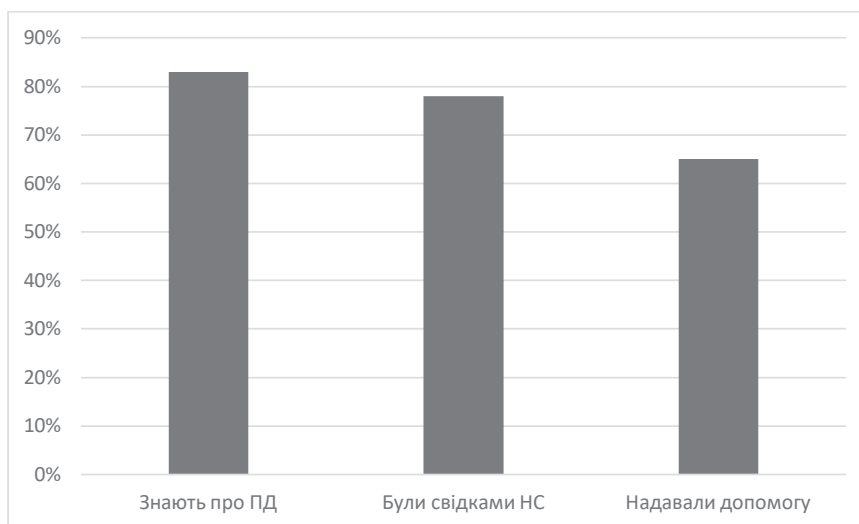


Рис. 2. Наочне представлення результатів визначення кількості осіб, що відмітили володіння основами Першої допомоги, були свідками надзвичайних ситуацій та безпосередньо надавали допомогу

з першої допомоги до надання допомоги в разі реальної потреби. Різниця між показниками «Знають про першу допомогу» та «Надавали допомогу» становить 18%, що говорить про те, що не кожен зі слухачів готовий надати допомогу, незважаючи на наявні знання. Тому важливим є навчання якомога більшої кількості осіб з метою збільшення кількості здатних надати допомогу.

Можна припустити, що, перебуваючи в групі з високомотивованими учасниками, інші учасники зможуть набути впевненості у своїх можливостях. Завдяки ролі соціальної ідентичності, а також притаманному кожній людині соціальному конформізму [8] є висока вірогідність того, що тренінги з першої допомоги не лише матимуть навчальний та просвітницький результат, а й спонукатимуть до особистісного зростання, посилюватимуть громадянську позицію, сприятимуть створенню малих груп однодумців, сприятимуть соціалізації.

Висновки. Процес реабілітації потребує залучення широкого кола спеціалістів у різних галузях науки та життєдіяльності суспільства. З метою якісної адаптації до життя за нових умов варто навчати осіб з інвалідністю поведінки в надзвичайних ситуаціях. Такий підхід дасть змогу не лише сформувати лідерську позицію, а й запобігти

ситуаціям, що несуть ризики для життя та здоров'я громадян.

За результатами дослідження більшість осіб з інвалідністю демонструють високий рівень зацікавленості в навчанні першої допомоги, незважаючи на наявність знань у цьому питанні. Досвід переживання бойових дій і нещасних випадків може впливати на розуміння сфери застосування розвинутих навичок. Важливим чинником успішної адаптації стане перебування в групі осіб з високою соціальною активністю та мотивацією. Уміння брати на себе відповідальність у кризових обставинах свідчить про потенціал до самореалізації та реадaptaції до життя в суспільстві, що вплине на позитивну динаміку в реабілітації осіб з фізичною інвалідністю.

Перспективи подальших досліджень вбачаються в адаптації методів викладання першої допомоги для осіб з фізичною інвалідністю. На основі отриманих результатів буде створено посібник для інструкторів з першої допомоги, який міститиме психолого-педагогічні особливості викладання в групах осіб з фізичною інвалідністю, рекомендації щодо організації освітнього простору, пропонуватиме адаптацію загальноприйнятого алгоритму надання першої допомоги до можливостей різних категорій осіб.

Список літератури

1. Dixon S., Smith C., Touchet A. The disability perception gap. *Scope*. URL: <https://assets-eu-01.kc-usercontent.com/73ea709e-f9f8-0168-3842-ebd7ad1e23ac/acb8a67e-86c7-47a8-b809-0d099acd6ac6/disability-perception-gap-report.pdf> (дата звернення: 18.09.2024).
2. Changing perceptions of disability through sports, arts, and culture: what works and what challenges exists? / L. Dunbar et al. Home. *Spirit of 2012*. URL: <https://spiritof2012.org.uk/wp-content/uploads/2022/12/Spirit-disability-perception-report.pdf> (дата звернення: 12.09.2024).
3. Оверчук В. А., Кушнір Ю. В., Kushnir J. Психологічні проблеми інвалідності: моделі та шляхи вирішення. *Scientific Studios on Social and Political Psychology*. 2019. № 44(47). С. 143–150. URL: [https://doi.org/10.33120/ssj.vi44\(47\).126](https://doi.org/10.33120/ssj.vi44(47).126) (дата звернення: 09.09.2024).

4. Babik I, Gardner ES. Factors Affecting the Perception of Disability: A Developmental Perspective. *Front Psychol*. 2021 Jun 21; 12:702166. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.702166. (дата звернення 11.09.2024)
5. Salita C., Liwanag R., Tiongco R.E., Kawano R., Development, implementation, and evaluation of a lay responder disaster training package among school teachers in Angeles City, Philippines: using Witte's behavioral model, *Public Health* 170, 2019, Pages 23–31, ISSN 0033-3506, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.02.002>. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350619300265> (дата звернення 12.09.2024)
6. Lingard H., The effect of first aid training on Australian construction workers' occupational health and safety motivation and risk control behavior, *Journal of Safety Research*, 33, Issue 2, 2002, Pages 209–230, ISSN 0022-4375, DOI: [https://doi.org/10.1016/S0022-4375\(02\)00013-0](https://doi.org/10.1016/S0022-4375(02)00013-0). (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022437502000130>) (дата звернення 09.09.2024)
7. Оверчук В. А. Психологічні проблеми інтеграції до активного соціального життя осіб з інвалідністю. *Науковий вісник ужгородського національного університету. серія: психологія*. 2022. № 1. С. 62–65. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.1.12> (дата звернення 18.09.2024)
8. Сапольські Р. Біологія поведінки. Причини доброго і поганого в нас. 4-те вид. Київ : Наш Формат, 2024. С. 365–401.

References

1. Dixon, S., Smith, C., & Touchet, A. (2024). The disability perception gap. *Scope*. Retrieved from: <https://assets-eu-01.kc-usercontent.com/73ea709e-f9f8-0168-3842-ebd7ad1e23ac/acb8a67e-86c7-47a8-b809-0d099acd6ac6/disability-perception-gap-report.pdf>
2. Dunbar, L., et al. (2022). Changing perceptions of disability through sports, arts, and culture: What works and what challenges exist? *Spirit of 2012*. Retrieved from: <https://spiritof2012.org.uk/wp-content/uploads/2022/12/Spirit-disability-perception-report.pdf>
3. Overchuk, V. A., Kushnir, Y. V., & Kushnir, J. (2019). Psykholohichni problemy invalidnosti: modeli ta shlyakhy vyrishennya [Psychological problems of disability: Models and solutions]. *Scientific Studios on Social and Political Psychology*, 44(47), 143–150. DOI: [https://doi.org/10.33120/ssj.vi44\(47\).126](https://doi.org/10.33120/ssj.vi44(47).126) [in Ukrainian].
4. Babik, I., & Gardner, E. S. (2021). Factors affecting the perception of disability: A developmental perspective. *Frontiers in Psychology*, 12, 702166. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.702166>
5. Salita, C., Liwanag, R., Tiongco, R. E., & Kawano, R. (2019). Development, implementation, and evaluation of a lay responder disaster training package among school teachers in Angeles City, Philippines: Using Witte's behavioral model. *Public Health*, 170, 23–31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.02.002>
6. Lingard, H. (2002). The effect of first aid training on Australian construction workers' occupational health and safety motivation and risk control behavior. *Journal of Safety Research*, 33(2), 209–230. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0022-4375\(02\)00013-0](https://doi.org/10.1016/S0022-4375(02)00013-0)
7. Overchuk, V. A. (2022). Psykholohichni problemy intehratsiyi do aktyvnoho sotsial'noho zhyttya osib z invalidnistyu. [Psychological problems of integration into active social life of persons with disabilities]. *Naukovyy visnyk uzhhorods'koho natsional'noho universytetu. seriya: psykholohiya – Scientific Bulletin of Uzhhorod National University. Series: Psychology*, 1(1), 62–65. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.1.12> [in Ukrainian]
8. Sapolsky, R. (2024). Biolohiya povedinky. Prychyny dobroho i pohanoho v nas [Behave: The biology of humans at our best and worst]. (4th ed.). Kyiv, Ukraine: Nash Format [in Ukrainian].

FIRST AID TRAINING AS AN AID TO REHABILITATION OF PEOPLE WITH PHYSICAL DISABILITIES

A. D. Nikolska, O. A. Vysotska, N. V. Yamnenko, O. M. Honcharuk
Ukrainian Red Cross Society, Kyiv, Ukraine

Purpose: to assess the possibility of using first aid as an auxiliary tool in the rehabilitation of people with physical disabilities.

Materials and Methods. The total sample of the study subjects was 96 people, including 20 women and 76 men aged 21 to 76 years. Among them, 59 people (61%) are military and 37 people (39%) are civilians. All of them are clients (patients) of rehabilitation centers operating in Ukraine. The study has been conducted since 2023.

In order to record the results of work with students with physical disabilities, questionnaires and questionnaires were created for students and instructors. The results obtained with their help were processed quantitatively and qualitatively.

Results. The largest percentage of respondents (67%) received disability as a result of hostilities, 28% – as a result of diseases and 5% – due to an accident.

Of the entire sample of respondents, 83% indicated that they know about first aid and have some knowledge. At the same time, 78% of respondents witnessed emergency situations where people needed first aid. Of all respondents, 65% indicated that they provided first aid.

Conclusions. According to the results of the study, the majority of people with disabilities demonstrate a high level of interest in learning first aid, regardless of the presence of knowledge in this area. The experience of experiencing combat operations and accidents can affect the understanding of the scope of application of the acquired skills. An important factor in successful adaptation will be being in a group of people with high social activity and

motivation. The ability to take responsibility in crisis situations indicates the potential for self-realization and readaptation to life in society, which will affect the positive dynamics in the rehabilitation of people with physical disabilities.

KEY WORDS: **first aid; rehabilitation; physical disability; education.**

Рукопис надійшов до редакції 27.02.2025

Відомості про авторів:

Нікольська Анна Дмитрівна – доктор філософії в галузі психології, фахівець департаменту першої допомоги НК Товариства Червоного Хреста України.

Висоцька Ольга Анатоліївна – фахівець департаменту першої допомоги НК Товариства Червоного Хреста України, психолог.

Ямненко Надія Вікторівна – міжнародний майстер-тренер з першої допомоги, керівник департаменту першої допомоги Товариства Червоного Хреста України.

Гончарук Оксана Миколаївна – доктор медичних наук, професор кафедри нейрохірургії Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика; ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8602-6572>.

Електронна адреса для листування: fa.a.nikolska@redcross.org.ua

В. Л. СМІРНОВА, Н. Я. ПАНЧИШИН, Л. П. ЗАПОРОЖАН

КАНАБІС І ЯКІСТЬ ЖИТТЯ: ВПЛИВ, РИЗИКИ ТА МОЖЛИВОСТІ

Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Мета: проаналізувати поширеність канабісу в історичному аспекті та дослідити його вплив на якість життя.

