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(108)/2026

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»
2026

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. 2026. № 2 (108)
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.**

Заступник головного редактора **Шульгай А. Г.**
Відповідальний секретар **Теренда Н. О.**

Члени редакційної колегії

Децик О. З. (Україна); Вежновець Т. А. (Україна); Венгер О. П. (Україна); Дудник С. В. (Україна); Крячкова Л. В. (Україна); Лотоцька О. В. (Україна); Медведовська Н. В. (Україна); Сміянов В. А. (Україна); Ульріхс Тімо (Німеччина); Горбенко О. В. (Велика Британія); Овоц Якуб (Польща); Магдалена Лось (Богдан) (Польща)

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 14.05.2026 р.)

Коректура • *І. Чудеснова*

Комп'ютерна верстка • *Ю. Ковальчук*

Формат 60x84/8. Гарнітура Arimo.
Папір офсетний. Цифровий друк. Ум. друк. арк. 18,83.
Дата розміщення онлайн: 31.05.2026. Дата друку: 08.06.2026.
Замов. № 0626/587 . 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

Громадське здоров'я

П. О. Брагінський
Актуальність потреби розгляду стратегії протидії епідеміологічним викликам як комплексному явищу в системі громадського здоров'я……**6**

А. О. Голяченко, І. Р. Мисула, О. А. Голяченко, І. С. Козачок
Нетравматичні ампутації нижніх кінцівок: епідеміологія, показання, супутні стани, клінічні результати та особливості подальшої реабілітації й протезування……**11**

Н. В. Горлачук, Н. О. Стеценко
Дослідження рівня обізнаності населення щодо впливу раціонального харчування на зміцнення здоров'я……**19**

І. А. Перебойчук, Л. В. Трущенкова, Н. О. Слободян
Антибіотикорезистентність як об'єкт стратегічного управління в системі громадського здоров'я: погляд крізь призму професійної підготовки……**25**

Н. Є. Романюк, Н. А. Сербін, Л. М. Романюк, Н. В. Волотовська
Характеристика та аналіз управління в системі громадського здоров'я України……**30**

Н. О. Теренда, Т. М. Макогон, Н. Г. Летка
Соціально-економічна нерівність та поширеність ожиріння: порівняльний аналіз……**36**

В. М. Чік
Соціально-гігієнічна оцінка якості життя населення в умовах цифровізації здоров'я-збережувальних практик……**43**

Г. Л. Шепелла, В. В. Брич
Інфраструктурні детермінанти фізичної активності дитячого населення у територіальних громадах сільської місцевості……**48**

Організація та управління охорони здоров'я

Н. М. Антал
Підтримка грудного вигодовування: досвід матерів та основні бар'єри (за результатами опитування жінок)……**53**

Л. С. Бабінець, Ю. Я. Коцаба
Професійні компетентності сімейних медичних сестер у сфері паліативної допомоги: оцінка, проблеми та шляхи розвитку……**58**

CONTENTS

Public health

P. O. Brahinskyi
The urgency of considering strategies for countering epidemiological challenges as a complex phenomenon in the public health system

A. O. Golyachenko, I. R. Mysula, O. A. Holyachenko, I. S. Kozachok
Non-traumatic lower limb amputations: epidemiology, indications, comorbidities, clinical outcomes, and specific aspects of post-amputation rehabilitation and prosthetic management

N. V. Horlachuk, N. O. Stetsenko
Study of the population's level of awareness of the impact of rational nutrition on health promotion

I. A. Pereboichuk, L. V. Trushchenkova, N. O. Slobodian
Ntimicrobial resistance as an object of strategic management in the public health system: a perspective through the lens of professional training

N. Ye. Romanjuk, N. A. Serbin, L. M. Romanjuk, N. V. Volotovska
Characteristics and analysis of management in the public health system of Ukraine

N. O. Terenda, T. M. Makogon, N. G. Letka
Socio-economic inequality and prevalence of obesity: a comparative analysis

V. M. Chik
Social-hygienic assessment of the population's quality of life in the conditions of digitalization of health-preserving practices

H. L. Shepella, V. V. Brych
Infrastructure determinants of physical activity among children in rural territorial communities

Healthcare organization and management

N. M. Antal
Breastfeeding support: maternal experiences and key barriers (based on a survey of women)

L. S. Babinets, Yu. Ya. Kotsaba
Professional competencies of family nurses in palliative care: assessment, challenges, and development strategies

Р. Ю. Грицко
Функціональна ефективність інтеграції медичних закладів в Україні: ризики формальної інтеграції в умовах централізації комунальних некомерційних підприємств……**62**

В. В. Зайцев, Р. О. Родинський
Медичні заклади дніпропетровщини у роки Другої світової війни……**69**

Н. Я. Кобринська, О. З. Децик
Моніторинг задоволеності медичною допомогою пацієнтів спеціалізованого ендокринологічного центру та їх родичів як підґрунтя прийняття управлінських рішень в умовах повномасштабної війни……**75**

П. Г. Лихацький, А. Г. Шульгай, О. Н. Литвинова
Університетські клініки чи консолідовані клінічні бази: організаційні моделі, переваги та перспективи розвитку……**83**

Г. С. Сатурська, Р. С. Данилков, Ю. М. Петрашик, Н. Я. Потіха, Х. Мохіт, Хардік
Роль міжсекторальної взаємодії у профілактиці виробничого травматизму в Україні: аналіз епідеміологічних і соціальних викликів та інтеграція програм психосоціальної підтримки……**89**

В. Л. Смірнова, Н. Я. Панчишин, С. М. Баранович
Професійний профіль та психоемоційне навантаження персоналу служби екстреної медичної допомоги……**96**

Xiang Yifu, M. I. Marushchak
The quality of healthcare services and its associated factors among people with type 2 diabetes in China……**107**

А. О. Фарійон, Х. І. Мочернюк, О. М. Олещук
Клініко-фармакологічний аналіз медикаментозного забезпечення пацієнтів із гострими порушеннями мозкового кровообігу……**114**

Аналітичні огляди наукових інформаційних джерел

А. Я. Гаврилів, О. П. Мялюк, О. М. Довгалець
Роль фахівців громадського здоров`я у зміцненні психічного здоров`я та благополуччя населення……**122**

О. П. Івахно, Є. В. Рукін
Превентивний потенціал ринопластичних втручань у забезпеченні здоров'я населення. Медико-соціальне значення (аналітичний огляд)……**129**

R. Yu. Grytsko
Functional Efficiency of Healthcare Facility Integration in Ukraine: Risks of Formal Integration under Communal Non-Profit Enterprise Centralization

V. V. Zaitsev, R. O. Rodynskyi
Medical facilities in the Dnipro region during World War II

N. Ya. Kobrynska, O. Z. Detsyk
Monitoring of patient and their relatives' satisfaction with medical care at a specialized endocrinology center as a basis for management decisions in the conditions of full-scale war

P. G. Lykhatskyi, A. G. Shulgai, O. N. Lytvynova
University clinics or consolidated clinical bases: organizational models, advantages and prospects of development

H. S. Saturska, R. S. Danilkov, Yu. M. Petrashik, N. Ya. Potikha, H. Mokhit, Kh. Khardik
The role of cross-sectoral cooperation in the prevention of work-related injuries in Ukraine: analysis of epidemiological and social challenges and the integration of psychosocial support programmes

V. L. Smirnova, N. Ya. Panchyshyn, S. M. Baranovych
Professional profile and psycho-emotional stress of emergency medical service personnel

Xiang Yifu, M. I. Marushchak
The quality of healthcare services and its associated factors among people with type 2 diabetes in China

A. O. Fariyon, K. I. Mocherniuk, O. M. Oleshchuk
Clinical and pharmacological analysis of medication provision in patients with acute cerebrovascular disorders

Analytical reviews of scholarly sources

A. Ya. Havryliv, O. P. Mialiuk, O. M. Dovhalets
The role of public health professionals in promoting mental health and well-being of the population

O. P. Ivakhno, Ye. V. Rukin
Preventive potential of rhinoplastic interventions in ensuring population health. Medical and social significance

С. Й. Рибаков, О. В. Шідловський
Президент і феохромоцитома..... **137**

З. В. Повч, С. В. Осауленко,
Н. В. Медведовська
Аналіз виявлених проблем біженців, внутрішньо переміщених осіб в отриманні спеціалізованої офтальмологічної допомоги..... **144**

Д. О. Самофалов
Роль і місце громадського здоров'я в системі військової охорони здоров'я..... **154**

S. Y. Rybakov, O. V. Shidlovsky
President and pheochromocytoma

Z. V. Povch, S. V. Osaulenko,
N. V. Medvedovska
Analysis of identified problems faced by refugees and internally displaced persons in accessing specialized ophthalmological care

D. O. Samofalov
The role and place of public health in the military health care system

УДК 613:614.4: 616 – 036.22
DOI https://doi.org/10.11603/1681-2786.2026.2.16395

П. О. БРАГІНСЬКИЙ

АКТУАЛЬНІСТЬ ПОТРЕБИ РОЗГЛЯДУ СТРАТЕГІЇ ПРОТИДІЇ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИМ ВИКЛИКАМ ЯК КОМПЛЕКСНОМУ ЯВИЩУ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета: обгрунтувати необхідність розгляду стратегій протидії епідеміологічним викликам як комплексного феномену, що виходить за межі суто медичної проблематики та охоплює правові, економічні, управлінські та соціальні аспекти, зокрема шляхом посилення підходу єдине здоров'я.

Матеріали і методи. У дослідженні використано загальнонаукові методи аналізу та синтезу, порівняльний аналіз міжнародних нормативних актів (зокрема Пандемічної угоди ВООЗ), наукової літератури щодо наслідків пандемії COVID-19. Матеріалами дослідження слугували публікації у наукових фахових виданнях щодо проблематики протидії пандемії COVID-19. Використано бібліосемантичний та інформаційно-аналітичний методи дослідження.

Результати. У статті розглянуто новий міжнародний договір ВООЗ про запобігання пандеміям та його значення для України. Проаналізовано історичний досвід та сучасні виклики, пов'язані з глобалізацією інфекційних хвороб. Визначено, що реагування на пандемії вимагає від урядів складного балансування між протиепідемічними заходами та збереженням економічної стабільності й дотриманням прав людини. Висвітлено проблеми кризи довіри до міжнародних інституцій та посилення ролі національних держав під час пандемії COVID-19. Окрему увагу приділено політизації управління охороною здоров'я та впливу дезінформації.

Висновки. Доведено, що ефективна протидія майбутнім пандеміям можлива лише за умови впровадження мультисекторального підходу, який поєднує медичні заходи з економічними стимулами, правовим захистом та ефективною комунікацією. Відновлення довіри суспільства та міжнародна співпраця є ключовими елементами глобальної стійкості. Розвиток підходу єдине здоров'я є важливим для посилення системи громадського здоров'я.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: пандемія; COVID-19; ВООЗ; громадське здоров'я; державне управління; права людини; економічна безпека; міжнародна співпраця.

Вступ. Після понад чотирьох років інтенсивних переговорів держави-члени Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) нарешті досягли консенсусу щодо нового договору про запобігання пандеміям, підготовку до них та реагування на них. Розпочаті у 2021 році, переговори щодо умов юридично обов'язкової угоди були суттєво затримані через кілька спірних питань, зокрема щодо того, як забезпечити рівний доступ до вакцин, лікування та діагностики, особливо для країн з низьким та середнім рівнем доходу.

Коментуючи підписання Україною Пандемічної угоди ВООЗ, Міністр охорони здоров'я України Віктор Ляшко зазначив: "Наступна пандемія – це не питання "чи", а питання "коли". І світ має бути готовим. Україна підтримує міжнародні ініціативи, які допоможуть зберегти життя людей, забезпечити справедливий доступ до медичних засобів і зміцнити національні системи охорони здоров'я".

Мета цієї роботи: окреслення потреби відпрацювання стратегічних підходів до протидії епідеміологічним викликам, розгляд пандемії як сукупності факторів, що включають освіту, медицину, урядування, право, економіку та соціологію, а також окреслення шляхів побудови стійкої моделі реагування.

Матеріали і методи. Дослідження ґрунтується на аналізі документів ВООЗ, наукових публікацій щодо наслідків COVID-19 та оцінці управлінських рішень різних держав під час кризи. Використано міждисциплінарний підхід для оцінки впливу епідемій на соціально-економічні системи. Проведене дослідження включає: загально наукові методи, бібліосемантичний та інформаційно-аналітичний методи дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. Людство стикається з епідеміями та пандеміями, які не раз змінювали хід історії та геополітичний ландшафт планети. протягом усієї історії. Підстав вважати, що глобальні пандемії не будуть повторюватись, жодних немає. А тому вкрай актуальною є розробка моделей реагування на виклики, пов'язані зі стрімким поширенням інфекційних хвороб із урахуванням впливу пандемії не як суто медичного виклику, а як сукупності факторів, що

© П. О. Брагінський, 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

включають в себе освіту, медицину, урядування, право, економіку та соціологію.

Сучасний рівень глобалізації стирає кордони, що впливає на поширення епідемій. Жодна країна не може назвати себе "островом", який убезпечений від епідемії чи впливу пандемії. А тому, найважливіше для країни – це дії, вжиті урядом для мінімізації негативного впливу на все суспільство.

Тому, знаходячись на етапі "перерви" між глобальними викликами, слід готуватися вже зараз до майбутніх ризиків, оглядаючись на успіхи й помилки минулого.

Глобальна співпраця та побудова стійкої моделі стає важливою для реагування на виклики, пов'язані зі стрімким поширенням особливо небезпечних інфекційних хвороб. Усі країни та уряди повинні бути більш толерантними один до одного в пошуку культурного та політичного консенсусу для спільного подолання пандемії [1].

Реагуючи на виклик, пов'язаний із епідемією або пандемією, уряд держави вимушений балансувати в різних сферах. При чому, мова йде як про баланс заборон, так і баланс стимулів: співпраці у науковій та технічній сфері, розподілу ресурсів, програм економічного стимулювання.

Система охорони здоров'я повинна реагувати на поширення хвороби, проте лікування населення потребує додаткових фінансових витрат. Фінансова система має забезпечити витрати на охорону здоров'я та спроможність держави, проте економіка зупиниться, якщо суспільство не буде мати достатньої мобільності внаслідок протиепідемічних заходів. Протиепідемічні заходи мають обмежити поширення хвороби в розумний спосіб, проте не будь-яке розумне обмеження відповідає доктрині захисту прав людини та основоположних свобод. Все це знаходиться під парасолькою комунікації й взаємодовіри уряду, науковців та громадськості. Превенція поширення інфекційних хвороб може потребувати витрат на наукові дослідження, проте, це призводить до зменшення фінансування в інших сферах.

Власне тому, ВООЗ приймаючи пандемічну угоду, у преамбулі наголосив на важливості забезпечення політичної відданості, ресурсного забезпечення та дій шляхом багатосекторальної співпраці для запобігання пандеміям, забезпечення готовності, реагування та відновлення систем охорони здоров'я, підтверджуючи важливість багатосекторальної співпраці на національному, регіональному та міжнародному рівнях для захисту здоров'я людини. ВООЗ визнав важливість побудови довіри та забезпечення своєчасного обміну інформацією, запобігання дезінформації, неправдивій інформації та стигматизації.

Криза громадського здоров'я, викликана пандемією COVID-19, вимагала багаторівневої координації, і такі організації, як ВООЗ, повинні були відіграти ключову роль. Аналогічно, багато хто закликав до міжнародної колективної відповіді на каскадні економічні наслідки закриття цілих секторів та міст. Однак невдовзі стало очевидним, що COVID-19 посилив відродження державної влади та ще більше послабив багатосторонні інституції. Справді, на ранніх стадіях епідемії простежувалась видимість міжнародної співпраці, проте надалі вона час від часу зникла [2].

США різко розкритикували ВООЗ, а потім скоротили фінансування. Та, як наслідок, у 2025 вийшли зі складу організації. Національні органи влади поспішили закрити кордони та забезпечити достатнє постачання медичного обладнання, тоді як держави обмежили експорт та використали свої багатонаціональні корпорації для перенаправлення поставок на місцеві ринки. Країни залучали служби зовнішньої розвідки для таємного придбання апаратів штучної вентиляції легень та інших матеріалів, ймовірно організовували крадіжки наукових досліджень. ЄС майже повністю не зміг відреагувати злагоджено, зокрема щодо політики подорожей та карантину, а також надання медичної та фінансової допомоги сильно постраждалим районам.

COVID-19 також вплинув на світові торговельні та інвестиційні інституції, прискоривши процеси роз'єднання, які вже тривали. Боун (2020) [3] стверджує, що COVID «розпалює новий тиск на протекціонізм», і зазначає, що все більше країн використовують надзвичайну ситуацію в галузі охорони здоров'я, щоб обійти правила Світової організації торгівлі та укладати прямі контракти та субсидії вітчизняним фірмам. Масові перебої також схоже надають Великій Британії прикриття для руху до жорсткішого Brexit.

У довгостроковій перспективі протиепідемічні заходи вказують на напругу між фінансовим тиском на виживання та визнанням залежності бізнесу від ширшого оточення. Вирішення цієї напруги є питанням для досліджень, як і те, чи змінює епідеміологічний виклик акценти, наприклад, на здоров'я та стійкість громади [4].

COVID-19 спричинив запровадження низки суворих управлінських заходів, масштаби, деструктивний характер та нав'язливість яких були безпрецедентними в мирний час. Надзвичайні положення, які придушували більшу частину ділової та соціальної активності, були напрочуд добре сприйняті протягом перших тижнів, але народний опір зріс, оскільки ці заходи спричинили посилення економічних труднощів та соціальних потрясінь. Обмеження, пов'язані з COVID-19, мали тенденцію посилювати існуючу класову нерівність, оскільки керівні працівники здебільшого продовжували працювати дистанційно, тоді як багато працівників сфери послуг та фізичної праці були відправлені у відпустку або продовжували працювати в небезпечних для здоров'я умовах.

Карантинні заходи та заходи відстеження контактів для боротьби з COVID-19 посилили загрозу порушення прав на недоторканність приватного життя, пересування та вираження поглядів. Деякі держави розробили суперечливі системи відстеження на основі телефонних дзвінків, щоб вказувати хто з ким зустрічався. Ізраїль мобілізував свою службу внутрішньої безпеки для моніторингу всього населення за допомогою систем, які раніше обмежувалися конкретними загрозами безпеці. COVID використовувався як причина для подальшого обмеження імміграції та відтермінування або скасування виборів у багатьох країнах (Wallace and Palder, 2020)[5].

Політизація управління COVID-19 навколо існуючих розбіжностей вражає. У дивовижній паралелі зі зміною клімату уряди окремих країни неодноразово стверджували, що вірус є обманом або перебільшується ЗМІ. Праві ЗМІ в Європі та США зображували обмежувальні заходи як надмірні, а носіння масок – як загрозу мужності та індивідуальному вибору. Демонстрації проти обмежень у Берліні та інших місцях пов'язували з крайніми правими групами, тоді як теорії змови, що підживлюються такими групами, як QAnon, процвітали в соціальних мережах.

Тому, не слід також нехтувати цими ризиками. Ключовими питаннями для дослідження стратегії протидії викликам є взаємодія із популістськими рухами, стратегії нормалізації державних заходів (Vieten, 2020)[6].

Хоча держави відновили свою владу під час кризи COVID-19, ширший вплив на відносини між державою, бізнесом та громадянським суспільством залишається незрозумілим. Держави застосували безпрецедентні повноваження, проте суттєво не розширили інфраструктуру охорони здоров'я та не придбали частки в компаніях, які отримують фінансову допомогу. Обмеження, пов'язані з COVID, збільшили доходи великих технологічних компаній, водночас завдавши шкоди або призвівши до банкрутства багатьох менших компаній, які більше залежать від традиційної економіки. Ця підвищена концентрація, ймовірно, призведе до політичної та ринкової влади над споживачами, робочою силою та урядом[7].

При всіх цих факторах, другий звіт розслідування COVID-19 виявляє брак "системного лідерства"[8]. Аналізуючи досвід протидії викликам, автори вважають, що керівні структури намагалися перейти від ієрархічного урядування – та єдиних концепцій підзвітності, зосереджених навколо окремих міністрів та їхніх департаментів – до більш мережевої культури, яка дає людям змогу долати секторальні та юрисдикційні кордони. Дані свідчать про те, що відносний успіх деяких країн у подоланні COVID-19 був пов'язаний з їхньою здатністю застосовувати підхід «цілісного уряду»[9]. Наприклад, Нова Зеландія мала єдиний координаційний урядовий центр із міцними операційними зв'язками з місцевими службами та підтримкою соціального забезпечення[10].

Висновки. Отже, аналіз стратегії протидії епідеміологічним викликам свідчить, що сучасна пандемія перестає бути суто медичною проблемою, перетворившись на «тотальний» феномен, який випробовує на міцність усі інститути держави та глобального устрою. Досвід COVID-19 продемонстрував небезпечну вразливість міжнародної співпраці.

Таким чином ухвалення Пандемічної угоди ВООЗ є критично важливим кроком, проте успіх майбутнього реагування залежатиме не лише від юридичних зобов'язань, а й від здатності урядів знайти баланс між безпекою та правами людини, між економічним виживанням та соціальною справедливістю. Готовність до наступної пандемії вимагає не лише накопичення медичних ресурсів, а й розбудови суспільної довіри, боротьби з дезінформацією та обмеження монопольного впливу технологічних гігантів. Тільки комплексний, багатосекторальний підхід, заснований на уроках минулих помилок, дозволить людству трансформувати стан «перерви» між кризами у фундамент тривалої глобальної стійкості.

Перспективи подальших досліджень. Важливим напрямом подальших розробок є вивчення взаємодії державних інституцій, громадянського суспільства та приватного сектору. Моделювання взаємодії та побудова засад повноважень і оперативності прийняття рішень з урахуванням політичного і економічного ландшафту соціуму має стати базою для підготовки до реагування на виклики майбутньої хвороби "X".

Інформація про фінансування. Дослідження виконано без зовнішнього фінансування за рахунок власних коштів автора.

Інформація щодо наявності/відсутності конфлікту інтересів. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Внесок авторів (згідно з таксономією CRediT). П. О. Брагінський: концептуалізація, методологія, дослідження, формальний аналіз, проведення дослідження, підготовка початкового тексту.

Відповідність нормам біоетики. Дослідження носить теоретичний та інформаційно-аналітичний характер, не передбачає залучення пацієнтів, використання біоматеріалів або проведення клінічних випробувань, а тому не потребує затвердження протоколом комісії з біоетики.

Інформація про доступність первинних даних. Первинні дані, проаналізовані в цьому дослідженні (міжнародні угоди та звіти ВООЗ), є загальнодоступними у відкритих джерелах.

Список літератури

1. Li J., Guo K., Viedma E. H. et al. Culture versus Policy: More Global Collaboration to Effectively Combat COVID-19. *The Innovation*. 2020. Vol. 1, No. 2. P. 100023. DOI: https://doi.org/10.1016/j.xinn.2020.100023.
2. Levy D. L. COVID-19 and global governance. *Journal of Management Studies*. 2020. Vol. 58, No. 2. P. 562. DOI: https://doi.org/10.1111/joms.12654.
3. Bown C. COVID-19 could bring down the trading system. *Foreign Affairs*. 2020. Vol. 28. URL: https://www.foreignaffairs.com/articles/united-states/2020-04-28/covid-19-could-bring-down-trading-system
4. He H., Harris L. The impact of Covid-19 pandemic on corporate social responsibility and marketing philosophy. *Journal of Business Research*. 2020. Vol. 116. P. 176–182. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.05.030.
5. Wallace J., Palder D. The coronavirus is delaying elections worldwide. *Foreign Policy*. 2020. URL: https://foreignpolicy.com/2020/05/22/coronavirus-electionspostponed-rescheduled-covid-vote (дата звернення: 29.01.2026).
6. Vieten U. M. The "new normal" and "pandemic populism": The COVID-19 crisis and anti-hygienic mobilisation of the far-right. *Social Sciences*. 2020. Vol. 9, No. 9. P. 165. DOI: https://doi.org/10.3390/socsci9090165.
7. Griffin R. Is the Covid-19 pandemic a victory for big tech? *Sciences Po Chair Digital, Governance and Sovereignty*. 2020. Aug 13. URL:https://www.sciencespo.fr/public/chaire-numerique/en/2020/08/13/is-the-covid-19-pandemic-a-victory-for-bigtech/
8. Cairney P., Toomey C. So you want to be a systems leader? *Policy Design and Practice*. 2025. Vol. 8. P. 393–407. DOI: https://doi.org/10.1080/25741292.2025.2545667.
9. Lessons from Covid-19: Main Report / New Zealand Royal Commission on Covid-19. 2024. URL: https://www.covid19lessons.royalcommission.nz/reports-lessons-learned/main-report (дата звернення: 29.01.2026).
10. Flinders M., Cairney P., Elliott I. C. Delivering change after the UK covid inquiry. *BMJ*. 2026. Vol. 392. P. s18. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.s18.

References

1. Li, J., Guo, K., Viedma, E. H., et al. (2020). Culture versus Policy: More Global Collaboration to Effectively Combat COVID-19. *The Innovation, 1*(2), 100023. https://doi.org/10.1016/j.xinn.2020.100023
2. Levy, D. L. (2020). COVID-19 and global governance. *Journal of Management Studies, 58*(2), 562. https://doi.org/10.1111/joms.12654
3. Bown, C. (2020). COVID-19 could bring down the trading system. *Foreign Affairs, 28*. Retrieved from: https://www.foreignaffairs.com/articles/united-states/2020-04-28/covid-19-could-bring-down-trading-system
4. He, H., & Harris, L. (2020). The impact of Covid-19 pandemic on corporate social responsibility and marketing philosophy. *Journal of Business Research, 116*, 176–182. https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.05.030
5. Wallace, J., & Palder, D. (2020). The coronavirus is delaying elections worldwide. *Foreign Policy*. Retrieved from: https://foreignpolicy.com/2020/05/22/coronavirus-electionspostponed-rescheduled-covid-vote
6. Vieten, U. M. (2020). The "new normal" and "pandemic populism": The COVID-19 crisis and anti-hygienic mobilisation of the far-right. *Social Sciences, 9*(9), 165. https://doi.org/10.3390/socsci9090165
7. Griffin, R. (2020, August 13). Is the Covid-19 pandemic a victory for big tech? *Sciences Po Chair Digital, Governance and Sovereignty*. Retrieved from: https://www.sciencespo.fr/public/chaire-numerique/en/2020/08/13/is-the-covid-19-pandemic-a-victory-for-bigtech/
8. Cairney, P., & Toomey, C. (2025). So you want to be a systems leader? *Policy Design and Practice, 8*, 393–407. https://doi.org/10.1080/25741292.2025.2545667
9. New Zealand Royal Commission on Covid-19. (2024). *Lessons from Covid-19: Main Report*. Retrieved from: https://www.covid19lessons.royalcommission.nz/reports-lessons-learned/main-report
10. Flinders, M., Cairney, P., & Elliott, I. C. (2026). Delivering change after the UK covid inquiry. *BMJ, 392*, s18. https://doi.org/10.1136/bmj.s18

THE URGENCY OF CONSIDERING STRATEGIES FOR COUNTERING EPIDEMIOLOGICAL CHALLENGES AS A COMPLEX PHENOMENON IN THE PUBLIC HEALTH SYSTEM

P. O. BRAHINSKYI
Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Purpose: To substantiate the necessity of considering strategies for countering epidemiological challenges as a complex phenomenon that extends beyond purely medical issues and encompasses legal, economic, managerial, and social aspects, particularly by strengthening the "One Health" approach.

Materials and Methods: The study employs general scientific methods of analysis and synthesis, a comparative analysis of international regulatory acts (specifically the WHO Pandemic Agreement), and scientific literature regarding the consequences of the COVID-19 pandemic. The research materials included publications in specialized scientific journals regarding response to COVID-19. Bibliosemantic and information-analytical research methods were utilized.

Results: The article examines the new WHO international treaty on pandemic prevention and its significance for Ukraine. Historical experience and modern challenges related to the globalization of infectious diseases are ana-

lyzed. It is determined that responding to pandemics requires governments to perform a complex balance between anti-epidemic measures, the preservation of economic stability, and the observance of human rights. The problems regarding the crisis of trust in international institutions and the strengthening of the role of nation-states during the COVID-19 pandemic are highlighted. Special attention is paid to the politicization of healthcare governance and the influence of disinformation.

Conclusions: It is demonstrated that effective countering of future pandemics is possible only through the implementation of a multisectoral approach that combines medical measures with economic incentives, legal protection, and effective communication. Restoring public trust and international cooperation are key elements of global resilience. The development of the "One Health" approach is crucial for strengthening the public health system.

KEY WORDS: pandemic; COVID-19; WHO, public health; public administration; human rights; economic security; international cooperation.

Дата першого надходження статті до видання: 23.03.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 25.04.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.05.2026

Відомості про автора:
Брагінський Павло Олександрович – аспірант кафедри громадського здоров'я, епідеміології та екології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л Шупика; ORCID https://orcid.org/0009-0007-5548-8006

Електронна адреса для листування: pavelbraginskiy@gmail.com

УДК 616.74-007.5-089.87:616-036.86:615.47:681.586
DOI https://doi.org/10.11603/1681-2786.2026.2.16397

А. О. ГОЛЯЧЕНКО[1], І. Р. МИСУЛА[1], О. А. ГОЛЯЧЕНКО[2], І. С. КОЗАЧОК[1]

НЕТРАВМАТИЧНІ АМПУТАЦІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК: ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, ПОКАЗАННЯ, СУПУТНІ СТАНИ, КЛІНІЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПОДАЛЬШОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ Й ПРОТЕЗУВАННЯ

[1]Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна
[2] Національний науковий центр серцево-судинної хірургії та спадкової патології
імені М. М. Амосова НАМН України, м. Київ, Україна

Мета: ретроспективний збір та аналіз даних про поширеність, наслідки та прогноз нетравматичних ампутацій нижніх кінцівок (АНК) для створення практичної основи, яка допоможе поліпшити результати лікування, реабілітації та протезування пацієнтів у майбутньому.

Матеріали і методи. Проведено аналітичне ретроспективне дослідження серії випадків протягом 2021-2024 років. До вибірки включено 109 пацієнтів віком 35-71 років, яким виконано нетравматичні АНК. Зібрано демографічні, клінічні та інструментальні дані, показання до ампутації, рівень та тип втручання, супутні захворювання, частоту ускладнень, повторні операції, тривалість госпіталізації та ранню смертність.

Результати: Основними показаннями були діабетична гангрена стопи (36,70 %), злоякісні пухлини (19,27 %) та хронічні нейропатичні виразки з остеомієлітом (16,51 %). Найчастішим рівнем ампутації була ампутація нижче коліна (51,38 %). Супутня патологія включала цукровий діабет (ЦД) (36,70 %), артеріальну гіпертензію (22,93 %) та ожиріння (20,18 %). Післяопераційні ускладнення спостерігалися у 11,92 % пацієнтів, реампутації – у 8,25 %, рання смертність – 3,67 %, причому всі летальні випадки були пов'язані з неконтрольованим ЦД. Пацієнти з ЦД мали достовірно вищу частоту інфекцій, потребу в повторних втручаннях та реампутаціях. Більшість пацієнтів після стабілізації стану потребували мультидисциплінарної реабілітації та протезування через 6 тижнів після операції.

Висновки: Нетравматичні ампутації нижніх кінцівок найчастіше пов'язані з ускладненнями ЦД, злоякісними пухлинами, хронічними нейропатичними виразками та захворюваннями периферичних артерій. ЦД значно підвищує ризик інфекцій та повторних ампутацій. Забезпечення ранньої діагностики, профілактики та оптимального контролю супутніх станів може зменшити частоту великих ампутацій. Комплексна мультидисциплінарна реабілітація та своєчасне протезування є ключовими факторами успішної соціальної та функціональної реінтеграції пацієнтів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: ампутація нижніх кінцівок; цукровий діабет; злоякісні пухлини; захворювання периферичних артерій; реабілітація; протезування.

Нетравматична ампутація нижньої кінцівки (АНК) є тяжким хірургічним втручанням, яке супроводжується значними функціональними порушеннями та психосоціальними наслідками для ампутованих пацієнтів та їхніх сімей протягом усього наступного життя. Хоча АНК є крайнім хірургічним заходом, її часто призначають як процедуру, що рятує життя, або як метод для покращення якості життя у випадках, коли нижня кінцівка є потенційно нереконструйованою, функціонально ослабленою або ж фатально небезпечною. АНК вважається великою операцією, коли вона проводиться на рівні або вище кісточки. Малою операцією вона вважається, коли проводиться нижче рівня кісточки. Травми, захворювання периферичних артерій (ЗПА), цукровий діабет (ЦД), електричні опіки, обмороження, злоякісні новоутворення, вроджені аномалії кінцівок та хронічні нейропатичні виразки з рефрактерним остеомієлітом є одними з основних показань для АНК [1-3].

У розвинених країнах завдяки модернізованим системам охорони здоров'я та добре налагодженим профілактичним програмам частота нетравматичних АНК постійно знижується, а кількість показань до їх проведення зменшується; проте країни, що розвиваються, продовжують відчувати зростаючу загрозу АНК [4-8].

Метою дослідження став ретроспективний збір та аналіз даних про поширеність, наслідки та прогноз нетравматичних АНК для створення практичної основи, яка допоможе поліпшити результати лікування, реабілітації та протезування пацієнтів у майбутньому.

Матеріали та методи. Дане аналітичне ретроспективне дослідження було проведено протягом 4 років, з січня 2021 року по грудень 2024 року.

© А. О. Голяченко, І. Р. Мисула, О. А. Голяченко, І. С. Козачок, 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

Дослідження проводилося в Комунальному некомерційному підприємстві «Київська міська клінічна лікарня № 7» Виконавчого органу Київської міської ради (Київська міська державна адміністрація). Дослідження проводилося відповідно до етичних протоколів, затверджених Гельсінською декларацією у редакції 2013 року. Анонімність учасників була гарантована. Для аналізу обрано дизайн описової серії випадків, оскільки дослідження мало на меті описати поточний стан нетравматичних АНК в популяції та надати систематичну інформацію про досліджуване питання.

В дослідження були включені всі пацієнти незалежно від статі та віку, яким було проведено АНК за нетравматичними показаннями за вказаний період. Пацієнти, яким було проведено АНК за гострими травматичними показаннями були виключені.

Первинний діагноз встановлювався на основі анамнезу, клінічного обстеження та додаткових методів досліджень. Перед проведенням ампутацій у пацієнтів з ЦД та ЗПА проводилося обстеження судин за допомогою дуплексного ультразвукового дослідження, комп'ютерної томографічної ангіографії або магнітно-резонансної ангіографії. Зібрані дані включали демографічний та клінічний профіль пацієнтів, частотний розподіл показань для нетравматичних ампутацій нижньої кінцівки, рівень ампутацій, уражену сторону, супутні захворювання, післяопераційні ускладнення, тривалість перебування в лікарні серед госпіталізованих пацієнтів, необхідність повторної операції у вигляді реампутацій вищого рівня та смертність протягом 1 місяця після ампутації.

Усі пацієнти, яким проводилися великі ампутації, були госпіталізовані, тоді як більшість пацієнтів, яким проводилися малі ампутації, знаходились під постійним амбулаторним наглядом. З метою лікування супутніх захворювань, зокрема таких як місцева або системна бактеріальна інфекція, ЦД, ЗПА або будь-які інші специфічні клінічні стани, застосовувалося стандартне лікування. Перед проведенням ампутацій пацієнтам призначалися профілактичні дози ін'єкційних антибіотиків. Контроль за допомогою турнікету застосовувався для проведення ампутацій у плановому режимі, за винятком випадків ЦД, ЗПА та дезартикуляції кульшового суглоба.

Дані були піддані статистичному аналізу за допомогою IBM-SPSS для Windows версії 21. Кількісні дані, наприклад вік, були виражені як середнє ± стандартне відхилення. Категоріальні дані, зокрема стать і уражена сторона, були представлені як частота випадків і відсотки. Окрім того, пацієнти були розділені на групу з ЦД і групу без ЦД для проведення аналізу результатів у підгрупах. Відсотки різних змінних порівнювали за допомогою критерію Фішера, $p < 0,05$ вважали статистично значущим.

Результати дослідження та їх обговорення. Загалом в дослідження було включено 109 пацієнтів, з них 68 (62,38%) чоловіків і 41 (37,62%) жінка. Вік пацієнтів коливався від 35 до 71 року, середній вік становив 54,35 ± 11,38 року.

Показання до ампутації наведені на рисунку 1. Серед пацієнтів спостерігалися різні супутні захворювання, зокрема ЦД (n = 40; 36,70%), ожиріння (n = 22; 20,18%), гіпертонія (n = 25; 22,93%), ішемічна хвороба серця (n = 12; 11,01%), куріння (n = 9; 8,25%) та хвороба Бюргера (n = 2; 1,83%).

Частіше ураження спостерігалося з правого боку (n = 65; 59,63%), рідше – з лівого (n = 39; 35,77%) та двостороннє ураження у 5 (4,58%) пацієнтів. До стаціонару було госпіталізовано 81 (74,31%) пацієнта, в той час як 28 (25,69%) пацієнтів отримували лікування в амбулаторних умовах.

Різні види ампутацій, виконані пацієнтам, показані на рисунку 2. До вторинних процедур належали відтермінування первинного закриття поверхневих шарів рани (n = 21 10 ; 9,17%), VAC-терапія (n = 15 8; 7,34%) та реампутація на вищому рівні (n = 17 9; 8,25%).

Серед ускладнень спостерігалися інфекція/нагноєння рани (n = 13; 11,92%), набряк кукси (n = 6; 5,50%), фантомний біль у кінцівці (n = 4; 3,67%), утворення бурси в ділянці кукси (n = 2; 1,83%), контрактура колінного суглоба (n = 1; 0,92%) та надмірне розростання кісткової тканини (n = 1; 0,92%).

Тривалість перебування в лікарні серед госпіталізованих пацієнтів (n = 81) становила від 7 до 28 днів, із середнім терміном 9,73 ± 4,51 днів. Летальність серед госпіталізованих пацієнтів становила 3,67 %, зокрема зафіксовано 4 летальних випадки, всі ці пацієнти мали неконтрольований діабет на момент госпіталізації. У таблиці 1 наведено підсумкові дані щодо клінічної картини та результатів лікування включених до дослідження пацієнтів. У таблиці 2 наведено порівняння показників результатів між пацієнтами групи з ЦД та групи без ЦД.

Проведений постфактум аналіз потужності даних нашого дослідження показав, що вона склала 70% (табл. 2).

В подальшому пацієнтам необхідна комплексна мультидисциплінарна реабілітація із протезуванням, в залежності від типу ампутації. Дане ретроспективне дослідження є спробою встановити демографічний та клінічний профіль пацієнтів з нетравматичною ампутацією нижньої кінцівки, які проходять відновне лікування із протезуванням.

В нашому дослідженні більше половини учасників становили пацієнти віком від 50 до 63 років. У кількох опублікованих дослідженнях повідомляється про різну найчисельнішу вікову групу серед пацієнтів з нетравматичною ампутацією нижньої

Рис. 1. Показання до ампутації у пацієнтів, що брали участь у дослідженні (n=109)

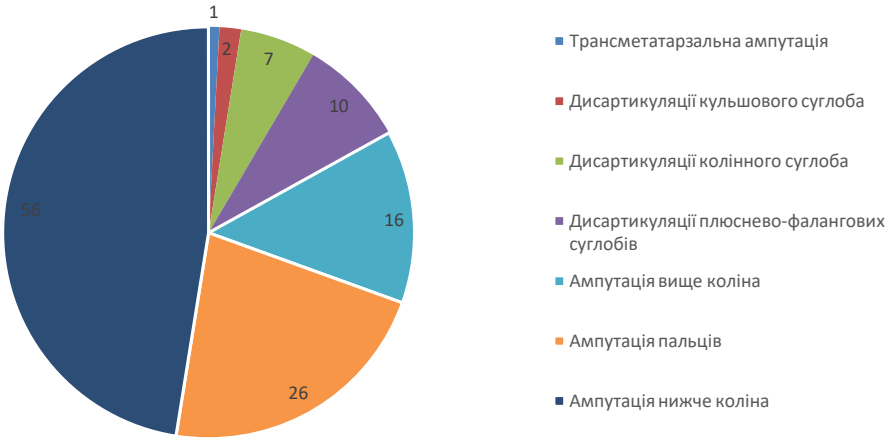

Рис. 2. Типи ампутацій, виконаних у пацієнтів (n=118)

Таблиця 1

Клінічні характеристики та результати лікування пацієнтів (n = 109)

Показник	Частка пацієнтів (%)
Вік	Середній вік 54,25±11,49 років (в межах від 7 до 71 року)
Стать	
Чоловіки	68 (62,38%)
Жінки	41 (37,62%)
Показання до ампутації:	
Діабетична гангрена стопи	40 (36,70%)
Злоякісні пухлини кісток/м'яких тканин	21 (19,27%)
Хронічні нейропатичні виразки з остеомієлітом	18 (16,51%)
Реконструкція раніше виконаних дисфункціональних ампутацій	14 (12,84%)
Вроджені деформації стопи	8 (7,34 %)
Захворювання периферичних артерій	5 (4,59%)
Залежні пацієнти з кінцівками, що загрожують життю	2 (1,83%)
Невдала корекція деформованого суглоба за методом Ілізарова	1 (0,91%)
Супутні захворювання та пов'язані стани:	
Цукровий діабет	40 (36,70%)

Продовження таблиці 1

Ожиріння	22 (20,18%)
Артеріальна гіпертензія	25 (22,93%)
Ішемічна хвороба серця	12 (11,01%)
Куріння	9 (8,25%)
Хвороба Бюргера	2 (1,83%)
Сторона ураження:	
Права	65 (59,63%)
Ліва	39 (35,77%)
Двобічно	5 (4,58%)
Госпіталізація:	
Стаціонарне лікування	81 (74,31%)
Денний стаціонар	28 (25,68%)
Тип/рівень ампутації:	
Ампутація нижче колінного суглоба (АНКС)	56 (51,38%)
Ампутація пальців	26 (23,85%)
Ампутація вище колінного суглоба (АВКС)	12 (11,01%)
Дисартикуляція плюснево-фалангового суглоба	10 (9,17%)
Дисартикуляція колінного суглоба	7 (6,42%)
Дисартикуляція кульшового суглоба	2 (1,83%)
Трансметатарзальна ампутація	1 (0,92%)
Додаткові втручання:	
Відстрочене первинне закриття	10 (9,17%)
VAC-терапія	8 (7,34%)
Реампутація на вищому рівні	9 (8,25%)
Наявні післяопераційні ускладнення:	
Інфікування рани/ розходження швів	13 (11,92%)
Набряк кукси	6 (5,50%)
Фантомний біль у кінцівці	4 (3,67%)
Утворення бурси на куксі	2 (1,83%)
Контрактура колінного суглоба	1 (0,92%)
Надмірне розростання кісткової тканини	1 (0,92%)
Кінцеві результати:	
Тривалість перебування в лікарні	Середня тривалість 9,73 ± 4,51 (інтервал від 7 до 28) днів
Смертність	4 (3,67 %)

Таблиця 2

Порівняння результатів клінічної картини та лікування між групою пацієнтів з цукровим діабетом та групою пацієнтів без цукрового діабету (n = 109)

Результат	Група з ЦД n=40	Група без ЦД n=69	p
Наявні ускладнення:			
Інфекція/розходження швів	10 (25%)	3 (2,75%)	<0.001*
Набряк кукси	2 (5%)	4 (5,80%)	0.782
Фантомний біль у кінцівці	1 (2,5%)	3 (2,75%)	1
Утворення бурси на куксі	1 (2,5 %)	1 (1,45%)	0.643
Контрактура колінного суглоба	0(%)	1 (1,45%)	1
Надмірне розростання кісткової тканини	0(%)	1 (1,45%)	1
Необхідність додаткових втручань:			
Відстрочене первинне закриття рани	7 (17,5%)	3 (2,75%)	<0.004*
VAC-терапія	3 (7,5%)	5 (7,25%)	0.787
Реампутація на вищому рівні	9 (22,5%)	0(%)	<0.001*
Рівень смертності:	4 (10 %)	0(%)	<0.001*
<0,05* Достовірний показник Р >0,05 Недостовірний показник Р			

кінцівки. Наприклад, Kayssi та ін. повідомили про середній вік 67 ± 13 років [1].

У даному дослідженні чоловікам частіше проводили ампутації, ніж жінкам. Чоловіча стать є незалежним фактором ризику для ампутації нижніх кінцівок, особливо серед пацієнтів з цукровим діабетом та захворюваннями периферичних артерій. Вважається, що гормональні зміни та зріст впливають на розвиток основного захворювання у чоловіків, хоча точна причина досі залишається невідомою [7, 9-11].

За нашими спостереженнями 36,70 % пацієнтів, які потребували ампутації нижніх кінцівок, мали ускладнення, пов'язані з неконтрольованим або погано контрольованим цукровим діабетом. Неконтрольований ЦД є однією з провідних причин нетравматичних АНК у всьому світі. У глобальному масштабі частка діабетичних ускладнень, що сприяють АНК, коливається від 25% до 90%. Ризик АНК серед пацієнтів з ЦД у 10 разів вищий, ніж у пацієнтів без ЦД. У пацієнтів з ЦД можуть розвиватися місцеві інфекції стоп, хронічні трофічні виразки, остеомієліт і системний сепсис, що в кінцевому підсумку призводить до різних видів ампутацій, як малих, так і великих [11].

У рамках дослідження повторна ампутація на більш високому рівні (ампутація вище колінного суглоба, АВКС) була зафіксована у 9 (8,25%) пацієнтів. Liu та ін. опублікували систематичний огляд та метааналіз ризику повторних ампутацій серед пацієнтів з діабетом [6]. Вони виявили, що загальний рівень повторних ампутацій становив 19 % протягом 1 року, тоді як через 5 років після першої ампутації цей показник становив 37,1 %. Автори даного дослідження зауважили, що рівень повторних ампутацій та тенденції залишалися стабільними протягом останніх 2 десятиліть. Рівень первинної ампутації в першу чергу залежить від стану судин і відсутності сепсису в тканинах кінцівки. Проте, через погане кровопостачання і прогресування інфекції у певного відсотка пацієнтів з діабетом може виникнути необхідність ревізії або повторної ампутації на більш високому анатомічному рівні. В зв'язку із цим первинна консультація цих пацієнтів повинна включати чітке усвідомлення виникнення необхідності таких повторних втручань в майбутньому.

В розвинених країнах завдяки цілій низці заходів було досягнуто значних успіхів у зниженні частоти випадків ампутації нижніх кінцівок у пацієнтів з ЦД. Серед прикладів можна назвати потужні інформаційні кампанії, спрямовані на первинну профілактику, поліпшення контролю глікемії у пацієнтів, яким було встановлено даний діагноз, створення мультидисциплінарних клінік з догляду за стопами та поліпшення контролю пов'язаних з ЦД модифікованих факторів ризику, таких як високий артеріальний тиск і порушення ліпідного профілю [11]. Завдяки високоякісному амбулаторному лікуванню ЦД та більш частим медичним і хірургічним реваскуляризаціям, як зазначають різні автори, підвищився рівень збереження кінцівок і знизився рівень повторної госпіталізації після ампутації [5-7]. З огляду на це, в Україні, слід інтенсивніше впроваджувати досвід розвинених країн, щоб зменшити частоту ампутацій, пов'язаних з ЦД.

В представленому дослідженні 4,59% випадків АНК були виконані внаслідок ускладнень ЗПА. У згаданому вище дослідженні Kayssi та ін. повідомили про 6% частку ЗПА у їх серії випадків АНК, проте слід зауважити, що в країнах Північної Америки ЗПА вважається провідним показанням для АНК [1]. В літературі підкреслюється той факт, що 50% пацієнтів із ЗПА мають ЦД, тоді як решта 50% не страждають на діабет. В опублікованих дослідженнях згадується багато невідворотних підстав для проведення ампутацій пацієнтам із ЗПА, наприклад, постійні епізоди інфекцій м'яких тканин з супутнім остеомієлітом або без нього [4, 5, 7] . Крім того, показаннями для виконання таких ампутацій є невпинне прогресування захворювання з прогресуючим некрозом м'яких тканин і постійним ішемічним болем, що не піддається консервативному лікуванню. Пацієнтам із ЗПА спочатку призначають різні нехірургічні втручання, зокрема застосування статинів, щоб уникнути ампутацій [8].

За результатами дослідження у 16,51 % випадків АНК були виконані з причини остеомієліту, спричиненого хронічними нейропатичними виразками. Існує обмежена кількість опублікованих даних щодо ампутацій у таких пацієнтів. Bendt M та ін. ретроспективно проаналізували 84 дорослих осіб з мієломенінгоцеле та проаналізували соціальні, когнітивні та фізичні обмеження, з якими вони стикалися [9]. У 54 % з них розвинулися пролежні, що потребували виконання великих АНК, до яких належали геміпельвектомія, дизартикуляція стегна, ампутація за Симесом та резекції кукси.

В нашому дослідженні 7,34 % пацієнтів, які потребували АНК, мали вроджені деформації, вади або аномалії нижніх кінцівок, наприклад, синдроми стискаючого кільця з відмиранням кінцівки та нелікованої вродженої вальгусної деформації стопи. АНК показані у випадках вроджених вад нижніх кінцівок з метою відновлення функції за допомогою відповідних протезів. Вроджені вади анатомічно класифікуються як поздовжні вади (гемімелії), поперечні вади (відсутність сегменту в поперечному напрямку) або інтеркалярні вади (відсутність проміжного сегмента нижньої кінцівки). Можливі дефекти великогомілкової або малогомілкової кісток. Ці ситуації оцінюються індивідуально, і спочатку робиться спроба зробити їх функціональними без ампутації, наприклад, за допомогою ортопедичного лікування або

реконструкції кінцівки. Коли ці заходи виявляються неефективними, призначається ампутація на рівні, який поліпшить функціональний стан ампутованого порівняно з його поточним фізичним станом [10].

Згідно результатів дослідження, ампутація нижче колінного суглоба (АНКС) являла найчастіший рівень ампутації, складаючи 51,38 % від усіх виконаних АНК. Gurney та ін. повідомили, що транстибіальні (74%) ампутації були найпоширенішими в їх серії випадків [11]. Kayssi та ін. аналогічно повідомили, що АНКС (61%) була найпоширенішою, далі слідувала АВКС в 22% випадків, а ампутація стопи – в 14% випадків ампутації [1].

Рівень ампутації має значний вплив на енерговитрати при ходьбі. Як правило, чим вищий рівень АНК, тим більші енерговитрати. Кількість енергії та кисню, що витрачається при ходьбі, збільшується із рівнем ампутації, що має важливе значення в подальшій реабілітації та користуванню протезом. Відповідно, швидкість ходьби зменшується із вищим рівнем ампутації. У разі АНКС додаткова енергія (понад базовий рівень), що витрачається на ходьбу при короткій транстибіальній ампутації, середній транстибіальній ампутації та довгій транстибіальній ампутації, становить відповідно 40 %, 25 % та 10 %. У разі АВКС енерговитрати на 50-65 % перевищують базовий рівень [4].

За нашими спостереженнями фантомний біль у кінцівці спостерігався у 3,67 % пацієнтів. В середньому біль зникав протягом 6 місяців при застосуванні різних методів лікування, включаючи нестероїдні протизапальні препарати, амітриптилін, масаж кукси, черезшкірну стимуляцію нервів та заохочення пацієнтів до раннього та регулярного носіння протеза. Отримані в дослідженні дані відповідають результатам інших опублікованих досліджень [12].

За даними Netten та ін., від 4 % до 22 % пацієнтів з АНК помирають протягом першого року після операції [13]. В представленому дослідженні лікарняна смертність становила 3,67 %.

Висновки

1. Більшість пацієнтів, яким було проведено ампутацію, страждали на діабетичну гангрену стопи, злоякісні новоутворення та хронічні нейропатичні виразки з остеомієлітом.

2. Найпоширенішими супутніми захворюваннями виявилися цукровий діабет, ожиріння та артеріальна гіпертензія.

3. Інформування та освіта населення можуть забезпечити своєчасне звернення за медичною допомогою та допомогти уникнути необхідності великих ампутацій в багатьох випадках.

4. Надання пацієнтам із ампутацією комплексної мультидисциплінарної реабілітації із наступним якісним протезуванням сприятиме кращій реінтеграції пацієнтів у суспільство, допомагаючи їм стати його повноцінними членами.

Перспективи подальших досліджень. Дане дослідження має певні сильні сторони, а також ряд обмежень. Першою сильною стороною є те, що воно зосереджено на описовій епідеміології нетравматичних ампутацій нижньої кінцівки в клінічних умовах. По-друге, воно надає цінну інформацію, порівнюючи демографічні та клінічні характеристики пацієнтів з діабетом та без діабету, які потребують ампутації. Одним з обмежень дослідження є те, що воно не було спрямоване на демонстрацію взаємозв'язку між результатами передопераційної візуалізації та рівнем ампутації в кінцевому підсумку. В майбутньому слід провести добре сплановане дослідження для встановлення прогностичної ролі передопераційних візуалізаційних досліджень серед пацієнтів з діабетом у прогнозуванні кінцевого рівня ампутації.

Інформація про фінансування. Дана наукова робота виконувалася в рамках міжкафедральної науково-дослідної роботи «Комплексний підхід з впровадження інноваційних підходів інтеграції нейром'язових інтерфейсів у протезуванні кінцівок для оптимізації реабілітації пацієнтів з ампутаціями» (державний реєстраційний номер: 0125U000100), що реалізується у 2025-2027 роках. Виконавцем зазначеної науково-дослідної роботи є Державний вищий навчальний заклад «Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України».

Інформація щодо наявності/відсутності конфлікту інтересів. Автори декларують відсутність конфлікту інтересів при виконанні дослідження, авторства та публікації даної статті. Джерело фінансування – власні кошти авторів.

Внесок кожного з авторів згідно таксономії CrediT. Голяченко А. О. – концепція і дизайн, збір даних, написання статті. Мисула І. Р. –концепція і дизайн, збір даних, аналіз даних. Голяченко О. А. –аналіз даних, редагування, фінальне затвердження. Козачок І. С. – збір даних, аналіз, написання статті

Дотримання етичних норм. Дослідження проводилося з дотриманням принципів Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень із залученням людини як об'єкта дослідження» у редакції 2013 року. Всі пацієнти дали письмову інформовану згоду на збір та обробку клінічного матеріалу. Учасники мали право у будь-який момент відмовитися від участі без вказання причин. Для участі в дослідженні осіб, які мали обмежену дієздатність, згода була отримана від їх законних представників. Дані вносились в базу даних для подальшого аналізу в анонімізованій формі.

Список літератури

1. Kayssi A., Mestral C. D., Forbes T. L., Nagle G. R. A Canadian population-based description of the indications for lower-extremity amputations and outcomes. Canadian Journal of Surgery. 2016. Vol. 59, No. 2. P. 99-106.
2. Saaiq M. Epidemiology and outcome of childhood electrical burn injuries at Pakistan Institute of Medical Sciences Islamabad, Pakistan. Journal of Burn Care & Research. 2016. Vol. 37, No. 2. P. e174-e180.
3. Aljarrah Q., Allouh M. Z., Bakkar S., Aleshawi A., Obeidat H., Hijazi E. et al. Major lower extremity amputation: a contemporary analysis from an academic tertiary referral centre in a developing community. BMC Surgery. 2019. Vol. 19. P. 170.
4. Ertl J. P., Panchbhavi V. K., Brackett J. W., Ertl W., Pritchett J. W., Talavera F. et al. Lower-extremity amputations [Internet]. Updated: 2023, Jul 26. Available from: https://emedicine.medscape.com/article/1232102 (date of access: 07.06.2025).
5. Imam B., Miller W. C., Finlayson H. C., Eng J. J., Jarus T. Incidence of lower limb amputation in Canada. Canadian Journal of Public Health. 2017. Vol. 108, No. 4. P. e374-e380.
6. Liu R., Petersen B. J., Rothenberg G. M., Armstrong D. G. Lower extremity reamputation in people with diabetes: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open Diabetes Research & Care. 2021. Vol. 9. P. e002325.
7. Gabel J., Jabo B., Patel S., Kiang S., Bianchi C., Chiriano J. et al. Analysis of patients undergoing major lower extremity amputation in the vascular quality initiative. Annals of Vascular Surgery. 2018. Vol. 46. P. 75-82.
8. Arya S., Khakharia A., Binney Z. O., DeMartino R. R., Brewster L. P., Goodney P. P. et al. Association of statin dose with amputation and survival in patients with peripheral artery disease. Circulation. 2018. Vol. 137, No. 14. P. 1435-1446.
9. Bendt M., Gabrielsson H., Riedel D. et al. Adults with spina bifida: A cross-sectional study of health issues and living conditions. Brain and Behavior. 2020. Vol. 10. P. e01736. DOI: https://doi.org/10.1002/brb3.1736
10. Saaiq M., Zimri F. K., Zaman K. U. Successful treatment of well-developed accessory lower limb associated with spinal dysraphism. World Journal of Plastic Surgery. 2020. Vol. 9, No. 1. P. 73-81.
11. Gurney J. K., Stanley J., York S. et al. Risk of lower limb amputation in a national prevalent cohort of patients with diabetes. Diabetologia. 2018. Vol. 61, No. 3. P. 626-635. DOI: https://doi.org/10.1007/s00125-017-4488-8
12. Kaur A., Guan Y. Phantom limb pain: A literature review. Chinese Journal of Traumatology. 2018. Vol. 21. P. 366-368.
13. Netten J. V. van, Fortington L. V., Hinchliffe R. J., Hijmans J. M. Early postoperative mortality after major lower limb amputation: A systematic review of population and regional-based studies. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery. 2016. Vol. 51, No. 2. P. 248-258.

References

1. Kayssi, A., Mestral, C. D., Forbes, T. L., & Nagle, G. R. (2016). A Canadian population-based description of the indications for lower-extremity amputations and outcomes. Canadian Journal of Surgery, 59(2), 99-106.
2. Saaiq, M. (2016). Epidemiology and outcome of childhood electrical burn injuries at Pakistan Institute of Medical Sciences Islamabad, Pakistan. Journal of Burn Care & Research, 37(2), e174-e180.
3. Aljarrah, Q., Allouh, M. Z., Bakkar, S., Aleshawi, A., Obeidat, H., Hijazi, E., Alzoubi, K. H. (2019). Major lower extremity amputation: A contemporary analysis from an academic tertiary referral centre in a developing community. BMC Surgery, 19, 170.
4. Ertl, J. P., Panchbhavi, V. K., Brackett, J. W., Ertl, W., Pritchett, J. W., & Talavera, F. (Updated: 2023, Jul 26). Lower-extremity amputations. Retrieved June 7, 2025, from https://emedicine.medscape.com/article/1232102
5. Imam, B., Miller, W. C., Finlayson, H. C., Eng, J. J., & Jarus, T. (2017). Incidence of lower limb amputation in Canada. Canadian Journal of Public Health, 108(4), e374-e380.
6. Liu, R., Petersen, B. J., Rothenberg, G. M., & Armstrong, D. G. (2021). Lower extremity reamputation in people with diabetes: A systematic review and meta-analysis. BMJ Open Diabetes Research & Care, 9, e002325.
7. Gabel, J., Jabo, B., Patel, S., Kiang, S., Bianchi, C., Chiriano, J., & Mell, M. (2018). Analysis of patients undergoing major lower extremity amputation in the vascular quality initiative. Annals of Vascular Surgery, 46, 75-82.
8. Arya, S., Khakharia, A., Binney, Z. O., DeMartino, R. R., Brewster, L. P., & Goodney, P. P. (2018). Association of statin dose with amputation and survival in patients with peripheral artery disease. Circulation, 137(14), 1435-1446.
9. Bendt, M., Gabrielsson, H., Riedel, D., & Jørgensen, S. (2020). Adults with spina bifida: A cross-sectional study of health issues and living conditions. Brain and Behavior, 10, e01736. https://doi.org/10.1002/brb3.1736
10. Saaiq, M., Zimri, F. K., & Zaman, K. U. (2020). Successful treatment of well-developed accessory lower limb associated with spinal dysraphism. World Journal of Plastic Surgery, 9(1), 73-81.
11. Gurney, J. K., Stanley, J., York, S., & Sarfati, D. (2018). Risk of lower limb amputation in a national prevalent cohort of patients with diabetes. Diabetologia, 61(3), 626-635. https://doi.org/10.1007/s00125-017-4488-8
12. Kaur, A., & Guan, Y. (2018). Phantom limb pain: A literature review. Chinese Journal of Traumatology, 21, 366-368.
13. van Netten, J. V., Fortington, L. V., Hinchliffe, R. J., & Hijmans, J. M. (2016). Early postoperative mortality after major lower limb amputation: A systematic review of population and regional-based studies. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 51(2), 248-258.

NON-TRAUMATIC LOWER LIMB AMPUTATIONS: EPIDEMIOLOGY, INDICATIONS, COMORBIDITIES, CLINICAL OUTCOMES, AND SPECIFIC ASPECTS OF POST-AMPUTATION REHABILITATION AND PROSTHETIC MANAGEMENT

A. O. Golyachenko[1], I. R. Mysula[1], O. A. Holyachenko[2], I. S. Kozachok[1]
[1]Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine
[2]Amosov National Scientific Center of Cardiovascular Surgery and Hereditary Pathology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Purpose: retrospective collection and analysis of data on the prevalence, consequences, and prognosis of non-traumatic ANCs to create a practical basis that will help improve the results of treatment, rehabilitation, and prosthetics for patients in the future.

Materials and methods. An analytical retrospective study of a series of cases was conducted during 2021-2024 in clinical institutions in Ukraine. The sample included 109 patients aged 35-71 years who underwent non-traumatic lower limb amputations. Demographic, clinical, and instrumental data, indications for amputation, level and type of intervention, concomitant diseases, frequency of complications, repeat operations, length of hospitalization, and early mortality were collected.

Results: The main indications were diabetic gangrene of the foot (36,70%), malignant tumors (19.27%), and chronic neuropathic ulcers with osteomyelitis (16,51%). The most common level of amputation was below the knee (51,38%). Comorbidities included diabetes mellitus (36,70%), arterial hypertension (22,93%), and obesity (20,18%). Postoperative complications were observed in 11,92% of patients, reamputations in 8,25%, and early mortality in 3,67%, with all fatalities associated with uncontrolled diabetes. Patients with diabetes mellitus had a significantly higher incidence of infections, the need for repeat interventions, and reamputations. Most patients required multidisciplinary rehabilitation and prosthetics 6 weeks after surgery once their condition had stabilized.

Conclusions. Non-traumatic lower limb amputations are most often associated with complications of diabetes mellitus, malignant tumors, chronic neuropathic ulcers, and peripheral artery disease. Diabetes mellitus significantly increases the risk of infections and repeat amputations. Early diagnosis, prevention, and optimal control of comorbidities can reduce the frequency of major amputations. Comprehensive multidisciplinary rehabilitation and timely prosthetics are key factors in the successful social and functional reintegration of patients.

KEY WORDS: lower limb amputation; diabetes mellitus; malignant tumors; peripheral artery disease; rehabilitation; prosthetics.

Дата першого надходження статті до видання: 17.03.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 22.04.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.05.2026

Відомості про авторів:
Голяченко Андрій Олександрович – доктор медичних наук, професор, професор кафедри медичної реабілітації, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID https://orcid.org/0000-0003-2695-0023
Мисула Ігор Романович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри медичної реабілітації, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID https://orcid.org/0000-0001-5830-0186
Голяченко Олександр Андрійович – PhD, лікар хірург судинний, Національний науковий центр серцево-судинної хірургії та спадкової патології імені М. М. Амосова НАМН України; ORCID https://orcid.org/0000-0003-1583-0894
Козачок Ілля Сергійович – здобувач другого рівня вищої освіти, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України; ORCID: https://orcid.org/0009-0003-6839-9820

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

УДК 613.9:612.65
DOI https://doi.org/10.11603/1681-2786.2026.2.16398

Н. В. ГОРЛАЧУК[1], Н. О. СТЕЦЕНКО[2]

ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ОБІЗНАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ ЩОДО ВПЛИВУ РАЦІОНАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ НА ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я

[1]Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна
[2]Національний університет харчових технологій, м. Київ, Україна

Мета: Проведення медико-соціологічного дослідження рівня обізнаності населення щодо впливу раціонального харчування на зміцнення здоров'я людини та профілактику хронічних неінфекційних захворювань.

Матеріали і методи: Дослідження проводилося на протязі 2025 року і охопило 250 респондентів різного віку та статі, які були пацієнтами амбулаторних закладів у місті Тернопіль. Методи дослідження включали теоретичний аналіз літературних джерел, медико-соціологічний (анкетування), математико-статистичний, системний аналіз та логічне узагальнення.

Результати: Встановлено, що третина опитаного населення 34,3 % перебуває у доброму стані здоров'я; 48,8 % повідомили про наявність хронічних захворювань серцево-судинної, видільної систем та ШКТ; 12,3 % респондентів страждають на цукровий діабет та 4,6 % – на ожиріння. Незважаючи на це, лише 28,7 % респондентів дотримуються принципів здорового харчування, а 71,3 % зловживає «шкідливою» їжею та порушує режим харчування. Також встановлено, що 66,0 % респондентів не мають достатньої інформації про здорове харчування; 95,0 % висловили бажання покращити свої знання щодо його основ.

Висновки: Визначено, що раціональне харчування є найважливішим чинником життєдіяльності організму, який забезпечує здоров'я та працездатність людини, здатність протистояти несприятливим чинникам довкілля, а також визначає якість і тривалість життя. У статті обґрунтовано комплекс заходів щодо організації інформаційно-просвітницької діяльності фахівців громадського здоров'я з метою зміцнення здоров'я населення та профілактики хронічних неінфекційних захворювань через раціональне харчування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: раціональне харчування; збалансоване харчування; фізична активність; здоровий спосіб життя; зміцнення здоров'я.

Стан здоров'я людини передусім визначається сукупністю чинників, серед яких провідне місце посідає спосіб життя. Найповніше взаємозв'язок між способом життя та рівнем здоров'я відображається у понятті «здоровий спосіб життя», важливою складовою якого є раціональне харчування. Упродовж останніх десятиліть проблема харчування людини набула особливої актуальності, оскільки правильно організований раціон забезпечує нормальний перебіг процесів росту й розвитку організму, підтримує обмін речовин і сприяє збереженню здоров'я. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, незбалансоване харчування у поєднанні з недостатньою фізичною активністю належить до основних глобальних факторів ризику для здоров'я населення.

Раціональне харчування в сучасному світі набуває особливого значення як ключовий фактор підтримання здоров'я та покращення якості життя. За інформацією Всесвітньої організації охорони здоров'я, приблизно 60% усіх захворювань пов'язані з незбалансованим раціоном

Раціональне харчування виступає ключовою основою для підтримання здоров'я, запобігання хронічним хворобам і покращення якості життя. Сучасні наукові дані доводять, що харчові звички безпосередньо впливають на стан імунної системи, когнітивні здібності та ймовірність розвитку таких захворювань, як діабет, серцево-судинні недуги й ожиріння [1-2]. Зокрема, підходи до харчування, що передбачають збалансоване споживання макро- та мікронутрієнтів, сприяють зміцненню імунітету. Це особливо важливо для людей, які зазнають значних фізичних або психоемоційних навантажень, зокрема під час інтелектуальної діяльності. Водночас як дефіцит, так і надлишок окремих поживних речовин може порушувати імунну рівновагу, підвищуючи ризик інфекційних і запальних процесів. Окрім цього, харчування суттєво впливає на метаболізм: дослідження показують, що раціони, багаті на омега-3 жирні кислоти, антиоксиданти та мікроелементи, позитивно позначаються на роботі мозку [3].

© Н. В. Горлачук, Н. О. Стеценко, 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

Мета роботи: Проведення медико-соціологічного дослідження рівня обізнаності населення щодо впливу раціонального харчування на зміцнення здоров'я людини та профілактику хронічних неінфекційних захворювань..

Матеріали і методи. Теоретичний аналіз літературних джерел за темою дослідження; медико-соціологічний (анкетування)− для визначення дотримання населенням принципів здорового харчування, а також розуміння його значення для профілактики хронічних неінфекційних захворювань; математико-статистичний − для обробки та аналізу результатів дослідження;

Опитування проводилося за допомогою розробленої анкети, яка містила 10 запитань. Анкета була анонімною і не містила жодних посилань на авторів статті у відповідях. Отримані результати використовувалися виключно з науковою метою. Збір, обробка та аналіз результатів дослідження здійснювалися на персональному комп'ютері з використанням програмного пакета MS Excel, який дозволяє застосовувати методи статистичної обробки даних. Від усіх респондентів, залучених до дослідження, було отримано добровільну згоду на участь в опитуванні.

Результати дослідження та обговорення. Раціональне харчування є одним із визначальних чинників, що сприяють збереженню здоров'я, подовженню тривалості життя та підтриманню високої працездатності. У сучасних умовах проблема збалансованого раціону стає особливо актуальною через зростання кількості хронічних захворювань, вплив глобалізаційних процесів на харчування та екологічні виклики. Повноцінне харчування забезпечує організм необхідними макро- і мікронутрієнтами, які підтримують фізичне й психічне благополуччя[4].

Дефіцит таких речовин, як залізо, омега-3 жирні кислоти чи вітаміни групи В, може призводити до порушень когнітивних функцій, розвитку депресивних станів і зниження продуктивності. Водночас збалансований раціон допомагає зменшити ризик серцево-судинних, онкологічних та ендокринних захворювань, зокрема діабету другого типу [5].

Сучасне суспільство також стикається з проблемою надмірного споживання перероблених продуктів, що містять велику кількість цукру, трансжирів і штучних добавок. Це сприяє поширенню ожиріння, яке, за даними ВООЗ, уже охоплює понад третину дорослого населення світу. Водночас зростає інтерес до здорового способу життя, що популяризує такі підходи, як веганство, палеодієта та інтервальне голодування[6]. Продукти, що становлять основу раціону, повинні бути багаті антиоксидантами та мікроелементами, особливо селеном, вітамінами D та B12, фолієвою кислотою, а також клітковиною. За даними ряду авторів, вони здатні знизити частоту виникнення раку молочної залози, колоректального раку та раку передміхурової залози на 60-70%, раку легень на 40-50% [7,8]. Дослідження, проведені E. Demir та Y.Bilgic на мишах, виявили, що дієта збагачена насінням чиа корелювала з підвищенням концентрації вітаміну B12 в крові [9].

У роботах багатьох дослідників позитивно оцінюється включення до раціону фруктів (4-6 порцій на день) та овочів (2-3 порції на день), цільнозернових компонентів (цільнозерновий хліб, макаронні вироби з твердих сортів пшениці, рис). Бобові, горіхи, коренеплоди, насіння та оливкова олія є джерелом метаболічно активних жирних кислот і сприяють зниженню споживання насичених жирних кислот [7]. Вживання томатів у їжу сприяє регуляції артеріального тиску та профілактику атеросклерозу, тому що у їх складі міститься лікопін – один із потужних та активних антиоксидантів та найбільш переважний каротиноїд у плазмі крові людини. [10] .

Включення до раціону цитрусових (апельсини, грейпфрут, лимон та ін.), потужного джерела аскорбінової кислоти, що здійснює вплив на судинну стінку, що чинить антиоксидантну та імуностимулюючу дію, значно знижує рівень захворюваності раку стравоходу, що відображено в роботах JL Rowles, K.M. Ranar та C.C. Applegate [11].

Дотримання принципів раціонального харчування з акцентом на різноманітні фрукти й овочі, цільнозернові продукти, рибу та морепродукти, а також обмеження вживання червоного й переробленого м'яса та солодощів може суттєво сприяти збереженню когнітивного здоров'я. Дослідження показують, що позитивний ефект такого харчування спостерігається навіть тоді, коли його починають дотримуватися у старшому віці. Серед різних підходів до здорового харчування найбільш вивченою є середземноморська дієта, яка довела свою ефективність у підтримці когнітивних функцій і зниженні ризику когнітивних порушень[12].

За результатами досліджень японських учених, оптимальним рівнем добової рухової активності є проходження приблизно 10 км пішки або виконання 5–7 км легкого бігу. Згідно з рекомендаціями експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, для підтримання високої працездатності кожній людині доцільно щодня приділяти близько 20 хвилин фізичній активності інтенсивністю 4–5 ккал за хвилину .

Отже, інтенсивність обмінних процесів значною мірою визначається рівнем фізичного навантаження та збалансованістю харчування. Для нормального функціонування організму необхідно отримувати всі компоненти харчових продуктів у достатній кількості та оптимальному співвідношенні: білки, жири, вуглеводи, вітаміни, мінеральні речовини та воду.

Аналіз соціально-демографічних характеристик респондентів показав, що в анкетуванні взяли участь 176 (70 %) жінок і 74 (30 %) чоловіків таких вікових груп: 18 – 29 років − 15,0 %, 30 – 39 років − 21,0 %, 40–49 років − 27,0 %, 50–59 років − 16,0 %, 60 – 69 років −17,0 %, понад 70 років − 4,0 %.

Розподіл відповідей на запитання «Чи дотримуєтеся ви принципів збалансованого та раціонального харчування?», показує, що лише незначна частка респондентів свідомо дотримується правил харчування та контролює свій раціон (28,7%). Переважна більшість опитаних (71,3 %) зазначили, що не дотримуються правил здорового (раціонального) харчування.

Встановлено, що майже половина респондентів 52,3 % оцінили свій стан здоров'я як «задовільний», 38,9,0 % − як «добрий», а 8,8 % − як «поганий». Такий розподіл може бути пов'язаний із тим, що опитування проводилося в амбулаторно-поліклінічних закладах, де пацієнти зазвичай звертаються за медичною допомогою через наявні захворювання. З'ясовано, що 46,0 % респондентів вживають алкоголь кілька разів на місяць, 18,0 % − кілька разів на рік, а 20,0 % − взагалі не вживають. Варто зазначити, що, за даними наукових досліджень, регулярне або часте вживання алкоголю призводить до функціональних порушень, які з часом переходять в органічні. Унаслідок цього розвиваються серйозні захворювання, такі як гастрит, гепатит, цироз печінки, панкреатит, хронічні захворювання легень , інсульти та інфаркти

Аналіз відповідей на запитання щодо наявності хронічних захворювань показав, що лише 34,3 % здорові, а 65,7 % респондентів зазначили, що вони мають хронічні захворювання різного характеру. Серед них лише 80,0 % перебувають під постійним наглядом сімейного лікаря або іншого спеціаліста. При уточненні видів хронічних захворювань встановлено, що більшість респондентів мають серцево-судинні захворювання − 18,8 %, цукровий діабет 12,3 % та ожиріння − 4,6 %, захворювання жовчного міхура та жовчовивідних шляхів − 5,3 %, захворювання печінки та нирок − відповідно 8,6 % і 7,8 %, сечокам'яну хворобу − 4,9 %, Найменшу частку становлять захворювання шлунково-кишкового тракту − 3,4 %, дані представлені на рис. 1.

Водночас, 67,0 % респондентів споживають надмірну кількість маринованих продуктів і консервів; 74,5 % − цукру та солодощів; 62,8 % − жирної, копченої та смаженої їжі; 44,3 % − хлібобулочних виробів; 37,9 % − фастфуду.

Результати анкетування також свідчать, що майже 100,0 % респондентів мають різного роду скарги на стан здоров'я. Так, понад третина опитаних 38,0 % зазначають, що страждають від частих головних болів, 27,0 % відчувають постійну втому, а 22,0 % мають труднощі з концентрацією уваги. Найменша частка 13,0 % повідомляє про періодичний біль у животі, причинами якого вони називають переїдання, нерегулярне харчування або харчування поза домом.

Відповідаючи на запитання «Чи контролюєте ви рівень глюкози в крові?», більше половини респондентів 55,3 % зазначили, що «систематично» здають аналізи крові для контролю цього показника. Понад третина опитаних 36,0 % повідомили, що перевіряють рівень глюкози лише за направленням або рекомендацією лікаря. Лише 35,0 % респондентів проходили ліпідне обстеження. Серед тих, хто його проходив, чверть зазначила підвищений рівень холестерину в крові 23,0 %, що є основним чинником ризику розвитку багатьох серцево-судинних захворювань, які можуть становити загрозу для життя. Підвищені рівні сечовини та креатиніну є показником порушень білкового обміну. Розподіл відповідей на запитання «Чи перевіряєте ви рівень сечовини та креатиніну?» показав, що лише 10,0 % респондентів систематично проходять такі обстеження.

Брак часу, тривалі години роботи або навчання, недосипання, надмірне навантаження, фінансові труднощі тощо часто унеможливлюють приготування їжі та регулярне і збалансоване харчування,

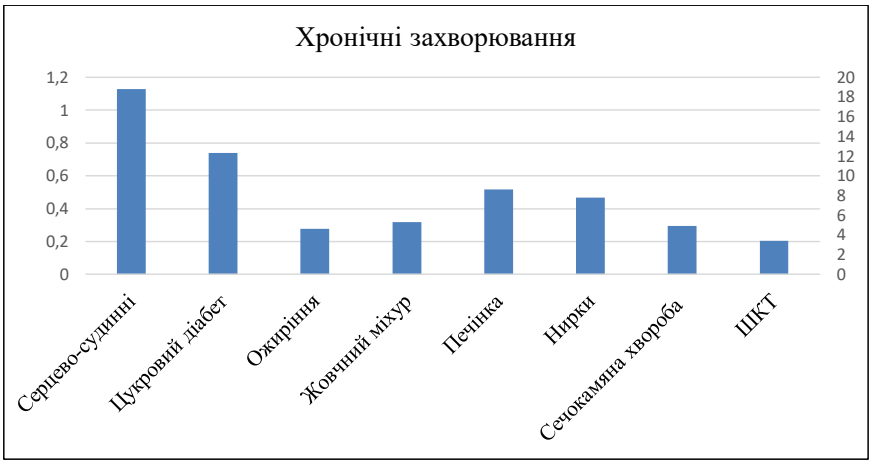

Рис. 1. Статистичний аналіз хронічних захворювань у респондентів

що призводить до перекусів між основними прийомами їжі, споживання фастфуду або харчування поза домом. Наше дослідження показало, що більшість респондентів нехтують правилами харчування, причому значна частина з них харчується лише двічі на день.

Аналіз відповідей респондентів свідчить, що лише половина опитаних снідає вранці перед виходом на роботу чи навчання 53,0 %. Щодо часу сніданку отримано такі результати: більшість респондентів 86,0 % снідають у період з 6:00 до 9:00, тобто безпосередньо перед виходом, тоді як приблизно шоста частина 14,0 % − після 9:00. Як правило, це швидкий перекус або сніданок у закладах громадського харчування. Молодші респонденти зазначили, що нехтують сніданком через брак часу і переважно віддають перевагу каві або чаю замість повноцінного прийому їжі.

Як пояснюють лікарі та дієтологи, здорове харчування ґрунтується на трьох основних принципах: різноманітності, збалансованості та помірності. Цих принципів слід дотримуватися у своєму раціоні постійно.

Принцип різноманітності − їжа, яку ми споживаємо, має бути різною. Вживання одного й того самого призводить до звикання, і їжа починає здаватися несмачною. Це обмежує здатність організму отримувати повний спектр поживних речовин і вітамінів із різних продуктів. Звикання призводить до того, що організм не відчуває повного насичення, і, як наслідок, збільшується споживання їжі, що спричиняє набір ваги. Саме тому важливо поєднувати різні продукти у своєму раціоні.

Принцип збалансованості − під час кожного основного прийому їжі, організм має отримувати раціональне співвідношення білків, жирів, вуглеводів, води, клітковини, вітамінів і мінералів.

Принцип помірності полягає в тому, що кількість спожитої їжі повинна повністю покривати енергетичні витрати організму, але не перевищувати їх .

Підсумовуючи результати дослідження сутності раціонального харчування та його впливу на зміцнення громадського здоров'я, пропонуємо такі напрями інформаційно-просвітницької діяльності у сфері громадського здоров'я:

1. Використовувати інтернет-платформи Центру громадського здоров'я України та регіональних центрів контролю і профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України для розміщення просвітницьких матеріалів, щодо дієтичного харчування для різних груп за віком, наявними захворюваннями, рівнем енергетичних витрат, а також для дітей і вагітних жінок.

2. Проводити інформаційно-просвітницькі заходи фахівцями регіональних центрів контролю і профілактики хвороб МОЗ України в територіальних громадах (заклади освіти, підприємства тощо) з метою популяризації здорового харчування, зокрема дієтичного, для профілактики хронічних неінфекційних захворювань.

3. Поширювати та систематично оновлювати інформацію про дієтичні меню для профілактики й лікування різних захворювань у популярних соціальних мережах (YouTube, WhatsApp, Facebook, TikTok тощо).

4. Створювати та поширювати короткі відео про здорове харчування в медіа, орієнтовані на дітей і молодь, використовуючи анімацію, сучасну музику тощо, популяризуючи різні продукти, щоденне споживання овочів, фруктів і молочних продуктів, а також обмеження жирів, солі та цукру.

Висновок. Визначено, що раціональне харчування є найважливішим чинником життєдіяльності організму, який забезпечує здоров'я та працездатність людини, здатність протистояти несприятливим чинникам довкілля, а також визначає якість і тривалість життя. Однією з причин багатьох захворювань є споживання нездорової їжі та неправильний питний режим. Збалансований раціон є невід'ємною складовою здорового способу життя. Він допомагає підтримувати нормальний стан здоров'я, контролювати вагу та знижувати ризик розвитку різних патологій. Нездорове харчування може призводити до хронічних захворювань із серйозними наслідками. У статті обґрунтовано комплекс заходів щодо організації інформаційно-просвітницької діяльності фахівців громадського здоров'я з метою зміцнення здоров'я населення та профілактики хронічних неінфекційних захворювань через раціональне харчування.

Перспективи подальших досліджень. Перспективи подальших досліджень полягають у розробленні та науковому обґрунтуванні комплексних заходів, спрямованих на інформаційно-просвітницьку діяльність фахівців громадського здоров'я з метою зміцнення здоров'я населення та профілактики хронічних неінфекційних захворювань через раціональне харчування.

Інформація про фінансування. На проведення цього дослідження автори не отримували фінансової допомоги від сторонніх організацій або грантів.

Інформація щодо наявності/відсутності конфлікту інтересів. Конфлікт інтересів відсутній.

Внесок кожного з авторів згідно з таксономією CrediT. Горлачук Н.В. – анкетування, статистичний аналіз, методологія, написання – початковий проєкт; Стеценко Н.О. – дослідження, формальний аналіз, візуалізація, рецензування та редагування.

Відповідність матеріалів статті щодо проведення обстежень/досліджень/лікування нормам біоетики. При підготовці статті не проводили наукові дослідження, які потребують висновку комісії з біоетики.

Список літератури

1. Healthy nutrition 2020. URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet (дата звернення 20.01.2025)
2. Walsh N. P. Nutrition and Athlete Immune Health: New Perspectives on an Old Paradigm. *Sports medicine (Auckland, N.Z.)*. 2019. Vol. 49, No 2. P. 153–168. DOI: https://doi.org/10.1007/s40279-019-01160
3. Dashti H., Gómez-Abellán P., Qian J., Esteban A., Morales E., Scheer F. Garaulet M. Late eating is associated with cardiometabolic risk traits, obesogenic behaviors, and impaired weight loss. *The American journal of clinical nutrition*. 2021. Vol. 113(1), P. 154–161. DOI: https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa264
4. Афанасюк О. І., Яковець О. О. Принципи раціонального харчування. *Новини медицини та фармації*. 2018. № 1. С. 12-13. https://dspace.vnmu.edu.ua/123456789/3952
5. Gropper S. S., Smith J. L., Carr T. P. Advanced nutrition and human metabolism. Cengage Learning, 2021. 608 p.
6. Wang Y., Chen B., Ma D. The role of nutrition and body composition on metabolism. *Nutrients.* 2024. Vol. 16, №10. P. 1457-1465. DOI: 10.3390/nu16101457 10.52058
7. Tuttolomondo A., Simonetta I., Daidone M., et al. Metabolic and vascular effects of the Mediterranean diet .*International Journal of Molecular Sciences* . 2019. Vol. 20, №19. P.471-476. DOI: 10.3390 / ijms20194716.
8. Lacatu C.u C.M., Grigorescu E.D., Floria M. et al. Mediterranean diet: from an environmentally oriented food culture to new medical prescriptions . *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2019.Vol. 16, №.6. P.942-951.: DOI:10.3390 / ijerph16060942.
9. Demir E.A., Bilgic I. Chia seed (Salvia hispanica L.) supplementation may contribute to increased vitamin B12 levels: a vegan dietary option. *Ed. Nutr*. 2019. v. 32.
10. Cheng, H. M., Koutsidis, G., Lodge, J. K., Ashor, A., Siervo, M., Lara, J. Tomato and lycopene supplements and cardiovascular disease risk factors: a systematic review and meta-analysis. *Atherosclerosis,* 2020. Vol. 25 (4), P.100–108: DOI: 10.1016/j.atherosclerosis.2020.01.009
11. Rowles J.L., Ranard C.M., Applegate K.S. Processed and raw tomato consumption and prostate cancer risk: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Prostate Cancer and Prostate Disease*. 2021. Vol. 21 (3), P.319-336. DOI: 10.1038 / s41391-017-0005-x.
12. Marchand N.E., Jensen M.K. The Role of Dietary and Lifestyle Factors in Maintaining Cognitive Health. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2019. Vol.12(4), P. 268-285. DOI: 10.1177/1559827617701066.

References

1. Healthy nutrition (2020). Retrieved from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet (Date of reference: 20.01.2025).
2. Walsh, N. P. (2019). Nutrition and Athlete Immune Health: New Perspectives on an Old Paradigm. *Sports medicine (Auckland, N.Z.)*. Vol. 49 (Suppl 2), P. 153–168. https://doi.org/10.1007/s40279-019-01160-3
3. Dashti, H. S., Gómez-Abellán, P., Qian, J., Esteban, A., Morales, E., Scheer, F., Garaulet, M. (2021). Late eating is associated with cardiometabolic risk traits, obesogenic behaviors, and impaired weight loss. *The American journal of clinical nutrition*. Vol. 113(1), P. 154–161. https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa264
4. Afanasiuk, O. I., Yakovets, O. O. (2018). Pryntsypy ratsionalnoho kharchuvannia. [Principles of rational nutrition..] *Novyny medytsyny ta farmatsii*, 1, 12-13. https://dspace.vnmu.edu.ua/123456789/3952 [in Ukrainian].
5. Gropper, S. S., Smith, J. L., Carr, T. P. (2021). Advanced nutrition and human metabolism. Cengage Learning, 608 p.
6. Wang, Y., Chen, B., Ma, D. (2024). The role of nutrition and body composition on metabolism. *Nutrients,* 16(10), 1457-1465. DOI: 10.3390/nu16101457 10.52058
7. Tuttolomondo, A., Simonetta, I., Daidone, M.(2019) Metabolic and vascular effects of the Mediterranean diet. *International Journal of Molecular Sciences* . 20(19), 471-476. DOI: 10.3390 / ijms20194716.
8. Lacatu, C. M., Grigorescu, E. D., Floria, M. A (2019). Mediterranean diet: from an environmentally oriented food culture to new medical prescriptions . International *Journal of Environmental Research and Public Health*. 16(6), 942-951. DOI:10.3390 / ijerph16060942.
9. Demir, E. A., Bilgic, I. K.(2019). Chia seed (Salvia hispanica L.) supplementation may contribute to increased vitamin B12 levels: a vegan dietary option. Ed. Nutr. v. 32.
10. Cheng, H. M., Koutsidis, G., Lodge, J. K., Ashor, A., Siervo, M., & Lara, J. (2020). Tomato and lycopene supplements and cardiovascular disease risk factors: a systematic review and meta-analysis. *Atherosclerosis*, 25 (4),100–108. DOI: 10.1016/j.atherosclerosis.2020.01.009
11. Rowles, J. L, Ranard, C. M, Applegate, K. S. (2021). Processed and raw tomato consumption and prostate cancer risk: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Prostate Cancer and Prostate Disease*. 21 (3), 319-336. DOI: 10.1038 / s41391-017-0005-x.
12. Marchand, N.E., Jensen, M.K. (2019). The Role of Dietary and Lifestyle Factors in Maintaining Cognitive Health. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 12(4), 268-285. DOI: 10.1177/1559827617701066.

STUDY OF THE POPULATION'S LEVEL OF AWARENESS OF THE IMPACT OF RATIONAL NUTRITION ON HEALTH PROMOTION

N. V. Horlachuk[1], N. O. Stetsenko[2]
[1]Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine
[2] National University of Food Technologies

To conduct a medical and sociological study of the level of public awareness regarding the impact of rational nutrition on strengthening human health and preventing chronic non-communicable diseases.

Materials and Methods: An analysis of literature sources on nutritional characteristics was carried out. The study was conducted during 2025 and involved 250 respondents of different ages and genders who were patients of outpatient clinics in Ternopil (Ukraine). The research methods included theoretical analysis of literature sources, medical and sociological (questionnaire survey), mathematical and statistical methods, system analysis, and logical generalization.

Results: It was found that less than one third of the surveyed population (31.0 %) is in good health; 25.0 % reported chronic diseases of the cardiovascular, excretory, hepatobiliary, and endocrine systems; 13.1 % of respondents suffer from diabetes mellitus and obesity each. Despite this, only 20.0 % of respondents adhere to the principles of healthy nutrition, while more than half overconsume "unhealthy" food and violate dietary habits. It was also established that 69.0 % of respondents do not have sufficient information about healthy nutrition; 93.0 % expressed a desire to improve their knowledge of its basics.

Conclusions: It was determined that rational nutrition is a key factor in human vitality, ensuring health and working capacity, the ability to withstand adverse environmental influences, and determining quality and life expectancy. The article substantiates a set of measures for organizing outreach and educational activities by public health specialists aimed at improving population health and preventing chronic non-communicable diseases through rational nutrition.

KEY WORDS: rational nutrition; balanced nutrition; physical activity; healthy lifestyle; health promotion.

Дата першого надходження статті до видання: 18.03.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 24.04.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.05.2026

Відомості про авторів:
Горлачук Наталія Вікторівна – кандидатка фармацевтичних наук, доцентка кафедри фармацевтичної хімії, Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID https://orcid.org/ 0000-0003-3575-6652
Стеценко Наталія Олександрівна – кандидатка хімічних наук, доцентка кафедри технології оздоровчих продуктів, Національного університету харчових технологій, ORCID https://orcid.org/ 0000-0001-6710-024X

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

УДК 614.2:614.4:005.21
DOI https://doi.org/10.11603/1681-2786.2026.2.16399

І. А. ПЕРЕБОЙЧУК, Л. В. ТРУЩЕНКОВА, Н. О. СЛОБОДЯН

АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ ЯК ОБ'ЄКТ СТРАТЕГІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я: ПОГЛЯД КРІЗЬ ПРИЗМУ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ

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

Мета. Дослідити антимікробну резистентність (АМР) як стратегічний виклик у системі громадського здоров'я та оцінити рівень професійної готовності майбутніх фахівців до реалізації програм інфекційного контролю й Antibiotic Stewardship.

Матеріали і методи. Проведено одномоментне соціо-гігієнічне дослідження серед 39 здобувачів вищої освіти Тернопільського національного медичного університету. Використано авторську анкету «Оцінка обізнаності та професійної готовності майбутніх фахівців до протидії антибіотикорезистентності», що охоплювала когнітивний, освітньо-технологічний, поведінково-комунікаційний та стратегічно-управлінський домени. Збір даних здійснювався онлайн, статистичний аналіз проводився методами описової статистики з використанням Microsoft Excel.

Результати. Встановлено 100% номінальну обізнаність здобувачів вищої освіти з поняттям АМР, проте лише 30,8% знайомі з міжнародними програмами WHO/ECDC. 78,9 % респондентів висловили потребу у модернізації навчальних модулів, а 97,4 % визначили АМР як головний виклик найближчих десятиліть. Виявлено «комунікаційний парадокс»: абсолютна готовність до роз'яснювальної роботи (100 %) поєднується зі скепсисом щодо комплаєнсу пацієнтів (5,1%). Пріоритетним заходом студенти вважають посилення контролю та аудиту призначень (64,1%), що узгоджується з цілями Державної стратегії-2030.

Висновки. Антимікробна резистентність є ключовим об'єктом стратегічного управління у сфері громадського здоров'я. Професійна підготовка майбутніх фахівців потребує трансформації від теоретичного засвоєння знань до практичного опанування інструментів Antibiotic Stewardship, симуляційних технологій та моделей поведінкової економіки. Високий запит на цифровізацію та аудит свідчить про готовність молодих спеціалістів до впровадження «Data-driven policy» та формування нової управлінської парадигми.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: антимікробна резистентність; громадське здоров'я; стратегічне управління; професійна підготовка; Antibiotic Stewardship; комплаєнс пацієнтів; цифровізація; поведінкова економіка.

Вступ. На сучасному етапі розвитку глобальної архітектури охорони здоров'я антимікробна резистентність (АМР) ідентифікується як «тиха пандемія», що загрожує фундаментальним досягненням медицини XXI століття. За даними масштабного дослідження GRAM (Global Burden of Bacterial Antimicrobial Resistance), лише у 2019 році прямим наслідком бактеріальної резистентності стала смерть 1,27 мільйона людей, а загальна кількість летальних випадків, асоційованих з АМР, сягнула 4,95 мільйона [1]. Експерти ОЕСР прогнозують, що за відсутності ефективних регуляторних втручань, сумарні витрати світової економіки на подолання наслідків резистентності до 2050 року можуть становити близько 100 трильйонів доларів США, що супроводжуватиметься радикальним зниженням ефективності рутинних оперативних втручань та хіміотерапії [2].

В Україні актуальність проблеми АМР набула критичного значення в умовах триваючої військової агресії. Масова травматизація населення, обмежений доступ до стерильних умов на етапах евакуації та інтенсивне використання антибіотиків широкого спектра дії призвели до стрімкого поширення мультирезистентних штамів у вітчизняних стаціонарах. Реагуючи на ці виклики, Кабінет Міністрів України затвердив Розпорядження № 151-р, яким пролонговано дію Державної стратегії протидії резистентності до протимікробних препаратів до 2030 року. Даний нормативно-правовий акт визначає пріоритетом впровадження системи інфекційного контролю та посилення епідеміологічного нагляду, проте ключовим бар'єром залишається дефіцит кадрового ресурсу, здатного реалізувати ці завдання на місцях.

Стратегічне управління проблемою АМР неможливе без імплементації принципів «Єдиного здоров'я» (One Health), що передбачає солідарну відповідальність медичного, ветеринарного та екологічного секторів. В Україні цей підхід закріплений

© І. А. Перебойчук, Л. В. Трущенкова, Н. О. Слободян, 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

у Законі «Про систему громадського здоров'я», де акцент зміщується з лікувальної моделі на превентивну стратегію та моніторинг факторів ризику [3]. Проте аналіз поточної ситуації свідчить про збереження високого рівня нераціонального споживання антибіотиків: близько 50% випадків призначення протимікробних засобів на первинній ланці є клінічно необґрунтованими, що часто корелює з низьким рівнем комунікаційної компетентності персоналу та тиском з боку пацієнтів [4].

У контексті реалізації Державної стратегії-2030 особлива роль відводиться підготовці нової генерації фахівців у закладах вищої медичної освіти. Професійна підготовка ж магістрів громадського здоров'я має трансформуватися з пасивного вивчення протоколів у активне освоєння методології Antibiotic Stewardship. Проте існуючий розрив між теоретичною базою студентів та реальними управлінськими викликами потребує наукового переосмислення освітніх програм. Таким чином, вивчення обізнаності майбутніх медиків та їхніх стратегічних установок щодо стримування АМР є необхідним етапом для формування дієвої системи управління біологічними ризиками в Україні.

Мета дослідження. Визначити рівень обізнаності та професійної готовності майбутніх фахівців медичного профілю до протидії антимікробній резистентності (АМР) у контексті стратегічного управління системою громадського здоров'я, а також окреслити освітні та управлінські пріоритети для ефективної імплементації програм інфекційного контролю та Antibiotic Stewardship.

Матеріали і методи. Методологія дослідження базувалася на принципах доказового менеджменту в охороні здоров'я та системному підході до оцінки людського капіталу в контексті протидії біологічним загрозам. Дизайн роботи передбачав проведення одномоментного (cross-sectional) соціо-гігієнічного дослідження, спрямованого на верифікацію професійної готовності майбутніх управлінців та клініцистів. Дослідження проведено на базі Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського. Вибіркову сукупність склали 39 респондентів – магістрантів медичного профілю. Вибір даної групи зумовлений її статусом як майбутнього стратегічного резерву системи громадського здоров'я, відповідального за реалізацію програм інфекційного контролю та Antibiotic Stewardship на рівні територіальних громад. Первинні дані були систематизовані та оброблені за допомогою методів варіаційної статистики з використанням пакету аналізу Microsoft Excel. Для опису результатів застосовувалися відносні величини (відсоткові частки, %).

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз результатів анкетування дозволив виявити глибоку кореляцію між рівнем академічної підготовки та сприйняттям антимікробної резистентності (АМР) як об'єкта стратегічного менеджменту. Узагальнені показники професійної обізнаності та стратегічних установок респондентів представлені у таблиці 1.

Встановлено, що попри 100% номінальну поінформованість, лише 30,8 % магістрантів детально знайомі з міжнародними програмами моніторингу (WHO, ECDC), що вказує на наявність «інформаційного вакууму» щодо глобальних інструментів управління. Водночас 97,4 % опитаних ідентифікують АМР як домінуючий виклик наступних десятиліть, що свідчить про високу прогностичну тривогу та готовність до впровадження жорстких регуляторних механізмів.

Критичним управлінським бар'єром виступає освітній розрив. 78,9 % респондентів наполягають на модернізації навчальних модулів, що обґрунтовує потребу у переході до симуляційних методів навчання та VR-технологій [5]. Особливої уваги заслуговує зафіксований нами «комунікаційний парадокс». Абсолютна декларативна готовність майбутніх фахівців до роз'яснювальної роботи (100 %) контрастує з майже тотальним скепсисом щодо відповідальності пацієнтів (5,1 %). Цей розрив свідчить про високий психологічний тиск на лікаря та підтверджує необхідність впровадження моделі «Свідомий вибір» і «Nudge-технологій» для автоматизації контролю.

Пріоритетність стратегічних заходів, обрана респондентами, також підтверджує управлінський вектор, адже 64,1 % опитаних вважають найбільш ефективним саме посилення контролю та аудиту

Таблиця 1

Показники професійної обізнаності та стратегічних установок респондентів щодо проблеми АМР (n=39)

Показник (індикатор)	Варіант відповіді	% респондентів
Когнітивна база	Знайомі з терміном АМР	100,0%
	Знайомі з програмами WHO/ECDC	30,8%
Освітній запит	Потребують розширення навчальних модулів	78,9%
Етичний комплаєнс	Готові роз'яснювати ризики пацієнтам	100,0%
	Скептично оцінюють дисципліну пацієнтів	94,9%
Стратегічне бачення	АМР – головний виклик на 20 років	97,4%
	Пріоритет – посилення контролю/аудиту	64,1%

призначень (рис. 1), що корелює з цілями Державної стратегії-2030.

Мінімальна підтримка варіанта «розробка лише нових ліків» на фоні високого запиту на системний контроль демонструє зрілість аудиторії та розуміння того, що без раціонального менеджменту будь-які фармацевтичні інновації втратять свою ефективність у короткостроковій перспективі.

Особливої уваги заслуговує виявлений нами скепсис щодо пацієнтського комплаєнсу (94,9%). Наш результат підтверджує, що майбутні фахівці вже на етапі навчання відчувають тиск соціальних факторів, що робить впровадження запропонованої нами моделі «Свідомий вибір» не просто бажаним, а критично необхідним управлінським кроком для зниження навантаження на медичний персонал.

Зіставлення пріоритетів контролю (64,1 % підтримки цифровізації та аудиту) з європейським досвідом свідчить про високу готовність української медичної молоді до цифрової трансформації. Таким чином, високий запит наших респондентів на жорсткий контроль є свідченням формування нової професійної етики, орієнтованої на прозорість та доказовість у системі громадського здоров'я.

Встановлений запит на освітні інновації (78,9 %) повністю відповідає сучасним концепціям безперервного професійного розвитку. Використання симуляційних методів навчання, які ми пропонуємо інтегрувати в освітній процес, дозволить трансформувати виявлену «теоретичну впевненість» у реальну клінічну та управлінську компетентність.

Виявлений високий рівень прогностичної тривоги студентів (97,4 %) свідчить про запит на зміну управлінської парадигми: від пасивного спостереження до активного стримування. Встановлений нами запит на посилення моніторингу (64,1 %) вказує на готовність майбутніх фахівців до реалізації принципів «Data-driven policy».

Висновки

1. Антимікробна резистентність ідентифікована як домінантний об'єкт стратегічного управління в системі громадського здоров'я, що вимагає переходу до інтегрованої моделі менеджменту біологічних ризиків, де професійна підготовка кадрів є фундаментальним ресурсом національної стійкості.

2. Професійна підготовка магістрів медичного профілю на сучасному етапі містить управлінський дисонанс: при високому рівні теоретичних знань спостерігається критичний дефіцит інструментів реального впливу на поведінкові фактори ризику (комплаєнс пацієнтів), що обґрунтовує потребу в імплементації методів поведінкової економіки в управлінську практику.

3. Ефективна стратегія мінімізації АМР має базуватися на принципах «Data-driven policy» (управління на основі даних). Висока підтримка респондентами заходів системного аудиту та цифровізації свідчить про готовність медичної спільноти до впровадження автоматизованих систем контролю

4. Управлінська модель «Свідомий вибір» на базі регіональних Центрів контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ) визначена як перспективний інструмент гармонізації взаємовідносин у тріаді «держава – фахівець – громада», що дозволяє конвертувати наукові знання у конкретні показники зниження необґрунтованого споживання антибіотиків.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці методологічного інструментарію для оцінки ефективності стратегічного Stewardship-менеджменту на рівні госпітальних кластерів, з особливим акцентом на аналіз економічної вигоди від впровадження цифрових систем підтримки прийняття клінічних рішень.

Інформація про фінансування. Дослідження виконано без залучення зовнішнього фінансування. Стаття профінансована власним коштом авторів.

Інформація щодо наявності/відсутності конфлікту інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

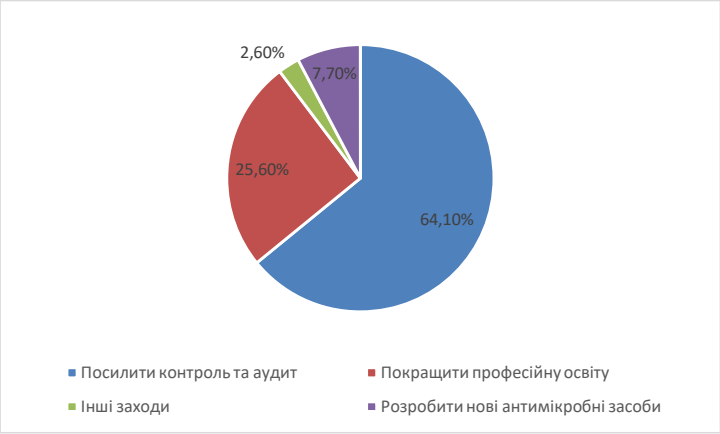

Рис. 1. Пріоритетність стратегічних заходів стримування АМР у поглядах майбутніх фахівців

Внесок кожного з авторів (за таксономією CRediT). Перебойчук І.А – написання – оригінальний текст, формальний аналіз. Трущенкова Л.В. – кураторство даних, валідація, концептуалізація, візуалізація, Слободян Н.О. – методологія, адміністрування проєкту, рецензування та редагування.

Відповідність матеріалів статті щодо проведення обстежень/досліджень/лікування нормам біоетики. Дослідження проведено з дотриманням основних принципів біоетики та деонтології. Усі учасники були поінформовані про мету та завдання дослідження і надали добровільну згоду на участь. Анонімність та конфіденційність персональних даних респондентів були забезпечені. Дослідження не передбачало втручань, що могли б зашкодити фізичному чи психоемоційному стану учасників.

Інформація про доступність первинних даних. Первинні дані, використані у дослідженні, зберігаються у авторів та можуть бути надані за обґрунтованим запитом.

Список літератури

1. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis / C. J. Murray et al. *The Lancet.* 2022. Vol. 399, Iss. 10325. P. 629–655. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02724-0
2. Stemming the superbug tide: just a few dollars more. Paris: OECD Publishing, 2018. 180 p. (OECD Health Policy Studies). URL: https://www.oecd.org/en/publications/stemming-the-superbug-tide_9789264307599-en.html
3. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 06 верес. 2022 р. № 2573-IX. *Відомості Верховної Ради України.* 2022. № 45. Ст. 272. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text
4. Global action plan on antimicrobial resistance. Geneva: WHO Press, 2015. 28 p. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789241509763
5. Surveillance of antimicrobial resistance in Europe, 2023. *European Centre for Disease Prevention and Control.* 2023.

References

1. Murray, C. J., et al. (2022). Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: A systematic analysis. The Lancet, 399(10325), 629–655. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02724-0
2. OECD. (2018). Stemming the superbug tide: Just a few dollars more (OECD Health Policy Studies). OECD Publishing. Retrieved from: https://www.oecd.org/en/publications/stemming-the-superbug-tide_9789264307599-en.html
3. Pro systemu hromadskoho zdorovia: Zakon Ukrainy vid 06 veresnia 2022 r. № 2573-IX [On the public health system: Law of Ukraine dated September 6, 2022 No. 2573-IX]. (2022). Vidomosti Verkhovnoi Rady Ukrainy, (45), 272. Retrieved from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text [in Ukrainian].
4. World Health Organization. (2015). Global action plan on antimicrobial resistance. WHO Press. Retrieved from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241509763
5. European Centre for Disease Prevention and Control. (2023). Surveillance of antimicrobial resistance in Europe, 2023.

NTIMICROBIAL RESISTANCE AS AN OBJECT OF STRATEGIC MANAGEMENT IN THE PUBLIC HEALTH SYSTEM: A PERSPECTIVE THROUGH THE LENS OF PROFESSIONAL TRAINING

I. A. Pereboichuk, L. V. Trushchenkova, N. O. Slobodian
Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

Purpose. To investigate antimicrobial resistance (AMR) as a strategic challenge in the public health system and to assess the level of professional readiness of future specialists to implement infection control programs and Antibiotic Stewardship.

Materials and Methods. A cross-sectional socio-hygienic study was conducted among 39 higher education students of Ternopil National Medical University. An author-designed questionnaire, "Assessment of Awareness and Professional Readiness of Future Specialists to Combat Antimicrobial Resistance", was used, covering cognitive, educational-technological, behavioral-communication, and strategic-management domains. Data collection was carried out online, and statistical analysis was performed using variation statistics methods with Microsoft Excel.

Results. A 100% nominal awareness of the concept of AMR among higher education students was established; however, only 30.8% were familiar with international WHO/ECDC programs. 78.9% of respondents expressed the need to modernize educational modules, and 97.4% identified AMR as the main challenge of the coming decades. A "communication paradox" was revealed: absolute readiness for awareness-raising activities (100%) is combined with skepticism regarding patient compliance (5.1%). Students identified strengthening control and audit of prescriptions (64.1%) as a priority measure, which is consistent with the objectives of the State Strategy 2030.

Conclusions. Antimicrobial resistance is a key object of strategic management in the field of public health. The professional training of future specialists requires transformation from theoretical knowledge acquisition to practical mastery of Antibiotic Stewardship tools, simulation technologies, and behavioral economics models. The high demand for digitalization and audit indicates the readiness of young professionals to implement data-driven policy and to shape a new management paradigm.

KEY WORDS: antimicrobial resistance; public health; strategic management; professional training; Antibiotic Stewardship; patient compliance; digitalization; behavioral economics.

Дата першого надходження статті до видання: 15.03.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 20.04.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.05.2026

Відомості про авторів:
Перебойчук Ірина Анатоліївна – здобувачка вищої освіти 2 року навчання за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» медичного факультету Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України
Трущенкова Людмила Вікторівна – кандидат економічних наук, доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID https://orcid.org/0000-0002-5396-3973.
Слободян Наталія Олександрівна – кандидатка економічних наук, доцентка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України; ORCID https://orcid.org/0009-0000-6990-4188.

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

УДК 614.2:338.52
DOI https://doi.org/10.11603/1681-2786.2026.2.16402

Н. Є. РОМАНЮК, Н. А. СЕРБІН, Л. М. РОМАНЮК, Н. В. ВОЛОТОВСЬКА

ХАРАКТЕРИСТИКА ТА АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

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

Мета дослідження полягає у комплексному аналізі сучасного стану системи управління громадським здоров'ям в Україні, виявленні основних проблем та розробці рекомендацій щодо підвищення її ефективності.

Матеріали і методи. Враховуючи багатозадачність системи громадського здоров'я, її оперативних функцій та завдань, які стоять сьогодні перед нею в умовах її трансформації і викликів воєнного стану, актуальним є використання міждисциплінарного підходу до вивчення управління у цій галузі. Природно міждисциплінарний характер системи громадського здоров'я вимагає інтеграції медичних знань та вмінь, епідеміології, соціології, загальної гігієни, психології, економіки, правового регулювання та державного управління.

Використано аналіз наукових джерел, опублікованих у фахових журналах для бібліометричного аналізу отриманих даних.

Результати. Управління системою громадського здоров'я розглядається з позицій системного аналізу та системного підходу. Управління системою громадського здоров'я в Україні – це комплексна діяльність, спрямована на збереження та зміцнення здоров'я населення через епідеміологічний нагляд, профілактику хвороб, пропаганду здорового способу життя та реагування на загрози. Вона координується МОЗ та Центром громадського здоров'я, охоплюючи державні центри контролю та профілактики хвороб, медичні установи та органи місцевого самоврядування.

Дослідження управління в системі громадського здоров'я вимагає застосування комплексного методологічного підходу, що поєднує різні наукові парадигми та інструментарій. На відміну від класичних медичних досліджень, які часто зосереджуються на індивідуальних пацієнтах, дослідження громадського здоров'я охоплює цілі популяції та складні системи взаємодій.

Висновок. Управління в системі громадського здоров'я України перебуває у стадії трансформації, прагнучи стати проактивною, міждисциплінарною системою, що фокусується на запобіганні захворюванням, а не їх лікуванні, також на екстреному реагуванні на надзвичайні ситуації. Саме така система управління потребує консолідації зусиль та ресурсів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: бібліометричний аналіз; ефективне управління; система громадського здоров'я; системний аналіз.

Управління в системі громадського здоров'я становить одну з найактуальніших проблем сучасної державної політики України, особливо в контексті реформування системи охорони здоров'я та євроінтеграційних процесів. Громадське здоров'я як наука та практика попередження захворювань, збільшення тривалості життя і зміцнення здоров'я населення набуває особливого значення в умовах демографічних викликів, зростання тягаря неінфекційних захворювань та нових загроз для здоров'я населення [1].

Управління в системі громадського здоров'я України характеризується переходом до європейських стандартів, впровадженням Закону "Про систему громадського здоров'я" (2023), який фокусується на профілактиці, 10 оперативних функціях ВООЗ (від епідеміології до політики), та роллю Центру громадського здоров'я (ЦГЗ) як головної установи МОЗ, але стикається з викликами, що вимагають координації між центральними органами, місцевим самоврядуванням, наукою та практичною медициною для зміцнення здоров'я нації, а не лише лікування хвороб. Дослідження системи управління громадським здоров'ям з урахуванням сучасних викликів для охорони здоров'я, включаючи пандемію COVID-19 та воєнний стан, а також у розробці практичних рекомендацій, орієнтованих на євроінтеграційні процеси та міжнародні стандарти [2].

Мета: здійснити комплексний аналіз сучасного стану системи управління громадським здоров'ям в Україні за допомогою системного підходу та системного аналізу, виявлення основних проблем та розробка рекомендацій щодо підвищення його ефективності

Матеріали і методи. Використано аналіз наукових джерел, опублікованих у фахових журналах для

© Н. Є. Романюк, Н. А. Сербін, Л. М. Романюк, Н. В. Волотовська, 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

бібліометричного аналізу отриманих даних. Системний підхід дозволив врахувати всі рівні управління – від національного до місцевого. Системний аналіз виявив, що повноваження розподіляються між різними рівнями влади, а ефективність системи управління залежить від якості координації між ними [3].

Результати дослідження та обговорення. Громадське здоров'я становить невід'ємний компонент сучасних систем охорони здоров'я у всьому світі й відображає комплексний підхід до збереження та поліпшення стану здоров'я населення. Сучасне трактування цього поняття охоплює як науку, так і практику запобігання захворюванням, подовження життя та зміцнення здоров'я через організовані суспільні зусилля [4].

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, громадське здоров'я включає широкий діапазон заходів – від формування політики до створення сприятливого середовища, розвитку навичок і переорієнтації служб охорони здоров'я на профілактичний напрямок [5]. Його міждисциплінарний характер природно інтегрує елементи медицини, епідеміології, соціології, психології, економіки та державного управління.

Еволюція розуміння громадського здоров'я пройшла кілька етапів – від санітарно-епідеміологічного нагляду до сучасної концепції, що ґрунтується на соціально-екологічній моделі здоров'я. Ця модель визнає, що стан здоров'я населення формується під впливом численних взаємопов'язаних факторів – біологічних, соціальних, економічних, екологічних, культурних [6]. Подібний підхід вимагає комплексних міждисциплінарних стратегій, що виходять за межі традиційної медицини і залучають різні сектори суспільства [7].

Управління системою громадського здоров'я розглядається з позицій системного аналізу та системного підходу. Управління системою громадського здоров'я в Україні – це комплексна діяльність, спрямована на збереження та зміцнення здоров'я населення через епідеміологічний нагляд, профілактику хвороб, пропаганду здорового способу життя та реагування на загрози. Вона координується МОЗ та Центром громадського здоров'я, охоплюючи державні центри контролю та профілактики хвороб, медичні установи та органи місцевого самоврядування.

Дослідження управління в системі громадського здоров'я вимагає застосування комплексного методологічного підходу, що поєднує різні наукові парадигми та різноманітний інструментарій [8]. На відміну від класичних медичних досліджень, які часто зосереджуються на індивідуальних пацієнтах, дослідження громадського здоров'я охоплює цілі популяції та складні системи взаємодій.

Специфіка цієї галузі полягає в необхідності вивчення не лише медичних аспектів, а й соціальних, економічних, політичних та організаційних факторів, що впливають на здоров'я населення. Такий багатовимірний характер предмету дослідження зумовлює потребу у використанні міждисциплінарних методологічних підходів, що запозичають інструменти з різних наукових дисциплін [9]. Методологія дослідження управління громадським здоров'ям базується на фундаментальних принципах системного підходу, який розглядає систему охорони здоров'я як складну відкриту систему з множиною взаємопов'язаних елементів. Варто зазначити, що саме системний підхід дозволяє врахувати всі рівні управління – від національного до місцевого. Це особливо актуально в умовах децентралізації, коли повноваження розподіляються між різними рівнями влади, а ефективність системи залежить від якості координації між ними [10].

Стратегічність управління полягає у координації заходів в системі громадського здоров'я. Міністерство охорони здоров'я формує політику, а головна установа (Центр громадського здоров'я) координує заходи.

Здійснюється акцент на потребах жителів громади, відбувається постійна взаємодія з органами місцевого самоврядування (ОМС) для забезпечення доступності медичних послуг. Управлінські функції включають також здійснення визначення якості проведених досліджень.

Фахівці з громадського здоров'я працюють у центрах громадського здоров'я (епідеміологи, аналітики), медичних закладах (менеджери з якості) та громадських організаціях.

Основними оперативними функціями системи громадського здоров'я є виконання інформаційно-роз'яснювальної діяльності (адвокації), комунікації та мобілізації в інтересах здоров'я, сприяння розвитку досліджень у сфері охорони громадського здоров'я для наукового обґрунтування відповідної політики і практики [11].

Основні функції включають також:

− епідеміологічний нагляд: моніторинг, оцінка та контроль показників здоров'я населення;

− реагування на загрози та виклики сьогодення: моніторинг та швидка готовність до надзвичайних ситуацій, спалахів інфекційних хвороб;

− захист здоров'я населення: безпека харчових продуктів, охорона праці, екологічний моніторинг;

− зміцнення здоров'я, вплив на зміну способу життя мешканців громади: вплив на детермінанти здоров'я, пропаганда здорового способу життя;

− первинна та вторинна профілактика хвороб, зменшення ризиків для здоров'я: зниження захворюваності на інфекційні та неінфекційні захворювання;

− стратегічне керівництво: розробка політики, нормативне забезпечення;

− інформаційна діяльність: комунікація, адвокація, соціальна мобілізація;

– наукове забезпечення епідеміологічних досліджень: епіддослідження для впровадження результатів їх у практику.

Основні складові адвокації:

– комунікаційна стратегія: планування дій, вибір цільової аудиторії та розробка ключових повідомлень (наприклад, через методику Message house);

– стратегії адвокації: медіа та маркетинг, законодавча діяльність, мобілізація спільнот;

– інструменти: підготовка позиційних документів (Statement), прес-релізів, проведення брифінгів та робота з особами, що приймають рішення.

Адвокація спрямована на захист інтересів та забезпечення соціальних змін.

Основними шляхами удосконалення системи управління громадським здоров'ям є:

– удосконалення системи реагування на епідеміологічні загрози;

– посилення міжсекторальної співпраці для поліпшення якості життя;

– розвиток інформаційно-роз'яснювальної діяльності (адвокації).

Система громадського здоров'я функціонує з метою зміни фокусу з лікування захворювань на їх профілактику, забезпечуючи, таким чином, стійкість суспільства до загроз здоров'ю.

Основні завдання системи громадського здоров'я:

– збереження та зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості життя;

– профілактика захворювань (інфекційних та неінфекційних);

– забезпечення біологічної безпеки та готовності до надзвичайних ситуацій;

– формування здорового способу життя.

Основні сучасні вимоги до управління:

– Європейська інтеграція: гармонізація українського законодавства та стандартів ГЗ з вимогами ЄС, що передбачає модернізацію лабораторій та впровадження сучасних протоколів.

– Функціональна комплексність: охоплення не лише інфекційних, а й неінфекційних захворювань, питання біологічної безпеки, епідеміологічного нагляду та гігієнічних факторів.

– Цифровізація та моніторинг: створення єдиної бази даних про стан здоров'я населення та середовища життєдіяльності, що дозволяє швидко реагувати на загрози.

– Кадровий потенціал: підготовка кваліфікованих фахівців, впровадження спеціальності "громадське здоров'я" та розробка національних планів розвитку людських ресурсів.

– Оперативність та готовність: здатність системи швидко виявляти, оцінювати та реагувати

Рис. 1. Ключові напрями розвитку системи громадського здоров'я (перспективи)

на надзвичайні ситуації, забезпечуючи захист здоров'я населення.

− Комунікація та адвокація: активна інформаційно-просвітницька діяльність для зменшення ризиків захворювань та популяризації здорового способу життя.

Система управління громадським здоров'ям базується на співпраці державних органів, лабораторних центрів та територіальних установ.

Таким чином, управління в системі громадського здоров'я України перебуває у стадії трансформації, прагнучи стати проактивною, міждисциплінарною системою, що фокусується на запобіганні захворюванням, а не їх лікуванні, також на екстреному реагуванні на надзвичайні ситуації. Саме така система управління потребує консолідації зусиль та ресурсів.

Висновки: Сучасні вимоги до управління системою громадського здоров'я (ГЗ) в Україні, згідно із Законом №2573-IX, фокусуються на створенні комплексної структури, здатної реагувати на ризики, запобігати захворюванням та забезпечувати біобезпеку. Ключовими вимогами є інтеграція з європейськими стандартами, цифровізація даних, наукове обґрунтування заходів та активна комунікація з населенням.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у вивченні та налагодженні оперативного моніторингу за системою управління громадським здоров'ям. Оцінка комплексного та системного підходу системи управління громадським здоров'ям та розробка стратегічних шляхів реагування на ризики, створення ефективних, доцільних та економічних методологій якісного управління.

Інформація про фінансування. Стаття фінансована власними коштами авторів.

Інформація щодо наявності/відсутності конфлікту інтересів. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Внесок кожного з авторів згідно таксономії CrediT. Романюк Н.Є.– рецензування важливого інтелектуального контенту рукопису, а також організація підготовки статті до друку; Сербін Н.А.– збір даних та аналіз бібліографічних джерел; Романюк Л.М. – концепція та модель управління, а також аналіз та інтерпретація даних; Волотовська Н.В. – збір даних, рецензування контенту.

Список літератури

1. Модернізація менеджменту та публічного управління в охороні здоров'я. Репозитарій ЗУНУ. 2024. URL: https://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/38546/1/Mon_uzoz_t.pdf (дата звернення: 15.07.2025).
2. Закон "Про систему громадського здоров'я". Центр громадського здоров'я. 2023. URL: https://phc.org.ua/news/v-ukraini-vvedeno-v-diyu-zakon-pro-sistemu-gromadskogo-zdorovya (дата звернення: 15.07.2025).
3. Громадське здоров'я в Україні: здобутки та виклики сьогодення : колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. Полтава, 2022. 174 с.
4. Операційний посібник «Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я». Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2021. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Manual_Development%20and%20funding%20of%20regional%20and%20local%20public%20health%20programs_print_210x297+3mm.pdf (дата звернення: 15.07.2025).
5. Електронна система охорони здоров'я: ЕСОЗ. Медплатформа. 2025. URL: https://medplatforma.com.ua/article/1541-elektronna-sistema-ohoroni-zdorovya (дата звернення: 15.07.2025).
6. Наказ МОЗ України «Про затвердження пріоритетних напрямів розвитку сфери охорони здоров'я на 2023-2025 роки» від 07.10.2022 р. № 1832. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1832282-22 (дата звернення: 15.07.2025).
7. Охорона здоров'я в Україні. Вікіпедія (актуальні дані 2025). URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/Охорона_здоров'я_в_Україні (дата звернення: 15.07.2025).
8. Публічне управління та адміністрування у галузі охорони здоров'я. НАДС. 2024. URL: https://pdp.nacs.gov.ua/courses/publichne-upravlinnia-ta-administruvannia-u-haluzi-okhorony-zdorovia (дата звернення: 15.07.2025).
9. Ukraine crisis. Public health situation analysis. WHO. 2025. URL: https://iris.who.int/handle/10665/352494 (date of access: 15.07.2025).
10. Ukraine Strengthens the Public Health System to Tackle New Challenges. World Bank, July 2025. URL: https://www.worldbank.org/en/news/feature/2025/07/07/ukraine-strengthens-the-public-health-system-to-tackle-new-challenges (date of access: 15.07.2025).
11. WHO Global Strategy on Digital Health 2020–2025. Geneva: World Health Organization; 2021. URL: https://www.who.int/docs/default-source/documents/gs4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf (date of access: 15.07.2025).

References

1. Modernizatsiia menedzhmentu ta publichnoho upravlinnia v okhoroni zdorovia [Modernization of management and public administration in healthcare]. (2024). Repozytarii ZUNU. Retrieved July 15, 2025, from https://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/38546/1/Mon_uzoz_t.pdf[in Ukrainian].

2. Tsentr hromadskoho zdorovia Ukrainy. (2023). Zakon "Pro systemu hromadskoho zdorovia" [Law "On the public health system"]. Retrieved July 15, 2025, from https://phc.org.ua/news/v-ukraini-vvedeno-v-diyu-zakon-pro-sistemu-gromadskogo-zdorovya[in Ukrainian].
3. Zhdan, V. M., & Holovanova, I. A. (Eds.). (2022). Hromadske zdorovia v Ukraini: zdobutky ta vyklyky sohodennia [Public health in Ukraine: achievements and current challenges]. Poltava. [in Ukrainian].
4. Tsentr hromadskoho zdorovia MOZ Ukrainy. (2021). Operatsiinyi posibnyk "Rozrobka ta finansuvannia rehionalnykh i mistsevykh prohram hromadskoho zdorovia" [Operational manual "Development and financing of regional and local public health programs"]. Retrieved July 15, 2025, from https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Manual_Development%20and%20funding%20of%20regional%20and%20local%20public%20health%20programs_print_210x297+3mm.pdf[in Ukrainian].
5. Medplatforma. (2025). Elektronna systema okhorony zdorovia: ESOZ [Electronic healthcare system: eHealth]. Retrieved July 15, 2025, from https://medplatforma.com.ua/article/1541-elektronna-sistema-ohoroni-zdorovya
6. Ministry of Health of Ukraine. (2022). Nakaz MOZ Ukrainy "Pro zatverdzhennia priorytetnykh napriamiv rozvytku sfery okhorony zdorovia na 2023–2025 roky" № 1832 vid 07.10.2022 [Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 1832]. Retrieved July 15, 2025, from https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1832282-22[in Ukrainian].
7. Okhorona zdorovia v Ukraini [Healthcare in Ukraine]. (2025). Wikipedia. Retrieved July 15, 2025, from https://uk.wikipedia.org/wiki/Okhorona_zdorov'ya_v_Ukrayini[in Ukrainian].
8. NADS. (2024). Publichne upravlinnia ta administruvannia u haluzi okhorony zdorovia [Public administration in healthcare]. Retrieved July 15, 2025, from https://pdp.nacs.gov.ua/courses/publichne-upravlinnia-ta-administruvannia-u-haluzi-okhorony-zdorovia[in Ukrainian].
9. World Health Organization. (2025). Ukraine crisis: Public health situation analysis. Retrieved July 15, 2025, from https://iris.who.int/handle/10665/352494
10. World Bank. (2025, July 7). Ukraine strengthens the public health system to tackle new challenges. Retrieved July 15, 2025, from https://www.worldbank.org/en/news/feature/2025/07/07/ukraine-strengthens-the-public-health-system-to-tackle-new-challenges
11. World Health Organization. (2021). WHO global strategy on digital health 2020–2025. Retrieved July 15, 2025, from https://www.who.int/docs/default-source/documents/gs4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf

CHARACTERISTICS AND ANALYSIS OF MANAGEMENT IN THE PUBLIC HEALTH SYSTEM OF UKRAINE

N. Ye. Romanjuk., N. A. Serbin, L. M. Romanjuk, N. V. Volotovska
Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

Purpose: to investigate The purpose of the study is to comprehensively analyze the current state of the public health management system in Ukraine, identify key problems, and develop recommendations to improve its effectiveness.

Materials and Methods. Given the multi-tasking of the public health system, its operational functions and the tasks it faces today in the context of its transformation and the challenges of martial law, it is relevant to use an interdisciplinary approach to studying management in this area. The naturally interdisciplinary nature of the public health system requires the integration of medical knowledge and skills, epidemiology, sociology, general hygiene, psychology, economics, legal regulation and public administration.

The results of the study Public health management is considered from the perspective of systems analysis and a systems approach. Public health management in Ukraine is a comprehensive activity aimed at preserving and strengthening the health of the population through epidemiological surveillance, disease prevention, promotion of a healthy lifestyle, and response to threats. It is coordinated by the Ministry of Health and the Center of Public Health, covering state centers for disease control and prevention, medical institutions, and local governments.

Research on public health governance requires a comprehensive methodological approach that combines different scientific paradigms and tools. Unlike classical medical research, which often focuses on individual patients, public health research encompasses entire populations and complex systems of interactions.

Conclusions. Ukraine is undergoing a transformation, aiming to become a proactive, interdisciplinary system that focuses on disease prevention rather than treatment, and on emergency response to emergencies. This is the kind of management system that requires consolidation of efforts and resources.

KEY WORDS: bibliometric analysis; effective management; public health system; system analysis.

Дата першого надходження статті до видання: 19.03.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 25.04.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.05.2026

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
Сербін Надія Андріївна – здобувач вищої освіти 2 курсу другого (магістерського) рівня вищої освіти освітньої програми «Громадське здоров'я» Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України
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
Волотовська Наталя Володимирівна – доктор медичних наук, доцентка кафедри фізіології з біоетикою Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID https://orcid.org/0000-0003-4073-3148

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

УДК 614.1:616-056.52
DOI https://doi.org/10.11603/1681-2786.2026.2.16404

Н. О. ТЕРЕНДА[1], Т. М. МАКОГОН[1], Н. Г. ЛЕТКА[2]

СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНА НЕРІВНІСТЬ ТА ПОШИРЕНІСТЬ ОЖИРІННЯ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ

[1]Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна
[2] Комунальне некомерційне підприємство "Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги", м. Тернопіль, Україна

Мета. Проаналізувати динаміку та встановити особливості взаємозв'язку між рівнем економічного розвитку країн (за рівнем національного доходу) та показниками смертності, зумовленими ожирінням, метаболічними порушеннями та аліментарними чинниками ризику (особливостями дієти) у період з 1990 по 2021 рік.

Матеріали і методи. Для проведення аналізу було використано дані з глобальних баз даних: Global Burden of Disease (GBD), Our World in Data, World Bank. У роботі використано статистичний та порівняльний аналізи, епідеміологічний метод, методи математичної статистики.

Результати. Для країн із рівнем доходу вище середнього встановлено, що провідним чинником смертності є не стільки загальний надлишок калорій, скільки специфічні дієтологічні дефіцити. Зокрема, в Україні зафіксовано екстремально високі рівні смертності через недостатнє споживання цільного зерна (до 52,8%) та горіхів і насіння (31,9%).

Встановлено стрімке зростання ролі високого рівня глюкози в крові як фактору смертності, особливо в країнах, що розвиваються. Універсальним чинником ризику для всіх груп країн стала низька фізична активність, темпи росту смертності від якої у країнах з доходом нижче середнього випереджають аналогічні показники розвинених країн.

Найбільш вразливою категорією у сучасному світі стали країни «середнього доходу» (нижчого та вищого), де спостерігається поєднання високих темпів зростання ожиріння з критичними дефіцитами нутрієнтів (овочі, цільне зерно) та недостатнім медичним контролем метаболічних порушень. Це зумовлює необхідність перегляду національних стратегій харчування з акцентом на збільшення частки рослинних продуктів та цільнозернових культур.

Висновки. Встановлено, що на поширеність ожиріння впливає економічний розвиток країн. Найбільш вразливою категорією у сучасному світі стали країни «середнього доходу» (нижчого та вищого), де спостерігається поєднання високих темпів зростання ожиріння з критичними дефіцитами нутрієнтів (овочі, цільне зерно) та недостатнім медичним контролем метаболічних порушень. Це зумовлює необхідність перегляду національних стратегій харчування з акцентом на збільшення частки рослинних продуктів та цільнозернових культур.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: соціально-економічна нерівність; ожиріння; гіподинамія; дієти з низьким вмістом фруктів; овочів, цільного зерна; горіхів та насіння; гіперглікемія; високий артеріальний тиск.

За даними World Health Organization (WHO), у 2021 році понад 1 мільярд дорослих у світі мали ожиріння або надмірну масу тіла, що становило приблизно 13% дорослого населення/ Глобальні епідеміологічні дослідження, такі як Global Burden of Disease Study 2021**,** показують, що за період з 1990 по 2021 рік кількість людей з ожирінням у світі збільшилася більш ніж удвічі [1, 2].

Епідеміологічні показники ожиріння є не лише медичною проблемою, але й соціально-економічним феноменом, що відображає глибокі трансформації у способі життя, структурі харчування та політиці охорони здоров'я. Його поширеність визначається не тільки біологічними чи індивідуальними факторами, але й умовами, у яких живе суспільство. Саме соціально-економічні чинники пояснюють, чому темпи зростання ожиріння різняться між країнами з різним рівнем доходів, а також чому ця проблема набуває глобального характеру.

Серед визначальних чинників особливу роль відіграє урбанізація, яка за останні десятиліття суттєво змінила спосіб життя населення. Перехід від сільського до міського середовища супроводжується зниженням рівня фізичної активності: люди більше часу проводять у транспорті, офісах та перед екранами, а можливості для руху обмежуються. Водночас урбанізація сприяє зростанню споживання фастфуду та готових продуктів, які є доступними, дешевими та висококалорійними, цим самим сприяє скороченню традиційних форм продовольчого забезпечення та поширенню закладів швидкого харчування [3].

© Н. О. Теренда, Т. М. Макогон, Н. Г. Летка, 2026
Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

Другим важливим чинником є глобалізація харчового ринку. Вона призвела до того, що висококалорійні продукти, багаті на сіль, цукор, та жири отримані шляхом промислової гідрогенізації, стали доступними практично у всіх країнах світу [4]. У сучасному світі дедалі частіше спостерігається одночасне існування протилежних за своєю природою форм порушень харчування, які взаємопов'язані в межах одних і тих самих соціальних та економічних систем. Це явище визначають як подвійний тягар порушень харчування (double burden of malnutrition), що поєднує прояви недостатнього харчування з надмірною масою тіла або ожирінням [5, 6].

Зростання поширеності цього феномена тісно пов'язують із соціально-економічною нерівністю, урбанізацією та обмеженим доступом значної частини населення до різноманітних і поживно повноцінних продуктів. Для соціально вразливих груп найчастіше доступними залишаються дешеві продукти з високою калорійністю, але з низькою харчовою цінністю, що водночас сприяє формуванню надлишкової маси тіла і дефіцитних станів у межах одного соціального середовища.

У наукових дослідженнях, присвячених соціальним детермінантам здоров'я, неодноразово підкреслюється значуща роль економічних процесів у формуванні стану здоров'я населення [7].

Мета. Проаналізувати динаміку та встановити особливості взаємозв'язку між рівнем економічного розвитку країн (за рівнем національного доходу) та показниками смертності, зумовленими ожирінням, метаболічними порушеннями та аліментарними чинниками ризику (особливостями дієти) у період з 1990 по 2021 рік.

Матеріали і методи. Для проведення аналізу було використано дані з глобальних баз даних: Global Burden of Disease (GBD), Our World in Data, World Bank. В дослідженні використано дані щодо тягаря хвороб, показників смертності на 1 млн населення та відсоткового внеску факторів ризику (високий рівень глюкози, артеріальний тиск, дієтологічні дефіцити), розподілу країн за рівнем економічного розвитку (країни з низьким доходом, нижчим за середній, вищим за середній та високим рівнем доходу). У роботі використано статистичний та порівняльний аналізи, епідеміологічний метод, методи математичної статистики.

Результати дослідження та обговорення. За даними бази глобального тягаря хвороб за останні десятиліття у світі значно зросла смертність пов'язана із ожирінням та факторами ризику, які традиційно пов'язують з ожирінням (табл. 3.1)

Найбільш виражене зростання спостерігається для ожиріння, де кількість смертей зросла з 1,46 до 3,71 млн, тобто у 2,54 разу. Подібна тенденція характерна і для підвищеного рівня глюкози в крові (зростання у 2,45 разу), що свідчить про посилення ролі метаболічних факторів ризику у формуванні смертності.

Водночас високий артеріальний тиск, незважаючи на більш помірний темп росту (у 1,66 разу), залишається одним із провідних факторів за абсолютною кількістю смертей. Суттєве зростання також спостерігається для низької фізичної активності (у 1,92 разу), що підкреслює значення поведінкових факторів у формуванні глобального тягаря захворювань.

Фактори харчування демонструють більш помірну, але стабільну динаміку зростання. Зокрема, смертність, пов'язана з низьким споживанням фруктів, зросла у 1,46 разу, овочів – у 1,25 разу, цільного зерна – у 1,56 разу, горіхів та насіння – у 1,28 разу.

Загалом, отримані дані свідчать про те, що як метаболічні, так і поведінкові фактори ризику роблять суттєвий внесок у глобальну смертність, причому найбільш швидке зростання характерне для факторів, пов'язаних із сучасним способом життя.

Проведено аналіз впливу рівня економічного розвитку країн на смертність від ожиріння за період 1990 – 2021 років, пов'язаних з кожним фактором ризику.

У країнах з низьким рівнем доходу рівень смертності від ожиріння за період 1990 – 2021 років

Таблиця 1

Загальна динаміка смертності від ожиріння та факторами ризику в світі за період 1990-2021 років (млн. осіб)

Фактори ризику	1990	2021	Темп росту 2021/1990 %)
Ожиріння	1,46	3,71	2,54
Високий рівень цукру в крові	2,16	5,29	2,45
Високий артеріальний тиск	6,56	10,9	1,66
Низька фізична активність	343,00	658,00	1,92
Дієта з низьким вмістом фруктів	1,15	1,68	1,46
Дієта з низьким вмістом овочів	686,00	861,00	1,25
Дієта з низьким вмістом цільного зерна	0,99	1,55	1,56
Дієта з низьким вмістом горіхів та насіння	516,00	658,00	1,28

коливався в межах від 7,7 до 12,2 (ТР 1,6 разу, Афганістан) – від 2,6 до 11,1 (ТР 4,2 разу, Ємен); з рівнем доходу нижче середнього: від 9,7 до 19,8 (2,1 разу, М'янма) – від 9,3 до 45,0 (ТР 3,3 разу, Філіппіни); з рівнем доходу вище середнього: від 20,3 до 30,7 (ТР 1,5разу, Аргентина) – від 12,3 до 49,9 (ТР 4,1 разу, Іран); з високим рівнем доходу: від 5,4 до 7,3 (1,4 разу, Австрія) – від 5,8 до 27,6 (ТР 4,7 разу, Саудівська Аравія). Окрім того у Великобританії спостерігається зниження рівня смертності у 0,9 разу (з 43,2 до 39,9). Дані наведені у кількості смертей на 1 млн населення.

Отримані дані демонструють загальну тенденцію до зростання, проте динаміка суттєво різниться залежно від економічного розвитку. Найвищий темп зростання зафіксовано у країнах з високим доходом (Саудівська Аравія – 4,7 разу) та низьким доходом (Ємен – 4,2 разу). Великобританія **–** єдина країна в переліку, де смертність знизилася (у 0,9 разу), хоча її абсолютний показник (39,9) залишається вищим, ніж у багатьох інших країнах.

Рівень смертності, яка пов'язана з таким фактором як високий рівень глюкози в крові, у країнах з низьким рівнем доходу за період 1990 – 2021 років коливався в межах від 8,4 % до 13,8 % (ТР 1,6 разу, Афганістан) – від 2,7 % до 9,6 % (ТР 3,5 разу, Ємен); з рівнем доходу нижче середнього: від 27,8 % до 51,7 % (1,9 разу, М'янма) – від 11,2 % до 42,5 % (ТР 3,8 разу, Марокко); з рівнем доходу вище середнього: від 33,6 % до 49,3 % (ТР 1,5разу, Україна) – від 11,8 % до 48,4 % (ТР 4,1 разу, Іран); з високим рівнем доходу: від 4,6 % до 6,1 % (1,3 разу, Австрія) – від 5,0 % до 19,5 % (ТР 3,9 разу, Саудівська Аравія). Окрім того у Великобританії спостерігається зниження рівня смертності у 0,9 разу (з 40,9 % до 38,5 %).

Найвищі показники смертності, яка пов'язана високим рівнем глюкози в крові спостерігаються в країнах із рівнем доходу нижче середнього та вище середнього. Зокрема, у М'янмі показник сягає 51,7%, а в Україні – 49,3%. Це може свідчити про проблеми з ранньою діагностикою та доступом до лікування.

Країни з високим доходом (на прикладі Австрії) мають найнижчі відносні показники смертності від високого рівня глюкози в крові (4,6–6,1%), що вказує на ефективнішу систему охорони здоров'я та контроль хронічних захворювань.

Дані вказують на те, що найбільша загроза зараз концентрується в країнах з середнім рівнем доходу (як нижчим, так і вищим). Саме там спостерігаються найвищі абсолютні цифри смертності від високого рівня глюкози в крові та найвищі показники смертності на мільйон від ожиріння (наприклад, Іран та Філіппіни).

Недотримання дієти з низьким вмістом фруктів, як фактору ризику захворювань, спричиняло смертність населення в країнах залежно від рівня економічного розвитку за період 1990 – 2021 років таким чином. У країнах з низьким рівнем доходу коливалася в межах від 6,8 % до 7,2 % (ТР +6,0%, Афганістан) – від 3,7 % до 8,0 % (ТР 1,2 разу, Ємен); з рівнем доходу нижче середнього: від 18,9 % до 19,3 % (ТР +2,0%, М'янма) – від 11,4 % до 32,2 % (ТР 1,8 разу, Ліван); з рівнем доходу вище середнього: від 3,96 % до 4,04 % (ТР +6,0%, Туреччина) – від 7,0 % до 17,6 % (ТР 1,5 разу, Південна Африка); з високим рівнем доходу: від 1,2 % до 1,3 % (ТР +10,0%, Австрія) – від 1,5 % до 5,7 % (ТР 2,8 разу, Саудівська Аравія). Окрім того у низці країн – Марокко (рівень доходу нижче середнього), Сербія, Аргентина (рівень доходу вище середнього), Австралія, Великобританія, Швеція (високий рівень доходу) спостерігається зниження рівня смертності, пов'язаної з недотриманням дієти з низьким вмістом фруктів.

Недотримання дієти з низьким вмістом овочів, як фактора ризику захворювань, спричиняло смертність населення в країнах залежно від рівня економічного розвитку за період 1990 – 2021 років таким чином. У країнах з низьким рівнем доходу коливалася в межах від 7,7 % до 8,3 % (ТР +8,0%, Афганістан) – від 1,1 % до 2,9 % (ТР 1,5 разу, Сирія); з рівнем доходу нижче середнього: від 3,4 % до 3,7 % (ТР +10,0%, Шрі Ланка) – від 28,0 % до 105,0 % (ТР 2,7 разу, Ліван); з рівнем доходу вище середнього: від 6,2 % до 6,6 % (ТР +7,0%, Аргентина) – від 5,6 % до 15,1 % (ТР 1,7 разу, Мексика); з високим рівнем доходу: від 1,7 % до 2,0 % (ТР +16,0%, Австралія) – від 1,5 % до 4,3 % (ТР 1,8 разу, Саудівська Аравія). Окрім того у низці країн – В'єтнам, М'янма (рівень доходу нижче середнього), Туреччина, Україна (рівень доходу вище середнього), Ізраїль, Великобританія, Швеція (високий рівень доходу) спостерігається зниження рівня смертності, пов'язаної з недотриманням дієти з низьким вмістом овочів.

Низький рівень споживання (дієта з низьким вмістом) горіхів та насіння, як фактор ризику захворювань, спричиняло смертність населення в країнах залежно від рівня економічного розвитку за період 1990 – 2021 років таким чином. У країнах з низьким рівнем доходу коливалася в межах від 2,5 % до 2,8 % (ТР +11,0%, Афганістан) – від 2,1 % до 4,6 % (ТР 2,2 разу, Ємен); з рівнем доходу нижче середнього: від 4,2 % до 5,1 % (ТР 1,2 разу, Туніс) – від 1,9 % до 3,6 % (ТР 1,9 разу, Філіппіни); з рівнем доходу вище середнього: від 24,8 % до 31,9 % (ТР +29,0 %, Україна) – від 3,1 % до 9,0 % (ТР 2,9 разу, Мексика); з високим рівнем доходу: від 8,9 % до 11,7 % (ТР 1,3 разу, Японія) – від 1,4 % до 3,8 % (ТР 2,7 разу, Саудівська Аравія). Окрім того у низці країн – В'єтнам, М'янма, Шрі Ланка, Ліван (рівень доходу нижче середнього), Туреччина, Сербія, Аргентина, Іран (рівень доходу вище середнього), Австрія, Канада, Чилі, Ізраїль, Великобританія, Швеція (високий рівень доходу) спостерігається зниження рівня смертності, пов'язаної з дієтою з низьким вмістом горіхів та насіння.

Низький рівень споживання (дієта з низьким вмістом) цільного зерна, як фактор ризику захворювань, спричиняло смертність населення в країнах залежно від рівня економічного розвитку за період 1990 – 2021 років таким чином. У країнах з низьким рівнем доходу коливалася в межах від 6,1 % до 7,5 % (ТР 1,2 разу, Афганістан) – від 4,0 % до 8,3 % (ТР 2,1 разу, Ємен); з рівнем доходу нижче середнього: від 1,3 % до 1,8 % (ТР 1,4 разу, Ліван) – від 2,6 % до 7,1 % (ТР 2,7 разу, В'єтнам); з рівнем доходу вище середнього: від 49,2 % до 52,8 % (ТР +7,0 %, Україна) – від 3,9 % до 13,3 % (ТР 3,4 разу, Мексика); з високим рівнем доходу: від 2,6 % до 2,7 % (ТР +3,0 %, Чилі) – від 2,5 % до 8,3 % (ТР 3,3 разу, Саудівська Аравія). Окрім того у низці країн – Аргентина (рівень доходу вище середнього), Австралія, Австрія, Канада, Ізраїль, Великобританія, Швеція (високий рівень доходу) спостерігається зниження рівня смертності, пов'язаної з дієтою з низьким вмістом цільного зерна.

Низька фізична активність, як фактор ризику захворювань, спричиняла смертність населення в країнах залежно від рівня економічного розвитку за період 1990 – 2021 років таким чином. У країнах з низьким рівнем доходу коливалася в межах від 1,4 % до 1,9 % (ТР 1,4 разу, Афганістан) – від 3,4 % до 5,6 % (ТР 1,6 разу, Судан); з рівнем доходу нижче середнього: від 0,4 % до 1,0 % (ТР 2,5 разу, Непал) – від 1,2 % до 4,1 % (ТР 3,4 разу, Філіппіни); з рівнем доходу вище середнього: від 6,4 % до 7,3 % (ТР +14,0 %, Україна) – від 2,5 % до 7,7 % (ТР 3,1 разу, Південна Африка); з високим рівнем доходу: від 2,2 % до 2,5 % (ТР +13,6 %, Австралія) – від 0,9 % до 2,7 % (ТР 3,0 разу, Саудівська Аравія). Окрім того у низці країн – Австрія, Великобританія, Швеція з високим рівнем доходу спостерігається зниження рівня смертності, пов'язаної з низькою фізичною активністю.

Ці дані вказують на те, що поведінкові чинники є критичними для країн із перехідною економікою. Найбільш вражаючим є розрив у показниках між різними економічними групами.

Такі чинники як смертність через дефіцит цільного зерна та горіхів овочів та фруктів мають найбільший вплив на статистику в країнах із рівнем доходу «вище середнього». Зокрема в Україні зафіксовано екстремально високий рівень смертності через дефіцит цільного зерна (49,2% – 52,8%). Це найвищий показник серед усіх наведених даних. Для порівняння: у країнах з високим доходом цей показник рідко перевищує 3–8%. Щодо дефіциту горіхів та насіння Україна також лідирує за цим показником (до 31,9%), демонструючи зростання на 29%.

Аномальний стрибок смертності через дефіцит овочів зафіксовано в Лівані (дохід нижче середнього) – зростання з 28% до 105% (ТР 2,7 разу). Це свідчить про глибоку кризу продовольчої безпеки. Найбільша динаміка зростання смертності через дефіцит фруктів спостерігається в Саудівській Аравії (2,8 разу) та Південній Африці (1,5 разу), що вказує на зміну традиційного раціону на користь перероблених продуктів (вестернізація дієти).

Гіподинамія як фактор смертності демонструє стабільне зростання майже у всіх групах. Найбільша динаміка спостерігається у Філіппінах (3,4 разу) та Південній Африці (3,1 разу). У країнах із високим доходом (Австрія, Британія, Швеція) спостерігається зниження смертності від цього фактору. Це результат державної політики щодо популяризації спорту та здорового способу життя. В Україні спостерігається помірне зростання (+14%) при відносно високому базовому рівні (7,3%).

Отже можна стверджувати, що у нашому дослідженні Великобританія та Швеція є єдиними країнами, які показали зниження смертності за всіма вказаними параметрами (фрукти, овочі, зерно, активність). Це свідчить про ефективність культури превентивної медицини. Група країн з рівнем доходу вище середнього перебуває у найгіршому становищі. Вони вже відійшли від традиційного натурального харчування, але ще не впровадили культуру здорового споживання, притаманну найбагатшим країнам. Для України найбільшою загрозою є структура харчування (дефіцит цільного зерна та горіхів), що корелює з високим рівнем серцево-судинних захворювань. У країнах з низьким рівнем доходу таких як Афганістан чи Ємен темпи росту смертності високі (1,2 – 2,2 разу), але абсолютні цифри часто нижчі, ніж у середнього класу. Це пояснюється тим, що в цих регіонах інфекційні захворювання та гострий недолік калорій все ще переважають над "хворобами цивілізації".

Найбільш критична ситуація спостерігається в країнах, де низька фізична активність поєднується

Таблиця 2

Порівняльний аналіз моделей смертності

Категорія країн	Харчовий тригер	Метаболічний наслідок	Стан фізичної активності
Високий дохід (напр. Австрія, Швеція)	**Зниження** дефіциту овочів/фруктів	Низька смертність від глюкози (4,6–6,1%)	**Покращення** (смертність падає)
Вище середнього (напр. Україна, Аргентина)	**Катастрофічний дефіцит** зерна та горіхів	Висока смертність від глюкози (до 49%)	Погіршення (ріст до +14%)
Нижче середнього (напр. Ліван, Філіппіни)	Критичний дефіцит овочів (Ліван — 105%)	Стрімкий ріст смертності від ожиріння (в 3,3 разу)	Найшвидше зростання гіподинамії (в 3,4 разу)

з дефіцитом складних вуглеводів (цільне зерно) та корисних жирів (горіхи). У країнах з рівнем доходу вище середнього бачимо найнебезпечнішу комбінацію. Екстремально низьке споживання цільного зерна (смертність 52,8%) та горіхів (31,9%) є фундаментом для високого рівня глюкози в крові (49,3% в Україні). Це призводить до того, що рівень смертності від ожиріння в цій групі сягає пікових значень (до 49,9 на 1 млн населення в Ірані).

Аналіз показує, що поширеність ожиріння – це лише перший чинник впливу на смертність від ожиріння. Окрім нього важливе значення мають супутні чинники. У країнах, де ТР смертності від ожиріння високий (наприклад, Саудівська Аравія – 4,7 разу), відмічається ідентичний стрибок смертності від високого рівня глюкози в крові (3,9 разу). Це свідчить про масове поширення діабету II типу. У країнах з низьким доходом (Ємен) смертність від ожиріння зросла у 4,2 разу, попри те, що дефіцит фруктів та овочів там не такий високий, як у багатих країнах. Це вказує на перехід до «дешевих калорій» (цукор, трансжири) при одночасному зростанні фізичної пасивності. Великобританія демонструє зниження смертності від ожиріння (у 0,9 разу) одночасно зі зниженням смертності від усіх дієтологічних факторів та гіподинамії. Це доводить: зміна раціону та активність здатні зупинити смертність навіть при високих базових показниках.

Україна має специфічний і досить тривожний профіль. Ми маємо один із найвищих у світі ризиків смертності через неправильний склад вуглеводів (зерно) та дефіцит рослинних жирів (горіхи). Це створює «глюкозну пастку»: навіть якщо рівень ожиріння не є найвищим у світі, рівень смертності від високої глюкози (49,3%) є одним із найвищих. В Україні люди помирають не стільки від «надлишку ваги», скільки від якості харчування, що призводить до неконтрольованого рівня цукру в крові та серцево-судинних катастроф.

Дані підтверджують, що економічний розвиток країни без культури харчування лише погіршує ситуацію. Країни «середнього доходу» (як Україна) зараз перебувають у зоні найбільшого ризику, оскільки вже мають доступ до шкідливої їжі, але ще не виробили системних механізмів оздоровлення нації, як це зробили Швеція чи Австрія.

Висновки.

1. Для країн із рівнем доходу вище середнього встановлено, що провідним чинником смертності є не стільки загальний надлишок калорій, скільки специфічні дієтологічні дефіцити. Зокрема, в Україні зафіксовано екстремально високі рівні смертності через недостатнє споживання цільного зерна (до 52,8%) та горіхів і насіння (31,9%).

2. Встановлено стрімке зростання ролі високого рівня глюкози в крові як фактору смертності, особливо в країнах, що розвиваються (наприклад, ріст в Ірані у 4,1 разу). Універсальним чинником ризику для всіх груп країн стала низька фізична активність, темпи росту смертності від якої у країнах з доходом нижче середнього (Філіппіни, Непал) випереджають аналогічні показники розвинених країн, що корелює із процесами швидкої урбанізації.

3. Найбільш вразливою категорією у сучасному світі стали країни «середнього доходу» (нижчого та вищого), де спостерігається поєднання високих темпів зростання ожиріння з критичними дефіцитами нутрієнтів (овочі, цільне зерно) та недостатнім медичним контролем метаболічних порушень. Це зумовлює необхідність перегляду національних стратегій харчування з акцентом на збільшення частки рослинних продуктів та цільнозернових культур.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшому вивченні впливу факторів ризику на поширеність ожиріння з формуванням рекомендацій на національному та регіональному рівнях щодо зменшення їх негативного впливу.

Інформація про фінансування. Дослідження не потребувало і не отримувало додаткового фінансування.

Інформація щодо наявності/відсутності конфлікту інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Внесок кожного з авторів згідно таксономії CrediT. Теренда Н. О. – концепція і дизайн дослідження, аналіз отриманих даних, Макогон Т. М. – збирання і обробка первинного матеріалу, написання тексту статті.

Відповідність матеріалів статті щодо проведення обстежень/досліджень/лікування нормам біоетики. Це дослідження є аналітичним оглядом опублікованих наукових баз даних і не передбачало залучення людей як учасників досліджень, проведення клінічних втручань або роботи з біологічним матеріалом. У зв'язку із цим отримання дозволу комісії з біоетики не вимагалося. Дослідження проводилося відповідно до принципів Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації та міжнародних – стандартів етики наукових публікацій (COPE).

Інформація про доступність первинних даних. Дослідження має аналітичний характер. Усі використані матеріали, первинні дані є відкритими та доступними у відповідних наукових джерелах.

Список літератури

1. Obesity and overweight. WHO. 2023. URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
2. NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*. 2024. Vol. 403, Iss. 10431. P. 1027–1050. DOI: 10.1016/S0140-6736(23)02750-2.

3. Our World in Data. Obesity. URL: https://ourworldindata.org/obesity
4. GBD 2021 Risk Factor Collaborators. Global Burden of 88 Risk Factors in 204 Countries and Territories, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*. 2024. Vol. 403. P. 2203.
5. Popkin B., Corvalan C., Grummer-Strawn L. Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. *The Lancet*. 2019. Vol. 395. P. 65–74.
6. Mendenhall E., Singer M. The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change. *The Lancet*. 2019. Vol. 393. P. 741.
7. Okunogbe et al. Economic Impacts of Overweight and Obesity. 2nd Edition with Estimates for 161 Countries. World Obesity Federation, 2022.

References

1. World Health Organization. (2023). *Obesity and overweight*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
2. NCD Risk Factor Collaboration. (2024). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: A pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *The Lancet, 403*(10431), 1027–1050. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2
3. Our World in Data. (n.d.). *Obesity*. https://ourworldindata.org/obesity
4. GBD 2021 Risk Factor Collaborators. (2024). Global burden of 88 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2021: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet, 403*, 2203.
5. Popkin, B., Corvalan, C., & Grummer-Strawn, L. (2019). Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. *The Lancet, 395*, 65–74.
6. Mendenhall, E., & Singer, M. (2019). The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change. *The Lancet, 393*, 741.
7. Okunogbe, O., et al. (2022). *Economic impacts of overweight and obesity* (2nd ed., with estimates for 161 countries). World Obesity Federation.

SOCIO-ECONOMIC INEQUALITY AND PREVALENCE OF OBESITY: A COMPARATIVE ANALYSIS

N. O. Terenda[1], T. M. Makogon[1], N. G. Letka[2]
[1]Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine
[2]Municipal Non-Profit Enterprise "Ternopil City Municipal Ambulance Hospital" Ternopil, Ukraine

Objective. To analyze the dynamics and establish the features of the relationship between the level of economic development of countries (by national income) and mortality rates due to obesity, metabolic disorders and nutritional risk factors (dietary characteristics) in the period from 1990 to 2021.

Materials and methods. The analysis used data from global databases: Global Burden of Disease (GBD), Our World in Data, World Bank. The work used statistical and comparative analyses, epidemiological methods, and mathematical statistics methods.

Results. For countries with income levels above the average, it was found that the leading factor of mortality is not so much a general excess of calories, but specific dietary deficiencies. In particular, in Ukraine, extremely high mortality rates were recorded due to insufficient consumption of whole grains (up to 52.8%) and nuts and seeds (31.9%).

A rapid increase in the role of high blood glucose levels as a mortality factor was established, especially in developing countries. A universal risk factor for all groups of countries was low physical activity, the growth rates of mortality from which in countries with income below the average are ahead of similar indicators in developed countries.

The most vulnerable category in the modern world has become the countries of "middle income" (lower and higher), where a combination of high rates of obesity growth with critical nutrient deficiencies (vegetables, whole grains) and insufficient medical control of metabolic disorders is observed. This necessitates a review of national nutrition strategies with an emphasis on increasing the share of plant-based foods and whole grains.

Conclusions. It has been established that the prevalence of obesity is influenced by the economic development of countries. The most vulnerable category in the modern world is the "middle-income" countries (lower and upper), where a combination of high rates of obesity growth with critical nutrient deficiencies (vegetables, whole grains) and insufficient medical control of metabolic disorders is observed. This necessitates the revision of national nutrition strategies with an emphasis on increasing the share of plant products and whole grains.

KEY WORDS: socio-economic inequality; obesity; physical inactivity; diets low in fruits; vegetables; whole grains; nuts and seeds; hyperglycemia, high blood pressure.

Дата першого надходження статті до видання: 29.03.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 30.04.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.05.2026

Відомості про авторів:
Теренда Наталія Олександрівна – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID http://orcid.org/0000-0001-5655-4326
Макогон Тетяна Миколаївна – здобувач вищої освіти за спеціальністю «Громадське здоров'я» медичного факультету Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.
Летка Надія Григорівна – лікар ревматолог Комунального некомерційного підприємства "Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги"; ORCID https://orcid.org/0009-0009-5948-842X

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

УДК 614.2:004.7:316.728
DOI https://doi.org/10.11603/1681-2786.2026.2.16410

В. М. ЧІК

СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ЦИФРОВІЗАЦІЇ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ПРАКТИК

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

Мета: проаналізувати комплексний вплив цифрових технологій та інструментів штучного інтелекту на здоров'язбережувальну поведінку й суб'єктивне благополуччя населення, а також провести соціально-гігієнічну оцінку якості життя та ідентифікувати нові загрози в системі громадського здоров'я.