Матеріали та методи. Під час дослідження проаналізовано актуальні наукові публікації, звіти міжнародних організацій, як-от Всесвітня організація охорони здоров'я, Управління ООН з наркотиків і злочинності (UNODC).

Результати. Історичний та культурний контекст вживання канабісу показує, що його використання в різних цивілізаціях має давні традиції як у медицині, так і в ритуалах. У багатьох культурах канабіс сприймається як природний засіб для зниження болю, тривоги та для духовного очищення. Цей досвід може бути корисним для формування сучасної політики щодо канабісу, зокрема в контексті забезпечення доступу до безпечних й ефективних методів його вживання.

У медичному контексті канабіс може бути корисним для лікування певних захворювань, однак не можна ігнорувати ризики для психічного здоров'я. Використання канабісу в медичних цілях повинно бути ретельно регульованим, з контролем дозування і частоти вживання. Важливо враховувати індивідуальні особливості організму та вживати канабіс лише під наглядом медичних спеціалістів для мінімізації ризиків і забезпечення максимальної користі для здоров'я та якості життя.

Легалізація канабісу може стати потужним економічним стимулом, створюючи нові робочі місця, генеруючи податкові надходження, а також знижуючи витрати на боротьбу з нелегальним обігом канабісу. Ба більше, контроль за ринком канабісу дає змогу забезпечити більш високу якість продуктів, зменшити рівень криміналізації користувачів і зменшити навантаження на правоохоронні органи. Проте нелегальний обіг канабісу продовжує залишатися серйозною проблемою, яка містить загрози для соціальної стабільності та безпеки, впливаючи на криміногенну ситуацію.

Висновки. Вплив вживання канабісу на якість життя є комплексним і залежить від багатьох факторів: рівня легалізації, ефективності державного регулювання, соціально-економічних умов та культурних особливостей суспільства. Комплексний підхід до регулювання та профілактики вживання канабісу дасть змогу мінімізувати негативні наслідки та використати потенціал цієї речовини для розвитку суспільства загалом.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: канабіс; якість життя; легалізація; поширеність; медичне застосування.

Вступ. Канабіс, один із найпоширеніших психоактивних засобів у світі, є предметом інтенсивних наукових досліджень, особливо в контексті його впливу на якість життя користувачів. У багатьох країнах спостерігається тенденція до легалізації канабісу, що породжує нові можливості для медичного застосування, а також відкриває дискусії щодо соціальних та економічних наслідків його вживання. Канабіс має широкий спектр ефектів на організм, які можуть варіюватися від позитивних, як-от зменшення болю чи тривоги, до негативних, включно з ризиками для психічного здоров'я та соціальних відносин. Це підвищує актуальність дослідження як можливостей, так і ризиків, пов'язаних із вживанням канабісу, зокрема в контексті якості життя окремих осіб і суспільства загалом.

Міжнародна практика регулювання обігу канабісу в медичних цілях свідчить про поступовий перехід до більш ліберального й раціонального підходу до використання цієї речовини в системі охорони здоров'я. У багатьох країнах світу канабіс

уже визнано засобом, що може значно покращити якість життя пацієнтів з хронічними захворюваннями, онкологічними патологіями, неврологічними розладами та іншими станами, які не завжди піддаються традиційному лікуванню.

Ключовими аспектами регулювання є впровадження чіткої законодавчої бази, яка регламентує вирощування, виробництво, розподіл і призначення канабісу для медичних цілей. Успішні моделі містять суворий контроль якості продукції, забезпечення доступності для пацієнтів, які її потребують, і водночас мінімізацію ризиків зловживання або несанкціонованого обігу.

Мета: проаналізувати поширеність канабісу в історичному аспекті та дослідити його вплив на якість життя.

Матеріали і методи. Під час дослідження проаналізовано актуальні наукові публікації, звіти міжнародних організацій, як-от Всесвітня організація охорони здоров'я, Управління ООН з наркотиків і злочинності (UNODC), накази МОЗ України.

Результати дослідження та їх обговорення.

Історія використання канабісу є однією з найстаріших серед психоактивних речовин, оскільки ця рослина була відома народам світу з давніх часів. Вона має як позитивний, так і негативний вплив на якість життя людства, що відображає зміни в економічних, медичних та соціокультурних умовах суспільств [1–3].

У Давньому Китаї, Індії, на Близькому Сході та серед племен степових районів канабіс використовували для виробництва тканин, паперу, а також у ритуальних і лікувальних цілях. Застосування канабісу для виробництва матеріалів полегшувало побут та сприяло розвитку ремесел і технологій, що підвищувало рівень життя в окремих культурах. Лікувальні та ритуальні практики з використанням канабісу сприяли полегшенню болю, покращенню здоров'я та духовному благополуччю. Але водночас використання рослини було обмежене окремими культурними групами, тому загальний вплив на якість життя був регіональним і не завжди інтегрувався в масове господарське життя.

Європейська колоніальна експансія стала каталізатором стрімкого розповсюдження канабісу в Новому Світі. Іспанці завезли його до Нового Світу (1530–1545 рр.) переважно для промислових цілей, як-от виготовлення канатів, тканин і паперу, що мало вагомий економічний ефект. Широке використання канабісу у виробництві сприяло розвитку інфраструктури та промисловості нових колоній, що покращувало матеріальний добробут населення. Цей масштабний економічний процес спрямований переважно на індустріальні потреби, а традиційні лікувальні та культурні практики, пов'язані з канабісом, часто знецінювалися або втрачають свою значущість в умовах комерційної експлуатації [1; 3].

У 1842 році ірландський лікар Вільям О'Шонессі привіз канабіс до Британії, що започаткувало нову хвилю інтересу до його лікувальних властивостей. Завдяки цьому канабіс широко впровадили в західну медицину: Канабіс використовували для полегшення болю, лікування запалень, безсоння та інших хвороб, що суттєво покращувало якість життя пацієнтів. Активне використання в аптеках і лікарнях стимулювало розвиток нових лікарських препаратів і медичних технологій.

Дедалі більша популярність і комерціалізація лікувальних засобів на основі канабісу, з одного боку, спричинили надмірне використання, а з іншого – викликали занепокоєння щодо потенційних побічних ефектів і неправильного застосування. Надмірне або неправильне використання канабісу призводило до психічних розладів, залежності та когнітивних порушень. Ці наслідки негативно впливали на повсякденне життя, знижували працездатність і загальну якість життя.

До початку XX століття канабіс уже набув популярності як лікарський засіб і важливий промисловий ресурс, але соціальні, політичні та економічні фактори (наприклад, імміграційні хвилі та негативна пропаганда) призвели до його криміналізації. У США, наприклад, 1937 року затвердили Marihuana Tax Act, що майже обмежило використання канабісу: до цього моменту канабіс забезпечував лікувальні та промислові потреби, сприяючи розвитку медицини та економіки. Обмеження доступу до лікарських засобів, пов'язаних з канабісом, а також стигматизація користувачів призвели до зниження якості життя, особливо для тих, хто міг би отримувати терапевтичну користь від рослини [3; 4].

Так, канабіс відіграв важливу роль у покращенні якості життя на різних етапах історії: у давніх цивілізаціях він сприяв розвитку ремесел, матеріальної культури, медицини та духовних практик, забезпечуючи добробут населення; у колоніальний період його використання стимулювало економічне зростання нових територій, зокрема через промислове виробництво тканин і канатів; а в XIX столітті відродження лікувальних властивостей канабісу зробило його важливим медичним засобом, що сприяло покращенню здоров'я та загального рівня життя багатьох людей.

Однак обмеження й криміналізація на початку XX століття призвели до втрати потенціалу рослини як лікарського та промислового ресурсу, а також наклали соціальну стигму, що вплинуло на доступність терапевтичних засобів і знизило якість життя окремих груп населення [1; 4].

Сьогодні канабіс розглядається не лише як наркотична речовина, а і як перспективний медичний засіб, що надає нові можливості для покращення якості життя, одночасно викликаючи дискусії щодо потенційних ризиків та соціальних наслідків.

Медичне застосування канабісу передбачає використання канабісу або його компонентів, як-от канабіноїди (ТГК та CBD), для лікування різних захворювань і симптомів. Канабіс допомагає зменшити біль, зокрема, при хронічних болях, як-от біль при онкологічних захворюваннях, артриті, нервових розладах. Канабіс використовують для зменшення нудоти та блювання, особливо в пацієнтів, які проходять хіміотерапію; лікування спазмів та м'язових напружень, наприклад, при розсіяному склерозі. Вживання канабісу може полегшити симптоми тривоги, депресії та стресу, хоча це питання залишається недостатньо вивченим і потребує додаткових досліджень. Медичний канабіс, зокрема CBD, виявився ефективним у лікуванні деяких форм епілепсії, також у дітей, для зменшення кількості нападів. Канабіс може покращити апетит у людей, які мають проблеми з харчуванням, наприклад, при ВІЛ/СНІД, ракових захворюваннях чи після хіміотерапії [5; 6].

Медичне застосування канабісу вимагає ретельного медичного контролю і використовується лише за призначенням лікаря через потенційні побічні ефекти та ризики.

Незважаючи на деякі позитивні ефекти, неконтрольоване або рекреаційне вживання канабісу має низку ризиків для здоров'я та якості життя. Тривале вживання канабісу, особливо в молодому віці, може спричинити порушення пам'яті, концентрації та здатності до навчання. У деяких випадках вживання канабісу може призвести до розвитку депресії, тривожних розладів, або навіть психозів, особливо в людей з генетичною схильністю до психічних захворювань. У деяких випадках канабіс може викликати залежність, що впливає на соціальне життя, стосунки з родиною та друзями, а також впливати на професійну діяльність, знижуючи продуктивність на роботі чи навчанні [2; 7].

Канабіс утримує статус найуживанішого наркотику у світі, і за даними 2022 року його споживали близько 228 мільйонів осіб, що дорівнює 4% світового населення. Протягом останнього десятиліття рівень його вживання збільшився на 28%, що демонструє тенденцію до стабільного зростання. Північна Америка залишається регіоном з найвищим рівнем споживання канабісу: у 2022 році 19,8% населення віком 15–64 років уживало цю речовину. Водночас в Африці канабіс є основною причиною звернення по наркологічну допомогу. Дані також свідчать про значні гендерні відмінності: у Північній Америці жінки становлять 45% користувачів, тоді як в Азії їх частка не перевищує 9%. У 2022 році 49% країн визнали канабіс основною причиною звернень до наркологічних служб, тоді як 38% респондентів визнали його ключову роль у розвитку наркологічних проблем [8–10].

У багатьох країнах канабіс офіційно використовують у медичних цілях. Міжнародні організації, зокрема Всесвітня організація охорони здоров'я та Організація Об'єднаних Націй, відіграють ключову роль у розробці стандартів і рекомендацій для країн, які прагнуть інтегрувати медичний канабіс у свою систему охорони здоров'я. Основою для формування нормативно-правової бази стала Сингл-конвенція про наркотичні засоби 1961 року. Це міжнародний договір, укладений під егідою Організації Об'єднаних Націй, який регулює контроль за наркотичними речовинами та їх обіг у світі, обмежуючи використання наркотиків для медичних і наукових цілей, а також спрямований на запобігання зловживанню й незаконному обігу. Незважаючи на свій історичний характер, ця конвенція продовжує впливати на сучасні підходи до регулювання канабісу, проте новітні наукові відкриття і дедалі більші вимоги медичної практики стимулюють перегляд цих норм та адаптацію до сучасних умов [9].