Матеріали і методи. Дослідження проведено у форматі пілотного крос-секційного онлайн-анкетування з урахуванням міжнародних стандартів CROSS. До вибірки увійшли 190 респондентів віком від 19 до 69 років (середній вік – 32,2±8,4 року). Оцінювання параметрів якості життя (HRQoL) здійснювалося за допомогою адаптованого опитувальника ВООЗ (WHOQOL-BREF). Рівень цифрової медичної грамотності визначали за елементами шкали DHLI. Статистична обробка даних виконувалася в програмному комплексі SPSS із застосуванням t-критерію Стьюдента ($p<0,05$).

Результати. Загальний інтегральний показник якості життя респондентів становив 3,63 бала, а рівень задоволеності власним здоров'ям – 3,53 бала. Найнижчий результат серед усіх доменів зафіксовано щодо рівня життєвої енергії (3,35 бала), що вказує на ознаки «цифрового стомлення» населення. У групі осіб із вираженою кіберхондрією рівень життєвої енергії був достовірно нижчим (3,14 бала) порівняно з нормою (3,45 бала). Здатність до виконання щоденних дій у цій групі також знизилася до 3,29 бала проти 3,58 у групі норми. З іншого боку, свідоме використання mHealth-додатків для моніторингу стану супроводжувалося вищим рівнем задоволеності самопочуттям (3,74 бала).

Висновки. Встановлено амбівалентний вплив цифровізації на якість життя: компульсивний пошук медичного контенту знижує рівень життєвої енергії та щоденну продуктивність, тоді як раціональне використання mHealth-інструментів покращує самопочуття. Цифрова медична грамотність визначена ключовим фактором захисту від інформаційного стресу.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: громадське здоров'я; якість життя; цифровізація; кіберхондрія; цифрова медична грамотність; mHealth-технології.

Розвиток сучасної системи охорони здоров'я тісно пов'язаний із впровадженням цифрових технологій у повсякденне життя людини. Смартфони та мобільні застосунки поступово стали ключовими інструментами для самостійного моніторингу фізичного стану. Проте необмежений доступ до медичної інформації несе певні ризики. Спроби самостійно інтерпретувати симптоми через інтернет-пошук, не маючи фахових знань, часто призводять до кіберхондрії – тривожного стану, поширеність якого продовжує зростати [1].

Дослідження свідчать, що нав'язливий пошук медичної інформації негативно позначається на щоденній активності та ментальному здоров'ї особистості [2]. Високий рівень тривоги, зумовлений кіберхондрією, закономірно призводить до погіршення якості життя [3]. Проблема помітно загострюється в умовах глобальних криз: у такі періоди поєднання інтернет-залежності та нав'язливих думок додатково посилює прояви тривоги й депресії [4].

У соціальній медицині показник якості життя вважають пріоритетним, оскільки він відображає не лише фізичний стан людини, а й її загальний тонус та психологічний комфорт. Вплив цифрових технологій на цей показник є неоднозначним. З одного боку, постійний інформаційний шум виснажує пацієнта. З іншого – мобільні рішення у сфері охорони здоров'я (mHealth) демонструють високу ефективність. Зокрема, такі інструменти допомагають людям із хронічним болем краще справлятися з повсякденними обов'язками та відчутно покращують їхнє самопочуття [5]. Подібну позитивну динаміку спостерігають і серед онкологічних хворих, які використовують спеціалізовані мобільні додатки для підтримки стану здоров'я [6].

Практика свідчить, що цифрові інструменти ефективно знижують рівень тривоги та депресії у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями [7]. Разом з тим, навіть короткі дихальні вправи чи медитації за допомогою мобільних додатків допомагають самим медичним працівникам зберігати психологічну стійкість і уникати професійного вигорання [8]. Однак ключовою умовою, яка перетворює ці технології на дієвий інструмент,

© В. М. Чік, 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

є цифрова медична грамотність (Digital Health Literacy). Саме вона відчутно впливає на якість життя людини, діючи через низку пов'язаних факторів [9]. Зокрема, достатній рівень такої грамотності допомагає пацієнтам легше долати післяопераційний період [10], а при онкологічних захворюваннях сечовидільної системи – формує вищу прихильність до лікування [11]. Враховуючи ці тенденції, вивчення цифрової медичної грамотності в українських реаліях стає надзвичайно нагальним завданням.

Мета: на основі результатів пілотного соціологічного опитування проаналізувати комплексний вплив цифрових технологій та інструментів штучного інтелекту на здоров'язбережувальну поведінку й суб'єктивне благополуччя населення. Пріоритетним завданням є проведення соціально-гігієнічної оцінки якості життя та ідентифікація нових загроз у системі громадського здоров'я, зумовлених зростанням інформаційної тривожності в епоху цифрових трансформацій.

Матеріали і методи. Дослідження проведено у форматі пілотного крос-секційного онлайн-анкетування. Рекрутинг респондентів здійснювався через цільові спільноти у соціальних мережах та месенджерах. Такий алгоритм залучення дозволив сформувати релевантну вибірку осіб, які регулярно взаємодіють із цифровим середовищем. Для забезпечення належної якості збору та звітування даних дизайн дослідження розроблявся з урахуванням міжнародних стандартів CROSS [12]. До вибірки увійшли 190 респондентів (n=190), серед яких 58,9% жінок та 41,1% чоловіків. Вік учасників варіювався від 19 до 69 років (середній вік становив 32,2±8,4 року).

Оцінювання параметрів якості життя (HRQoL) проводилось за допомогою адаптованого опитувальника ВООЗ (WHOQOL-BREF). Рівень цифрової медичної грамотності та здатність респондентів критично оцінювати контент визначалися з використанням елементів шкали DHLI [13]. Статистична обробка отриманих результатів виконувалась у програмному комплексі SPSS методами описової та аналітичної статистики; для порівняння значень застосовувався t-критерій Стьюдента ($p<0,05$).

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз отриманих даних засвідчив, як саме цифровізація впливає на суб'єктивне благополуччя респондентів. Загальний інтегральний показник якості життя у вибірці становив 3,63 бала, а рівень задоволеності власним здоров'ям – 3,53 бала. При цьому найнижчий результат серед усіх доменів зафіксовано щодо рівня життєвої енергії (3,35 бала). Це вказує на ймовірні прояви «цифрового стомлення», за якого надмірне споживання медичної інформації психологічно виснажує користувачів. Найбільш виразно ця тенденція простежується під час порівняння груп із різними патернами цифрової поведінки (Таблиця 1).

Як свідчать отримані результати, у групі осіб із вираженими ознаками кіберхондрії рівень життєвої енергії достовірно нижчий (3,14 бала) порівняно з групою норми (3,45 бала). Зібрані дані щодо поширеності цієї проблеми та її виснажливого впливу узгоджуються з глобальними тенденціями, відображеними в сучасних системних оглядах [1]. Виявлені показники підтверджують: компульсивний пошук медичної інформації в мережі стає самостійним психологічним стресором, який погіршує ментальне здоров'я [2]. Високий рівень тривоги, зумовлений такою поведінкою, закономірно призводить до зниження загальної якості життя [3]. Зафіксовано, що у групі з ознаками кіберхондрії показник здатності до виконання щоденних дій знизився до 3,29 бала (проти 3,58 у групі норми). Це чітко демонструє, що надмірне споживання медичного контенту суттєво обмежує повсякденну активність людини.

З іншого боку, цифрові технології мають значний саногенний потенціал. Свідоме використання mHealth-додатків для моніторингу стану здоров'я (n=38) супроводжувалося вищим рівнем задоволеності власним самопочуттям (3,74 бала). Такий позитивний вплив збігається з висновками інших дослідників щодо здатності мобільних інструментів повертати пацієнтам відчуття контролю над своїм фізичним станом [5]. Подібну позитивну динаміку спостерігають і під час використання мобільних сервісів для підтримки онкологічних хворих [6]. Крім того, цифрові рішення успішно застосовують для зниження тривожності в кардіологічній практиці [7], а короткі сеанси цифрової релаксації допомагають фахівцям запобігати професійному вигоранню [8].

Визначальним чинником, який розподіляє респондентів між групою ризику та нормою,

Таблиця 1

Показники якості життя залежно від цифрової поведінки (бали, M±m)

Показники (шкала 1-5)	Уся вибірка (n=190)	Респонденти з кіберхондрією (n=58)	Група норми (n=132)
Задоволеність здоров'ям	3,53±0,08	3,47±0,09	3,55±0,07
Рівень життєвої енергії	3,35±0,10	3,14±0,11*	3,45±0,09
Здатність до щоденних дій	3,49±0,09	3,29±0,10*	3,58±0,08

*Примітка: розбіжності статистично значущі ($p < 0,05$)

є цифрова медична грамотність. Отримані результати підтверджують, що саме вона виступає базовою умовою, яка безпосередньо впливає на якість життя [9]. Навички критичного аналізу інформації допомагають зберігати психологічну стійкість у післяопераційний період [10], а достатній рівень цифрової культури прямо корелює з високою прихильністю до лікування [11]. Підсумовуючи, результати дослідження засвідчують: рівень суб'єктивного благополуччя сучасної людини залежить не від самого факту наявності доступу до медичних ресурсів, а від здатності свідомо та критично їх використовувати.

Висновки. Результати проведеного пілотного дослідження свідчать про амбівалентний вплив цифровізації на якість життя та суб'єктивне благополуччя населення. Встановлено, що надмірне споживання медичної інформації провокує «цифрове стомлення» та виснаження адаптаційних ресурсів організму. Зокрема, кіберхондрія діє як самостійний психологічний стресор, який достовірно знижує рівень життєвої енергії (до 3,14 бала) та здатність до виконання щоденних дій (до 3,29 бала). Водночас доведено саногенний потенціал технологій: раціональне використання mHealth-додатків супроводжується зростанням задоволеності власним здоров'ям (до 3,74 бала). З'ясовано, що ключовим медіатором, який дозволяє мінімізувати інформаційну тривожність та спрямовувати цифрові інновації на реальне покращення благополуччя, є високий рівень цифрової медичної грамотності.

Перспективи подальших досліджень. Надалі доцільно розширити межі цього дослідження шляхом переходу до довготривалих спостережень. Це дасть змогу відстежити, як саме зміна цифрових звичок впливає на самопочуття людини в динаміці. Окремий науковий інтерес становить стрімке поширення генеративного штучного інтелекту, що потребує вивчення його впливу на традиційні підходи до пошуку симптомів та самодіагностики. У прикладному аспекті результати таких досліджень стануть науковим підґрунтям для розроблення дієвих програм із цифрової медичної грамотності з подальшою їх інтеграцією у вітчизняну систему громадського здоров'я.

Інформація про фінансування. Дослідження виконано без залучення зовнішніх джерел фінансування.

Інформація щодо наявності/відсутності конфлікту інтересів. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Внесок кожного з авторів згідно таксономії CrediT. Чік В.М. – концептуалізація, методологія, збір даних, формальний аналіз, написання початкового проєкту (100%).

Відповідність матеріалів статті щодо проведення обстежень/досліджень/лікування нормам біоетики.

Дослідження проводилося з дотриманням принципів біоетики. Усі респонденти надали добровільну інформовану згоду на участь в опитуванні.

Інформація про доступність первинних даних. Дані опитування є деперсоналізованими та зберігаються в автора. Первинні дані, використані в цьому дослідженні, можуть бути надані за обґрунтованим запитом до автора.

Список літератури

1. Prevalence and associated factors of cyberchondria: a scoping review / D. Miezah et al. *Scientific world journal*. 2026. Vol. 2026. P. 9950027. DOI: https://doi.org/10.1155/tswj/9950027.
2. Xu R., Starcevic V. Cyberchondria in older adults and its relationship with cognitive fusion, health-related quality of life, and mental well-being: mediation analysis. *JMIR aging*. 2025. Vol. 8. P. e70302. URL: https://doi.org/10.2196/70302.
3. Yang C., Xu R. H. Impact of cyberchondria on health and quality of life: scoping review. *J med internet res*. 2025. Vol. 27, e77977. DOI: https://doi.org/10.2196/77977.
4. The effect of cyberchondria on anxiety, depression and quality of life during COVID-19: the mediational role of obsessive-compulsive symptoms and Internet addiction / F. Ambrosini et al. *Heliyon*. 2022. Vol. 8, no. 5. P. e09437. DOI: https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09437.
5. MHealth intervention for improving pain, quality of life, and functional disability in patients with chronic pain: systematic review / M. Moreno-Ligero et al. *JMIR mHealth and uHealth*. 2023. Vol. 11. P. e40844. DOI: https://doi.org/10.2196/40844.
6. Saevarsdottir S. R., Gudmundsdottir S. L. Mobile apps and quality of life in patients with breast cancer and survivors: systematic literature review. *Journal of medical internet research*. 2023. Vol. 25. P. e42852. DOI:https://doi.org/10.2196/42852.
7. Hou Q. L., Liu L. Y., Wu Y. The effects of mhealth interventions on quality of life, anxiety, and depression in patients with coronary heart disease: meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of medical internet research*. 2024. Vol. 26. P. e52341. DOI: https://doi.org/10.2196/52341.
8. Efficacy of mHealth aided 12-week meditation and breath intervention on change in burnout and professional quality of life among health care providers of a tertiary care hospital in north India: a randomized waitlist-controlled trial / P. Bhardwaj et al. *Frontiers in public health*. 2023. Vol. 11. P. 1258330. DOI: https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1258330.
9. Xin Y., Weina H., Yan D. Digital literacy impacts quality of life among older adults through hierarchical mediating mechanisms. *Scientific reports*. 2025. Vol. 15, no. 1. P. 19288. DOI: https://doi.org/10.1038/s41598-025-04472-9.
10. Impact of health and digital health literacy on quality of life following radical prostatectomy for prostate cancer: prospective single-center cohort study / A. Keles et al. *World journal of urology*. 2024. Vol. 42, no. 1. P. 241. DOI: https://doi.org/10.1007/s00345-024-04960-z.

11. Exploring the influence of health and digital health literacy on quality of life and follow-up compliance in patients with primary non-muscle invasive bladder cancer: a prospective, single-center study / A. Keles et al. *World journal of urology*. 2025. Vol. 43, no. 1. P. 94. DOI: https://doi.org/10.1007/s00345-025-05463-1.
12. Sharma A., et al. A consensus-based checklist for reporting of survey studies (CROSS). *Journal of general internal medicine*. 2021. Vol. 36, no. 10. P. 3179–3187. DOI: https://doi.org/10.1007/s11606-021-06737-1.
13. Van der Vaart R., Drossaert C. Development of the digital health literacy instrument: measuring a broad spectrum of health 1.0 and health 2.0 skills. *Journal of medical internet research*. 2017. Vol. 19, no. 1. P. e27. DOI: https://doi.org/10.2196/jmir.6709.

References

1. Miezah, D., Adzakpa, R., Bani, E. M. A., & Obeng, P. (2026). Prevalence and Associated Factors of Cyberchondria: A Scoping Review. *TheScientificWorldJournal*, *2026*, 9950027. https://doi.org/10.1155/tswj/9950027.
2. Xu, R. H., & Starcevic, V. (2025). Cyberchondria in Older Adults and Its Relationship With Cognitive Fusion, Health-Related Quality of Life, and Mental Well-Being: Mediation Analysis. *JMIR aging*, *8*, e70302. https://doi.org/10.2196/70302.
3. Yang, C., & Xu, R. H. (2025). Impact of Cyberchondria on Health and Quality of Life: Scoping Review. *Journal of medical Internet research*, *27*, e77977. https://doi.org/10.2196/77977.
4. Ambrosini, F., Truzoli, R., Vismara, M., Vitella, D., & Biolcati, R. (2022). The effect of cyberchondria on anxiety, depression and quality of life during COVID-19: the mediational role of obsessive-compulsive symptoms and Internet addiction. *Heliyon*, *8*(5), e09437. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09437.
5. Moreno-Ligero, M., Moral-Munoz, J. A., Salazar, A., & Failde, I. (2023). mHealth Intervention for Improving Pain, Quality of Life, and Functional Disability in Patients With Chronic Pain: Systematic Review. *JMIR mHealth and uHealth*, *11*, e40844. https://doi.org/10.2196/40844.
6. Saevarsdottir, S. R., & Gudmundsdottir, S. L. (2023). Mobile Apps and Quality of Life in Patients With Breast Cancer and Survivors: Systematic Literature Review. *Journal of medical Internet research*, *25*, e42852. https://doi.org/10.2196/42852.
7. Hou, Q. L., Liu, L. Y., & Wu, Y. (2024). The Effects of mHealth Interventions on Quality of Life, Anxiety, and Depression in Patients With Coronary Heart Disease: Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of medical Internet research*, *26*, e52341. https://doi.org/10.2196/52341.
8. Bhardwaj, P., Pathania, M., Bahurupi, Y., Kanchibhotla, D., Harsora, P., & Rathaur, V. K. (2023). Efficacy of mHealth aided 12-week meditation and breath intervention on change in burnout and professional quality of life among health care providers of a tertiary care hospital in north India: a randomized waitlist-controlled trial. *Frontiers in public health*, *11*, 1258330. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1258330.
9. Xin, Y., Weina, H., & Yan, D. (2025). Digital literacy impacts quality of life among older adults through hierarchical mediating mechanisms. *Scientific reports*, *15*(1), 19288. https://doi.org/10.1038/s41598-025-04472-9.
10. Keles, A., Kose, M., Somun, U. F., Culpan, M., Yaksi, N., & Yıldırım, A. (2024). Impact of health and digital health literacy on quality of life following radical prostatectomy for prostate cancer: prospective single-center cohort study. *World journal of urology*, *42*(1), 241. https://doi.org/10.1007/s00345-024-04960-z.
11. Keles, A., Somun, U. F., Kose, M., Arikan, O., Culpan, M., & Yildirim, A. (2025). Exploring the influence of health and digital health literacy on quality of life and follow-up compliance in patients with primary non-muscle invasive bladder cancer: a prospective, single-center study. *World journal of urology*, *43*(1), 94. https://doi.org/10.1007/s00345-025-05463-1.
12. Sharma, A., et al. (2021). A consensus-based checklist for reporting of survey studies (CROSS). *Journal of General Internal Medicine*, *36*(10), 3179–3187. https://doi.org/10.1007/s11606-021-06737-1.
13. Van der Vaart, R., & Drossaert, C. (2017). Development of the digital health literacy instrument: Measuring a broad spectrum of health 1.0 and health 2.0 skills. *Journal of Medical Internet Research*, *19*(1), e27. https://doi.org/10.2196/jmir.6709.

SOCIAL-HYGIENIC ASSESSMENT OF THE POPULATION'S QUALITY OF LIFE IN THE CONDITIONS OF DIGITALIZATION OF HEALTH-PRESERVING PRACTICES

V. M. Chik
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

Purpose: to analyze the complex impact of digital technologies and artificial intelligence tools on health-preserving behavior and subjective well-being, as well as to conduct a socio-hygienic assessment of the quality of life and identify new threats within the public health system.

Materials and Methods. The study was conducted as a pilot cross-sectional online survey adhering to the international CROSS standards. The sample consisted of 190 respondents aged 19 to 69 years (mean age 32.2±8.4 years). Quality of life (HRQoL) parameters were assessed using the adapted WHO questionnaire (WHO-QOL-BREF). Digital health literacy was measured using elements of the DHLI scale. Statistical analysis was performed using SPSS software, applying Student's t-test ($p<0.05$)

Results. The overall integral quality of life score was 3.63 points, and health satisfaction was 3.53 points. The lowest score among all domains was recorded for the level of vital energy (3.35 points), indicating signs of "digital fatigue". In the group with pronounced cyberchondria, the level of vital energy was significantly lower (3.14 points) compared to the norm (3.45 points). The ability to perform daily activities in this group also decreased to 3.29 points versus 3.58 in the normal group. Conversely, conscious use of mHealth applications for monitoring was associated with a higher level of well-being satisfaction (3.74 points).

Conclusions. A dual impact of digitalization on the quality of life has been established: compulsive seeking of medical content reduces the level of vital energy and daily productivity, whereas the rational use of mHealth tools improves well-being. Digital health literacy is identified as a key factor in protecting against information-related stress.

KEY WORDS: public health; quality of life; digitalization; cyberchondria; digital health literacy; mHealth technologies.

Дата першого надходження статті до видання: 22.03.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 28.04.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.05.2026

Відомості про авторів:
Чік Вадим Михайлович – аспірант за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» кафедри наук про здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; ORCID http://orcid.org/0009-0009-1555-6224.

Електронна адреса для листування: vadym.chik@uzhnu.edu.ua

УДК 613.72-053.2(1-22)(477.87))
DOI https://doi.org/10.11603/1681-2786.2026.2.16411

Г. Л. ШЕПЕЛЛА, В. В. БРИЧ

ІНФРАСТРУКТУРНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ У ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ СІЛЬСЬКОЇ МІСЦЕВОСТІ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м Ужгород, Україна

Мета: оцінити рівень забезпечення та доступності спортивної інфраструктури для дитячого населення територіальних громад Закарпатської області.

Матеріали та методи. Застосовано бібліосемантичний, соціологічний та статистичний методи. Збір даних проводився шляхом онлайн-анкетування територіальних громад Закарпатської області за допомогою платформи Google Forms. У дослідженні взяли участь 19 громад. Оцінювалися показники забезпеченості закладами загальної середньої освіти, шкільними спортивними майданчиками, спортивними залами, а також дитячими й спортивними майданчиками на рівні громад у перерахунку на 1000 дитячого населення. Статистична обробка здійснювалася із використанням методів описової статистики.

Результати. Встановлено значну варіабельність показників інфраструктурного забезпечення територіальних громад. Середній рівень забезпеченості закладами загальної середньої освіти становив 2,77 на 1000 дітей, при цьому 63,16% громад характеризуються низьким рівнем доступності умов для занять фізичною активністю в шкільному середовищі. Середнє значення забезпеченості шкіл відкритими спортивними майданчиками становило 2,09, а спортивними залами – 1,34, причому низький рівень забезпеченості відзначено у 78,94% та 89,47% громад відповідно. Показники позашкільної інфраструктури також залишаються недостатніми: середній рівень забезпеченості спортивними майданчиками становив 1,04, дитячими майданчиками – 2,17 на 1000 дитячого населення, при цьому низький рівень зафіксовано у 89,47% та 73,68% громад відповідно. Виявлено територіальні громади з повною відсутністю окремих елементів інфраструктури, що суттєво обмежує можливості для занять фізичною активністю у позанавчальний час.

Висновки. Встановлено недостатній та нерівномірний рівень інфраструктурного забезпечення територіальних громад, що обмежує доступність занять фізичною активністю для дітей у шкільному та позанавчальному середовищі. Отримані результати обґрунтовують необхідність впровадження комплексного підходу до розвитку інфраструктури як ключового чинника підвищення рівня фізичної активності та зміцнення громадського здоров'я.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: діти; фізична активність; зміцнення здоров'я; школа; територіальна громада; село; інфраструктура; громадське здоров'я; Закарпаття.

Вступ. Недостатній рівень фізичної активності населення є однією з актуальних проблем сучасної системи охорони здоров'я, що має значний вплив на формування неінфекційних захворювань. Особливе занепокоєння викликає низька активність дітей, що визначає ризики для здоров'я у подальшому житті. У цьому контексті вивчення факторів, що впливають на формування рівня фізичної активності, набуває важливого наукового та практичного значення, а суттєву роль серед них відіграють інфраструктурні детермінанти.

Особливості середовища можуть як сприяти, так і обмежувати реалізацію активної поведінки, визначаючи доступність, безпечність і привабливість умов для рухової діяльності серед дітей та населення загалом. Доступність спортивної інфраструктури та дитячих майданчиків, місць для безпечного активного проведення дозвілля, забезпечення шкіл спортивними майданчиками та залами дозволяє підвищити можливості залучення дітей сільської місцевості до активного способу життя й підвищення рівня фізичної активності [1, 2, 3].

Наукові дослідження підтверджують наявність зв'язку між рівнем фізичної активності та станом здоров'я населення і характеристиками інфраструктури за місцем проживання, зокрема її доступністю та якістю. Позитивний вплив правильної побудови спортивної інфраструктури, реконструкція та оновлення вже наявних парків, майданчиків та місць для активного відпочинку проявляється у збільшенні залученості населення до занять спортом, проведення групових спортивних занять, змагальної діяльності та підвищення фізичної активності серед різних груп населення [4, 5, 6]. За даними Стелли Л. Вольпе, мешканці

© Г. Л. Шепелла, В. В. Брич, 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

населених пунктів із розвиненим середовищем для занять спортом, зокрема наявністю спортивних споруд, велосипедних доріжок і парків, характеризуються вищим рівнем рухової активності порівняно з населенням територій із недостатнім розвитком таких умов [4].

В Україні відзначається недостатня кількість та значне відставання в розвитку спортивної інфраструктури в різних адміністративно-територіальних одиницях, використання застарілої матеріально-технічної бази на території громад та в багатьох освітніх закладах, часто недоступність через віддаленість або наявність приватних спортивних залів з високою вартістю [2, 7, 8].

Мета. Метою дослідження стала оцінка рівня забезпечення та доступності спортивної інфраструктури для дитячого населення територіальних громад Закарпатської області.

Матеріали та методи. Для досягнення мети застосовано бібліосемантичний, соціологічний та статистичний методи. Дослідження проводилося серед територіальних громад Закарпатської області. Залучення учасників здійснювалося шляхом направлення до органів місцевого самоврядування офіційних листів із запрошенням до участі в дослідженні та проханням заповнити відповідний опитувальник. Збір первинної інформації проводився методом онлайн-анкетування з використанням платформи Google Forms. Участь у дослідженні була добровільною, а факт заповнення анкети розцінювався як надання інформованої згоди на участь у дослідженні. Серед критеріїв включення були такі: належність до територіальних громад Закарпатської області; наявність у складі громади сіл та/або селищ; повне та коректне заповнення опитувальника. У дослідженні взяли участь 19 об'єднаних територіальних громад (ОТГ), що становить 29,7% від їх загальної кількості в Закарпатській області.

Опитувальник містив п'ять ключових компонентів інфраструктурного забезпечення, зокрема загальну кількість закладів загальної середньої освіти; кількість шкіл, обладнаних відкритими спортивними майданчиками; кількість шкіл із внутрішніми спортивними залами; кількість дитячих майданчиків; кількість спортивних майданчиків на території громади.

Для оцінки рівня інфраструктурного забезпечення відповідні показники розраховувалися у перерахунку на 1000 дитячого населення. Отримані значення інтерпретувалися умовно таким чином: 0–2,5 – низький рівень забезпеченості; 2,5–4,5 – середній рівень; 4,5 і вище – високий рівень. Статистична обробка даних здійснювалася з використанням методів описової статистики.

Результати дослідження та обговорення. Аналіз даних анкетування показав, що чисельність дитячого населення в територіальних громадах варіює від 1 165 до 22 000 осіб. Це свідчить про суттєву диференціацію громад за демографічними показниками, що зі свого боку зумовлює різний рівень потреби в інфраструктурних об'єктах як чинниках формування фізичної активності населення. Кількість закладів загальної середньої освіти в територіальних громадах варіює від 2 до 31 на одну громаду, тоді як коефіцієнт забезпеченості школами у перерахунку на 1000 дитячого населення коливається в межах від 0,42 до 6,01. Середнє значення цього показника для досліджених громад становить 2,77. Отримані результати свідчать про суттєву нерівномірність забезпеченості освітніми закладами та, відповідно, різний рівень навантаження на них у територіальних громадах.

З урахуванням отриманих значень було здійснено розподіл ОТГ, що взяли участь у дослідженні, за рівнем забезпеченості закладами загальної середньої освіти у перерахунку на 1000 дитячого населення як важливого індикатора доступності занять фізичною активністю в освітньому середовищі. Встановлено, що більшість громад (63,16%) характеризуються низьким рівнем забезпеченості (0–2,5), що потенційно обмежує можливості дітей до регулярної фізичної активності на базі закладів освіти. Середній рівень (2,5–4,5) визначений у 21,05% громад і відображає помірну доступність відповідних умов, тоді як високий рівень забезпеченості (>4,5), виявлений лише у 15,79% громад, створює більш сприятливі передумови для організації фізкультурно-оздоровчої та спортивної діяльності. Отримані результати свідчать про нерівномірність доступу до можливостей занять фізичною активністю у шкільному середовищі в різних територіальних громадах.

Оцінюючи рівень забезпечення шкіл, було досліджено наявність зовнішніх спортивних майданчиків та внутрішніх спортивних залів у різних територіальних громадах.

Кількість закладів загальної середньої освіти, на території яких наявні відкриті спортивні майданчики, варіює від 2 до 24 у розрахунку на одну територіальну громаду. Аналіз рівня забезпеченості такими майданчиками в перерахунку на 1000 дитячого населення показав, що значення показника коливаються в межах від 0,29 до 6,01, при середньому значенні 2,09. Розподіл територіальних громад засвідчив, що переважна більшість із них (78,94%) характеризується низьким рівнем забезпеченості (0–2,5), тоді як середній та високий рівні виявлено у 21,06% (по 10,53% громад відповідно). Отримані результати свідчать про обмежену доступність умов для занять фізичною активністю на відкритих спортивних майданчиках у межах закладів освіти, що може негативно впливати на рівень рухової активності дитячого населення.

Важливим компонентом забезпечення ефективності процесу фізичного виховання у закладах освіти є наявність спортивного залу. Це створює можливість повноцінного проведення відповідних занять незалежно від погодних умов, на відміну від відкритих спортивних майданчиків. Крім того, за умови належного матеріально-технічного оснащення спортивні зали сприяють підвищенню якості навчального процесу, рівня зацікавленості та мотивації учнів до відвідування уроків фізичної культури і занять руховою активністю. Водночас їх наявність розширює можливості для організації групових позаурочних спортивно-оздоровчих занять, що є важливим чинником формування стійкої фізичної активності серед учнів.

Аналізом відповідей встановлено, що в досліджуваних громадах кількість шкіл з наявністю спортивного залу варіюється від 1 до 17 на територіальну громаду, значення показника у перерахунку на 1000 дитячого населення – від 0,45 до 3,43, при середньому значенні 1,34. Розподіл територіальних громад засвідчив, що переважна більшість із них (89,47%) характеризується низьким рівнем забезпеченості (0–2,5), тоді як середній рівень (2,5–4,5) виявлено лише у 10,53% громад; високий рівень відсутній. Отримані результати свідчать про обмежену доступність умов для організації занять фізичною активністю в приміщенні закладів освіти, що може негативно впливати на регулярність і якість фізичного виховання, особливо в умовах несприятливих погодних факторів.

Важливу роль у формуванні рівня фізичної активності дітей відіграє наявність спортивних і дитячих майданчиків поблизу місця проживання, що створює умови для активного відпочинку та занять фізичною активністю в позанавчальний час. За результатами аналізу встановлено, що спортивні майданчики наявні лише у 17 із 19 досліджених ОТГ. У громадах, де такі об'єкти наявні, їх кількість варіює від 1 до 12 на одну громаду. Показник забезпеченості у перерахунку на 1000 дитячого населення коливається в межах від 0,00 до 4,85, при середньому значенні 1,04. Отримані результати свідчать про обмежену доступність відкритої спортивної інфраструктури у значній частині громад, що може негативно впливати на рівень фізичної активності дітей у позанавчальний час. Розподіл територіальних громад за наявністю спортивних майданчиків засвідчив, що переважна більшість ОТГ (89,47%) характеризується низьким рівнем забезпеченості (0–2,5), тоді як середній рівень (2,5–4,5) та високий рівень (>4,5) виявлено лише у 2 громадах (10,53%). Отримані результати свідчать про вкрай обмежену доступність інфраструктури для занять фізичною активністю на відкритому просторі, що може суттєво стримувати рівень фізичної активності дитячого населення.

Останній компонент передбачав оцінку рівня забезпечення територіальних громад дитячими майданчиками, що також має суттєве значення серед факторів інфраструктури, які впливають на формування рівня активності дитячого населення, залучення дітей до активності з ранніх років, активніше проведення вільного часу молодих батьків з дітьми дошкільного віку, взаємодію дитини з іншими та проведення активних ігор.

Вісімнадцять громад вказали на наявність дитячого майданчика на їх території. Кількість майданчиків у ОТГ варіюється від 1 до 29. Аналіз забезпеченості територіальних громад дитячими майданчиками у перерахунку на 1000 дитячого населення показав, що значення показника варіюють від 0,00 до 8,13, при середньому значенні 2,17. Розподіл територіальних громад засвідчив, що переважна більшість із них (73,68%) характеризується низьким рівнем забезпеченості (0–2,5), тоді як середній рівень (2,5–4,5) виявлено у 15,79% громад, а високий рівень (>4,5) – у 10,53% громад. Отримані результати свідчать про недостатню доступність інфраструктури для активного дозвілля дітей у значній частині громад, що може обмежувати формування звичок до регулярної фізичної активності в позанавчальний час.

Висновки. Проведене дослідження засвідчило суттєву диференціацію територіальних громад Закарпатської області за рівнем забезпеченості інфраструктурними об'єктами, що формують умови для фізичної активності дитячого населення. Встановлено, що переважна більшість громад характеризується низьким рівнем забезпеченості: 63,16% громад мають низький рівень забезпеченості закладами освіти як середовищем для занять фізичною активністю, 78,94% – відкритими спортивними майданчиками при школах, 89,47% – спортивними залами, 89,47% – спортивними майданчиками на рівні громади та 73,68% – дитячими майданчиками. Виявлена нерівномірність розвитку інфраструктури, а також наявність громад із повною відсутністю окремих її компонентів свідчать про фрагментарний характер її формування та обмежену доступність умов для занять фізичною активністю як у шкільному, так і позанавчальному середовищі. Отримані результати вказують на необхідність впровадження комплексного підходу до розвитку інфраструктурного забезпечення як ключового чинника підвищення рівня фізичної активності дітей та зміцнення громадського здоров'я, розроблення та впровадження цілеспрямованих програм та дій для достатнього спортивного забезпечення дитячого населення з урахуванням виявлених бар'єрів і ресурсів громади.

Перспективи подальших досліджень полягають у комплексному вивченні впливу

інфраструктурних, поведінкових і соціальних факторів на рівень фізичної активності дітей, а також у розробці та оцінці ефективності програм оптимізації інфраструктурного забезпечення територіальних громад у контексті зміцнення громадського здоров'я.

Інформація про фінансування. На проведення цього дослідження фінансова допомога від сторонніх організацій або грантів не отримувалась.

Інформація щодо наявності/відсутності конфлікту інтересів. Конфлікт інтересів відсутній.

Внесок кожного з авторів згідно таксономії CrediT: Шепелла Г.Л. – концептуалізація; методологія; збір та формалізація даних; статистичний аналіз; підготовка первинного проєкту рукопису; редагування тексту; Брич В.В. – концептуалізація; наукове керівництво; рецензування та редагування тексту.

Відповідність матеріалів статті щодо проведення обстежень/ досліджень/лікування нормам біоетики: програма і методи дослідження затверджені комісією з біоетики ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (протокол № 6/6 від 8 лютого 2023 р.).

Список літератури

1. Шепелла Г. Л., Брич В. В. Окремі аспекти формування фізичної активності у дітей шкільного віку. *Україна. Здоров'я нації*. 2024. № 2. С. 41–50. DOI: https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.2/07
2. Наумко Ю. С., Самойленко Т. Г. Розвиток спортивної інфраструктури як дієвий інструмент провадження соціальної політики в регіоні . *Інфраструктура ринку*. 2019. № 37. С. 523–529. URL: http://www.market-infr.od.ua/journals/2019/37_2019_ukr/78.pdf
3. Smith M., et al. Systematic literature review of built environment effects on physical activity and active transport: an update and new findings on health equity // *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2017. Vol. 14, № 1. Art. 158. DOI: https://doi.org/10.1186/s12966-017-0613-9
4. Volpe S. L. The built environment and physical activity. American College of Sports Medicine (ACSM). URL: https://acsm.org/built-environment-physical-activity/
5. Zhang Y., Koene M., Reijneveld S. A., et al. The impact of interventions in the built environment on physical activity levels: a systematic umbrella review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2022. Vol. 19. Art. 156. DOI: https://doi.org/10.1186/s12966-022-01399-6
6. Rapalavičius A., Venclovienė J., Dėdelė A., Andrusaitytė S. Effect of urban infrastructure on physical activity and health indicators: the case of the city of Kaunas, Lithuania. *Sustainability*. 2025. Vol. 17, № 22. Art. 10006. DOI: https://doi.org/10.3390/su172210006
7. Імас Є., Ратніков Д., Андрєєва О. Розвиток спортивної інфраструктури як чинник залучення різних груп населення до оздоровчо-рекреаційної рухової активності. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту.* 2023. № 4. С. 27–30. DOI: https://doi.org/10.32652/tmfvs.2022.4.27-30
8. Карабанов Є., Осіпов В. Аналіз сучасних проблем та перспектив розвитку фізичної культури та спорту для дорослого населення в Україні та країнах Європи. *Physical Culture and Sport: Scientific Perspective*. 2023. № 1. С. 90–97. DOI: https://doi.org/10.31891/pcs.2023.1.14

References

1. Shepella, H. L., & Brych, V. V. (2024). Okremi aspekty formuvannia fizychnoi aktyvnosti u ditei shkilnoho viku [Some aspects of the formation of physical activity in school-age children]. *Ukraina. Zdorovia natsii*, (2), 41–50. https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.2/07 [in Ukrainian].
2. Naumko, Y. S., & Samoilenko, T. H. (2019). Rozvytok sportyvnoi infrastruktury yak diievyi instrument provadzhennia sotsialnoi polityky v rehioni [Development of sports infrastructure as an effective instrument for the implementation of regional social policy]. *Market Infrastructure*, (37), 523–529. http://www.market-infr.od.ua/journals/2019/37_2019_ukr/78.pdf [in Ukrainian].
3. Smith, M., et al. (2017). Systematic literature review of built environment effects on physical activity and active transport: An update and new findings on health equity. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 158. https://doi.org/10.1186/s12966-017-0613-9
4. Volpe, S. L. (n.d.). The built environment and physical activity. American College of Sports Medicine. https://acsm.org/built-environment-physical-activity/
5. Zhang, Y., Koene, M., Reijneveld, S. A., et al. (2022). The impact of interventions in the built environment on physical activity levels: A systematic umbrella review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 19, 156. https://doi.org/10.1186/s12966-022-01399-6
6. Rapalavičius, A., Venclovienė, J., Dėdelė, A., & Andrusaitytė, S. (2025). Effect of urban infrastructure on physical activity and health indicators: The case of the city of Kaunas, Lithuania. *Sustainability*, 17(22), 10006. https://doi.org/10.3390/su172210006
7. Imas, Y., Ratnikov, D., & Andrieieva, O. (2023). Rozvytok sportyvnoi infrastruktury yak chynnyk zaluchennia riznykh hrup naselennia do ozdorovcho-rekreatsiinoi rukhovoi aktyvnosti [Development of sports infrastructure as a factor in promoting the involvement of various population groups in health and recreational physical activity]. *Teoriia i metodyka fizychnoho vykhovannia i sportu*, (4), 27–30. https://doi.org/10.32652/tmfvs.2022.4.27-30 [in Ukrainian].
8. Karabanov, Y., & Osipov, V. (2023). Analiz suchasnykh problem ta perspektyv rozvytku fizychnoi kultury ta sportu dlia dorosloho naselennia v Ukraini ta krainakh Yevropy [Analysis of current challenges and prospects for the development of physical culture and sports among the adult population in Ukraine and European countries]. *Physical Culture and Sport: Scientific Perspective*, (1), 90–97. https://doi.org/10.31891/pcs.2023.1.14 [in Ukrainian].

INFRASTRUCTURE DETERMINANTS OF PHYSICAL ACTIVITY AMONG CHILDREN IN RURAL TERRITORIAL COMMUNITIES

H. L. Shepella, V. V. Brych
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

Purpose: To assess the level of provision and accessibility of sports infrastructure for children in the territorial communities of the Zakarpattia region.

Materials and Methods. Bibliographic, sociological, and statistical methods were applied. Data were collected through an online survey of territorial communities of the Zakarpattia region using Google Forms. A total of 19 communities participated in the study. Indicators of provision in general secondary education institutions, school sports grounds, sports halls, and community-level sports and playgrounds were assessed per 1,000 children. Statistical analysis was performed using descriptive statistics methods.

Results. A significant variability in infrastructure provision across territorial communities was identified. The average level of provision in general secondary education institutions was 2.77 per 1,000 children, and 63.16% of communities had low access to physical activity opportunities within the school environment. The average provision of schools with outdoor sports grounds was 2.09, and with sports halls – 1.34, with low levels observed in 78.94% and 89.47% of communities, respectively.

Indicators of community-level infrastructure were also insufficient: the average provision of sports grounds was 1.04 per 1,000 children, and playgrounds – 2.17 per 1,000 children, with low levels recorded in 89.47% and 73.68% of communities, respectively. Communities with a complete absence of certain infrastructure elements were identified, significantly limiting opportunities for physical activity during leisure time.

Conclusions. An insufficient and uneven level of infrastructure provision across territorial communities was identified, limiting children's access to physical activity in both school and out-of-school settings. The findings highlight the need for a comprehensive approach to infrastructure development as a key factor in increasing physical activity levels and promoting public health.

KEY WORDS: children; physical activity; health promotion; school; territorial community; rural area; infrastructure; public health; Zakarpattia.

Дата першого надходження статті до видання: 17.04.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 14.05.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.05.2026

Відомості про авторів:
Шепелла Гретта Лайошовна – аспірантка спеціальності «Громадське здоров'я», кафедра наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; ORCID ID: https://orcid.org/0000-0003-2995-8119
Брич Валерія Володимирівна – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; ORCID ID: https://orcid.org/0000-0003-3741-6002

Електронна адреса для листування: valeria.bruch@uzhnu.edu.ua

УДК 614.2-055.26:613.953.11
DOI https://doi.org/10.11603/1681-2786.2026.2.16412

Н. М. АНТАЛ

ПІДТРИМКА ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ: ДОСВІД МАТЕРІВ ТА ОСНОВНІ БАР'ЄРИ (ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ОПИТУВАННЯ ЖІНОК)

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

Мета роботи. Проаналізувати досвід взаємодії жінок із системою охорони здоров'я щодо питань грудного вигодовування, оцінити якість надання медичних консультацій з питань лактації та виявити основні бар'єри, які впливають на вибір методу годування дитини.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження стали результати анонімного онлайн-опитування 435 жінок, які мають дитину до 5 років. У роботі використані соціологічний, статистичний та аналітичний методи дослідження. Проаналізовано рівень задоволеності медичними послугами, джерела отримання інформації про грудне вигодовування та поширеність штучного вигодовування без наявності медичних показань.

Результат дослідження та їх обговорення. Встановлено, що лише 42,1 % матерів практикували виключно грудне вигодовування, тоді як більшість перейшли на змішане або штучне. Основними чинниками вибору методу вигодовування були особисті переконання, недостатня лактація та рекомендації медичних працівників. Попри те, що 77,5 % жінок вважали отриману під час вагітності інформацію достатньою, лише половина отримала консультації у пологовому будинку, а до спеціалізованих консультантів зверталася третина. Виявлено помірний рівень задоволеності медичною підтримкою (3,37 бала), при цьому майже чверть матерів оцінили її як низьку. Особливе занепокоєння викликає те, що понад половина жінок отримували рекомендації щодо догодовування без медичних показань. Лише кожна четверта респондентка вважає рівень підтримки грудного вигодовування у своєму регіоні достатнім, що свідчить про наявність системних проблем.

Висновки. Встановлено недостатню ефективність системи охорони здоров'я у підтримці грудного вигодовування Вибір методу вигодовування визначається особистими переконаннями та впливом медичних працівників, при цьому значна частка жінок не отримує належної консультативної допомоги. Виявлено помірний рівень задоволеності жінок медичною підтримкою та її варіабельність. Отримані результати свідчать про необхідність посилення системної підтримки грудного вигодовування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: грудне вигодовування; громадське здоров'я; здоров'я матері та дитини; заклади охорони здоров'я; консультування з питань лактації.

Вступ. Грудне вигодовування відіграє важливу роль у формуванні здоров'я дитини з перших днів життя. Грудне молоко містить необхідні поживні речовини, антитіла та біологічно активні компоненти, що забезпечують гармонійний розвиток немовляти та зміцнюють його імунітет [1]. Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує виключно грудне вигодовування до шести місяців із подальшим його продовженням до двох років і більше, однак у багатьох країнах, зокрема в Україні, його рівень залишається нижчим за рекомендований [2].

Відмова від грудного вигодовування є не лише індивідуальним вибором, а й суспільною проблемою, що зумовлює значні економічні втрати, у зв'язку з чим його підтримка розглядається як пріоритетне завдання громадського здоров'я [3]. Дослідження свідчать, що успішність грудного вигодовування значною мірою залежить від підготовленості матері: психологічна та практична підготовка під час вагітності сприяє зниженню ризику раннього припинення вигодовування [4, 5].

На рішення жінки впливає комплекс чинників, зокрема особистий досвід, соціальне оточення та інформація, отримана від медичних працівників [6]. Водночас перешкоди до грудного вигодовування мають багаторівневий характер і включають як фізіологічні труднощі, так і соціокультурні фактори, що потребує системних підходів до їх подолання [7, 8].

Важливу роль у підтримці грудного вигодовування відіграють заклади охорони здоров'я, особливо пологові будинки, де формується первинний досвід матері, а якість консультування впливає на подальшу тривалість вигодовування [9]. Крім того, грудне вигодовування є важливим елементом формування емоційного зв'язку між матір'ю та дитиною і має значення для психічного розвитку немовляти [10].

© Н. М. Антал, 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

В Україні, попри усвідомлення матерями важливості грудного вигодовування, рівень його підтримки з боку системи охорони здоров'я залишається недостатнім [4]. Це обумовлює необхідність вивчення досвіду матерів для виявлення наявних прогалин і розроблення ефективних заходів підтримки у закладах охорони здоров'я та на рівні громад.

Мета роботи. Проаналізувати досвід взаємодії жінок із системою охорони здоров'я щодо питань грудного вигодовування, оцінити якість надання медичних консультацій з питань лактації та виявити основні бар'єри, які впливають на вибір методу годування дитини.

Матеріали і методи. Під час дослідження використовувались соціологічний і статистичний метод та метод узагальнення. Матеріалами стали результати анонімного онлайн-опитування 435 жінок, які мають дитину до 5 років. Анкета містила запитання, що охоплювали соціально-демографічні характеристики респонденток, досвід взаємодії з системою охорони здоров'я з питань грудного вигодовування, рівень задоволеності медичними послугами, джерела отримання інформації про грудне вигодовування та поширеність штучного вигодовування без наявності медичних показань. Участь брали жінки, які проживають у різних регіонах України. Обробка результатів здійснювалася у відсотках методами описової статистики.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати дослідження свідчать, що виключно грудне вигодовування практикували лише 42,1±2,4 % матерів, змішане вигодовування – 39,3±2,3 %, виключно штучне – 18,6±1,9 %. Таким чином, більше половини опитаних жінок (57,9 %) так і не змогли зберегти грудне вигодовування, рекомендоване ВООЗ у перші шість місяців життя дитини. Цей показник є важливим індикатором ефективності системи охорони здоров'я у підтримці природного вигодовування оскільки відображає не лише індивідуальні рішення матерів, але й якість організаційного середовища, в якому ці рішення формуються.

Аналіз причин, що вплинули на вибір методу вигодовування виявив, що провідну роль відіграють особисті переконання матері – їх зазначили 53,4±2,4 % опитаних (рис. 2). На другому місці – відсутність або недостатня кількість молока (37,8±2,3 %), на третьому – рекомендації медичних працівників (31,9±2,2 %). Значно рідше вказувались інші причини: вихід на роботу або навчання (12,9±1,6 %), стан здоров'я матері чи дитини (8,6±1,3 %) та вплив соціальних мереж (3,2±0,8 %).

Показово, що рекомендації медичних працівників посідають третє місце серед усіх чинників – це свідчить про реальний вплив системи охорони здоров'я на репродуктивну поведінку жінок. Водночас такий результат може трактуватися двояко: з одного боку, медичні працівники дійсно впливають на вибір матері, з іншого – постає питання, чи завжди цей вплив є науково обґрунтованим і спрямованим на підтримку грудного вигодовування. Особливо це актуально з огляду на те, що відсутність або нестача молока як причина переходу на суміш часто є наслідком недостатньої підготовки жінки та браку фахової підтримки в ранньому періоді, а не реальною фізіологічною проблемою.

Важливим аспектом дослідження стала оцінка того, наскільки система охорони здоров'я забезпечує жінок необхідними знаннями та підтримкою. Інформацію, отриману під час вагітності, вважали достатньою77,5±2,0% матерів. Проте цей показник потребує критичного осмислення: незважаючи на достатність інформації, більше половини жінок не змогли залишитись з виключно грудним вигодовуванням. Це свідчить про те, що надана інформація часто має тільки загальний характер і не закріплюється практичною підтримкою у важливий післяпологовий період.

Ще більш показовими є дані щодо консультативної допомоги безпосередньо в закладах пологодопомоги. Консультації з грудного вигодовування у пологовому будинку проводились лише для 49,7±2,4 % учасниць. Водночас 37,2±2,3 %

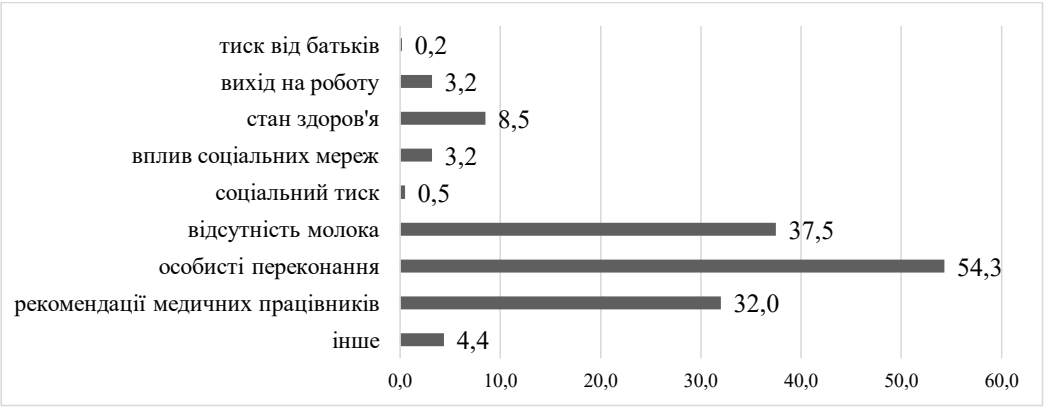

Рис. 2. Причини вибору методу вигодовування (множинний вибір, у %)

повідомили про повну відсутність таких консультацій, а 13,1±1,6 % не змогли пригадати, чи проводились вони взагалі. Ці дані свідчать про значну нерівномірність у якості післяпологової допомоги та вказують на системну прогалину на рівні закладів охорони здоров'я.

Послугами спеціалізованих консультантів з грудного вигодовування скористались лише 31,0±2,2 % матерів. Водночас 49,0±2,4 % знали про таку можливість, але з різних причин не зверталися, а 20±1,9 % взагалі не були обізнані про існування подібних послуг. Таким чином, кожна п'ята жінка не отримала навіть базової інформації про доступну фахову допомогу – це є прямим показником недостатньої роботи системи охорони здоров'я у сфері санітарно-просвітницької діяльності.

Загальна оцінка підтримки медичних працівників щодо грудного вигодовування за шкалою від 1 до 5 балів виявила неоднозначні результати. Найбільша частка відповідей (26,2±2,1 %) припадала на найвищий рівень (5 балів), менше на середні значення (3 бали – 25,1±2,1%; 4 бали – 24,1±2,1 %). Водночас 24,6 % опитаних жінок надали низькі оцінки (1 і 2 бали) – 14,9±1,7% і 9,7±1,4% відповідно. Середній бал становив 3,37±0,07, що відповідає помірному рівню задоволеності.

Отримані дані свідчать, що майже чверть матерів незадоволені підтримкою з боку медичних працівників, що вказує на недостатню ефективність системи охорони здоров'я у цій сфері. Водночас відносно рівномірний розподіл оцінок за шкалою свідчить про значну варіабельність якості допомоги залежно від закладу, регіону або конкретного фахівця, що обумовлює необхідність системних змін у підготовці персоналу та організації підтримки грудного вигодовування.

Одним із найбільш тривожних результатів дослідження є те, що 52,9±2,4 % матерів отримували від медичних працівників рекомендації щодо догодовування дитини штучною сумішшю без нагальної медичної потреби. Це означає, що більше половини жінок зіткнулися з практикою, яка прямо суперечить рекомендаціям ВООЗ та чинним клінічним протоколам підтримки лактації. Такі рекомендації нерідко стають вирішальним чинником, що підштовхує матерів до раннього переходу на змішане або штучне вигодовування, навіть якщо вони спочатку були налаштовані годувати грудьми.

Щодо соціального тиску через вибір методу вигодовування, то 20,5±1,9 % опитаних жінок відчували його частково, а 10,8±1,5 % – повною мірою. Це свідчить про недостатню соціальну підтримку материнства та необхідність проведення інформаційних кампаній на рівні громади.

Відповіді матерів на питання про достатність підтримки грудного вигодовування в їхньому регіоні розподілились таким чином: лише 27,8±2,1% вважають її достатньою, 35,9±2,3% – частковою, 30,1±2,2% – недостатньою, а 6,0±1,1% не змогли визначитись. Отже, лише кожна четверта матір задоволена рівнем регіональної підтримки грудного вигодовування. Така ситуація є прямим свідченням того, що питання підтримки природного вигодовування залишається невирішеним на рівні регіональних систем охорони здоров'я.

Висновки. Отримані результати свідчать про недостатню ефективність системи охорони здоров'я України у підтримці грудного вигодовування . Лише 42,1 % матерів практикували виключно грудне вигодовування, тоді як більшість перейшли на змішане або штучне. Встановлено, що вибір методу вигодовування визначається як особистими переконаннями, так і впливом медичних працівників, при цьому значна частка жінок не отримує своєчасної та якісної консультативної допомоги. Виявлено варіабельність якості медичної підтримки та помірний рівень задоволеності нею. Особливе занепокоєння викликає поширеність рекомендацій щодо догодовування без медичних показань, що суперечить міжнародним рекомендаціям. Додатковими бар'єрами є соціальний тиск і недостатня підтримка на рівні громад. У цілому результати обґрунтовують необхідність удосконалення підготовки медичних кадрів, стандартизації консультативної допомоги та посилення системної підтримки грудного вигодовування.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробленні та науковому обґрунтуванні моделі впливу системи громадського здоров'я на підтримку грудного вигодовування з подальшою оцінкою її ефективності на рівні первинної медичної допомоги та громади.

Інформація про фінансування. На проведення цього дослідження фінансова допомога від сторонніх організацій або грантів не отримувалась.

Інформація щодо наявності/відсутності конфлікту інтересів. Конфлікт інтересів відсутній.

Відповідність матеріалів статті щодо проведення обстежень/ досліджень/лікування нормам біоетики: програма і методи дослідження затверджені комісією з біоетики ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (протокол № 4/3 від 24 квітня 2024 р.).

Внесок кожного з авторів згідно з таксономією CrediT: Антал Н. М. – концептуалізація; методологія; збір та формалізація даних; статистичний аналіз; підготовка рукопису; редагування тексту.

Інформація про доступність первинних даних: первинні дані дослідження можуть бути надані за обґрунтованим запитом.

Список літератури

1. Мельничук Л., Вострикова І. Вигодовування немовлят – стратегія збереження здоров'я дітей. *SWorldJournal*. 2023. № 19-01. С. 124–129. DOI: https://doi.org/10.30888/2663-5712.2023-19-01-046
2. Bauer S. H., Abele H., Graf J. Challenges and choices in breastfeeding healthy, sick and preterm babies: review. *Healthcare*. 2024. Vol. 12, no. 23. P. 2418. DOI: https://doi.org/10.3390/healthcare12232418
3. Walters D. D., Phan L. T. H., Mathisen R. The cost of not breastfeeding: global results from a new tool. *Health policy and planning*. 2019. Vol. 34, no. 6. P. 407–417. DOI: https://doi.org/10.1093/heapol/czz050
4. Кочерга Є., Руднєва Н. Моделювання психологічної підготоки жінок до пологів та грудного вигодовування. *Наукові перспективи (Naukovì perspektivi)*. 2025. № 8(62). DOI: https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-8(62)-1386-1398
5. Preparation for breastfeeding: how to provide a successful start? / V. S. Oliinyk та ін. *Modern pediatrics. ukraine*. 2025. № 7(151). С. 80–86. DOI: https://doi.org/10.15574/sp.2025.7(151).8086
6. Чинники впливу на рішення жінки щодо грудного вигодовування / Л. Мельничук та ін. *SWorldJournal*. 2022. № 29-01. С. 156–165. DOI: https://doi.org/10.30888/2663-5712.2025-29-01-035
7. An overview of reviews of breastfeeding barriers and facilitators: analyzing global research trends and hotspots / A. R. Miranda et al. *Global epidemiology*. 2025. P. 100192. URL: https://doi.org/10.1016/j.gloepi.2025.100192
8. A systematic review of multifactorial barriers related to breastfeeding / A. Moret-Tatay et al. *Healthcare*. 2025. Vol. 13, no. 11. P. 1225. DOI: https://doi.org/10.3390/healthcare13111225
9. Shadrin O. G., Marushko T. L., Marushko R. V. Consultation of women on breast feeding in maternity hospital. *Suchasna pediatriia*. 2017. No. 8(88). P. 45–48. DOI: https://doi.org/10.15574/sp.2017.88.45
10. Seman-Minko I. S., Nechytaylo Y. M., Buryak O. G. Сучасні тенденції грудного вигодовування немовлят та особливості взаємодії пари «мати – дитина». *Child`s health*. 2013. № 3.46. С. 96–100. DOI: https://doi.org/10.22141/2224-0551.3.46.2013.89033

References

1. Melnychuk, L., & Vostrikova, I. (2023). Vyhodouvannia nemovliat – stratehiia zberezhennia zdorovia ditei [Infant feeding – a strategy for preserving children's health]. *SWorldJournal*, *1*(19-01), 124–129. https://doi.org/10.30888/2663-5712.2023-19-01-046 [in Ukrainian].
2. Bauer, S. H., Abele, H., & Graf, J. (2024). Challenges and Choices in Breastfeeding Healthy, Sick and Preterm Babies: Review. *Healthcare,* 12(23), 2418. https://doi.org/10.3390/healthcare12232418
3. Walters, D. D., Phan, L. T. H., & Mathisen, R. (2019). The cost of not breastfeeding: global results from a new tool. *Health Policy and Planning*, 34(6), 407–417. https://doi.org/10.1093/heapol/czz050
4. Kocherha, Ye., & Rudnieva, N. (2025). Modeliuvannia psykholohichnoi pidhotovky zhinok do polohiv ta hrudnoho vyhodouvuvannia [Modeling the psychological preparation of women for childbirth and breastfeeding]. *Naukovì perspektivi,* 8(62). https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-8(62)-1386-1398 [in Ukrainian].
5. Oliinyk, V. S., Kuleshov, O. V., Mantak, G. I., Kovtiukh, T. O., & Yushchenko, L. O. (2025). Pidhotovka do hrudnoho vyhodouvuvannia: yak zabezpechyty uspishny start? [Preparation for breastfeeding: How to provide a successful start?]. *Modern Pediatrics. Ukraine,* 7(151), 80–86. https://doi.org/10.15574/sp.2025.7(151).8086 [in Ukrainian].
6. Melnychuk, L., Dyachuk, A., Makarova, O., & Vostrikova, I. (2025). Chynnyky vplyvu na rishennia zhinky shchodo hrudnoho vyhodouvuvannia [Factors influencing a woman's decision regarding breastfeeding]. *SWorldJournal,* 1(29-01), 156–165. https://doi.org/10.30888/2663-5712.2025-29-01-035 [in Ukrainian].
7. Miranda, A. R., Barral, P. E., Scotta, A. V., Cortez, M. V., & Soria, E. A. (2025). An overview of reviews of breastfeeding barriers and facilitators: Analyzing global research trends and hotspots. *Global Epidemiology,* 100192. https://doi.org/10.1016/j.gloepi.2025.100192
8. Moret-Tatay, A., Pérez-Bermejo, M., Asins-Cubells, A., Moret-Tatay, C., & Murillo-Llorente, M. T. (2025). A systematic review of multifactorial barriers related to breastfeeding. *Healthcare,* 13(11), 1225. https://doi.org/10.3390/healthcare13111225
9. Shadrin, O. G., Marushko, T. L., & Marushko, R. V. (2017). Konsultuvannia zhinok shchodo hrudnoho vyhodouvuvannia u polohovomu budynku [Consultation of women on breast feeding in maternity hospital]. *Suchasna Pediatriia,* (8(88)), 45–48. https://doi.org/10.15574/sp.2017.88.45 [in Ukrainian].
10. Seman-Minko, I., Nechytaylo, Y., & Buryak, O. (2013). Suchasni tendentsii hrudnoho vyhodouvuvannia nemovliat ta osoblyvosti vzaiemodii pary "maty – dytyna" [Modern trends of breastfeeding of infants and features of interaction in "Mother – Child" pair]. *Child's Health,* (3.46), 96–100. https://doi.org/10.22141/2224-0551.3.46.2013.89033 [in Ukrainian].

BREASTFEEDING SUPPORT: MATERNAL EXPERIENCES AND KEY BARRIERS (BASED ON A SURVEY OF WOMEN)

N. M. Antal
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

Objective. To analyze women's experience of interaction with the healthcare system regarding breastfeeding, assess the quality of medical counseling on lactation, and identify the main barriers influencing the choice of infant feeding method.

Materials and methods. The study was based on the results of an anonymous online survey of 435 women with a child under 5 years of age. The research employed questionnaire-based, statistical, and analytical methods. The level of satisfaction with medical services, sources of information on breastfeeding, and the prevalence of formula feeding without medical indications were analyzed.

Results and discussion. It was found that only 42.1% of mothers practiced exclusive breastfeeding, while the majority switched to mixed or formula feeding. The main determinants of feeding choice were personal beliefs, perceived insufficient milk supply, and recommendations from healthcare professionals. Although 77.5% of women considered the information received during pregnancy sufficient, only half received counseling in maternity facilities, and only one-third consulted specialized lactation consultants. A moderate level of satisfaction with medical support was identified (mean score 3.37), with nearly one-quarter of mothers rating it as low. Of particular concern is that more than half of women received recommendations for formula supplementation without medical indications. Only one in four respondents considered breastfeeding support in their region to be sufficient, indicating systemic gaps.

Conclusions. The effectiveness of the healthcare system in supporting breastfeeding is insufficient. The choice of feeding method is influenced by both personal beliefs and healthcare professionals, while a significant proportion of women do not receive adequate counseling. A moderate and variable level of satisfaction with medical support was observed. The findings highlight the need to strengthen systemic support for breastfeeding.

KEY WORDS: breastfeeding; public health; maternal and child health; healthcare institutions; lactation counseling.

Дата першого надходження статті до видання: 13.03.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 19.04.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.05.2026

Відомості про автора:
Антал Наталія Михайлівна – аспірантка за спеціальністю «Громадське здоров'я», ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; ORCID https://orcid.org/0009-0006-6831-0920

Електронна адреса для листування: nataliia.antal@uzhnu.edu.ua

УДК 614.253.5:616-036.88:37.091.12
DOI https://doi.org/10.11603/1681-2786.2026.2.16413

Л. С. БАБІНЕЦЬ, Ю. Я. КОЦАБА

ПРОФЕСІЙНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ СІМЕЙНИХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У СФЕРІ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ: ОЦІНКА, ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ РОЗВИТКУ

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

Мета дослідження – оцінити рівень професійних компетентностей сімейних медичних сестер у сфері паліативної допомоги та обґрунтувати модель їх розвитку.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 47 сімейних медичних сестер закладів первинної медичної допомоги. Використано анкетування, методи описової статистики, χ^2-критерій та кореляційний аналіз для оцінки взаємозв'язків між показниками.

Результати. Встановлено, що лише 25,5% респондентів мають високий рівень теоретичних знань, тоді як 44,7% – середній і 29,8% – низький. Достатній рівень практичних навичок відзначили 38,3% медичних сестер, тоді як 42,6% – частково достатній, а 19,1% – недостатній. Виявлено труднощі у контролі больового синдрому (61,7%), наданні психоемоційної підтримки (57,4%) та веденні термінальних пацієнтів (53,2%). Більшість респондентів відзначили труднощі у комунікації з родичами пацієнтів (68,1%) та повідомленні несприятливого прогнозу (59,6%). Ознаки емоційного виснаження виявлено у 63,8% опитаних. Статистично значущий зв'язок встановлено між стажем роботи та рівнем знань ($\chi^2 = 8,21$; $p = 0,042$), а також між проходженням навчання та рівнем компетентностей ($\chi^2 = 9,34$; $p = 0,025$). Виявлено позитивну кореляцію між знаннями та навичками ($r = 0,62$; $p < 0,01$) та негативну – між емоційним виснаженням і компетентностями ($r = –0,48$; $p < 0,05$).

Висновки. Встановлено недостатній рівень сформованості професійних компетентностей сімейних медичних сестер у сфері паліативної допомоги, особливо в аспектах комунікативної взаємодії та психоемоційної стійкості. Обґрунтовано необхідність впровадження цілеспрямованих освітніх програм та розробки моделі розвитку компетентностей.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: паліативна допомога; сімейна медична сестра; професійні компетентності; первинна медична допомога; комунікативні навички; емоційне вигорання.

Сучасні трансформації системи охорони здоров'я, орієнтовані на розвиток первинної медичної допомоги та інтеграцію медичних і соціальних послуг, зумовлюють зростання ролі сімейної медицини у забезпеченні доступності та безперервності медичної допомоги. Особливого значення в цих умовах набуває організація паліативної допомоги на рівні громади, яка передбачає комплексний підхід до ведення пацієнтів із хронічними прогресуючими та невиліковними захворюваннями [1, 2].

Паліативна допомога є важливим компонентом системи охорони здоров'я, спрямованим на покращення якості життя пацієнтів і їхніх родин шляхом попередження та полегшення страждань, раннього виявлення та ефективного контролю больового синдрому й інших симптомів, а також надання психосоціальної та духовної підтримки. У сучасних умовах відбувається поступовий перехід від стаціонарно-орієнтованої моделі паліативної допомоги до моделі, інтегрованої в первинну медичну допомогу, що відповідає міжнародним рекомендаціям ВООЗ [3, 4, 5, 6].

У цьому контексті суттєво зростає роль сімейної медичної сестри як ключового фахівця, який забезпечує тривалий контакт із пацієнтом і його родиною, здійснює моніторинг стану, організовує догляд, бере участь у контролі симптомів та виконує важливу комунікативну й координаційну функції.

Актуальність теми також зумовлена наявністю низки бар'єрів, що ускладнюють ефективне надання паліативної допомоги на первинному рівні, серед яких недостатній рівень спеціалізованої підготовки медичних сестер, обмежений доступ до освітніх ресурсів, високий рівень емоційного навантаження та ризик професійного вигорання. Усе це обґрунтовує необхідність розробки нових підходів до формування та розвитку професійних компетентностей медсестринського персоналу [7, 8, 9].

© Л. С. Бабінець, Ю. Я. Коцаба, 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

У зв'язку з цим постає необхідність розробки системного підходу до формування професійних компетентностей сімейних медичних сестер, адаптованого до умов надання паліативної допомоги на первинному рівні та узгодженого з міжнародними стандартами [1, 10].

Мета дослідження – розробити та науково обґрунтувати модель розвитку професійних компетентностей сімейної медичної сестри у сфері паліативної допомоги.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 47 сімейних медичних сестер закладів первинної медичної допомоги. Використано анкетування, методи описової статистики, χ^2-критерій та кореляційний аналіз для оцінки взаємозв'язків між показниками.

Результати дослідження та обговорення. Аналіз соціально-демографічних характеристик сімейних медичних сестер амбулаторій ЗПСМ засвідчив сформованість професійного контингенту: середній вік учасників – 41,3±9,2 року. Найбільшу частку становили респонденти віком 31–40 років (29,8%) та 41–50 років (27,7%). Досліджувана група має значний професійний досвід: 61,7% учасниць працюють понад 10 років (з них 29,8% – понад 20 років), що дозволяє об'єктивно оцінити рівень сформованості їхніх компетентностей.

Оцінка теоретичних знань та практичних навичок. Попри значний стаж, лише 25,5% медичних сестер продемонстрували високий рівень теоретичних знань у сфері паліативу. Переважна частка (44,7%) має середній рівень, а 29,8% – низький. Самооцінка навичок підтвердила ці результати: достатньою свою підготовку вважають лише 38,3% опитаних. Найбільші труднощі у практичній діяльності пов'язані з:

− контролем хронічного больового синдрому (61,7%);

− наданням психоемоційної підтримки родинам (57,4%);

− веденням пацієнтів у термінальному стані (53,2%).

Комунікативні та психоемоційні бар'єри. Дослідження виявило дефіцит комунікативних компетентностей: 68,1% опитаних зазначили складнощі у спілкуванні з родичами, а 59,6% – у повідомленні несприятливого прогнозу. Високий рівень власних навичок спілкування відзначили лише 23,4%. На цьому тлі ознаки професійного виснаження спостерігаються у 63,8% респондентів, що зумовлено надмірним психоемоційним навантаженням та обмеженою професійною підтримкою.

Основними бар'єрами у наданні допомоги визначено дефіцит часу (72,3%), недостатній рівень знань (66,0%) та відсутність системного навчання (59,6%).

Статистичний аналіз та обговорення результатів. Проведений аналіз дозволив встановити значущі взаємозв'язки:

1. Стаж та знання: Виявлено статистично значущий зв'язок між досвідом роботи та рівнем підготовки ($χ^2 = 8,21; p = 0,042$).

2. Теорія та практика: Кореляційний аналіз показав помірний прямий зв'язок між рівнем знань і практичними навичками ($r = 0,62; p < 0,01$).

3. Вигорання та якість: Встановлено обернений зв'язок між емоційним виснаженням та професійною ефективністю ($r = -0,48; p < 0,05$).

4. Ефективність навчання: Доведено, що додаткова підготовка достовірно підвищує рівень компетентностей ($χ^2 = 9,34; p = 0,025$).

Отримані результати свідчать про суттєві прогалини у системі підготовки сімейних медичних сестер. Високий стаж роботи не компенсує брак спеціалізованих знань у сфері паліативу. Виявлений дефіцит комунікативних навичок та високий рівень вигорання вказують на необхідність впровадження комплексних освітніх програм, адаптованих до первинної ланки, з акцентом на клінічні аспекти контролю симптомів та психологічну підтримку персоналу.

Таким чином, ефективність діяльності сімейних медичних сестер у сфері паліативної допомоги значною мірою залежить від сформованості відповідних професійних компетентностей, які включають не лише клінічні знання та практичні навички, але й комунікативні здібності, етичну відповідальність, психологічну стійкість і здатність до міждисциплінарної взаємодії. У науковій літературі питання компетентнісного підходу в медсестринстві розглядається досить широко, проте проблема системного розвитку компетентностей саме сімейних медичних сестер у сфері паліативної допомоги залишається недостатньо дослідженою. Отримані у ході даного дослідження результати є внеском у поглиблення розуміння шляхів покращення рівня компетентнісності сімейних медичних у сфері надання паліативної медичної допомоги.

Висновки.

1. Встановлено, що серед 47 обстежених сімейних медичних сестер лише 25,5% мають високий рівень теоретичних знань у сфері паліативної допомоги, тоді як 44,7% – середній і 29,8% – низький. При цьому 61,7% респондентів мають стаж роботи понад 10 років, що свідчить про невідповідність між практичним досвідом і рівнем спеціалізованої підготовки.

2. Доведено наявність статистично значущих взаємозв'язків між основними компонентами професійної компетентності: встановлено позитивну кореляцію між рівнем знань і практичними навичками ($r = 0,62; p < 0,01$), а також негативний зв'язок між рівнем емоційного виснаження (яке

виявлено у 63,8% респондентів) і компетентностями ($r = –0,48$; $p < 0,05$). Крім того, виявлено значущий зв'язок між стажем роботи та рівнем знань ($\chi^2 = 8,21$; $p = 0,042$).

3. Визначено, що основними бар'єрами у наданні паліативної допомоги є дефіцит часу (72,3%), недостатній рівень знань (66,0%), емоційне виснаження (63,8%) та відсутність системного навчання (59,6%). Водночас встановлено, що проходження додаткового навчання достовірно підвищує рівень професійних компетентностей ($\chi^2 = 9,34$; $p = 0,025$), що обґрунтовує необхідність впровадження цілеспрямованих освітніх програм.

Перспективи подальших досліджень полягають у розширенні вибірки за рахунок залучення медичних сестер з різних регіонів України, а також у проведенні порівняльного аналізу рівня професійних компетентностей на первинному та вторинному рівнях медичної допомоги.

Інформація про фінансування. Дослідження виконано без залучення зовнішнього фінансування. Стаття профінансована власним коштом авторів.

Інформація щодо наявності/відсутності конфлікту інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Внесок кожного з авторів згідно таксономії CrediT. Бабінець Л.С. – кураторство даних, валідація, рецензування та редагування, адміністрування проєкту. Коцаба Ю.Я. – концептуалізація, методологія, формальний аналіз, написання – оригінальний текст, візуалізація.

Відповідність матеріалів статті щодо проведення обстежень/досліджень/лікування нормам біоетики. Дослідження проведено з дотриманням основних принципів біоетики та деонтології. Усі учасники були поінформовані про мету та завдання дослідження і надали добровільну згоду на участь. Анонімність та конфіденційність персональних даних респондентів були забезпечені. Дослідження не передбачало втручань, що могли б зашкодити фізичному чи психоемоційному стану учасників.

Інформація про доступність первинних даних: Первинні дані, використані у дослідженні, зберігаються у авторів та можуть бути надані за обґрунтованим запитом.

Список літератури

1. Dickman Portz J., Powers J. D., Casillas A., Baldwin M., Bekelman D. B., Palen T. E., Bull S., Kutner J. S., Bayliss E. Characteristics of patients and proxy caregivers using patient portals in the setting of serious illness and end of life. J Palliat Med. 2021. Vol. 24, No. 11. P. 1697–1704. DOI: 10.1089/jpm.2020.0667.
2. Guo J., Dai Y., Chen Y., Liang Z., Hu Y., Xu X., Xiao Y. Core competencies among nurses engaged in palliative care: A scoping review. Journal of Clinical Nursing. 2024. Vol. 33(10). P. 3905–3922. DOI: https://doi.org/10.1111/jocn.17294
3. Lamppu P. J., Forsius P., Hammar T., Lehto J. T., Hökkä M. Palliative care competencies of nurses in primary care. Int J Palliat Nurs. 2025. Vol. 31, No. 9. P. 421–427. DOI: 10.12968/ijpn.2024.0067.
4. Hökkä M., Ravelin T., Coupez V., Vereecke D., Brennan J., Mathe T., Brandstötter C., Paal P., Spanu D. E., Mitrea N. Core palliative care competencies for undergraduate nursing education: international multisite research using online nominal group technique. J Palliat Care. 2024. Vol. 39, No. 3. P. 217–226. DOI: 10.1177/08258597241244605.
5. World Health Organization. Palliative care. Geneva : WHO, 2020.
6. Best M., Leget C., Goodhead A., Paal P. An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. BMC Palliat Care. 2020. Vol. 19, No. 1. P. 9. DOI: 10.1186/s12904-019-0508-4.
7. White L., Agbana S., Connolly M., Larkin P., Guerin S. Palliative care competencies and education needs of nurses and healthcare assistants involved in the provision of supportive palliative care. Int J Palliat Nurs. 2021. Vol. 27, No. 4. P. 195–204. DOI: 10.12968/ijpn.2021.27.4.195.
8. Alhaddar M., Falna H., Sultan H., Abu-Odah H., Khleif M., Najjar S. Towards enhancing palliative care competencies through comprehensive training for nurses and physicians in resource-limited settings: a cross-sectional study. BMC Nurs. 2025. Vol. 24, No. 1. P. 688. DOI: 10.1186/s12912-025-03412-2.
9. Epp S., Reekie M., Denison J., de Bosch Kemper N., Willson M., Marck P. An innovative leap: embracing new pedagogical approaches for clinical education. J Prof Nurs. 2022. Vol. 42. P. 168–172. DOI: 10.1016/j.profnurs.2022.07.005.
10. Etienne S., Lewis L. S. Racial implicit bias: perspectives of nursing students. J Prof Nurs. 2024. Vol. 50. P. 95–103. DOI: 10.1016/j.profnurs.2023.10.007.

References

1. Dickman Portz, J., Powers, J. D., Casillas, A., Baldwin, M., Bekelman, D. B., Palen, T. E., Bull, S., Kutner, J. S., & Bayliss, E. (2021). Characteristics of patients and proxy caregivers using patient portals in the setting of serious illness and end of life. *Journal of Palliative Medicine, 24*(11), 1697–1704. https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0667
2. Guo, J., Dai, Y., Chen, Y., Liang, Z., Hu, Y., Xu, X., & Xiao, Y. (2024). Core competencies among nurses engaged in palliative care: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing, 33*(10), 3905–3922. https://doi.org/10.1111/jocn.17294
3. Lamppu, P. J., Forsius, P., Hammar, T., Lehto, J. T., & Hökkä, M. (2025). Palliative care competencies of nurses in primary care. *International Journal of Palliative Nursing, 31*(9), 421–427. https://doi.org/10.12968/ijpn.2024.0067
4. Hökkä, M., Ravelin, T., Coupez, V., Vereecke, D., Brennan, J., Mathe, T., Brandstötter, C., Paal, P., Spanu, D. E., & Mitrea, N. (2024). Core palliative care competencies for undergraduate nursing education: International multisite research using online nominal group technique. *Journal of Palliative Care, 39*(3), 217–226. https://doi.org/10.1177/08258597241244605
5. World Health Organization. (2020). *Palliative care*. Geneva: WHO.

6. Best, M., Leget, C., Goodhead, A., & Paal, P. (2020). An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. *BMC Palliative Care, 19*(1), 9. https://doi.org/10.1186/s12904-019-0508-4
7. White, L., Agbana, S., Connolly, M., Larkin, P., & Guerin, S. (2021). Palliative care competencies and education needs of nurses and healthcare assistants involved in the provision of supportive palliative care. *International Journal of Palliative Nursing, 27*(4), 195–204. https://doi.org/10.12968/ijpn.2021.27.4.195
8. Alhaddar, M., Falna, H., Sultan, H., Abu-Odah, H., Khleif, M., & Najjar, S. (2025). Towards enhancing palliative care competencies through comprehensive training for nurses and physicians in resource-limited settings: A cross-sectional study. *BMC Nursing, 24*(1), 688. https://doi.org/10.1186/s12912-025-03412-2
9. Epp, S., Reekie, M., Denison, J., de Bosch Kemper, N., Willson, M., & Marck, P. (2022). An innovative leap: Embracing new pedagogical approaches for clinical education. *Journal of Professional Nursing, 42*, 168–172. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.07.005
10. Etienne, S., & Lewis, L. S. (2024). Racial implicit bias: Perspectives of nursing students. *Journal of Professional Nursing, 50*, 95–103. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2023.10.007

PROFESSIONAL COMPETENCIES OF FAMILY NURSES IN PALLIATIVE CARE: ASSESSMENT, CHALLENGES, AND DEVELOPMENT STRATEGIES

L. S. Babinets, Yu. Ya. Kotsaba
Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

Objective. To assess the level of professional competencies of family nurses in palliative care and to substantiate a model for their development.

Materials and Methods. The study involved 47 family nurses working in primary healthcare settings. A questionnaire survey, descriptive statistics, chi-square (χ^2) test, and Pearson correlation analysis were used.

Results. Only 25.5% of respondents demonstrated a high level of theoretical knowledge, while 44.7% had a moderate level and 29.8% had a low level. Adequate practical skills were reported by 38.3% of nurses, partially adequate by 42.6%, and insufficient by 19.1%. The main difficulties included pain management (61.7%), provision of psychosocial support (57.4%), and care for terminal patients (53.2%). Communication challenges were reported by 68.1% of participants when interacting with patients' relatives and by 59.6% when delivering bad news. Signs of emotional burnout were identified in 63.8% of respondents. A statistically significant association was found between work experience and knowledge level ($\chi^2 = 8.21$; $p = 0.042$), as well as between additional training and competency level ($\chi^2 = 9.34$; $p = 0.025$). A positive correlation was found between knowledge and skills ($r = 0.62$; $p < 0.01$), and a negative correlation between emotional burnout and competencies ($r = –0.48$; $p < 0.05$).

Conclusions. The study revealed an insufficient level of professional competencies among family nurses in palliative care, particularly in communication and psychosocial domains. The need for targeted educational programs and the development of a competency-based model is substantiated.

KEY WORDS: palliative care; family nurse; professional competencies; primary healthcare; communication skills, burnout.

Дата першого надходження статті до видання: 25.03.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 29.04.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.05.2026

Відомості про авторів:
Бабінець Лілія Степанівна – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри терапії та сімейної медицини, Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID https://orcid.org/0000-0002-0560-1943
Коцаба Юлія Ярославівна – кандидат медичних наук, асистент кафедри вищої медсестринської освіти, догляду за хворими та клінічної імунології, Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID https://orcid.org/0000-0003-3313-4008

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

УДК 614.2:005.5:336.1:616-082
DOI https://doi.org/10.11603/1681-2786.2026.2.16414

Р. Ю. ГРИЦКО

ФУНКЦІОНАЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ІНТЕГРАЦІЇ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УКРАЇНІ: РИЗИКИ ФОРМАЛЬНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ В УМОВАХ ЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ КОМУНАЛЬНИХ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ

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

Мета: комплексна оцінка наслідків інтеграції поліклінік у великі територіальні медичні об'єднання (ТМО) в Україні з акцентом на фінансові дисбаланси, управлінські трансформації та ризики виникнення феномену формальної інтеграції без реального підвищення функціональної ефективності системи.

Матеріали та методи: використано системний аналіз, порівняльний і фінансово-економічний аналіз, кейс-аналіз, концептуальне моделювання. Вторинний аналіз аналітичних матеріалів WHO, OECD, World Bank, ВООЗ/Європа та національних джерел (НСЗУ).

Результати: встановлено, що формальне об'єднання закладів охорони здоров'я у складі КНП/ТМО не завжди супроводжується функціональною інтеграцією. Виявлено перерозподіл фінансового ресурсу від ПМСД на користь стаціонару (з 62% до 46% бюджету), зростання адміністративних витрат (з 9% до 19%), подвоєння плинності лікарів (з 8% до 18%). Запропоновано концепт «формальної інтеграції» та інтегральний індекс оцінки ефективності. В українських ТМО значення індексу становить 0,3-0,5, що свідчить про переважно формальний характер об'єднань.

Висновки: централізована формальна інтеграція є перехідною інституційною формою. Ключовими умовами успішної інтеграції є: впровадження KPI-орієнтованого управління, фінансова прозорість, незалежний аудит, розвиток цифрової інтеграції та збереження функціональної автономії амбулаторної ланки.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: інтегрована медична допомога; формальна інтеграція; первинна медична допомога; комунальні некомерційні підприємства; фінансовий дисбаланс; управління охороною здоров'я; псевдо-інтеграція.

Інтеграція медичної допомоги є одним із ключових напрямів реформування систем охорони здоров'я у світі. Міжнародні організації, зокрема ВООЗ, визначають інтегровану допомогу як механізм забезпечення безперервності та координації медичних послуг [1, 2]. В Україні процеси інтеграції реалізуються переважно через укрупнення закладів та створення комунальних некомерційних підприємств (КНП). Водночас такі трансформації нерідко мають ознаки адміністративної централізації без досягнення функціональної інтеграції.

Фрагментація медичної допомоги призводить до дублювання функцій, неефективного використання ресурсів, зниження якості послуг та зростання прямих і непрямих витрат [1, 3]. У відповідь на ці виклики ВООЗ та OECD активно просувають концепцію інтегрованої медичної допомоги як інструмент підвищення ефективності системи [2, 4]. В Україні в межах ТМО відбувається об'єднання поліклінік і стаціонарів, але практика свідчить, що в країнах з перехідною економікою інтеграція часто набуває формального характеру й не досягає задекларованих цілей [5, 6].

Таким чином, наукова проблема полягає в розриві між потенційними перевагами інтеграції та реальними наслідками її впровадження в умовах слабкого інституційного середовища та обмежених управлінських компетенцій. Особливої актуальності набуває питання: чи не призводить інтеграція поліклінік у ТМО до погіршення їх функціонування через фінансову централізацію, порушення комунікації та втрату автономії?

Мета роботи – комплексна оцінка наслідків інтеграції поліклінік у ТМО в Україні з акцентом на фінансові дисбаланси, управлінські трансформації, комунікаційні бар'єри та ризики формальної інтеграції.

Матеріали та методи. Дослідження виконано з використанням системного підходу: порівняльний аналіз міжнародних моделей інтеграції; фінансово-економічний аналіз; policy analysis реформ системи охорони здоров'я; вторинний аналіз аналітичних матеріалів WHO, OECD, World Bank, ВООЗ/Європа та національних джерел [1-5, 7, 13-15]; кейс-аналіз; концептуальне моделювання. Аналітична рамка базується на сучасних підходах до оцінки

© Р. Ю. Грицко, 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

інтегрованої медичної допомоги, запропонованих у міжнародних рецензованих виданнях [6,8,9].

Результати. Ефективність поліклініки у складі ТМО визначається чотирма факторами. Централізація фінансів знижує ефективність, тоді як прозорість управління (governance), цифрова інтеграція та збереження автономії поліклініки – підвищують. Для кількісної оцінки пропонується інтегральний індекс:

Інтегральний індекс = (C + Q + E + A + D) / 5

де: C – безперервність допомоги (continuity); Q – якість медичних послуг; E – економічна ефективність; A – доступність допомоги; D – рівень цифрової інтеграції.

Кожен показник оцінюється за шкалою від 0 до 1 (де 1 – найкраще значення). В українських ТМО індекс за нашими спостереженнями становить 0,3-0,5, що свідчить про переважно формальний характер об'єднань. Міжнародний досвід демонструє значення 0,7-0,85 у системах з реальною функціональною інтеграцією [4].

Фінансовий аналіз. Централізація фінансових потоків у межах ТМО призводить до перерозподілу ресурсів на користь стаціонарної допомоги, зменшення фінансування амбулаторного сектору та втрати фінансової автономії поліклінік. Звіт ВООЗ/ Світовий банк «Health Financing in Ukraine: Reform, Resilience and Recovery» (2024) підтверджує, що залежність від місцевого фінансування ключових складових ПМСД є джерелом нерівності в доступі та якості послуг [7].

Виявлено перерозподіл фінансового ресурсу від амбулаторної до стаціонарної допомоги, що узгоджується з аналітичними даними НСЗУ [16, 17] та звітом ВООЗ щодо первинної ланки в Україні [5].

Зростання частки адміністративних витрат з 9% до 19% відображає посилення управлінської централізації та підтверджує висновки OECD щодо ризиків надмірної централізації для ефективності систем охорони здоров'я [3].

Феномен формальної інтеграції та його індикатори. Формальна інтеграція (у вітчизняній та зарубіжній літературі також відома як «pseudo-integration» [6]) визначається як форма об'єднання закладів, за якої відсутня функціональна інтеграція

Таблиця 1

Порівняльна характеристика функціонування поліклінік до та після інтеграції в ТМО

Параметр	До інтеграції	Після інтеграції (у складі ТМО)	Наслідок
Фінансування	Децентралізоване, автономне	Централізоване через ТМО	↓ фінансування поліклінік
Розподіл ресурсів	Локальний, за потребами	Централізований, часто непрозорий	Перекіс на користь стаціонару
Управлінська автономія	Висока	Обмежена	↓ гнучкість управління
Мотивація розвитку	Пряма (результат → фінансування)	Опосередкована або відсутня	↓ стимул до інновацій
Комунікація між рівнями	Неформальна, але швидка	Формалізована, багаторівнева	↑ бюрократія, ↓ ефективність
Маршрути пацієнтів	Частково сформовані локально	Часто відсутні або не працюють	Дезорганізація потоків
Цифрова інтеграція	Фрагментована	Формально об'єднана, але не інтегрована	Низька ефективність обміну даними
Роль амбулаторії	Ключова (вхід у систему)	Вторинна щодо стаціонару	Деградація первинної ролі
Профілактика	Активна	Зменшується	↑ госпіталізацій
Підзвітність	Локальна, чітка	Розмита	↓ прозорість

Таблиця 2

Динаміка фінансування ПМСД та стаціонару

Показник	До об'єднання (%)	Після об'єднання (%)
ПМСД	62	46
Стаціонар	38	54

Таблиця 3

Частка адміністративних витрат

Показник	До (%)	Після (%)
Адміністративні витрати	9	19

Таблиця 4

Кадрова динаміка

Показник	До	Після
Плинність лікарів (%)	8	18
Навантаження (пацієнтів/зміну)	18	24

процесів надання медичної допомоги. Концептуальна модель демонструє розрив між структурною та функціональною інтеграцією: відсутність горизонтальних зв'язків, інтегрованих ІТ-систем та координаційних механізмів призводить до домінування стаціонарного сектору та деградації поліклінічної ланки.

Основні індикатори формальної інтеграції: перерозподіл фінансових ресурсів від ПМСД до стаціонару; зростання адміністративних витрат; відсутність інтегрованих клінічних маршрутів пацієнтів; концентрація управлінських повноважень без механізмів підзвітності. При низькому рівні підзвітності домінує негативний вплив централізації, що призводить до падіння ефективності поліклініки.

Аналіз показав, що інтеграція в Україні реалізується переважно як організаційне укрупнення без належної функціональної координації. Відсутні стандартизовані маршрути пацієнтів, інтегровані інформаційні системи та механізми координації між рівнями допомоги, що відповідає явищу «formal integration» у міжнародній літературі [6]. Звіт ВООЗ «Primary health care financing in Ukraine» (2023) підтверджує: витрати України на ПМСД залишаються серед найнижчих у Європейському регіоні ВООЗ [5].

Інтеграція створює передумови для виникнення інституційних вразливостей: концентрація фінансових потоків підвищує ризик непрозорого розподілу коштів; консолідація інфраструктури – ризики неефективного використання приміщень; асиметрія інформації знижує рівень контролю; відсутність незалежного аудиту підвищує ризики неефективного управління.

Обговорення. Отримані результати підтверджують, що інтеграція в Україні перебуває на етапі, коли її ефективність визначається не структурними змінами, а якістю управлінських механізмів та рівнем інституційної спроможності. Valentijn et al. запропонували багаторівневу модель (макро-, мезо-, мікрорівні), яка підкреслює: ефективна інтеграція не обмежується структурними змінами, а передбачає одночасну трансформацію клінічних процесів, управлінських стимулів та інформаційних систем [9]. Саме цей «третій рівень» – зміна щоденної клінічної та управлінської практики – є найслабшим місцем в Україні.

Dyer et al. (2023) у систематичному огляді формальних злиттів медичних закладів, що охопив 43 дослідження з 12 країн, підтвердили: без одночасної трансформації фінансових стимулів та цифрових платформ обміну даними формальні злиття призводять до зростання адміністративних витрат і зниження мотивації первинної ланки, при цьому не покращуючи жодного клінічного показника [8]. Ця знахідка є прямим підтвердженням наших результатів: зростання адміністративних витрат з 9% до 19% – не аномалія, а закономірний наслідок структурної централізації.

Goodwin (2016) наголошує, що інтеграція є довготривалим процесом зміни управлінської культури та стимулів, а не разовою структурною реформою [10]. Зміна організаційної форми (укрупнення в ТМО) без зміни системи стимулів призводить до управлінської неефективності. В Україні відсутність performance-based financing є системним чинником, що робить інтеграцію самоціллю, а не інструментом покращення якості допомоги.

Фінансові наслідки та ризики для первинної ланки. Виявлений перерозподіл фінансових ресурсів від ПМСД до стаціонару суперечить фундаментальному принципу ефективних систем охорони здоров'я: первинна ланка є «першою лінією захисту» і її фінансова стійкість визначає ефективність усієї системи [4]. Звіт OECD (2020) однозначно стверджує: зростання інвестицій у первинну допомогу забезпечує найвищий рівень «повернення інвестицій» у системі охорони здоров'я – кожен додатковий євро у ПМСД дозволяє заощаджувати від 3 до 6 євро на стаціонарному лікуванні [4]. Рух у зворотному напрямку (від 62% до 46% частки ПМСД у бюджеті ТМО) є прямим протиріччям цьому принципу.

WHO/Europe (2023) підкреслює: видатки України на ПМСД вже є одними з найнижчих у Регіоні, і будь-яке подальше скорочення поглиблюватиме структурний дефіцит первинної ланки [2]. Щодо звіту ВООЗ/Світовий банк (2024) – незважаючи на те, що центральний пул НСЗУ зберіг фінансування в умовах війни, регіональні та локальні перерозподіли продовжують відтискати ПМСД [7]. Таким чином, інтеграція у форматі ТМО посилює вже існуючу системну нерівність у фінансуванні рівнів медичної допомоги.

Кадрова криза як наслідок демотивації. Подвоєння плинності лікарів (з 8% до 18%) є одним із найбільш тривожних індикаторів. Воно відображає три паралельні процеси: (1) зниження рівня оплати праці в поліклініці внаслідок перерозподілу ресурсів; (2) зниження управлінської автономії та відповідно – мотивації місцевого менеджменту; (3)

збільшення навантаження при зменшенні ресурсів – «порочне коло» демотивації. Кравченко та Дудіна (2024) підтверджують: кадрова нестабільність у ПМСД є системним чинником, що визначає зниження доступності та якості первинної допомоги в умовах реформ і воєнного стану [12].

Дефіцит персоналу в ПМСД, що виник як наслідок формальної інтеграції, є самопосилюючим: догляд за зменшеною кількістю лікарів підвищує їх навантаження, що прискорює вигорання і формує нову хвилю звільнень. Надалі це призводить до погіршення доступності допомоги – і, врешті-решт, до зростання невиправданих госпіталізацій, тобто до збільшення навантаження і витрат саме стаціонарної ланки, яка отримує більшу частку ресурсів ТМО. Це – класична «пастка поганої рівноваги».

Ради справедливості необхідно зазначити: OECD підтверджує, що інтеграція може забезпечувати економію на масштабі, централізовані закупівлі та єдині інформаційні системи [3, 4]. Інтеграція первинної та спеціалізованої допомоги знижує частоту уникненних госпіталізацій на 10-25% – але лише за умов реальної функціональної координації [4].

Успішні моделі – Нідерланди, Данія, Велика Британія (GP fundholding) – мають спільні риси, яких бракує Україні: (1) первинна ланка зберігає фінансову автономію та отримує частину заощаджених коштів (budget holding); (2) існують цифрові інтегровані платформи обміну даними між рівнями; (3) performance-based financing забезпечує кількісно вимірювані стимули для якості; (4) незалежний аудит і моніторинг є обов'язковими. Без цих чотирьох компонентів будь-яка структурна інтеграція залишатиметься формальною [3, 4, 9].

Прогноз: перехідний характер та ризики дезінтеграції. Накопичені дані дозволяють висунути прогноз щодо траєкторії великих ТМО в Україні. Централізована формальна інтеграція є не стабільним станом, а перехідною інституційною формою. Фінансові дисбаланси мають кумулятивний характер: кожен новий бюджетний цикл поглиблює «фінансову втому» амбулаторних підрозділів. Комунікаційні бар'єри та відсутність інтегрованих ІТ-систем не зникають з часом – вони поглиблюються через бюрократичну інерцію. Втрата управлінської автономії поліклінік формує стійку демотивацію локального менеджменту, що призводить до стагнації.

У міжнародній практиці подібні моделі або реформувалися у бік мережевих структур з автономією первинної ланки, або зазнавали адміністративного розпаду. Формами можливої дезінтеграції в Україні можуть стати: адміністративне розукрупнення; передача поліклінік у підпорядкування громадам; або «тіньова автономізація» – коли за формальної цілісності ТМО фінансові та управлінські потоки фактично відокремлюються. Важливо: усвідомлення перехідного характеру наявних ТМО дозволяє коригувати реформу ще до настання критичної точки дезінтеграції.

Висновки. Інтеграція поліклінік у ТМО в Україні реалізується переважно як структурне укрупнення без належної функціональної координації, що формує феномен «формальної інтеграції» (у міжнародній літературі – pseudo-integration). Інтегральний індекс ефективності становить 0,3-0,5 при оптимальному міжнародному значенні 0,7-0,85, що кількісно підтверджує переважно формальний характер об'єднань.

Інтеграція супроводжується системними фінансовими дисбалансами: централізацією ресурсів і перерозподілом від ПМСД (-16 п.п.) до стаціонару (+16 п.п.), зростанням адміністративних витрат з 9% до 19%, та погіршенням кадрової ситуації (плинність лікарів: 8% → 18%). Ці показники узгоджуються з міжнародними дослідженнями формальних злиттів [8] і підтверджують структурний характер, а не ситуативний характер виявлених відхилень.

Виявлено порушення комунікації та координації між рівнями медичної допомоги: відсутні стандартизовані маршрути пацієнтів, інтегровані ІТ-системи та клінічні протоколи міжрівневої взаємодії. Наслідком є дублювання обстежень, затримки у наданні допомоги та розмитість відповідальності, що суперечить принципам інтегрованої допомоги ВООЗ [1].

Централізація управління спричиняє втрату автономії поліклінік і зниження мотивації локального менеджменту. Відсутність performance-based financing позбавляє систему стимулів до підвищення якості: інтеграція не стає джерелом конкурентної переваги для підрозділів, що демонструють кращі результати.

Централізована формальна інтеграція є перехідною інституційною формою зі структурними передумовами до дезінтеграції. Без кардинальної зміни моделі управління (перехід від адміністративного укрупнення до мережевої координації) великі ТМО в Україні об'єктивно рухаються до адміністративного розукрупнення або «тіньової автономізації».

Ключовими умовами успішної інтеграції є: (а) збереження фінансової автономії ПМСД з механізмами утримання частини заощаджених коштів; (б) KPI-орієнтоване управління з прозорими індикаторами для кожного підрозділу; (в) незалежний аудит фінансових потоків; (г) розвиток цифрової інтегрованої платформи обміну клінічними даними; (д) performance-based financing як основа системи стимулів. Відсутність будь-якого з цих компонентів гарантовано знижує ефективність інтеграції нижче порогового рівня.

Перспективи подальших досліджень: кількісна верифікація регресійної моделі на національних даних НСЗУ; моделювання «точок біфуркації» – критичних рівнів централізації, після яких

імовірність розпаду ТМО різко зростає; порівняльний аналіз моделей інтеграції в країнах Центральної та Східної Європи.

Інформація про фінансування. Дослідження виконано без зовнішнього фінансування. Наукові та матеріальні ресурси для проведення дослідження забезпечені в межах власної ініціативи автора та інфраструктури кафедри інфекційних хвороб Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Інформація щодо наявності/відсутності конфлікту інтересів. Автор заявляє про відсутність будь-якого конфлікту інтересів – фінансового, особистого чи іншого – щодо змісту, аналізу та висновків цієї статті.

Внесок автора згідно таксономії CrediT. Стаття має одного автора. Внесок Грицка Р. Ю. охоплює всі ролі таксономії CRediT: Концептуалізація – Формулювання дослідницького питання, цілей та інтегральної моделі. Методологія – Розробка концептуальної моделі, аналітичної системи та інтегрального індексу. Формальний аналіз – Фінансово-економічний та порівняльний аналіз даних, кейс-аналіз. Дослідження – Збір та вторинний аналіз аналітичних матеріалів WHO, OECD, World Bank, НСЗУ. Написання (початковий варіант) – Підготовка повного тексту рукопису. Написання (рецензування та редагування) – Остаточна редакція та відповідь рецензентам. Підготовка таблиць і концептуальних схем. Координація дослідження та підготовки рукопису. Залучення фінансування – Дослідження виконано без зовнішнього фінансування. Ресурси – Надання доступу до баз даних та аналітичних матеріалів. Курування даних – Збір, обробка та архівування первинних даних. Валідація – Перевірка концептуальної моделі на відповідність міжнародним підходам

Інформація про доступність первинних даних. Дослідження ґрунтується виключно на вторинному аналізі відкритих агрегованих публічних даних: звітів ВООЗ, OECD, Світового банку, НСЗУ та опублікованих у рецензованих виданнях аналітичних матеріалів. Жодних нових первинних даних у процесі дослідження не збиралось. Всі використані відкриті джерела є публічно доступними за посиланнями, наведеними у списку літератури.

Відповідність матеріалів статті нормам біоетики. Дослідження є аналітичним і систематичним (системний аналіз, вторинний аналіз відкритих агрегованих даних WHO, OECD, НСЗУ та аналонімізованих кейсів). Первинні персональні дані пацієнтів або медичного персоналу в дослідженні не використовувались. Відповідно до наказу МОЗ України № 690 від 23.09.2009 та Гельсінської декларації WMA (2013) стосовно досліджень, що не передбачають взаємодії з людьми або використання їхніх персональних даних, отримання рішення комісії з біоетики не потребується.

Декларація про Використання Генеративного ШІ. У процесі підготовки цієї статті автор використовував генеративний ШІ виключно для покращення читабельності та виправлення граматичних помилок. Всі зміст, дані, висновки та аналіз є оригінальною роботою автора. Автор несе повну відповідальність за достовірність та оригінальність усіх матеріалів.

Список літератури

1. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services. Geneva : WHO, 2016. 48 p.
2. World Health Organization Regional Office for Europe. Primary health care financing in Ukraine: a situation analysis and policy considerations. Copenhagen : WHO/Europe, 2023. 48 p.
3. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris : OECD Publishing, 2023. DOI: https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en
4. OECD. Realising the Potential of Primary Health Care. Paris : OECD Publishing, 2020. 180 p. DOI: https://doi.org/10.1787/a92adee4-en
5. WHO/Europe, World Bank. Health Financing in Ukraine: Reform, Resilience and Recovery. Washington DC : World Bank Group, 2024. URL: https://documents.worldbank.org
6. Valentijn P. P., Schepman S. M., Opheij W., Bruijnzeels M. A. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. International Journal of Integrated Care. 2013. Vol. 13. P. e010. DOI: https://doi.org/10.5334/ijic.823
7. Rechel B., McKee M., Richardson E., Roberts B. Health systems in Eastern Europe: post-transition reforms and the impact of the Ukraine conflict. European Journal of Public Health. 2023. Vol. 33(Suppl 2). P. ckad160. DOI: https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160
8. Dyer T. A., Brocklehurst P., Glenny A. M. Integration of health services: a systematic review of formal mergers. BMJ Open. 2023. Vol. 13(4). P. e067819. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067819
9. Valentijn P. P., Ruwaard D., Vrijhoef H. J. M. et al. Collaboration processes and perceived effectiveness of integrated care projects in primary care: a longitudinal mixed-methods study. BMC Health Services Research. 2015. Vol. 15. P. 463. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-015-1127-5
10. Goodwin N. Understanding integrated care: a complex process, not a structural change. International Journal of Integrated Care. 2016. Vol. 16(4). P. 6. DOI: https://doi.org/10.5334/ijic.2533
11. Kasekamp K., Habicht T., Demeshko O., Hawkins L. Primary health care financing in Ukraine: a situation analysis and policy considerations. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2023.
12. Кравченко М. В., Дудіна О. О. Стан і тенденції первинної медичної допомоги в Україні в умовах медичної реформи. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2024. № 1. С. 4–12. DOI: https://doi.org/10.11603/1681-2786.2024.1.14405

13. Грицко Р. Ю., Фуртак І. І., Грицко О. М., Колядич М. М., Пеканець С. Р. Напрями удосконалення управління ресурсами системи охорони здоров'я України. Problems of Science and Practice. 2022. № 1(5). С. 45–52.
14. Грицко Р. Ю. Інституційні та правові засади формування інтегрованого інвестиційного клімату в Україні. Наукові праці МАУП. 2025. № 79. С. 55–62. DOI: https://doi.org/10.32689/2523-4536/79-6
15. Грицко Р., Грицко О., Пеканець С. Трансформація медичної допомоги через інноваційні технології: роль цифрових технологій у реабілітації пацієнтів. Grail of Science. 2025. № 53. С. 840–845.
16. Національна служба здоров'я України. Звіт про діяльність НСЗУ за 2023 рік. Київ, 2024. URL: https://nhsu.gov.ua
17. Національна служба здоров'я України. Дані Програми медичних гарантій. Київ, 2023. URL: https://nhsu.gov.ua

References

1. World Health Organization. (2016). Framework on integrated, people-centred health services. WHO.
2. World Health Organization Regional Office for Europe. (2023). Primary health care financing in Ukraine: A situation analysis and policy considerations. WHO/Europe.
3. OECD. (2023). Health at a glance 2023: OECD indicators. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en
4. OECD. (2020). Realising the potential of primary health care. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/a92adee4-en
5. WHO/Europe & World Bank. (2024). Health financing in Ukraine: Reform, resilience and recovery. World Bank Group. Retrieved from: https://documents.worldbank.org
6. Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. International Journal of Integrated Care, 13, e010. https://doi.org/10.5334/ijic.823
7. Rechel, B., McKee, M., Richardson, E., & Roberts, B. (2023). Health systems in Eastern Europe: Post-transition reforms and the impact of the Ukraine conflict. European Journal of Public Health, 33(Suppl 2), ckad160. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160
8. Dyer, T. A., Brocklehurst, P., & Glenny, A. M. (2023). Integration of health services: A systematic review of formal mergers. BMJ Open, 13(4), e067819. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067819
9. Valentijn, P. P., Ruwaard, D., Vrijhoef, H. J. M., et al. (2015). Collaboration processes and perceived effectiveness of integrated care projects in primary care: A longitudinal mixed-methods study. BMC Health Services Research, 15, 463. https://doi.org/10.1186/s12913-015-1127-5
10. Goodwin, N. (2016). Understanding integrated care: A complex process, not a structural change. International Journal of Integrated Care, 16(4), 6. https://doi.org/10.5334/ijic.2533
11. Kasekamp, K., Habicht, T., Demeshko, O., & Hawkins, L. (2023). Primary health care financing in Ukraine: A situation analysis and policy considerations. WHO Regional Office for Europe.
12. Kravchenko, M. V., & Dudina, O. O. (2024). Status and trends of primary health care in Ukraine under health reform. Visnyk sotsialnoi hihieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy, (1), 4–12. https://doi.org/10.11603/1681-2786.2024.1.14405
13. Hrytsko, R. Yu., Furtak, I. I., Hrytsko, O. M., Koliadych, M. M., & Pekanets, S. R. (2022). Directions for improving health care resource management in Ukraine. Problems of Science and Practice, (1)(5), 45–52.
14. Hrytsko, R. Yu. (2025). Institutional and legal foundations for forming an integrated investment climate in Ukraine. Naukovi pratsi MAUP, (79), 55–62. https://doi.org/10.32689/2523-4536/79-6
15. Hrytsko, R., Hrytsko, O., & Pekanets, S. (2025). Transformation of medical care through innovative technologies: The role of digital technologies in patient rehabilitation. Grail of Science, (53), 840–845.
16. National Health Service of Ukraine. (2024). Report on the activities of the NHSU for 2023. Retrieved from: https://nhsu.gov.ua
17. National Health Service of Ukraine. (2023). Data of the Medical Guarantees Program. Retrieved from: https://nhsu.gov.ua

FUNCTIONAL EFFICIENCY OF HEALTHCARE FACILITY INTEGRATION IN UKRAINE: RISKS OF FORMAL INTEGRATION UNDER COMMUNAL NON-PROFIT ENTERPRISE CENTRALIZATION

R. Yu. Grytsko
Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Objective: To conduct a comprehensive assessment of the consequences of integrating polyclinics into large territorial medical associations (TMAs) in Ukraine, focusing on financial imbalances, management transformations, and the risks of formal integration without a real increase in functional system efficiency.

Materials and methods: Systems analysis, comparative and financial-economic analysis, case analysis, and conceptual modelling were used. Secondary analysis of analytical materials from WHO, OECD, World Bank, WHO/Europe, and national sources (NHSU) was applied.

Results: The formal consolidation of healthcare facilities within communal non-profit enterprises (CNEs) / TMAs was found not to ensure functional integration. Financial resource redistribution from primary healthcare (PHC) to hospital care was identified (from 62% to 46% of budget), administrative cost growth (from 9% to 19%), and physician turnover doubling (from 8% to 18%). The concept of 'formal integration' and an integral effective-

ness index are proposed. In Ukrainian TMAs, the index value of 0.3-0.5 indicates a predominantly formal nature of mergers.

Conclusions: Centralised formal integration is a transitional institutional form. Key conditions for successful integration include: KPI-based management, financial transparency, independent audit, development of digital integration, and preservation of primary care functional autonomy.

KEY WORDS: healthcare integration; formal integration; primary healthcare; communal non-profit enterprises; financial imbalance; health system management; pseudo-integration.

Дата першого надходження статті до видання: 15.03.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 20.04.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.05.2026

Відомості про автора:
Грицко Роман Юліанович – доктор наук з державного управління, заслужений професор Європейського професійного докторату, доцент кафедри інфекційних хвороб Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького; ORCID 0000-0001-7086-8399.

Електронна адреса для листування: grytskoroman@gmail.com

УДК 94(477.63):614.2
DOI https://doi.org/10.11603/1681-2786.2026.2.16415

В. В. ЗАЙЦЕВ, Р. О. РОДИНСЬКИЙ

МЕДИЧНІ ЗАКЛАДИ ДНІПРОПЕТРОВЩИНИ У РОКИ ДРУГОЇ СВІТОВОЇ ВІЙНИ

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, Україна

Мета: комплексно вивчити функціонування, трансформації та роль медичних закладів Дніпропетровщини в умовах Другої світової війни (1939-1945 рр.), внесок у збереження життів, а також провести аналіз впливу окупаційного режиму, евакуаційних процесів та післявоєнного відновлення на медичну інфраструктуру регіону.

Матеріали та методи. В дослідженні були використані історичні матеріали, зокрема монографії, публікації періодичних видань, офіційні постанови, закони, оцифровані архіви, довідки та державні звіти. Нами застосовані описовий, бібліосемантичний та історичний методи обробки даних.

Результати. На основі системного аналізу встановлено ряд історичних закономірностей діяльності медичних закладів Дніпропетровщини в роки Другої світової війни. Загальна медична система регіону виявилася організаційно не готовою до масштабів і швидкості німецького наступу 1941 року. Водночас місцеві заклади продемонстрували високу автономну адаптивність. Завдяки поєднанню евакуаційних заходів, партизанського спротиву та особистого героїзму лікарів і медичного персоналу вдалося забезпечити безперервне функціонування медичної служби протягом усієї війни.

Висновки. Система медичної допомоги Дніпропетровщини виявилася організаційно непідготовленою до масштабів і швидкості німецького наступу. Втім, попри відсутність централізованої готовності до воєнних дій, вона продемонструвала високу автономну адаптивність: завдяки евакуації, партизанському спротиву та особистому героїзму медиків було забезпечено безперервне функціонування медичної служби. Цей досвід яскраво продемонстрував важливість поєднання організаційної гнучкості, професійної стійкості та людської мужності в екстремальних умовах, що стало важливим внеском як у перемогу, так і в післявоєнне відновлення.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: соціальна медицина; громадське здоров'я; управління охороною здоров'я; історія; Друга світова війна; військова медицина; Дніпропетровщина.

Друга світова війна (1939-1945 рр.), як одна з найбільш трагічних сторінок історії людства, мала значний вплив на всі сфери життєдіяльності, зокрема систему охорони здоров'я. В Україні медичні заклади зіткнулися з безпрецедентними викликами: масовими пораненнями, епідеміями, дефіцитом ресурсів та жорстокими умовами нацистської окупації. Стратегічно важлива Дніпропетровщина опинилася в епіцентрі подій, переживши швидку окупацію (1941 р.), нацистський режим (1941-1943 рр.) та інтенсивні визвольні бої (1943-1944 рр.). Вивчення функціонування медичних закладів регіону в цей період дозволяє реконструювати історичні події та перейняти досвід їхньої адаптації й опору в умовах тотальної кризи. Актуальність дослідження зумовлена необхідністю збереження пам'яті про внесок медиків і аналізом викликів воєнної медицини для формування історичних паралелей. Це сприяє формуванню національної історичної свідомості, популяризації героїзму українських лікарів та вдосконаленню підготовки медичних закладів до надзвичайних ситуацій.

Метою дослідження є комплексне вивчення, документування та аналіз роботи, трансформацій та ролі медичних закладів Дніпропетровщини в роки Другої світової війни (1939-1945 рр.), внеску у збереження життів, а також аналіз впливу окупаційного режиму, евакуаційних процесів та програм післявоєнного відновлення на медичну інфраструктуру регіону.

Хронологічні рамки дослідження: з передвоєнних років до завершення Другої світової війни.

Матеріали і методи. У роботі використано історичні матеріали, у тому числі: монографії, періодичні видання, офіційні постанови, довідки та державні звіти. При цьому застосовувалися бібліосемантичний, описовий та історичний методи обробки даних.

Результати дослідження та їх обговорення.

1. Розвиток медичної інфраструктури регіону в 1930-ті роки

У 1930-ті роки медична система Дніпропетровщини розвивалася в рамках загальносоюзної політики централізації. Як потужний промисловий центр з високою концентрацією робітників

© В. В. Зайцев, Р. О. Родинський, 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

металургійної та гірничодобувної галузей, регіон потребував розширення медичних послуг, особливо для профілактики професійних захворювань та епідемій [1, 2].

Так в УРСР у 1940 р. працювало 21 323 лікарі та 78 тис. осіб середнього медичного персоналу (з урахуванням західних областей, приєднаних у 1939 р.), що свідчило про значне зростання порівняно з 20-ми роками. У Дніпропетровській області цей процес був особливо інтенсивним завдяки швидкій урбанізації та зростанню попиту на медичну допомогу. Одним із провідних закладів регіону була Дніпропетровська клінічна міжрайонна лікарня (нині лікарня ім. І.І. Мечникова). Заклад активно розвивався: у 1922 р. відкрито гінекологічне відділення з профільною кафедрою (проф. Г.Ф. Цоманіан), у 1923 р. – відділення вуха, горла та носа (кафедру очолювали проф. С.М. Компанеєць, І.В. Корсаков, Л.А. Луківський) [3]. У 1932 р. на базі лікарні створено відділення санітарної авіації для обслуговування сільських районів. У 1937 р. збудовано пологовий будинок на 60 ліжок, у 1938 р. відкрито стоматологічне відділення на 25 ліжок. На 1940 р. лікарня мала 840 ліжок, 70 лікарів, понад 190 осіб середнього медичного персоналу, 315 молодшого персоналу та понад 200 господарських працівників. Протягом року проведено 24 179 рентгенологічних досліджень, понад 20 тис. лабораторних аналізів, 505 гемотрансфузій [4, 5].

Важливим закладом була також Дніпропетровська обласна дитяча лікарня ім. Алексєєнко (нині Центр матері та дитини ім. Руднєва), яка з 1920 р. слугувала клінічною базою медичного інституту. У 1933 р. вона стала консультативно-методичним центром області, запровадивши дільничний принцип обслуговування та патронаж [6, 7]. У 1934 р. відкрито перший у місті фізіотерапевтичний кабінет і рентгенологічну службу. До 1939 р. створено кафедру дитячої хірургії (проф. А.Б. Френкель). Заклад обслуговував не лише Дніпропетровщину, а й сусідні регіони. Ключовим елементом медичної інфраструктури залишався Дніпропетровський медичний інститут. У 1930-ті роки він активно розвивався, акцентуючи увагу на державному санітарному нагляді та громадському здоров'ї промислового регіону. До 1941 р. у Дніпропетровську діяло 18 НДІ і ВНЗ, у тому числі медичних, що забезпечувало регіон кваліфікованими кадрами [8]. Розвивалася й Перша міська клінічна лікарня ім. Ілліча (Червоного Хреста). У 1932 р. на базі її відділення гемотрансфузій створено філію Українського інституту невідкладної хірургії та переливання крові (науковий керівник – проф. Я.А. Гальперін). 15 лютого 1936 р. тут одними з перших в Україні було заготовлено консервовану кров [9, 10].

Загалом мережа амбулаторій і лікарень Дніпропетровщини розширювалася кількісно та якісно швидше, ніж в інших регіонах України, формувалися спеціалізовані інститути – на момент початку війни медична служба регіону перебувала у стані загального підйому.

2. Вступ у війну, евакуація шпиталів

Після початку німецького наступу центральна влада не змогла адекватно оцінити швидкість німецького просування [1]. Формування шпиталів в перші дні війни не передбачало їх подальшого переміщення та створення єдиної системи польових і евакгоспіталів [6]. Найбільш показовими є події червня-жовтня 1941 р. Уже в перші дні війни на базі Дніпропетровської міжрайонної лікарні та клінічних кафедр мединституту сформовано багатопрофільний шпиталь № 1322. Його очолив військовий лікар ІІІ рангу І.М. Кучерявий, головним хірургом було призначено доцента Д.О. Василенка [4]. Шпиталь мав спеціалізовані хірургічні відділення для лікування поранень грудної клітини, черевної порожнини, кінцівок і периферичної нервової системи, а також відділення оперативної урології, ортопедії, офтальмології, отоларингології, терапії та дерматології. Колектив шпиталю працював у складних прифронтових умовах: з 26 червня по 5 серпня 1941 р. вони прийняли ~2 тис. поранених [11].

Евакуаційні заходи координувалися Радою з евакуації при ЦК ВКП(б) і РНК СРСР та Республіканською комісією УРСР. 7 липня 1941 р. було оголошено евакуацію Дніпропетровська та запроваджено обов'язкове оформлення спецперепусток [12]. Мобілізація боєздатних чоловіків, у тому числі медиків, розпочалася з 23 червня. Інтенсивна евакуація промисловості регіону розпочалася 7-8 серпня 1941 р. З регіону вивезено обладнання металургійних заводів (ім. Петровського, Нікопольський південнотрубний) із використанням 99 тис. вагонів (800-900 на добу). Частина ресурсів була знищена (щоб не дісталася ворогу). У медичній сфері евакуйовано устаткування 16 НДІ Наркомздраву УРСР і 12 медичних ВНЗ [6]. Дніпропетровський мединститут переміщено до Ставрополя, а згодом – до Махачкали, де проведено достроковий випуск лікарів. Вивезено рентген-апарати, хірургічне обладнання та частину персоналу. Багато закладів залишалися відкритими для прийому некомбатантів і одночасно функціонували як евакшпиталі. Евакуацію ускладнювали бомбардування міста (перше – 9 липня 1941 р.), гострий дефіцит транспорту, пріоритетність військових і промислових перевезень, недооцінка загрози та випадки мародерства. У результаті було евакуйовано близько половини населення регіону, проте значна частина медичних ресурсів залишилася під окупацією і була втрачена [1].

На окупованій території залишилися 15 медзакладів, де залишився 241 лікар. Загалом евакуйовано 60-70 % немобілізованих лікарів (близько

10 тис. з УРСР, у тому числі з Дніпропетровщини). Лікарі з регіону перерозподілялися переважно в східні райони СРСР: 220 – до Казахстану та 750 – до Узбекистану.

3. Окупаційний режим і реорганізація медичної системи

Період нацистської окупації Дніпропетровщини (серпень 1941 – жовтень 1943 рр.) став часом глибокої кризи для регіональної медичної системи. Після захоплення Дніпропетровська 25 серпня 1941 р. 13-тою танковою дивізією вермахту та окупації всієї області у жовтні мед. заклади були реорганізовані під контролем Райхскомісаріату «Україна». Ця адміністрація, керуючись принципами расової ієрархії, обмежила доступ до медичної допомоги для слов'ян, євреїв і ромів, спрямовуючи ресурси, на німецьких військових і колабораціоністів [13]. Місцевих лікарів зобов'язали реєструватися в окупаційних органах, проводилося скорочення штату та репресії «неблагонадійного» персоналу. У Ігренській психлікарні нацисти реалізували програму «Т4»: масове знищення психічно хворих шляхом введення фенолу/морфію [1]. Німецька влада конфіскувала значну частину медикаментів і обладнання, що призвело до колапсу цивільної медицини. Лікування українців у 1942-1943 рр. було платним і суттєво обмеженим [8]. Багато ключових лікарень перетворено на шпиталі для вермахту, де місцеві медики під наглядом німецьких лікарів змушені були лікувати окупантів.

Яскравим прикладом підпільної діяльності стала Дніпропетровська клінічна міжрайонна лікарня: з лікарів утворилася підпільна група під керівництвом М.О. Бережного. Лікарня обслуговувала табір військовополонених: лікарі складаючи фіктивні діагнози інвалідності, домоглися звільнення понад 70 солдат [12]. Згодом члени групи (І.П. Ястребов, С.О. Лягунов, К.К. Сядрева та ін.) організовували втечі одужуючих, забезпечуючи їх одягом і документами та переправляючи до партизанів або на цивільну роботу (вдалося врятувати 66 осіб) [4]. Під час епідемії висипного тифу 1942 р. лікарі розмістили хворих полонених у лікарні під фіктивними діагнозами і вилікували їх, врятувавши близько 140 військовополонених [11, 14]. Значну роботу проведено з порятунку єврейського населення: лікарі О.Л. Димов і К.В. Чандлі-Чайкін (останній був за це убитий у 1941 р.) видавали фіктивні медичні довідки та переховували євреїв у тифозних бараках [15].

У 1-й міській клінічній лікарні розмістили шпиталь для італійських поранених. Незважаючи на це, медики самоорганізувалися в підпільні групи. Медсестра М.А. Агапкіна рятувала радянських військових, за що була видана зрадником і розстріляна [16]. Підпільну діяльність вели також головний лікар І.О. Перебаскін, лікарі Г.О. Мезенцев та А.Г. Романович. У будівлі колишньої церкви, що входила до лікарняного комплексу, розмістилася СД (Служба безпеки СС), де проводилися жорстокі експерименти. Під час відступу окупанти замуровували поранених у підвалах, де ті гинули від голоду та наслідків катувань [10].

Рис. 1. Основна палата лікарні повністю заповнена пораненими окупантами. 1942 р.

Неповністю евакуйована дитяча лікарня ім. Руднєва, сильно пошкоджена в боях 1941 р., продовжувала роботу. Понад 40 днів лікарі лікували дітей у бомбосховищі, поки приміщення частково не зайняв німецький військовий шпиталь, залишивши дитячому відділенню лише 50 ліжок [6]. 10-у міську лікарню переобладнали під німецький шпиталь мобільної санавіації (нині територія Свято-Успенського кафедрального собору). На території 9-ї лікарні облаштували великий німецький військовий цвинтар.

Рис. 2. Залишки після ексгумації німецького військового цвинтаря на території 9-ої міської лікарні. Аерознімок 30 Травня 1944 р.

4. Визволення Дніпропетровська, повернення медичних закладів та їх відновлення

Період визвольних боїв на Дніпропетровщині (осінь 1943 – початок 1944 рр.) став кульмінацією боротьби проти нацистської окупації, а відновлення медичної системи тривало до кінця 1945 р. Під час Битви за Дніпро (серпень – грудень 1943 р.) медичні заклади регіону відігравали ключову роль у порятунку поранених, евакуації та ліквідації наслідків окупації [1].

Наступ Червоної армії на область розпочався 8 вересня 1943 р., інтенсивні бої тривали до жовтня. Медична підтримка здійснювалася через мережу польових госпіталів, евакуаційних пунктів і санітарних частин. Під час форсування Дніпра поранених евакуювали на лівий берег, де діяли мобільні госпіталі для проведення первинної хірургії та стабілізації стану. У битві брало участь близько 4 млн військовослужбовців, радянські втрати сягали 400 тис. загиблими та пораненими, що потребувало масової медичної допомоги [17].

Після звільнення Дніпропетровська 25 жовтня 1943 р. силами 3-го Українського фронту евакогоспіталь № 3582 вже за 10 днів відновив роботу на 1200 ліжок для поранених бійців, які надходили до обласного центру. Це фактично започаткувало відновлення служби громадського здоров'я в регіоні [14]. Наприкінці жовтня 1943 р. шпиталь отримав наказ передислокуватися до діючої армії в розпорядження 1-го Українського фронту і незабаром розпочав роботу в Ніжині. У лютому 1943 р. шпиталь нагороджено Червоним прапором. На той час основну увагу приділяли лікуванню поранених у голову [4].

Після звільнення Києва шпиталь передислокували до столиці, а згодом планували перевести до Львова. Однак ДКО СРСР на клопотання МОЗ УРСР у червні 1944 р. направив евакогоспіталь № 3582 назад до Дніпропетровська для виконання завдань: лікарсько-евакуаційного забезпечення поранених 3-го Українського фронту, надання спеціалізованої допомоги населенню звільненої області та підтримки навчальної й наукової роботи медичного інституту. 15 липня 1944 р. шпиталь прибув до міста і розмістився в приміщенні міжрайонної лікарні, де функціонував до березня 1946 р., після чого був розформований. У 1945 р., до 100-річчя І.І. Мечникова, лікарню було названо його ім'ям [4, 14].

Після звільнення медичні заклади перебували в катастрофічному стані. Окупація призвела до руйнування близько 70 % інфраструктури, конфіскації обладнання та значних кадрових втрат (близько 50 % лікарів було мобілізовано або загинуло) [15]. Важливою ланкою відновлення стала реевакуація Дніпропетровського медичного інституту: повернувся до міста у квітні 1944 р. і вже до кінця 1944 р. підготував понад 1 тис. лікарів. Обласна дитяча лікарня ім. Алексєєнко, попри серйозні руйнування, відновила роботу в 1944 р. [8]. Державні заходи включали створення спецустанов, зокрема ДУ «НДІ медико-соціальних проблем інвалідів» у 1945 р. [2]. До кінця 1945 р. було відновлено більшість закладів, хоча проблеми з водопостачанням (збереглися лише 7 % відповідних систем) найбільше перешкоджали цьому [16, 18].

Після визволення регіону спалахнули епідемії тифу, дизентерії, дистрофії та туберкульозу, спричинені голодом, антисанітарією та масовими переміщеннями. У 1943-1944 рр. було проведено масову вакцинацію, санітарні заходи та дезінфекцію: тисячі випадків тифу вимагали створення імпровізованих ізоляторів і карантинів. Особливу увагу приділяли відновленню каналізації та боротьбі з дистрофією серед дітей (до 1944 р. в Україні було зареєстровано 125 тис. дітей, які залишилися без догляду) [2].

Висновки. Система медичної допомоги Дніпропетровщини, яка в 1930-ті роки перебувала на етапі активного розвитку, виявилася організаційно непідготовленою до німецького наступу 1941 року. Попри відсутність централізованої підготовленості до воєнних дій, медичні заклади продемонстрували високу автономну адаптивність. Відповідний досвід в роки війни яскраво продемонстрував важливість поєднання організаційної гнучкості та професійної стійкості в екстремальних умовах, що стало вирішальним внеском як у перемогу, так і в післявоєнне відновлення.

Перспективи подальших досліджень. У подальшому планується продовжити та розширити роботи з дослідження історії відповідної служби, залучивши інформацію з паперових архівів та газетних фондів.

Інформація про фінансування. Дослідження не отримувало зовнішнього фінансування.

Інформація щодо наявності/відсутності конфлікту інтересів. Відсутній.

Внесок кожного з авторів. Зайцев В. В. – концептуалізація; наукове керівництво; супервізія; написання – рецензування та редагування. Родинський Р. О. – методологія; дослідження; кураторство даних; формальний аналіз; написання – оригінальний варіант рукопису; візуалізація; ресурси.

Інформація про доступність первинних даних. Використані в цьому дослідженні, в основному повністю відкриті, втім частина з них – отримані з фондів Історико-краєзнавчого відділу Дніпропетровської обласної універсальної наукової бібліотеки та Наукової бібліотеки Дніпровського національного університету ім. Олеся Гончара і доступні для науковців за умови звернення безпосередньо до бібліотеки.

Дотримання етичних норм. Проведене в рамках роботи дослідження мало історичний характер і не передбачало експериментів за участю людей чи тварин, клінічних втручань або збору персональних даних. У зв'язку з цим дослідження не вимагало схвалення комісії з біоетики.

Список літератури

1. Бажан О. Битва за Дніпро: невідома війна. Київ : Український інститут національної пам'яті, 2016. 64 с. URL: https://ww2.uinp.gov.ua/wp-content/uploads/2016/02/BYTVA-ZA-DNIPRO.pdf (дата звернення: 15.11.2025).
2. Поле битви – Україна. Як Друга світова змінила нашу країну. Тексти.org.ua. URL: https://texty.org.ua/projects/103853/pole-bytvy-ukrayina-druga-svitova-vijna/ (дата звернення: 16.09.2025).
3. Шруб К. Тайни Дніпра: Лікарні Мечникова 220 років. Gorod.dp.ua. 2018. URL: https://www.gorod.dp.ua/news/145918 (дата звернення: 12.09.2025).
4. Косько Н. Міжрайонній лікарні – 100 років. Зоря. 1946. 4 січ. (1). С. 3–4.
5. Мережа медичних закладів Катеринослава на початку XX ст. Музей історії Дніпра. URL: https://midnipro.museum/stanovlennia-merezhi-vijskovykh-shpytaliv-v-katerynoslavi-na-pochatku-pershoi-svitovoi-vijny-serpen-1914-sichen-1915-rr/ (дата звернення: 18.09.2025).
6. Радянський період (1921–1991). ДЦМБ. URL: https://www.dnipro.libr.dp.ua/kraeznavstvo_istoriya_radyanskiy_period (дата звернення: 16.09.2025).
7. Руднєва І. В. Історія Дніпра: від заснування до сьогодення. URL: https://rudneva.dp.ua/history/ (дата звернення: 16.09.2025).
8. Історія Дніпропетровського медичного інституту в роки Великої Вітчизняної війни (1941–1945 рр.). Історія медицини. 2021. С. 93–99. URL: https://nurse.dniprophc.com.ua/wp-content/uploads/2021/04/Istoriya.pdf (дата звернення: 15.11.2025).
9. Сторінки історії. Лікарня Червоного хреста – місто милосердя. Газета «Лікарня Червоного хреста – місто милосердя». 2013. Лип.
10. Міська лікарня №1 (колишня Губернська земська лікарня). Gorod.dp.ua. URL: https://gorod.dp.ua/history/article_ru.php?article=1387 (дата звернення: 02.12.2025).
11. Бондар В. О. Лікарня ім. І. І. Мечникова. Дніпро вечірній. 1972. 2 лют. (2). С. 1.
12. Філіпов А. О. Дніпропетровськ: минуле і сучасне. Дніпропетровськ : Слово, 1978. С. 25–37.
13. Козачук О. О., Сахно О. В. Архівно-слідчі справи як джерело вивчення політ. репресій на Дніпропетровщині у 1937–1940 рр. URL: http://lib.dnu.dp.ua/rep/ist/knygy/avtor/Arhivno_slidchi_spravy.pdf (дата звернення: 03.11.2025).
14. Криновська Н. Лікарня-ветеран. Дніпро вечірній. 1986. 21 січ. (3). С. 32–35.
15. Гусарова Т. Він загинув на посту. Дніпро вечірній. 1972. 5 вер. (16). С. 3.
16. Відбудувати не можна відновити: Українські міста, зруйновані під час Другої світової війни. Тексти. URL: https://localhistory.org.ua/texts/statti/vidbuduvati-ne-mozhna-vidnoviti-ukrayinski-mista-zruinovani-pid-chas-drugoyi-svitovoyi-viini/ (дата звернення: 17.11.2025).
17. Гаєвський Г. М., Грищенко О. В., Грищенко О. Є. Організація надання екстреної медичної допомоги в Україні в період Німецько-радянської війни (1941–1945 рр.). Медицина невідкладних станів. 2023. Вип. 19. № 1. С. 34–39. URL: https://emergency.zaslavsky.com.ua/index.php/journal/article/download/1535/1620/1005 (дата звернення: 08.09.2025).
18. Дніпропетровськ після війни: як відбудовували місто. Радіо Свобода. URL: https://www.radiosvoboda.org/a/29268506.html (дата звернення: 22.09.2025).

References

1. Bazhan, O. (2016). Battle for the Dnipro: The unknown war. Kyiv: Ukrainian Institute of National Memory. Retrieved from: https://ww2.uinp.gov.ua/wp-content/uploads/2016/02/BYTVA-ZA-DNIPRO.pdf
2. Field of battle – Ukraine. How the Second World War changed our country. (2021, Jun 20). Texty.org.ua. https://texty.org.ua/projects/103853/pole-bytvy-ukrayina-druga-svitova-vijna/
3. Shrub, K. (2018, May 22). Secrets of the Dnipro: Mechnikov hospitals 220 years. Gorod.dp.ua. Retrieved from: https://www.gorod.dp.ua/news/145918
4. Kosko, N. (1946, Jan 4). Inter-district hospital – 100 years. Zorya, (1), 3-4.
5. Network of medical institutions of Katerynoslav at the beginning of the 20th century. (2022, Mar 14). Museum of the History of Dnipro. Retrieved from: https://midnipro.museum/stanovlennia-merezhi-vijskovykh-shpytaliv-v-katerynoslavi-na-pochatku-pershoi-svitovoi-vijny-serpen-1914-sichen-1915-rr/
6. Soviet period (1921–1991). (2017, Jul 21). Dnipro Central Municipal Library. Retrieved from: https://www.dnipro.libr.dp.ua/kraeznavstvo_istoriya_radyanskiy_period
7. Rudnieva, I. V. (2019). History of Dnipro: From foundation to the present. Retrieved from: https://rudneva.dp.ua/history/
8. History of the Dnipropetrovsk Medical Institute during the Great Patriotic War (1941–1945). (2021, Apr). History of Medicine, 93-99. Retrieved from: https://nurse.dniprophc.com.ua/wp-content/uploads/2021/04/Istoriya.pdf
9. Pages of history. Red Cross Hospital – city of mercy. (2013, Jul). Newspaper "Red Cross Hospital – City of Mercy".
10. City Hospital No. 1 (former Provincial Zemstvo Hospital). (n.d.). Gorod.dp.ua. Retrieved from: https://gorod.dp.ua/history/article_ru.php?article=1387
11. Bondar, V. O. (1972, Feb 2). Mechnikov Hospital. Dnipro Vechirniy, (2), 1.
12. Filippov, A. O. (1978). Dnipropetrovsk: Past and present. Dnipropetrovsk: Slovo.
13. Kozachuk, O. O., & Sakhno, O. V. (2024). Archival-investigative cases as a source for studying political repressions in the Dnipropetrovsk region in 1937–1940. Retrieved from: http://lib.dnu.dp.ua/rep/ist/knygy/avtor/Arhivno_slidchi_spravy.pdf
14. Krynovska, N. (1986, Jan 21). Veteran hospital. Dnipro Vechirniy, (3), 32-35.
15. Gusarova, T. (1972, Sep 5). He died on duty. Dnipro Vechirniy, (16), 3.

16. Rebuild cannot be restored: Ukrainian cities destroyed during the Second World War. (2023, May 9). Texty. Retrieved from: https://localhistory.org.ua/texts/statti/vidbuduvati-ne-mozhna-vidnoviti-ukrayinski-mista-zruinovani-pid-chas-drugoyi-svitovoyi-viini/
17. Hayevskyi, H. M., Hryshchenko, O. V., & Hryshchenko, O. Ye. (2023). Organization of emergency medical care in Ukraine during the German-Soviet War (1941–1945). Medicine of Emergency Conditions, 19(1), 34-39. Retrieved from: https://emergency.zaslavsky.com.ua/index.php/journal/article/download/1535/1620/1005
18. Dnipropetrovsk after the war: How the city was rebuilt. (2018, Jul 3). Radio Svoboda. Retrieved from: https://www.radiosvoboda.org/a/29268506.html

MEDICAL FACILITIES IN THE DNIPRO REGION DURING WORLD WAR II

V. V. Zaitsev, R. O. Rodynskyi
Dnipro State Medical University, Dnipro, Ukraine

Purpose: to conduct a comprehensive study of the functioning, transformations, and role of medical institutions in the Dnipro region during World War II (1939-1945), their contribution to saving human lives, and to analyze the impact of the occupation regime, evacuation processes, and postwar reconstruction on the region's medical infrastructure.

Materials and Methods. Historical materials, including monographs, journal articles, official decrees, laws, digitized archives, reference materials, and government reports were used in the study. We employed descriptive, bibliosemantic, and historical methods of data analysis.

Results. A systematic analysis has revealed a number of historical patterns in the operations of medical institutions in the Dnipropetrovsk region during World War II. The region's overall healthcare system was organizationally unprepared for the scale and speed of the German offensive in 1941. At the same time, local institutions demonstrated a high degree of autonomous adaptability. Thanks to a combination of evacuation measures, partisan resistance, and the personal heroism of doctors and medical staff, it was possible to ensure the continuous operation of medical services throughout the war.

Conclusions. The healthcare system in the Dnipro region proved to be organizationally unprepared for the scale and speed of the German offensive. However, despite the lack of centralized preparedness for military action, it demonstrated a high degree of autonomous adaptability: thanks to evacuations, partisan resistance, and the personal heroism of medical personnel, the uninterrupted functioning of medical services was ensured. This experience vividly demonstrated the importance of combining organizational flexibility, professional resilience, and human courage under extreme conditions, which became a significant contribution to both the victory and postwar reconstruction.

KEY WORDS: social medicine; public health; health care administration; history; World War II; military medicine; Dnipro region.

Дата першого надходження статті до видання: 23.03.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 26.04.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.05.2026

Відомості про авторів:
Зайцев Вячеслав Володимирович – кандидат медичних наук, викладач кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Дніпровського державного медичного університету; ORCID https://orcid.org/0000-0003-0955-2699
Родинський Роман Олександрович – здобувач вищої освіти 2 року навчання медичного факультету Дніпровського державного медичного університету; ORCID https://orcid.org/0000-0002-2292-6977

Електронна адреса для листування: r.rodinskiy@gmail.com

УДК 614.2+616-058+616-084+616-036.82+616.441
DOI https://doi.org/10.11603/1681-2786.2026.2.16416

Н. Я. КОБРИНСЬКА[1], О. З. ДЕЦИК[2]

МОНІТОРИНГ ЗАДОВОЛЕНОСТІ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ ПАЦІЄНТІВ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО ЕНДОКРИНОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ ТА ЇХ РОДИЧІВ ЯК ПІДҐРУНТЯ ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ

[1]Державна Установа «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В. П. Комісаренка» Національної академії медичних наук України, м. Київ, Україна
[2]Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна

Мета: оцінити валідність моніторингу задоволеності медичною допомогою пацієнтів та їх родичів в умовах війни для прийняття управлінських рішень.

Матеріали і методи. Опитали пацієнтів столичного ендокринологічного центру з раком (95) та іншими хронічними захворюваннями щитоподібної залози (505), а також практично здорових осіб (172) з числа їх родичів та близьких.

Результати. Опитані пацієнти характеризуються в 2,1-4,4 рази меншими, ніж їх практично здорові родичі, шансами невдоволеності медичною допомогою (OR=0,33; 95%CI: 0,23-0,47). Спільним для всіх респондентів було переважання претензій до первинної медичної допомоги (ПМД): 54,5-58,9%. Опитані пацієнти на рівні ПМД в 4,2-6,8 разів рідше, ніж їх родичі, скаржилися на високу вартість послуг (0,24; 0,15-0,40) та в 1,1-2,7 рази – на вартість ліків (0,58; 0,37-0,93). При отриманні ними спеціалізованої амбулаторної допомоги спостерігались в 5,3-16,7 разів нижчі шанси скарг на неввічливе ставлення персоналу (0,19; 0,06-0,59), в 3,7-9,0 разів – недовіри до лікаря (0,27; 0,11-0,67), у 2,8-5,9 разів – претензій до застарілості обладнання (0,36; 0,17-0,76). При стаціонарному лікуванні виявлені у 3,6-6,8 разів менші скарги на недостатньо сучасне обладнання (0,28; 0,15-0,51), в 3,5-6,7 разів – на некомфортні умови перебування в закладі (0,29; 0,15-0,55), у 3,6-7,6 разів – на недостатнє інформування про методи втручання (0,28; 0,13-0,59), у 3,4-6,9 разів – на неввічливе ставлення персоналу (0,30; 0,15-0,61), у 3,0-6,8 разів – на недовіру до лікаря (0,33; 0,15-0,74) та в 2,7-5,6 разів – на неналежну координованість дій між підрозділами (0,37; 0,18-0,76). З'ясовано, що у 40-50% пацієнтів та третини родичів були прояви тривоги та депресії.

Висновки. Для прийняття управлінських рішень варто опитувати не тільки пацієнтів, але й їх родичів та близьких, враховуючи при цьому значну поширеність тривоги та депресії в громадян України в умовах війни.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: рак щитоподібної залози; хронічні захворювання щитоподібної залози; медична допомога; задоволеність; управління охороною здоров'я.

Задоволеність пацієнтів є важливим індикатором якості медичної допомоги та ефективності функціонування системи охорони здоров'я загалом, оскільки відображає не лише клінічні результати лікування, а й досвід пацієнта, ефективність лікування та організацію медичних послуг [1, 2].

Особливої ваги пацієнт-орієнтований підхід набув в Україні під час реформування системи охорони здоров'я. Впровадження права вибору лікаря та конкуренції між надавачами послуг підсилили роль пацієнта як учасника прийняття рішень. В цих умовах моніторинг задоволеності пацієнтів стає для закладів охорони здоров'я важливим інструментом зворотного зв'язку та індикатором якості медичної допомоги, що дозволяє враховувати очікування пацієнтів [3, 4].

Це повністю відповідає сучасним підходам до управління закладами охорони здоров'я, які передбачають регулярний моніторинг задоволеності пацієнтів як інструмент внутрішнього контролю якості та безперервного вдосконалення медичних послуг [1, 5-6].

Для спеціалізованої медичної допомоги, зокрема в ендокринології, актуальність посилюється тим, що пацієнти з хронічними захворюваннями, включаючи тиреоїдну патологію, потребують тривалого спостереження, безперервності лікування та високої якості комунікації між лікарем і пацієнтом, що безпосередньо впливає на результати лікування та прихильність до терапії [7-9].

В Україні ситуація ускладнена тим, що повномасштабна війна з російською федерацією

© Н. Я. Кобринська, О. З. Децик, 2026
Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

негативно вплинула на демографічну ситуацію, фізичне та психічне здоров'я населення, доступність медичної допомоги [10].

Мета дослідження: оцінити наскільки моніторинг задоволеності медичною допомогою пацієнтів спеціалізованого ендокринологічного центру та їх родичів в умовах повномасштабної війни може слугувати підґрунтям для прийняття управлінських рішень.

Матеріали і методи. Впродовж 2024-2025 років на базі консультативно-поліклінічного відділення ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В. П. Комісаренка» НАМН України провели аналітичне ретроспективне дослідження типу «випадок-контроль».

Вибірки сформували з осіб, які погодились взяти участь у дослідженні, підписавши відповідні поінформовані згоди. Опитали 600 пацієнтів із хворобами щитоподібної залози, з них 95 осіб з раком (РЩЗ) і 505 – з іншими хронічними захворюваннями (ХЗЩЗ), а саме: нетоксичним багатовузловим зобом, нетоксичним вузловим зобом, токсичною аденомою, хворобою Грейвса (дифузним токсичним зобом), хронічним аутоімунним тиреоїдитом. Критеріями виключення стали: пацієнти без патологічних змін щитоподібної залози за даними УЗД та гормональними показниками. Контрольну групу склали 172 особи з числа родичів пацієнтів, які за результатами комплексного обстеження визнані практично здоровими (ПЗ). Групи порівняння не відрізнялись за віком, статтю та місцем проживання ($p>0,05$). Розподіл опитаних за віком: до 40 років – 31,6% респондентів з РЩЗ, 34,5% – з ХЗЩЗ, 37,8% в контрольній групі, 40-49 років – 32,6%, 27,7% та 29,1% відповідно, 50-59 років – 21,1%, 22,6% та 15,1%, 60 і старші –14,7%, 15,2% та 18,0% ($p=0,21122$). Питома вага жінок у групах порівняння становила 78,9%, 75,0% та 75,6% ($p=0,41663$), міських мешканців – 80,0%, 75,2% та 74,4% ($p=0,31972$).

Опитування здійснювали за спеціально розробленою авторською програмою. Анкету спочатку валідизували на 15 особах для оцінки чіткості і зрозумілості питань, необхідної тривалості опитування та внесення корективів. Опитувальник містив питання стосовно демографічних характеристик, потенційних чинників ризику патології ЩЗ, доступності, використання послуг системи охорони здоров'я та задоволеності ними.

Для об'єктивної оцінки рівня тривоги і депресії використали госпітальна шкалу тривоги і депресії – HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) [11], яка складається із 14 питань, непарні з яких призначені для оцінювання тривоги, а парні – депресії. На кожне запитання є чотири відповіді, які оцінюються балами від 0 до 3. За відповідною сумою балів (окремо за парні та непарні запитання) кожному респондентові визначався рівень тривоги та депресії: 0-7 балів – норма, 8-10 балів – субклінічно, і більше 11 балів – клінічно виражена тривога і депресія.

Статистична обробка отриманих даних проводилась на основі створеної за допомогою Microsoft Excel бази даних шляхом розрахунку показників частоти досліджуваних ознак на 100 опитаних, які дали відповідь на питання, та їх стандартних похибок (±m). Оцінка достовірності різниці отриманих даних у порівнюваних групах здійснювалась за допомогою критерія хі-квадрат Пірсона (χ^2) [12]. Нульова гіпотеза про несуттєвість різниці відкидалась при отриманому значенні $p<0,05$.

З метою встановлення вагомості впливу потенційних чинників ризику на РЩЗ та ХЗЩЗ використали методику розрахунку показника відношення шансів (Odds Ratio, OR) та його 95% довірчого інтервалу (95% Confidential Interval, 95% CI). Вплив оцінювався як вагомий, коли 95% CI не містив одиниці [12].

Дизайн та програми дослідження розглянуті і затверджені Комісією з питань біоетики ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В. П. Комісаренка» НАМН України (протокол №52-КЕ від 22.10.2024).

Представлена робота виконана як фрагмент комплексних науково-дослідних робіт ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В. П. Комісаренка» НАМН України «Удосконалення діагностики, лікування, до- та післяопераційної тактики ведення поєднаної тиреоїдної патології у жителів України в умовах військового часу» (№ держреєстрації 0123U100762, терміни виконання 2023-2025), а також кафедри громадського здоров'я Івано-Франківського національного медичного університету «Медико-соціальне обґрунтування удосконалення організації профілактики, медичної та реабілітаційної допомоги населенню» (№ державної реєстрації 0124U001983, термін виконання 2024-2028).

Результати дослідження та обговорення. Встановлено, що тільки поодинокі опитані в усіх групах порівняння були повністю незадоволеними медичною допомогою – 2,3-2,9% (рис. 1).

Водночас, посередньо її оцінювали, тобто мали якісь претензії в тій чи іншій мірі, уже досить вагомі частки респондентів, причому найбільша з них (63,1%) спостерігалась в контрольній групі практично здорових осіб, у 1,5 рази менша (38,2%) – серед осіб з ХЗЩЗ, і найменша – серед опитаних з РЩЗ ($p<0,001$). Тобто, чим важче захворювання, тим краще респонденти оцінювали свій рівень задоволеності медичною допомогою. Обчислення показника відношення шансів підтвердило, що наявність РЩЗ та ХЗЩЗ асоціюється із високою імовірністю повної задоволеності отриманими медичними послугами (OR=4,10; 95%CI: 2,38-7,06; $p<0,001$ та 2,86; 1,98-4,13; $p<0,001$ відповідно).

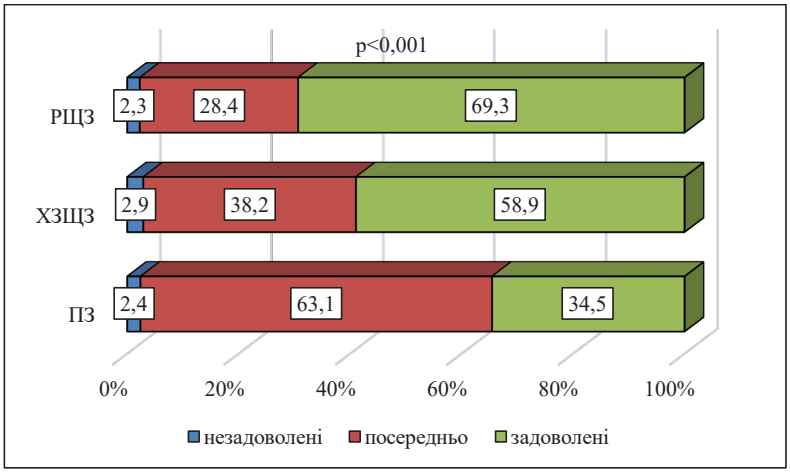

Рис. 1. Рівні задоволеності респондентів медичною допомогою

На наш погляд, на ці результати могло вплинути те, що опитування проводилось під час перебування пацієнтів на лікуванні в спеціалізованому медичному центрі, що, очевидно, спонукало частину з них, на тлі розуміння власної «залежності» від медпрацівників, уникати чесної відповіді про задоволеність медичною допомогою. Натомість, відповіді практично здорових осіб, яких ми анкетували переважно серед родичів та знайомих опитаних пацієнтів, напевно, більш щирі. Хоча і на їх суб'єктивну думку могло вплинути переживання за своїх хворих родичів та більша прискіпливість у зв'язку із цим до різних аспектів медичної допомоги, яку ті отримували. Крім того, за даними оцінки психологічного стану за шкалою HADS виявлено значну поширеність тривоги та депресії не тільки в основній групі, а й в контрольній (рис. 2).

Так, у понад половини опитаних з РЩЗ та ХЗЩЗ спостерігались субклінічні (28,7% та 29,0% відповідно) та клінічні (22,3% та 26,25) прояви тривоги. Однак і серед практично здорових таких була третина: 23,8% з субклінічною та 11,0% – з клінічно вираженою тривогою. Частота депресії також була достатньо високою: субклінічна зустрічалась на рівні 23,2% серед осіб з РЩЗ, 21,6% – при ХЗЩЗ та 24,5% – в контрольній групі; клінічно виражена депресія – у 11,6%, 17,5% та 6,4% відповідно. Тобто, навіть серед практично здорових осіб майже 35% страждали від тривоги і 30% – від депресії. Цілком очевидно, що причинами цього є не тільки турбота про своїх хворих близьких, а й наслідки тривалої повномасштабної агресії російської федерації.

Результати опитування, до якого виду медичної допомоги мають претензії респонденти з числа тих, хто висловив повну чи часткову незадоволеність нею, показали (рис. 3), що уже незалежно від наявності чи відсутності захворювання щитоподібної залози (p>0,05), понад половина опитаних визнали незадоволеність первинною медичною допомогою (54,5-58,9%). Скарги на спеціалізовану амбулаторну та стаціонарну допомогу незначно відрізнялись між групами порівняння: 18,2-25,2% та 16,0-27,3% відповідно.

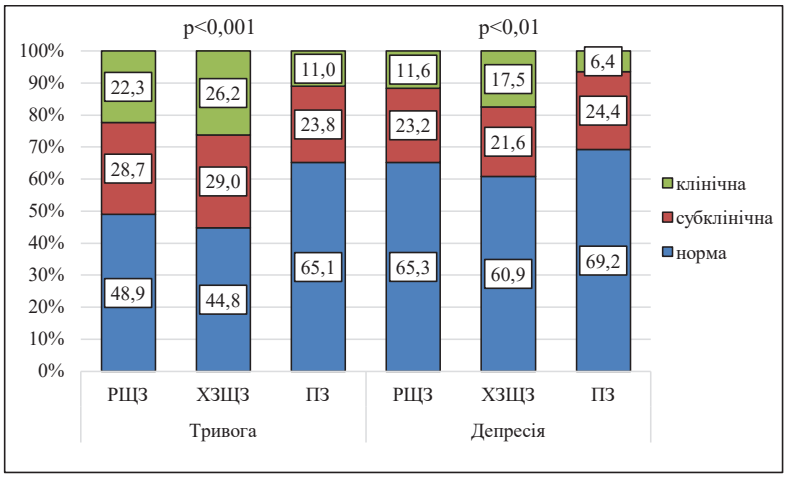

Рис. 2. Частота клінічних проявів тривоги та депресії за шкалою HADS

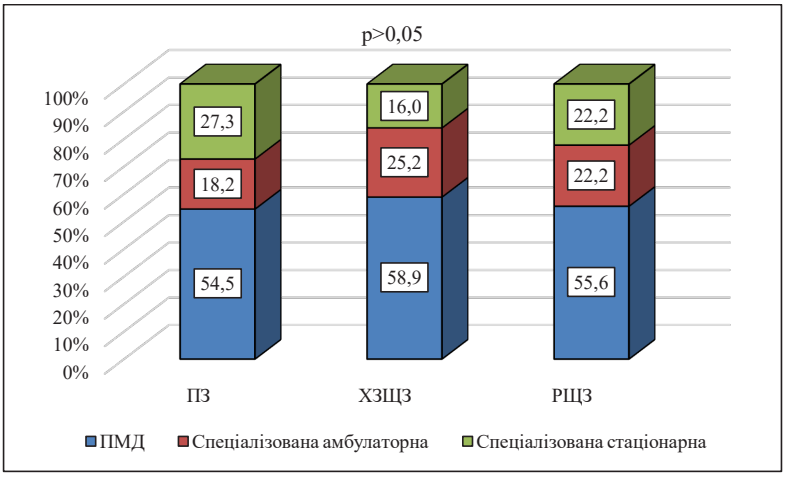

Рис. 3. Розподіл відповідей респондентів щодо видів медичної допомоги, які викликають повну чи часткову незадоволеність нею

Слід зазначити, що серед тих, хто висловлювали в тій чи іншій мірі претензії до медичної допомоги, суттєвої різниці у їх причинах між респондентами з РЩЗ та ХЗЩЗ не встановлено (p>0,05). Виняток склали більша незадоволеність осіб з РЩЗ застарілістю обладнання в спеціалізованих закладах, зокрема амбулаторних (33,3% проти 9,4% серед осіб з ХЗЩЗ, p<0,05), а в стаціонарних – уже не отримано доказів достовірності різниці, хоч певні відмінності теж спостерігались (36,4% проти 12,4% відповідно, p>0,05). І це закономірно, адже пацієнти з РЩЗ вимагають більш складної діагностики та лікування. Проте за рештою причин різниця у відповідях була несуттєвою. У зв'язку із цим у табл. 1 ми навели дані щодо мотивів невдоволеності різними видами медичної допомоги між всією основною (РЩЗ+ХЗЩЗ) та контрольною (ПЗ) групами.

Як бачимо, серед претензій до первинної медичної допомоги у респондентів основної групи домінували: висока вартість ліків (20,5%), низька координованість дій між різними підрозділами (19,8%) та недостатня сучасність обладнання (19,0%). Натомість, в контрольній групі практично здорових осіб, тобто із мінімальним досвідом отримання медичних послуг, головні скарги на рівні ПМД висловлювались до їх високої вартості (37,1% проти 12,5% в основній групі, p<0,001), а також до високих цін на ліки (30,7% проти 20,5% відповідно, p<0,05). Такі відповіді викликають подив та спонукають до глибшого вивчення, особливо щодо вартості послуг. Адже з боку держаних органів управління постійно наголошується, що пакет ПМД з 2018 року повністю покривається НСЗУ.

Вивчення причин невдоволеності спеціалізованою амбулаторною допомогою показало, що, крім повторюваної у всіх групах порівняння скарги на високу вартість ліків (26,1% в основній та 28,8% в контрольній групі, p>0,05), практично на цьому ж рівні респонденти відзначили значну віддаленість закладу (32,0% та 27,1% відповідно, p>0,05). Це зрозуміло, оскільки дослідження проводилось на базі столичного спеціалізованого центру, де на лікування приїжджають пацієнти з цілої України. Стосовно інших причин, то їх поширеність серед практично здорових знову була суттєво вищою, ніж в основній групі. Зокрема респонденти контрольної групи так само, як і уже вказані особи з РЩЗ, були незадоволені станом обладнання (27,1%, p<0,05). Водночас, вони значно частіше, ніж пацієнти, висловлювали недовіру до лікарів (20,3% проти 6,5% в основній групі, p<0,01) через недостатнє інформування з їх боку щодо методів втручання, які застосовуються до хворих (20,3% проти 12,4%, p>0,05), неналежну координованість дій між різними підрозділами (16,9% проти 9,2%, p>0,05), неввічливе ставлення персоналу (15,3% проти 3,3%, p<0,01).

З'ясування причин невдоволеності спеціалізованою стаціонарною допомогою проявило ще більші відмінності в групах порівняння. Якщо в основній групі найвагомішими залишалися скарги на високу вартість ліків (27,1% та 25,0% в контрольній групі, p>0,05) і медичних послуг (17,8% та 25,0%, p>0,05), а також на віддаленість медичного закладу (20,7% та 15,8%, p>0,05), то в контрольній групі претензій було значно більше. Зокрема, практично здорових осіб в значній мірі не влаштовувала застарілість обладнання (36,8% проти 13,8% в основній групі, p<0,001) та некомфортні умови перебування в стаціонарі (31,65 проти 11,7% відповідно, p<0,001), неввічливе ставлення персоналу (25,0% проти 9,0%, p<0,01), недостатнє пояснення методів втручання (23,7% проти 8,0%, p<0,01), неналежна координація дій між різними підрозділами (22,4% проти 9,6%, p<0,05), що безумовно вилилось у недовіру до лікарів (18,4% проти 6,9%, p<0,05).