Легалізація медичного канабісу розпочалася в 1990-х роках в Ізраїлі, а першим законом у світі став канадський акт *The Marihuana for Medical Purposes Regulations (MMPR)* 2001 року, після чого його використання в медичних цілях поступово дозволили Нідерланди (2003), Італія (2007), Чехія (2013), Австралія (2016), Німеччина (2017), Велика Британія (2018) та багато інших країн, визнавши його ефективність у лікуванні хронічного болю, епілепсії та інших захворювань [11; 12]. У 2024 році наказом МОЗ України встановлено особливі правила призначення та використання лікарських засобів на основі медичного канабісу [13–15].

Першою країною, яка легалізувала рекреаційний канабіс, став Уругвай у 2013 році, дозволивши виробництво, продаж і вживання канабісу для дозвілля або розваг, після чого такі країни, як Канада (2018), Нова Зеландія (2020), Мексика (2021), а також кілька штатів США затвердили аналогічні законодавчі ініціативи. Мальта стала першою країною в Європейському Союзі, яка легалізувала рекреаційне використання канабісу. Це сталося в грудні 2021 року, коли парламент Мальти ухвалив закон, який дозволяє дорослим особам володіти до 7 грамів канабісу для особистого вжитку та вирощувати до чотирьох рослин для особистого споживання в домашніх умовах. Люксембург став другою європейською країною, яка легалізувала рекреаційний канабіс. Закон, який набув чинності 21 липня 2023 року, дозволяє дорослим громадянам споживати канабіс і вирощувати до чотирьох кущів конопель для особистого використання в домашніх умовах. Німеччина також легалізувала рекреаційний канабіс: закон, що набув чинності 1 квітня 2024 року, дозволяє дорослим громадянам володіти до 25 грамів канабісу в громадських місцях, до 50 грамів у приватному володінні та вирощувати до трьох рослин для особистого споживання [16].

Водночас країни із жорсткою антинаркотичною політикою, як-от Сінгапур, Китай, Іран, Індонезія, Саудівська Аравія, Малайзія та Об'єднані Арабські Емірати, продовжують активно боротися з наркотрафіком канабісу, застосовуючи суворі покарання, включно з тривалими тюремними термінами або смертною карою, особливо за зберігання та поширення значних кількостей наркотиків [9–10].

Поступова легалізація канабісу надає нові можливості для розвитку суміжних галузей економіки, стимулюючи інновації, створення робочих місць і залучення інвестицій, що позитивно впливає на соціальне благополуччя.

У країнах, де канабіс легалізовано для медичного або рекреаційного використання, цей сектор стає важливим джерелом економічного зростання. Регульований ринок сприяє створенню робочих місць, збільшенню податкових надходжень та

залученню інвестицій у сільське господарство, виробництво й роздрібну торгівлю [17].

У регіонах, де канабіс залишається забороненим, розвинений чорний ринок. Це веде до економічних витрат у вигляді недоотриманих податкових надходжень, витрат на боротьбу з нелегальним обігом наркотиків, а також соціальних витрат, пов'язаних із лікуванням залежності та втратою працездатності.

Незаконний обіг канабісу сприяє діяльності кримінальних угруповань та наркокартелів, що може посилювати рівень насильства та корупції. Оскільки нелегальний ринок не регулюється, виникає низка проблем, пов'язаних із відмиванням грошей та поширенням інших, більш небезпечних речовин.

Легалізація та регулювання ринку канабісу в деяких країнах дає змогу зменшити кількість кримінальних справ, пов'язаних із дрібними правопорушеннями та незаконним обігом. Це сприяє оптимізації роботи судової системи й правоохоронних органів, хоча певні проблеми, пов'язані з нелегальним ринком, можуть залишатися актуальними [8; 9].

Легалізація канабісу може сприяти зниженню стигматизації користувачів, що позитивно впливає на соціальну інтеграцію та зменшує негативні наслідки кримінальної кар'єри за незначні порушення. Відкритий діалог щодо регулювання й профілактики може допомогти створити більш підтримувальне середовище для людей, які мають проблеми з наркотичною залежністю.

Висновки. Вплив вживання канабісу на якість життя є комплексним і залежить від багатьох факторів: рівня легалізації, ефективності державного регулювання, соціально-економічних умов та культурних особливостей суспільства.

Комплексний підхід до регулювання та профілактики вживання канабісу дасть змогу мінімізувати негативні наслідки та використати потенціал цієї речовини для розвитку суспільства загалом.

Перспективи подальших досліджень полягають у поглибленому вивченні медичних, психологічних, соціальних, економічних та екологічних аспектів впливу канабісу на якість життя, зокрема його терапевтичного потенціалу, ризиків для здоров'я, впливу на молодь і суспільство, а також наслідків легалізації та вирощування.

Список літератури

1. Канабіс та канабіноїди [Текст] : навчальний посібник / А. М. Скрипніков, Л. О. Герасименко, В. О. Рудь, П. В. Кидонь ; УМСА. Полтава : ТОВ «АСМІ», 2020. 120 с.
2. Погорелов І. І., Манаєнкова О. Д. Психіатрія і наркологія: підручник. 3-є видання. Київ : Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2023. 319 с.
3. Наркотичні засоби, психотропні речовини, їх аналоги і прекурсори. Ознаки наркотичного сп'яніння. *Навчально-методичний посібник*. / Стрільців О. М., Герман О. В., Буковський Ю. Д., Соловей В. В., Варава Д. В. Київ, 2020. 90 с.
4. Cheron J, d'Exaerde A. Drug addiction: from bench to bedside. *Transl Psychiatry*, 2021. 11:424.
5. Канабіс : потужний лікарський засіб чи звичайний наркотик? Держлікслужба. 2023 URL: https://www.dls.gov.ua/for_subject/канабіс-потужний-лікарський-засіб-чи/
6. Міжнародні стандарти лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин: переглянуте видання з урахуванням результатів польового дослідження. Geneva : World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime, 2020. 110 с.
7. Чугуєва І. Є., Мухіна Л. М., Ляшко А. В. Психологія роботи із залежними станами. Методичні рекомендації до самостійної роботи студентів. Миколаїв: НУК ім. адмірала Макарова, 2022. 101 с.
8. UNODC World Drug Report 2023 (United Nations publication, 2023). UNITED NATIONS New York, 2023. 70 p. UNODC, World Drug Report 2023: Executive Summary
9. UNODC World Drug Report 2024: Harms of world drug problem continue to mount amid expansions in drug use and markets.
10. World Drug Report 2024 URL: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>
11. Shen J., Hua G., Li C., Liu S., Liu L., Jiao J. Prevalence, incidence, deaths, and disability-adjusted life-years of drug use disorders for 204 countries and territories during the past 30 years. *Asian J Psychiatr*, 2023. 86:103677.
12. Shuyan Zhang, Xiaoying Qi, Yingying Wang, Keyuan Fang. Global burden of drug use disorders by region and country, 1990–2021. *Frontiers in Public Health*, Sec. Substance Use Disorders and Behavioral Addictions, 2024. Vol. 12. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1470809>
13. Чорнобай М. CANNABIS. 66 та одне питання про канабіс в Україні / ред. Ольга Гончар, Данило Гончар. Кривий Ріг : Видавець Роман Козлов, 2022. 260 с.
14. Про внесення змін до деяких законів України щодо державного регулювання обігу рослин роду коноплі (Cannabis) для використання у навчальних цілях, освітній, науковій та науково-технічній діяльності, виробництва наркотичних засобів, психотропних речовин та лікарських засобів з метою розширення доступу пацієнтів до необхідного лікування : Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3528-IX#Text>.
15. Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, наркотичних речовин і прекурсорів та зловживанням ними : Закон України URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/62/95-%D0%B2%D1%80#Text>.
16. Soeun Kim, Hayeon Lee, Selin Woo, Hyeri Lee et al. Global, regional, and national trends in drug use disorder mortality rates across 73 countries from 1990 to 2021, with projections up to 2040: a global time-series analysis and modelling study. *eClinicalMedicine*, 2025; 79:102985 P. 1–13.

17. Hannah Ritchie, Pablo Arriagada and Max Roser. Opioids, Cocaine, Cannabis, and Other Illicit Drugs. OurWorldinData.org., 2022. URL: <https://ourworldindata.org/illicit-drug-use>.

References

1. Skrypnikov, A.M., Herasymenko, L.O., Rud', V.O., Kydon', P.V. (2020). Kanabis ta kanabinoyidy: navchal'nyy posibnyk [Cannabis and cannabinoids [Text]: textbook]. UMSA. Poltava : TOV «ASMI» [in Ukrainian].
2. Pohoryelov, I.I. & Manayenkova, O.D. (2023). Psykhiatriya i narkolohiya: pidruchnyk [Psychiatry and narcology: textbook]. Kyiv: Vseukrayins'ke spetsializovane vydavnytstvo «Medytsyna» [in Ukrainian].
3. Stril'tsiv, O.M., Herman, O.V., Bukovs'kyi, Yu.D. Solovey, V.V., Varava, D.V. (2020). Narkotychni zasoby, psykhotropni rehovyny, yikh analohy i prekursori. Oznaky narkotichnoho sp'yaninnya [Narcotics, psychotropic substances, their analogues and precursors. Signs of drug intoxication]. Kyiv [in Ukrainian].
4. Cheron, J. & d'Exaerde, A. (2021). Drug addiction: from bench to bedside. *Transl Psychiatry*, 11:424.
5. Kanabis: potuzhnyy likars'kyi zasib chy zvychnyy narkotyk? [Cannabis: a powerful medicine or an ordinary drug?] (2023). Derzhliksluzhba. Retrieved from: https://www.dls.gov.ua/for_subject/канабіс-потужний-лікарський-засіб-чи/
6. Mizhnarodni standarty likuvannya rozladiv, pov'yazanykh iz vzhivanniam narkotichnykh rehovyn: perehlyanute vydannya z urakhuvanniam rezul'tativ pol'ovoho doslidzhennya [International Standards for the Treatment of Substance Use Disorders: Revised Edition, Taking into Account the Results of a Field Study]. (2020). Geneva: World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime [in Ukrainian].
7. Chuhuyeva, I.Ye., Mukhina, L.M., Lyashko, A.V. (2022). Psykholohiya roboty iz zalezhnymy stanamy. Metodichni rekomendatsiyi do samostiyanoi roboty studentiv [Psychology of work with dependent states. Methodological recommendations for independent work of students]. Mykolayiv : NUK im. admiral Makarova [in Ukrainian].
8. UNODC, World Drug Report 2023 (United Nations publication, 2023). UNITED NATIONS New York, 70 p. UNODC, World Drug Report 2023: Executive Summary
9. UNODC World Drug Report 2024: Harms of world drug problem continue to mount amid expansions in drug use and markets.
10. World Drug Report 2024. Retrieved from: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>
11. Shen, J., Hua, G., Li, C., Liu, S., Liu, L., and Jiao, J. (2023). Prevalence, incidence, deaths, and disability-adjusted life-years of drug use disorders for 204 countries and territories during the past 30 years. *Asian J Psychiatr.* 86:103677.
12. Shuyan, Zhang, Xiaoying, Qi, Yingying, Wang, Keyuan, Fang. (2024). Global burden of drug use disorders by region and country, 1990–2021. *Frontiers in Public Health, Sec. Substance Use Disorders and Behavioral Addictions*, Vol. 12. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1470809>
13. Chornobay, M. (2022). CANNABIS. 66 ta odne pytannya pro kanabis v Ukraini [CANNABIS. 66 and one question about cannabis in Ukraine]. Kryvyi Rih: Vydavets' Roman Kozlov [in Ukrainian].
14. Zakon Ukrainy «Pro vnesennya zmin do deyakikh zakoniv Ukrainy shchodo derzhavnoho rehlyuvannya obihu roslyn rodu konopli (Cannabis) dlya vykorystannya u navchal'nykh tsilyakh, osvityi, naukovi ta nauko-tekhichniy diyal'nosti, vyrobnytstva narkotichnykh zasobiv, psykhotropnykh rehovyn ta likars'kykh zasobiv z metoyu rozshyrennya dostupu patsiyentiv do neobkhidnoho likuvannya» [Law of Ukraine "On Amendments to Certain Laws of Ukraine Regarding State Regulation of Circulation of Plants of the Cannabis Genus for Use in Educational, Scientific, and Scientific-Technical Activities, Production of Narcotic Drugs, Psychotropic Substances, and Medicinal Products in Order to Expand Patients' Access to Necessary Treatment"] Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3528-IX#Text>.
15. Zakon Ukrainy «Pro zakhody protydyi nezakonnomu obihu narkotichnykh zasobiv, narkotichnykh rehovyn i prekursoriv ta zlovzhyvannyam nymy» [Law of Ukraine "On Measures to Counteract Illicit Trafficking in Narcotic Drugs, Narcotic Substances and Precursors and Their Abuse"] Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/62/95-%D0%B2%D1%80#Text>.
16. Soeun, Kim, Hayeon, Lee, Selin, Woo, Hyeri, Lee et al. (2025). Global, regional, and national trends in drug use disorder mortality rates across 73 countries from 1990 to 2021, with projections up to 2040: a global time-series analysis and modelling study. *eClinicalMedicine*, 5; 79:102985, 1–13.
17. Hannah, Ritchie, Pablo, Arriagada and Max, Roser. (2022). Opioids, Cocaine, Cannabis, and Other Illicit Drugs. OurWorldinData.org., Retrieved from: <https://ourworldindata.org/illicit-drug-use>.