За допомогою методики обчислення показника відношення шансів показано (рис. 4), що наявність

Таблиця 1

Причини незадоволеності різними видами медичної допомоги (на 100 опитаних, які висловлювали претензії)

Види медичної допомоги / причини незадоволеності	Основна група			Контрольна група			p
	n	%	m	n	%	m	
ПМД	273			140			
висока вартість послуг	34	12,5	2,0	52	37,1	4,1	0,00000
висока вартість ліків	56	20,5	2,4	43	30,7	3,9	*0,02948*
віддаленість закладу	33	12,1	2,0	16	11,4	2,7	0,97175
недовіра до лікаря	40	14,7	2,1	19	13,6	2,9	0,88192
недостатня сучасність обладнання	52	19,0	2,4	24	17,1	3,2	0,73481
неввічливе ставлення персоналу	29	10,6	1,9	22	15,7	3,1	0,18325
недостатнє інформування про методи втручання	41	15,0	2,2	20	14,3	3,0	0,95842
не координованість дій між різними підрозділами	54	19,8	2,4	24	17,1	3,2	0,60626
некомфортні умови перебування у закладі	25	9,2	1,7	15	10,7	2,6	0,74093
Ендокринологічна амбулаторна	153			59			
висока вартість послуг	15	9,8	2,4	4	6,8	3,3	0,67257
висока вартість ліків	40	26,1	3,6	17	28,8	5,9	0,82579
віддаленість закладу	49	32,0	3,8	16	27,1	5,8	0,59727
недовіра до лікаря	10	6,5	2,0	12	20,3	5,2	*0,00689*
недостатня сучасність обладнання	18	11,8	2,6	16	27,1	5,8	*0,01169*
неввічливе ставлення персоналу	5	3,3	1,4	9	15,3	4,7	*0,00450*
недостатнє інформування про методи втручання	19	12,4	2,7	12	20,3	5,2	0,21279
не координованість дій між різними підрозділами	14	9,2	2,3	10	16,9	4,9	0,17247
некомфортні умови перебування у закладі	7	4,6	1,7	5	8,5	3,6	0,44158
Ендокринологічна стаціонарна	188			76			
висока вартість послуг	33	17,6	2,8	19	25,0	5,0	0,22759
висока вартість ліків	51	27,1	3,2	19	25,0	5,0	0,84099
віддаленість закладу	39	20,7	3,0	12	15,8	4,2	0,45252
недовіра до лікаря	13	6,9	1,9	14	18,4	4,4	*0,01019*
недостатня сучасність обладнання	26	13,8	2,5	28	36,8	5,5	*0,00006*
неввічливе ставлення персоналу	17	9,0	2,1	19	25,0	5,0	*0,00127*
недостатнє інформування про методи втручання	15	8,0	2,0	18	23,7	4,9	*0,00101*
не координованість дій між різними підрозділами	18	9,6	2,1	17	22,4	4,8	*0,01002*
некомфортні умови перебування у закладі	22	11,7	2,3	24	31,6	5,3	0,00024

Примітка: Курсивом виділено достовірне р-значення

раку чи іншого захворювання щитоподібної залози, а отже досвід постійної медичної допомоги, зменшує імовірність незадоволеності медичною допомогою загалом в 2,1-4,4 рази (OR=0,33; 95%CI: 0,23-0,47; p<0,001), скарг на високу вартість послуг ПМД в 4,2-6,8 разів (0,24; 0,15-0,40; p<0,001), ліків – у 1,1-2,7 рази (0,58; 0,37-0,93; p<0,05).

У пацієнтів із захворюваннями ЩЗ при отриманні спеціалізованих амбулаторних послуг спостерігаються в 5,3-16,7 разів менші шанси скарг на неввічливе ставлення персоналу (0,19; 0,06-0,59; p<0,001), в 3,7-9,0 разів – недовіри до лікаря (0,27; 0,11-0,67; p<0,01), у 2,8-5,9 разів – претензій до застарілості обладнання (0,36; 0,17-0,76; p<0,05). Також у пацієнтів із захворюваннями ЩЗ при стаціонарному лікуванні у 3,6-6,8 разів менші скарги на недостатньо сучасне обладнання (0,28; 0,15-0,51; p<0,001) та в 3,5-6,7 разів – на некомфортні умови перебування в стаціонарі (0,29; 0,15-0,55; p<0,001), у 3,6-7,6 разів – на недостатнє інформування про методи втручання (0,28; 0,13-0,59; p<0,01), у 3,4-6,9 разів – на неввічливе ставлення персоналу (0,30; 0,15-0,61; p<0,01), у 3,0-6,8 разів – на недовіру до лікаря (0,33; 0,15-0,74; p<0,05) та в 2,7-5,6 разів – на неналежну координованість дій між підрозділами закладу (0,37; 0,18-0,76; p<0,05).

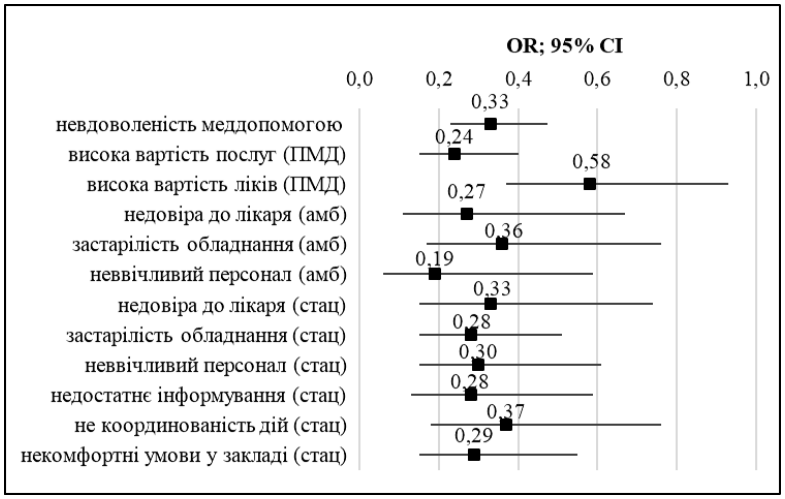

Рис. 4. Показники відношення шансів причин невдоволеності різними видами медичної допомоги (Примітка: ПМД – первинна медична допомога, амб – амбулаторна ендокринологічна, стац – стаціонарна ендокринологічна)

Висновки. Встановлено, що особи з раком та іншими хронічними захворюваннями щитоподібної залози, пацієнти столичного ендокринологічного центру, характеризуються в 2,1-4,4 рази меншими, порівняно з їх практично здоровими родичами та близькими, шансами невдоволеності отриманою медичною допомогою. Спільним для всіх респондентів було переважання претензій до первинної медичної допомоги.

З'ясовано, що опитані пацієнти у порівнянні з їх практично здоровими родичами та близькими на рівні ПМД в 4,2-6,8 разів рідше скаржилися на високу вартість послуг та в 1,1-2,7 рази – на високу вартість ліків. При отриманні ними спеціалізованої амбулаторної спостерігались в 5,3-16,7 разів нижчі шанси скарг на неввічливе ставлення персоналу, в 3,7-9,0 разів – недовіри до лікаря, у 2,8-5,9 разів – претензій до застарілості обладнання. При стаціонарному лікуванні виявлені у 3,6-6,8 разів менші скарги на недостатньо сучасне обладнання, в 3,5-6,7 разів – на некомфортні умови перебування в стаціонарі, у 3,6-7,6 разів – на недостатнє інформування про методи втручання, у 3,4-6,9 разів – на неввічливе ставлення персоналу, у 3,0-6,8 разів – на недовіру до лікаря та в 2,7-5,6 разів – на неналежну координованість дій між підрозділами закладу.

Питання вимагає подальшого вивчення, оскільки на відповіді респондентів щодо задоволеності медичною допомогою могли вплинути обставини анкетування (у закладі, де вони на той момент проходили лікування), а відповідно – побоювання щодо залежності результатів терапії від прихильності медичного персоналу. Для прийняття управлінських рішень варто опитувати не тільки пацієнтів, але й їх родичів та близьких, враховуючи при цьому значну поширеність тривоги та депресії в громадян України в умовах повномасштабної війни.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у розробці комплексу заходів, спрямованих на вдосконалення організації медичної допомоги особам з хронічними захворюваннями щитоподібної залози.

Інформація про фінансування. Дослідження не має зовнішніх джерел фінансування.

Інформація щодо наявності/відсутності конфлікту інтересів. Автори декларують відсутність конфлікту інтересів.

Внесок кожного з авторів згідно з таксономією CrediT: Кобринська Н. Я. – концептуалізація, збір даних, написання тексту статті, остаточне затвердження версії до публікації. Децик О. З. – концептуалізація, збір даних, аналіз і інтерпретація даних, редагування (критичний перегляд), остаточне затвердження версії до публікації.

Дотримання етичних норм. Дизайн та програми дослідження розглянуті і затверджені Комісією з питань біоетики ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В. П. Комісаренка» НАМН України (протокол №52-КЕ від 22.10.2024).

Інформація про доступність первинних даних. Дослідження зберігаються у ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В. П. Комісаренка» НАМН України та можуть бути надані за обґрунтованим запитом.

Список літератури

1. Jabbar ABA, Holland EM, Tauseef A, Noor A, Zafar M, Mirza M, Klaus T, Frederickson T, Mirza M. Patient satisfaction: a feature of quality metrics within the inpatient healthcare system – a narrative review. J Family Med Prim Care. 2025. Vol. 14, № 6. P. 2099–2105. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1717_24.

2. Mularczyk-Tomczewska P, Gujski M, Koperdowska JM, Wojcik J, Silczuk A. Factors influencing patient satisfaction with healthcare services in Poland. Medical Science Monitor. 2025. Vol. 31. Art. e948225. DOI: 10.12659/MSM.948225.
3. Anufriyeva V, Pavlova M, Chernysh-Stepurko T, Groot W. Satisfaction with primary health care in Ukraine in 2016–2020: a difference-in-differences analysis on repeated cross-sectional data. Health Policy. 2023. Vol. 137. Art. 104916. DOI: 10.1016/j.healthpol.2023.104916.
4. Paryi V, Korotkyi O, Gurianov V. The comparison of patients' satisfaction with primary health care received in the context of the process of reforming health care sector in Ukraine: a cross-sectional research (based on the example of the primary health care center in the city of Kyiv). Med. perspekt. 2020. ol. 25, № 4. P. 207–213. DOI: 10.26641/2307-0404.2020.4.221778.
5. Chen LH, Chen CH, Loverio JP, Wang MS, Lee LH, Hou YP. Examining soft and hard attributes of health care service quality and their impacts on patient satisfaction and loyalty. Qual Manag Health Care. 2024. Vol. 33, № 3. P. 176–191. DOI: 10.1097/QMH.0000000000000420.
6. Cui J, Du J, Zhang N, Liang Z. National patient satisfaction survey as a predictor for quality of care and quality improvement – experience and practice. Patient Prefer Adherence. 2025. Vol. 19. P. 193–206. DOI: 10.2147/PPA.S496684.
7. Nordin N, Hairon SM, Yaacob NM, Hamid AA, Isa SAM, Hassan N. Perceived quality of care among people with type 2 diabetes mellitus in the north east region of peninsular Malaysia. BMC Public Health. 2021. Vol. 21, № 1. Art. 268. DOI: 10.1186/s12889-021-10320-y.
8. Bashari WA, Coates RL, Nazir S, Riddel NE, Lawanson OO, Mohamed AM, Oyibo SO. Patient satisfaction with radioiodine treatment and telephone follow-up for the management of thyrotoxicosis. Patient Prefer Adherence. 2015. Vol. 9. P. 659–664. DOI: 10.2147/PPA.S83355.
9. Latia T, Selvan C, Namioshi S. Doctor–patient communication in thyroid conditions: impact on outcomes. Thyroid Research and Practice. 2022. Vol. 18, № 2. P. 50–54. DOI: 10.4103/trp.trp_6_22.
10. World Health Organization. European Region. Health needs assessment of the adult population in Ukraine: survey report, April 2024. Geneva: World Health Organization, 2024. 52 p. URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378776/WHO-EURO-2024-6904-46670-75558-eng.pdf (дата звернення: 20.03.2026).
11. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983. Vol. 67, № 6. P. 361–370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
12. Forthofer RN, Lee ES, Hernandez M. Biostatistics: a guide to design, analysis, and discovery. Amsterdam: Elsevier Academic Press, 2007. 502 p.

References

1. Jabbar, A. B. A., Holland, E. M., Tauseef, A., Noor, A., Zafar, M., Mirza, M., Klaus, T., Frederickson, T., & Mirza, M. (2025). Patient satisfaction: A feature of quality metrics within the inpatient healthcare system – A narrative review. *Journal of Family Medicine and Primary Care, 14*(6), 2099–2105. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1717_24.
2. Mularczyk-Tomczewska, P., Gujski, M., Koperdowska, J. M., Wojcik, J., & Silczuk, A. (2025). Factors influencing patient satisfaction with healthcare services in Poland. Medical Science Monitor, 31, e948225. https://doi.org/10.12659/MSM.948225
3. Anufriyeva, V., Pavlova, M., Chernysh Stepurko, T., & Groot, W. (2023). Satisfaction with primary health care in Ukraine in 2016–2020: A difference-in-differences analysis on repeated cross-sectional data. Health Policy, 137, 104916. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104916
4. Paryi, V., Korotkyi, O., & Gurianov, V. (2020). The comparison of patients' satisfaction with primary health care received in the context of the process of reforming health care sector in Ukraine: A cross-sectional research (based on the example of the primary health care center in the city of Kyiv). Medical Perspectives, 25(4), 207–213. https://doi.org/10.26641/2307-0404.2020.4.221778
5. Chen, L. H., Chen, C. H., Loverio, J. P., Wang, M. S., Lee, L. H., & Hou, Y. P. (2024). Examining soft and hard attributes of health care service quality and their impacts on patient satisfaction and loyalty. Quality Management in Health Care, 33(3), 176–191. https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000420
6. Cui, J., Du, J., Zhang, N., & Liang, Z. (2025). National patient satisfaction survey as a predictor for quality of care and quality improvement: Experience and practice. Patient Preference and Adherence, 19, 193–206. https://doi.org/10.2147/PPA.S496684
7. Nordin, N., Hairon, S. M., Yaacob, N. M., Hamid, A. A., Isa, S. A. M., & Hassan, N. (2021). Perceived quality of care among people with type 2 diabetes mellitus in the north east region of peninsular Malaysia. BMC Public Health, 21(1), 268. https://doi.org/10.1186/s12889-021-10320-y
8. Bashari, W. A., Coates, R. L., Nazir, S., Riddel, N. E., Lawanson, O. O., Mohamed, A. M., & Oyibo, S. O. (2015). Patient satisfaction with radioiodine treatment and telephone follow-up for the management of thyrotoxicosis. Patient Preference and Adherence, 9, 659–664. https://doi.org/10.2147/PPA.S83355
9. Latia, T., Selvan, C., & Namioshi, S. (2022). Doctor–patient communication in thyroid conditions: Impact on outcomes. Thyroid Research and Practice, 18(2), 50–54. https://doi.org/10.4103/trp.trp_6_22
10. World Health Organization. (2024). Health needs assessment of the adult population in Ukraine: Survey report April 2024. Retrieved from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378776/WHO-EURO-2024-6904-46670-75558-eng.pdf
11. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983 Jun;67(6):361-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
12. Forthofer, R. N., Lee, E. S., & Hernandez, M. (2007). Biostatistics: A guide to design, analysis, and discovery. Elsevier Academic Press.

MONITORING OF PATIENT AND THEIR RELATIVES' SATISFACTION WITH MEDICAL CARE AT A SPECIALIZED ENDOCRINOLOGY CENTER AS A BASIS FOR MANAGEMENT DECISIONS IN THE CONDITIONS OF FULL-SCALE WAR

N. Ya. Kobrynska[1], O. Z. Detsyk[2]
[1]V. P. Komisarenko Institute of Endocrinology and Metabolism of the Ukrainian National Academy of Medical Sciences, Kyiv, Ukraine
[2]Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Purpose: to assess the validity of monitoring patient and family satisfaction with medical care in wartime for informing managerial decision-making.

Materials and Methods. The study surveyed patients at the capital's endocrinology center who had thyroid cancer (95) and other chronic thyroid diseases (505), as well as practically healthy individuals (172) from among their relatives.

Results. The surveyed patients are characterized by 2.1-4.4 times lower chances of dissatisfaction with medical care than their practically healthy relatives (OR=0.33; 95%CI: 0.23-0.47). A common complaint among all respondents was dissatisfaction with primary health care: 54.5–58.9%. Compared with their healthy relatives the surveyed patients at the primary care level were 4.2–6.8 times less likely to complain about the expensive services (OR = 0.24; 95% CI: 0.15–0.40) and 1.1–2.7 times less frequently about the expensive medications (0.58; 0.37–0.93). In the case of specialized outpatient care, the surveyed patients were 5.3–16.7 times less likely to report complaints about rude staff behavior (0.19; 0.06–0.59), 3.7–9.0 times lower chances of distrust in the doctor (0.27; 0.11–0.67), and 2.8–5.9 times lower chances of complaints about outdated equipment (0.36; 0.17–0.76). During inpatient treatment, patients reported significantly fewer complaints across all domains: outdated equipment (OR 0.28; 95% CI 0.15–0.51), hospital conditions (0.29; 0.15–0.55), insufficient information (0.28; 0.13–0.59), staff behavior (0.30; 0.15–0.61), distrust of physicians (0.33; 0.15–0.74), and interdepartmental coordination (0.37; 0.18–0.76). It was found that 40-50% of thyroid patients and a third of their relatives had symptoms of anxiety and depression.

Conclusions. To make informed management decisions, it is important to survey not only patients but also their relatives, given the high prevalence of anxiety and depression among Ukrainian citizens amid a full-scale war.

KEY WORDS: thyroid cancer; chronic thyroid diseases; satisfaction; health care; health care management.

Дата першого надходження статті до видання: 20.03.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 25.04.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.05.2026

Відомості про авторів:
Кобринська Наталія Яремівна – кандидатка медичних наук, завідувачка консультативно-поліклінічного відділення ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В. П. Комісаренка» НАМН України; ORCID https://orcid.org/0000-0001-8698-9793.
Децик Орина Зенонівна – докторка медичних наук, професорка, завідувачка кафедри громадського здоров'я Івано-Франківського національного медичного університету; ORCID https://orcid.org/0000-0003-3975-9455.

Електронна адреса для листування: odetsyk@ifnmu.edu.ua.

УДК 614.2:378.6
DOI https://doi.org/10.11603/1681-2786.2026.2.16417

П. Г. ЛИХАЦЬКИЙ, А. Г. ШУЛЬГАЙ, О. Н. ЛИТВИНОВА

УНІВЕРСИТЕТСЬКІ КЛІНІКИ ЧИ КОНСОЛІДОВАНІ КЛІНІЧНІ БАЗИ: ОРГАНІЗАЦІЙНІ МОДЕЛІ, ПЕРЕВАГИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

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

Мета – обґрунтувати перспективні напрямки розвитку й оптимізації взаємодії медичних закладів і закладів вищої освіти в умовах необхідності оптимізації системи підготовки медичних кадрів.

Матеріали і методи. У даному дослідженні нами використано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів дослідження, зокрема, ми використали методи аналізу та синтезу, системний підхід, порівняльні методи, структурно-функціональний аналіз та контент-аналіз нормативно-правових документів.

Результати. Показано, що традиційні підходи до організації клінічної підготовки майбутніх фахівців поступово втрачають ефективність, що зумовлено розривом між освітнім процесом і реальною клінічною практикою, обмеженістю ресурсів та інерцією інтеграції науки і практики в освітній процес. Особливого значення у цьому контексті набуває необхідність трансформації клінічних баз медичних закладів вищої освіти, які виконують одночасно освітню, наукову та лікувальну функції. У зв'язку з цим постає питання вибору оптимальної моделі організації клінічних баз – університетських клінік або консолідованих клінічних баз, що здатні будуть забезпечити баланс між якістю медичної освіти, ефективністю медичної допомоги та економічною доцільністю.

Висновки. Проблема вибору ефективної організаційної моделі клінічних баз полягає у необхідності досягнення оптимального балансу між інтеграцією та гнучкістю, централізованим управлінням і автономією, а також між освітніми та клінічними пріоритетами. Обґрунтовано, що оптимальною є гібридна модель, яка поєднує централізоване ядро (університетська клініка) та мережу лікарняних баз.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: медичні заклади; заклади вищої освіти; інноваційні методи співпраці; стратегічний розвиток системи охорони здоров'я; перспективи модернізації.

Актуальність трансформацій у системі охорони здоров'я зумовлена розвитком систем охорони здоров'я у всьому, обумовленому глобалізацією світі, стрімким розвитком медичних технологій, цифровізацією та зростанням вимог до якості та доступності медичних послуг [1].

В Україні ця ситуація посилюється впливом системних змін у державному управлінні, періодичними змінами механізмів фінансування, а також функціонуванням галузі у кризових ситуаціях та в умовах воєнного стану. Це потребує підвищення ефективності використання ресурсів, забезпечення стійкості медичних установ та збереження якості медичної допомоги [2].

Через призму цієї ситуації, традиційні підходи до організації клінічної підготовки майбутніх фахівців поступово втрачають ефективність, що зумовлено розривом між освітнім процесом і реальною клінічною практикою, обмеженістю ресурсів та інерцією інтеграції науки і практики в освітній процес. Особливого значення у цьому контексті набуває необхідність трансформації клінічних баз медичних закладів вищої освіти, які виконують одночасно освітню, наукову та лікувальну функції, про що говорив Frenk ще 15 років тому.

У зв'язку з цим актуально постає питання вибору оптимальної моделі організації клінічних баз – університетських клінік або консолідованих клінічних баз, що здатні будуть забезпечити баланс між якістю медичної освіти, ефективністю медичної допомоги та економічною доцільністю. На сьогодні, як в Україні, так і за кордоном існує дві моделі таких взаємовідносин – це клініки в складі університетів та співпраця на основі кооперації клініки та університету. Першу інтегровану модель можемо спостерігати на прикладі Львівського медичного університету імені Данила Галицького з повною інституційною інтеграцією з Львівською обласною клінічною лікарнею у 2025 році. Решта, а їх біля десяти – це гібридні моделі з різним організаційно-правовим статусом, рівнем автономії та ступінню інтеграції з практичною охороною здоров'я.

Мета дослідження – обґрунтувати перспективні напрямки розвитку й оптимізації взаємодії медичних закладів і закладів вищої освіти

© П. Г. Лихацький, А. Г. Шульгай, О. Н. Литвинова, 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

в умовах необхідності оптимізації системи підготовки медичних кадрів.

Матеріали і методи. У даному дослідженні нами використано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів дослідження. Для узагальнення теоретичних підходів до організації клінічної підготовки медичних кадрів ми використали методи аналізу та синтезу, з позицій системного підходу розглядали клінічні бази, як складні інтегровані системи взаємодії освіти, науки та практики. При зіставленні університетських клінік і консолідованих клінічних баз за визначеними критеріями використовували порівняльні методи. Структурно-функціональний аналіз застосовували для визначення особливостей організації та функціонування досліджуваних моделей. Контент-аналіз нормативно-правових документів використовували для дослідження регуляторного забезпечення функціонування клінічних баз в Україні та узагальнення міжнародного досвіду.

Результати дослідження та їх обговорення. Вирішення питання вибору оптимальної моделі організації клінічних баз є важливим як для підвищення конкурентоспроможності медичної освіти, так і для забезпечення сталого розвитку системи медичної допомоги загалом [3].

Володіння теоретичними знаннями є безумовною базою для засвоєння в подальшому практичних навичок, але лише в умовах реальної медичної практики відбувається формування професійних компетентностей майбутніх лікарів, тому саме клінічні бази є ключовим елементом системи підготовки медичних кадрів.

Така підготовка передбачає розвиток клінічного мислення, практичних навичок, комунікаційних здібностей та здатності до прийняття рішень у складних і невизначених умовах, що сьогодні диктується повсякденними умовами в Україні. Тому саме клінічні бази виступають як освітньо-наукове середовище, що сприяє професійному становленню майбутніх фахівців у царині медицини.

Важливою сучасною вимогою до клінічної бази є забезпечення безперервності освітнього процесу шляхом поєднання додипломної та післядипломної підготовки, а також інтеграції навчання з науковими дослідженнями та клінічною діяльністю. Саме наявність якісної клінічної бази дозволяє студентам та інтернам отримувати доступ до різноманітного клінічного матеріалу, сучасних методів діагностики і лікування, а також брати участь у мультидисциплінарних командах.

Однак , не слід скидати з рахунків, що ефективність клінічної підготовки значною мірою залежить від організаційної моделі клінічної бази, рівня її матеріально-технічного забезпечення, кадрового потенціалу та ступеня інтеграції з освітнім процесом [4].

І тут постає найважливіший момент: недостатній рівень нормативної, фінансової та комунікативної координації між закладами освіти та лікувальними установами може призводити до фрагментації навчального процесу або його формалізації, що безперечно відіб'ється на якості підготовки фахівців. Це зумовлює необхідність пошуку можливостей нормативної бази для ефективних організаційних рішень, які б забезпечували високу якість клінічної підготовки, відповідність міжнародним стандартам та адаптивність до сучасних викликів.

Вибір ефективної та збалансованої організаційної моделі клінічних баз є однією з ключових проблем розвитку сучасної медичної освіти та системи медичної допомоги загалом, яка обумовлена необхідністю одночасного забезпечення високої якості освітнього процесу, ефективності клінічної діяльності та раціонального використання ресурсів.

В українській та міжнародній практиці відсутня єдина універсальна модель взаємодії закладів вищої медичної освіти та клінічних установ. Окрім вищезгаданих організаційних підходів до такої співпраці додамо ще договірну модель співпраці між університетами і закладами охорони здоров'я. Така практика з одного боку ускладнює вибір, а з другого дає можливість визначення оптимального варіанту з врахування правової основи, фінансових можливостей та освітніх потреб системи як охорони здоров'я так і медичної допомоги зокрема. Тому даний вибір має базуватися на системному підході до вибору даного рішення, що дасть можливість забезпечити умови для єдності клінічної практики, медичної освіти та наукової діяльності.

Суттєвим викликом є пошук балансу між централізацією та децентралізацією управління, або розрізненими фінансовими та управлінськими потоками. Інтегровані університетські клініки забезпечують високий рівень координації освітньої, наукової та лікувальної діяльності, проте характеризуються значними фінансовими витратами та управлінською складністю. Натомість мережеві (консолідовані) клінічні бази є більш гнучкими та економічно доцільними, але можуть супроводжуватися фрагментацією освітнього процесу та неоднорідністю якості підготовки.

Додатковим ускладнюючим фактором є проблема узгодження інтересів основних стейкхолдерів – закладів освіти, медичних установ та держави. У межах партнерських моделей часто виникають конфлікти між освітніми цілями та пріоритетами клінічної діяльності, що впливає на якість підготовки здобувачів освіти. Це підтверджується дослідженнями ролі клінічних викладачів, які перебувають у стані «рольового конфлікту» між лікувальною та освітньою діяльністю [5].

Часто може бути неоднозначною взаємодія лікуючого лікаря та викладача щодо ведення даного хворого, якого передбачається демонструвати студентам. Лікуючий лікар відповідає за безпеку та лікування пацієнта, відповідно, він має «монополію» на клінічні рішення і викладач, у ситуації незгоди, буде виступати у ролі модератора навчального процесу і вимушений буде пояснювати студентам дії лікаря, коментуючи клінічні випадки, та може організовувати дискусію з даних питань. У жодному випадку викладач не виступає у ролі експерта, не контролює і не перевіряє лікуючого лікаря, а лише використовує його дії як практичний матеріал для навчання студентів. Якщо ж все-таки не знаходиться компромісу між викладачем та лікарем, то по відношенню до хворого пріоритет буде завжди за лікуючим лікарем, позаяк саме він несе юридичну та етичну відповідальність за пацієнта, тому його рішення щодо лікування буде остаточним. Якщо ж викладач бачить інший підхід, він може використати це як навчальний матеріал: пояснити студентам, що існують різні школи чи протоколи, і показати альтернативні підходи до лікування даного хворого, бо його основна функція освітня, а не клінічна. Тому, освічений викладач перетворить розбіжність у навчальний кейс, щоб студенти зрозуміли багатоваріантність медицини, але при цьому покаже їм як працює принцип відповідальності. І, насамкінець, лікуючий лікар може відмовитися від участі у навчальному розборі лікування свого пацієнта – і це матиме цілком законні та етичні підстави.

Ідеальним варіантом запобігання таким, не те, щоб конфліктам, а більше нестиковочним моментам між лікуючим лікарем та викладачем, було б об'єднання їх за принципом: два в одному. Це об'єднало б мотивацію лікуючого лікаря передавати свої знання студентам на основі часових, фінансових та правових норм у моделі «півставки викладача і півставки лікаря» для однієї особи. Лікар, який одночасно викладає, може одразу транслювати студентам реальні клінічні випадки, може розподіляти час між пацієнтами та студентами, не відчуваючи, що навчання – «чужа» робота. Та й студенти отримуватимуть знання від практикуючого спеціаліста, а не лише від теоретика.

І тут виникне дилема, що краще: викладач працюватиме на пів ставки у лікарні, чи лікар, працюватиме на пів ставки в університеті?

Лікарня може брати викладача на півставки лікарем, якщо викладач (працівник університету) має медичну спеціальність і бажає працювати у клініці. Тоді, на основі Кодексу законів про працю України (ст. 102^1) лікарня оформляє його як лікаря за сумісництвом (пів ставки чи інший відсоток) і він офіційно має два місця роботи: університет і лікарню.

Інша, більш поширена модель, коли практикуючий лікар оформлений у лікарні на основну ставку, а у ВНЗ – на пів ставки викладача, який веде заняття зі студентами на клінічній базі, отримуючи оплату від університету, працюючи на основі трудового договору чи за сумісництвом, на основі Закону України «Про освіту» та Закону України «Про вищу освіту» [6,7].

У другому випадку лікар може не мати достатньо часу ні на пацієнтів, ні на студентів, якщо навантаження не збалансоване, коли немає чіткого розмежування часу на лікувальну та викладацьку діяльність, коли не запроваджується гнучкий графік роботи, коли не передбачено перерозподіл паперової чи комп'ютерної роботи в сторону інтернів тощо. Така ситуація приводитиме до того, що пріоритет буде на стороні пацієнта за рахунок формальної викладацької роботи.

Випадки, коли у межах такого інтегрованого співробітництва, процес лікування пацієнта потребуватиме консультації професорського рівня чи участі професорсько-викладацького складу у консиліумах, чи підготовки експертного рішення з приводу того чи іншого питання чи науково-методичного супроводу розрахунки між учасниками проводитимуться відповідно до Постанови КМУ № 781 «Деякі питання надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб» (чинна з 1 січня 2025 року) [8].

Бажано, щоб дані відносини були задекларовані угодою про співробітництво з ВНЗ як юридичною особою. Оплата здійснюватиметься з власних коштів лікарні (позабюджетні доходи, кошти від платних послуг, гранти, благодійні внески) на рахунки ВНЗ. Всі питання співпраці між лікарнею та ВНЗ мають регулюватися внутрішніми положеннями закладу та угодами з ВНЗ. За основу таких взаєморозрахунків береться друга та четверта позиція Постанови КМУ № 781 «Надання послуг з медичного обслуговування населення за договорами з юридичними особами» та «Надання послуг з медичного обслуговування населення, які не покриваються програмою обслуговування населення» [8].

Необхідність вибору моделі взаємодії медичних закладів і закладів вищої освіти в умовах необхідності оптимізації системи підготовки медичних кадрів, буде ґрунтуватися на аналізі основних характеристик кожної з цих моделей. Представляємо Вам порівняльну характеристику університетських клінік та консолідованих клінічних баз у таблиці, згенерованій з допомогою ШІ ChatGPT.

Таким чином, можемо підсумувати, що університетські клініки забезпечують високу якість і контроль, але потребують значних ресурсів. Консолідовані клінічні бази є гнучкішими та економічнішими, однак поступаються у стандартизації та інтеграції. А оптимальною є гібридна модель, яка

Таблиця 1

Порівняльна характеристика університетських клінік та консолідованих клінічних баз

Критерій	Університетські клініки	Консолідовані клінічні бази
Організаційна модель	Єдиний інтегрований медико-освітній заклад у структурі ВНЗ	Мережа закладів охорони здоров'я, що співпрацюють із ВНЗ
Форма власності та управління	Переважно державна або комунальна, підпорядкування університету	Різні форми власності (державні, комунальні, приватні), автономне управління
Рівень контролю ВНЗ	Високий (повний управлінський і освітній контроль)	Обмежений (договірні відносини)
Інтеграція освіти, науки і практики	Максимальна інтеграція (єдиний простір)	Часткова інтеграція, залежить від партнерства
Якість освітнього процесу	Висока та стандартизована	Варіативна, залежить від бази
Доступ до клінічного матеріалу	Стабільний і контрольований	Залежить від профілю та завантаженості баз
Можливості наукових досліджень	Широкі (контрольована база, клінічні випробування)	Обмежені або фрагментарні
Економічна ефективність	Високі витрати на створення та утримання	Більш економічно вигідна модель
Гнучкість системи	Низька (жорстка структура)	Висока (можливість змінювати бази)
Швидкість адаптації до змін	Повільніша через складність управління	Вища завдяки мережевій організації
Кадрова політика	Формується університетом	Залежить від кадрової політики партнерських ЗОЗ
Ризики конфлікту інтересів	Мінімальні	Вищі (різні цілі партнерів)
Стандартизація медичної допомоги	Висока	Нерівномірна
Інноваційний потенціал	Високий (осередок інновацій)	Середній (залежить від партнерів)
Масштабованість	Обмежена ресурсами	Висока (можливість розширення мережі)
Стійкість в кризових умовах (зокрема воєнних)	Вразливі через концентрацію ресурсів	Більш стійкі завдяки децентралізації
Взаємодія з пацієнтами	Орієнтація на клінічну та освітню місію	Орієнтація на практичну медицину
Привабливість для студентів	Висока (цілісне навчальне середовище)	Залежить від якості окремих баз

поєднує централізоване ядро (університетська клініка) та мережу лікарняних баз.

Водночас сучасні тенденції розвитку медичної освіти орієнтовані на інтеграцію академічного та клінічного середовища, формування міждисциплінарних команд і впровадження доказової медицини. У цьому контексті важливу роль відіграють міжнародні колаборації, зокрема діяльність JBI Collaboration (JBIC), що є глобальною мережею доказової медицини та охорони здоров'я, яка є ключовим гравцем у міжнародній колаборації, спрямованій на покращення результатів лікування пацієнтів шляхом впровадження найкращих практик та доступних доказів для прийняття клінічних рішень [9].

Висновки

1. Проблема вибору ефективної організаційної моделі клінічних баз полягає у необхідності досягнення оптимального балансу між інтеграцією та гнучкістю, централізованим управлінням і автономією, а також між освітніми та клінічними пріоритетами.

2. Показано доцільність пошуку гібридних моделей, які поєднують переваги різних підходів та адаптовані до конкретних умов функціонування системи охорони здоров'я.

3. Обґрунтовано, що оптимальною є гібридна модель, яка поєднує централізоване ядро (університетська клініка) та мережу лікарняних баз.

4. Підкреслена важливість ролі міжнародних колаборацій, зокрема діяльність JBI Collaboration (JBIC) у покращенні результатів лікування пацієнтів шляхом впровадження найкращих практик та доступних доказів для прийняття клінічних рішень.

Перспективи подальших досліджень доцільно спрямувати на поглиблений пошук оптимальної моделі взаємодії між медичними закладами різних форм власності та закладами вищої освіти, створення університетських медичних центрів, які, на основі діджиталізації та телемедицини забезпечать високу якість підготовки кадрів, економічну ефективність та соціальну користь для суспільства.

Інформація про фінансування. Дослідження виконано без цільової фінансової підтримки з боку зовнішніх джерел фінансування.

Дотримання етики. Стаття базується на аналізі відкритої наукової літератури та матеріалів ЗМІ, тому не потребує висновку комісії з біоетики.

Інформація щодо наявності / відсутності конфлікту інтересів. Автори підтверджують, що не мають фінансових або нефінансових конфліктів інтересів, пов'язаних із предметом цього дослідження.

Внесок кожного з авторів згідно з таксономією CrediT. Литвинова О.Н. – концепція роботи, постановка дослідницьких цілей та дизайн, розробка методологічних підходів; проведення статистичного чи логічного аналізу даних; написання початкового тексту статті. Лихацький П.Г. – концепція роботи, постановка дослідницьких цілей та дизайн, розробка методологічних підходів; остаточне затвердження статті. Шульгай А.Г. – збір та аналіз даних, пошук літератури, остаточне затвердження статті.

Інформацію про доступність первинних даних. У статті наведено аналіз відкритих наукових джерел.

Список літератури

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. Global strategy on digital health 2020–2025. Женева: WHO, 2021. URL: https://iris.who.int/handle/10665/344249
2. Ukraine: Health System Resilience and Recovery [Electronic resource]. Washington, DC: World Bank https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2026/02/23/updated-ukraine-recovery-and-reconstruction-needs-assessment-released
3. Міністерство охорони здоров'я України. Стратегічні напрями розвитку системи охорони здоров'я України. Київ, 2023. URL: https://moz.gov.ua/
4. Красюк С. П. Наукове обґрунтування концептуальної функціонально- організаційної моделі університетської клініки в сучасних умовах України Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії URL: https://uacademic.info/ua/document/0825U001130?utm_source=chatgpt.com#google_vignette
5. Yuanyuan Jia, Yu Cai, Siqi Wang, Ying Yang, Ge Wu. Exploration of Teaching Development Strategies for Double-Qualified Teachers in University-Affiliated Hospitals Based on Role Conflict Theory. *Journal of Contemporary Educational Research, 2024,* Vol. 8, Iss. 6. DOI 10.26689/jcer.v8i6.6946
6. Закон України Про освіту (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2017, № 38-39, ст.380) URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19?utm_medium=referral&utm_source=oplatforma.com.ua&utm_term=1484&utm_content=article&utm_campaign=red_block_content_link#Text
7. Закон України Про вищу освіту (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2014, № 37-38, ст.2004) URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18/ed20251225#Text
8. Постанова КМУ № 781 «Деякі питання надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб» (чинна з 1 січня 2025 року) URL: https://www.kmu.gov.ua/npas/deiaki-pytannia-nadannia-posluh-z-medychnoho-obsluhovuvannia-naselennia-za-platu-vid-iurydychnykh-i-fizychnykh-osib-i050724-781
9. Колаборація JBI (JBIC) URL: https://jbi.global/collaboration

References

1. Vsesvitnya orhanizatsiya okhorony zdorov"ya. (2021). [World Health Organization]. Global strategy on digital health 2020–2025. Zheneva: WHO. Retrieved from: https://iris.who.int/handle/10665/344249
2. Ukraine: Hea*lth System Resilience and Recovery*. Washington, DC: World Bank Retrieved from: https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2026/02/23/updated-ukraine-recovery-and-reconstruction-needs-assessment-released
3. Ministerstvo okhorony zdorov"ya Ukrayiny. Stratehichni napryamy rozvytku systemy okhorony zdorov"ya Ukrayiny. (2023). [Ministry of Health of Ukraine. Strategic directions of development of the health care system of Ukraine]. Kyyiv. Retrieved from: https://moz.gov.ua/
4. Krasyuk, S. P. (2025). Naukove obgruntuvannya kontseptual'noyi funktsional'no- orhanizatsiynoyi modeli universytet·s'koyi kliniky v suchasnykh umovakh Ukrayiny [Scientific substantiation of the conceptual functional and organizational model of a university clinic in modern conditions of Ukraine]. (PhD`s thesis). O. O. Bogomolets National Medical University. Kyiv. Retrieved from: https://uacademic.info/ua/document/0825U001130?utm_source=chatgpt.com#google_vignette
5. Yuanyuan, Jia, Yu, Cai, Siqi, Wang, Ying, Yang, Ge, Wu. (2024). Exploration of Teaching Development Strategies for Double-Qualified Teachers in University-Affiliated Hospitals Based on Role Conflict Theory. *Journal of Contemporary Educational Research,* 8, 6. DOI 10.26689/jcer.v8i6.6946
6. Zakon Ukrayiny Pro osvitu (2017). [Law of Ukraine On Education]. (Vidomosti Verkhovnoyi Rady (VVR), No 38-39, st.380. Retrieved from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19?utm_medium=referral&utm_source=oplatforma.com.ua&utm_term=1484&utm_content=article&utm_campaign=red_block_content_link#Text
7. Zakon Ukrayiny Pro vyshchu osvitu. (2014). [Law of Ukraine On Higher Education]. Vidomosti Verkhovnoyi Rady (VVR), No 37-38, st.2004. Retrieved from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18/ed20251225#Text
8. Postanova KMU № 781 «Deyaki pytannya nadannya posluh z medychnoho obsluhovuvannya naselennya za platu vid yurydychnykh i fizychnykh osib» (chynna z 1 sichnya 2025 roku). (2025). [Resolution of the Cabinet of Ministers No. 781 "Some issues of providing medical services to the population for a fee from legal entities and individuals]. Retrieved from: https://www.kmu.gov.ua/npas/deiaki-pytannia-nadannia-posluh-z-medychnoho-obsluhovuvannia-naselennia-za-platu-vid-iurydychnykh-i-fizychnykh-osib-i050724-781
9. Kolaboratsiya JBI (JBIC). Retrieved from: https://jbi.global/collaboration

UNIVERSITY CLINICS OR CONSOLIDATED CLINICAL BASES: ORGANIZATIONAL MODELS, ADVANTAGES AND PROSPECTS OF *DEVELOPMENT*

P. G. Lykhatskyi, A. G. Shulgai, O. N. Lytvynova
Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

Purpose. The goal is to justify the prospective directions of development and optimization of the interaction of medical institutions and institutions of higher education in the conditions of the need to optimize the system of training medical personnel.

Materials and methods. In this study, we used a complex of general scientific and special research methods, in particular, we used methods of analysis and synthesis, a systematic approach, comparative methods, structural and functional analysis and content analysis of regulatory and legal documents.

Results. It is shown that traditional approaches to the organization of clinical training of future specialists are gradually losing their effectiveness, which is due to the gap between the educational process and real clinical practice, limited resources and the inertia of the integration of science and practice in the educational process. Of particular importance in this context is the need to transform the clinical bases of medical institutions of higher education, which simultaneously perform educational, scientific and medical functions. In this connection, the question arises of choosing the optimal model for the organization of clinical bases – university clinics or consolidated clinical bases that will be able to ensure a balance between the quality of medical education, the effectiveness of medical care and economic feasibility.

Conclusions. The problem of choosing an effective organizational model of clinical bases is the need to achieve an optimal balance between integration and flexibility, centralized management and autonomy, as well as between educational and clinical priorities. It is substantiated that a hybrid model combining a centralized core (university clinic) and a network of hospital bases is optimal.

KEY WORDS: medical institutions; institutions of higher education; innovative methods of cooperation; strategic development of the health care system; modernization prospects.

Дата першого надходження статті до видання: 14.04.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 14.05.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.05.2026

Відомості про авторів:
Лихацький Петро Григорович – доктор біологічних наук, професор, ректор Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID https://orcid.org/0000-0002-0021-782X
Шульгай Аркадій Гаврилович – доктор медичних наук, професор, проректор з науково-педагогічної роботи Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID https://orcid.org/0000-0002-2145-5851
Литвинова Ольга Несторівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID https://orcid.org/0000-0003-1039-3904

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

УДК 614.8:331.46]-084(477)
DOI https://doi.org/10.11603/1681-2786.2026.2.16418

Г. С. САТУРСЬКА, Р. С. ДАНИЛКОВ, Ю. М. ПЕТРАШИК, Н. Я. ПОТІХА, Х. МОХІТ, ХАРДІК

РОЛЬ МІЖСЕКТОРАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ У ПРОФІЛАКТИЦІ ВИРОБНИЧОГО ТРАВМАТИЗМУ В УКРАЇНІ: АНАЛІЗ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ І СОЦІАЛЬНИХ ВИКЛИКІВ ТА ІНТЕГРАЦІЯ ПРОГРАМ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ

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

Мета. Систематично проаналізувати динаміку та структуру виробничого травматизму в Україні на основі офіційних даних Державної служби статистики України за 2023-2025 роки, визначити нові фактори ризику в умовах воєнного стану та обґрунтувати стратегічну роль міжсекторальної співпраці у профілактиці виробничого травматизму.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний епідеміологічний та статистичний аналіз виробничого травматизму в Україні та стану системи охорони праці на основі офіційних даних Державної служби статистики України (Держстат), звітів Державної служби України з питань праці (Держпраця), Центрів громадського здоров'я, а також аналітичних звітів Міжнародної організації праці та ВООЗ. Застосовано методи системного аналізу, математико-статистичні методи, контент-аналізу нормативно-правової бази та описової епідеміології.

Результати. Дослідження виявило суттєві зміни етіології та структури виробничого травматизму в Україні. Аналіз даних демонструє, що в західних областях України, які стали основними регіонами для переміщення бізнесу та внутрішньо переміщених осіб, найбільший рівень травматизму фіксується у сферах переробної промисловості, сільського та лісового господарства, а також транспорту і логістики. До класичних причин, таких як дорожньо-транспортні пригоди, падіння з висоти та дія рухомих механізмів, додалися специфічні фактори воєнного часу. Встановлено, що ефективна профілактика вимагає синергії між Державною службою України з питань праці, Міністерством охорони здоров'я, Державною службою України з надзвичайних ситуацій, роботодавцями та освітніми закладами. Окремо виділено вагому роль інтеграції програм психосоціальної підтримки, зокрема Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) у корпоративні протоколи безпеки.

Висновки. Мінімізація виробничого травматизму в умовах війни неможлива без повної інституціоналізації міжсекторальної взаємодії, що передбачає синхронізацію зусиль державних регуляторів, медичного сектору та соціальних партнерів, зокрема роботодавців і профспілок для забезпечення стійкості системи охорони праці та здоров'я.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: громадське здоров'я; травматизм; виробничий травматизм; психосоціальна підтримка; міжсекторальна взаємодія.

Охорона праці та здоров'я на робочому місці традиційно розглядається науковою спільнотою та міжнародними інституціями як один із найважливіших критеріїв сталого розвитку держави. Ця сфера безпосередньо впливає на демографічну ситуацію, економічну продуктивність, рівень бідності та загальний стан громадського здоров'я. На глобальному рівні проблема виробничого травматизму та професійних захворювань залишається критичною і не до кінця вирішеною навіть у розвинених країнах. За спільними оцінками Міжнародної організації праці (International Labour Organization - ILO) [1, 2] та Всесвітньої організації охорони здоров'я, щороку у світі фіксується понад 374 мільйони нещасних випадків на виробництві без смертельних наслідків, а майже 2,93 мільйона працівників гинуть внаслідок травм та хвороб, безпосередньо пов'язаних із професійною діяльністю [3, 4]. Економічний тягар цих втрат є колосальним: за оцінками експертів, втрати від нещасних випадків та професійних захворювань забирають близько 4% щорічного світового валового внутрішнього продукту [5, 6].

Для України ця глобальна проблема набула абсолютно нових, безпрецедентних вимірів та гостроти адже повномасштабне вторгнення Російської Федерації, що розпочалося у лютому 2022 року, завдало глибокої, системної шкоди інфраструктурі, економіці та ринку праці країни.

Масштаби руйнувань промислового та економічного потенціалу вражають своїми обсягами. За даними звіту RDNA3, підготовленого Світовим банком спільно з Урядом України та ООН, лише прямі збитки інфраструктурі підприємств

© Г. С. Сатурська, Р. С. Данилков, Ю. М. Петрашик, Н. Я. Потіха, Х. Мохіт, Хардік, 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

перевищують сотні мільярдів доларів США [5, 6]. Найбільше постраждали такі ключові сектори, як транспорт, енергетика, металургія, будівництво та сільське господарство. Демографічний шок для ринку праці виявився катастрофічним, адже було втрачено понад 2,4 мільйона робочих місць, мільйони українців стали внутрішньо переміщеними особами (ВПО), а значна частина кваліфікованої робочої сили була змушена мігрувати за кордон у пошуках безпеки [7, 8]. Одночасно масштабна мобілізація до лав Сил Оборони України призвела до суттєвого дефіциту досвідчених, висококваліфікованих кадрів на підприємствах критичної інфраструктури та у промисловості. Це змусило роботодавців масово залучати менш досвідчених працівників, у тому числі молодь та осіб пенсійного віку, або значно збільшувати інтенсивність праці та тривалість робочих змін наявного персоналу. У таких екстремальних умовах причини та характер нещасних випадків на виробництві докорінно змінилися порівняно з мирним часом [8].

Крім того, накопичений хронічний стрес, глибоке психологічне виснаження та травматизація населення формують невидимий, але надзвичайно потужний фактор ризику. Психофізіологічна перевтома різко знижує концентрацію уваги, уповільнює швидкість реакції та призводить до фатальних людських помилок на робочих місцях, особливо під час роботи з механізмами підвищеної небезпеки.

З огляду на таку мультифакторну природу сучасного виробничого травматизму, на перший план виходить гостра необхідність імплементації глобальної концепції «Здоров'я в усіх політиках» (Health in All Policies – HiAP). Ця парадигма ґрунтується на фундаментальному розумінні того, що ключові детермінанти здоров'я, такі як безпека довкілля, економічна стабільність, умови праці та соціальний захист, лежать далеко поза межами прямого впливу виключно медичного сектору.

Тому актуальним завданням є оцінка офіційних статистичних даних з виробничого травматизму за 2023–2024 роки в Україні з регіональним фокусом, та науково обґрунтувати роль та механізми міжсекторальної співпраці для профілактики нещасних випадків і збереження трудового потенціалу.

Мета дослідження. Систематично проаналізувати динаміку та структуру виробничого травматизму в Україні на основі офіційних даних Державної служби статистики України за 2023-2025 роки, визначити нові фактори ризику в умовах воєнного стану та обґрунтувати стратегічну роль міжсекторальної співпраці у профілактиці виробничого травматизму.

Матеріали та методи. Для всебічного розкриття теми та досягнення поставлених цілей у дослідженні було проведено ретроспективний епідеміологічний та статистичний аналіз виробничого травматизму в Україні. Первинними джерелами даних виступили офіційні інтерактивні бази Державної служби статистики України (Держстат), звіти Державної служби України з питань праці (Держпраця), Центру громадського здоров'я, а також аналітичні звіти Міжнародної організації праці та ВООЗ. Застосовано методи системного аналізу, математико-статистичні методи, контент-аналізу нормативно-правової бази та описової епідеміології. Отримані статистичні зрізи були зіставлені з офіційними аналітичними звітами територіальних управлінь Державної служби України з питань праці та Пенсійного фонду України, які здійснюють облік актів за формою Н-1/П (нещасні випадки, пов'язані з виробництвом) та розслідують причини інцидентів. Для глибшого розуміння регіональної специфіки виробничого травматизму та її впливу на загальнонаціональну картину, були проаналізовані регіональні профілі громадського здоров'я областей України за 2023–2024 роки, розроблені Центром громадського здоров'я (ЦГЗ) Міністерства охорони здоров'я України, а також оперативні звіти обласних центрів контролю та профілактики хвороб. Глобальний макроекономічний та правовий контекст оцінювався шляхом контент-аналізу ключових стратегічних документів. До них увійшли рамкові директиви Європейського Союзу у сфері охорони праці та здоров'я, конвенції Міжнародної організації праці, зокрема Конвенція № 155 про безпеку й гігієну праці та Конвенція № 187 про основи, що сприяють безпеці та гігієні праці, «Перехідна стратегія співпраці ILO для України на 2024–2025 роки», а також спільні публікації ВООЗ та ILO щодо впливу стресу на робочому місці та загального тягаря неінфекційних захворювань [1-4].

Результати дослідження та їх обговорення. Офіційні статистичні дані за 2023–2024 роки яскраво відображають глибоку трансформацію економіки та ринку праці України під впливом бойових дій. Аналіз бази даних Державної служби статистики України дозволяє стверджувати, що, незважаючи на загальне скорочення кількості економічно активних підприємств у східних та південних регіонах внаслідок руйнувань та окупації, рівень інтенсивності травматизму на працюючих об'єктах залишається критично високим. Це свідчить про те, що загальне падіння абсолютних цифр травмованих корелює з падінням ВВП та закриттям підприємств, однак відносні показники ризику на одне робоче місце значно зросли.

Особливий науковий інтерес у цьому контексті становлять західні області України, зокрема Тернопільська область. Західні регіони України від початку повномасштабного вторгнення відіграють стратегічну роль ключового гуманітарного, логістичного та промислового тилу. Тернопільщина стала одним із центрів масової релокації бізнесу,

оскільки сюди були переміщені десятки підприємств переробної, текстильної, машинобудівної та харчової промисловості з територій, де ведуться активні бойові дії. Такий швидкий, часто екстрений трансфер виробничих потужностей у поєднанні з інтеграцією великої кількості внутрішньо переміщених осіб на нові, не завжди знайомі їм робочі місця, неминуче вплинув на показники охорони праці [7, 8].

Аналіз галузевої структури демонструє, що найбільш травмонебезпечними секторами економіки регіону у 2023-2025 роках стали переробна та харчова промисловість, сільське, лісове та рибне господарство, транспортна галузь, будівництво та сфера охорони здоров'я. Зокрема, на переробну та харчову промисловість традиційно припадає значна частка серйозних інцидентів, де джерелами підвищеної небезпеки є робота конвеєрних ліній, використання промислових пресів, різального, пакувального обладнання та термічних установок. Ця ситуація критично погіршилася в періоди масових відключень електроенергії, відомих як блекаути, коли раптові зупинки та аварійні запуски обладнання без дотримання повного циклу технологічного протоколу, а також необхідність ручного втручання в автоматизовані процеси призводили до важких механічних травм. Крім того, масове встановлення та експлуатація потужних дизельних генераторів у закритих або напівзакритих приміщеннях спричинили хвилю гострих професійних отруєнь продуктами згоряння, зокрема чадним газом.

Іншим критичним сектором є сільське, лісове та рибне господарство. Травматизм тут має чітко виражену сезонність, досягаючи піків під час весняної посівної та осінньої збиральної кампаній. Основними причинами нещасних випадків у цьому секторі є порушення правил експлуатації застарілої або несправної сільськогосподарської техніки, падіння з висоти під час роботи на елеваторах чи зерносховищах, а також травми під час догляду за великою рогатою худобою. Окремо слід виділити лісозаготівлю, яка традиційно залишається однією з найбільш небезпечних робіт через високий ризик падіння дерев та травмування ланцюговими пилами. Значні ризики також фіксуються у сферах транспорту, складського господарства, поштової та кур'єрської діяльності. Враховуючи, що західні області стали головною артерією для експорту української продукції та імпорту гуманітарної і військової допомоги, інтенсивність вантажних перевезень зросла в рази. Водії великогабаритного транспорту, оператори навантажувачів та складські працівники стикаються з колосальним перепрацюванням, а дорожньо-транспортні пригоди під час виконання трудових обов'язків стабільно генерують найвищий відсоток нещасних випадків із важкими та летальними наслідками. Втому водіїв значно посилюють змінені логістичні маршрути та необхідність працювати на межі комендантської години.

Щодо будівництва, масштабне відновлення пошкодженої інфраструктури, швидке будівництво сучасних укриттів та зведення житла для внутрішньо переміщених осіб стимулювали цю галузь регіону, проте падіння з висоти без використання страхувальних поясів, а також обвал ґрунту під час земляних робіт залишаються головними причинами смертельного травматизму. Важливо також відзначити зростання професійної захворюваності та травматизму серед працівників охорони здоров'я та соціальної допомоги, де колосальне навантаження на систему призвело до масового емоційного вигорання, що безпосередньо впливає на рівень медичних помилок та випадкових травм.

Проблема виробничого травматизму не може бути вирішена зусиллями лише одного підприємства чи навіть одного міністерства. Управління охороною праці в Україні вимагає негайної та повної імплементації підходу «Здоров'я в усіх політиках» та розбудови багаторівневої міжсекторальної взаємодії. Охорона праці більше не є технічною дисципліною – вона перетворилася на питання національної економічної безпеки. Держпраці має тісно та щоденно співпрацювати з Міністерством охорони здоров'я та його регіональними підрозділами. Наприклад, медична статистика щодо різкого зростання випадків серцево-судинних криз на певних робочих місцях або даних про надходження пацієнтів з гострими хімічними отруєннями має автоматично та без бюрократичних затримок передаватися до Держпраці для спільного аналізу умов праці на цих об'єктах. Не менш важливою є інституціоналізована співпраця з Державною службою з надзвичайних ситуацій, разом з якою повинні проводитись регулярні спільні тренінги для працівників підприємств з питань швидкої евакуації, мінної безпеки, правильного використання вогнегасників та надання домедичної допомоги.

Згідно з конвенціями ILO, дієвий соціальний діалог є абсолютним ключем до створення безпечного середовища на підприємстві [1, 2]. В умовах війни український бізнес об'єктивно стикається з фінансовою скрутою, руйнуванням ланцюжків постачання та втратою ринків збуту. Проте інвестиції в охорону праці залишаються економічно виправданими, оскільки втрата цінного, кваліфікованого працівника обходиться компанії значно дорожче, ніж придбання сучасного захисного обладнання. Роботодавці спільно з профспілковими комітетами повинні розробляти та адаптувати локальні інструкції з безпеки. Розробка алгоритмів швидкої евакуації в укриття без аварійної зупинки небезпечних безперервних процесів потребує міжсекторального залучення інженерів-проєктувальників, лікарів з гігієни праці та фахівців з цивільного

захисту. Вищі медичні та технічні навчальні заклади відіграють стратегічну роль у формуванні кадрового потенціалу для нової європейської системи громадського здоров'я. Університети повинні не лише готувати класичних лікарів, але й навчати майбутніх фахівців з громадського здоров'я, інженерів з охорони праці та топ-менеджерів підприємств основам біостатистики, епідеміології травматизму, ергономіки та сучасної оцінки ризиків на робочому місці.

Окремим, фундаментально важливим напрямком міжсекторальної взаємодії у сфері охорони праці та здоров'я є інтеграція концепції збереження ментального здоров'я в загальну систему управління безпекою на виробництві. Саме тому сучасна профілактика травматизму абсолютно неможлива без впровадження програм психосоціальної підтримки безпосередньо на робочих місцях. Ініційована урядом Всеукраїнська програма ментального здоров'я та масштабування програми ВООЗ mhGAP є чудовими прикладами впровадження спільної політики [3]. Завдяки безпрецедентній співпраці Міністерства охорони здоров'я та Міністерства освіти і науки, програма mhGAP успішно інтегрується в медичну освіту, однак наступним логічним кроком має стати її глибока інтеграція у корпоративну культуру українського бізнесу. Створення на великих підприємствах безпечного простору для психологічного розвантаження та забезпечення доступу до корпоративних психологів – це важливий крок до покращення безпеки праці.

В цілому, міжсекторальна взаємодія для профілактики виробничого травматизму повинна здійснюватися на принципах комплексного підходу, який об'єднує зусилля державних органів, роботодавців, профспілок та медичних установ для створення безпечних умов праці та збереження здоров'я працівників. З врахуванням даного підходу, на підставі результатів дослідження нами запропоновано структурно-логічну схему міжсекторальної взаємодії для профілактики виробничого травматизму з ідентифікацією основних суб'єктів та визначення їх ролі у профілактиці виробничого травматизму (рис. 1).

Дане дослідження також дозволило розробити ключові напрямки профілактики виробничого травматизму, які включають насамперед організаційні заходи, такі як навчання та інструктажі з охорони праці, розробка інструкцій, навчання з пожежної безпеки та виробничої санітарії; технічні та санітарно-гігієнічні заходи щодо профілактики виробничого травматизму (рис. 2).

Щодо ефективності міжсекторального підходу, то ефективна профілактика ґрунтується на детальному аналізі причин виробничого травматизму, зокрема технічних, організаційних, санітарних, а також на комплексному підході до їх усунення. Вона передбачає не лише реагування на випадки травм, а й їх запобігання через моніторинг, пропаганду безпечних умов праці та інформування працівників. Така взаємодія дозволяє поєднати правові, технічні та медичні інструменти для максимального зниження рівня травматизму на виробництві.

Висновки. Виробничий травматизм в Україні в умовах повномасштабної війни трансформувався з локальної технічної проблеми окремих підприємств у масштабний, комплексний виклик для національної безпеки, макроекономічної стабільності та системи громадського здоров'я в цілому. Проведений аналіз засвідчив, що в регіонах, куди

Рис. 1. Основні суб'єкти міжсекторальної взаємодії та їх роль для профілактики виробничого травматизму

Рис. 2. Ключові напрямки профілактики виробничого травматизму, що базуються на принципах міжсекторальної взаємодії

були переміщені значні виробничі потужності та мігрувала велика кількість населення, рівень професійних ризиків у переробній промисловості, сільському господарстві, будівництві та логістиці залишається критично високим. На класичні причини нещасних випадків, такі як ДТП чи ігнорування правил безпеки, наклалися потужні фактори військової агресії, серед яких загроза ракетних ударів, енергетичний колапс, гострий дефіцит кваліфікованих кадрів через мобілізацію та безпрецедентний рівень психологічного виснаження працівників.

Перспективи подальших досліджень. Пріоритетними напрямками вбачаються дослідження щодо цифровізації обміну даними між відомствами, адаптації стандартів безпеки до умов енергетичної нестабільності та масштабування програм збереження ментального здоров'я на робочих місцях.

Інформація про фінансування. На проведення цього дослідження автори не отримували фінансової допомоги від сторонніх організацій або грантів.

Інформація щодо наявності/відсутності конфлікту інтересів. Конфлікт інтересів відсутній.

Внесок кожного з авторів згідно таксономії CrediT. Сатурська Г.С. – концепція роботи та дизайн, написання статті, візуалізація, остаточне затвердження статті; Шульгай А.Г. – концепція роботи, адміністрування проєкту, наукове консультування, остаточне затвердження статті; Данилков Р.С. – написання статті, технічна підтримка, збір та аналіз даних, відповідальність за статистичний аналіз, пошук літератури, Петрашик Ю.М – методологія, пошук літератури, критичний огляд, остаточне затвердження статті; Потіха Н.Я. – рецензування, критичний огляд, остаточне затвердження статті; Мохіт Х. – технічна підтримка збір та аналіз даних, пошук літератури; Хардік – технічна підтримка збір та аналіз даних, пошук літератури.

Відповідність матеріалів статті щодо проведення обстежень/досліджень/лікування нормам біоетики. При підготовці статті не проводили наукові дослідження, які потребують висновку комісії з біоетики.

Список літератури

1. International Labour Organization. *The psychosocial working environment: Global developments and pathways for action*. United Nations, 2026. URL: https://www.ilo.org/publications/psychosocial-working-environment-global-developments-and-pathways-action
2. International Labour Organization. *EU–ILO collaboration to promote the right to a safe and healthy working environment. Factsheet*. Geneva: ILO; 2024. URL: https://www.ilo.org/publications/eu-ilo-partnership-safe-and-healthy-workplaces-all
3. World Health Organization. *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings (Version 2.0)*. Geneva: WHO; 2016. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790

4. World Health Organization. *Ukraine's resilience during war: time to strengthen primary health care*. Geneva: WHO; 2024. URL: https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/ukraine-s-resilience-during-war-time-to-strengthen-primary-health-care
5. The World Bank, Government of Ukraine, European Union, United Nations. *Ukraine Rapid Damage and Needs Assessment (RDNA3)*. Washington, DC: World Bank; 2024. URL: https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/099021324115085807
6. World Bank. *Health Financing in Ukraine: Reform, Resilience and Recovery*. Washington, DC: World Bank; 2024. URL: https://documents1.worldbank.org/curated/en/099062725083010231/pdf/P177367-168cec7e-a40b-4a30-9def-39c8f52a3926.pdf
7. International Organization for Migration. *Internal Displacement Report – General Population Survey*. Geneva: IOM; 2024. URL: https://dtm.iom.int/taxonomy/term/1346
8. Nagorna A.M., Radionov M.O., Kompaniiets O.A. Modern challenges for medicine and occupational health and safety: the specifics of occupational injuries in Ukraine during hostilities – accounting, professional rehabilitation, and prevention. *Ukrainian Journal of Occupational Health*. 2024. Vol. 20, No. 2. DOI: https://doi.org/10.33573/ujoh2024.02.089

References

1. International Labour Organization. (2026). The psychosocial working environment: Global developments and pathways for action. United Nations. Retrieved from: https://www.ilo.org/publications/psychosocial-working-environment-global-developments-and-pathways-action
2. International Labour Organization. (2024). EU–ILO collaboration to promote the right to a safe and healthy working environment: Factsheet. Retrieved from: https://www.ilo.org/publications/eu-ilo-partnership-safe-and-healthy-workplaces-all
3. World Health Organization. (2016). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings (Version 2.0). Retrieved from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790
4. World Health Organization. (2024). Ukraine's resilience during war: Time to strengthen primary health care. Retrieved from: https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/ukraine-s-resilience-during-war-time-to-strengthen-primary-health-care
5. World Bank, Government of Ukraine, European Union, & United Nations. (2024). Ukraine rapid damage and needs assessment (RDNA3). Retrieved from: https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/099021324115085807
6. World Bank. (2024). Health financing in Ukraine: Reform, resilience and recovery. Retrieved from: https://documents1.worldbank.org/curated/en/099062725083010231/pdf/P177367-168cec7e-a40b-4a30-9def-39c8f52a3926.pdf
7. International Organization for Migration. (2024). Internal displacement report – General population survey. Retrieved from: https://dtm.iom.int/taxonomy/term/1346
8. Nagorna, A. M., Radionov, M. O., & Kompaniiets, O. A. (2024). Modern challenges for medicine and occupational health and safety: The specifics of occupational injuries in Ukraine during hostilities – accounting, professional rehabilitation, and prevention. *Ukrainian Journal of Occupational Health,* 20(2). https://doi.org/10.33573/ujoh2024.02.089

THE ROLE OF CROSS-SECTORAL COOPERATION IN THE PREVENTION OF WORK-RELATED INJURIES IN UKRAINE: ANALYSIS OF EPIDEMIOLOGICAL AND SOCIAL CHALLENGES AND THE INTEGRATION OF PSYCHOSOCIAL SUPPORT PROGRAMMES

H.S. Saturska, R.S. Danilkov, Yu.M. Petrashik, N.Ya. Potikha, H. Mokhit, Kh. Khardik
Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

Objective. To systematically analyse the dynamics and structure of occupational injuries in Ukraine based on official data from the State Statistics Service of Ukraine for 2023-2025, to identify new risk factors under martial law, and to substantiate the strategic role of cross-sectoral cooperation in the prevention of occupational injuries.

Materials and methods. A retrospective epidemiological and statistical analysis of occupational injuries in Ukraine and the state of the occupational safety and health system was conducted based on official data from the State Statistics Service of Ukraine, reports from the State Labour Service of Ukraine, Public Health Centres, as well as analytical reports from the International Labour Organisation and the WHO. Methods of systems analysis, mathematical and statistical methods, content analysis of the regulatory framework, and descriptive epidemiology were applied.

Results. The study revealed significant changes in the aetiology and structure of occupational injuries in Ukraine. An analysis of State Statistics Service data shows that in the western regions of Ukraine, which have become the main destinations for business relocation and internally displaced persons, the highest injury rates are recorded in the manufacturing, agriculture and forestry sectors, as well as in transport and logistics. Specific wartime factors have been added to the classic causes, such as road traffic accidents, falls from height and exposure to moving machinery. It has been established that effective prevention requires synergy between the State Labour Service of Ukraine, the Ministry of Health, the State Emergency Service of Ukraine, employers and educational institutions.

The significant role of integrating psychosocial support programmes, in particular the Mental Health Gap Action Programme (mhGAP), into corporate safety protocols has been highlighted.

Conclusions. Minimising occupational injuries in wartime conditions is impossible without the full institutionalisation of cross-sectoral cooperation, which involves the synchronisation of efforts by state regulators, the healthcare sector and social partners, in particular employers and trade unions; this is the only mechanism for ensuring the sustainability of the occupational safety and health system.

KEY WORDS: public health; injuries; occupational injuries; psychosocial support; cross-sectoral cooperation.

Дата першого надходження статті до видання: 17.03.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 24.04.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.05.2026

Відомості про авторів:
Сатурська Ганна Степанівна – доктор медичних наук, професор, професор кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID https://orcid.org/0000-0002-5952-1527.
Шульгай Аркадій Гаврилович – доктор медичних наук, проректор з науково-педагогічної роботи Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, професор кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID https://orcid.org/0000-0002-2145-5851.
Данилков Роман Сергійович – здобувач вищої освіти 2-го року навчання за спеціальністю «Громадське здоров'я» медичного факультету Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.
Петрашик Юрій Миколайович – кандидат філологічних наук, доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID https://orcid.org/0000-0003-1286-110X.
Потіха Наталія Ярославівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри функціональної і лабораторної діагностики Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID https://orcid.org/0000-0002-4250-1597.
Мохіт Харб – здобувач вищої освіти 2-го року навчання за спеціальністю «Громадське здоров'я» медичного факультету Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України;
Хардік – здобувач вищої освіти 2-го року навчання за спеціальністю «Громадське здоров'я» медичного факультету Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.

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

УДК 614.253:616-083,98:159.944.4
DOI https://doi.org/10.11603/1681-2786.2026.2.16419

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

ПРОФЕСІЙНИЙ ПРОФІЛЬ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНЕ НАВАНТАЖЕННЯ ПЕРСОНАЛУ СЛУЖБИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

Мета: оцінити професійний та психологічний профіль персоналу служби екстреної медичної допомоги (ЕМД), визначити рівень робочого навантаження, психоемоційного стресу, емоційного виснаження, а також виявити ключові чинники, що впливають на задоволеність роботою та ризики професійного вигорання.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь лікарі та парамедики одного з районних підрозділів служби екстреної медичної допомоги Західного регіону України. Основний інструмент збору даних – анонімна анкета з оцінкою професійного профілю, умов праці, психоемоційного навантаження, рівня емоційного виснаження та впливу професійної діяльності на загальний стан здоров'я.

Результати. Професійна діяльність персоналу служби ЕМД відбувається в умовах стійкого поєднання високого навантаження, обмежених можливостей для відновлення та нестабільного відчуття безпеки, що формує підґрунтя для хронічного психоемоційного напруження. Особливо вразливою групою є парамедики, для яких характерне більш інтенсивне фізичне навантаження, нестабільність робочого середовища та менша задоволеність умовами праці. У лікарів же основним джерелом стресу є поєднання високої відповідальності та одночасного впливу кількох професійних і організаційних факторів, що формує накопичувальний ефект психоемоційного навантаження.

Професійний стрес і емоційне виснаження в обох групах мають системний і мультифакторний характер. Їх взаємопідсилення проявляється у погіршенні якості сну, загального стану здоров'я, зниженні працездатності та ефективності прийняття рішень. Дефіцит психологічної підтримки додатково посилює ці процеси, обмежуючи можливості адаптації та відновлення в умовах хронічного стресу.

Висновки. Персонал ЕМД працює в умовах високого професійного та фізичного навантаження, стійкого стресового впливу та обмежених психологічних ресурсів, що зумовлює виражене емоційне виснаження, задоволеність роботою, сформовану переважно як результат адаптації до умов діяльності, а не повної професійної реалізації, а також часті наміри залишити професію, що підкреслює високий ризик професійного вигорання та необхідність системної оптимізації робочих умов і розвитку програм підтримки.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: екстрена медична допомога; лікарі; парамедики; психоемоційний стрес; професійне вигорання; задоволеність роботою.

Служба екстреної медичної допомоги (ЕМД) є критично важливою складовою системи охорони здоров'я, забезпечуючи своєчасне реагування на невідкладні стани та рятування життя в умовах високої невизначеності й обмежених ресурсів. Специфіка професійної діяльності лікарів і парамедиків передбачає постійний вплив інтенсивного навантаження, стресових ситуацій і високої відповідальності, що зумовлює особливу значущість їхнього психоемоційного стану для ефективності функціонування служби [1-3].

У сучасній науковій літературі професійний профіль працівника ЕМД розглядається як інтегративна характеристика, що поєднує клінічну компетентність, здатність до швидкого прийняття рішень, стресостійкість, емоційну регуляцію та ефективну командну взаємодію. Ключовим його компонентом є психоемоційна стійкість, яка забезпечує здатність фахівця підтримувати професійну ефективність і психологічну рівновагу в екстремальних умовах [4-7].

Результати досліджень свідчать, що персонал ЕМД належить до груп підвищеного ризику розвитку професійного стресу та емоційного вигорання [8, 9]. За даними вітчизняних досліджень, понад половина працівників мають ознаки середнього рівня вигорання, що пов'язано з високою інтенсивністю викликів, обмеженим часом для відновлення, необхідністю оперативного прийняття клінічних рішень і впливом травматичних подій. Додатковими чинниками виступають надзвичайні ситуації та умови воєнного часу, які значно посилюють психоемоційне навантаження [6, 10].

Важливу роль у формуванні психоемоційного стану відіграють також організаційні чинники, зокрема дефіцит кадрових ресурсів, нерівномірний розподіл навантаження, обмежений доступ до ресурсів і недостатній рівень психологічної

© В. Л. Смірнова, Н. Я. Панчишин, С. М. Баранович, 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

підтримки. Це може ускладнювати адаптацію персоналу до професійних вимог, знижувати задоволеність роботою та впливати на кадрову стабільність [11-14].

Сучасні підходи акцентують увагу на необхідності комплексної профілактики професійного вигорання, яка включає оптимізацію умов праці, впровадження програм психологічної підтримки, розвиток навичок саморегуляції та підвищення рівня емоційного інтелекту. Формування психоемоційної стійкості розглядається як динамічний процес, що може бути посилений через цілеспрямовану підготовку, тренінгові програми та системний супровід персоналу [15-17].

Таким чином, професійний профіль працівників ЕМД нерозривно пов'язаний із рівнем їх психоемоційної стійкості. Високе навантаження та значні психоемоційні ризики зумовлюють необхідність комплексного підходу до управління кадровими ресурсами, що передбачає не лише підвищення професійної компетентності, але й забезпечення належних умов для збереження психічного здоров'я та підтримання працездатності персоналу [18, 19].

Мета дослідження – оцінити професійний та психоемоційний профіль персоналу служби ЕМД, визначити рівень робочого навантаження, психоемоційного стресу, емоційного виснаження та доступ до ресурсів підтримки, а також виявити ключові чинники, що впливають на задоволеність роботою та ризики професійного вигорання.

Матеріали і методи. Дослідження проводилось серед лікарів і парамедиків на базі одного з районних підрозділів служби екстреної медичної допомоги Західного регіону України. В анкетуванні взяли участь 50 працівників станцій ЕМД, з них 11 лікарів (22%) та 39 парамедиків (78%) з різним стажем роботи та типами територій обслуговування (міські, сільські та змішані райони).

Для збору даних використовувалася структурована анкета, що включала закриті питання (з фіксованими варіантами відповідей) та відкриті питання, які передбачали вільне формулювання відповіді респондентами, що дозволяло отримати кількісні й якісні показники робочого навантаження, стресу, емоційного виснаження, доступності психологічної підтримки та поведінкових намірів (наприклад, думки про залишення роботи). Анкетування дозволяло оцінити професійний профіль, інтенсивність роботи, організаційні умови, рівень доступу до клінічних протоколів, психоемоційний стан, ресурси підтримки та загальну задоволеність працею.

Аналіз даних проводився за допомогою статистичних методів описової статистики: визначалися частоти, відсотки та середні значення для основних показників. Такий підхід дозволив створити комплексну картину професійного та психологічного стану персоналу ЕМД, виявити ключові фактори ризику емоційного виснаження та надати основу для подальших аналітичних висновків щодо організації роботи та підтримки персоналу. Всі дані збиралися з дотриманням етичних норм, добровільності та конфіденційності.

При написанні даної статті використані матеріали кваліфікаційної роботи Баранович С.М. «Неоднорідність доступу до екстреної медичної допомоги: виклик для забезпечення рівності в охороні громадського здоров'я».

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз стажу роботи та типу території професійної діяльності дозволяє глибше охарактеризувати специфіку функціонування персоналу служби ЕМД та її потенційний вплив на рівень психоемоційного навантаження. Отримані дані свідчать про чітке домінування досвідченого кадрового складу. Серед лікарів ЕМД більше половини респондентів (54,5%) мають стаж роботи понад 10 років, ще 36,4% – 6–10 років, що формує стабільне професійне ядро з високим рівнем клінічної компетентності та відпрацьованими навичками діяльності в ургентних умовах. Частка молодих спеціалістів (1–5 років) є незначною (9,1%), а лікарі зі стажем до одного року відсутні. Аналогічна тенденція простежується і серед парамедиків: 56,4% мають стаж понад 10 років, 28,2% – 1–5 років, 12,8% – 6–10 років, тоді як частка працівників із мінімальним досвідом є вкрай низькою (2,6%). Така структура свідчить про високий рівень професійної стабільності, водночас вказуючи на відносно повільне оновлення кадрового потенціалу.

Розподіл респондентів за типом території діяльності демонструє виражені відмінності в організації роботи лікарів і парамедиків. Переважна більшість лікарів (72,7%) працює у змішаних умовах (місто–село), тоді як 27,3% – у міській місцевості; випадки роботи виключно в сільських умовах серед них не зафіксовані. Це відображає широку зону відповідальності лікарських бригад і їх залучення до обслуговування різних типів територій. Натомість серед парамедиків структура є більш варіативною: 51,3% працюють у змішаних умовах, 33,3% – у сільській місцевості, і лише 15,4% – у міській. Такий розподіл свідчить про їх більш активну участь у забезпеченні доступності екстреної медичної допомоги в сільських та віддалених регіонах. Узагальнюючи, слід зазначити, що сформований досвідчений кадровий потенціал у поєднанні з роботою в різнотипних територіальних умовах зумовлює специфічний характер професійного навантаження персоналу ЕМД. Зокрема, діяльність у змішаних і сільських умовах пов'язана з додатковими логістичними труднощами, часовими витратами та необхідністю високої автономності прийняття рішень, що може посилювати психоемоційне напруження та вимагати підвищеного рівня адаптаційних ресурсів фахівців.

Вивчення середньої кількості викликів та частоти непрофільних виїздів дозволяє комплексно оцінити щоденне навантаження персоналу служби ЕМД та його вплив на організацію роботи. Результати дослідження свідчать, що серед лікарів ЕМД переважає помірний рівень навантаження: 72,7% респондентів виконують 6–10 викликів за зміну, тоді як 27,3% – до 5 викликів. Відсутність випадків виконання 11–15 викликів може вказувати на більшу клінічну складність кожного звернення, що потребує тривалішого часу для надання допомоги та прийняття рішень. Серед парамедиків спостерігається вища інтенсивність роботи: 56,4% виконують 6–10 викликів за зміну, 17,9% – 11–15 викликів, що відображає підвищене навантаження, тоді як 25,7% здійснюють до 5 викликів, що частіше пов'язано з роботою у сільських або малонаселених територіях. Таким чином, типовим для обох професійних груп є рівень 6–10 викликів за зміну, однак парамедики частіше працюють у режимі високої інтенсивності, тоді як лікарі обслуговують меншу кількість, але клінічно складніших випадків.

Важливим чинником, що додатково підсилює навантаження, є значна частка непрофільних викликів. Серед лікарів 54,5% зазначили, що стикаються з такими виїздами «дуже часто», а 36,4% – «часто», що свідчить про їх системний характер. Аналогічна тенденція спостерігається і серед парамедиків: 59,0% відповіли «дуже часто», 23,0% – «часто», хоча частина респондентів відзначає більш епізодичний характер таких викликів (15,4% – «іноді», 2,6% – «рідко»). Таким чином, слід відзначити, що найбільш поширеним є показник кількості викликів – 6–10 за зміну, однак істотна частка непрофільних звернень суттєво підвищує інтенсивність роботи персоналу. Це створює додаткове організаційне та психоемоційне навантаження, знижує ефективність використання ресурсів служби та може впливати на якість надання допомоги пацієнтам, які дійсно потребують невідкладного втручання. Отримані результати підкреслюють необхідність удосконалення системи сортування викликів, оптимізації маршрутизації пацієнтів та підвищення рівня обізнаності населення щодо показань до виклику ЕМД, що сприятиме раціоналізації навантаження та підвищенню ефективності функціонування служби.

Дослідження організаційних аспектів функціонування служби ЕМД дозволяє оцінити відповідність кадрового забезпечення реальному навантаженню та виявити ключові обмежувальні чинники ефективності роботи. Отримані показники констатують те, що серед лікарів ЕМД переважає оцінка кадрового забезпечення як припустима: 54,5% респондентів вважають чисельність персоналу адекватною обсягу викликів, 27,3% – частково достатньою, тоді як 18,2% вказують на її недостатність. Такий розподіл відображає загалом прийнятний рівень організації роботи лікарських бригад, водночас акцентуючи на проблемах, що загострюються в умовах пікового навантаження або територіальної специфіки. Натомість серед парамедиків домінує більш критичне сприйняття: 41,0% вважають кадрове забезпечення недостатнім, 33,3% – частково достатнім, і лише 25,6% – повністю адекватним. Це може бути пов'язано з вищою інтенсивністю їхньої практичної діяльності та безпосередньою залученістю до більшості виїздів, що зумовлює відчуття дефіциту ресурсів і перевантаження.

Дослідження організаційних труднощів, з якими стикаються лікарі та парамедики, свідчить, що проблеми носять комплексний характер і часто включають кілька факторів одночасно. Аналіз відповідей лікарів вказує на те, що організаційні труднощі у професійній діяльності мають комплексний характер і часто поєднують кілька факторів одночасно. Найчастіше відзначалися логістичні проблеми (18,2%) та поєднання логістики з адміністративним навантаженням (9,1%). Серед інших труднощів респонденти повідомляли про нестачу персоналу, комбінації нестачі персоналу з логістичними або адміністративними складнощами, дефіцит ресурсів або більш складні поєднання факторів (кожна група – близько 9%). Одностайність відповідей усіх опитаних фахівців ілюструє мультифакторну природу та взаємозв'язок організаційних бар'єрів, які виступають ключовими детермінантами навантаження у роботі лікарів. Серед парамедиків, що відзначали наявність організаційних труднощів, найчастішою проблемою була нестача персоналу (28,2%), логістичні проблеми відзначили 12,8%, адміністративне навантаження та комбіновані труднощі варіюють від 2,6% до 10,3%, а нестача ресурсів – 5,1%. Частка «інших» проблем відображають специфічні випадки, що не потрапляють до стандартних категорій. Разом ці показники охоплюють усі випадки, коли парамедики стикалися з організаційними бар'єрами, демонструючи комплексний характер труднощів. Система взаємопов'язаних організаційних викликів у обох професійних групах свідчить, що організаційні бар'єри зазвичай поєднуються, ускладнюючи робочий процес та впливаючи на ефективність надання медичної допомоги. Підсумовуючи, можна відзначити, що організаційні виклики в системі ЕМД мають комплексний характер і сприймаються по-різному: лікарі більше зосереджуються на логістичних та управлінських аспектах, тоді як парамедики акцентують на нестачі персоналу та інтенсивності навантаження. Це підкреслює потребу у системному вдосконаленні організації роботи, оптимізації кадрового забезпечення та зміцненні матеріально-технічної і логістичної бази служби.

У діяльності служб ЕМД клінічні протоколи виконують системоутворюючу функцію, забезпечуючи стандартизацію рішень, їх клінічну обґрунтованість та безпеку в умовах високої невизначеності й часових обмежень. Результати опитування показали суттєві відмінності між лікарями та парамедиками щодо доступу до клінічних протоколів. Усі лікарі (100%) зазначили, що мають постійний доступ до протоколів, що забезпечує стандартизацію медичної допомоги та підвищує ефективність клінічних рішень. Серед парамедиків ситуація менш однозначна: 64,1% респондентів повідомили про постійний доступ, 23,1% мають доступ лише частково, а 12,8% зазначили, що не мають доступу взагалі. Такі дані вказують на наявність прогалин у забезпеченні парамедиків необхідними клінічними матеріалами, що може обмежувати оперативність та якість прийняття рішень у складних ситуаціях.

Оцінка можливості дотримання клінічних протоколів у повсякденній роботі демонструє, що їх застосування є поширеною, але не завжди повною практикою. Серед лікарів 72,7% зазначають, що переважно дотримуються протоколів, проте лише 9,1% мають змогу реалізовувати їх у повному обсязі. Інші респонденти вказують на часткове виконання або практичну складність дотримання стандартів у зв'язку з інтенсивністю роботи та клінічною складністю випадків. Серед парамедиків, які дотримуються протоколів під час виїздів, більшість відзначають переважне виконання вимог (69,3%), 12,8% повідомляють про повне дотримання протоколів, а 17,9% – про часткове, при цьому випадки неможливості їх застосування не зафіксовано. Отримані дані дають підстави стверджувати, що професійна діяльність парамедиків під час виїздів має виражений алгоритмізований характер. Результати опитування вказують на те, що дотримання протоколів у лікарів і парамедиків ускладнюється різноманітними організаційними та ресурсними факторами, при цьому більшість респондентів відчували певні перешкоди – 81,8% лікарів та 89,7% парамедиків. Опитані лікарі головними труднощами назвали нестачу матеріально-технічного забезпечення (18,2%), кадровий дефіцит (9,1%), а також поєднання складних умов роботи, дефіциту часу та ресурсних обмежень у кількох комбінаціях (по 9,1%). Для парамедиків ключовим бар'єром виявилася недостатня чисельність персоналу (28,2%), тоді як дефіцит часу, складні умови та обмежені ресурси проявлялися здебільшого у поєднанні з кадровими проблемами, а частка "інших" факторів залишалася невеликою (5–7,7%). Сукупність цих чинників демонструє, що труднощі дотримання протоколів носять комплексний характер. Ефективне застосування клінічних протоколів залишається ключовим елементом роботи персоналу ЕМД, однак їхнє повне впровадження залежить від організаційних умов, інтенсивності навантаження та наявності ресурсів. Для підвищення якості медичної допомоги та зменшення психоемоційного стресу персоналу необхідно системно вдосконалювати організацію роботи, оптимізувати робочі процеси та зміцнювати матеріально-технічну базу, що дозволить лікарям і парамедикам приймати клінічні рішення швидко та впевнено.

Важливим детермінантом ефективності функціонування служби ЕМД є рівень професійної підготовки персоналу, зокрема його здатність діяти в умовах критичних станів, дефіциту часу та підвищеного психоемоційного напруження. Аналіз самооцінки професійної підготовки респондентів демонструє, що більшість працівників служби ЕМД відчувають готовність до роботи з критичними пацієнтами, хоча між лікарями та парамедиками існують помітні відмінності. Серед лікарів 72,7% оцінюють свою підготовку як достатню**,** підкреслюючи впевненість у власних клінічних знаннях, практичних навичках та здатності приймати швидкі рішення в складних клінічних ситуаціях. Водночас 27,3% лікарів вважають рівень своєї підготовки скоріше достатнім, що свідчить про критичний підхід до оцінки власного професійного рівня та усвідомлення потреби у постійному підвищенні кваліфікації. Важливо, що жоден лікар не оцінив свій рівень як недостатній, що підкреслює загальний високий рівень професійної впевненості серед цієї групи. У парамедиків картина більш диференційована. Найбільша частка, 52,6%, оцінює свою підготовку як скоріше достатню, що означає наявність базових компетентностей, але водночас відчуття необхідності додаткового навчання. 28,9% парамедиків відзначили, що їхня підготовка достатня, демонструючи впевненість у здатності ефективно діяти у критичних ситуаціях. Водночас 13,2% оцінюють її як недостатню, а 5,3% вважають, що вона потребує суттєвого покращення, що, ймовірно, пов'язано з обмеженим досвідом, недостатньою кількістю практичних тренінгів або складністю відпрацювання алгоритмів догоспітального догляду. Ці дані свідчать, що більшість працівників ЕМД впевнено працюють із критичними пацієнтами, але серед парамедиків оцінки значно різняться, що підкреслює потребу в регулярних тренінгах, симуляціях та практичних заняттях.

Безперервне та системно організоване підвищення кваліфікації персоналу ЕМД, що передбачає регулярне й адаптоване до реальних викликів удосконалення знань і навичок, є стратегічно важливим чинником зміцнення професійної впевненості, готовності до невідкладних станів і підтримки високої клінічної компетентності, водночас безпосередньо підвищуючи ефективність і безпеку медичної допомоги, знижуючи ризик помилок і психоемоційного навантаження та забезпечуючи

професійну стійкість і мотивацію. Аналіз участі персоналу ЕМД у навчаннях та тренінгах показує високий рівень залученості до професійного розвитку і підкреслює потребу в систематичному вдосконаленні навичок. Серед лікарів 90,9% пройшли навчання протягом останнього року, причому серед тих, хто брав в них участь, 63,6% оцінили його як дуже ефективне, 27,3% – як помірно ефективне, а 9,1% респондентів не дали відповіді. Серед парамедиків 82,1% відвідали тренінги, серед яких 61,6% вважають їх дуже ефективними, 28,3% – помірно ефективними, 5,1% зазначили низьку ефективність, і ще 5,1% не надали відповіді. Потребу у додаткових заняттях відчувають 90,9% лікарів і 69,2% парамедиків, що підкреслює високий запит на регулярне професійне вдосконалення. Отримані дані свідчать, що систематичні навчання та тренінги є ключовим фактором зміцнення професійної впевненості персоналу, підвищення готовності до роботи з критичними пацієнтами та забезпечення ефективності надання ЕМД.

Оцінка рівня робочого навантаження та можливостей для відновлення дозволяє краще зрозуміти вплив умов праці на фізичний стан і психоемоційне благополуччя персоналу служби ЕМД. Отримані результати відображають як загальні тенденції, так і відмінності, зумовлені специфікою професійних ролей лікарів і парамедиків. Серед лікарів переважає сприйняття навантаження як помірного – так вважають 81,8% респондентів. Це може свідчити про відносно збалансовану організацію роботи, чіткий розподіл функціональних обов'язків та особливості професійної ролі, що передбачає меншу кількість, але більш клінічно складні виклики. Водночас 18,2% лікарів оцінюють навантаження як високе, підкреслюючи значний рівень відповідальності та необхідність швидкого прийняття рішень у напружених умовах. Показово, що оцінки «надмірне навантаження» у цій групі відсутні, що загалом вказує на прийнятний рівень організації праці. Натомість серед парамедиків картина виглядає більш напруженою: лише 46,2% оцінюють навантаження як помірне, тоді як така ж частка визначає його як високе, а 7,7% – як надмірне. Це відображає інтенсивніший характер їхньої діяльності, пов'язаний із великою кількістю виїздів, виконанням практичних маніпуляцій і тривалим перебуванням у польових умовах, нерідко за обмежених ресурсів і складної логістики.

Важливим доповненням до оцінки навантаження є аналіз можливостей для відновлення між викликами. Серед лікарів переважає нестабільний характер відпочинку: 81,8% зазначають, що мають змогу відновитися лише іноді, і лише 18,2% – завжди. Це підтверджує залежність режиму праці від поточної інтенсивності викликів та організаційних умов роботи бригади. Ситуація серед парамедиків є ще більш напруженою: 89,7% респондентів вказують на епізодичний характер відпочинку, а 10,3% – на його рідкісність. Відсутність відповідей «завжди» підкреслює практично безперервний характер їхньої діяльності та обмежені можливості для повноцінного відновлення. Підсумовуючи, варто відзначити, що, попри переважно помірне сприйняття навантаження серед лікарів, для більшості працівників ЕМД характерним залишається дефіцит регулярного часу для відпочинку. Особливо виразно це проявляється серед парамедиків, де поєднання високої інтенсивності роботи та обмежених ресурсів підвищує ризик надмірного виснаження. Отримані результати акцентують увагу на потребі вдосконалення організації робочого процесу, більш раціонального розподілу навантаження та впровадження систем професійної підтримки. Такі кроки є важливими для збереження працездатності персоналу та профілактики професійного вигорання.

Вивчення відповідей респондентів щодо відчуття безпеки під час виконання викликів дозволяє оцінити рівень психологічного навантаження на працівників служби ЕМД та виявити потенційні ризики для їхньої психоемоційної стабільності. Найбільш тривожним показником є частка фахівців, які категорично не почуваються в безпеці. Серед лікарів цей показник є критично високим і становить 54,5%, що вдвічі перевищує аналогічний показник серед парамедиків (28,2%). Такий розрив може бути зумовлений вищою відповідальністю лікаря за прийняття рішень у конфліктних ситуаціях або специфікою пацієнтів, до яких направляють лікарські бригади (психічні розлади, агресивні стани, кримінальні випадки). Для парамедиків характерним є відчуття періодичної небезпеки (59%), що суттєво перевищує аналогічний показник у групі лікарів (27,3%). Поширеність епізодичних загроз серед парамедиків ілюструє високу непередбачуваність їхньої діяльності. Це підтверджує нестабільність операційного середовища, де відчуття безпеки цілком залежить від конкретного клінічного випадку або локації виклику. Мінімальні показники зафіксовані у категорії повної впевненості у безпеці: лише 18,2% лікарів та 12,8% парамедиків почуваються захищеними на постійній основі. Той факт, що понад 80% персоналу обох категорій постійно або періодично відчувають загрозу, свідчить про системну недосконалість протоколів безпеки, відсутність дієвих механізмів захисту (наприклад, супроводу поліції) або засобів індивідуального захисту від агресивних дій. Отримані результати акцентують увагу на необхідності впровадження системних рішень щодо гарантування особистого захисту, надання психологічної допомоги та підготовки персоналу до дій у кризових ситуаціях.

Вивчення відповідей респондентів засвідчує, що професійний стрес є невід'ємною складовою

роботи персоналу ЕМД, однак його частота та інтенсивність відрізняються між лікарями та парамедиками. Результати дослідження психоемоційного стану працівників ЕМД демонструють критично високий рівень стресогенності робочого процесу, при цьому інтенсивність переживання стресу суттєво різниться між лікарським та парамедичним складом. В групі лікарів зафіксовано найбільш тривожну динаміку, оскільки сумарно 90,9% респондентів відчувають стрес часто (54,5%) або постійно (36,4%). З огляду на повну відсутність відповідей у категорії "рідко" та мінімальну частку епізодичних проявів напруги (9,1% відповідей "іноді"), отримані дані констатують стан перманентного психоемоційного навантаження. Така тенденція вказує на кумулятивний ефект високої клінічної відповідальності та складності прийняття рішень у дефіциті часу, що притаманно саме лікарській ланці. Натомість у групі парамедиків спостерігається рівномірніший розподіл відповідей, де варіанти «часто» та «іноді» отримали однакову частку голосів (по 33,3%), а показник постійного стресу є нижчим і становить 25,6%. Наявність невеликої частки парамедиків (7,8%), які оцінюють появу стресових станів як рідкісну, може бути наслідком іншого типу адаптації до професійних чинників або чіткішої алгоритмізації їхньої діяльності. Порівняльний аналіз підтверджує, що лікарі перебувають у зоні вищого ризику професійного вигорання, оскільки частка тих, хто часто відчуває стрес (54,5%), суттєво перевищує аналогічний показник у парамедиків (33,3%). Отримані дані констатують хронічний характер професійного стресу в системі ЕМД та обґрунтовують критичну необхідність впровадження програм психологічного розвантаження, навчання технікам стресостійкості та перегляду режимів праці й відпочинку.

Результати емпіричного дослідження самосприйняття симптомів емоційного виснаження серед персоналу ЕМД вказують на критично високу поширеність ознак професійної деформації в обох категоріях фахівців. Найбільш виражена негативна динаміка зафіксована у групі лікарів, де переважна більшість респондентів (72,7%) констатує наявність ознак виснаження на постійній основі, тоді як відсутність таких симптомів задекларували лише 9,1% опитаних. У групі парамедиків частка ствердних відповідей також є домінуючою і становить 56,4%, проте в цій категорії спостерігається вища частота епізодичних проявів виснаження – 41,0% (відповідь «іноді») проти 18,2% у лікарів. Мінімальний показник заперечних відповідей серед парамедиків (2,6%) у поєднанні з високими значеннями в інших категоріях підтверджує системний характер проблеми професійної деструкції. Порівняльний аналіз демонструє, що попри спільну тенденцію до емоційного вигорання, лікарський склад піддається більш інтенсивному та стабільному виснаженню, тоді як для парамедиків характерна вища варіативність психоемоційних станів. Отримані дані обґрунтовують необхідність розробки індивідуалізованих стратегій психологічної корекції, враховуючи специфіку функціонального навантаження кожної ланки служби ЕМД.

Дослідження структури причин психоемоційного виснаження серед працівників ЕМД виявило мультифакторну природу цього явища, де домінуючим чинником є поєднання організаційних, професійних та соціально-економічних аспектів. В групі лікарів спостерігається чітка тенденція до кумуляції ризиків. Найвищий показник (27,3%) зафіксовано для комбінованого чинника, що включає надмірне навантаження, високу відповідальність, агресію з боку пацієнтів або їхніх родичів, відсутність підтримки та низький рівень оплати праці. 18,2% лікарів вказують на аналогічну комбінацію без урахування інтенсивності навантаження, що висуває відповідальність та агресивне середовище на передній план як ключові деструктивні чинники. Показовим є те, що жоден лікар не обрав агресію як єдину причину виснаження, що підтверджує стійкість цієї категорії до поодиноких стресорів, але вразливість перед системним тиском. Зазначені показники ілюструють системний характер професійного тиску на лікарський склад, за якого емоційна деструкція постає наслідком кумулятивного впливу декількох стресогенних факторів. Відповіді парамедиків характеризуються вищою дисперсією (розпорошеністю). Найбільш вагомими сегментами є поєднання відповідальності з низькою оплатою праці (12,8%) та відсутності підтримки з незадовільною матеріальною винагородою (12,8%). Також 12,8% парамедиків відмічають повний комплекс негативних чинників (навантаження, відповідальність, агресія, відсутність підтримки та оплата). На відміну від лікарів, у парамедиків частіше зустрічаються поодинокі фактори, зокрема висока відповідальність (5,1%) або агресія зовнішнього середовища (2,6%). Отримані дані вказують на інтегрований характер формування виснаження у представників обох категорій, де стан професійної дезадаптації є продуктом взаємозалежного нашарування критичних факторів. Водночас простежуються виразні відмінності: для лікарів більш характерне накопичення інтенсивних стресорів, що діють одночасно, тоді як у парамедиків вагомішу роль відіграють окремі, але регулярно повторювані фактори. Така різниця підкреслює, що профілактика вигорання потребує не універсальних, а диференційованих рішень – із урахуванням специфіки професійних ролей і домінуючих навантажень у кожній групі. Це обґрунтовує необхідність комплексного підходу до профілактики вигорання, який має охоплювати як психологічну підтримку, так і оптимізацію умов праці та матеріального стимулювання.

Оцінка змін у якості сну та загальному стані здоров'я персоналу служби ЕМД дозволяє простежити не лише поточні, а й віддалені наслідки тривалого професійного навантаження та хронічного стресу. Отримані результати показали критичний рівень деструктивного впливу професійної діяльності на фізіологічний стан працівників ЕМД. Найвищий показник зафіксовано у групі парамедиків, де 64,1% опитаних відмічають значний негативний вплив на сон та здоров'я. Серед лікарського складу цей показник також є переважаючим і становить 54,5%. Висока частота виражених порушень у групі парамедиків та лікарів зумовлена специфікою графіку чергувань, високою інтенсивністю фізичних навантажень та екстремальними умовами праці на місці події, що призводять до десинхронозу. Частка респондентів, які оцінюють вплив роботи як помірний, є вищою серед лікарів (36,4%) порівняно з парамедиками (25,6%). Це вказує на те, що понад 90% лікарського персоналу та майже 90% парамедиків відчувають значні зміни у стані здоров'я через професійні чинники. Мінімальний рівень впливу задекларувала незначна частина опитаних в обох групах (лікарі – 9,1%, парамедики – 10,3%), що підтверджує системний характер негативного впливу професії на організм фахівців. Отримані результати засвідчують пряму кореляцію між роботою в екстремальних умовах та погіршенням якості життя персоналу. Переважання відповідей про «значний» вплив у поєднанні з низькими показниками «мінімального» впливу свідчить про вичерпання адаптаційних ресурсів організму медичних працівників. Виявлена тенденція вказує на кумулятивний ефект хронічного стресу та перевантаження, що може призводити до зниження працездатності, підвищення ризику професійного вигорання та погіршення якості медичної допомоги. Отримані результати обґрунтовують потребу у впровадженні цілеспрямованих медико-профілактичних заходів, спрямованих на покращення якості сну та відновлення функціональних резервів здоров'я персоналу ЕМД.

Дослідження доступу до психологічної підтримки демонструє виразний структурний дефіцит цієї складової професійного забезпечення персоналу ЕМД. У більшості респондентів такий ресурс або відсутній, або має обмежений характер, що створює передумови для накопичення психоемоційного напруження. Серед лікарів зафіксовано найвищий рівень відсутності доступу до психологічної підтримки – 72,7% респондентів надали заперечну відповідь. В групі парамедиків цей показник також є домінантним і становить 64,1%. Така одностайність в обох категоріях персоналу вказує на відсутність сталої системи психологічного розвантаження на рівні медичних установ, що на фоні раніше виявлених високих показників стресу та виснаження створює умови для неконтрольованого прогресування синдрому професійного вигорання. Показник **«**часткової**»** доступності у парамедиків утричі вищий (28,2%), ніж у лікарів (9,1%),що може свідчити про епізодичні або неформалізовані форми підтримки. Частка фахівців, які мають повноцінний доступ до психологічної підтримки, є низькою: 18,2% серед лікарів та лише 7,7% серед парамедиків, що підкреслює обмеженість інституційно організованої допомоги. Виявлений розрив між високим рівнем професійного стресу та недостатністю інструментів психологічної корекції свідчить про інституційну неготовність системи ЕМД до збереження ментального здоров'я працівників. Це вказує на необхідність впровадження системних, доступних і регулярних програм психологічної підтримки як невід'ємного елементу організації роботи служби ЕМД.

Результати дослідження ціннісних орієнтацій та професійних намірів персоналу ЕМД демонструють високий ступінь демотивації та схильності до зміни сфери діяльності. Отримані статистичні дані ілюструють феномен «професійного песимізму», що є прямим наслідком кумулятивного стресу та емоційного виснаження, проаналізованих у попередніх розділах. Серед лікарів помітна тенденція до вираженого професійного вигорання. Часті думки про залишення служби зазначили 36,4% респондентів, що свідчить про високий рівень психоемоційного навантаження та незадоволення умовами праці. Ще 54,5% лікарів відчувають такі думки епізодично, тобто стикаються зі стресом і роздратуванням періодично, але не планують остаточно залишати роботу. Лише 9,1% респондентів ніколи не розглядали можливість звільнення, що підкреслює загальний рівень психологічної напруженості у цій професійній групі. В групі парамедиків ситуація виглядає ще більш критично. Регулярні думки про залишення роботи виникають у 53,8% респондентів, що свідчить про високий рівень емоційного та фізичного навантаження, а також про вплив дефіциту персоналу і ресурсів. Ще 28,2% парамедиків відзначили, що подібні думки виникають час від часу, залежно від типу викликів та умов роботи. Лише 17,9% респондентів ніколи не розглядали можливість звільнення. Отримані дані свідчать про високий рівень професійного стресу та емоційного вигорання серед персоналу ЕМД, особливо парамедиків, і вказують на серйозний ризик кадрової нестабільності. Більшість лікарів і парамедиків час від часу або постійно роздумують про залишення роботи, що є критичним показником робочого навантаження та психологічного тиску. Для зниження ризику відтоку кадрів та підтримки стабільності необхідно впроваджувати комплексні заходи, зокрема: системну психологічну підтримку та коучинг для розвитку емоційної стійкості; оптимізацію робочого навантаження та графіків чергувань;

підвищення мотивації та соціальних гарантій; розвиток програм професійного зростання та забезпечення безпечних умов праці. Ці заходи є ключовими для зниження професійного вигорання, підтримки кадрової стабільності та забезпечення високого рівня якості надання медичної допомоги.

Оцінка загальної задоволеності роботою дозволяє визначити ключові фактори професійного комфорту та виявити потенційні проблемні зони в організації праці служби ЕМД. Статистичний розподіл відповідей свідчить про переважання середнього рівня задоволеності професійною діяльністю в обох категоріях респондентів: 63,6% серед лікарів та 59,0% серед парамедиків. Таке зосередження показників у медіанній зоні свідчить про стан адаптації персоналу до підвищених навантажень. Фахівці продовжують виконувати функціональні обов'язки в умовах значних навантажень, проте їхня мотивація має інерційний характер і позбавлена внутрішнього ресурсу для професійного розвитку. У групі лікарів частка осіб із високим та низьким рівнями задоволеності є ідентичною (по 18,2%). Це вказує на внутрішню поляризацію лікарської ланки, де частина фахівців зберігає лояльність завдяки високій професійній ідентифікації, тоді як інша частина вже перебуває у стані відкритого професійного відчуження. У групі парамедиків зафіксовано найбільш песимістичну динаміку: показник низької задоволеності (30,8%) втричі перевищує частку осіб із високою задоволеністю (10,2%).

Результати оцінки загальної задоволеності підсумовують складну архітектоніку психоемоційного стану працівників ЕМД. Виявлена тенденція до переважання середніх та низьких показників, особливо в категорії парамедиків, констатує необхідність переходу від стратегії «пасивного виживання» до активного впровадження системних реформ. Пріоритетним напрямом має стати гармонізація професійних вимог із рівнем соціальних гарантій та психологічного благополуччя працівників, що є базовою умовою сталого функціонування служби ЕМД.

Висновки. Проведене дослідження демонструє високий рівень стресу та емоційного вигорання, особливо серед парамедиків, які відчувають підвищене професійне та фізичне навантаження. Більшість лікарів і парамедиків оцінюють задоволеність роботою як помірну, що свідчить про адаптацію до складних умов, але не про повну професійну реалізацію та відчуття комфорту в роботі. Значна частка персоналу регулярно або епізодично роздумує про залишення служби, підкреслюючи високий ризик кадрової нестабільності та можливий негативний вплив на якість надання медичної допомоги. Ці результати наголошують на необхідності системної психологічної підтримки, оптимізації робочого навантаження та розвитку мотиваційних і професійних програм для підвищення стійкості та задоволеності персоналу.

Перспективи подальших досліджень доцільно спрямувати на вивчення психоемоційного навантаження та вигорання, зокрема індивідуальних і організаційних чинників, що визначають рівень стресу та професійну стійкість лікарів і парамедиків. Не менш важливо оцінити ефективність системної психологічної підтримки, консультацій, коучингу та тренінгів щодо зниження професійного вигорання та підвищення задоволеності роботою. Дослідження мотивації та кадрової стабільності дозволить визначити зв'язок між задоволеністю працею, професійною мотивацією та ризиком залишення роботи, особливо серед найбільш вразливих груп. Крім того, розширення аналізу на регіональні та національні масштаби сприятиме виробленню універсальних рекомендацій щодо оптимізації умов праці та підвищення професійної стійкості персоналу ЕМД.

Інформація про фінансування. Дослідження виконано без цільової фінансової підтримки з боку державних, комерційних чи громадських організацій.

Інформація щодо наявності/відсутності конфлікту інтересів. Автори підтверджують, що не мають фінансових або нефінансових конфліктів інтересів, пов'язаних із предметом даного дослідження.

Внесок кожного з авторів згідно таксономії CrediT. Смірнова В. Л. – концепція роботи та дизайн, методологія, адміністрування проєкту, критичний огляд, остаточне затвердження статті. Панчишин Н. Я. – відповідальність за статистичний аналіз, написання статті, пошук літератури, остаточне затвердження статті. Баранович С. М. – збір та аналіз даних, технічна підтримка, пошук літератури, остаточне затвердження статті.

Дотримання етичних норм. Дослідження не передбачало залучення людей або тварин як об'єктів експерименту. Стаття базується на аналізі анкетування лікарів та парамедиків одного з районних підрозділів служби екстреної медичної допомоги Західного регіону України.

Інформація про доступність первинних даних. Використані у цьому дослідженні дані, можуть бути надані відповідальним автором за обґрунтованим запитом.

Список літератури

1. Корда М. М,. Гудима А. А,. Цимбалюк Г. Ю,. Мартинюк Л. П,. Федонюк Л. Я, Ляхович Р. М. Кіцак Я. М, Прохоренко О. О. Реформа екстреної медичної допомоги в Україні в контексті викликів надзвичайних ситуацій мирного і воєнного часу. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2024. № 2 (100). С. 11–20. DOI: https://doi.org/10.11603/1681-2786.2024.2.14781

2. Коса Т. В. Удосконалення екстреної медичної допомоги відповідно до медичної реформи на різних етапах її надання. *Медсестринство.* 2020. № 3.С. 25–31. https://doi.org/10.11603/2411-1597.2020.3.11680
3. Коса Т. В., Литвинова О. Н. Проблеми удосконалення екстреної медичної допомоги на різних етапах її надання через призму медичної реформи. Медсестринство. 2020. № 2. С. 22-26.
4. Ботякова В. Сучасний стан розповсюдженості синдрому професійного вигорання у медичних працівників Європи. Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я. 2023. № 1(10), 18–25. URL: https://journals.maup.com.ua/index.php/psych-health/article/view/2618
5. Козирева К., Інжиєвська О. А. Психологічні особливості емоційного вигорання у лікарів під час інноваційних змін. Наука і молодь – 2023: пріоритетні напрями глобалізаційних змін: матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції здобувачів вищої освіти і молодих учених (м. Київ, 14 квітня 2023 р.). Вип. 8. К.: Навчально-науковий інститут менеджменту та психології ДЗВО «Університет менеджменту освіти», 2023. С. 280–283.
6. Латишева В., Брухно Р. Оцінка психофізіологічних ризиків у медичних працівників як складова профілактики стресу та професійного вигорання. 2025. URL: http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/15166/1/1102202523.pdf
7. Pater B. Organization of the emergency medical service in Poland. *Scientific Papers of Silesian University of Technology. Organization & Management/Zeszyty Naukowe Politechniki Slaskiej. Seria Organizacji i Zarzadzanie*. 2024. № 208. P. 519–527. DOI: 10.29119/1641-3466.2024.208.30
8. Теренда Н. О., Павлів Т. Б., Слободян Н. О. Професійне вигорання працівників екстреної медичної допомоги (на прикладі Львівської області). Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021. № 1(87). С. 29–32.
9. Пельтек Є. І. Проблема емоційного вигорання в професії лікаря. 2023. URL: http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/19315/1/c155.pdf
10. Палько І. О., Ляхова Н. О. Вивчення рівня професійного вигорання серед працівників Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Intermedical journal. 2024. № 2, 129–134. DOI: 10.32782/2786-7684/2024-2-22
11. Про затвердження нормативно-правових актів з питань надання екстреної медичної допомоги : наказ МОЗ України від 24.09.2020 р. № 2179. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1192-20#Text.
12. Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 29.01.2020 р. № 111-р. URL: https://zakon.rada.gov. ua/laws/show/111-2020-р#Text.
13. Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах : наказ МОЗ України від 09.03.2022 р. No 441 : станом на 8 квіт. 2022 р. URL: https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-09032022--441-pro-zatverdzhennja-porjadkiv-nadannja-domedichnoi-dopomogi-osobam-pri-nevidkladnih-stanah.
14. Про схвалення Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 22.05.2019 р. № 383-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/383-2019-р#Text.
15. Сидоренко О. Профілактика професійного вигорання у сфері охорони здоров'я. Збірник наукових праць. 2021. № 4. С. 102–109.
16. Khorram-Manesh A. Emergency medical teams or community empowerment: why do integration and collaboration matter? *Natural Hazards*. 2025. № 121. P. 15091–15108. DOI: https://doi.org/10.1007/s11069-025-07406-w
17. Sofuoglu Z, Jaeger B, Sofuoglu T, Kamyabi L, & Bianchi S. (2024). Determining the emergency medical services innovation needs through a coordination and support action. *Open Research Europe*. 2024. № 4. P. 264. DOI: https://doi.org/10.12688/openreseurope.18449.1
18. Катинська Л. Р. Право на своєчасну медичну допомогу: механізм забезпечення. *Медичне право.* 2023. № 1. С. 43–51. DOI: https://doi.org/10.25040/medicallaw2023.01.043
19. Лаврова Т. М. Кластерна модель організації невідкладної медичної допомоги: вдосконалення інструментів державного управління. *Державне управління та політика*, 2025. № 11 (15). С. 2–10. DOI: https://doi.org/10.70651/3041-2498/2025.11.10

References

1. Korda, M. M., Hudyma, A. A., Tsymbalyuk, H. Yu., Martynyuk, L. P., Fedonyuk, L. Ya., Lyakhovych, R. M., Kitsak, Ya. M., Prokhorenko, O. O. (2024). Reforma ekstrenoyi medychnoyi dopomohy v Ukrayini v konteksti vyklykiv nadzvychaynykh sytuatsiy myrnoho i voyennoho chasu [Reform of emergency medical care in Ukraine in the context of the challenges of emergency situations in peacetime and wartime]. *Visnyk sotsial'noyi hihiyeny ta orhanizatsiyi okhorony zdorov"ya Ukrayiny*, 2(100), 11-20. https://doi.org/10.11603/1681-2786.2024.2.14781 [in Ukrainian].
2. Kosa, T. V. (2020). Udoskonalennya ekstrenoyi medychnoyi dopomohy vidpovidno do medychnoyi reformy na riznykh etapakh yiyi nadannya [Improving emergency medical care in accordance with the medical reform at different stages of its provision]. *Medsestrynstvo,* 3, 25-31 https://doi.org/10.11603/2411-1597.2020.3.11680 [in Ukrainian].
3. Kosa, T. V., Lytvynova, O. N. (2020). Problemy udoskonalennya ekstrenoyi medychnoyi dopomohy na riznykh etapakh yiyi nadannya cherez pryzmu medychnoyi reform [Problems of improving emergency medical care at different stages of its provision through the prism of medical reform]. *Medsestrynstvo*, 2, 22-26 [in Ukrainian].
4. Botyakova, V. (2023). Suchasnyy stan rozpovsyudzhenosti syndromu profesiynoho vyhorannya u medychnykh pratsivnykiv Yevropy [The current state of the prevalence of burnout syndrome among medical workers in Europe]. *Suchasna medytsyna, farmatsiya ta psykholohichne zdorov"ya*, 1(10), 18-25. Retrieved from: https://journals.maup.com.ua/index.php/psych-health/article/view/2618 [in Ukrainian].

5. Kozyreva, K., Inzhyyevs'ka, O. A. (2023). Psykholohichni osoblyvosti emotsiynoho vyhorannya u likariv pid chas innovatsiynykh zmin [Psychological features of emotional burnout in doctors during innovative changes]. *Science and Youth – 2023: Priority Areas of Globalization Changes*: Proceedings of the II International Scientific and Practical Conference of Higher Education Students and Young Scientists. Kyiv. [in Ukrainian].
6. Latysheva V., Brukhno, R. (2025). Otsinka psykhofiziolohichnykh ryzykiv u medychnykh pratsivnykiv yak skladova profilaktyky stresu ta profesiynoho vyhorannya [Assessment of psychophysiological risks in medical workers as a component of stress and burnout prevention]. Retrieved from: http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/15166/1/1102202523.pdf [in Ukrainian].
7. Pater, B. Organization of the emergency medical service in Poland. *Scientific Papers of Silesian University of Technology. Organization & Management/Zeszyty Naukowe Politechniki Slaskiej. Seria Organizacji i Zarzadzanie*. 2024; 208:519-527. 10.29119/1641-3466.2024.208.30
8. Terenda, N. O., Pavliv, T. B., Slobodyan, N. O. (2021). Profesiyne vyhorannya pratsivnykiv ekstrenoyi medychnoyi dopomohy (na prykladi L'vivs'koyi oblasti) [Professional burnout of emergency medical workers (on the example of Lviv region)]. *Visnyk sotsial'noyi hihiyeny ta orhanizatsiyi okhorony zdorov''ya Ukrayiny*, 1(87), 29–32. [in Ukrainian].
9. Pel'tek, Ye. I. (2023). Problema emotsiynoho vyhorannya v profesiyi likarya [The problem of emotional burnout in the medical profession]. [in Ukrainian].
10. Pal'ko, I. O., Lyakhova, N. O. (2024). Vyvchennya rivnya profesiynoho vyhorannya sered pratsivnykiv Tsentru ekstrenoyi medychnoyi dopomohy ta medytsyny katastrof [Study of the level of professional burnout among employees of the Center for Emergency Medical Care and Disaster Medicine]. *Intermedical journal*, 2, 129-134. doi.org/10.32782/2786-7684/2024-2-22 [in Ukrainian].
11. Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy Pro zatverdzhennia normatyvno-pravovykh aktiv z pytan nadannia ekstrenoi medychnoi dopomohy vid 24.09.2020 r. No 2179 [Order of the Ministry of Health of Ukraine About the approval of regulatory and legal acts regarding nutrition and emergency medical care dated 24.09.2020 No. 2179]. zakon.rada.gov.ua. Retrieved from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1192-20#Text [in Ukrainian].
12. Rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy Pro zatverdzhennia planu zakhodiv shchodo realizatsii Kontseptsii rozvytku systemy ekstrenoi medychnoi dopomohy vid 29.01.2020 No 111-r [Order of the Cabinet of Ministers of Ukraine About the approval of the plan for the implementation of the Concept for the development of a medical care e system dated 29.01.2020 No. 111-r]. zakon.rada.gov.ua. Retrieved from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/111-2020-p#Text [in Ukrainian].
13. Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy Pro zatverdzhennia poriadkiv nadannia domedychnoi dopomohy osobam pry nevidkladnykh stanakh vid 09.03.2022 r. No 441 [Order of the Ministry of Health of Ukraine On approval of procedures for providing first aid to persons in emergency situations dated 09.03.2022 No. 441]. moz.gov.ua.Retrieved from: https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-09032022--441-pro-zatverdzhennja-porjadkiv-nadannja-domedichnoi-dopomogi-osobam-pri-nevidkladnih-stanah [in Ukrainian].
14. Rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy Pro skhvalennia Kontseptsii rozvytku systemy ekstrenoi medychnoi dopomohy vid 22.05.2019 r. No 383-r [Order of the Cabinet of Ministers of Ukraine On approval of the Concept for the development of the medical care system dated 22.05.2019 No. 383-r]. zakon.rada.gov.ua. Retrieved from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/383-2019-p#Text [in Ukrainian].
15. Sydorenko, O. (2021). Profilaktyka profesiynoho vyhorannya u sferi okhorony zdorov''ya [Prevention of professional burnout in the health sector]. *Zbirnyk naukovykh prats*', 4, 102-109 [in Ukrainian].
16. Khorram-Manesh, A. (2025). Emergency medical teams or community empowerment: why do integration and collaboration matter? *Natural Hazards*, 121, 15091-15108. https://doi.org/10.1007/s11069-025-07406-w
17. Sofuoglu, Z, Jaeger, B, Sofuoglu, T, Kamyabi, L, & Bianchi, S. (2024). Determining the emergency medical services innovation needs through a coordination and support action. *Open Research Europe*, 2024; 4:264. https://doi.org/10.12688/openreseurope.18449.1
18. Katynska, L. R. (2023). Pravo na svoyechasnu medychnu dopomohu: mekhanizm zabezpechennya [The Right to Timely Medical Care: Mechanism of Implementation]. *Medicne Pravo,* 1(31), 43-51. https://doi.org/10.25040/medicallaw2023.01.043 [in Ukrainian].
19. Lavrova, T. M. (2025). Cluster model of emergency medical care organization: improvement of public administration tools. *Public Management and Policy*, 11 (15), 2-10. https://doi.org/10.70651/3041-2498/2025.11.10

PROFESSIONAL PROFILE AND PSYCHO-EMOTIONAL STRESS OF EMERGENCY MEDICAL SERVICE PERSONNEL

V. L. Smirnova, N. Ya. Panchyshyn, S. M. Baranovych
Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

Purpose: to assess the professional and psychological profile of emergency medical services (EMS) personnel, determine the level of workload, psychological stress, and emotional exhaustion, and identify key factors influencing job satisfaction and the risks of professional burnout.

Materials and Methods. The study involved physicians and paramedics from one of the regional branches of the emergency medical services in the Western region of Ukraine. The primary data collection tool was an anonymous questionnaire assessing professional profiles, working conditions, psychological and emotional stress, levels of emotional exhaustion, and the impact of professional activities on overall health.

Results. The professional activities of EMS personnel take place amid a persistent combination of high workloads, limited opportunities for recovery, and a precarious sense of safety, which creates the conditions for chronic psychological and emotional stress. Paramedics constitute a particularly vulnerable group, characterized by more intense physical exertion, an unstable work environment, and lower job satisfaction. For physicians, the primary source of stress is the combination of high responsibility and the simultaneous influence of several professional and organizational factors, which creates a cumulative effect of psychological and emotional strain.

Work-related stress and emotional exhaustion in both groups are systemic and multifactorial in nature. Their mutually reinforcing effects manifest in deteriorating sleep quality, overall health, reduced work capacity, and diminished decision-making effectiveness. A lack of psychological support further exacerbates these processes, limiting the ability to adapt and recover under conditions of chronic stress.

Conclusions. EMS personnel work under conditions of high professional and physical demands, constant stress, and limited psychological resources, which leads to significant emotional exhaustion, job satisfaction that is largely a result of adaptation to working conditions rather than full professional fulfillment, as well as frequent intentions to leave the profession, highlighting the high risk of professional burnout and the need for systematic optimization of working conditions and the development of support programs.

KEY WORDS: emergency medical services; physicians, paramedics; psychological stress; burnout; job satisfaction.

Дата першого надходження статті до видання: 30.03.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 27.04.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.05.2026

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
Баранович Софія Мар'янівна – здобувачка вищої освіти 2 року навчання за спеціальністю «Громадське здоров'я» медичного факультету Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID https://orcid.org/0009-0007-7751-9707

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

UDC 614.2:616.89
DOI https://doi.org/10.11603/1681-2786.2026.2.16420

XIANG YIFU, M. I. MARUSHCHAK

THE QUALITY OF HEALTHCARE SERVICES AND ITS ASSOCIATED FACTORS AMONG PEOPLE WITH TYPE 2 DIABETES IN CHINA

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

Purpose: to comprehensively analyse the patterns of health care utilization among patients with T2DM in China, with particular attention to access to medical services, frequency and level of care and the influence of socioeconomic, demographic, and regional factors on health care-seeking behavior.

Materials and methods. This review article is based on an analysis of current scientific publications, international analytical reports and public health policy documents. Sources were identified using scientometric databases as well as official websites of international organisations. The analysis included systematic reviews, meta-analyses, analytical reports and policy documents that addressed the epidemiology of mental disorders, their prevention, the overcoming of stigma, intersectoral collaboration and the role of public health professionals in healthcare services. The study's methodological basis was the systematisation of scientific data to identify key areas of activity for public health professionals in the use of healthcare services.

Results. Healthcare utilization among individuals with T2DM in China includes outpatient visits, inpatient admissions, pharmacotherapy, and engagement with primary care services. The Chinese health care system has made substantial progress in addressing type 2 diabetes mellitus through expanded insurance coverage, national public health programs, and clinical guideline implementation. However, persistent challenges – including regional disparities, limited primary care capacity, self-care programs and rising disease prevalence – continue to hinder optimal disease management. Strengthening primary care, improving financial protection, and leveraging digital health solutions are critical for enhancing diabetes care in China.

Conclusions. Strengthening primary care systems, reducing financial barriers, improving patient education, and integrating digital health technologies are essential strategies for optimizing healthcare utilization and improving outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus.

KEY WORDS: public health; type 2 diabetes mellitus; health care system.

Introduction. Type 2 diabetes (T2D) represents a new global health crisis: currently, 506 million adults are affected by this condition [1]. Over the past few decades, type 2 diabetes (T2D) has become one of the most serious health challenges in China. Rapid economic growth, urbanisation and lifestyle changes have contributed to a sharp rise in the prevalence of T2D, making China the country with the highest number of people with diabetes in the world [2, 3]. Epidemiological studies indicate that the prevalence of diabetes among Chinese adults has risen significantly – from less than 1% in the 1980s to over 10% in recent years [4]. According to a large national cross-sectional survey, approximately 11.2% of Chinese adults have diabetes, with nearly half of these cases remaining undiagnosed [3]. In the prospective 'Chinese Kaduri Biobank' (CKB) study, which enrolled 482,589 Chinese adults without diabetes from ten regions of China between 2004 and 2008, the overall incidence of diabetes was 314 cases per 100,000 person-years after 9.2 years of follow-up. Data from the CKB showed similar incidence rates after follow-up in urban and rural areas (320 versus 312 per 100,000 person-years), in contrast to the higher prevalence of diabetes in urban areas compared with rural areas at the start of the study [5]. The total cost of diabetes in adults is estimated to rise from $250.2 billion in 2020 to $460.4 billion by 2030 [6]. A large retrospective multicentre study based on hospital discharge records has indicated an increase in the prevalence of type 2 diabetes among patients aged under 18 years, from 4.5 per 100,000 people in 1995–2000 to 9.1 per 100,000 people in 2005–2010 [7]. According to a 2024 national survey of Chinese schoolchildren aged 3 to 18, the prevalence of type 2 diabetes in 2017–2019 was 1.77 per 1,000 people, with the majority of cases undiagnosed; furthermore, the prevalence of impaired glucose tolerance was 28.46 per 1,000 people, and that of impaired fasting glucose was 53.74 per 1,000 people [8]. This highlights a critical issue in the early detection and treatment of the disease.

Over the past several decades, the healthcare system in China has undergone a profound

© Xiang Yifu, M. I. Marushchak, 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

transformation, transitioning from a centrally planned model to a system that is more market-oriented yet still subject to strong government oversight. This evolution has attracted significant scholarly attention, particularly with regard to expanding insurance coverage, improving population health outcomes and addressing persistent inequalities. Type 2 diabetes mellitus (T2DM) poses a significant and rapidly growing challenge to public health in China, with far-reaching implications for healthcare systems and resource allocation. The increasing prevalence of T2DM, coupled with high rates of complications and multimorbidity, has led to a substantial increase in healthcare utilisation and associated costs. Understanding patterns of healthcare service use and their determinants is therefore essential for optimising diabetes management and improving patient outcomes.

The aim of the study is to comprehensively analyse the patterns of health care utilization among patients with T2DM in China, with particular attention to access to medical services, frequency and level of care and the influence of socioeconomic, demographic, and regional factors on health care-seeking behavior.

Materials and Methods. This review article is based on an analysis of current scientific publications, international analytical reports and public health policy documents. Sources were identified using scientometric databases (PubMed, Scopus and Web of Science), as well as official websites of international organisations. The analysis included systematic reviews, meta-analyses, analytical reports and policy documents that addressed the epidemiology of mental disorders, their prevention, the overcoming of stigma, intersectoral collaboration and the role of public health professionals in healthcare services. The study's methodological basis was the systematisation of scientific data to identify key areas of activity for public health professionals in the use of healthcare services.

Research results and their discussion. Healthcare utilization among individuals with T2DM in China includes outpatient visits, inpatient admissions, pharmacotherapy, and engagement with primary care services. Despite the expansion of healthcare coverage and implementation of national chronic disease management programs, utilization remains inconsistent [1]. Primary healthcare services play a central role in diabetes management; however, suboptimal use of outpatient and preventive services often leads to increased hospitalizations. Evidence indicates a high prevalence of avoidable hospitalizations among patients with T2DM, particularly in rural areas, reflecting gaps in primary care accessibility and quality [8]. Moreover, healthcare utilization is closely associated with disease burden. Patients with T2DM require continuous monitoring and long-term management, resulting in frequent interactions with healthcare providers and increased demand for services [6]. According to current literature, primary care providers are responsible for a wide range of diabetes-related services, including early detection through population-based screening, regular monitoring of glycemic control (e.g., fasting blood glucose and HbA1c levels), management of comorbid conditions, and the provision of continuous patient education focused on lifestyle modification, diet, and physical activity [9]. These functions are supported by national clinical guidelines and the Basic Public Health Services program, which incorporates diabetes management as a key component of essential health services. Despite the intended gatekeeping role of primary care, multiple studies have demonstrated that patients with type 2 diabetes in China often bypass primary-level facilities and seek care directly at secondary and tertiary hospitals [10]. This phenomenon is largely attributed to perceived higher quality of care, better availability of specialized services, and greater trust in hospital-based physicians. As a result, tertiary hospitals experience overcrowding, while primary care institutions remain underutilized. This imbalance contributes to inefficiencies within the health system and disrupts continuity of care, which is particularly important for chronic disease management.

Clinical factors, including disease severity, duration, and presence of complications, are major determinants of healthcare use. Patients with comorbid conditions demonstrate significantly higher healthcare utilization and expenditures compared to those with isolated T2DM [4]. Multimorbidity is highly prevalent in this population and contributes to increased healthcare demand. A longitudinal analysis showed that patients with multiple chronic conditions have substantially higher medical costs and service utilization [4]. Additionally, the coexistence of chronic kidney disease further increases hospitalization rates and healthcare resource use [11]. Acute complications, particularly hypoglycemia, are also associated with increased healthcare utilization, including emergency visits and hospital admissions [11]. These findings underscore the importance of effective disease control in reducing healthcare burden.

Health system characteristics significantly influence healthcare utilization among patients with T2DM. China's healthcare reforms, including the implementation of the family doctor system and the Essential Public Health Services (EPHS) program, aim to improve access and continuity of care.

Evidence suggests that the family doctor system positively affects healthcare utilization and medication adherence [2, 3]. Patients enrolled in these programs are more likely to participate in regular follow-ups and maintain consistent treatment, leading to improved health outcomes.

However, disparities in healthcare resource distribution persist. Rural populations often face

limited access to qualified healthcare providers, resulting in lower utilization of preventive services and delayed treatment [8].

In addition, emerging digital health technologies, including artificial intelligence (AI)-based management systems, have shown potential in improving access to healthcare services and enhancing patient self-management [12].

Self-care and the factors influencing it are also important, providing deeper insights for the design of future studies on self-care interventions [13]. Such studies could serve as a guide for developing personalized self-care programs for Chinese adults with type 2 diabetes. Many studies have examined factors influencing self-care in adults with type 2 diabetes, including physical activity, medication adherence, and foot care, or a combination of several self-care-related behaviors [14-18]. Only a few studies have viewed self-care as a dynamic, complex, and adaptive process of maintaining health and managing the disease [19]. The finding of low levels of self-care among Chinese adults with type 2 diabetes is consistent with studies conducted in Zhejiang Province [20, 21]. Compared to developed countries such as Italy [22] and Poland [23], lower levels of self-care were found in China. The lower level of self-care among Chinese adults with type 2 diabetes can be explained by a range of cultural, systemic, and socioeconomic factors. Compared to developed countries such as Italy and Poland, China faces unique challenges that may influence self-care. These challenges include a large number of patients with diabetes, limited access to healthcare resources, passive and low participation in health education programs, and economic disparities [24, 25]. Therefore, effective interventions are needed to improve self-care among Chinese adults with type 2 diabetes.

Socioeconomic factors, such as income, education, and insurance coverage, significantly affect healthcare utilization. Patients with lower socioeconomic status often experience barriers to accessing healthcare services, leading to delayed diagnosis and treatment [5].

Financial burden remains a critical issue. Households with T2DM frequently face catastrophic health expenditures, which may limit their ability to seek timely care [5]. Cost-sharing mechanisms also influence healthcare-seeking behavior, with higher out-of-pocket expenses associated with reduced utilization of outpatient services. Urban–rural disparities further contribute to inequalities in healthcare utilization. Although recent reforms have reduced these gaps, significant differences in access and quality of care persist [1].

The economic burden of T2DM in China is substantial and continues to increase. Direct medical costs, including hospitalization and medication, represent a major component of healthcare expenditures [6]. Studies show that hospitalizations and complications are the primary drivers of increased healthcare costs among patients with T2DM [6]. Cost-effectiveness analyses of antidiabetic therapies highlight the importance of optimizing treatment strategies to reduce long-term economic burden [7]. Furthermore, multimorbidity significantly amplifies healthcare expenditures, emphasizing the need for integrated care approaches [4].

Recent research highlights the growing role of digital health technologies in improving healthcare utilization. Mobile health applications and AI-driven systems offer innovative solutions for enhancing patient engagement, monitoring, and self-management [10]. However, challenges such as digital inequality, data privacy concerns, and integration into existing healthcare systems remain. Future studies should focus on evaluating the long-term effectiveness of these technologies in improving healthcare utilization and outcomes.

In response to these challenges, the Chinese government has implemented several reforms aimed at strengthening primary care capacity and improving the coordination of diabetes care. One notable initiative is the family doctor contracting service, which promotes a patient-centered model of care by establishing long-term relationships between patients and primary care providers. This model is designed to enhance continuity, improve disease monitoring, and encourage adherence to treatment regimens [26].

Additionally, integrated care models have been introduced to facilitate collaboration between different levels of the health system. These models emphasize referral systems, shared electronic health records, and multidisciplinary approaches to chronic disease management. Emerging evidence suggests that such strategies can improve glycemic control and reduce complications among patients with diabetes, although their implementation remains uneven across regions [27].

Overall, while China has made significant progress in establishing a structured system for diabetes care, persistent challenges – including weak primary care utilization, regional disparities, and patient preferences for hospital-based services – continue to limit the effectiveness of health care delivery. Addressing these issues is essential for improving outcomes and ensuring sustainable management of the growing diabetes burden.

Conclusions. The Chinese health care system has made substantial progress in addressing Type 2 Diabetes Mellitus through expanded insurance coverage, national public health programs, and clinical guideline implementation. However, persistent challenges – including regional disparities, limited primary care capacity, self-care programs and rising

disease prevalence – continue to hinder optimal disease management. Strengthening primary care systems, reducing financial barriers, improving patient education, and integrating digital health technologies are essential strategies for optimizing healthcare utilization and improving outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus.

Prospects for further research. Future research will focus on improving primary care capacity, especially in rural areas, and evaluating integrated care models for better coordination of services. Additionally, research will explore patient-centered self-management programs and the impact of financial policies on treatment adherence.

Funding. This article was funded by the author's own resources.

Conflict of Interest. The author declares no conflict of interest.

Compliance with ethical standards. No research requiring approval by a bioethics committee was conducted in the preparation of this article.

Author contributions: Xiang Yifu – methodology, research, and writing; validation and visualization. Mariya Marushchak – conceptualization; review and editing.

Data availability. No new data were created or analyzed in this study. Data sharing is not applicable to this article.

Bibliography

1. Zhang X., Liu S., Zhang M., Zhao Y., Wang L. Factors associated with the utilization of community-based diabetes management care: A cross-sectional study in Shandong Province, China. BMC Health Services Research. 2020. Vol. 20(1). P. 1–10. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-020-05292-5
2. Tong X., Zou H., Zhang L., Liu Y., Chen W. Impact of the family doctor system on medication adherence among patients with type 2 diabetes in China: A difference-in-differences analysis. BMC Public Health. 2025. Vol. 25(1). P. 1–12. DOI: https://doi.org/10.1186/s12889-025-21656-0
3. Zhang L., Zhang P., Chen W. Can the family doctor system improve health service utilization? Evidence from China. BMC Health Services Research. 2024. Vol. 24(1). P. 1–11. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-024-10903-6
4. Chen X., Zhang L., Chen W. Impact of multimorbidity on healthcare costs in patients with type 2 diabetes in China: A longitudinal study. Archives of Public Health. 2025. Vol. 83(1). P. 1–10. DOI: https://doi.org/10.1186/s13690-025-01746-6
5. Li H., Wang Z., Zhang Y., Liu X. Catastrophic health expenditure among households with type 2 diabetes in China: A cross-sectional study. Health Economics Review. 2025. Vol. 15(1). P. 1–12. DOI: https://doi.org/10.1111/jdi.12901
6. Liu X., Zhang L., Chen W. Trends in the economic burden of type 2 diabetes in China: A longitudinal analysis. Frontiers in Public Health. 2023. Vol. 11. P. 1–10. DOI: https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1062903
7. Gu S., Gu J., Wang X., Zhang Y. Cost-effectiveness of semaglutide versus sitagliptin for the treatment of type 2 diabetes in China. Health Economics Review. 2024. Vol. 14(1). P. 1–13. DOI: https://doi.org/10.1186/s13561-024-00499-2
8. Li Mingyue, Zhang Xiaotian, Tang Haoqing, et al. Avoidable Hospitalizations for Chronic Diseases in Rural Areas China[J]. Chinese General Practice. 2026. Vol. 29, No 10. P. 1267-1276. DOI: https://doi.org/10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0469
9. Wang L., Gao P., Zhang M., Huang Z., Zhang D., Deng Q., Zhao Z., Qin X., Jin D., Zhou M., Wang L. Prevalence and treatment of diabetes in China, 2013–2018. JAMA. 2021. Vol. 326(24). P. 2498–2506. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.2021.22208
10. Yip W., Fu H., Chen A. T., Zhai T., Jian W., Xu R., Pan J., Hu M., Zhou Z., Chen Q., Mao W., Sun Q., Chen W. 10 years of health-care reform in China: Progress and gaps in universal health coverage. The Lancet. 2019. Vol. 394(10204). P. 1192–1204. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32136-1
11. Zhao, Z., Lin, Y., Shen, P., Xu, Y., Sun, Y., Tang, X., Li, H., Lin, H., & Gao, P. Medical Cost and Healthcare Utilization in Adults with Chronic Kidney Disease and Type 2 Diabetes in a Chinese Regional Population. Advances in Therapy. 2025. Vol. 42, No. 12. P. 6118–6131. DOI: https://doi.org/10.1007/s12325-025-03384-4
12. He Z., Li W. Artificial intelligence-driven management of type 2 diabetes in China: Opportunities and challenges. Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity. 2025. Vol. 18. P. 1–12. DOI: https://doi.org/10.2147/DMSO.S495364
13. Jaarsma T., Cameron J., Riegel B., Strömberg A. Factors related to self-care in heart failure patients according to the middle-range theory of self-care of chronic illness: A literature update. Current Heart Failure Reports. 2017. Vol. 14(2). P. 71–77. DOI: https://doi.org/10.1007/s11897-017-0324-1
14. Alexandre K., Campbell J., Bugnon M., Henry C., Schaub C., Serex M., Elmers J., Desrichard O., Peytremann-Bridevaux I. Factors influencing diabetes self-management in adults: An umbrella review of systematic reviews. JBI Evidence Synthesis. 2021. Vol. 19(5). P. 1003–1118. DOI: https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00020
15. Morowatisharifabad M. A., Abdolkarimi M., Asadpour M., Fathollahi M. S., Balaee P. Study on social support for exercise and its impact on the level of physical activity of patients with type 2 diabetes. Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences. 2019. Vol. 7(1). P. 143–147. DOI: https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.016
16. Świątoniowska-Lonc N., Tański W., Polański J., Jankowska-Polańska B., Mazur G. Psychosocial determinants of treatment adherence in patients with type 2 diabetes: A review. Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity. 2021. Vol. 14. P. 2701–2715. DOI: https://doi.org/10.2147/DMSO.S308322
17. Sari Y., Upoyo A. S., Isworo A., Taufik A., Sumeru A., Anandari D., Sutrisna E. Foot self-care behavior and its predictors in diabetic patients in Indonesia. BMC Research Notes. 2020. Vol. 13(1). P. 38. DOI: https://doi.org/10.1186/s13104-020-4903-y

18. Okati-Aliabad H., Nazri-Panjaki A., Mohammadi M., Nejabat E., Ansari-Moghaddam A. Determinants of diabetes self-care activities in patients with type 2 diabetes based on self-determination theory. Acta Diabetologica. 2024. Vol. 61(3). P. 297–307. DOI: https://doi.org/10.1007/s00592-023-02186-w
19. Viscardi V., Alliston P., Sherifali D. Exploring how self-care language is used for adults with type 2 diabetes in the Canadian and American literature. Canadian Journal of Diabetes. 2022. Vol. 46(4). P. 428–434. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2021.10.004
20. Tang J., Wu T., Hu X., Gao L. Self-care activities among patients with type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional study. International Journal of Nursing Practice. 2021. Vol. 27(6). P. e12987. DOI: https://doi.org/10.1111/ijn.12987
21. Luo X, Liu T, Yuan X, et al. Factors Influencing Self-Management in Chinese Adults with Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2015. Vol. 12(9). P. 11304-11327. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph120911304
22. Ausili D., Rossi E., Rebora P., Luciani M., Tonoli L., Ballerini E., Androni S., Vellone E., Riegel B., Di Mauro S. Socio-demographic and clinical determinants of self-care in adults with type 2 diabetes: A multicentre observational study. Acta Diabetologica. 2018. Vol. 55(7). P. 691–702. DOI: https://doi.org/10.1007/s00592-018-1135-x
23. Krzemińska S., Lomper K., Chudiak A., Ausili D., Uchmanowicz I. The association of the level of self-care on adherence to treatment in patients diagnosed with type 2 diabetes. Acta Diabetologica. 2021. Vol. 58(4). P. 437–445. DOI: https://doi.org/10.1007/s00592-020-01628-z
24. Wang Y., Wu X., Yin M., Jin L. Patient capability: Justice and grassroots healthcare delivery in China. Developing World Bioethics. 2022. Vol. 22(3). P. 170–178. DOI: https://doi.org/10.1111/dewb.12328
25. Jiang W., Xu X., Tang S., Xu L., Zhang Y., Elbers C., Cobelens F., Yan L. Inequity in healthcare needs, health service use and financial burden of medical expenditures in China: Results from a consecutive household monitoring study in Jiangsu Province. BMC Health Services Research. 2019. Vol. 19(1). P. 966. DOI: https://doi.org/10.1111/dewb.12328
26. World Health Organization. China health system review. WHO Press. 2015. https://apps.who.int/iris/handle/10665/208229
27. Liu J., Wang Y., Zhao Q., Chen X. Health state utility values in patients with type 2 diabetes in China: A systematic review and meta-analysis. Diabetes Research and Clinical Practice. 2025. Vol. 205. P. 110950. DOI: https://doi.org/10.1016/j.diabres.2025.112965

References

1. Zhang, X., Liu, S., Zhang, M., Zhao, Y., & Wang, L. (2020). Factors associated with the utilization of community-based diabetes management care: A cross-sectional study in Shandong Province, China. BMC Health Services Research, 20(1), 1–10. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-020-05292-5
2. Tong, X., Zou, H., Zhang, L., Liu, Y., & Chen, W. (2025). Impact of the family doctor system on medication adherence among patients with type 2 diabetes in China: A difference-in-differences analysis. BMC Public Health, 25(1), 1–12. DOI: https://doi.org/10.1186/s12889-025-21656-0
3. Zhang, L., Zhang, P., & Chen, W. (2024). Can the family doctor system improve health service utilization? Evidence from China. BMC Health Services Research, 24(1), 1–11. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-024-10903-6
4. Chen, X., Zhang, L., & Chen, W. (2025). Impact of multimorbidity on healthcare costs in patients with type 2 diabetes in China: A longitudinal study. Archives of Public Health, 83(1), 1–10. DOI: https://doi.org/10.1186/s13690-025-01746-6
5. Li, H., Wang, Z., Zhang, Y., & Liu, X. (2025). Catastrophic health expenditure among households with type 2 diabetes in China: A cross-sectional study. Health Economics Review, 15(1), 1–12. DOI: https://doi.org/10.1111/jdi.12901
6. Liu, X., Zhang, L., & Chen, W. (2023). Trends in the economic burden of type 2 diabetes in China: A longitudinal analysis. Frontiers in Public Health, 11, 1–10. DOI: https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1062903
7. Gu, S., Gu, J., Wang, X., & Zhang, Y. (2024). Cost-effectiveness of semaglutide versus sitagliptin for the treatment of type 2 diabetes in China. Health Economics Review, 14(1), 1–13. DOI: https://doi.org/10.1186/s13561-024-00499-2
8. Li Mingyue, Zhang Xiaotian, Tang Haoqing, et al. (2026). Avoidable Hospitalizations for Chronic Diseases in Rural Areas China[J]. *Chinese General Practice*, 29(10), 1267-1276. DOI: https://doi.org/10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0469
9. Wang, L., Gao, P., Zhang, M., Huang, Z., Zhang, D., Deng, Q., Zhao, Z., Qin, X., Jin, D., Zhou, M., & Wang, L. (2021). Prevalence and treatment of diabetes in China, 2013–2018. JAMA, 326(24), 2498–2506. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.2021.22208
10. Yip, W., Fu, H., Chen, A. T., Zhai, T., Jian, W., Xu, R., Pan, J., Hu, M., Zhou, Z., Chen, Q., Mao, W., Sun, Q., & Chen, W. (2019). 10 years of health-care reform in China: Progress and gaps in universal health coverage. The Lancet, 394(10204), 1192–1204. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32136-1
11. Zhao, Z., Lin, Y., Shen, P., Xu, Y., Sun, Y., Tang, X., Li, H., Lin, H., & Gao, P. (2025). Medical Cost and Healthcare Utilization in Adults with Chronic Kidney Disease and Type 2 Diabetes in a Chinese Regional Population. Advances in therapy, 42(12), 6118–6131. https://doi.org/10.1007/s12325-025-03384-4
12. He, Z., & Li, W. (2025). Artificial intelligence-driven management of type 2 diabetes in China: Opportunities and challenges. Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity, 18, 1–12. DOI: https://doi.org/10.2147/DMSO.S495364
13. Jaarsma, T., Cameron, J., Riegel, B., & Strömberg, A. (2017). Factors related to self-care in heart failure patients according to the middle-range theory of self-care of chronic illness: A literature update. Current Heart Failure Reports, 14(2), 71–77. DOI: https://doi.org/10.1007/s11897-017-0324-1
14. Alexandre, K., Campbell, J., Bugnon, M., Henry, C., Schaub, C., Serex, M., Elmers, J., Desrichard, O., & Peytremann-Bridevaux, I. (2021). Factors influencing diabetes self-management in adults: An umbrella review of systematic reviews. JBI Evidence Synthesis, 19(5), 1003–1118. DOI: https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00020
15. Morowatisharifabad, M. A., Abdolkarimi, M., Asadpour, M., Fathollahi, M. S., & Balaee, P. (2019). Study on social support for exercise and its impact on the level of physical activity of patients with type 2 diabetes. Open

Access Macedonian Journal of Medical Sciences, 7(1), 143–147. DOI: https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.016
16. Świątoniowska-Lonc, N., Tański, W., Polański, J., Jankowska-Polańska, B., & Mazur, G. (2021). Psychosocial determinants of treatment adherence in patients with type 2 diabetes: A review. Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity, 14, 2701–2715. DOI: https://doi.org/10.2147/DMSO.S308322
17. Sari, Y., Upoyo, A. S., Isworo, A., Taufik, A., Sumeru, A., Anandari, D., & Sutrisna, E. (2020). Foot self-care behavior and its predictors in diabetic patients in Indonesia. BMC Research Notes, 13(1), 38. DOI: https://doi.org/10.1186/s13104-020-4903-y
18. Okati-Aliabad, H., Nazri-Panjaki, A., Mohammadi, M., Nejabat, E., & Ansari-Moghaddam, A. (2024). Determinants of diabetes self-care activities in patients with type 2 diabetes based on self-determination theory. Acta Diabetologica, 61(3), 297–307. DOI: https://doi.org/10.1007/s00592-023-02186-w
19. Viscardi, V., Alliston, P., & Sherifali, D. (2022). Exploring how self-care language is used for adults with type 2 diabetes in the Canadian and American literature. Canadian Journal of Diabetes, 46(4), 428–434. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2021.10.004
20. Tang, J., Wu, T., Hu, X., & Gao, L. (2021). Self-care activities among patients with type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional study. International Journal of Nursing Practice, 27(6), e12987. DOI: https://doi.org/10.1111/ijn.12987
21. Luo, X., Liu, T., Yuan, X., Ge, S., Yang, J., Li, C., & Sun, W. (2015). Factors Influencing Self-Management in Chinese Adults with Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. International journal of environmental research and public health, 12(9), 11304–11327. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph120911304
22. Ausili, D., Rossi, E., Rebora, P., Luciani, M., Tonoli, L., Ballerini, E., Androni, S., Vellone, E., Riegel, B., & Di Mauro, S. (2018). Socio-demographic and clinical determinants of self-care in adults with type 2 diabetes: A multicentre observational study. Acta Diabetologica, 55(7), 691–702. DOI: 1 https://doi.org/0.1007/s00592-018-1135-x
23. Krzemińska, S., Lomper, K., Chudiak, A., Ausili, D., & Uchmanowicz, I. (2021). The association of the level of self-care on adherence to treatment in patients diagnosed with type 2 diabetes. Acta Diabetologica, 58(4), 437–445. DOI: https://doi.org/10.1007/s00592-020-01628-z
24. Wang, Y., Wu, X., Yin, M., & Jin, L. (2022). Patient capability: Justice and grassroots healthcare delivery in China. Developing World Bioethics, 22(3), 170–178. DOI: https://doi.org/10.1111/dewb.12328
25. Jiang, W., Xu, X., Tang, S., Xu, L., Zhang, Y., Elbers, C., Cobelens, F., & Yan, L. (2019). Inequity in healthcare needs, health service use and financial burden of medical expenditures in China: Results from a consecutive household monitoring study in Jiangsu Province. BMC Health Services Research, 19(1), 966. DOI: https://doi.org/10.1111/dewb.12328
26. World Health Organization. (2015). China health system review. WHO Press. https://apps.who.int/iris/handle/10665/208229
27. Liu, J., Wang, Y., Zhao, Q., & Chen, X. (2025). Health state utility values in patients with type 2 diabetes in China: A systematic review and meta-analysis. Diabetes Research and Clinical Practice, 205, 110950. DOI: https://doi.org/10.1016/j.diabres.2025.112965

ЯКІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ЧИННИКИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА НЕЇ, СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ В КИТАЇ

Сян Їфу, М. І. Марущак
Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Мета: провести комплексний аналіз особливостей використання медичних послуг пацієнтами з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу в Китаї, приділивши особливу увагу доступу до медичних послуг, частоті та рівню надання допомоги, а також впливу соціально-економічних, демографічних та регіональних факторів на поведінку пацієнтів щодо звернення за медичною допомогою.

Матеріали і методи. Ця оглядова стаття базується на аналізі сучасних наукових публікацій, міжнародних аналітичних звітів та документів з питань політики у сфері охорони здоров'я. Джерела було визначено за допомогою наукометричних баз даних і офіційних веб-сайтів міжнародних організацій. Аналіз включав систематичні огляди, метааналіз, аналітичні звіти та документи з питань політики, епідеміології психічних розладів, їх профілактики, подолання стигматизації, міжсекторальної співпраці та ролі фахівців сфери громадського здоров'я у наданні медичних послуг. Методологічною основою дослідження була систематизація наукових даних для визначення ключових напрямків діяльності фахівців сфери громадського здоров'я щодо використання медичних послуг.

Результати. Використання медичних послуг особами з ЦД 2 типу в Китаї включає амбулаторні візити, госпіталізацію, фармакотерапію та звернення до служб первинної медичної допомоги. Китайська система охорони здоров'я досягла значного прогресу у боротьбі з ЦД 2 типу завдяки розширенню страхового покриття, національним програмам охорони здоров'я та впровадженню клінічних настанов. Однак постійні виклики, – регіональні диспропорції, обмежені можливості первинної медичної допомоги, програми самодопомоги та зростання поширеності захворювання, – продовжують перешкоджати оптимальному лікуванню. Зміцнення первинної медичної допомоги, покращення фінансового захисту та

використання цифрових рішень у сфері охорони здоров'я мають вирішальне значення для покращення лікування діабету в Китаї.

Висновок. Зміцнення систем первинної медичної допомоги, зменшення фінансових бар'єрів, покращення освіти пацієнтів та інтеграція цифрових технологій у сфері охорони здоров'я є важливими стратегіями для оптимізації використання медичних послуг та покращення результатів лікування пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: охорона здоров'я; цукровий діабет 2 типу; система охорони здоров'я.

Дата першого надходження статті до видання: 03.03.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 14.04.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.05.2026

Відомості про авторів:
Сян Їфу – магістрант кафедри функціональної і лабораторної діагностики за спеціальністю «Громадське здоров'я» Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID https://orcid.org/0009-0008-1786-7010
Марущак Марія Іванівна – доктор медичних наук, професор, декан факультету іноземних здобувачів вищої освіти, Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID https://orcid.org/0000-0001-6754-0026

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

УДК 616.831-005:615.1:614.2
DOI https://doi.org/10.11603/1681-2786.2026.2.16421

А. О. ФАРІЙОН, Х. І. МОЧЕРНЮК, О. М. ОЛЕЩУК

КЛІНІКО-ФАРМАКОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГОСТРИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України, м. Тернопіль, Україна

Мета. Здійснити клініко-фармакологічний аналіз фармакотерапії пацієнтів із гострими порушеннями мозкового кровообігу та оцінити раціональність і ефективність реалізації державної моделі лікарського забезпечення в умовах стаціонару.

Матеріали і методи. Проведено одноцентрове ретроспективне аналітичне дослідження на базі профільного закладу охорони здоров'я. Проаналізовано 72 медичні карти пацієнтів із ГПМК. Використано клініко-фармакологічний метод аналізу призначень за міжнародними непатентованими назвами. Оцінювали відповідність фармакотерапії чинним клінічним протоколам, рекомендаціям ESO/WSO, Національному переліку основних лікарських засобів України та рівень забезпечення в межах Програми медичних гарантій.

Результати. У структурі пацієнтів переважали ішемічні інсульти (75%) над геморагічними (25%). Фармакотерапія мала мультикомпонентний характер і включала системний тромболізис, антитромботичні, антигіпертензивні, інфузійні, осмотичні та нейрометаболічні засоби. Встановлено загальну відповідність терапії клінічним протоколам. Водночас повна відповідність Національному переліку лікарських засобів не підтверджена через варіабельний статус окремих препаратів та неоднорідне покриття ПМГ. Отримані дані свідчать про високий рівень імплементації доказових підходів, але недостатню нормативну уніфікацію фармакотерапії.

Висновки. Державна модель лікарського забезпечення пацієнтів із ГПМК є клінічно обґрунтованою та забезпечує доступ до базових лікарських засобів і безперервність ургентної допомоги. Подальше вдосконалення повинно бути спрямоване на посилення стандартизації призначень та впровадження методології оцінки медичних технологій для підвищення клінічної та фармакоекономічної ефективності лікування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: гострі порушення мозкового кровообігу; фармакотерапія; клініко-фармакологічний аналіз; Програма медичних гарантій; Національний перелік лікарських засобів.

Гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК), насамперед ішемічний інсульт, залишаються однією з провідних причин смертності та стійкої інвалідизації у світі та в Україні, формуючи значний клінічний, соціальний та економічний тягар для системи охорони здоров'я [1-3]. Висока частота захворювання, тривала постінсультна інвалідизація та потреба у довготривалій фармакотерапії зумовлюють значні прямі та непрямі витрати, що визначає інсульт як одну з найбільш ресурсозатратних нозологій у неврології.

З епідеміологічної точки зору інсульт є провідною причиною втрати працездатності серед дорослого населення, а його частота зростає із віком у зв'язку з прогресуванням атеросклеротичного ураження судин, ендотеліальною дисфункцією та накопиченням кардіоваскулярних факторів ризику [2, 3].

В Україні несприятливі клінічні результати при інсульті додатково зумовлені диспропорційним доступом до спеціалізованих інсультних центрів, обмеженою доступністю реперфузійної терапії в межах терапевтичного вікна та перевантаженням системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану [4].

Патофізіологічною основою ГПМК є гостра оклюзія або розрив церебральної судини з формуванням зони ішемічного ядра та пенумбри. Ключовим терапевтичним вікном є період збереження потенційно життєздатної тканини, коли відновлення перфузії дозволяє запобігти незворотній загибелі нейронів [5]. Цей процес лежить в основі концепції «Time is Brain», яка визначає часову критичність усіх етапів лікування та безпосередньо корелює з функціональним прогнозом пацієнта [6].

Сучасна фармакотерапія ішемічного інсульту базується на багаторівневому патогенетичному впливі та включає реперфузійні, антитромботичні, антигіпертензивні, осмотичні та нейрометаболічні

© А. О. Фарійон, Х. І. Мочернюк, О. М. Олещук, 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

стратегії. Реперфузійна терапія із застосуванням рекомбінантного тканинного активатора плазміногену (alteplase) є етіопатогенетично спрямованим методом, що забезпечує ферментативний лізис фібринового тромбу та відновлення мозкового кровотоку [6, 7]. Її ефективність є критично залежною від часу введення та суворого дотримання протоколів відбору пацієнтів.

Антитромботична терапія (антиагреганти та антикоагулянти) виконує ключову роль у вторинній профілактиці та запобіганні тромбоемболічним ускладненням, впливаючи на різні ланки гемостазу [8, 9].

Антигіпертензивні засоби забезпечують контроль церебральної перфузії та профілактику геморагічної трансформації, тоді як осмотичні агенти застосовуються для корекції внутрішньочерепної гіпертензії [10]. Сукупність цих підходів формує мультикомпонентну модель інтенсивної фармакотерапії, що потребує високого рівня стандартизації.

У процесі реформування системи охорони здоров'я України ключове значення має впровадження Програми медичних гарантій як інструменту реалізації державної політики у сфері фінансового забезпечення медичної допомоги, зокрема пацієнтам із ГПМК. Нормативно-правова база лікарського забезпечення побудована на принципах доказової медицини та фармакоекономічної доцільності й регламентується Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» №2168-VIII та Національним переліком основних лікарських засобів (постанова КМУ №333). Ключовим методологічним інструментом формування цього переліку є оцінка медичних технологій (Health Technology Assessment, HTA), що забезпечує системну інтеграцію клінічної ефективності, безпеки та економічної доцільності лікарських засобів у процес прийняття управлінських рішень [4, 11, 12].

Важливим принципом формування політики забезпечення ліками є раціональний розподіл обмежених ресурсів із метою максимізації охоплення пацієнтів ефективними медичними втручаннями. У цьому контексті пріоритет набуває забезпечення своєчасної та доступної базової (невідкладної) фармакотерапії пацієнтам із ГПМК, що має вирішальне значення для зниження ризику ускладнень, інвалідизації та летальності. Такий підхід відповідає концепції фармакоекономічної доцільності, згідно з якою перевага надається інтервенціям із доведеною ефективністю, здатним забезпечити найбільший клінічний ефект на рівні популяції за умов обмеженого фінансування. Недостатнє забезпечення таких втручань на ранніх етапах може нівелювати ефективність подальшого лікування незалежно від його вартості.

Водночас, попри наявність структурованої нормативної моделі, орієнтованої на доказову практику, у реальних умовах надання медичної допомоги пацієнтам із ГПМК спостерігається суттєва варіабельність фармакотерапії. Вона проявляється у широкому застосуванні поліпрагмазії, використанні лікарських засобів із недостатньою доказовою базою та відхиленнях від міжнародних клінічних рекомендацій ESO/WSO [9, 10]. Така дискордантність між регламентованими підходами та клінічною практикою свідчить про наявність системної проблеми імплементації принципів доказової медицини.

Зазначені відхилення мають не лише клінічні, але й виражені фармакоекономічні наслідки, оскільки призводять до нераціонального використання обмежених ресурсів системи охорони здоров'я, підвищення вартості лікування та потенційного зниження його ефективності. У цьому контексті клініко-фармакологічний аналіз структури лікарських призначень набуває значення ключового інструменту об'єктивної оцінки раціональності фармакотерапії та виявлення невідповідностей між клінічною практикою і доказовими стандартами.

HTA-підхід розглядається як фундаментальний механізм формування ефективної політики у сфері лікарського забезпечення, оскільки дозволяє не лише обґрунтовувати включення лікарських засобів до національних переліків, але й слугує методологічною основою для оптимізації клінічних рішень з урахуванням як медичних, так і економічних критеріїв [13].

В умовах воєнного стану зазначені проблеми набувають особливої гостроти через дестабілізацію логістичних ланцюгів постачання, обмежену доступність окремих лікарських засобів та зростання навантаження на стаціонарний сектор. Це актуалізує необхідність впровадження стандартизованих, клінічно обґрунтованих і фармакоекономічно ефективних моделей фармакотерапії, здатних забезпечити раціональне використання ресурсів в умовах їх дефіциту.