CANNABIS AND QUALITY OF LIFE: IMPACT, RISKS AND OPPORTUNITIES

V. L. Smirnova, N. Ya. Panchyshyn, L. P. Zaporozhan

Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

Purpose: to analyze the prevalence of cannabis in historical terms and study its impact on the quality of life.

Materials and Methods. The study analyzed relevant scientific publications and reports of international organizations such as the World Health Organization (WHO) and the United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC).

Results. The historical and cultural context of cannabis use shows that its use in different civilizations has a long tradition, both in medicine and rituals. In many cultures, cannabis is perceived as a natural remedy for pain and anxiety and for spiritual purification. This experience can be useful in shaping modern cannabis policy, particularly in the context of ensuring access to safe and effective methods of use.

In a medical context, cannabis can be useful for treating certain medical conditions, but the risks to mental health cannot be ignored. The use of cannabis for medical purposes should be carefully regulated, with dosage and frequency of use controlled. It is important to take into account the individual characteristics of the body and use cannabis only under the supervision of medical professionals to minimize risks and maximize health and quality of life benefits.

Legalization of cannabis can be a powerful economic stimulus, creating new jobs, generating tax revenues, and reducing the costs of fighting illicit trafficking. Moreover, control over the cannabis market allows for higher quality products, reduced criminalization of users, and a lower burden on law enforcement. However, illicit cannabis trafficking continues to be a serious problem that poses threats to social stability and security, affecting the crime situation.

Conclusions. The impact of cannabis use on the quality of life is complex and depends on many factors: the level of legalization, the effectiveness of government regulation, socioeconomic conditions and cultural characteristics of society. A comprehensive approach to regulating and preventing cannabis use will minimize the negative consequences and use the potential of this substance for the development of society as a whole.

KEY WORDS: cannabis; quality of life; legalization; prevalence; medical use.

Рукопис надійшов до редакції 18.04.2025

Відомості про авторів:

Смірнова Валентина Леонідівна – кандидатка медичних наук, доцентка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0000-0001-7473-9826>.

Панчишин Наталія Ярославівна – кандидатка медичних наук, доцентка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5786-3083>.

Запорожан Лариса Петрівна – кандидатка географічних наук, доцентка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0009-0008-5588-0224>.

Електронна адреса для листування: smirnova@tdmu.edu.ua

Н. М. КАЛИНЮК, Т. М. БОДНАР

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ТА РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НА ПРИКЛАДІ ФОРМУВАННЯ КЛАСТЕРНОЇ МЕРЕЖІ ЛІКАРЕНЬ В УКРАЇНІ (СВІТОВИЙ ДОСВІД)

Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Мета: проаналізувати державну політику та механізми регулювання у сфері охорони здоров'я на прикладі формування кластерної мережі лікарень в Україні, а також порівняти її параметри з провідними міжнародними моделями організації медичних закладів.

Матеріали і методи. У дослідженні використано комплекс загальнонаукових та прикладних методів: техніко-економічний, порівняльний, системно-структурний і статистичний аналіз. Матеріалами слугували нормативно-правові акти України, аналітичні звіти НСЗУ, дані міжнародних організацій (зокрема, ВООЗ), а також офіційні статистичні джерела країн ЄС, США, Великої Британії. У статті використано результати дослідження з кваліфікаційної роботи.

Результати. Україна наразі демонструє вищу щільність медичних кластерів на 1 млн населення порівняно з більшістю країн Європи, однак значно поступається за кількістю закладів базового та середнього рівня як на 100 тис. населення, так і на один кластер. Це свідчить про незавершеність структурної трансформації системи, а також обмежену доступність медичних послуг у частині регіонів.

Висновки. Для забезпечення ефективного функціонування кластерної мережі в Україні необхідне подальше укрупнення кластерів, розвиток інфраструктури базового та середнього рівнів медичної допомоги, а також впровадження найкращих європейських практик у сфері планування, кадрового забезпечення та управління закладами охорони здоров'я.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: громадське здоров'я; охорона здоров'я; порівняльне правознавство; конституційне право; медичне страхування; ЕСОЗ; НСЗУ; кластерна мережа лікарень.

Вступ. Система охорони здоров'я в Україні перебуває на фазі трансформації [1], що є відповіддю на виклики пострадянської медичної системи: командно-адміністративна модель, неефективне фінансування, дефіцит кадрів і нерівномірний доступ до якісної медичної допомоги [2]. Одним із ключових та актуальних елементів цієї трансформації є впровадження кластерної моделі організації закладів охорони здоров'я, яка вже довела свою ефективність у низці розвинених країн. Тому тема оцінки ефективності та порівняння параметрів її реалізації із запланованими залишатиметься особливо актуальною як у час проведення цих змін, так і для накопичення досвіду й планування подальших етапів реформування системи охорони здоров'я України.

Мета: проаналізувати нормативно-правову базу, яка регламентує кластеризацію закладів охорони здоров'я в Україні та світовий досвід, і вивчити організаційні принципи та механізми формування кластерних мереж у сфері громадського здоров'я на регіональному й місцевому рівні.

Матеріали та методи. У процесі виконання дослідження використано комплекс

загальнонаукових і прикладних методів. Проведено техніко-економічний, порівняльний аналізи. Також застосовано діалектичний, формально-логічний, порівняльно-правовий, системно-структурний, статистичний методи та проведено роботу з нормативними, аналітичними й фінансовими документами. Матеріали дослідження містили вітчизняні та зарубіжні нормативно-правові акти, наукові публікації, електронні бази даних та портали центральних органів охорони здоров'я різних країн.

У статті використано матеріали з кваліфікаційної роботи.

Результати дослідження та обговорення. Аналіз міжнародного досвіду формування кластерних лікарняних мереж (США, Велика Британія, країни ЄС). Кластерний підхід в організації охорони здоров'я набув значного поширення в багатьох розвинених країнах як ефективна відповідь на дедалі більші потреби населення в якісних медичних послугах та необхідність раціонального використання ресурсів системи охорони здоров'я.

У США, як чільного представника ринкової (приватної) моделі системи охорони здоров'я,

концепція кластеризації лікарень активно розвивається у форматі регіональних медичних мереж (Regional Health Networks). Такі мережі формуються шляхом об'єднання лікарень різного рівня, амбулаторних центрів, реабілітаційних закладів та спеціалізованих установ у єдину координовану систему. Типовим прикладом є конгломерат Kaiser Permanente (робота якого неодноразово досліджувалася та описана в роботах K. Cooke, A. Schickedanz, N. Curry, and co-authors [7–9]) – інтегрована система медичної допомоги, яка містить у своєму складі лікарні, амбулаторні установи, лабораторії та страхові компанії. Особливістю американського підходу є орієнтація на вертикальну інтеграцію, що забезпечує повний цикл медичної допомоги від профілактики до реабілітації та паліативної медицини. Дослідження показують, що завдяки цьому суттєво знижується кількість госпіталізацій і повторних звернень, зменшуються витрати на лікування, підвищується задоволеність пацієнтів [7].

Велика Британія, у якій домінує державна система охорони здоров'я, має свій унікальний досвід кластеризації через мережі Національної служби охорони здоров'я (NHS Trusts). Де лікарні групуються в госпітальні трасти, які відповідають за надання медичної допомоги населенню на визначеній території. Ця модель передбачає чітку спеціалізацію медичних закладів: загальні лікарні надають базові послуги, а спеціалізовані клініки здійснюють високоспеціалізовану допомогу. Наприклад, Imperial College Healthcare NHS Trust у Лондоні об'єднує п'ять лікарень та співпрацює з університетами, що дає змогу активно використовувати науковий потенціал у клінічній практиці. Основними перевагами британської моделі є покращення якості медичних послуг, оптимізація витрат через централізоване управління ресурсами та ефективне використання спеціалізованих центрів для складних випадків [10].

У країнах ЄС (зокрема, Німеччині, Швеції, Франції та Нідерландах) формування кластерних лікарняних мереж також набуло широкого поширення. У Німеччині домінує модель регіональних медичних кластерів, де базові лікарні (Grundversorgungskrankenhäuser), спеціалізовані (Schwerpunktkrankenhäuser) та максимального забезпечення (Maximalversorgungskrankenhäuser) співпрацюють у межах єдиної регіональної стратегії. Ці кластери регулюються місцевими та федеральними органами, що забезпечує ефективне планування медичних послуг і контроль їх якості [11].

Шведська модель передбачає створення регіональних медичних округів (Regional sjukvård), які інтегрують первинну медичну допомогу, спеціалізовану та високоспеціалізовану медицину в єдину систему із централізованим управлінням. Це дає

змогу оперативно розподіляти пацієнтів відповідно до складності випадків та забезпечувати швидкий доступ до якісної медичної допомоги [12].

Французька система кластеризації (Groupements Hospitaliers de Territoire, GHT) створює лікарняні об'єднання, які містять заклади різного рівня складності для оптимального використання ресурсів та покращення якості надання медичних послуг. Основним завданням GHT є забезпечення рівного доступу пацієнтів до необхідних медичних послуг незалежно від їх місця проживання [13].

Порівняльна таблиця мереж медичних закладів перелічених зарубіжних систем охорони здоров'я та України, приведених для можливості зіставності згідно з параметрами, закладеними в побудову спроможної мережі лікарень в Україні.

Тут варто нагадати, про принципи формування спроможної мережі лікарень України. Згідно із Законом № 2347 «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 01.07.2022 року [3] та Постанови Кабінету Міністрів України № 174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» від 28.02.2023 р. [4], кожна область стала окремим госпітальним округом, який, своєю чергою, поділяється на кластери. У межах одного госпітального округу лікарні розділені на **надкластерні, кластерні та загальні** [5; 6].

Надкластерний заклад охорони здоров'я – багатопрофільний лікарняний заклад, у якого наявні ресурси та технології, орієнтовані на забезпечення медичного обслуговування в найбільш складних та/або рідкісних випадках захворювань населення всього госпітального округу за напрямками медичного обслуговування в стаціонарних умовах відповідно до переліку, визначеного КМУ. Як правило, це:

- багатопрофільні лікарні для дорослого населення;
- одна багатопрофільна лікарня для дитячого населення на регіон (округ);
- спеціалізовані заклади (центри) за окремим профілем не більше одного на госпітальний округ;
- Онкологічний, Кардіологічний, Психіатричний, Фтизіопульмонологічний або інфекційний, Перинатальний центри.

Кластерний заклад охорони здоров'я – багатопрофільний лікарняний заклад, спроможний забезпечити на території госпітального кластера потребу населення в медичному обслуговуванні в найбільш поширених захворюваннях і станах за напрямками медичного обслуговування в стаціонарних умовах відповідно до переліку, визначеного КМУ. При їх формуванні дотримуються принципів:

- один кластер, що розташований в адміністративному центрі району;

Таблиця 1. Структура ЗОЗ в системах охорони здоров'я окремих країн та України

Країна	Постійне населення, млн. ос. (1)	Оціночна приведена кількість, од.				
		Регіонів / кластерів, груп ЗОЗ (2)	високорівневих ЗОЗ	ЗОЗ середнього рівня	ЗОЗ базового рівня	ЗОЗ за межами груп
США	340,111	50 / 900	400	5600	7200	900
Велика Британія	68,265	100 / 42	50	1350	6000	300
Німеччина	83,253	110 / 100	90	1600	8500	700
Швеція	10,674	21 / 21	15	350	900	120
Франція	68,400	18 / 135	80	2000	6500	600
Україна	30-32,000	19 / 96	123	157	282	-

(1) Для України використано статистичні дані з урахуванням міграції, викликані повномасштабним воєнними діями 2022–2024 років.

(2) Співвідношення адміністративних і медичних регіонів щодо країни США – штат / Hospital Referral Regions (HRRs); Велика Британія – графство (область) / Integrated Care Systems (ICS); Німеччина – 1:1 – Versorgungs Regionen; Швеція – 1:1 – Regioner; Франція – області / GHT (Groupements Hospitaliers de Territoire); Україна – область (округ) / Госпітальний кластер.

– додатково можуть бути виділені кластери за умови охоплення понад 120 тисяч населення, територіально доступний та здатний виконувати мінімально встановлений перелік медичних послуг.

Загальний заклад охорони здоров'я – багато-профільний лікарняний заклад, що надає медичну та реабілітаційну допомогу населенню територіальної громади або декількох громад та забезпечує базові напрями стаціонарної медичної допомоги відповідно до переліку, визначеного КМУ, стабілізацію стану пацієнта та його маршрутизацію до кластерних та надкластерних закладів охорони здоров'я. Із додаткових критеріїв визначено [4]:

- оптимальну практику охоплення населення понад 40 тисяч на один ЗОЗ;
- доступність стаціонарної допомоги до 60 км, до 60 хвилин;

– фінансова стійкість закладу, коли ПМГ забезпечує понад 85% оплати праці.

Зважаючи на ці вихідні дані, можемо побудувати графіки порівняння покриття населення ЗОЗ (рис. 1) та оцінити рівень доступності й забезпечення жителів медичними послугами (рис. 2) відповідно до країни, регіону та зіставити їх з нормативними вимогами в законодавстві України, визначені для різних рівнів.

1. Кількість медичних кластерів на 1 млн. постійного населення країни.

За цим показником Україна випереджає інші розвинені країни світу з обраних для аналізу і найближче розташоване до США, незначно перевершуючи його. Що може свідчити про ще не остаточно сформовану мережу кластерів й очікуване їх укрупнення із часом. Як еталон може бути запропонований рівень, що досягнутий у Франції

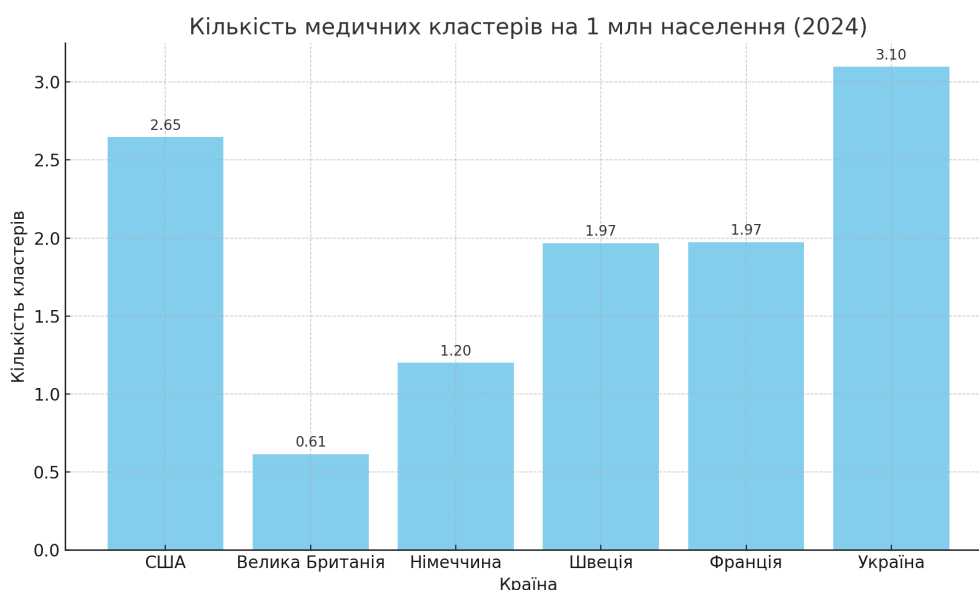


Рис. 1. Кількість медичних кластерів на 1 млн постійного населення

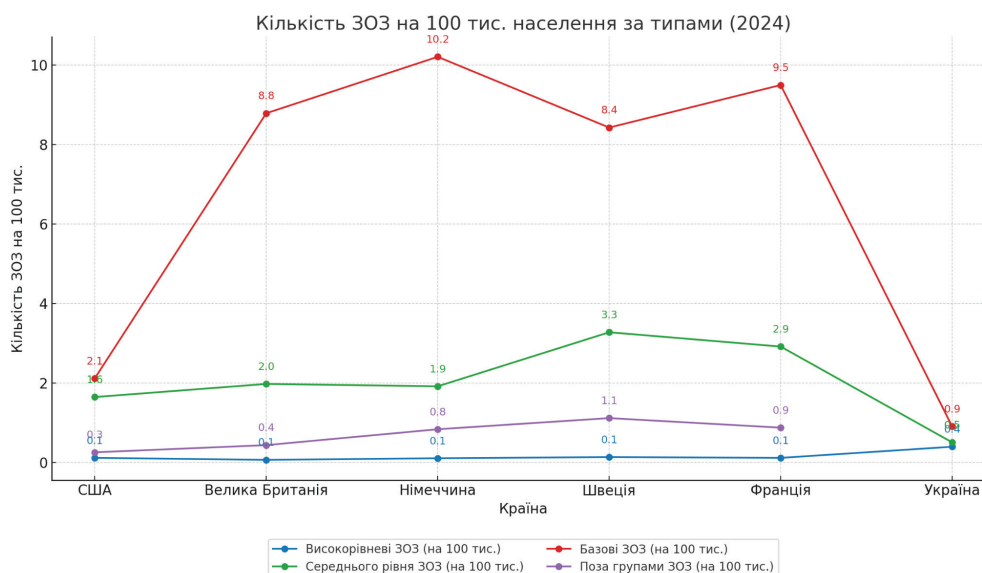


Рис. 2. Кількість закладів охорони здоров'я за їх рівнями, відповідно до 100 тисяч населення країни

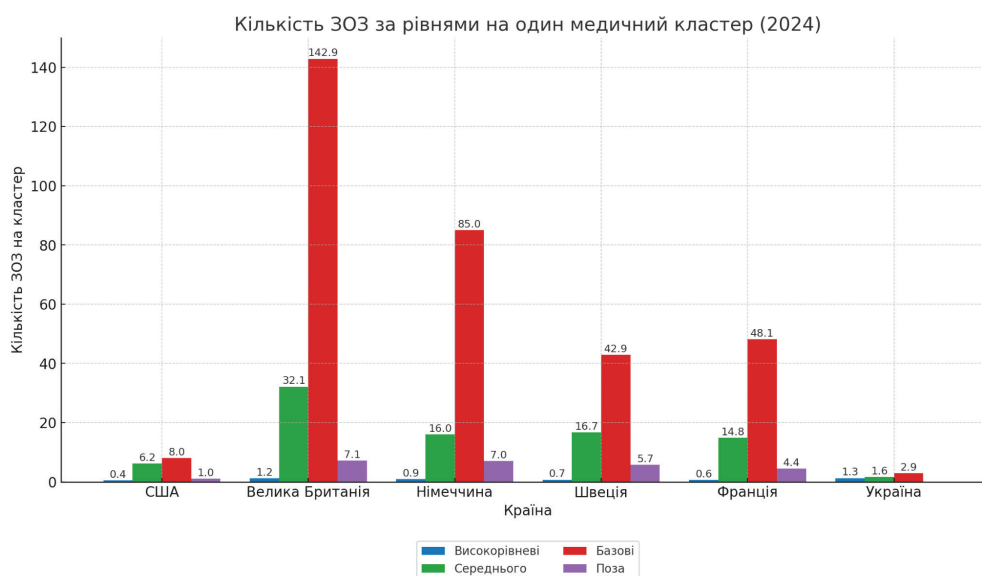


Рис. 3. Кількість закладів охорони здоров'я за їх рівнями на один госпітальний кластер

(близько 2-х кластерних округів на 1 млн населення). Досвід Франції може бути ще корисним, оскільки її структура кластерних груп відрізняється від адміністративних одиниць, на відміну від Швеції, і, водночас, як було зазначено вище, спрямована на надання послуг незалежно від регіону проживання, навіть в умовах високої міграції чи мобільності населення.

2. Кількість закладів охорони здоров'я за їх рівнями, відповідно до 100 тисяч населення країни.

За цією оцінкою Україна знову максимально близько стоїть з показниками США, але навіть за базовими ЗОЗ поступається їм удвічі, а середнього рівня втричі. І це ще одна можлива ознака ще незавершеного укрупнення медичних кластерів нашої країни. Також разючим є відставання

України щодо об'єднання в одному кластері перед країнами ЄС, які йдуть майже рівно в діапазоні 8,4–10,2 закладів Базового рівня на один кластер проти 0,9 для України. Досвід США в цьому аспекті перебивається розвитком приватної терапевтичної практики. Яка в Україні, на жаль, не є ще достатньо поширеним явищем, показує інколи перевантаження сімейних лікарів тисячами пацієнтів. На це варто звернути увагу на подальших етапах розвитку медичної реформи в Україні.

3. Кількість закладів охорони здоров'я за їх рівнями на один медичний кластер (рис. 3).

Цей графік максимально корелює з двома попередніми і підтверджує як факт ще незрілої системи кластерів та медичних округів в Україні, так і потребу покращення доступу населення до

медичних послуг у регіонах. Розкриває проблему нестачі медичних працівників та розвитку базових закладів охорони здоров'я і розвитку сімейної медицини.

Висновки. Отже, результати порівняльного аналізу свідчать, що, попри відносно високу щільність кластеризації в Україні, система медичних кластерів ще перебуває в стадії становлення: країна суттєво поступається провідним державам за кількістю базових і середніх ЗОЗ на 100 тис. населення та в межах одного кластера. Це вказує на потребу в подальшому розвитку мережі загальних лікарень, зростанні кадрового потенціалу первинної ланки й адаптації кращих міжнародних практик для підвищення доступності та якості медичної допомоги в регіонах.