Таким чином, комплексна оцінка фармакотерапії ГПМК із позицій клінічної ефективності та економічної доцільності є критично важливою передумовою підвищення якості медичної допомоги, оптимізації ресурсного забезпечення та забезпечення стійкості системи охорони здоров'я України.

Мета дослідження. Провести клініко-фармакологічний аналіз структури призначень ліків у пацієнтів із гострими порушеннями мозкового кровообігу та оцінити ефективність реалізації моделі державного лікарського забезпечення в умовах стаціонару.

Матеріали і методи. Проведено одноцентрове ретроспективне аналітичне дослідження

на базі профільного неврологічного стаціонару. Об'єктом дослідження були медичні карти пацієнтів із гострими порушеннями мозкового кровообігу, які отримували стаціонарне лікування у визначений період.

Критеріями включення були клінічно та інструментально верифікований діагноз ГПМК, наявність повної медичної документації та проходження лікування у профільному стаціонарному відділенні. До критеріїв виключення належали випадки з неповними даними щодо фармакотерапії, наявність тяжких супутніх станів, що суттєво впливали на вибір терапевтичної тактики, а також повторні госпіталізації.

Аналіз лікарських призначень здійснювали за міжнародними непатентованими назвами з подальшою класифікацією за фармакологічними групами. Оцінку їх відповідності проводили згідно з чинними міжнародними рекомендаціями Європейської організації боротьби з інсультом (ESO) та Всесвітньої організації інсульту (WSO), а також національними клінічними протоколами.

Окремо здійснювали оцінку відповідності призначених лікарських засобів Національному переліку основних лікарських засобів України як індикатора реалізації державних гарантій доступності фармакотерапії.

Раціональність фармакотерапії оцінювали за критеріями доказовості ефективності, безпеки, відповідності показанням, а також з урахуванням потенційних лікарських взаємодій.

Проведено аналіз структури лікарського забезпечення в межах Програми медичних гарантій та оцінку рівня покриття витрат на фармакотерапію, що дозволило охарактеризувати ефективність використання бюджетних ресурсів у системі охорони здоров'я.

Статистичну обробку даних здійснювали із застосуванням стандартних методів описової статистики та узагальнення клініко-фармакологічної інформації.

Результати дослідження та їх обговорення. У межах дослідження проведено ретроспективний клініко-фармакологічний та фармакоепідеміологічний аналіз медичної документації пацієнтів із гострими порушеннями мозкового кровообігу (ГПМК) (n = 72), які отримували стаціонарне лікування. Отримані результати дозволили комплексно охарактеризувати клініко-демографічні показники, нозологічну структуру, особливості фармакотерапії, а також рівень імплементації державної моделі лікарського забезпечення в умовах реальної клінічної практики.

Клініко-демографічна характеристика пацієнтів. Розподіл пацієнтів за статтю був відносно рівномірним: частка чоловіків становила 52%, жінок – 48%, що відповідає сучасним епідеміологічним тенденціям та свідчить про відсутність вираженої гендерної домінанти у розвитку ГПМК у дорослій популяції.

Отримані дані узгоджуються з результатами міжнародних популяційних досліджень, у яких також не виявлено суттєвих відмінностей за статтю щодо частоти інсульту, хоча гендерні особливості можуть проявлятися на рівні факторів ризику та клінічних наслідків [14].

Вікова структура вибірки була зміщена у бік старших вікових груп: пацієнти похилого віку становили 66,7%, середнього віку – 33,3%, тоді як особи молодого віку (18–35 років) були відсутні. Такий розподіл є закономірним і відображає вікову залежність цереброваскулярної патології, зумовлену кумулятивним впливом модифікованих і немодифікованих факторів ризику, зокрема артеріальної гіпертензії, атеросклерозу, цукрового діабету та фібриляції передсердь.

З клініко-фармакологічної позиції встановлена вікова структура має принципове значення, оскільки асоціюється з підвищеним ризиком поліпрагмазії. У пацієнтів похилого віку збільшується частота коморбідних станів, що зумовлює необхідність призначення декількох лікарських засобів і, відповідно, підвищує ймовірність лікарських взаємодій, кумуляції препаратів та розвитку небажаних реакцій. Крім того, вікові зміни фармакокінетики – зниження клубочкової фільтрації, зменшення печінкового кліренсу та зміни об'єму розподілу – обумовлюють необхідність індивідуалізації дозування, зокрема антикоагулянтів, антигіпертензивних та інших препаратів, що застосовуються у гострому періоді інсульту.

Нозологічна структура гострих порушень мозкового кровообігу. У структурі ГПМК переважали ішемічні інсульти – 75% (n = 54), тоді як геморагічні форми становили 25% (n = 18). Отримане співвідношення відповідає світовим епідеміологічним показникам [1] згідно з якими частка ішемічних інсультів коливається в межах 70–85%, що підтверджує репрезентативність досліджуваної вибірки.

Домінування ішемічного типу інсульту відображає провідну роль атеротромботичних і кардіоемболічних механізмів у патогенезі цереброваскулярних подій. Відсутність пацієнтів молодого віку також опосередковано свідчить про меншу частку специфічних етіологічних факторів (артеріальні дисекції, тромбофілії, васкуліти), характерних для цієї вікової категорії.

Усі клінічні випадки були підтверджені методами нейровізуалізації (комп'ютерна томографія або магнітно-резонансна томографія), що відповідає сучасним міжнародним стандартам діагностики інсульту. Використання нейровізуалізації забезпечує високу точність диференціації ішемічного та геморагічного інсульту, мінімізує ризик діагностичних помилок і є визначальним для

вибору тактики лікування, зокрема щодо можливості проведення системного тромболізису.

Клініко-фармакологічна характеристика фармакотерапії. Фармакотерапія пацієнтів із ГПМК мала комплексний, патогенетично орієнтований характер і відповідала основним сучасним підходам до лікування інсульту (табл. 1).

Реперфузійна терапія із застосуванням альтеплази проводилася відповідно до встановлених критеріїв відбору пацієнтів та в межах терапевтичного вікна. Її ефективність базується на принципі «time is brain», що підкреслює критичну залежність клінічного результату від своєчасності початку лікування [6]. Отримані дані підтверджують важливість організаційної готовності системи охорони здоров'я для забезпечення доступності цього виду терапії у відповідний часовий проміжок.

Антитромботична терапія включала антиагреганти та антикоагулянти, що узгоджується з чинними патогенетичними підходами до профілактики та лікування ішемічних уражень мозку [1]. Комбінація різних антитромботичних стратегій у клінічній практиці відображає індивідуалізований підхід до пацієнта з урахуванням серцево-судинного ризику. Використання низькомолекулярних гепаринів характеризується зручністю дозування та стабільним фармакокінетичним профілем, що підвищує передбачуваність терапевтичного ефекту.

Антигіпертензивна терапія відігравала важливу роль у підтриманні стабільної церебральної та системної гемодинаміки. Диференційований підхід до контролю артеріального тиску дозволяє досягати балансу між забезпеченням адекватної перфузії мозку та профілактикою геморагічних ускладнень, що є ключовим принципом ведення пацієнтів у гострому періоді інсульту [11].

Осмотична та інфузійна терапія застосовувалися як компоненти підтримувального лікування, спрямованого на стабілізацію внутрішньочерепного тиску, волемічного статусу та електролітного балансу, що є важливими умовами загальної стабільності пацієнта.

Окремого розгляду потребує нейропротективна терапія. Використання цитиколіну, незважаючи на його широке застосування у клінічній практиці, залишається предметом наукового обговорення щодо ступеня впливу на довгострокові функціональні результати [8]. Водночас його включення до схем лікування відображає прагнення до мультикомпонентного підходу в гострому періоді інсульту. Застосування статинів повністю узгоджується з міжнародними рекомендаціями [5] та має доведену ефективність у вторинній профілактиці, що підтверджує їх ключову роль у базисній терапії.

Отримані результати свідчать про загальну відповідність структури фармакотерапії сучасним клінічним рекомендаціям та відображають поступову інтеграцію принципів доказової медицини в реальну клінічну практику. Виявлені особливості призначень демонструють індивідуалізований підхід до лікування пацієнтів із ГПМК та підкреслюють доцільність подальшої оптимізації терапевтичних стратегій з урахуванням принципів доказовості, безпеки та фармакоекономічної ефективності.

Оцінка доступності терапії. Проведений аналіз дозволив оцінити відповідність застосованої фармакотерапії Національному переліку основних лікарських засобів України та

Таблиця 1

Структура та клініко-фармакологічна характеристика фармакотерапії ГПМК (n = 72)

Напрям фармакотерапії	Міжнародні непатентовані назви (МНН)	Механізм дії	Клінічний ефект
Реперфузійна терапія	Alteplase	Активація плазміногену з утворенням плазміну та лізис фібринового тромбу	Відновлення церебрального кровотоку
Антитромботична терапія	Acetylsalicylic acid, Clopidogrel, Heparinum, Enoxaparinum natricum	Інгібування агрегації тромбоцитів та коагуляційного каскаду	Профілактика тромбоутворення
Гемодинамічна корекція	Labetalolum, Urapidilum, Enalaprilatum, Amlodipinum, Perindoprilum	Регуляція судинного тонусу та артеріального тиску	Стабілізація церебральної перфузії
Осмотична терапія	Mannitolum	Осмотичний ефект із дегідратацією мозкової тканини	Зниження внутрішньочерепного тиску
Інфузійна терапія	Natrii chloridum 0,9%, Solutio Ringer	Відновлення об'єму циркулюючої крові та електролітного балансу	Підтримка гемодинаміки
Нейропротекція	Citicolinum, Statina	Мембраностабілізація, вплив на нейрометаболізм та ендотелій	Потенційна нейропротекція, вторинна профілактика

рівень її покриття в межах Програми медичних гарантій.

Результати фармакоекономічного аналізу наведені в таблиці 2, яка відображає рівень відповідності фармакотерапії Національному переліку та ступінь її покриття Програмою медичних гарантій.

Отримані результати свідчать про високий рівень відповідності фармакотерапії нормативним вимогам та ефективну імплементацію державної політики у сфері лікарського забезпечення. Повне покриття ключових груп лікарських засобів (тромболітики, антиагреганти, антикоагулянти) є критично важливим компонентом забезпечення своєчасної та ефективної терапії пацієнтів із ГПМК.

Часткове покриття нейрометаболічних засобів відображає їх допоміжний характер у структурі доказової фармакотерапії та залежність їх використання від ресурсних можливостей закладу охорони здоров'я.

З позицій політики держави щодо забезпечення ліками впровадження Програми медичних гарантій сприяє зниженню фінансових бар'єрів доступу до лікування, забезпечує своєчасне застосування високовартісних, але клінічно ефективних технологій (зокрема системного тромболізису) та підвищує загальну ефективність використання ресурсів системи охорони здоров'я.

В умовах воєнного стану система надання медичної допомоги функціонує в умовах підвищеного навантаження та логістичних обмежень. Незважаючи на це, отримані дані свідчать про збереження високого рівня доступності базових лікарських засобів і стабільність реалізації державних гарантій фармакотерапії, що відображає адаптивність та організаційну стійкість системи охорони здоров'я.

Отримані результати загалом узгоджуються з підходами, що застосовуються в країнах із розвиненими системами охорони здоров'я. Зокрема, у країнах Європейського Союзу забезпечення базових груп препаратів для лікування гострого інсульту також реалізується через державні або страхові механізми відшкодування, що відповідає принципам універсального доступу до медичної допомоги [6, 8].

Водночас у країнах із високим рівнем впровадження HTA-підходів (зокрема Велика Британія, Німеччина, країни Скандинавії) особлива увага приділяється стандартизації фармакотерапії інсульту та обмеженню використання препаратів із недостатньою доказовою базою, що сприяє більш уніфікованим клінічним результатам [1,3].

Отримані у даному дослідженні дані свідчать про поступову гармонізацію національної системи лікарського забезпечення з європейськими підходами, водночас демонструючи потенціал для подальшого удосконалення клінічної стандартизації та оптимізації структури фармакотерапії. Ці результати мають важливі управлінські та клініко-організаційні наслідки для подальшого розвитку системи лікарського забезпечення пацієнтів із ГПМК.

Високий рівень доступності базових лікарських засобів у межах Програми медичних гарантій підтверджує ефективність чинної моделі фінансування та її відповідність принципам універсального доступу до медичної допомоги. Водночас результати підкреслюють доцільність подальшого посилення стандартизації клінічних підходів шляхом розширення впровадження доказових протоколів, посилення ролі HTA у формуванні переліків лікарських засобів та удосконалення механізмів клінічного аудиту призначень.

Реалізація цих заходів може сприяти підвищенню однорідності клінічної практики, оптимізації використання ресурсів та подальшому зміцненню стійкості системи охорони здоров'я, особливо в умовах підвищеного навантаження та обмежених ресурсів.

Висновки. Проведене дослідження підтверджує клінічну обґрунтованість та достатній рівень стандартизації моделі лікарського забезпечення пацієнтів із гострим порушенням мозкового кровообігу, яка загалом відповідає принципам

Таблиця 2

Відповідність фармакотерапії Національному переліку та покриття Програмою медичних гарантій

Група лікарських засобів	Відповідність Національному переліку	Покриття ПМГ	Клінічні особливості застосування
Тромболітики	100%	Повністю	Застосування у терапевтичному вікні
Антиагреганти	100%	Повністю	Вторинна профілактика
Антикоагулянти	100%	Повністю	Профілактика тромбоемболій
Антигіпертензивні	100%	Частково/повністю	Індивідуалізована терапія
Інфузійні розчини	100%	Повністю	Базова підтримка
Нейрометаболічні засоби	Частково	Частково	Обмежена доказова база

доказової медицини та сучасним міжнародним рекомендаціям.

Фармакотерапія має комплексний патогенетично орієнтований характер і охоплює ключові терапевтичні напрями, спрямовані на відновлення церебральної перфузії, профілактику тромбоутворення та стабілізацію системної гемодинаміки.

Своєчасне застосування реперфузійної та антитромботичної терапії є визначальним чинником ефективності лікування ішемічного інсульту та асоціюється з покращенням функціональних результатів у пацієнтів.

Перспективи подальших досліджень. Подальші дослідження доцільно спрямувати на проведення проспективних багатоцентрових досліджень із залученням ширших популяцій пацієнтів для оцінки довгострокової ефективності та безпеки фармакотерапії гострих порушень мозкового кровообігу.

Окремий науковий інтерес становить поглиблений фармакоекономічний аналіз із застосуванням методології оцінки медичних технологій, включаючи моделі «витрати–ефективність» та «витрати–корисність», що дозволить обґрунтувати оптимальні стратегії лікарського забезпечення та підвищити ефективність використання ресурсів системи охорони здоров'я.

Інформація про фінансування. Робота виконана без цільової фінансової підтримки з боку державних, комерційних чи громадських організацій.

Інформація щодо наявності / відсутності конфлікту інтересів. Автори підтверджують відсутність фінансових або нефінансових конфліктів інтересів, пов'язаних із предметом роботи.

Внесок кожного з авторів згідно з таксономією CRediT. Фарійон А. О. – B – збір та аналіз даних, G – пошук літератури, D – підготовка чернетки статті, F – остаточне затвердження статті. Мочернюк Х. І. – A – концепція роботи та дизайн, H – методологія, D – написання статті, E – критичний огляд, F – остаточне затвердження статті. Олешук О. М. – A – концепція роботи та дизайн, C – узагальнення та інтерпретація результатів, E – критичний огляд, F – остаточне затвердження статті.

Дотримання етичних норм. Робота базується на ретроспективному аналізі медичної документації. Дослідження проведено з дотриманням основних етичних принципів, визначених Гельсінською декларацією Всесвітньої медичної асоціації (2013), Конвенцією про права людини та біомедицину (Ов'єдо, 1997) та чинним законодавством України у сфері біоетики.

Інформація про доступність первинних даних. Дані медичної документації, використані в роботі, можуть бути надані відповідальним автором за обґрунтованим запитом із урахуванням вимог щодо конфіденційності персональних даних.

Список літератури

1. World Health Organization. Global health estimates: leading causes of death and disability. Geneva: WHO, 2023. URL: https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates
2. Feigin V. L., Brainin M., Norrving B. et al. Global stroke fact sheet 2022. International Journal of Stroke. 2022. Vol. 17, No. 1. P. 18–29. DOI: https://doi.org/10.1177/17474930211065917.
3. GBD 2019 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis. The Lancet Neurology. 2021. Vol. 20, No. 10. P. 795–820. DOI: https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00252-0.
4. Національна служба здоров'я України. Програма медичних гарантій 2024. Київ, 2024. URL: https://nszu.gov.ua (дата звернення: 15.04.2026).
5. Campbell B. C. V., De Silva D. A., Macleod M. R. et al. Ischaemic stroke. Nature Reviews Disease Primers. 2019. Vol. 5. Art. 70. DOI: https://doi.org/10.1038/s41572-019-0118-8.
6. Powers W. J., Rabinstein A. A., Ackerson T. et al. 2019 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. Stroke. 2019. Vol. 50, No. 12. P. e344–e418. DOI: https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211.
7. Turc G., Bhogal P., Fischer U. et al. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on mechanical thrombectomy in acute ischemic stroke. European Stroke Journal. 2019. Vol. 4, No. 1. P. 6–12. DOI: https://doi.org/10.1177/2396987319832140.
8. Berge E., Whiteley W., Audebert H. et al. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on intravenous thrombolysis for acute ischaemic stroke. European Stroke Journal. 2021. Vol. 6, No. 1. P. I–LXII. DOI: https://doi.org/10.1177/2396987321989865.
9. O'Rourke B., Oortwijn W., Schuller T.; International Joint Task Group. The new definition of health technology assessment: a milestone in international collaboration. *International Journal of Technology Assessment in Health Care.* 2020. Vol. 36, № 3. P. 187–190. DOI: 10.1017/S0266462320000215.
10. Norrving B., Barrick J., Davalos A. et al. Action plan for stroke in Europe 2018–2030. European Stroke Journal. 2018. Vol. 3, No. 4. P. 309–336. DOI: https://doi.org/10.1177/2396987318808719.
11. Уніфікований клінічний протокол «Ішемічний інсульт» : наказ МОЗ України від 17.04.2024 № 714. Київ, 2024.
12. Національний перелік основних лікарських засобів : постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2009 р. № 333 (ред. від 27.12.2023 № 1396). Київ, 2023.
13. Методичні рекомендації з оцінки медичних технологій (HTA). Державний експертний центр МОЗ України. Київ, 2021.

14. Коваленко В. М., Лутай М. І., Сіренко Ю. М. та ін. Серцево-судинні захворювання в Україні: статистика та тенденції. Український кардіологічний журнал. 2020. № 3. С. 10–18.

References

1. World Health Organization. (2023). *Global health estimates: Leading causes of death and disability*. Retrieved from: https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates
2. Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., et al. (2022). Global stroke fact sheet 2022. *International Journal of Stroke, 17*(1), 18–29. https://doi.org/10.1177/17474930211065917
3. GBD 2019 Stroke Collaborators. (2021). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: A systematic analysis. *The Lancet Neurology, 20*(10), 795–820. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00252-0
4. (2024). Natsional'na sluzhba zdorov'ya Ukrayiny. Prohrama medychnykh harantiy 2024. [National Health Service of Ukraine. Medical guarantees program 2024]. Kyyiv. Retrieved from: https://nszu.gov.ua [in Ukrainian].
5. Campbell, B. C. V., De Silva, D. A., Macleod, M. R., et al. (2019). Ischaemic stroke. *Nature Reviews Disease Primers, 5*, 70. https://doi.org/10.1038/s41572-019-0118-8
6. Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., et al. (2019). 2019 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. *Stroke, 50*(12), e344–e418. https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211
7. Turc, G., Bhogal, P., Fischer, U., et al. (2019). European Stroke Organisation (ESO) guidelines on mechanical thrombectomy in acute ischemic stroke. *European Stroke Journal, 4*(1), 6–12. https://doi.org/10.1177/2396987319832140
8. Berge, E., Whiteley, W., Audebert, H., et al. (2021). European Stroke Organisation (ESO) guidelines on intravenous thrombolysis for acute ischaemic stroke. *European Stroke Journal, 6*(1), I–LXII. https://doi.org/10.1177/2396987321989865
9. O'Rourke, B., Oortwijn, W., Schuller, T., & International Joint Task Group. (2020). The new definition of health technology assessment: A milestone in international collaboration. *International Journal of Technology Assessment in Health Care, 36*(3), 187–190. https://doi.org/10.1017/S0266462320000215
10. Norrving, B., Barrick, J., Davalos, A., et al. (2018). Action plan for stroke in Europe 2018–2030. *European Stroke Journal, 3*(4), 309–336. https://doi.org/10.1177/2396987318808719
11. (2012). Unifikovanyy klinichnyy protokol «Ishemichnyy insul't»: nakaz MOZ Ukrayiny vid 17.04.2024 № 714. [Ministry of Health of Ukraine. Clinical protocol for ischemic stroke management (Order No. 602)]. Kyyiv [in Ukrainian].
12. (2023). Natsional'nyy perelik osnovnykh likars'kykh zasobiv: postanova Kabinetu Ministriv Ukrayiny vid 25 bereznya 2009 r. № 333 (red. vid 27.12.2023 № 1396). [Cabinet of Ministers of Ukraine. National list of essential medicines (Resolution No. 333, as amended 27.12.2023 No. 1396)]. Kyyiv [in Ukrainian].
13. (2021). Metodychni rekomendatsiyi z otsinky medychnykh tekhnolohiy (HTA). Derzhavnyy ekspertnyy tsentr MOZ Ukrayiny. [State Expert Center of the Ministry of Health of Ukraine. Health technology assessment (HTA) methodological guidelines]. Kyyiv [in Ukrainian].
14. Kovalenko, V. M., Lutai, M. I., Sirenko, Yu. M., et al. (2020). Sertsevo-sudynni zakhvoryuvannya v Ukrayini: statystyka ta tendentsiyi [Cardiovascular diseases in Ukraine: Statistics and trends]. *Ukrayins'kyy kardiolohichnyy zhurnal – Ukrainian Journal of Cardiology, (3)*, 10–18. [in Ukrainian].

CLINICAL AND PHARMACOLOGICAL ANALYSIS OF MEDICATION PROVISION IN PATIENTS WITH ACUTE CEREBROVASCULAR DISORDERS

A.O. Fariyon, K. I. Mocherniuk, O. M. Oleshchuk
Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

Objective. To conduct a clinical and pharmacological analysis of pharmacotherapy in patients with acute cerebrovascular disorders and to evaluate the rationality and effectiveness of the implementation of the state pharmaceutical provision model in a hospital setting.

Materials and Methods. A single-center retrospective analytical study was conducted in a specialized healthcare institution. Medical records of 72 patients with acute cerebrovascular disorders were analyzed. A clinical and pharmacological approach based on international nonproprietary names (INN) was applied to evaluate prescribed pharmacotherapy. The assessment included adherence to current clinical protocols, European Stroke Organisation (ESO) and World Stroke Organization (WSO) guidelines, the National List of Essential Medicines of Ukraine, and the level of reimbursement coverage under the Medical Guarantees Program.

Results. Ischemic stroke was the predominant diagnosis (75%), while hemorrhagic stroke accounted for 25% of cases. Pharmacotherapy demonstrated a multimodal structure and included systemic thrombolysis, antithrombotic therapy, antihypertensive agents, infusion therapy, osmotic agents, and neurometabolic drugs. Overall, a high level of compliance with clinical protocols was observed. However, full adherence to the National List of Essential Medicines was not consistently achieved due to the variable regulatory status of certain medicinal products and heterogeneous reimbursement coverage within the Medical Guarantees Program. The findings demonstrate a generally high level of implementation of evidence-based pharmacotherapy, while also revealing insufficient regulatory standardization of treatment regimens.

Conclusions. The state model of pharmaceutical provision for patients with acute cerebrovascular disorders is clinically justified and ensures access to essential medicines as well as continuity of emergency care. Further improvement should focus on strengthening the standardization of prescribing practices and integrating health

technology assessment (HTA) methodologies to enhance both clinical outcomes and pharmacoeconomic efficiency of therapy.

KEY WORDS: acute cerebrovascular disorders; pharmacotherapy; clinical and pharmacological analysis; Medical Guarantees Program; National List of Essential Medicines.

Дата першого надходження статті до видання: 20.03.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 25.04.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.05.2026

Відомості про авторів:
Фарійон Аліна Орестівна – здобувачка закладу вищої освіти, 4-го курсу медичного факультету, спеціальність «Медицина» Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України; ORCID https://orcid.org/0009-0004-2315-443X
Мочернюк Христина Іванівна – кандидатка біологічних наук, доцентка кафедри фармакології з клінічною фармакологією Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України; ORCID https://orcid.org/0000-0002-7799-0618
Олещук Олександра Михайлівна – доктор медичних наук, професор, проректор з наукової роботи Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID https://orcid.org/0000-0002-1491-1935.

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

УДК 614.2:616.89
DOI https://doi.org/10.11603/1681-2786.2026.2.16467

А. Я. ГАВРИЛІВ[1], О. П. МЯЛЮК[2], О. М. ДОВГАЛЕЦЬ[2]

РОЛЬ ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ`Я У ЗМІЦНЕННІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ`Я ТА БЛАГОПОЛУЧЧЯ НАСЕЛЕННЯ

[1]Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України, м. Тернопіль, Україна
[2]КЗВО «Рівненська медична академія», м. Рівне, Україна

Мета: проаналізувати сучасні підходи до зміцнення психічного здоров'я населення та визначити роль фахівців громадського здоров'я у формуванні ефективних стратегій профілактики психічних розладів, їх раннього виявлення, подолання стигматизації та забезпечення доступності послуг психічного здоров'я для різних груп населення.

Матеріали і методи. Дослідження виконано у форматі оглядової наукової статті. Проведено аналіз сучасних наукових публікацій, систематичних оглядів, метааналізів, міжнародних аналітичних звітів та нормативних документів у сфері психічного і громадського здоров'я.

Результати. Показано, що психічні розлади є однією з провідних причин втрати працездатності та формують значний глобальний соціально-економічний тягар. Незважаючи на наявність ефективних методів лікування та профілактики, значна частина осіб із психічними розладами не отримує належної допомоги. Встановлено, що ключовими детермінантами психічного здоров'я є соціально-економічні умови, стигматизація, нерівний доступ до медичних послуг, а також вплив поведінкових та екологічних факторів. Обґрунтовано важливість розвитку громадського психічного здоров'я, міжсекторальної взаємодії та впровадження популяційних профілактичних програм. Підкреслено роль фахівців громадського здоров'я у здійсненні епідеміологічного нагляду, аналізі факторів ризику, розробленні профілактичних стратегій, координації міжвідомчої співпраці та підвищенні обізнаності населення.

Висновок. Ефективне зміцнення психічного здоров'я населення потребує комплексного міжсекторального підходу, спрямованого на профілактику психічних розладів, подолання стигматизації та розширення доступу до послуг психічного здоров'я. Фахівці громадського здоров'я відіграють ключову роль у плануванні, реалізації та оцінці популяційних програм зміцнення психічного благополуччя, що сприяє підвищенню якості життя населення та зменшенню глобального тягаря психічних розладів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: психічне здоров'я; громадське здоров'я; психічні розлади; профілактика; стигматизація; доступність медичної допомоги.

Згідно з даними, опублікованими Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), понад 1 мільярд людей живуть з психічними розладами, а такі стани, як тривога та депресія, завдають величезних людських та економічних втрат. Хоча багато країн посилили свою політику та програми у сфері психічного здоров'я, у світі необхідні більші інвестиції та дії для розширення послуг із захисту та зміцнення психічного здоров'я людей. Такі психічні розлади, як тривога та депресія, є дуже поширеними в усіх країнах та громадах, впливаючи на людей різного віку та рівня доходу. Вони є другою за величиною причиною тривалої інвалідності, сприяючи втраті здорового життя. Вони збільшують витрати на охорону здоров'я для постраждалих людей та їхніх сімей, водночас завдаючи значних економічних збитків у глобальному масштабі. Нові висновки, опубліковані у двох звітах – «Світове психічне здоров'я сьогодні» та «Атлас психічного здоров'я 2024» – висвітлюють деякі сфери прогресу, водночас виявляючи значні прогалини у вирішенні проблем психічного здоров'я в усьому світі. Звіти слугують критично важливими інструментами для формування національних стратегій щодо питань сприяння психічному здоров'ю та благополуччю. «Трансформація служб охорони психічного здоров'я є однією з найнагальніших проблем громадського здоров'я», – сказав д-р Тедрос Адханом Гебреєсус, Генеральний директор ВООЗ. «Інвестування в психічне здоров'я означає інвестування в людей, громади та економіку – інвестицію, якою жодна країна не може дозволити собі нехтувати. Кожен уряд і кожен лідер повинні вживати невідкладних заходів для того, щоб допомога у сфері психічного здоров'я була гарантована всім людям як фундаментальне право, а не як привілей» [1].

Психічні розлади є вагомим чинником втрати працездатності та передчасної смертності, формуючи значний соціально-економічний тягар для систем охорони здоров'я різних країн [2]. Вони впливають на перебіг хронічних неінфекційних

© А. Я. Гаврилів, О. П. Мялюк, О. М. Довгалець, 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

захворювань, асоціюються з підвищеним ризиком серцево-судинної патології, цукрового діабету, зловживання психоактивними речовинами та іншої ризикованої поведінки [3, 4]. Особливої актуальності набуває проблема нерівного доступу до послуг психічного здоров'я: попри доведену ефективність лікування, значна частина осіб із психічними розладами не отримує своєчасної допомоги [5]. Стигматизація, соціальні бар'єри, кадровий дефіцит та фрагментованість послуг знижують ефективність реагування систем охорони здоров'я на потреби населення [6]. У цьому контексті психічне здоров'я розглядається як невід'ємний компонент загального благополуччя, що потребує інтеграції у політику профілактики хронічних захворювань, епіднагляду, промоції здорового способу життя та формування міжсекторальних стратегій підтримки населення [7-9]. Фахівці громадського здоров'я відіграють ключову роль у зміцненні психічного здоров'я через проведення епідеміологічного нагляду, виявлення факторів ризику, розроблення та впровадження профілактичних програм, подолання стигми, зменшення нерівностей у доступі до послуг і координацію міжвідомчої взаємодії.

Мета: аналіз сучасних підходів до зміцнення психічного здоров'я та визначення ролі фахівців громадського здоров'я у формуванні ефективних стратегій профілактики, раннього виявлення, подолання стигми та забезпечення доступності послуг психічного здоров'я для різних груп населення.

Матеріали і методи. Оглядова стаття підготовлена на основі аналізу сучасних наукових публікацій, міжнародних аналітичних звітів та нормативних документів у сфері психічного та громадського здоров'я. Пошук джерел здійснювався у наукометричних базах даних (PubMed, Scopus, Web of Science), а також на офіційних вебресурсах міжнародних організацій (ВООЗ, CDC, ООН). До аналізу включено систематичні огляди, метааналізи, аналітичні доповіді та програмні документи, що висвітлюють питання епідеміології психічних розладів, профілактики, подолання стигми, міжсекторальної взаємодії та ролі фахівців громадського здоров'я. Методологічною основою дослідження стали методи контент-аналізу, порівняльного аналізу, узагальнення та систематизації наукових даних з метою визначення ключових напрямів діяльності фахівців громадського здоров'я у зміцненні психічного здоров'я населення.

Результати дослідження та обговорення. Психічні розлади та рівень психічного благополуччя мають суттєвий популяційний вплив і є одним із пріоритетних напрямів діяльності системи громадського здоров'я. Ефективні втручання у сфері громадського психічного здоров'я (Public Mental Health, PMH) спрямовані на лікування психічних розладів, запобігання їхнім наслідкам, профілактику виникнення розладів, а також на зміцнення психічного благополуччя та резильєнтності населення. Робоча група Всесвітньої психіатричної асоціації визначає громадське психічне здоров'я як популяційний підхід, спрямований на покращення охоплення, результативності та координації втручань, що забезпечує ефективне, справедливе та стале зниження поширеності психічних розладів і підвищення рівня благополуччя населення [10]. Саме фахівці громадського здоров'я відіграють ключову роль у плануванні, реалізації та оцінці таких програм.

До психічних розладів належать афективні, тривожні, посттравматичні, психотичні, розлади особистості, розлади харчової поведінки, розлади, пов'язані з уживанням психоактивних речовин, деменція та нейророзвиткові порушення. Психічне благополуччя охоплює афективний компонент (задоволення та позитивний настрій), оціночний (задоволеність життям) та евдемонічний (відчуття сенсу й мети життя) [11]. Психічні розлади та благополуччя є взаємопов'язаними, але відносно незалежними континуумами, оскільки наявність розладу не виключає певного рівня благополуччя. Важливою складовою є резильєнтність – здатність адаптуватися до несприятливих умов, формування якої є одним із напрямів діяльності фахівців громадського здоров'я.

Психічні розлади становлять значну частку глобального тягаря хвороб, яка часто недооцінюється [12]. Це пояснюється високою поширеністю, раннім початком упродовж життєвого циклу та широкими міжсекторальними наслідками, що охоплюють систему охорони здоров'я, освіту, зайнятість, кримінальну юстицію та інші сфери, формуючи значні економічні витрати [11, 12]. Ситуацію ускладнює висока коморбідність психічних розладів, їх поєднання з ризикованими поведінковими чинниками та соматичними захворюваннями. Водночас високий рівень психічного благополуччя сприяє покращенню здоров'я, соціальної інтеграції, освітніх і професійних результатів [12]. Значна частина психічних розладів формується ще в дитячому та підлітковому віці, що підкреслює необхідність ранніх профілактичних втручань. Несприятливі дитячі переживання мають суттєвий вплив на ризик розвитку психічних розладів [11, 13, 14]. Популяційна атрибутивна частка дозволяє оцінити внесок окремих модифікованих факторів ризику та потенціал їх усунення для зниження захворюваності [15]. До ключових детермінант належать соціально-економічна нерівність, збройні конфлікти, екологічні чинники (пандемії, катастрофи, забруднення довкілля, зміна клімату) та комерційні детермінанти, пов'язані зі споживанням тютюну, алкоголю та інших шкідливих продуктів [11, 16]. Окремі групи населення – біженці,

бездомні, особи з інвалідністю, представники ЛГБТК+ спільноти, безробітні та інші соціально вразливі категорії – мають підвищений ризик через накопичення несприятливих чинників [11, 16]. Виявлення таких груп і розробка цільових програм підтримки є одним із завдань фахівців громадського здоров'я.

Втручання у сфері громадського психічного здоров'я охоплюють лікування, профілактику виникнення розладів, попередження їх наслідків та зміцнення благополуччя і резильєнтності. Вони реалізуються на первинному, вторинному та третинному рівнях профілактики й можуть впроваджуватися протягом усього життєвого циклу [11, 12]. Багато з них супроводжуються економічною оцінкою та демонструють позитивне співвідношення витрат і вигод навіть у короткостроковій перспективі [12, 16]. Реалізація таких заходів потребує міжсекторальної взаємодії між системами охорони здоров'я, громадського здоров'я, освіти, соціального захисту, зайнятості, житлової політики та іншими секторами. У цьому процесі фахівці громадського здоров'я виконують координуючу, аналітичну та управлінську функцію, забезпечуючи ефективне впровадження доказових стратегій зміцнення психічного здоров'я та благополуччя населення. Незважаючи на наявність доказових втручань, лише незначна частина осіб із психічними розладами отримує будь-яке лікування, і ще менша – ефективну терапію [11, 17, 18]. Охоплення заходами, спрямованими на запобігання негативним наслідкам психічних розладів, є ще нижчим, а профілактичні програми та ініціативи з промоції психічного благополуччя й резильєнтності реалізуються у вкрай обмежених масштабах. Рівень впровадження втручань громадського психічного здоров'я (РМН) суттєво нижчий у країнах із низьким і середнім рівнем доходу порівняно з країнами з високим рівнем доходу. Розрив у впровадженні заходів громадського психічного здоров'я порушує право на охорону здоров'я та призводить до масштабних популяційних страждань, значних соціальних наслідків і економічних втрат [11]. Причинами такого розриву є недостатній рівень знань і підготовки з питань громадського психічного здоров'я, недосконаліть політики у сфері психічного здоров'я та брак прозорості її реалізації, обмежені ресурси, недостатня політична воля, політична чутливість окремих напрямів діяльності, а також недооцінка культурних відмінностей. До специфічних чинників «лікувального розриву» належать низька обізнаність населення й медичних працівників щодо психічних розладів, недостатня підготовка у сфері доказового лікування, стигматизація та обмежене розуміння масштабів проблеми і шляхів її подолання. Подолання цього розриву було визначене пріоритетом у Плані дій Всесвітньої психіатричної асоціації на 2020–2023 роки [19] і зберігає актуальність у Плані дій на 2023–2026 роки [20]. Серед ключових напрямів дій – формування переконливої доказової бази, розвиток практики громадського психічного здоров'я, підвищення рівня підготовки кадрів і обізнаності населення, впровадження міжсекторальних і середовищних підходів, використання цифрових технологій, оптимізація наявних ресурсів, реалізація втручань із великим популяційним впливом, правовий підхід та розвиток досліджень, орієнтованих на впровадження [11, 12].

Обґрунтування необхідності розвитку громадського психічного здоров'я передбачає насамперед оцінку масштабу розриву впровадження. Така оцінка включає визначення поширеності психічних розладів і пов'язаних із ними наслідків, частки осіб, які отримують лікування та профілактичні послуги, поширеності факторів ризику та захисних чинників, а також аналіз якості реалізації втручань і фінансових витрат різних секторів. Особливо важливо проводити оцінювання на національному рівні, оскільки локальні й регіональні показники значною мірою відображають загальнонаціональний масштаб проблеми [11]. Важливу роль відіграють також скоординована адвокація та лідерство із залученням осіб із власним досвідом психічних розладів. Діяльність робочих груп і професійних асоціацій сприяє міжсекторальній взаємодії та формуванню спільної стратегії дій [19-21]. Додатковим аргументом є економічне обґрунтування інвестицій, що передбачає оцінку вартості бездіяльності та потенційних економічних вигод від масштабування ефективних втручань [11, 22].

Практика громадського психічного здоров'я включає три ключові етапи: використання результатів оцінки потреб для визначення пріоритетних втручань і формування міжсекторальної стратегії; реалізацію узгоджених заходів із досягненням визначеного рівня популяційного охоплення; а також регулярний моніторинг ефективності та результатів, з особливою увагою до груп підвищеного ризику [21]. Прозорість ухвалення рішень щодо обсягів і рівня охоплення втручань має ґрунтуватися на оцінці популяційного впливу, економічної доцільності, законодавчих зобов'язань щодо недискримінації та забезпечення права на здоров'я.

Недостатній рівень знань і підготовки у сфері громадського психічного здоров'я є суттєвим бар'єром для ефективного впровадження [21]. Підготовка повинна охоплювати питання поширеності психічних розладів, факторів ризику й захисту, характеристик груп підвищеного ризику, доказових втручань різних секторів та їх економічного ефекту, а також аналіз причин розриву впровадження і шляхів його подолання [21, 18]. Навчальні програми мають бути спрямовані на фахівців системи охорони здоров'я, громадського

здоров'я, освіти, соціальної сфери, зайнятості, кримінальної юстиції, представників політичних структур і громадського сектору. Важливим є також включення компонентів громадського психічного здоров'я до післядипломної підготовки психіатрів [22]. Підвищення обізнаності населення сприяє ранньому виявленню розладів, зменшенню стигматизації, профілактиці та зміцненню психічного благополуччя, з особливою увагою до вразливих груп і використанням сучасних цифрових комунікаційних платформ. Середовищні (settings-based) та інтегровані підходи створюють додаткові можливості для розширення охоплення втручаннями громадського психічного здоров'я серед окремих груп населення. Реалізація програм у конкретних середовищах – зокрема в антенатальних службах, закладах дошкільної та шкільної освіти, на робочих місцях і в установах виконання покарань – дозволяє системно впливати на визначені цільові групи. Інтеграція зусиль як усередині окремих секторів, так і між ними сприяє координації діяльності, підвищенню ефективності впровадження та збільшенню популяційного охоплення втручань. Використання цифрових технологій є важливим інструментом подолання розриву впровадження. Цифрові платформи можуть розширювати доступ до втручань, підтримувати професійну підготовку фахівців у сфері громадського психічного здоров'я та сприяти підвищенню психічної грамотності населення [18]. Онлайн-ресурси, дистанційні програми підтримки та інформаційні кампанії через цифрові канали комунікації забезпечують масштабованість і економічну доцільність втручань.

Оптимізація наявних ресурсів також є ключовим напрямом підвищення ефективності системи. Це включає розвиток програм самодопомоги, використання цифрових інструментів, впровадження моделей спільної допомоги (collaborative care), розподіл завдань між фахівцями різного профілю (task sharing), залучення неспеціалізованих працівників та систем підтримки «рівний-рівному». Підвищення якості надання допомоги та раціональне використання кадрових ресурсів дозволяють збільшити доступність послуг без суттєвого зростання витрат. Особливе значення мають втручання з потенційно великим популяційним впливом [11, 12]. До них належать зменшення соціально-економічної нерівності та бідності, які виступають як чинники ризику, так і наслідки психічних розладів. Важливим є також регулювання комерційних детермінант здоров'я, зокрема політики ціноутворення щодо алкоголю, тютюну та нездорових харчових продуктів [17, 23]. Значний профілактичний потенціал мають програми запобігання несприятливому дитячому досвіду, який асоціюється з високою часткою психічних розладів упродовж життя [16]. Батьківські програми не лише зменшують ризик дитячих психічних розладів, а й покращують поведінкові та психоемоційні показники дітей і батьків. З огляду на те, що більшість психічних розладів дебютує до досягнення повноліття, пріоритетними є лікування та профілактика розладів у дитячому та підлітковому віці, а також своєчасна допомога батькам із психічними розладами, що сприяє запобіганню міжпоколінній передачі ризику.

Додатковими напрямами з великим популяційним ефектом є програми відмови від куріння, які покращують як фізичне здоров'я та тривалість життя, так і показники депресії та тривожності, а також заходи зі зменшення фізичної неактивності [24]. Правовий підхід і законодавче забезпечення є важливими механізмами підтримки впровадження втручань громадського психічного здоров'я. Право на психічне здоров'я, закріплене в документах Організації Об'єднаних Націй, а також цілі сталого розвитку щодо універсального охоплення медичною допомогою поширюються і на сферу психічного здоров'я. Законодавчі ініціативи можуть сприяти недискримінації осіб із психічними розладами, захисту дітей і сімей від несприятливих умов та забезпеченню безпечного робочого середовища. Попри наявність ефективних втручань, їх впровадження залишається недостатнім, що зумовлює потребу в дослідженнях, орієнтованих на реалізацію (implementation-focused research). Такі дослідження мають на меті визначення оптимальних стратегій масштабування програм з урахуванням потреб населення, зокрема груп підвищеного ризику, як у країнах із високим рівнем доходу, так і в країнах із низьким і середнім рівнем доходу.

Отже, психічні розлади зумовлюють значні соціальні наслідки та економічні витрати. Незважаючи на існування ефективних втручань, більшість осіб із психічними розладами не отримують належної допомоги, а профілактичні програми та заходи з промоції психічного благополуччя охоплюють лише незначну частину населення. Такий розрив у впровадженні порушує право на здоров'я та спричиняє масштабні популяційні втрати. Реалізація комплексного пакета заходів, спрямованих на покращення впровадження втручань громадського психічного здоров'я, забезпечує міжсекторальний позитивний ефект, сприяє досягненню стратегічних цілей політики охорони здоров'я та підтримує сталий соціально-економічний розвиток. Пріоритизація громадського психічного здоров'я на міжнародному рівні сприяє посиленню уваги до цієї проблематики в діяльності професійних та міжсекторальних організацій [24].

Підвищення ефективності системи громадського психічного здоров'я потребує комплексного підходу, що поєднує розвиток кадрового потенціалу, посилення міжсекторальної співпраці

та впровадження доказових профілактичних програм. Важливим напрямом є інтеграція психічного здоров'я у політику громадського здоров'я, систему первинної медичної допомоги та соціальні програми підтримки населення. Особлива роль у цьому процесі належить фахівцям громадського здоров'я, які здійснюють аналітичну, координаційну та організаційну діяльність, спрямовану на зменшення нерівностей у доступі до послуг, підвищення рівня обізнаності населення та формування ефективних стратегій зміцнення психічного благополуччя. Саме системне впровадження таких підходів створює передумови для зменшення тягаря психічних розладів та підвищення якості життя населення.

Висновки

1. Психічні розлади є значущою складовою глобального тягаря хвороб і мають суттєві соціальні, економічні та медичні наслідки для суспільства.

2. Попри наявність доказових профілактичних і лікувальних втручань, значна частина осіб із психічними розладами не отримує своєчасної та ефективної допомоги, що зумовлює так званий «лікувальний розрив».

3. Основними чинниками, що впливають на психічне здоров'я населення, є соціально-економічна нерівність, стигматизація, обмежений доступ до послуг психічного здоров'я, а також поведінкові та екологічні детермінанти.

4. Розвиток громадського психічного здоров'я потребує впровадження популяційних профілактичних програм, міжсекторальної співпраці та інтеграції психічного здоров'я у політику громадського здоров'я.

5. Фахівці громадського здоров'я відіграють ключову роль у моніторингу психічного здоров'я населення, виявленні факторів ризику, розробленні профілактичних стратегій, координації міжвідомчої взаємодії та підвищенні обізнаності населення.

6. Подальший розвиток системи громадського психічного здоров'я має бути спрямований на розширення доступності послуг, подолання стигматизації та впровадження ефективних міжсекторальних стратегій підтримки психічного благополуччя населення.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з оцінкою ефективності та масштабуванням доказових втручань у сфері громадського психічного здоров'я, розвитком цифрових рішень, удосконаленням програм для вразливих груп населення та підвищенням якості підготовки фахівців громадського здоров'я.

Інформація про фінансування. Стаття фінансується власним коштом автора.

Інформація щодо наявності/відсутності конфлікту інтересів. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Внесок кожного з авторів згідно таксономії CrediT. А. Я. Гаврилів – методологія, проведення дослідження та написання статті; О. П. Мялюк – розробка концепції, рецензування та редагування; О. М. Довгалець – перевірка та візуалізація.

Відповідність матеріалів статті щодо проведення обстежень/досліджень/лікування нормам біоетики. Це дослідження є систематичним оглядом опублікованих наукових джерел і не передбачало залучення людей як учасників досліджень, проведення клінічних втручань або роботи з біологічним матеріалом. У зв'язку із цим отримання дозволу комісії з біоетики не вимагалося. Дослідження проводилося відповідно до принципів Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації та міжнародних – стандартів етики наукових публікацій (COPE).

Інформація про доступність первинних даних. Дослідження має оглядовий характер і не передбачає збору первинних даних. Усі використані матеріали є відкритими та доступними у відповідних наукових джерелах.

Список літератури

1. World Health Organization. Over a billion people living with mental health conditions: services require urgent scale-up. 2025. URL: https://www.who.int/news/item/02-09-2025-over-a-billion-people-living-with-mental-health-conditions-services-require-urgent-scale-up
2. Bamigboye O., Alfred M. O., Bayode A. A., Unuabonah E. I., Omorogie M. O. The growing threats and mitigation of environmental microplastics. *Environmental Chemistry and Ecotoxicology*. 2024. Vol. 6. P. 259–268. DOI: 10.1016/j.enceco.2024.07.001.
3. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020. *The Lancet.* 2021. Vol. 398(10312). P. 1700–1712. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02143-7
4. World Health Organization. Mental health and COVID-19: early evidence of the pandemic's impact. Geneva: WHO, 2022.
5. Herrman H., Patel V., Kieling C. et al. Time for united action on depression: a Lancet–World Psychiatric Association Commission. *The Lancet*. 2022. Vol. 399(10328). P. 957–1022. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02141-3
6. United Nations. The Sustainable Development Goals Report 2023. New York: UN, 2023.
7. Patel V., Saxena S., Lund C. et al. *Lancet.* 2023/ № 402(10402). P. 656 666. DOI:10.1016/S0140-6736(23)00918-2
8. Centers for Disease Control and Prevention. Mental Health Surveillance Among Adults in the United States. 2023.
9. World Health Organization. World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All. Geneva: WHO, 2022.

10. Campion J., Javed A., Lund C., Sartorius N., Saxena S., Marmot M., Allan J., Udomratn P. Public mental health: required actions to address implementation failure in the context of COVID-19. *Lancet Psychiatry.* 2022. Vol. 9(2). P. 169–182. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00199-1
11. Campion J. Public mental health: evidence, practice and commissioning. Royal Society of Public Health, 2019. URL: https://www.rsph.org.uk/our-work/policy/wellbeing/public-mental-health-evidence-practice-andcommissioning.html
12. Vigo D., Thornicroft G., Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry.* 2016. Vol. 3(2). P. 171–178. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00505-2
13. Arango C., Dragioti E., Solmi M. et al. Risk and protective factors for mental disorders beyond genetics: an evidence-based atlas. *World Psychiatry.* 2021. Vol. 20(3). P. 417–436. DOI: 10.1002/wps.20894
14. Dragioti E., Radua J., Solmi M. et al. Global population attributable fraction of potentially modifiable risk factors for mental disorders: a meta-umbrella systematic review. *Molecular Psychiatry.* 2022. Vol. 27. P. 3510–3519. DOI: 10.1038/s41380-022-01586-8
15. Campion J. Public mental health e-learning module (update). MindEd eLearning Programme. NHS England, 2024. URL: https://www.minded.org.uk/Component/Details/632895
16. World Health Organization. Mental health atlas 2024. Geneva: World Health Organization, 2024.
17. Vigo D. V., Stein D. J., Harris M. G. et al. Effective treatment for mental and substance use disorders in 21 countries. *JAMA Psychiatry*. 2025. Vol. 82(4). P. 347–357. DOI: https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.4378.
18. World Psychiatric Association. *Action plan 2020–2023*. Geneva: WPA, 2020.
19. World Psychiatric Association. *Action plan 2023–2026*. Geneva: WPA, 2023.
20. World Federation of Public Health Associations, World Organization of Family Doctors, World Psychiatric Association. *Public mental health joint statement*. WFPHA, WONCA & WPA, 2023.
21. Campion J., Knapp M. The economic case for improved coverage of public mental health interventions. *Lancet Psychiatry*. 2018. Vol. 5(2). P. 103–105. DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30433-9.
22. World Psychiatric Association. *WPA position statement on high-quality training in psychiatry*. Geneva: WPA, 2023.
23. Burton R., Sharpe C., Bhuptani S. та ін. The relationship between the price and demand of alcohol, tobacco, unhealthy food, sugar-sweetened beverages, and gambling: an umbrella review of systematic reviews. *BMC Public Health*. 2024. Vol. 24(1). P. 1286. DOI: 10.1186/s12889-024-18599-3.
24. Campion J., Johnston G., Shiers D., Chew-Graham C. Why should we prioritise smoking cessation for people with mental health conditions? *British Journal of General Practice*. 2023. Vol. 73(731). P. 251–253. DOI: 10.3399/bjgp23X 732921.

References

1. World Health Organization. (2025). Over a billion people living with mental health conditions: services require urgent scale-up. Retrieved from https://www.who.int/news/item/02-09-2025-over-a-billion-people-living-with-mental-health-conditions-services-require-urgent-scale-up
2. Bamigboye, O., Alfred, M. O., Bayode, A. A., Unuabonah, E. I., & Omorogie, M. O. (2024). The growing threats and mitigation of environmental microplastics. *Environmental Chemistry and Ecotoxicology*, 6, 259–268. https://doi.org/10.1016/j.enceco.2024.07.001
3. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020. *The Lancet*, 398(10312), 1700–1712. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7
4. World Health Organization. (2022). *Mental health and COVID-19: early evidence of the pandemic's impact*. Geneva: WHO.
5. Herrman, H., Patel, V., Kieling, C., et al. (2022). Time for united action on depression: a Lancet–World Psychiatric Association Commission. *The Lancet*, 399(10328), 957–1022. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02141-3
6. United Nations. (2023). *The Sustainable Development Goals Report 2023*. New York: UN.
7. Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Kohrt, B., Kieling, C., Sunkel, C., Kola, L., Chang, O., Charlson, F., O'Neill, K., & Herrman, H. (2023). Transforming mental health systems globally: principles and policy recommendations. *Lancet (London, England)*, 402(10402), 656–666. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00918-2
8. Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Mental Health Surveillance Among Adults in the United States*. Retrieved from https://www.cdc.gov
9. World Health Organization. (2022). *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All*. Geneva: WHO.
10. Campion, J., Javed, A., Lund, C., Sartorius, N., Saxena, S., Marmot, M., Allan, J., & Udomratn, P. (2022). Public mental health: required actions to address implementation failure in the context of COVID-19. *Lancet Psychiatry*, 9(2), 169–182. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00199-1
11. Campion, J. (2019). *Public mental health: evidence, practice and commissioning*. Royal Society of Public Health. Retrieved from https://www.rsph.org.uk/our-work/policy/wellbeing/public-mental-health-evidence-practice-andcommissioning.html
12. Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*, 3(2), 171–178. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2
13. Arango, C., Dragioti, E., Solmi, M., et al. (2021). Risk and protective factors for mental disorders beyond genetics: an evidence-based atlas. *World Psychiatry*, 20(3), 417–436. https://doi.org/10.1002/wps.20894
14. Dragioti, E., Radua, J., Solmi, M., et al. (2022). Global population attributable fraction of potentially modifiable risk factors for mental disorders: a meta-umbrella systematic review. *Molecular Psychiatry*, 27, 3510–3519. https://doi.org/10.1038/s41380-022-01586-8

15. Campion, J. (2024). Public mental health e-learning module (update). *MindEd eLearning Programme*. NHS England. Retrieved from https://www.minded.org.uk/Component/Details/632895
16. World Health Organization. (2024). Mental health atlas 2024. Geneva: World Health Organization.
17. Vigo, D. V., Stein, D. J., Harris, M. G., et al. (2025). Effective treatment for mental and substance use disorders in 21 countries. JAMA Psychiatry, 82(4), 347–357. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.4378
18. World Psychiatric Association. (2020). Action plan 2020–2023. Geneva: WPA.
19. World Psychiatric Association. (2023). Action plan 2023–2026. Geneva: WPA.
20. World Federation of Public Health Associations, World Organization of Family Doctors, & World Psychiatric Association. (2023). Public mental health joint statement. WFPHA, WONCA & WPA.
21. Campion, J., & Knapp, M. (2018). The economic case for improved coverage of public mental health interventions. Lancet Psychiatry, 5(2), 103–105. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30433-9
22. World Psychiatric Association. (2023). WPA position statement on high-quality training in psychiatry. Geneva: WPA.
23. Burton, R., Sharpe, C., Bhuptani, S., et al. (2024). The relationship between the price and demand of alcohol, tobacco, unhealthy food, sugar-sweetened beverages, and gambling: an umbrella review of systematic reviews. BMC Public Health, 24(1), 1286. https://doi.org/10.1186/s12889-024-18599-3
24. Campion, J., Johnston, G., Shiers, D., & Chew-Graham, C. (2023). Why should we prioritise smoking cessation for people with mental health conditions? British Journal of General Practice, 73(731), 251–253. https://doi.org/10.3399/bjgp23X732921

THE ROLE OF PUBLIC HEALTH PROFESSIONALS IN PROMOTING MENTAL HEALTH AND WELL-BEING OF THE POPULATION

A. Ya. Havryliv[1], O. P. Mialiuk[2], O. M. Dovhalets[2]
[1]Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine
[2]MIHE «Rivne Medical Academy», Rivne, Ukraine

Purpose: to analyze current approaches to mental health promotion and to determine the role of public health professionals in developing effective strategies for prevention, early detection of mental disorders, stigma reduction, and improving accessibility of mental health services for different population groups.

Materials and methods: The study was conducted as a narrative review. An analysis of recent scientific publications, systematic reviews, meta-analyses, international analytical reports, and policy documents in the field of mental and public health was performed.

Results. Mental disorders are one of the leading causes of disability and contribute significantly to the global burden of disease. Despite the availability of effective preventive and therapeutic interventions, a large proportion of individuals with mental disorders do not receive adequate care. Key determinants of mental health include socio-economic conditions, stigma, inequalities in access to healthcare services, and behavioral and environmental factors. The findings highlight the importance of strengthening public mental health systems, promoting intersectoral collaboration, and implementing population-based prevention programs. Public health professionals play a crucial role in epidemiological surveillance, the identification of risk factors, the development of preventive strategies, the coordination of cross-sectoral initiatives, and the increase of public awareness.

Conclusions. Effective promotion of mental health requires a comprehensive intersectoral approach focused on prevention of mental disorders, reduction of stigma, and improvement of access to mental health services. Public health professionals play a key role in planning, implementing, and evaluating population-based mental health interventions, contributing to improved quality of life and reduction of the global burden of mental disorders.

KEY WORDS: mental health; public health; mental disorders; prevention; stigma; access to healthcare.

Дата першого надходження статті до видання: 09.04.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 30.04.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.05.2026

Відомості про авторів:
Гаврилів Артур Ярославович – магістрант кафедри функціональної і лабораторної діагностики за спеціальністю Громадське здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України
Мялюк Оксана Петрівна – кандидат біологічних наук, доцент, завідувач кафедри фундаментальних дисциплін, КЗВО «Рівненська медична академія» РОР; ORCID https://orcid.org/0000-0002-5090-6607
Довгалець Оксана Михайлівна – кандидат історичних наук, доцент кафедри суспільно-гуманітарних дисциплін КЗВО «Рівненська медична академія» РОР; ORCID https://orcid.org/0000-0004-5438-4801

Електронна адреса для листування: oksankamp@ukr.net

УДК 614.2:613.9:616.211-089.844
DOI https://doi.org/10.11603/1681-2786.2026.2.16468

О. П. ІВАХНО, Є. В. РУКІН

ПРЕВЕНТИВНИЙ ПОТЕНЦІАЛ РИНОПЛАСТИЧНИХ ВТРУЧАНЬ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД)

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета: узагальнення сучасних наукових даних щодо епідеміології порушень носового дихання, спричинених анатомічними дефектами носа, аналіз їхнього впливу на показники громадського здоров'я та обґрунтування превентивного потенціалу реконструктивних втручань як чинника збереження соціально-економічного ресурсу суспільства.

Матеріали і методи. Методологія дослідження базувалася на системному аналізі наукових джерел щодо профілактичного ефекту, клінічної ефективності та економічної доцільності реконструктивних ринопластичних втручань із позицій сучасних метрик громадського здоров'я.

Результати. У статті узагальнено сучасні наукові дані щодо медико-соціального значення порушень носового дихання та превентивного потенціалу ринопластичних втручань у системі громадського здоров'я. Показано, що девіації носової перегородки та інші анатомічні дефекти носа є надзвичайно поширеними (до 80–90% серед дорослого населення) і формують значний, часто недооцінений тягар неінфекційних захворювань. Хронічна назальна обструкція розглядається як мультисистемний фактор ризику, що асоціюється з розвитком апное сну, серцево-судинних порушень, когнітивного дефіциту та зниження якості життя, спричиняючи втрати здорових років життя (DALY) і зменшення соціально-економічного потенціалу населення.

Встановлено, що ринопластика та септопластика мають значний превентивний потенціал у різні вікові періоди: у дітей – запобігають порушенням розвитку лицевого скелета, когнітивним і поведінковим розладам; у дорослих – знижують ризик системних ускладнень, покращують функцію дихання, якість сну та ефективність лікування супутніх захворювань; мають біопсихосоціальні аспекти – сприяють підвищенню психоемоційного благополуччя, зниженню рівня тривожності та депресії, покращенню соціальної інтеграції пацієнтів; в умовах воєнного стану в Україні – набуває ключового статусу в медичній та соціальній реабілітації осіб із бойовими травмами обличчя.

Висновки. Ринопластичні втручання необхідно розглядати як ефективний інструмент превентивної медицини, здатний зменшити тягар хронічних захворювань, підвищити якість життя населення та сприяти збереженню людського капіталу. Інтеграція реконструктивної хірургії носа у стратегії та моделі громадського здоров'я з оптимізації допомоги в умовах воєнних і повоєнних викликів є реальною необхідністю.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: ринопластика; септопластика; назальна обструкція; громадське здоров'я; превентивна медицина; якість життя.

Вступ. У сучасній системі охорони здоров'я спостерігається фундаментальна зміна парадигми: перехід від суто лікувальних підходів до стратегій, що базуються на забезпеченні високої якості життя та функціонального довголіття населення. Однією з найбільш поширених, проте часто недооцінених патологій у структурі неінфекційної захворюваності, є порушення носового дихання, спричинені анатомічними дефектами носа. За даними глобальних епідеміологічних звітів, викривлення носової перегородки (ВНП) та супутні деформації зустрічаються у 80–90% дорослої популяції, формуючи прихований, але масштабний тягар для національних систем охорони здоров'я (QALY, DALY та ICER).

Порушення назальної прохідності вже давно вийшло за межі вузької отоларингологічної проблеми. Хронічна обструкція виступає системним тригером для розвитку цілої низки коморбідних станів – від апное сну, стійкої артеріальної гіпертензії до когнітивного дефіциту та розладів ментальної сфери. У контексті методології Global Burden of Disease ці стани корелюють зі значними втратами здорових років життя (DALY), що безпосередньо вимиває людський капітал через зниження працездатності та соціальної активності громадян.

Реконструктивна хірургія носа, зокрема ринопластика, у цьому контексті набуває нового медико-соціального значення. Вона трансформується з елективної естетичної операції на потужний інструмент превентивної медицини. Своєчасна корекція анатомічних дефектів дозволяє не лише відновити життєво важливу функцію

© О. П. Івахно, Є. В. Рукін, 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

дихання, а й попередити розвиток незворотних системних ускладнень, зменшити медикаментозне навантаження на пацієнтів та забезпечити їхню повноцінну психосоціальну реадаптацію.

Для України зазначена проблематика набуває особливої гостроти в умовах воєнного стану. Безпрецедентне зростання кількості мінно-вибухових травм обличчя серед військових та цивільних осіб вимагає наукового обґрунтування нових моделей надання допомоги, де ринопластика стає базовим елементом медичної та соціальної реабілітації постраждалих [1, 2, 3].

Мета: узагальнення сучасних наукових даних щодо епідеміології порушень носового дихання, спричинених анатомічними дефектами носа, аналіз їхнього впливу на показники громадського здоров'я та обґрунтування превентивного потенціалу реконструктивних втручань як чинника збереження соціально-економічного ресурсу суспільства.

Матеріали і методи дослідження. Для підготовки даного наукового огляду проведено системний аналіз сучасних наукових публікацій, присвячених медико-соціальним аспектам, клінічній ефективності та превентивному потенціалу ринопластичних втручань.

Інформаційний пошук здійснювався у провідних міжнародних наукометричних базах даних: PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science та Google Scholar.

До аналізу включено більше 60 джерел, серед яких систематичні огляди, мета-аналізи, результати рандомізованих контрольованих досліджень, зокрема багатоцентрового дослідження NAIROS. Такий підхід забезпечив високий рівень доказовості та репрезентативності отриманих висновків.

Критеріями залучення були: відповідність тематиці огляду, наявність кількісних або якісних даних щодо ефективності ринопластичних втручань, оцінка їх впливу на якість життя, функціональний стан пацієнтів та показники громадського здоров'я. Перевага надавалася публікаціям із високим рівнем доказовості з чітко описаною методологією: проаналізовані джерела характеризувалися високою актуальністю, з яких 61,7% упродовж 2020-2026 років.

Методологія дослідження ґрунтувалася на застосуванні бібліосемантичного, аналітичного та системного підходів, використання яких

дозволило узагальнити результати клінічних та епідеміологічних досліджень і інтерпретувати їх у контексті тягаря неінфекційних захворювань та охорони громадського здоров'я. Проаналізовано поширеність анатомічних порушень носа, їх зв'язок із мультисистемною патологією (зокрема розладами сну, серцево-судинними та когнітивними порушеннями), а також вплив на показники якості життя і втрати здорових років життя. Оцінку ефективності ринопластичних втручань проведено з урахуванням клінічних, психоемоційних і соціальних результатів із використанням метрик QALY, DALY та ICER. Додатково враховано біопсихосоціальні ефекти втручань і їх роль у медико-соціальній реабілітації, зокрема в умовах воєнного часу.

Синтез отриманих даних дозволив здійснити комплексну оцінку ролі ринопластичних втручань як важливого інструменту функціональної та превентивної медицини, що має потенціал для покращення показників індивідуального та громадського здоров'я.

Результати дослідження та їх обговорення. Сучасні епідеміологічні дослідження переконливо свідчать, що порушення носового дихання є однією з найпоширеніших патологій верхніх дихальних шляхів і мають виражений мультидисциплінарний характер, що безпосередньо впливає на показники глобального тягаря хвороб [1, 2, 3]. Викривлення носової перегородки (ВНП) зустрічається у значної частини населення світу та часто супроводжується клінічно значущою назальною обструкцією, що суттєво знижує якість життя пацієнтів [4, 5]. Автори вказують на варіативність поширеності патології – від 0,93% до 55% у загальній популяції, при цьому використання сучасних методів візуалізації, зокрема конусно-променевої комп'ютерної томографії (КПКТ), виявляє анатомічні відхилення у 86,6-90% обстежених дорослих осіб. Така висока поширеність у популяції дозволяє розглядати ВНП як детермінант здоров'я, який потребує системних превентивних стратегій. Етіологія ВНП є поліфакторною і включає як вроджені аномалії розвитку, так і посттравматичні зміни. Особливо важливим є феномен компенсаторної гіпертрофії нижніх носових раковин, який формує додатковий рівень обструкції та ускладнює клінічну картину.

Порушення носового дихання мають широкий спектр медичних наслідків. Одним із ключових є розвиток хронічних запальних захворювань приносових пазух. Враховуючи високу поширеність синуситів у структурі неінфекційної захворюваності, своєчасна корекція ВПП виступає дієвим інструментом профілактичної медицини, що дозволяє зменшити потік звернень за спеціалізованою допомогою [6, 7, 8].

Викривлення перегородки може призводити до гіпосмії через обмеження доступу одорантів до нюхової зони, впливу на функцію середнього вуха та пневматизацію мастоїдального відростка, підкреслюючи системний характер патології верхніх дихальних шляхів.

Доведено, що підвищення назального опору сприяє формуванню обструктивного апное сну через механізм збільшення від'ємного тиску у глотці [9].

Частота поширеності деформацій носової перегородки з віком свідчить про кумулятивний

ефект патології та актуальність раннього виявлення ВНП у межах профілактичних оглядів.

Таким чином, порушення носового дихання є не лише локальною анатомічною проблемою, а й складним мультисистемним розладом, який впливає на респіраторну, сенсорну, соматичну та психоемоційну сфери, формуючи значний тягар для системи громадського здоров'я. Наукове обґрунтування ринопластики, як превентивної технології, дозволяє трансформувати підхід до її застосування – від суб'єктивного покращення

естетики до об'єктивного зниження популяційних втрат здорових років життя.

Профілактичний потенціал реконструктивної хірургії носа в різні вікові періоди розглядається не лише як метод лікування, але й як ефективний інструмент профілактики широкого спектра патологічних станів, що відповідає стратегічним цілям громадського здоров'я щодо зменшення тягаря неінфекційних захворювань. Мета-аналізи переконливо демонструють, що септопластика забезпечує значне і стійке покращення якості життя пацієнтів, зокрема за шкалою NOSE, що підтверджує її високу клінічну ефективність та значний соціальний потенціал у відновленні функціональної спроможності населення [10]. Особливе значення має своєчасне хірургічне втручання у дитячому віці, оскільки воно дозволяє попередити каскад деформацій, що формуються в період активного онтогенезу для запобігання складним зубощелепним аномаліям, лікування яких у дорослому віці вимагає значно більших ресурсів охорони здоров'я [11, 12].

Доведено негативний вплив хронічної гіпоксії на розвиток мозку, зниження пам'яті та навчальної успішності. Це свідчить про те, що інвестиції в реконструктивну хірургію дитячого віку є соціально виправданими, оскільки вони знижують ризик нейроповедінкових порушень [13].

У дорослих пацієнтів реконструктивна хірургія носа виконує важливу роль у профілактиці системних захворювань. Це відкриває перспективи використання ринопластики як допоміжного методу в профілактиці хронічних обструктивних захворювань легень [14, 15, 16, 17, 18, 19].

Узагальнюючи, можна вказати, що реконструктивна хірургія носа виступає ефективним інструментом профілактики як локальних, так і системних захворювань, забезпечуючи довготривале покращення функціонального стану організму.

Результати масштабного багатоцентрового дослідження NAIROS (Nasal Airway Obstruction Study), опубліковані у BMJ та звітах Health Technology Assessment [36, 37]. За даними NAIROS, порівняльний аналіз продемонстрував, що попри вищі початкові прямі витрати на операцію, септопластика є стратегічно вигіднішою для бюджету охорони здоров'я [20, 21]. Ключовим аргументом є стабільне покращення показників якості життя (QALY, SNOT-22, SF-36).

Для системи громадського здоров'я України цей підхід має особливе значення в контексті реалізації Програми медичних гарантій (ПМГ). Впровадження механізмів відшкодування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» вимагає чіткого обґрунтування пріоритетних напрямів фінансування. Оптимізація ринопластичних втручань дозволяє досягти зниження непрямих економічних втрат, відновлення працездатності пацієнтів мінімізує явища абсентеїзму та презентеїзму, раціоналізації витрат на фармакотерапію, профілактики дороговартісних ускладнень, що часто призводить до інвалідизації (зростання показника YLD).

Таким чином, наукове обґрунтування ринопластики, як превентивної технології, переводить її з категорії «естетичного запиту» до категорії критично важливого інструменту збереження людського капіталу. Це дозволяє інтегрувати дану хірургічну допомогу в сучасні моделі профілактики неінфекційних захворювань, забезпечуючи максимальний соціально-економічний ефект для держави в довгостроковій перспективі.

У сучасній медицині ринопластика розглядається як ключова складова біопсихосоціальної моделі здоров'я, де функціональні, естетичні та психологічні аспекти є нерозривно пов'язаними [22, 23]. З позицій громадського здоров'я, такий підхід дозволяє трактувати ринопластику не як ізольоване втручання, а як інструмент комплексного відновлення здоров'я. Результати лікування сьогодні оцінюються не лише за морфологічною корекцією, а й за пацієнт-орієнтованими метриками [24, 25].

Технологічний розвиток та вибір хірургічної стратегії безпосередньо впливає на клінічні результати та швидкість реабілітації, що має прямий ефект на скорочення термінів тимчасової непрацездатності [26, 27]. Збережувальна ринопластика (Preservation Rhinoplasty) дозволяє досягти високої функціональної стабільності при максимальному збереженні природної анатомії, мінімізуючи ризик повторних госпіталізацій та вторинних ускладнень [28].

Хірургія носа сприяє значному зниженню рівня соціальної тривожності Соціальні наслідки ринопластики виходять за межі суб'єктивного сприйняття, формуючи передумови для підвищення соціального капіталу особистості [29, 30, 31, 32, 33, 34, 35].

Таким чином, ринопластичні втручання в системі громадського здоров'я слід розглядати як багатовекторний інструмент впливу, що поєднує відновлення фізіології дихання, профілактику системних захворювань, корекцію порушень розвитку у дітей та покращення психосоціального благополуччя населення.

Актуальність оптимізації ринопластичних втручань у системі громадського здоров'я є особливо високою саме для України в умовах тривалої повномасштабної війни та майбутнього повоєнного відновлення [14, 15, 16, 27].

Висновки. 1**.** Аналіз сучасної наукової літератури свідчить, що порушення носового дихання, зумовлені викривленням носової перегородки, є однією з найбільш розповсюджених патологій верхніх дихальних шляхів, що охоплює до 80–90% дорослого населення (згідно з даними КЛКТ-діагностики). Висока епідеміологічна значущість та мультидисциплінарний характер наслідків ВНП виводять цю проблему за межі вузької отоларингології у площину стратегічних завдань громадського здоров'я.

2. Встановлено, що хронічна назальна обструкція виступає потужним системним детермінантом погіршення здоров'я населення, ініціюючи каскад коморбідних станів: від серцево-судинних ускладнень та апное сну до когнітивних порушень і зниження якості життя. У контексті методології Global Burden of Disease, невилікувані деформації перегородки формують значний тягар хвороб, вимірюваний показником DALYs, що призводить до кумулятивних втрат людського капіталу впродовж найбільш продуктивних періодів життя людини.

3. Доведено, що реконструктивна хірургія носа володіє потужним превентивним потенціалом, який реалізується через запобігання незворотним змінам лицевого скелета у дітей, нормалізацію системної гемодинаміки у дорослих та суттєве покращення ментального здоров'я пацієнтів. Ринопластика в сучасній парадигмі є не лише естетичним втручанням, а й інструментом соціальної реабілітації та подолання стигматизації, що критично важливо для інтеграції постраждалих внаслідок бойових дій у суспільство.

4. Економічне обґрунтування на основі принципів ціннісно-орієнтованої медицини (Value-Based Healthcare) та результатів дослідження NAIROS підтверджує, що стратегія раннього хірургічного втручання («Surgery-first») є більш ефективною порівняно з тривалою консервативною терапією. Розрахунки показників QALY та ICER демонструють довгострокову перевагу ринопластики для бюджету охорони здоров'я за рахунок зниження непрямих витрат, пов'язаних із тимчасовою втратою працездатності та повторними зверненнями за медичною допомогою.

5. Для України в умовах викликів воєнного стану та майбутнього повоєнного відновлення оптимізація ринопластичної допомоги набуває статусу національного пріоритету. Це зумовлено критичним зростанням частоти мінно-вибухових травм обличчя та необхідністю впровадження високотехнологічних стандартів реконструкції для збереження її інтелектуального й трудового потенціалу. Незважаючи на значну кількість зарубіжних досліджень, у вітчизняній системі охорони здоров'я залишаються недостатньо опрацьованими питання наукового обґрунтування використання ринопластичних втручань у профілактичній складовій сучасної системи громадського здоров'я України.

Перспективи подальших досліджень. Проведення наукових досліджень щодо обгрунтування профілактичних ринопластичних моделей для інтеграції в сучасну систему громадського здоров'я України в мирний та воєнний періоди.

Інформація про фінансування. Дослідження виконано без цільового зовнішнього фінансування. Автор не отримував грантів, матеріальної чи іншої підтримки від державних, комерційних або некомерційних організацій, що могли б вплинути на результати роботи.

Інформація щодо наявності/відсутності конфлікту інтересів. Конфлікт інтересів відсутній.

Внесок кожного з авторів згідно таксономії CrediT. Івахно О. П. **–** керівництво та концептуалізація, редагування. Рукін Є. В. – збір та аналіз наукових джерел дослідження, написання статті.

Відповідність матеріалів статті щодо проведення обстежень/досліджень/лікування нормам біоетики. Індивідуальний план наукової роботи на тему «Наукове обґрунтування використання ринопластичних втручань у профілактичній складовій сучасної системи громадського здоров'я України» за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я», галузь знань 22 «Охорона здоров'я» на здобуття ступеня доктора філософії аспіранта кафедри громадського здоров'я, епідеміології та екології Рукіна Є. В. (науковий керівник – професор Івахно О. П.) затверджено на засіданні вченої ради НУОЗ України імені П. Л. Шупика 13.12.2023 № 10 за наявності всіх супровідних матеріалів.

Інформація про доступність первинних даних. Стаття є оглядовою.

Список літератури

1. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 р. № 34-р. URL: https:// zakon. rada.gov.ua/laws/show/34-2025-р#Text.
2. Про систему громадського здоров'я : Закон України № 2573-IX від 06 вересня 2022 р. URL: https:// zakon/rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text.
3. Моніторинг стану громадського здоров'я як об'єкта публічного управління в умовах повномасштабної війни в Україні. URL: https://ema.ztu.edu/article/view/285094.