Перспективи подальших досліджень. Серед майбутніх можливих очікуваних та важливих кроків можемо запропонувати розширення сфери дослідження. А саме – поглиблення дослідження та включення в аналітику закладів первинної ланки та закладів невідкладної медичної допомоги. Вони перебувають за межами кластерної структури та їх реформування ще триватиме надалі. Саме це дасть змогу охопити та оцінити всю повноту доступності медичних послуг населенню на всіх рівнях системи охорони здоров'я України. І також на основі аналізу кращих міжнародних практик це дасть змогу виявити наявні та потенційні вузькі місця, виробити дієві інструменти для ефективного виконання завдань медичної реформи в нашій країні.

Список літератури

1. Калинюк Н. М., Галіян А. В. Новели законодавства України у сфері громадського здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2023. № 3. С. 80–85.
2. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядження КМУ від 30.11.2016 р. № 1013-р, м. Київ. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text> (дата звернення: 10.01.2025)
3. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон від 01.07.2022. Документ 2347-IX. База даних «Законодавство України». Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text> (дата звернення: 10.01.2025)
4. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я : Постанова КМУ від 28.02.2023 р. № 174, м. Київ. База даних «Законодавство України». Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text> (дата звернення: 10.01.2025)
5. Національна служба здоров'я України. Аналітичний дашборд: Показники роботи ЗОЗ. URL: <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard> (дата звернення: 29.04.2025).
6. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Звіт про стан надання медичних послуг в регіонах України. URL: <https://phc.org.ua> (дата звернення: 29.04.2025).
7. Cooke K. Kaiser Permanente: Highlights of an Integrated Care Delivery System. *Health & Medicine Policy Journal*. 2024. URL: <https://www.hksmp.com/hamp/article/view/739> (дата звернення: 29.04.2025).
8. Schickedanz A., Sharp A., Hu Y. R., Shah N. R., Adams J. L., Francis D., Rogers A. (2019). Impact of Social Needs Navigation on Utilization Among High Utilizers in a Large Integrated Health System: A Quasi-experimental Study. *Journal of General Internal Medicine*, 34(11), 2382–2389. URL: <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05123-2> (дата звернення: 29.04.2025).
9. Curry N., & Ham C. Clinical and Service Integration: The Route to Improved Outcomes. *The Permanente Journal*, 18(2). 2014. 54–60. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4116268/> (дата звернення: 26.04.2025).
10. Monitor. Annual report and accounts 2020 to 2021. NHS Improvement. United Kingdom. 2021. URL: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/02/monitor-annual-report-2020-to-2021-web.pdf> (дата звернення: 26.04.2025).
11. Bundesministerium für Gesundheit. Daten des Gesundheitswesens – 2021. Bundesministerium für Gesundheit (Deutschland). 2021. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/220125_BMG_DdGW_2021_bf.pdf (дата звернення: 26.04.2025).
12. Swedish Association of Local Authorities and Regions (SKR). *Vårdgarantiläget i Sverige 2021-2025*. 2021. URL: (дата звернення: 26.04.2025).
13. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les groupements hospitaliers de territoire: un bilan en demi-teinte, une réforme à poursuivre. Cour des comptes. Chapitre IV. 2020. URL: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-10/20201007-Ralfss-2020-4-Groupements-hospitaliers-de-territoire_0.pdf (дата звернення: 26.04.2025).

References

1. Kalyniuk, N. M., & Haliian, A. V. (2023). Novely zakonodavstva Ukrainy u sferi hromadskoho zdorovia [Novelties of Ukrainian legislation in the field of public health]. *Visnyk sotsialnoi hihieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy – Bulletin of Social Hygiene and Health Care Organization of Ukraine*, (3), 80–85 [in Ukrainian].
2. Kabinet Ministriv Ukrainy. (2016, November 30). Pro skhvalennia Kontseptsii reformy finansuvannia systemy okhorony zdorovia [On approval of the Concept of health care system financing reform]. *Verkhovna Rada Ukrainy*. January 10, 2025, Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text> [in Ukrainian].
3. Verkhovna Rada Ukrainy. (2022, July 1). Pro vnesennia zmin do deiakykh zakonodavchykh aktiv Ukrainy shchodo udoskonalennia nadannia medychnoi dopomohy [On amendments to certain legislative acts of Ukraine regarding the

- improvement of medical care provision]. *Zakon Ukrainy № 2347-IX. Baza danykh "Zakonodavstvo Ukrainy"*. January 10, 2025. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text> [in Ukrainian].
4. Kabinet Ministriv Ukrainy. (2023, February 28). Deiaki pytannia orhanizatsii spromozhnoi merezhi zakladiv okhorony zdorovia [Certain issues of organizing a capable health care facility network]. *Postanova № 174. Baza danykh "Zakonodavstvo Ukrainy"*. January 10, 2025, Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text> [in Ukrainian].
 5. Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy. (2025). Analitychnyi dashboard: Pokaznyky roboty ZOZ [Analytical dashboard: Performance indicators of health care institutions]. April 29, 2025, Retrieved from: <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard> [in Ukrainian].
 6. Tsentor hromadskoho zdorovia MOZ Ukrainy. (2025). Zvit pro stan nadannia medychnykh posluh v rehionakh Ukrainy [Report on the provision of medical services in the regions of Ukraine]. April 29, 2025. Retrieved from: <https://phc.org.ua> [in Ukrainian].
 7. Cooke, K. (2024). Kaiser Permanente: Highlights of an Integrated Care Delivery System. *Health & Medicine Policy Journal*. Retrieved from: <https://www.hksmp.com/hamp/article/view/739> (accessed: 29.04.2025).
 8. Schickedanz, A., Sharp, A., Hu, Y. R., Shah, N. R., Adams, J. L., Francis, D., & Rogers, A. (2019). Impact of Social Needs Navigation on Utilization Among High Utilizers in a Large Integrated Health System: A Quasi-experimental Study. *Journal of General Internal Medicine*, 34(11), 2382–2389. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05123-2> (accessed: 29.04.2025).
 9. Curry, N., & Ham, C. (2014). Clinical and Service Integration: The Route to Improved Outcomes. *The Permanente Journal*, 18(2), 54–60. Retrieved from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4116268/> (accessed: 26.04.2025).
 10. Monitor. (2021). Annual Report and Accounts 2020 to 2021. NHS Improvement, United Kingdom. Retrieved from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/02/monitor-annual-report-2020-to-2021-web.pdf> (accessed: 26.04.2025).
 11. Bundesministerium für Gesundheit. (2021). Daten des Gesundheitswesens. Retrieved from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/220125_BMG_DdGW_2021_bf.pdf (accessed: 26.04.2025).
 12. Swedish Association of Local Authorities and Regions (SKR). (2021). Vårdgarantiläget i Sverige 2021–2025. Retrieved from: <https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/aktuelltvardgarantilage.46227.html> (accessed: 26.04.2025).
 13. Ministère des Solidarités et de la Santé. (2020). Les groupements hospitaliers de territoire: un bilan en demi-teinte, une réforme à poursuivre. Cour des comptes. Retrieved from: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-10/20201007-Ralfss-2020-4-Groupements-hospitaliers-de-territoire_0.pdf (accessed: 26.04.2025).

STATE POLICY AND REGULATION OF THE PUBLIC HEALTH SYSTEM ON THE EXAMPLE OF THE HOSPITAL CLUSTER NETWORK STRUCTURE IN UKRAINE (INTERNATIONAL EXPERIENCE)

N. M. Kalyniuk, T. M. Bodnar

Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

The aim of the study is to analyze and compare the state policy and regulatory mechanisms in the healthcare system on the example of forming a cluster-based hospital network in Ukraine, and to evaluate its alignment with international models of hospital integration.

Materials and methods. The study applies a range of general scientific and empirical methods, including technical and economic analysis, comparative analysis, system-structural and statistical methods. Materials used include legislative and regulatory documents of Ukraine and the EU, data from the National Health Service of Ukraine, WHO reports, and analytical dashboards from ministries of health and national statistical agencies of selected countries. The article uses research findings from the qualification thesis.

Results. The analysis revealed that Ukraine currently has a higher density of medical clusters per population compared to most European countries, yet demonstrates a considerably lower number of basic and mid-level healthcare institutions per 100,000 people and per cluster. This reflects a transitional stage of reform, with the need for further optimization of the cluster model and expanded access to medical services. Ukraine's structure is closer to the US model in terms of decentralization but still lacks infrastructural maturity.

Conclusions. Ukraine's healthcare system, while showing steps toward structural modernization through clusterization, requires additional development of regional infrastructure, especially in primary and basic-level care. Adapting international practices and aligning with WHO standards will be critical for improving the accessibility and efficiency of the public health system and achieving equity in health service delivery across regions.

KEY WORDS: public health; health care; comparative jurisprudence; constitutional law; health insurance; eHealth; eZdorovya; NHSU.

Рукопис надійшов до редакції 30.04.2025

Відомості про авторів:

Калинюк Наталя Миколаївна – кандидатка юридичних наук, доцентка, доцентка кафедри педагогіки вищої школи та суспільних дисциплін Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0000-0002-1613-835X>; Scopus Author ID: 57226237819.

Боднар Тетяна Миколаївна – здобувачка вищої освіти спеціальності 229 «Громадське здоров'я», Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, Головна медична сестра КНП «Міська клінічна лікарня №1 Івано-Франківської Міської Ради», м. Івано-Франківськ; ORCID <https://orcid.org/0009-0009-7354-968X>.

Електронна адреса для листування: bodnar.t.m@gmail.com.

YA. P. YABLOCHKINA

SCIENTIFIC RESEARCH ON THE IMPACT OF INSTRUMENT TREATMENT ON SERVICE QUALITY AND CLIENT SAFETY

Certified hair stylist, Cherkasy, Ukraine

Purpose. The purpose is to provide a scientific basis for the impact of instrument processing, including disinfection and sterilization, on the quality of household and aesthetic services and the level of customer safety. The study is aimed at substantiating the importance of proper instrument treatment as a critical component of infection prevention, client trust, and institutional reputation in the beauty industry.

Materials and methods. The study analyzes the effectiveness of physical (dry-heat sterilizers, autoclaves, ultrasonic baths) and chemical (antiseptic solutions) methods for instrument processing used in hairdressing services. It also examines the regulatory framework in Ukraine, including national sanitary regulations, WHO recommendations, and ISO standards. The research is supported by a review of scientific literature on best hygiene practices. Attention is paid to the role of professional training, internal monitoring systems, and client education as part of a comprehensive hygiene strategy.

Results. The analysis of current literature suggests that not all salons adhere to the full cycle of instrument sterilization, which leads to decreased client trust, lower satisfaction with services, and increased legal and health risks. Evidence from various sources shows that the introduction of hygiene protocols, the use of modern sterilization technologies, regular staff training, and transparent communication about hygiene procedures significantly improve service quality and increase client retention. Client perception of cleanliness is shown to be closely tied to their loyalty and choice of service provider.

Conclusions. There is a direct correlation between proper instrument sterilization and client safety and satisfaction in hairdressing salons. A systematic approach, including investment in certified equipment, establishment of internal regulations, periodic professional development, and clear communication with clients, enhances both the competitiveness and reputation of beauty establishments. Ensuring proper hygiene standards should be considered a fundamental aspect of quality service and a strategic priority for sustainable business development in the beauty sector.

KEY WORDS: antiseptics; client safety; disinfection; hairdressing; hygiene; instruments; sanitation; service quality; service; sterilization.

The issue of ensuring hygienic safety in the field of household and aesthetic services, in particular in the context of instrument processing, is actively covered in the modern scientific literature. The works of domestic and foreign researchers focus on the complex impact of sanitary and hygienic procedures on the quality of service, the risks of customer infection, the legal responsibility of institutions and the overall reputation of the service institution. In particular, Ahluwalia and Fabi emphasize that neglect of sterilization is one of the main factors that can lead to dermatological complications in clients, while regular use of effective cleaning and disinfection methods helps prevent diseases and increases the level of trust in the service [1].

The other scientists analyzed the effects of natural dyes on hair structure and scalp health, concluding that even in the case of organic products, proper treatment of instruments remains a critical condition for avoiding side effects [2]. A similar opinion is shared by other authors, including Draelos, who in his systematic review emphasizes the importance of standardizing sterilization methods and the need to

adapt them according to the type of service and level of risk [3].

He, Michailidou, Gahlon and Zeng highlight the problem of allergic reactions that can be triggered by insufficient or improper disinfection [4]. The researchers note that the increase in the number of complaints of skin manifestations after visiting beauty salons requires increased control over hygiene protocols. He, Cao, Nie and Wang consider the age-related aspects of hair care and the associated hygiene risks, emphasizing that older clients need special care in using tools that must be guaranteed sterile [5].

Special attention should be paid to research on innovations in the field of sterilization equipment. One study analyzes an environmentally sustainable approach to instrument decontamination, highlighting the potential of low-temperature plasma sterilization, next-generation ultrasonic baths, and automated sterilization chambers. Another work explores post-sterilization care of instruments, emphasizing methods to extend their service life and preserve antiseptic properties between uses [6].

The literature also includes researches that emphasize the relationship between hygiene standards and the image of a service facility. These works emphasize that instrument handling is not only a safety issue, but also an element of a communication strategy that affects brand building, customer satisfaction, and the competitiveness of the institution.

Thus, the analysis of scientific sources shows the relevance of studying instrument processing as one of the key factors in the quality of services and customer safety. The scientific literature presents a wide range of approaches to solving this problem: from the technical and chemical aspects of sterilization to the social and marketing context. Most of the researches are general in nature and do not take into account the specifics of the Ukrainian market, which justifies the need for further applied research in this area.

The purpose of the article is to provide a scientific basis for the impact of instrument processing, including disinfection and sterilization, on the quality of household and aesthetic services and the level of customer safety.

Materials and methods. The study analyzes the effectiveness of physical (dry-heat sterilizers, autoclaves, ultrasonic baths) and chemical (antiseptic solutions) methods for instrument processing used in hairdressing services. It also examines the regulatory framework in Ukraine, including WHO recommendations and ISO standards.

Research results and discussion. The literature review indicates that not all salons adhere to the full cycle of instrument sterilization, leading to decreased client trust, lower service satisfaction, and potential legal issues. The analysis shows that the introduction of hygiene protocols, trained staff, and systematic sterilization monitoring significantly improves service quality and customer retention.

In today's environment of providing household, medical, cosmetic and hairdressing services that involve the use of reusable instruments, the key issue is ensuring the proper quality of their processing. Insufficient or poor-quality disinfection and sterilization poses a serious threat to the health of consumers, significantly increasing the risk of transmitting infectious diseases, including viral hepatitis B and C, HIV, fungal and bacterial infections. This issue is especially relevant in the context of beauty salons and hairdressing salons, as it is not only about compliance with sanitary and epidemiological standards, but also about the direct impact on the level of customer confidence, competitiveness of the institution and its reputation [7].

The sterilization of instruments in beauty industry facilities is a mandatory requirement that must be carried out according to regulated protocols. The work process should include: thoroughly washing the nail technician's hands before the procedure, maintaining at least two sets of instruments for alternate use,

using registered and approved disinfectants, and regularly monitoring the effectiveness of sterilizers. Implementation of this requirement is often neglected by some facilities, citing significant financial and time costs. In particular, ensuring high-quality sterilization requires specialized equipment (autoclaves, dry heat ovens, ultrasonic baths), which entails significant investment. Additionally, it is important to consider the limited shelf life of disinfectant solutions, the need for staff training, and the documentation of processing procedures.

The situation is further complicated by the fact that frequent sterilization, especially at high temperatures, reduces the service life of instruments. Blunting of blades, the need for professional sharpening, and the purchase of new sets create an additional financial burden, which is why some entrepreneurs deliberately reduce the frequency of sterilization procedures. The main reason for not performing a full sterilization cycle in such cases is not a lack of hygiene, but a desire to reduce costs.

The scientific community emphasizes that violation or disregard of hygiene protocols in the service sector has both direct medical consequences (infection of clients) and indirect socio-economic risks, such as loss of client base, lower ratings, reputational losses, and legal liability. Research by the Czech Institute of Hygiene and Epidemiology found a direct correlation between the quality of sterilization and customer satisfaction with beauty salon services.

The problem of ensuring proper sterility in the beauty industry is therefore complex and requires an interdisciplinary approach to solving it. It is necessary to introduce clear regulations adapted to the requirements of national legislation and international standards (ISO, WHO), as well as systematic awareness-raising and educational work among staff. Implementation of internal monitoring, regular updating of staff knowledge, and investment in modern sterilization equipment are essential factors in improving service safety and client trust.

In the national scientific literature, the problem of ensuring proper sanitation of instruments in the field of aesthetic services, especially in the activities of hairdressing and beauty salons, has been repeatedly analyzed. Several studies have examined the regulatory and legal aspects of sanitary regulation in the private sector, along with the level of compliance with hygiene standards in Ukrainian salons. This research provides insights into the current state of sanitary oversight and the challenges faced by beauty establishments in meeting established hygiene requirements.

This research has laid the foundation for the further development of recommendations for improving the quality of service and customer safety through the implementation of effective sterilization protocols. At the same time, several important aspects

remain unresolved, which are the subject of analysis in this research article. The following issues require a deeper examination:

1. The impact of instrument processing method on the subjective perception of service quality by clients. Most studies focus on the medical consequences, while the psychological component of trust in the institution is practically not analyzed.

2. Lack of comparative analysis of the effectiveness of different sterilization methods in aesthetic institutions in the context of small business.

3. Insufficient research on innovative processing technologies (ultrasound, steam sterilization) with regard to economic feasibility.

4. Limited data on the role of staff training in adherence to sterilization protocols and the impact of monitoring compliance on outcomes [8].

Numerous studies have shown that advanced sterilization protocols – such as those incorporating ultrasonic cleaning, chemical indicators, and controlled temperature cycles – tend to result in lower levels of microbial contamination compared to traditional methods. For example, Vitagliano and others demonstrated that autoclaving combined with pre-cleaning stages significantly reduces residual microbial load, achieving up to 99.99% pathogen elimination [9]. Moreover, client-centered studies by Trüeb [10], Sharma and others found that enhanced hygiene protocols positively influence customer perceptions of safety and service quality [11]. Clients reported higher satisfaction levels when staff visibly followed sterilization routines and communicated hygienic measures clearly. These findings suggest that not only biological efficacy but also transparency in hygiene practices contributes to improved service outcomes and trust.

The literature describes various standardized microbiological methods used to evaluate the effectiveness of sterilization procedures in aesthetic and medical service settings. Draelos outlines standard protocols such as sampling with sterile swabs, inoculating nutrient media, and incubating at controlled temperatures to quantify colony-forming units (CFUs) as a marker of microbial contamination. Similarly, Vitagliano and others note that regular microbiological assessments remain essential for infection prevention in non-clinical environments [12]. Other studies, such as those by Mishra, Sinha, Chaturvedi, and Jaiswal also recommend incorporating client feedback tools to assess perceived hygiene, cleanliness, and safety, emphasizing that subjective client perception often correlates with visible sterilization practices and procedural transparency [13].

Scholars consistently emphasize that continuous professional development (CPD) is critical for maintaining hygiene standards and improving service quality in the beauty industry. According to Sharma and others, participation in structured training

programs enhances practitioners' understanding of sterilization protocols and reduces procedural errors. Moreover, professional growth through activities such as mentoring, salon management, and participation in industry events contributes to higher service standards and greater customer loyalty. The literature also identifies career diversification, including teaching and entrepreneurship as a factor that encourages long-term compliance with hygiene norms, as it reinforces accountability and professional identity within the industry.

A significant area of professional growth for industry professionals is teaching, both in online and offline formats. This allows not only to transfer experience to newcomers, but also to build credibility, increasing the overall value of services [14]. Organization of training courses, marathons, consultations, and participation in conferences enhances the image of a specialist, increases the client base, and opens up opportunities for monetizing knowledge. Another strategic direction is to open an own salon or beauty studio. This solution allows expanding the scale of operations, delegating responsibilities, reaching a new level of profitability, and in the future, opening branches or launching a franchise.

Literature reviews indicate that advanced sterilization programs, particularly those incorporating ultrasonic cleaning, chemical indicators, and strict temperature control – are more effective than basic methods in achieving microbial decontamination. According to studies by Vitagliano and others, and Hoxey [15], such comprehensive protocols lead to significant reductions in microbial load, especially when combined with rigorous documentation and regular maintenance of sterilization equipment. These findings underscore the critical role of staff training and strict adherence to hygiene protocols in maintaining high standards of cleanliness and infection prevention.

In general, the study confirmed that improving the quality of disinfection and sterilization, expanding career opportunities in the form of teaching and entrepreneurship contributes not only to the professional growth of the nail technician, but also to an overall increase in the level of trust in the beauty industry and its safety.

Discussion. The results of the study confirmed that proper reprocessing of instruments is a fundamental factor in ensuring a high level of service quality and ensuring the safety of clients in personal service facilities, including medical, cosmetology and hairdressing institutions. Proper disinfection, sterilization, and storage of reusable instruments significantly reduces the risk of infecting clients with pathogens, including hepatitis B and C viruses, HIV, staphylococcal flora, and other opportunistic bacteria. In contrast, neglecting processing standards poses a serious threat to consumer health and leads to a loss of trust in the service as a whole.

The literature review found that the existence of a systematized and regulated approach to instrument processing, clear instructions, division of responsibilities, stage control, and compliance with protocols positively correlate with service quality, the level of professional responsibility of staff, and the positive image of the institution among consumers.

The use of modern sterilization equipment, such as class B autoclaves, combined with mandatory staff training courses on compliance with sanitary and epidemiological requirements, is a prerequisite for the effective implementation of infection control measures. Failure to comply with these standards significantly increases the risk of developing infectious complications, including skin infections and mucous membrane lesions, which not only endangers the health of customers but can also lead to legal liability and negative publicity.

The research results also showed that the implementation of a multi-level system of monitoring compliance with sterilization procedures and regular certification of staff on hygiene issues not only minimizes the risk of cross-infection, but also serves as a guarantee of a high level of customer loyalty. Additionally, openness about sterilization methods and demonstration of instrument processing processes help build trust in the salon and ensure a positive perception of safety among clients.

Instrument reprocessing appears not only as an element of the sanitary regime, but also as a critical component of the overall service quality management system. Its impact can be traced not only in the physical aspect of customer safety, but also in the area of reputational capital of the institution. Particularly noteworthy is the use of autoclaving as one of the most reliable disinfection methods, which destroys up to 99.99% of microorganisms, including spores.

Conclusions. Investing in high-quality sterilization equipment, systematic staff training, and regular audits of hygiene compliance are strategically important measures to ensure the sustainable development of personal service businesses. Ensuring daily safety for both the client and the employee should be an integral part of the professional ethics of each

specialist. The successful development of a service institution is inextricably linked to the level of customer trust. The reputation of an institution is formed over years, and it can be lost in a matter of minutes. That is why compliance with high hygiene standards should be viewed not only as a mandatory sanitary requirement, but also as a basic component of competitiveness in the modern service market.

Despite growing scholarly attention to hygiene and instrument sterilization in aesthetic service settings, several important areas remain underexplored. First, most existing studies focus on general compliance and biological effectiveness, but lack region-specific research – particularly in post-Soviet contexts such as Ukraine, where infrastructure, regulation, and training systems differ markedly from those in Western countries.

Second, there is limited comparative analysis of the cost-effectiveness of advanced sterilization technologies (e.g., plasma sterilization, digital autoclave systems) in small and medium-sized service businesses. More research is needed to assess whether the financial investment in modern equipment is justifiable in terms of long-term client retention and risk reduction.

Third, few studies examine the psychological dimension of hygiene, particularly how transparency in sterilization practices and visible protocols influence client trust, loyalty, and service choice. Interdisciplinary research combining public health, marketing, and behavioral science would offer valuable insights into how hygiene functions as both a safety measure and a competitive strategy.

Fourth, the role of professional development in hygiene compliance remains under-researched. Longitudinal studies could assess whether periodic staff certification, mentorship programs, or continuing education lead to sustained improvements in hygiene adherence.

Lastly, as the beauty industry integrates more digital tools, future research should explore the potential of smart sterilization systems, electronic compliance logs, and customer-facing hygiene dashboards in promoting both safety and trust.

Bibliography

1. Ahluwalia J., Fabi S. G. The psychological and aesthetic impact of age-related hair changes in females. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 2019. 18(4), 1161–1169. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocd.12960>
2. Alamgir H., Harber P., Lockhart K. Infection control practices and workplace safety in personal services: A review. *American Journal of Infection Control*, 2019. 47(2), 160–165. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.07.018>
3. Draelos Z. D. Hair care and dyeing. *Current Problems in Dermatology*, 2015. 47, 121–127. DOI: <https://doi.org/10.1159/000369412>
4. He L., Michailidou F., Gahlon H. L., Zeng W. Hair dye ingredients and potential health risks from exposure to hair dyeing. *Chemical Research in Toxicology*, 2022. 35(6), 901–915. DOI: <https://doi.org/10.1021/acs.chemrestox.1c00427>
5. He Y., Cao Y., Nie B., Wang J. Mechanisms of impairment in hair and scalp induced by hair dyeing and perming and potential interventions. *Frontiers in Medicine*, 2023. 10, 1139607. DOI: <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1139607>
6. Dhafiri M. A., Al Furaikh B., Aljasir A., Alsubaie T., Al Dandan A., Alfalah R., Albahar S. Practice and impact of hair dyeing; a local study. *International Journal of Innovative Research in Medical Science*, 7(12), 2022. 764–770. DOI: <https://doi.org/10.23958/ijirms/vol07-i12/1594>

7. Sørstøed H., Basketter D. A., Estrada E., Johansen J. D., Patlewicz G. Y. Ranking of hair dye substances according to predicted sensitization potency: Quantitative structure-activity relationships. *Contact Dermatitis*, 51(5-6), 2004. 241–254. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.0105-1873.2004.00440.x>
8. Steroplast Healthcare. (n.d.). Hygiene in beauty salons URL: <https://www.steroplast.co.uk/knowledge-base/hygiene-in-beauty-salons.html>
9. Vitagliano T., Garieri P., Lascala L., Ferro Y., Doldo P., Pujia R., Pujia A., Montalcini T., Greco M., Mazza E. Preparing patients for cosmetic surgery and aesthetic procedures: Ensuring an optimal nutritional status for successful results. *Nutrients*, 15(2), 2023. 352. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu15020352>
10. Trüeb R. M. Oxidative stress and its impact on skin, scalp and hair. *International Journal of Cosmetic Science*, 43(Suppl. 1), 2021. S9–S13. DOI: <https://doi.org/10.1111/ics.12736>
11. Sharma A., Mohapatra H., Arora K., Babbar R., Arora R., Arora P., Kumar P., Algin Yapar E., Rani K., Meenu M., Babu M. A., Kaur M., Sindhu R. K. Bioactive compound-loaded nanocarriers for hair growth promotion: Current status and future perspectives. *Plants*, 12(21), 2023. 3739. DOI: <https://doi.org/10.3390/plants12213739>
12. Vitagliano T., Garieri P., Lascala L., Ferro Y., Doldo P., Pujia R., Pujia A., Montalcini T., Greco M., Mazza E. Preparing patients for cosmetic surgery and aesthetic procedures: Ensuring an optimal nutritional status for successful results. *Nutrients*, 15(2), 2023. 352. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu15020352>
13. Mishra P., Sinha N., Chaturvedi S., Jaiswal R. K. Evaluation of sterilization and disinfection practices in beauty salons: A cross-sectional study. *Journal of Infection and Public Health*, 14(6), 2021. 849–854. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2021.02.010>
14. World Health Organization. Infection prevention and control. *Integrated Health Services*. 2025. URL: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/infection-prevention-control>
15. Hoxey E. Sterilization – Regulatory requirements and supporting standards. *Medical-Device-Regulation.eu*, 2020. URL: https://www.medical-device-regulation.eu/wp-content/uploads/2020/09/Sterilization_Revised.pdf

References

1. Ahluwalia, J., Fabi, S. G. (2019). The psychological and aesthetic impact of age-related hair changes in females. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 18(4), 1161–1169. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocd.12960>
2. Alamgir, H., Harber, P., Lockhart, K. (2019). Infection control practices and workplace safety in personal services: A review. *American Journal of Infection Control*, 47(2), 160–165. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.07.018>
3. Draelos, Z. D. (2015). Hair care and dyeing. *Current Problems in Dermatology*, 47, 121–127. DOI: <https://doi.org/10.1159/000369412>
4. He, L., Michailidou, F., Gahlon, H. L., Zeng W. (2022). Hair dye ingredients and potential health risks from exposure to hair dyeing. *Chemical Research in Toxicology*, 35(6), 901–915. DOI: <https://doi.org/10.1021/acs.chemrestox.1c00427>
5. He, Y., Cao, Y., Nie, B., Wang, J. (2023). Mechanisms of impairment in hair and scalp induced by hair dyeing and perming and potential interventions. *Frontiers in Medicine*, 10, 1139607. DOI: <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1139607>
6. Dhafiri, M. A., Al, Furaikh B., Aljasir, A., Alsubaie, T., Al Dandan, A., Alfalah, R., Albahar, S. (2022). Practice and impact of hair dyeing; a local study. *International Journal of Innovative Research in Medical Science*, 7(12), 764–770. DOI: <https://doi.org/10.23958/ijirms/vol07-i12/1594>
7. Sørstøed, H., Basketter, D. A., Estrada, E., Johansen, J. D., Patlewicz, G. Y. (2004). Ranking of hair dye substances according to predicted sensitization potency: Quantitative structure-activity relationships. *Contact Dermatitis*, 51(5-6), 241–254. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.0105-1873.2004.00440.x>
8. Steroplast Healthcare. (n.d.). Hygiene in beauty salons. Retrieved from: <https://www.steroplast.co.uk/knowledge-base/hygiene-in-beauty-salons.html>
9. Vitagliano, T., Garieri, P., Lascala, L., Ferro, Y., Doldo, P., Pujia, R., Pujia, A., Montalcini, T., Greco, M., Mazza, E. (2023). Preparing patients for cosmetic surgery and aesthetic procedures: Ensuring an optimal nutritional status for successful results. *Nutrients*, 15(2), 352. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu15020352>
10. Trüeb, R. M. (2021). Oxidative stress and its impact on skin, scalp and hair. *International Journal of Cosmetic Science*, 43(Suppl. 1), S9–S13. DOI: <https://doi.org/10.1111/ics.12736>
11. Sharma, A., Mohapatra, H., Arora, K., Babbar, R., Arora, R., Arora, P., Kumar, P., Algin, Yapar, E., Rani, K., Meenu, M., Babu, M. A., Kaur, M., Sindhu, R. K. (2023). Bioactive compound-loaded nanocarriers for hair growth promotion: Current status and future perspectives. *Plants*, 12(21), 3739. DOI: <https://doi.org/10.3390/plants12213739>
12. Vitagliano, T., Garieri, P., Lascala, L., Ferro, Y., Doldo, P., Pujia, R., Pujia, A., Montalcini, T., Greco, M., Mazza, E. (2023). Preparing patients for cosmetic surgery and aesthetic procedures: Ensuring an optimal nutritional status for successful results. *Nutrients*, 15(2), 352. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu15020352>
13. Mishra, P., Sinha, N., Chaturvedi, S., Jaiswal, R. K. (2021). Evaluation of sterilization and disinfection practices in beauty salons: A cross-sectional study. *Journal of Infection and Public Health*, 14(6), 849–854. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2021.02.010>
14. World Health Organization. (2025). Infection prevention and control. Integrated Health Services. Retrieved from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/infection-prevention-control>
15. Hoxey E. (2020). Sterilization – Regulatory requirements and supporting standards. *Medical-Device-Regulation.eu*. Retrieved from: https://www.medical-device-regulation.eu/wp-content/uploads/2020/09/Sterilization_Revised.pdf

НАУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ОБРОБКИ ІНСТРУМЕНТІВ НА ЯКІСТЬ ПОСЛУГ ТА БЕЗПЕКУ КЛІЄНТІВ

Я. П. Яблочкіна

Сертифікована перукарка-стилістка, м. Черкаси, Україна

Мета: науково обґрунтувати вплив обробки інструментів, зокрема дезінфекції та стерилізації, на якість побутових та естетичних послуг і рівень безпеки клієнтів. Дослідження спрямоване на обґрунтування важливості належної обробки інструментів як критичного складника профілактики інфекцій, довіри клієнтів та репутації закладу в індустрії краси.

Матеріали та методи. У дослідженні проаналізовано ефективність фізичних (сухожарові стерилізатори, автоклави, ультразвукові ванни) та хімічних (антисептичні розчини) методів обробки інструментів, що використовуються у перукарнях. У дослідженні також проаналізовано нормативно-правову базу в Україні, включно з національними санітарними правилами, рекомендаціями ВООЗ та стандартами ISO. Дослідження підкріплене оглядом наукової літератури щодо найкращих гігієнічних практик. Увагу приділено ролі професійної підготовки, систем внутрішнього моніторингу та навчання клієнтів як частини комплексної гігієнічної стратегії.

Результати. Аналіз сучасної літератури свідчить про те, що не всі салони дотримуються повного циклу стерилізації інструментів, що призводить до зменшення довіри клієнтів, зниження рівня задоволеності послугами та підвищення юридичних і медичних ризиків. Дані з різних джерел свідчать про те, що впровадження гігієнічних протоколів, використання сучасних технологій стерилізації, регулярне навчання персоналу та прозора комунікація щодо гігієнічних правил і процедур стерилізації можуть сприяти підвищенню рівня довіри клієнтів до салонів та покращенню якості послуг.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: антисептика; безпека клієнтів; гігієна; дезінфекція; інструменти; перукарня; послуги; санітарія; стерилізація; якість.

Рукопис надійшов до редакції 12.05.2025

Відомості про автора:

Яблочкіна Яна Петрівна – сертифікована перукарка-стилістка за програмою курсу «Трихолог: косметичне відновлення волосся з практичними відпрацюванням на моделях», школа майстрів краси «АРТ-Стиль» у місті Черкаси.

Електронна адреса для листування: yana_yablochkina@edu-iosa.org

НОТАТКИ