4. Alghamdi F. S., Albogami D., Alsurayhi A. S., Alshibely A. Y., Alkaabi T. H., Alqurashi L. M., et al. *Nasal Septal Deviation: A Comprehensive Narrative Review. Cureus*. 2022. Nov 10. 14(11). e31317. DOI: 10.7759/cureus.31317.
5. Moshfeghi M., Abedian B., Ghazizadeh Ahsaie M., Tajdini F. Prevalence of Nasal Septum Deviation Using Cone-Beam Computed Tomography: A Cross-Sectional Study. *Contemp Clin Dent.* 2020. 11(3). P. 223-228. DOI: 10.4103/ccd.ccd_110_19.
6. Kumbhare S., Ashwinirani S. R., Suragimath G., Sande A. Prevalence of nasal septum deviation and its association with chronic maxillary sinusitis. *J Oral Med Oral Surg Oral Pathol Oral Radiol.* 2022. 8(1). P. 16-19. DOI: 10.18231/j.jooo.2022.004.
7. Romoozi E., Molaee M., Rahimi H., Karimian A. The prevalence of nasal septum deviation and its association with maxillary sinus mucosal thickening using cone-beam computed tomography. *Int J Health Sci.* 2022 Oct 20. 6(S7). P. 6258-70. DOI: 10.53730/ijhs.v6nS7.13513.
8. Didkovskiy V., Shevchuk Y., Konovalov S. Types of the nasal septum deviations and their influence on the state of mucociliary clearance of the nasal cavity in patients with postnasal obstruction syndrome. *ScienceRise Med Sci.* 2023. (6). P. 4–9. DOI: 10.15587/2519-4798.2023.295217.
9. Sunnychan S., Deshmukh P. T. A Study of Nasal Septal Deviation, External Nasal Deformities, and their Correlation with the Severity of Sino-Nasal Symptoms Using Sino Nasal Symptoms Score Questionnaire. *J Pharm Res Int.* 2021 Dec 30. 33(64B). P. 316-22. DOI: 10.9734/jpri/2021/v33i64B35407.
10. Alessandri-Bonetti M., Costantino A., Cottone G., Carbonaro R., Cardone F., Amendola F., et al. Efficacy of Septoplasty in Patients with Nasal Obstruction: A Systematic Review and Meta-analysis. *Laryngoscope.* 2023 Dec.133(12). P. 3300-3310. DOI: 10.1002/lary.30713.
11. Abou Sleiman R., Saadé A. Effect of septal deviation on nasomaxillary shape: A geometric morphometric study. *J Anat.* 2021 Oct. 239(4). P. 788-800. DOI: 10.1111/joa.13479.
12. Arpacı M. F., Özbağ D., Aydın Ş., Şenol D., Baykara R. A., Çiçek I. B. Evaluation of the relationship between nasal septal deviation and development of facial asymmetry with anthropometric measurements depending on age. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2022 Aug.159. P. 111-207. DOI: 10.1016/j.ijporl.2022.111207.
13. Zieliński J., Costa S., Cherkes M., Glibbery N., Kovács P., Mitrea-Sireţeanu L., et al. Pediatric Septoplasty: Benefits, Challenges, and Clinical Recommendations–Comprehensive Review of Young ESPO. *J Clin Med.* 2025. 14(15). P. 5537. DOI: 10.3390/jcm14155537.
14. Baharmand I., Sheikh-Oleslami S., Pascual Rodríguez A., Hernaiz-Leonardo J. C., Alim B. M., Javer A. R. The Effects of Nasal Surgery on Pulmonary Function: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Laryngoscope.* 2023 Nov. 133(11). P. 2837-2845. DOI: 10.1002/lary.30651.
15. de Sousa F. A., Tavares Correia J., Carvalho Almeida J., Raquel Azevedo S., Gonçalves Ferreira M., et al. Septoplasty-mediated improvements in nasal patency and pulmonary function: A prospective study. *Laryngoscope Investig Otolaryngol.* 2025 Jan. 10(1). e70065. DOI: 10.1002/lio2.70065.
16. Wu Y., Yu T., Zhang Z., Wang X., Gao S. The benefits of septoplasty for patients with deviated nasal septum and allergic rhinitis: a meta-analysis. *Sci Rep.* 2024. 14(1). 28855. DOI: 10.1038/s41598-024-80377-3.
17. García-Paz V., Chamorro-Petronacci C. M., Painceira-Villar R., Becerro-de-Bengoa-Vallejo R., Losa-Iglesias M. E., et al. Allergic rhinitis improvement after septorhinoplasty in a sample of allergic rhinitis patients with septal deviation: a quasi-experimental study. *Sao Paulo Med J.* 2022 Jan-Feb. 140(1). P. 17-23. DOI: 10.1590/1516-3180.2021.0236.R1.03052021.
18. Fearington F. W., Awadallah A. S., Hamilton G. S. 3rd, Olson M. D., Dey J. K. Long-Term Outcomes of Septoplasty With or Without Turbinoplasty: A Systematic Review. *Laryngoscope.* 2024 Jun. 134(6). P. 2525-2537. DOI: 10.1002/lary.31193.
19. Hismi A., Yu P., Locascio J., Levesque P. A., Lindsay R. W. The Impact of Nasal Obstruction and Functional Septorhinoplasty on Sleep Quality. *Facial Plast Surg Aesthet Med.* 2020 Nov/Dec. 22(6). P. 412-419. DOI: 10.1089/fpsam.2020.0005.
20. Carrie S., Fouweather T., Homer T., O'Hara J., Rousseau N., Rooshenas L., et al. Effectiveness of septoplasty compared to medical management in adults with obstruction associated with a deviated nasal septum: the NAIROS RCT. *Health Technol Assess.* 2024 Mar. 28(10). P. 1-213. DOI: 10.3310/MVFR4028.
21. Carrie S., O'Hara J., Fouweather T., Homer T., Rousseau N., Rooshenas L., et al. Clinical effectiveness of septoplasty versus medical management for nasal airways obstruction: multicentre, open label, randomised controlled trial. *BMJ.* 2023 Oct 18. 383. e075445. DOI: 10.1136/bmj-2023-075445.
22. Boustany A. N., Grover R., Alnaeem H., Seyidova N., Rohrich R. J., Lin S. J. Cosmetic rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2023. 151. P. 315–329. DOI: 10.1097/PRS.0000000000010185.
23. Wright L., Grunzweig K. A., Totonchi A. Nasal obstruction and rhinoplasty: a focused literature review. *Aesthetic Plast Surg.* 2020. 44. P. 1658–1669. DOI: 10.1007/s00266-020-01773-y.
24. Luong K. P., Slijper H. P., Stubenitsky B., Hummelink S., Ulrich DJO. Changes in patient-reported satisfaction and quality-of-life 6 months after rhinoplasty. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2024 Apr. 91. P. 325-334. DOI: 10.1016/j.bjps.2024.02.038.
25. Disawal A., Srivastava S. Changes in patient's life after rhinoplasty. *Int Surg J.* 2021. 8(4). P. 1260-1264. DOI: 10.182303/2349-2902.isj20211308.
26. Urs R., Anghel I., Anghel A. O. R., Anghel A. G. Risks and complications in rhinoplasty. A comparative study in structural vs preservation rhinoplasty. *Rom Med J.* 2022. 69. P. 82–86. DOI: 10.37897/RMJ.2022.2.3.
27. Meretsky C. R., Polychronis A., Clark D., Liovas D., Schiuma A. T. Advantages and Disadvantages of Reconstructive and Preservation Rhinoplasty: Surgical Techniques, Outcomes, and Future Directions. *Cureus.* 2024 Sep 21. 16(9). e69002. DOI: 10.7759/cureus.69002

28. Krzywdzińska S., Jurkiewicz D., Jadczak M. Assessment of Functional and Aesthetic Results in Preservation and Structural Rhinoplasty. *J Clin Med.* 2026 Feb 12. 15(4). P. 1429. DOI: 10.3390/jcm15041429.
29. Wo L. M., Al. Bayati M., Weber L. E., Habal M. B., & Thaller S. R. Future Direction in Rhinoplasty: Functional Improvements for a Better Outcome. *The Journal of craniofacial surgery.* 2020. *31*(3). P. 750–754. DOI: https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000006444
30. Stergiou G., Schweigler A., Finocchi V., Fortuny C. G., Saban Y., Tremp M. Quality of Life (QoL) and Outcome After Preservation Rhinoplasty (PR) Using the Rhinoplasty Outcome Evaluation (ROE) Questionnaire-A Prospective Observational Single-Centre Study. *Aesthetic Plast Surg.* 2022 Aug. 46(4). P. 1773-1779. DOI: 10.1007/s00266-022-02773-2.
31. Omer G., Girolamo S., Hamatofiq B., Tofiq S., Mohammed M. A., Abdulkarim D., et al. Functional, Cosmetic, and Psychological Outcomes after Rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2024 Aug 16. 12(8). e6057. DOI: 10.1097/GOX.0000000000006057.
32. de Souza O. E., Lavinsky-Wolff M., Migliavacca R. O., de Azeredo A. M., Colognese Gabbardo A. V., Velho J. S. Analysis of Determinants of Postoperative Satisfaction After Rhinoplasty. *Laryngoscope.* 2022 Aug. 132(8). P. 1569-1575. DOI: 10.1002/lary.29923.
33. Luong K. P., Hummelink S., Stubenitsky B., Slijper H. P., Ulrich DJO. Determinants of patient-reported satisfaction with treatment outcome 6 months after rhinoplasty. *JPRAS Open.* 2025 Sep 25. 46. P. 337-347. DOI: 10.1016/j.jpra.2025.09.026.
34. Katamanin Olivia & Saini Shivani & Jafferany Mohammad. Psychological implications and quality of life after cosmetic rhinoplasty: a systematic review. *Discover Psychology.* 2024. 4. 10.1007/s44202-024-00126-5.
35. Farzan R., Haghdoost A., Tolouie M., Koudehi S. P., Khonacha E. E., Nikinia P., et al. Examining Mental Health Changes Before and After Rhinoplasty: An Analytical Study. *PsyCh J.* 2025. 14(2). P. 299–306. DOI: 10.1002/pchj.820.

References

1. Cabinet of Ministers of Ukraine. (2025, January 17). *On approval of the strategy for the development of the healthcare system until 2030 and the operational plan for its implementation in 2025–2027* (No. 34-p). Retrieved from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-p#Text
2. Verkhovna Rada of Ukraine. (2022, September 6). *On the public health system* (Law No. 2573-IX). https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text
3. Monitoring of public health as an object of public administration under conditions of full-scale war in Ukraine. (n.d.). Retrieved from: https://ema.ztu.edu/article/view/285094
4. Alghamdi, F. S., Albogami, D., Alsurayhi, A. S., Alshibely, A. Y., Alkaabi, T. H., & Alqurashi, L. M. (2022). Nasal septal deviation: A comprehensive narrative review. *Cureus, 14*(11), e31317. https://doi.org/10.7759/cureus.31317
5. Moshfeghi, M., Abedian, B., Ghazizadeh Ahsaie, M., & Tajdini, F. (2020). Prevalence of nasal septum deviation using cone-beam computed tomography: A cross-sectional study. *Contemporary Clinical Dentistry, 11*(3), 223–228. https://doi.org/10.4103/ccd.ccd_110_19
6. Kumbhare, S., Ashwinirani, S. R., Suragimath, G., & Sande, A. (2022). Prevalence of nasal septum deviation and its association with chronic maxillary sinusitis. *Journal of Oral Medicine, Oral Surgery, Oral Pathology and Oral Radiology, 8*(1), 16–19. https://doi.org/10.18231/j.jooo.2022.004
7. Romoozi, E., Molaee, M., Rahimi, H., & Karimian, A. (2022). The prevalence of nasal septum deviation and its association with maxillary sinus mucosal thickening using cone-beam computed tomography. *International Journal of Health Sciences, 6*(S7), 6258–6270. https://doi.org/10.53730/ijhs.v6nS7.13513
8. Didkovskiy, V., Shevchuk, Y., & Konovalov, S. (2023). Types of nasal septum deviations and their influence on mucociliary clearance. *ScienceRise: Medical Science*, (6), 4–9. https://doi.org/10.15587/2519-4798.2023.295217
9. Sunnychan, S., & Deshmukh, P. T. (2021). A study of nasal septal deviation and external nasal deformities. *Journal of Pharmaceutical Research International, 33*(64B), 316–322. https://doi.org/10.9734/jpri/2021/v33i64B35407
10. Alessandri-Bonetti, M., Costantino, A., Cottone, G., Carbonaro, R., Cardone, F., & Amendola, F. (2023). Efficacy of septoplasty: A systematic review and meta-analysis. *The Laryngoscope, 133*(12), 3300–3310. https://doi.org/10.1002/lary.30713
11. Abou Sleiman, R., & Saadé, A. (2021). Effect of septal deviation on nasomaxillary shape. *Journal of Anatomy, 239*(4), 788–800. https://doi.org/10.1111/joa.13479
12. Arpacı, M. F., Özbağ, D., Aydın, Ş., Şenol, D., Baykara, R. A., & Çiçek, İ. B. (2022). Nasal septal deviation and facial asymmetry. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 159*, 111207. https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2022.111207
13. Zieliński, J., Costa, S., Cherkes, M., Glibbery, N., Kovács, P., & Mitrea-Sireţeanu, L. (2025). Pediatric septoplasty review. *Journal of Clinical Medicine, 14*(15), 5537. https://doi.org/10.3390/jcm14155537
14. Baharmand, I., Sheikh-Oleslami, S., Pascual Rodríguez, A., Hernaiz-Leonardo, J. C., Alim, B. M., & Javer, A. R. (2023). The effects of nasal surgery on pulmonary function: A systematic review and meta-analysis. The Laryngoscope, 133(11), 2837–2845. https://doi.org/10.1002/lary.30651
15. de Sousa, F. A., Tavares Correia, J., Carvalho Almeida, J., Raquel Azevedo, S., & Gonçalves Ferreira, M. (2025). Septoplasty-mediated improvements in nasal patency and pulmonary function: A prospective study. Laryngoscope Investigative Otolaryngology, 10(1), e70065. https://doi.org/10.1002/lio2.70065
16. Wu, Y., Yu, T., Zhang, Z., Wang, X., & Gao, S. (2024). The benefits of septoplasty for patients with deviated nasal septum and allergic rhinitis: A meta-analysis. Scientific Reports, 14(1), 28855. https://doi.org/10.1038/s41598-024-80377-3.

17. García-Paz, V., Chamorro-Petronacci, C. M., Painceira-Villar, R., Becerro-de-Bengoa-Vallejo, R., & Losa-Iglesias, M. E. (2022). Allergic rhinitis improvement after septorhinoplasty. São Paulo Medical Journal, 140(1), 17–23. https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0236.R1.03052021
18. Fearington, F. W., Awadallah, A. S., Hamilton, G. S., Olson, M. D., & Dey, J. K. (2024). Long-term outcomes of septoplasty with or without turbinoplasty. The Laryngoscope, 134(6), 2525–2537. https://doi.org/10.1002/lary.31193
19. Hismi, A., Yu, P., Locascio, J., Levesque, P. A., & Lindsay, R. W. (2020). The impact of nasal obstruction and functional septorhinoplasty on sleep quality. Facial Plastic Surgery & Aesthetic Medicine, 22(6), 412–419. https://doi.org/10.1089/fpsam.2020.0005
20. Carrie, S., Fouweather, T., Homer, T., O'Hara, J., Rousseau, N., & Rooshenas, L. (2024). Effectiveness of septoplasty compared to medical management: The NAIROS RCT. Health Technology Assessment, 28(10), 1–213. https://doi.org/10.3310/MVFR4028
21. Carrie, S., O'Hara, J., Fouweather, T., Homer, T., Rousseau, N., & Rooshenas, L. (2023). Clinical effectiveness of septoplasty versus medical management. BMJ, 383, e075445. https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075445
22. Boustany, A. N., Grover, R., Alnaeem, H., Seyidova, N., Rohrich, R. J., & Lin, S. J. (2023). Cosmetic rhinoplasty. Plastic and Reconstructive Surgery, 151, 315–329. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000010185
23. Wright, L., Grunzweig, K. A., & Totonchi, A. (2020). Nasal obstruction and rhinoplasty: A focused review. Aesthetic Plastic Surgery, 44, 1658–1669. https://doi.org/10.1007/s00266-020-01773-y
24. Luong, K. P., Slijper, H. P., Stubenitsky, B., Hummelink, S., & Ulrich, D. J. O. (2024). Changes in quality of life after rhinoplasty. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, 91, 325–334. https://doi.org/10.1016/j.bjps.2024.02.038
25. Disawal, A., & Srivastava, S. (2021). Changes in patient's life after rhinoplasty. International Surgery Journal, 8(4), 1260–1264. https://doi.org/10.18203/2349-2902.isj20211308
26. Urs, R., Anghel, I., Anghel, A. O. R., & Anghel, A. G. (2022). Risks and complications in rhinoplasty. Romanian Medical Journal, 69, 82–86. https://doi.org/10.37897/RMJ.2022.2.3
27. Meretsky, C. R., Polychronis, A., Clark, D., Liovas, D., & Schiuma, A. T. (2024). Advantages and disadvantages of reconstructive and preservation rhinoplasty. Cureus, 16(9), e69002. https://doi.org/10.7759/cureus.69002
28. Krzywdzińska, S., Jurkiewicz, D., & Jadczak, M. (2026). Functional and aesthetic results in rhinoplasty. Journal of Clinical Medicine, 15(4), 1429. https://doi.org/10.3390/jcm15041429
29. Wo, L. M., Al Bayati, M., Weber, L. E., Habal, M. B., & Thaller, S. R. (2020). Future direction in rhinoplasty. Journal of Craniofacial Surgery, 31(3), 750–754. https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000006444
30. Stergiou, G., Schweigler, A., Finocchi, V., Fortuny, C. G., Saban, Y., & Tremp, M. (2022). Quality of life after preservation rhinoplasty. Aesthetic Plastic Surgery, 46(4), 1773–1779. https://doi.org/10.1007/s00266-022-02773-2
31. Omer, G., Girolamo, S., Hamatofiq, B., Tofiq, S., Mohammed, M. A., & Abdulkarim, D. (2024). Functional and psychological outcomes after rhinoplasty. Plastic and Reconstructive Surgery Global Open, 12(8), e6057. https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000006057
32. de Souza, O. E., Lavinsky-Wolff, M., Migliavacca, R. O., de Azeredo, A. M., Colognese Gabbardo, A. V., & Velho, J. S. (2022). Determinants of postoperative satisfaction after rhinoplasty. The Laryngoscope, 132(8), 1569–1575. https://doi.org/10.1002/lary.29923
33. Luong, K. P., Hummelink, S., Stubenitsky, B., Slijper, H. P., & Ulrich, D. J. O. (2025). Determinants of patient-reported satisfaction after rhinoplasty. JPRAS Open, 46, 337–347. https://doi.org/10.1016/j.jpra.2025.09.026
34. Katamanin, O., Saini, S., & Jafferany, M. (2024). Psychological implications and quality of life after cosmetic rhinoplasty: A systematic review. Discover Psychology, 4. https://doi.org/10.1007/s44202-024-00126-5
35. Farzan, R., Haghdoost, A., Tolouie, M., Koudehi, S. P., Khonacha, E. E., & Nikinia, P. (2025). Mental health changes before and after rhinoplasty. PsyCh Journal, 14(2), 299–306. https://doi.org/10.1002/pchj.820

PREVENTIVE POTENTIAL OF RHINOPLASTIC INTERVENTIONS IN ENSURING POPULATION HEALTH. MEDICAL AND SOCIAL SIGNIFICANCE

O. P. IVAKHNO, Ye. V. RUKIN
Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Objective: to summarize current scientific data on the epidemiology of nasal breathing disorders caused by anatomical defects of the nose, to analyze their impact on public health indicators, and to substantiate the preventive potential of reconstructive interventions as a factor in preserving the socio-economic resource of society.

Materials and Methods. The study methodology was based on a systematic analysis of scientific sources (2002–2026) concerning the preventive effect, clinical effectiveness, and economic feasibility of reconstructive rhinoplastic interventions from the perspective of modern public health metrics.

Results. The article summarizes current scientific data on the medical and social significance of nasal breathing disorders and the preventive potential of rhinoplastic interventions within the public health system. It is shown that deviations of the nasal septum and other anatomical defects of the nose are extremely common (up to 80–90% among the adult population) and constitute a significant, often underestimated burden of non-communicable diseases. Chronic nasal obstruction is considered a multisystem risk factor associated with the development of sleep

apnea, cardiovascular disorders, cognitive impairment, and reduced quality of life, leading to losses in healthy life years (DALYs) and a decrease in the socio-economic potential of the population.

It has been established that rhinoplasty and septoplasty have significant preventive potential at different stages of life: in children, they prevent disorders of facial skeleton development as well as cognitive and behavioral impairments; in adults, they reduce the risk of systemic complications, improve respiratory function, sleep quality, and the effectiveness of treatment of comorbid conditions. They also have biopsychosocial aspects–contributing to improved psycho-emotional well-being, reduced levels of anxiety and depression, and better social integration of patients. Under martial law conditions in Ukraine, they acquire a key role in the medical and social rehabilitation of individuals with combat-related facial injuries.

Conclusions. Rhinoplastic interventions should be considered an effective tool of preventive medicine, capable of reducing the burden of chronic diseases, improving population quality of life, and contributing to the preservation of human capital. The integration of reconstructive nasal surgery into public health strategies and care models aimed at optimizing healthcare delivery under wartime and post-war challenges is a practical necessity.

KEY WORDS: rhinoplasty; septoplasty; nasal obstruction; public health; preventive medicine; quality of life.

Дата першого надходження статті до видання: 15.03.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 24.04.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.05.2026

Відомості про авторів:
Івахно Олександра Петрівна – доктор медичних наук, професор, професор кафедри громадського здоров'я, епідеміології та екології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика; ORCID https://orcid.org/0000-0002-9721-5088
Рукін Євген Вікторович – здобувач третього рівня вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Електронна адреса для листування: ivahnoalexandra@gmail.com

УДК 616.45-006.488-071-089
DOI https://doi.org/10.11603/1681-2786.2026.2.16469

С. Й. РИБАКОВ, О. В. ШІДЛОВСЬКИЙ

ПРЕЗИДЕНТ І ФЕОХРОМОЦИТОМА

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

Мета: дослідити та проаналізувати особливості клінічного перебігу і посмертної діагностики феохромоцитоми у 34-го президента США Дуайт Девід Ейзенхауера (Dwight David Eisenhower).

Матеріали та методи: монографії, фрагменти періодичних видань, довідки та звіти, які оброблено за допомогою бібліосемантичного, описового, а також історичного методів оброблення даних.

Результати. Існує величезний обсяг інформації про різні хвороби президента. У нього були серйозні проблеми зі здоров'ям у вигляді тяжких кардіоваскулярних порушень. Є дані , що за життя він переніс 7 інфарктів міокарда. Крім кардіальної та цереброваскулярної патологій, у Д. Ейзенхауера був ще ряд соматичних захворювань які лікувані хірургічно: зокрема калькульозний хлецистит, хвороба Крона з кишковою непрохідністю, гіпертрофія передміхурової залози. Під час аутопсії лікарі та патологи окрім змін в організмі, зумовлених наявними захворюваннями виявили у лівій надниркові залозі не діагностовану за життя пухлину – феохромоцитому діаметром 15 мм.

Висновки. Сучасні знання про цю пухлину, особливості її клінічного перебігу дають підстави вважати, що саме вона була причиною прогресуючої кардіоваскулярної і цереброваскулярної патологій, які привели до завершення життєвого шляху.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: феохромоцитома; приклад особливостей клінічного перебігу; президент США Дуайт Девід Ейзенхауер.

Феохромоцитома – це катехоламінопродукувальна пухлина хромафінної тканини. Вона є однією з найбільш драматичних та загадкових форм ендокринної патології. Незважаючи на великі успіхи у вивченні цих пухлин, відомості про їх молекулярно-генетичні особливості та вражаючі можливості виявлення мінімальних за розмірами новоутворень, феохромоцитома дуже часто залишається діагностичною загадкою. Вона майже завжди дебютує гострою тяжкою клінічною картиною, що вимагає великих зусиль для порятунку життя хворого, а іноді є трагічною знахідкою при аутопсії. З властивою французам дотепністю J. De Courcy в 1952 р. назвав феохромоцитому "великим імітатором" через наявність численних клінічних "масок" захворювання, безліч синдромів і симптомів (понад 80) та не меншу кількість взагалі безсимптомних випадків [1]. Її ще називали "фармакологічною бомбою", "імпресіоністською пухлиною" через вкрай мінливий, а іноді бурхливий перебіг, зумовлений надмірною секрецією катехоламінів [2]. "Метаболічним вулканом" охрестив феохромоцитому R. Robinson за її здатність до безсимптомного перебігу і "вибухів" клінічних проявів, що раптово розвивалися та нерідко закінчувалися смертю хворих [3].

Формування уявлень про феохромоцитому як окрему самостійну форму ендокринної патології, відбувалось у період, який охоплював час від перших випадків успішної діагностики та лікування у 1925–1927 рр. до кінця 50-х років. Вивчали клінічні характеристики, особливості перебігу, ускладнення, патофізіологічні механізми варіантів артеріальної гіпертензії та інших клінічних синдромів, що супроводжують феохромоцитому. Особливу увагу приділяли вивченню ролі катехоламінів у патогенезі захворювання. Надзвичайно важливим фактором для успішної діагностики стала розробка методів кількісного визначення катехоламінів у біологічних рідинах організму, пневморентгенологічних методів візуалізації надниркових залоз, функціональних проб. Паралельно уточнювали епідеміологічні показники феохромоцитоми на підставі аналізу збірних статистик. Хірургічне лікування ще не набуло системного характеру. Досвід окремих клінік не перевищував кількох десятків спостережень.

Мета: дослідити та проаналізувати особливості клінічного перебігу і посмертної діагностики феохромоцитоми у президента США Дуайт Девід Ейзенхауера (Dwight David Eisenhower).

Матеріали та методи: монографії, фрагменти періодичних видань, довідки та звіти, які оброблено за допомогою бібліосемантичного, описового, а також історичного методів оброблення даних.

© С. Й. Рибаков, О. В. Шідловський, 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

Дуайт Девід Ейзенхауер (Dwight David Eisenhower)

Об'єкт і методи дослідження. Історія життєдіяльності і аналіз клінічного перебігу хвороб 34 – го президента США Дуайт Девід Ейзенхауера. Вивчення і аналіз доступних матеріалів у монографіях, періодичних виданнях, звітах медичних установ.

Результати дослідження та їх обговорення. Дуайт Д. Ейзенхауер народився 4 жовтня 1890 р. у містечку Денісон (Denison), штат Техас, у сім'ї Девіда Джейкоба Ейзенхауера (David Jacob Eisenhower) та Айди Стовер (Ida Elisabeth Stover). Батьки були людьми середнього достатку, побожними християнами, пацифістами. Навчаючись у середній школі, Айк захоплювався спортом, малюванням, до чого мав неабиякий хист, воєнною історією. Після її закінчення в 1909 р. протягом 2 років працював у батьківському бізнесі з виготовлення олії та сирів, а також у місцевій пожежній команді. Зароблені гроші віддавав на оплату навчання брата Едгара (Edgar). У 1911 р. Дуайт вступив до престижної Військової академії США у Вест-Пойнті (West Point), яку закінчив у 1915 р., отримавши звання другого лейтенанта. 1 липня 1916 р. одружився з Меймі Женева Дауд (Mamie Geneva Doud). У них народилося двоє синів, один з яких помер у віці 4 років. Протягом 1915–1918 рр. Айк служив у піхоті в різних військових гарнізонах, у 1916 р. отримав звання першого лейтенанта, в 1917 – капітана.

На момент вступу США у Другу світову війну в 1941 р. Д. Ейзенхауер служив начальником штабу 3-ї армії і мав звання бригадного генерала. У 1942–1944 рр. він обіймав ряд керівних посад у Збройних силах, зокрема, керував військами вторгнення до Північної Африки (операція «Факел» (Torch)), отримав звання генерала армії. Вершиною військової кар'єри Д. Ейзенхауера стало командування Об'єднаними збройними силами союзників, які здійснили висадку в Європі 6 червня 1944 р. Операція певною мірою прискорила закінчення Другої світової війни. Після війни Д. Ейзенхауер обіймав низку керівних посад, зокрема начальника штабу армії США, командувача Збройних сил НАТО в Європі, президента Колумбійського університету. В травні 1952 р. він залишив військову службу.

4 червня 1952 р. Д. Ейзенхауера офіційно висунули кандидатом у Президенти США від Республіканської партії. Здобувши перемогу на виборах, він з 20 січня 1953 р. до 20 січня 1961 р. два терміни обіймав посаду 34-го Президента США. Протягом цього періоду під його керівництвом було здійснено низку програм і реформ у сфері внутрішньої та зовнішньої політики, завдяки яким країна опинилась серед світових лідерів. Законодавчо виконано важливі соціальні перетворення, що сприяли покращенню матеріального добробуту населення, підвищено мінімальні зарплати, створено департаменти соціального забезпечення, охорони здоров'я, освіти, прийнято програму масштабного будівництва автомагістралей по всій країні та ін. Дуже суттєвими були заходи на державному рівні щодо зниження рівня расового протистояння в країні та захисту прав чорношкірого населення, а також зменшення гонінь на людей, які дотримувалися лівих поглядів. У сфері зовнішньої політики Д. Ейзенхауер забезпечив припинення війни в Кореї, запропонував доктрину надання військової допомоги іншим державам. Паралельно він розглядав питання зміцнення та фінансування, оборонної могутності країни, створення авіації з ядерним озброєнням, запропонував систему «відкритого неба». Однак у період правління Д. Ейзенхауера Америку втягнули у в'єтнамську війну, санкціонували політику секретних операцій проти комунізму. Не без участі США було повалено законні режими в Ірані, Гватемалі, створено Організацію країн Південно-Східної Азії для боротьби з комуністичною експансією в регіоні, значно посилено позиції та оснащення НАТО.

Морально та фізично напружені активне життя і діяльність під час військової служби та на посаді керівника світової держави не могли не позначитися на стані здоров'я Д. Ейзенхауера. Досить численні захворювання і патологічні стани нерідко перешкоджали йому виконувати обов'язки глави країни, а іноді загрожували життю [4]. Існує величезний обсяг інформації про різні хвороби Президента. Вона міститься в записах його особистих

лікарів, зокрема головного військового хірурга Г. Снайдера (H. Snyder) – 6200 сторінок, бригадного генерала Т. Маттінґлі (T. Mattingly) – 3200 сторінок, різних фахівців, які брали участь у лікуванні Д. Ейзенхауера, – 5000 сторінок [5]. У 1923 р. майбутньому президентові через постійний біль у нижньому відділі живота справа було виконано апендектомію з приводу хронічного катарального апендициту. В наступні роки його періодично продовжував турбувати біль типу доопераційного, що пояснювали спайковим процесом [6]. У серпні 1944 р. Д. Ейзенхауеру видалили пухлиноподібний утвір на шкірі спини, який сприйняли за меланому, але насправді це був себорейний кератоз [7].

Апендектомією «черевні проблеми» Д. Ейзенхауера не закінчилися. Біль у животі продовжував турбувати. 8 червня 1956 р. стався особливо тяжкий больовий напад з явищами кишкової непрохідності. Особистий хірург Г. Снайдер призначив болезаспокійливі засоби, очисну клізму. Проте стан хворого не покращувався: посилився біль, виникли блювання, тахікардія, знизився артеріальний тиск. Варто зазначити, що ці явища розвивалися на фоні перенесеного порівняно недавно тяжкого інфаркту міокарда. Д. Ейзенхауера госпіталізували. Зібраний консиліум підтвердив діагноз кишкової непрохідності. Було продовжено консервативну терапію. Через погіршення стану 9 червня виконали лапаротомію. При ревізії виявили розширену ділянку термінального відділу тонкої кишки довжиною 30–35 см з ознаками запалення. Такі зміни розцінили як термінальний ілеїт (хворобу Крона) і наклали обхідний анастомоз (ілеотрансверзоколостомія) – такою була тоді тактика. Перебіг післяопераційного періоду був сприятливим. Операція і тимчасова відсутність Президента створили певну напругу і труднощі у врегулюванні Суецької кризи 1956 р. з участю Єгипту, Ізраїлю, Великобританії і Франції та вирішенні низки інших державних питань [4, 6, 8 – 10].

Цій операції в Президента передували серйозніші проблеми зі здоров'ям у вигляді тяжких кардіоваскулярних порушень, точніше інфаркту міокарда. Уперше підвищення артеріального тиску до 164/94 мм рт. ст. у Д. Ейзенхауера було зареєстровано в 1930 р. у віці 40 років. Трактували його як пограничну, транзиторну, лабільну гіпертензію. Повторні вимірювання артеріального тиску дали підстави вважати ці зміни частково пов'язаними з напруженою військовою службою, надмірним курінням, споживанням кави. У 1943 р. було зафіксовано більш виражене і стійке підвищення систолічного тиску до 168 мм рт. ст., з приводу чого Президенту призначили ліжковий режим і медикаментозні препарати. Протягом 1944–1945 рр. Д. Ейзенхауер перебував під наглядом лікарів та отримував гіпотензивну терапію. У нього періодично підвищувався артеріальний тиск. У 1949 р. Президент переніс серцевий напад середньої тяжкості, якому не надали великого значення, пов'язуючи його з похибкою в дієті. Лікарі вимагали менше курити (3–4 пачки цигарок на день) та споживати кави (12–15 порцій на день). У січні 1945 р. у листі дружині Д. Ейзенхауер написав, що почуває себе цілком задовільно, артеріальний тиск становить 138/82 мм рт. ст., став менше курити і додав у масі 8 фунтів. У наступні роки його стан залишався відносно стабільним. Проте в 1954 р., за рік до першого інфаркту міокарда, було зафіксовано підвищення артеріального тиску до 154/104 і 160/90 мм рт. ст [4, 5, 11, 12] .

У суботу 24 вересня 1955 р. Президент, перебуваючи у Денвері, під час гри у гольф поскаржився на неприємні відчуття у верхній частині живота, які пов'язав зі з'їденим гамбургером. Він перервав гру та повернувся додому. Незабаром, після опівночі, виник гострий біль у грудній клітці. Особистий лікар Г. Снайдер призначив амілнітрит та ввів папаверин з морфіном. Президент заснув. Проте вранці біль знову почав турбувати. Негайно було проведено електрокардіографію, в результаті діагностували гострий передньобічний інфаркт міокарда. Д. Ейзенхауера терміново госпіталізували до військового госпіталю і помістили у кисневий намет. З моменту появи симптомів минуло понад 24 год.

Необхідно відзначити, що все життя Д. Ейзенхауер віддавав перевагу військовим медикам, які спостерігали за станом його здоров'я. Віце-президент Р. Ніксон (R. Nixon), враховуючи високий статус пацієнта, наполіг на залученні цивільних фахівців, зокрема провідного американського кардіолога доктора П. Уайта (P. White), якого в неділю вранці терміново доставили з Бостона літаком. При огляді хворого артеріальний тиск становив 115/65 мм рт. ст., пульс – 90 за 1 хв, визначався шум тертя перикарда. На електрокардіограмі спостерігали ектопічні та суправентрикулярні екстрасистоли. До терапії додали антикоагулянти, кумадин [4, 5, 12 – 16].

Професор П. Уайт на прес-конференції перед поверненням до Бостона повідомив, що стан Президента цілком задовільний, і він одержує відповідну терапію. На запитання, чи не могли гра у гольф, 55-річний вік або розташування Денвера високо над рівнем моря спричинити розвиток інфаркту в пацієнта, він відповів, що ця патологія виникає також і в тих, хто молодший 55 років, не грає у гольф і живе у рівнинних регіонах. Пізніше, 30 жовтня, на конференції Американського кардіологічного товариства у Новому Орлеані професор підсумував перелік факторів ризику розвитку інфаркту міокарда. До них він відніс похилий вік, чоловічу стать, «м'язовий тип статури», активний амбітний характер та спадковість. Серед факторів довкілля відзначив стрес, дієту, алкоголь, куріння,

деякі релігійні та суспільні переконання. Однак артеріальної гіпертензії професор не назвав [17].

Повідомлення про хворобу Президента набуло широкого резонансу в суспільстві, особливо у ділових колах. Після появи у пресі інформації про його стан вибухнула справжня фінансова паніка в національному масштабі. На фондовій біржі Нью-Йорку спостерігали різке зниження вартості цінних паперів (індекс Доу-Джонса). Загальні збитки оцінювали в 15 млрд доларів [14 – 16, 18]. У відповідь з'явилися заспокійливі оптимістичні повідомлення з Білого дому про задовільний стан Президента. Директор Національного інституту серця П. Уайт заявив: «Відомо про не менш ніж півдюжини конгресменів із хворобами коронарних судин, від яких вони страждали протягом останніх кількох років і які вели нормальне життя, так, ніби в них не було цих захворювань». Період одужання Д. Ейзенхауера перебігав без ускладнень, і вже через 5 місяців, 17 лютого 1956 р., він зіграв першу партію у гольф [14 – 16, 18 – 20].

Цей час збігся із закінченням першого президентського терміну Д. Ейзенхауера, і він висловлював сумніви щодо доцільності висування його кандидатури на повторні вибори, тому що вважав, що ця посада вимагає міцного здоров'я. Зокрема, говорив: «...роботу (функції) президента не може виконувати людина, не цілком здорова» [20]. Проте оточення Д. Ейзенхауера та лікарі зуміли переконати його, що він цілком зможе справлятися з обов'язками глави держави. Здоров'я кандидата у Президенти стало важливим чинником у передвиборній боротьбі за цю посаду. Його опонент від Демократичної партії Е. Стівенсон (E. Stivenson) у своїх виступах висловлював сумніви, що Д. Ейзенхауер при його стані зможе впоратися зі своїми обов'язками Президента протягом чотирьох років у разі його обрання. Проте Д. Ейзенхауер погодився балотуватися на другий термін і переміг кандидата Демократичної партії [15, 21, 22].

25 листопада 1957 р. під час засідання Кабінету Міністрів у Президента з'явилися порушення мовлення, з рук випала ручка. Він не міг закінчити фразу, правильно вимовляти слова, паралельно спостерігалися напівнепритомність, тремтіння і запаморочення. Яких-небудь порушень чутливості та моторики не було. Після триденної госпіталізації Президент повернувся до роботи. Під час обстеження Д. Ейзенхауера діагностували оклюзію середньої мозкової артерії зліва та призначили антикоагулянти. Незважаючи на, здавалося б, одужання, в нього ще протягом декількох місяців були незначні порушення мовлення під час публічних виступів, що із задоволенням фіксували журналісти. Сумніваючись, що стан здоров'я дозволить йому успішно завершити свій президентський термін, Д. Ейзенхауер надіслав листа віце-президенту Р. Ніксону з проханням взяти на себе його повноваження в разі погіршення стану. Повідомлення про погіршення стану здоров'я Президента знову викликало реакцію фондової біржі у вигляді зниження вартості цінних паперів на 6 пунктів індексу Доу-Джонса. Ця подія поставила під питання участь Президента у запланованій сесії НАТО і ще в низці внутрішніх та міжнародних державних заходів.

Серйозне погіршення стану здоров'я Д. Ейзенхауера викликало певну реакцію керівництва країни, зокрема Генерального прокурора Г. Броунелла (H. Brownell), Державного секретаря Дж. Даллеса (J. Dalles), керівника Президентської адміністрації Ш. Адамса (Sh. Adams), віце-президента Р. Ніксона. Вони порушили питання про наступника, який виконуватиме функції Президента в разі його недієздатності чи смерті. Вироблений відповідний документ тривалий час обговорювали. Прийняли його лише в 1967 р. як 25-ту поправку до Конституції США. Основний її зміст приблизно такий: «...якщо Президент помирає або йде у відставку, віце-президент виконує його обов'язки та призначає нового віце-президента» [12, 23, 24].

Після закінчення другого президентського терміну в січні 1961 р. Д. Ейзенхаур повернувся на свою ферму в Геттісберзі, штат Пенсільванія. Незважаючи на те, що здоров'я похитнулося, він продовжував активну громадську діяльність, виступав у пресі, давав інтерв'ю, писав спогади. Проте в серпні 1965 р. Д. Ейзенхаур переніс обширний інфаркт міокарда, який поклав цьому край. Протягом наступних років він перетворився на тяжкого «серцевого» хворого, який потребував практично постійного спостереження та лікування. За даними різних джерел, Д. Ейзенхаур переніс від 4 до 7 інфарктів міокарда, зафіксовано 14 випадків зупинки серця [4, 13, 14].

Крім кардіальної та цереброваскулярної патологій, у Д. Ейзенхауера був ще ряд соматичних захворювань. Починаючи із серпня 1966 р., його стали турбувати неприємні відчуття болю у правому підребер'ї та епігастрії, нудота, відрижка. При рентгенологічному дослідженні виявили ознаки запалення жовчного міхура та конкременти в ньому. 12 грудня 1966 р. провели холецистектомію. У видаленому жовчному міхурі містилося 16 конкрементів [4]. З березня 1967 р. відзначались епізоди загострення хвороби Крона з явищами кишкової непрохідності, з приводу якої 23 лютого 1969 р. провели лапаротомію; тоді ж встановили надлобковий катетер через гіпертрофію передміхурової залози [4, 25].

Варто відзначити одну деталь. Д. Ейзенхауер був прихильником застосування нових, найчастіше малоапробованих, препаратів і методів лікування серцево-судинних захворювань [14]. Так, він одним із перших успішно лікувався новим протиаритмічним препаратом «Бретилін тонзиліт»,

з успіхом кілька разів використовував нещодавно винайдений дефібрилятор. Однак, незважаючи на інтенсивну терапію, стан його здоров'я погіршувався. Д. Ейзенхауер останні 9 місяців провів у військовому шпиталі й помер від серцевої недостатності 28 березня 1968 р.

Під час аутопсії лікарі та патологи зіткнулися з непередбачуваною і малоприємною ситуацією, яка дуже збентежила їх. Крім змін в організмі, зумовлених попередніми захворюваннями, в Президента у лівій надниркові залозі було виявлено не діагностовану за життя пухлину – феохромоцитому діаметром 15 мм [12, 14, 23, 26]. Ця знахідка породила численні суперечки та припущення щодо наявності чи відсутності гормональної активності пухлини, тривалості її існування, залежності від неї розладів кровообігу, ускладнень і можливостей прижиттєвої діагностики та лікування.

Стосовно окремих аспектів цієї проблеми можна висловити деякі міркування. Чи можна було б діагностувати феохромоцитому в Президента на той час? З деякою часткою імовірності можна відповісти позитивно. Клінічна картина лабільної гіпертензії з частими перепадами (spike) тиску, супутні пітливість, тремтіння, які нерідко відзначали деякі дослідники, могли викликати підозру щодо гіперкатехоламінемії та існування феохромоцитоми.

Лабільна гіпертензія, що зберігалася в 1965–1966 та наступні роки після перенесення інфарктів міокарда, не свідчила на користь есенціальної гіпертонічної хвороби. На той час у Президента були стійкі ознаки ішемічної кардіоміопатії. Підвищення артеріального тиску понад 200 мм рт. ст. не характерні для хворих з порушеною систолічною функцією міокарда. Важливішим є збільшення діастолічного тиску понад 100 мм рт. ст. Усе це свідчить проти пояснення перепадів тиску ригідністю артерій. Водночас епізодичні викиди катехоламінів пухлиною могли спричинити перепади тиску.

Щодо можливостей діагностики, то в 50–60-ті роки вже було доведено залежність артеріальної гіпертензії від рівня катехоламінів, які продукує феохромоцитома, та існували методи його визначення у крові й сечі, запропоновано функціональні проби, методики пневморентгенологічної, ангіографічної топічної діагностики, з'являлися відомості про методики ультразвукового дослідження. З іншого боку, сумніви породили думку про можливість тривалого існування пухлини (близько 30 років?) та її невеликі розміри, наявність недоведеної гормональної активності, тобто, ймовірно, вона була гормонально-неактивною аденомою, яку випадково виявили при розтині (інсиденталома). Зрештою, статистично феохромоцитома трапляється в багато разів рідше, ніж есенціальна гіпертонічна хвороба, що направило лікарів хибним шляхом.

А тепер кілька слів на виправдання американських колег. За даними літератури, проаналізованої у монографії С. Й. Рибакова, В. О. Шідловського «Феохромоцитома» [27], ці пухлини трапляються в 0,1–0,6 % пацієнтів зі стійкою артеріальною гіпертензією. В Америці налічується 76–85 млн осіб із постійно підвищеним артеріальним тиском. Прийнявши середню величину зустрічальності феохромоцитоми 0,3 % і виходячи з мінімальної кількості хворих на артеріальну гіпертензію 76 млн, шляхом нескладних арифметичних підрахунків можна визначити, що серед цього контингенту має бути 228 тис. пацієнтів із феохромоцитомою. В Україні, де донедавна налічувалось 11,1 млн хворих на артеріальну гіпертензію, феохромоцитома, можливо, є причиною її виникнення в 33 тис. осіб. У США щорічно виконують близько 500–1600 операцій із приводу феохромоцитоми. Виникає законне питання, де ж інші передбачувані хворі, діагнози та операції, але це вже зовсім інша історія.

Висновки. Аналіз даних літератури про хвороби президента Ейзенхауера і їх клінічних перебіг з позицій сьогоднішніх знань про феохромоцитому і її клінічні маски свідчать про те, що перенесені кардіоваскулярні і цереброваскулярні напади найбільш ймовірно були зпровоковані феохромоцитомою. Відсутність результатів спеціальних лабораторних досліджень, зокрема на катехоламіни, та інструментальних методів по об'єктивізації пухлини надниркових залоз на жаль не дозволяють абсолізувати наш висновок.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшому вивченні захворювань провідних політиків світу та вплив цих захворювань на владні повноваження політиків.

Інформація про фінансування. Дослідження не потребувало і не отримувало додаткового фінансування.

Інформація щодо наявності/відсутності конфлікту інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

Внесок кожного з авторів згідно таксономії CrediT. Рибаков С. Й. – збір і аналіз літератури; Шідловський О. В. – написання тексту і оформлення статті.

Відповідність матеріалів статті щодо проведення обстежень/досліджень/лікування нормам біоетики. Це дослідження є систематичним оглядом опублікованих наукових джерел і не передбачало залучення людей як учасників досліджень, проведення клінічних втручань або роботи з біологічним матеріалом. У зв'язку із цим отримання дозволу комісії з біоетики не вимагалося.

Інформація про доступність первинних даних. Дослідження має оглядовий характер і не передбачає збору первинних даних. Усі використані матеріали є відкритими та доступними у відповідних наукових джерелах.

Список літератури

1. Bumgarner J. R. The health of the Presidents: The 41 United States Presidents through 1993 from a Physician's Point of View. Jefferson : McFarland & Company, 1994. 330 p.
2. Legg T. 10 presidential diseases. Healthline.com. 2018. Sept 18.
3. Amirkhiz K., Goland-van Ryn M., Motamedinia P. Urologic health throughout the history of the White House. Journal of Urology. 2019. Vol. 201. P. 4.
4. Health and medical history of President Dwight Eisenhower. President 34: 1953–1961. URL: https://doctorzebra.com/prez/g34.htm
5. Mattingly T. W. Medical history of Dwight D. Eisenhower, 1911–1987. General health – addenda. Reports of annual physical compilations of BP readings. Abilene (Kansas) : Eisenhower Library, 1989.
6. Heaton L. D., Ravdin I. S., Blades S., Whelan T. J. President Eisenhower's operation for regional enteritis: A footnote to history. Annals of Surgery. 1964. Vol. 159(5). P. 661–666.
7. Pillsbury D. General Eisenhower's "melanoma". Journal of the American Academy of Dermatology. 1981. Vol. 4. P. 631–632.
8. Loughlin K. Presidential operations. Journal of the American College of Surgeons. 2009. Vol. 209(6). P. 796–797. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2009.09.013.
9. Pappas T. President Eisenhower bowel obstruction: The story of his surgeons and their decision to operate. Annals of Surgery. 2013. Vol. 268(1). P. 192–197. DOI: 10.1097/SLA.0b013e318299aeeb.
10. Barr J., Pappas T. President Eisenhower and his bowel obstruction. Bulletin of the American College of Surgeons. 2017. Nov 1.
11. Butcher H. Three years with Eisenhower. New York : Simon & Schuster, 1946. 236 p.
12. Messerli F., Loughlin K., Messerli A., Welch W. The President and pheochromocytoma. American Journal of Cardiology. 2007. Vol. 99(9). P. 1325–1329. DOI: 10.1016/j.amjcard.2006.12.043.
13. Lasby C. Eisenhower's heart attack: How Ike beat heart disease and held on to the presidency. Lawrence : University Press of Kansas, 1997. 400 p.
14. Messerli F., Messerli A., Lüscher T. Eisenhower's billion-dollar heart attack – 50 years later. New England Journal of Medicine. 2005. Vol. 353. P. 1205–1207. DOI: 10.1056/NEJMp058162.
15. Gilbert R. Eisenhower's 1955 heart attack. Politics and the Life Sciences. 2008. Vol. 27(1). P. 2–21. DOI: 10.2990/27_1_2.
16. Gilbert R. The mortal presidency: Illness and anguish in the White House. New York : Fordham University Press, 1998. 353 p.
17. White P. White links coronary and world peace. Washington Post and Times Herald. 1959. Oct 30.
18. Frishman W., Zimmerman F., Lerner R. Vascular and heart diseases in the incumbent Presidents and Vice Presidents of the United States of America: A medical-historical perspective. Cardiology in Review. 2013. Vol. 21(1). P. 1–8. DOI: 10.1097/CRD.0b013e31827303b5.
19. O'Neil M. Most people recover from coronaries. Washington Post and Herald. 1955. Sept 25.
20. Ginzberg E. The encounters with the US health sector 1930–1999. Journal of the American Medical Association. 1999. Vol. 282. P. 1665–1668.
21. Gilbert R. The impact of presidential illness on the administration of Dwight D. Eisenhower. Politics and the Life Sciences. 2012. Vol. 31(1–2). P. 16–35. DOI: 10.2990/31_1-2_16.
22. Barr J. Stricken before election: Presidential health crises from 1880 to 2020. Annals of Surgery Open. 2022. Vol. 3(1). e126. DOI: 10.1097/AS9.0000000000000126.
23. Loughlin K. The search for Eisenhower's adrenal tumor. Hektoen International: Journal of Medical Humanities. 2020.
24. Frank J. What if a President loses control? The New Yorker. 2017. Jan 5.
25. Autopsy protocol Dwight D. Eisenhower (WRGH A-69-000). Washington, DC : Walter Reed Army Hospital, 1969.
26. Hughes C., Baugh J., Moligne L. A review of the late General Eisenhower operations: Epilog to a footnote to history. Annals of Surgery. 1971. Vol. 173. P. 793–799.
27. Рибаков С. Й., Шідловський В. О. Феохромоцитома. Тернопіль : ТНМУ, 2022. 296 с.

References

1. Bumgarner, J. R. (1994). The health of the presidents: The 41 United States presidents through 1993 from a physician's point of view. McFarland & Company.
2. Legg, T. (2018, September 18). 10 presidential diseases. Healthline.
3. Amirkhiz, K., Goland-van Ryn, M., & Motamedinia, P. (2019). Urologic health throughout the history of the White House. Journal of Urology, 201, 4.
4. Health and medical history of President Dwight Eisenhower. (n.d.). In DoctorZebra. Retrieved from https://doctorzebra.com/prez/g34.htm
5. Mattingly, T. W. (1989). Medical history of Dwight D. Eisenhower, 1911–1987: General health–addenda. Reports of annual physical compilations of BP readings. Eisenhower Library.
6. Heaton, L. D., Ravdin, I. S., Blades, S., & Whelan, T. J. (1964). President Eisenhower's operation for regional enteritis: A footnote to history. Annals of Surgery, 159(5), 661–666.
7. Pillsbury, D. (1981). General Eisenhower's "melanoma". Journal of the American Academy of Dermatology, 4, 631–632.
8. Loughlin, K. (2009). Presidential operations. Journal of the American College of Surgeons, 209(6), 796–797. https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2009.09.013
9. Pappas, T. (2013). President Eisenhower bowel obstruction: The story of his surgeons and their decision to operate. Annals of Surgery, 268(1), 192–197. https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e318299aeeb

10. Barr, J., & Pappas, T. (2017, November 1). President Eisenhower and his bowel obstruction. Bulletin of the American College of Surgeons.
11. Butcher, H. (1946). Three years with Eisenhower. Simon & Schuster.
12. Messerli, F., Loughlin, K., Messerli, A., & Welch, W. (2007). The president and pheochromocytoma. American Journal of Cardiology, 99(9), 1325–1329. https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2006.12.043
13. Lasby, C. (1997). Eisenhower's heart attack: How Ike beat heart disease and held on to the presidency. University Press of Kansas.
14. Messerli, F., Messerli, A., & Lüscher, T. (2005). Eisenhower's billion-dollar heart attack–50 years later. New England Journal of Medicine, 353, 1205–1207. https://doi.org/10.1056/NEJMp058162
15. Gilbert, R. (2008). Eisenhower's 1955 heart attack. Politics and the Life Sciences, 27(1), 2–21. https://doi.org/10.2990/27_1_2
16. Gilbert, R. (1998). The mortal presidency: Illness and anguish in the White House. Fordham University Press.
17. White, P. (1959, October 30). White links coronary and world peace. The Washington Post and Times Herald.
18. Frishman, W., Zimmerman, F., & Lerner, R. (2013). Vascular and heart diseases in the incumbent presidents and vice presidents of the United States of America: A medical-historical perspective. Cardiology in Review, 21(1), 1–8. https://doi.org/10.1097/CRD.0b013e31827303b5
19. O'Neil, M. (1955, September 25). Most people recover from coronaries. The Washington Post and Herald.
20. Ginzberg, E. (1999). The encounters with the US health sector 1930–1999. JAMA, 282, 1665–1668.
21. Gilbert, R. (2012). The impact of presidential illness on the administration of Dwight D. Eisenhower. Politics and the Life Sciences, 31(1–2), 16–35. https://doi.org/10.2990/31_1-2_16
22. Barr, J. (2022). Stricken before election: Presidential health crises from 1880 to 2020. Annals of Surgery Open, 3(1), e126. https://doi.org/10.1097/AS9.0000000000000126
23. Loughlin, K. (2020). The search for Eisenhower's adrenal tumor. Hektoen International: Journal of Medical Humanities.
24. Frank, J. (2017, January 5). What if a president loses control? The New Yorker.
25. Walter Reed Army Hospital. (1969). Autopsy protocol Dwight D. Eisenhower (WRGH A-69-000).
26. Hughes, C., Baugh, J., & Moligne, L. (1971). A review of the late General Eisenhower operations: Epilog to a footnote to history. Annals of Surgery, 173, 793–799.
27. Rybakov, S. Y., & Shydlovskyi, V. O. (2022). Feokhromotsytoma [Pheochromocytoma]. TNMU.

PRESIDENT AND PHEOCHROMOCYTOMA

S. Y. Rybakov, O. V. Shidlovsky
Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

Purpose: to investigate and analyze the features of the clinical course and postmortem diagnosis of pheochromocytoma in the 34th President of the United States Dwight David Eisenhower (Dwight David Eisenhower).

Materials and methods: monographs, fragments of periodicals, references, and reports processed using bibliosemantic, descriptive, and historical data processing methods.

Results. There is a huge amount of information about the president's various illnesses. He had serious health problems in the form of severe cardiovascular disorders. There are data that he suffered 7 myocardial infarctions during his life. In addition to cardiac and cerebrovascular pathologies, D. Eisenhower had a number of somatic diseases that were treated surgically: in particular, calculous chlecystitis, Crohn's disease with intestinal obstruction, hypertrophy of the prostate gland. During the autopsy, doctors and pathologists, in addition to changes in the body caused by existing diseases, discovered a tumor in the left adrenal gland that had not been diagnosed during life – a pheochromocytoma with a diameter of 15 mm.

Conclusions. Modern knowledge about this tumor, the peculiarities of its clinical course give reason to believe that it was the cause of progressive cardiovascular and cerebrovascular pathologies that led to the end of life.

KEY WORDS: pheochromocytoma; an example of features of the clinical course; US President Dwight David Eisenhower.

Дата першого надходження статті до видання: 17.03.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 29.04.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.05.2026

Відомості про авторів:
Рибаков Станіслав Йосипович – доктор медичних наук, професор, Вашингтон, США; ORCID https://orcid.org/0000-0001-8670-5260
Шідловський Олександр Вікторович – доктор медичних наук, професор, професор кафедри загальної хірургії Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID https://orcid.org/0000-0001-5049-7404

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

УДК 617.7-054.73-082
DOI https://doi.org/10.11603/1681-2786.2026.2.16470

З. В. ПОВЧ[1], С. В. ОСАУЛЕНКО[2], Н. В. МЕДВЕДОВСЬКА[3]

АНАЛІЗ ВИЯВЛЕНИХ ПРОБЛЕМ БІЖЕНЦІВ, ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ В ОТРИМАННІ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

[1] Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня «Центр мікрохірургії ока»
[2] Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
[3] Національна академія медичних наук України

Мета: дослідити проблеми доступу біженців та внутрішньо переміщених осіб (ВПО) в отриманні медичної допомоги, зокрема спеціалізованої офтальмологічної допомоги.

Матеріали та методи. Використано системний підхід, бібліосемантичний метод, контент-аналіз та структурно-логічний аналіз наукових джерел щодо доступності медичної допомоги біженцям і ВПО. Метод системного підходу застосовано для аналізу виявлених системних проблем доступності спеціалізованої, в тому числі офтальмологічної допомоги, для ВПО та біженців. Бібліосемантичний метод застосовано для вивчення вітчизняного та світового досвіду, наукових підходів до вирішення досліджуваної проблеми. Методи структурно-логічного та контент-аналізу застосовані для вивчення змісту літературних джерел щодо аналізу результатів запровадження змінених організаційних підходів та заходів з надання спеціалізованої медичної допомоги ВПО та біженцям, зокрема в частині покращення доступності офтальмологічної медичної допомоги та реалізації сучасних медико-профілактичних стратегій збереження офтальмологічного здоров'я.

Результати. У роботі представлено досвід різних країн світу щодо вивчення та подолання бар'єрів отримання спеціалізованої медичної допомоги, зокрема офтальмологічної, в умовах зростаючої кількості вимушено переміщених осіб та біженців. Наведені окремі офтальмологічні нозології, зростання поширеності яких призвело до запровадження скринінгових стратегій та сучасних організаційних підходів, реалізація яких сприятиме зростанню доступності медичної допомоги для цієї категорії населення.

Висновки. Забезпечення доступності офтальмологічної допомоги для ВПО потребує впровадження гнучких організаційних моделей, орієнтованих на ранню діагностику, профілактику та міждисциплінарну координацію. Пріоритетом є розвиток скринінгових програм і сучасних медичних технологій, що дозволяють покращити клінічні результати при оптимізації витрат.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: офтальмологічна допомога, доступність, ВПО, біженці.

За останнє десятиліття спостерігалася не одна хвиля міграції населення по всьому світу, що зумовлено різними руйнівними подіями, екологічними катастрофами, конфліктами національно-етнічного, територіального характеру, в тому числі збройними, які були пов'язані із порушенням прав людини, насиллям, погіршенням соціально-економічного становища населення [1]. Сучасні види озброєнь, з переважанням мінно-вибухових засобів, які застосовуються в збройних конфліктах, зумовлюють значні медико-санітарні втрати не тільки серед військових, а серед цивільного населення. Людські, матеріально-технічні втрати супроводжуються значними руйнуваннями в середовищах життєдіяльності, природних ресурсів, що негативно впливає на локальну екологічну систему, як наприклад, розлив нафти, бомбардування об'єктів хімічної та нафтопереробної промисловості. Пошкодження інфраструктури житлових, адміністративних будівель стосується і мережі закладів охорони здоров'я, що негативно впливає на доступність різних видів медичної допомоги для населення [2, 3, 4]. Втрати серед мирного населення залежать від масштабів та географії воєнних дій. Зростаюча кількість постраждалих, які зазнали моральної шкоди та матеріальних збитків призводить до зростання чисельності біженців по всьому світу, що і зумовлює коливання хвиль міграції населення [5, 6, 7]. Значне порушення систем життєзабезпечення, внаслідок соціально-економічних потрясінь або територіальних чи національно-етнічних конфліктів є основною причиною, яка змушує населення залишати своє місце проживання та ставати біженцями [8]. Якщо в 2014 році чисельність біженців та мігрантів по всьому світу складала до 60 млн. осіб, то в 2023 році їх кількість перевищила 100 млн. осіб із

© З. В. Повч, С. В. Осауленко, Н. В. Медведовська, 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

прогнозованим подальшим зростанням цього значення [9].

На зростання чисельності біженців впливають гуманітарні кризи, екологічні катастрофи, які виявляють проблеми задоволення потреб постраждалого населення у воді, продуктах харчування, предметах першої необхідності тощо. В таких умовах високою є ймовірність спалахів інфекційних та паразитарних захворювань, зростання поширеності інфекційних та неінфекційних хвороб через відсутність можливості отримання доступної та якісної медичної допомоги. Тому, серед біженців переважають жінки, діти, люди похилого віку з поліморбідними хронічними захворюваннями [10]. Необхідність вимушеного переміщення робить людей та їх родини уразливими до викликів і загроз, з якими вони стикаються на різних етапах, серед яких є структурні стимули та певні обмеження [11, 12], локальні та транснаціональні умови та зв'язки [13, 14]. Щорічно зростаюча кількість біженців актуалізує впровадження програм із забезпечення рівності доступу до медичних послуг із застосуванням методик доказового скринінгу фізичного здоров'я, харчування, інфекційних захворювань в середовищі внутрішньо переміщених осіб (ВПО) та їх родин в рамках реалізації регіональних програм громадського здоров'я. Однак, в сучасних наукових працях рідко висвітлюються проблеми доступності спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги для ВПО. Тому, м**етою** нашого дослідження стало вивчення проблем біженців, ВПО в отриманні медичної допомоги, зокрема спеціалізованої офтальмологічної допомоги.

Матеріали та методи. Матеріалами для дослідження стали оприлюднені в науковій літературі результати наукових досліджень з проблем вивчення доступності спеціалізованої, в тому числі офтальмологічної допомоги для ВПО та біженців. Для досягнення мети дослідження використано наступні методи дослідження: системного підходу; бібліосемантичний; контент-аналізу; структурно-логічного аналізу. Метод системного підходу застосовано для аналізу виявлених системних проблем доступності спеціалізованої, в тому числі офтальмологічної допомоги, для ВПО та біженців. Бібліосемантичний метод застосовано для вивчення вітчизняного та світового контенту щодо досвіду, наукових підходів до вирішення досліджуваної проблеми. Методи контент-аналізу та структурно-логічного аналізу застосовані для вивчення змісту літературних джерел щодо аналізу результатів запровадження змінених організаційних підходів та заходів з надання спеціалізованої медичної допомоги ВПО та біженцям, зокрема в частині покращення доступності офтальмологічної медичної допомоги та реалізації сучасних медико-профілактичних стратегій збереження офтальмологічного здоров'я.

Результати дослідження та обговорення. Сучасний досвід надання медичної допомоги для біженців та ВПО в першу чергу стосується заходів із превенції порушень психічного здоров'я з використанням психосоматичних методів, профілактичних медичних заходів, інформаційно-комунікативних програм у смартфоні при взаємодії служб громадського здоров'я, регіональної мережі медичних закладів, в тому числі закладів первинної медичної допомоги (ПМД), громадських організацій та об'єднань біженців, ВПО та членів їх родин у сфері охорони здоров'я [15, 16].

Більшість наукових праць щодо стану надання медичної допомоги та її доступності для біженців та ВПО в Україні і світі стосуються результатів вивчення стану «фізичного здоров'я», «відсутності здорового способу життя», погіршення стану здоров'я у зв'язку із загостренням хронічних неінфекційних хвороб, ризиками поширення інфекційних хвороб та проблем психічного здоров'я [6].

Наявність гендерних та національних особливостей отримання медичної допомоги, особливо серед біженців латиноамериканського, азіатського (китайців, корейців, пенджабців) походження має значення для формування бар'єрів доступності медичної допомоги. Так, афганські жінки-біженки, маючи низький рівень грамотності і володіння англійською мовою здатні приймати рішення щодо власного здоров'я лише за згоди чоловіка, а жінки корейського та африканського походження в силу культурних норм і власного бажання очікують візитів до жінок-лікарів, у жінок мексиканського та афганського походження поняття про роль жінки в суспільстві заважає підтримувати власне здоров'я та вважати його для себе пріоритетом [17].

Під впливом тяжкого психологічного стресу, життєвих потрясінь викликаних пережитим насиллям, страхом за своє життя, загибеллю рідних і близьких, втратою житла та нажитого майна, порушується стан психічного здоров'я ВПО та біженців. Зростання кількості ВПО в країні доведено поєднується із зростанням кількості випадків розладів психіки та поведінки [18]. У такій ситуації самі психологи, психотерапевти засвідчують дефіцит навичок транскультурної компетентності, а також навичок роботи з посттравматичними стресовими розладами (ПТСР) [19]. Постміграційні умови та події, пов'язані із невизначеністю, дискримінацією, відсутністю житла, звичного соціального оточення, роботи, відсутністю доступу до якісних медичних, освітніх та соціальних послуг додатково негативно впливають на психіку.

Серед ВПО та біженців старшого віку переважають хвороби серцево-судинної системи, онкологічна патологія, перенесені психічні травми, які маючи хронічний перебіг потребують тривалого нагляду та лікування [20]. Більшість хронічних неінфекційних хвороб можуть мати офтальмологічні

ускладнення, вчасна діагностика яких з наступним застосуванням сучасних ефективних медичних технологій дозволяє пацієнтам надовго зберігати працездатність та життя [21]. Розгорнуті в таборах біженців наметові містечка не забезпечують санітарно-гігієнічних умов для тривалого проживання в них малолітніх дітей, жінок і людей похилого віку. Скупченість населення, переохолодження, відсутність санітарно-гігієнічних умов, можливості помитися, організації гарячого харчування із забезпеченням доброякісною водою, створює передумови для виникнення і поширення простудних захворювань і спалахів інфекційних та паразитарних хвороб серед біженців [7, 22]. Через перенаселеність і скупченість проживання, неконтрольоване призначення антибіотиків в їх середовищі високим стає ризик поширеності інфікування мультирезистентними грамнегативними бактеріями. Для громад біженців властиві спалахи інфекційних хвороб (кір, туберкульоз), низькі рівні охоплення вакцинацією, особливо серед дітей старшого віку [23]. Холод, сирість, перенаселеність житла, відсутність продовольчої безпеки, відключення світла, депресія, посттравматичні стресові розлади, безсоння стають додатковими критичними факторами [24, 25, 26].

Досвід Китаю, який є одним із найпотужніших в світі щодо внутрішньої міграції (внутрішня міграція Китаю складає більше 1/5 населення країни, лише в 2019 р. більше 290 млн. осіб мігрували з сіл в міста), виявив що мігранти мають більший ризик розвитку і поширення інфекційних та неінфекційних хвороб, серед них більше поширене тютюнопаління, нижчими є показники контролю артеріального тиску. При порівняно гіршому стані здоров'я саме внутрішні мігранти вносять значний вклад в соціально-економічний розвиток країни, потерпаючи від дефіциту соціальної інтеграції, більшої частоти хронічних неінфекційних захворювань при одночасно низькій частоті звернень за медичною допомогою та низькій самооцінці здоров'я [27, 28].

Дослідження, проведене серед біженців 5-ти країн (Австралії, Нової Зеландії, Німеччини, Лівану та Бангладеш) виявили бар'єри доступності медичних послуг, пов'язані із: дефіцитом комунікації та інформованості біженців (в тому числі через незнання мови країни, в яку здійснено переселення, відсутність перекладача); культурні особливості медичних послуг; дискримінація; знижена територіальна доступність (транспорт), її висока вартість, а тому актуальності набирають напрями пошуку реалізації мобільності медичних послуг, зокрема офтальмологічних [29].

Результати британських дослідників доводять ефективність стратегій планових медичних обстежень, довгострокового нагляду та медичної допомоги щодо вимушено переміщених осіб та біженців, в яких первинна медична допомога є основною і базовою. Визнано, що хронічні неінфекційні хвороби (особливо цукровий діабет 2-го типу, артеріальна гіпертензія, хронічна хвороба нирок, неврологічна патологія) потребують розробки стратегії лікування та нагляду як серед населення країни в цілому, так і в осередках біженців. Такі хворі, маючи особливі потреби, стикаються з труднощами, як на етапі міграції або переміщення, так і на етапі інтеграції в суспільство країни, куди це переміщення відбулося. Нерідко виникають проблеми, пов'язані із втратою медичної документації, мовними бар'єрами, страхом та непередбачуваними для пацієнта ризиками при контакті із незнайомою системою охорони здоров'я. Для реалізації заходів із сприяння доступності медичної допомоги, в тому числі офтальмологічної, для ВПО та біженців ефективним виявилося залучення додаткових зусиль медичних підрозділів Державних служб із надзвичайних ситуацій, загонів і служб міжнародного Червоного Хреста, інших громадських організацій та професійних медичних формувань, оснащених сучасним модульним устаткуванням, спроможним працювати в автономних умовах [9, 10].

Зростання кількості ВПО та мігрантів сприяє зростанню навантаження на систему охорони здоров'я, вимагаючи від неї «мікрогнучкості» для створення безпечного середовища і атмосфери довіри для цієї групи населення. За результатами аналізу досвіду надання медичної допомоги біженцям за широким спектром послуг п’яти медичних служб Австралії, Бельгії та Британії було доведено ефективність векторів: первинної медико-санітарної допомоги; захисту прав в медичній сфері; навчання і підтримки; комплексного медичного огляду; планування і координації догляду; транскультурної психіатричної допомоги [30]. Досвід охорони здоров'я Ірану в умовах зростаючої кількості вимушено переміщених осіб та біженців довів доцільність застосування централізованого підходу запровадження моніторингу швидкого реагування із забезпечення доступних діагностичних медичних послуг, розробки та реалізації системи протидії протиепідемічним загрозам з розподілом означеного контингенту на шість демографічних груп: діти; жінки репродуктивного віку; підлітки; молоді люди; люди середнього віку; люди похилого віку [31]. Досвід Китаю свідчить про ефективність розширення послуг з громадського здоров'я, розвитку первинної медико-санітарної допомоги із використанням мігрантами системи NEPHS (Національні основні послуги громадського здоров'я), а також EBPHFPS (політики вирівнювання доступу до основних послуг громадського здоров’я і планування сім’ї), злагоджена взаємодія яких здатна забезпечити рівність доступності медичної допомоги [32].

За даними експертів ООН, зважаючи на зростаючу кількість ВПО та біженців у світі з 59,5 млн. осіб в 2014 р. до 89,3 млн. осіб в 2021 р., необхідно

планувати обсяги гуманітарної хірургічної допомоги в обсягах не менше 3 млн. оперативних втручань. До країн, на які припадає найбільше навантаження щодо хірургічних втручань у біженців та ВПО, в першу чергу можна віднести Сирію (388 тис. операцій), Колумбію (282 тис. операцій), Ірак (187 тис. операцій).

Аналіз міжнародних керівництв 51 країни світу з економічної оцінки медичних технологій в сфері охорони здоров'я виявили, що лише в 30,0 % з них чітко зазначено про справедливість і рівність доступу до таких послуг. Національний інститут охорони здоров'я і соціального забезпечення (NICE) оприлюднив доведену неоднорідність та значні відмінності в методології тривалого догляду за пацієнтами за визначеними індикаторами та факторами в кожній з країн [33], використовуючи офіційні бази даних за діагнозами DRG 9-ти країн (Франція, Німеччина, Англія, Італія, Польща, Португалія, Словаччина, Іспанія та Швеція) [10, 34]. Наявні бар'єри отримання медичної допомоги для мігрантів, особливо нелегальних, через юридичні, фінансові, мовні, культурні проблеми формують значну частоту використання відділень невідкладної допомоги нелегальними мігрантами в якості первинної медичної допомоги через відсутність страхування та знань про альтернативні варіанти отримання медичної допомоги, а також зростання кількості госпіталізацій у важкому стані із тяжкими симптомами захворювання через низьку доступність медичної допомоги [35].

Зростання кількості внутрішньо переміщеного населення внаслідок воєнних дій вимагає від системи охорони здоров'я країни, яка бере безпосередню участь у збройному конфлікті безперервності надання медичної допомоги, чітких заходів реагування з: швидким розгортанням виїзних клінік, в місця скупчення евакуйованого населення, ВПО; розширення часового проміжку он-лайн консультацій до 24/7; доставка ліків; забезпечення доступу до основних потреб (харчування, вода, гігієна і санітарія); розширення спектру медичних послуг, властивих для ВПО (виділена лінія call-центру, спілкування в групах соціальних мереж, послуги медичної сестри) [36].

Не дивлячись на те, що офтальмологічна допомога, як правило, не є пріоритетною, адже в кризових ситуаціях, більше приділяють увагу наданню невідкладної медичної допомоги при загостренні хронічних хвороб або при гострих станах, позитивним виявився досвід створення стаціонарних пунктів перевірки зору в таборах та поселеннях біженців. В таборі біженців Кокс-Базаре (Бангладеш) здійснюють Orbis International сумісно з місцевими партнерами (Cax's Bazar Baitush Sharaf Hospital (CBBSH). За результатами обстеження 48 105 переміщених осіб (70,3 %) та 20 357 місцевих мешканців (29,7 %) було з'ясовано, що поширеність сліпоти серед біженців перевищувала аналогічні показники у місцевого населення в 3-6 разів [37]. Порушення зору були виявлені практично у третини (28,87 %) біженців, причиною порушення зору в 75,0 % була катаракта, в 47,9 % – рефракційні порушення. В 95,9 % випадків втрата зорових функцій була попереджуваною, не дивлячись на те, що 95,2 % осіб з виявленими аномаліями рефракції не носили окулярів. Отримані результати направлені до Управління Верховного комісара ООН в справах біженців, що дозволило обгрунтовано включати офтальмологічну допомогу в число рекомендованих медичних послуг для всіх біженців [38].

Здорове функціонування зорового аналізатора має вплив на нейрофізіологічні процеси та когнітивні функції в організмі людини. Австралійські науковці довели, що навіть легке двостороннє порушення зору у корінного населення Австралії, яке проживає у віддалених районах пов'язано із зростанням ризику смертності протягом 10 років на 40,0 % в порівнянні із людьми без відсутності порушень функцій зору [39]. Результати 5-ти річного Мельбурнського проекту з вивчення порушень зору, як предиктора смертності довели, що зниження гостроти зору більше ніж на 50,0 % пов'язане із зростанням ризику смертності, особливо за наявності таких факторів, як зростання віку (OR = 1,09), чоловіча стать (OR = 1,62), тривале куріння (OR = 2,06 у випадку тривалості куріння більше 30 років OR = 2,34), збільшення тривалості артеріальної гіпертензії (OR = 1,51) більше, ніж 10 років [40, 41]. В Японії довели, що люди із порушенням зору страждають від відсутності фізичної активності, внаслідок чого погіршується стан їх здоров'я і зростає захворюваність [42].

За даними Глобального дослідження тягаря хвороб, травм і факторів ризику 2021 року по 204 країнам і територіям за 1990-2021 рр. найбільшими проблемами стають зростаюча кількість офтальмологічних ускладнень цукрового діабету та випадків вікової макулодистрофії (ВМД) [43]. В сучасній науковій літературі показано, що чим в пізнішій стадії вперше діагностована діабетична ретинопатія, тим гіршим є прогноз щодо втрати зорових функцій з причини її прогресування. На сьогодні ВМД є причиною приблизно 9,0 % всіх випадків сліпоти в світі [44]. Кількість людей з віковою макулодистрофією (ВМД) в світі збільшилася більше ніж вдвічі (з 3,64 млн. в 1990 р. до 8,06 млн. в 2021 р.) та продовжує зростати, прогнозується збільшення їх кількості з 3,40 млн. чоловіків в 2021 році до 9,02 млн. в 2050 році та з 4,66 млн. жінок в 2021 році до 12,32 млн. жінок в 2050 році [45]. Зростає і кількість пацієнтів з катарактою, що аргументує наукові дослідження розрахунку вартості оперативних втручань із заміни кришталика, які дозволяють в значній мірі відновити зір пацієнтів [38, 46].

Останніми роками відбулося значне зростання кількості офтальмологічних ускладнень цукрового діабету. Встановлено, що основні ускладнення, за виключенням ішемічної хвороби серця, зустрічаються частіше у чоловіків з цукровим діабетом I типу. Доведеними факторами ризику розвитку хронічних ускладнень цукрового діабету є: тривалість цукрового діабету; артеріальна гіпертензія; зростання віку; порушення ліпідного обміну; куріння; вживання алкоголю; сімейний анамнез асоційований з ускладненнями цукрового діабету I типу; виявлення складових метаболічного синдрому: ожиріння; гіпертензія; дисліпідемія [45, 47]. Ретроспективний аналіз факторів ризику розвитку ускладнень цукрового діабету за клінічними даними дозволив встановити частоту хронічних діабетичних ускладнень: діабетична ретинопатія (41,5 %); периферична полінейропатія (29,0 %); синдром діабетичної стопи (8,3 %); нефропатія (17,0 %); серцево-судинна нейропатія (8,7 %), ішемічна хвороба серця (7,1 % пацієнтів). В свою чергу, проліферативна діабетична ретинопатія є незалежним предиктором інших тяжких ускладнень діабету, таких як ішемічний інсульт [48]. Прогноз прогресування діабетичної ретинопатії пов'язаний із тяжкістю цукрового діабету, залежить від рівнів глікозильованого гемоглобіну, кількості інсультів і кількості госпіталізацій [49]. В умовах підвищення вартості і частоти використання додаткових медичних послуг у пацієнтів з цукровим діабетом зростає актуальність запровадження заходів із покращення доступності профілактичної допомоги в групах ризику [50].

Вивчення економічної ефективності раннього скринінгу, корекції факторів ризику і раннього лікування діабетичної ретинопатії показало, що відтерміноване звернення пацієнтів до офтальмолога в третині випадків (28,8 %) було пов’язано із відсутністю лікаря загальної практики-сімейного лікаря, відсутністю або недостатньою страховкою для отримання лікування, виявленого під час офтальмологічного скринінгу захворювання [51]. Тому, у пацієнтів з цукровим діабетом та діабетичною ретинопатією економічно обгрунтованою стає рання профілактика, предиктивний, персоніфікований підхід до надання офтальмологічної допомоги [52]. Все частіше з цією метою застосовують елементи штучного інтелекту (наприклад, використання базової моделі CAREVL для проведення діабетичних ретинальних оглядів), що сприяє підвищенню прихильності до лікування, нагляду та дотриманню регулярності обстежень [53]. На ендокринні зміни в організмі людини активно реагує очна поверхня, у зв’язку з чим зросла частота синдрому сухого ока, як хронічного запального захворювання, яке може мати психосоматичну етіологію [54].

Обговорення отриманих результатів. Зростаюче число збройних конфліктів у світі супроводжується зростаючою смертністю, інвалідністю, захворюваністю та зростанням кількості ВПО та біженців, що вимагає від систем охорони здоров'я країн, які їх приймають розуміння труднощів, з якими стикаються біженці для підвищення доступності медичної допомоги цій категорії населення. Ризиками для здоров'я біженців залишаються, – ускладнений доступ до медичних послуг через вплив структурних, культурних і соціально-економічних бар'єрів для її отримання. Через свою незахищеність і бідність вони залишаються найбільш соціально вразливими та чутливими до факторів ризику погіршення здоров'я.

Аналіз доступності спеціалізованої, в тому числі офтальмологічної медичної допомоги, для ВПО та біженців переконує у доцільності створення адаптивної системи охорони здоров'я, яка забезпечує рівний доступ до медичної допомоги всіх етнічних і культурних груп населення. Виявлені бар'єри біженців у отриманні медичної допомоги включають: поведінкові (дефіцит культурно-компетентного медичного персоналу); структурні (критерії доступності медичної допомоги, її вартість, присутність перекладача, очікувана тривалість обстеження, труднощі логістики).

Висновки. Категорія ВПО та біженців є особливою для системи охорони здоров'я, оскільки вимагає реалізації «гнучких» механізмів доступності медичних послуг, в тому числі спеціалізованої офтальмологічної допомоги. Наявність доведеного підвищеного ризику смертності у людей з порушеним зором (наприклад, пацієнти з ВМД мають на 20,0 % вищий ризик смертності), в порівнянні із людьми із нормальним зором, має значення для сприяння зоровому довголіттю для досягнення Цілей сталого розвитку в кожній країні.

Наведене актуалізує пошук ефективних стратегій подолання бар'єрів доступності лікувально-профілактичної офтальмологічної допомоги для ВПО та біженців. За оприлюдненими в сучасній науковій літературі даними заходи із покращення доступності спеціалізованої офтальмологічної допомоги для ВПО та біженців в різних країнах світу виявили різну ефективність. Так, результати окремих наукових досліджень переконують у доцільності залучення до скринінгу функцій зору лікарів загальної практики-сімейних лікарів, запровадження телемедицини у віддалених сільських та малозабезпечених районах. Проте, у Великобританії, Австралії, США і Нідерландах обговорюється доцільність запровадження багатокомпонентної скринінгової перевірки зору для осіб старшого віку, оскільки науковими дослідженнями доведено, що визначення гостроти зору в умовах сімейних амбулаторій має низьку чутливість і специфічність.

Прогнозоване зростання кількості ВПО в Україні спонукає до пошуку шляхів покращення доступності спеціалізованої медичної допомоги, в тому

числі офтальмологічної, для цієї категорії населення з урахуванням реалій стану мережі та кадрового забезпечення офтальмологічної служби в різних регіонах України. Пріоритетності набуває запровадження ефективних методів превенції та раннього лікування офтальмологічної патології, що сприятиме кращим клінічним результатам при порівняно менших затратах.

Перспективи подальших досліджень. Подальші наукові дослідження доцільно спрямувати на проведення емпіричних, у тому числі проспективних та когортних досліджень, із залученням внутрішньо переміщених осіб та біженців в Україні для кількісної оцінки рівня доступності спеціалізованої офтальмологічної допомоги та її впливу на клінічні результати. Важливим є вивчення ефективності різних моделей організації допомоги (мобільні офтальмологічні бригади, телемедицина, інтеграція скринінгу на рівні первинної медичної допомоги) з урахуванням регіональних особливостей, кадрового забезпечення та ресурсних обмежень. Окремої уваги потребує оцінка ролі соціально-економічних, культурних і мовних факторів у формуванні бар'єрів доступу до медичних послуг.

Перспективним напрямом є також дослідження економічної ефективності впровадження програм раннього скринінгу та профілактики офтальмологічної патології серед груп ризику, зокрема осіб із хронічними неінфекційними захворюваннями. Доцільним є подальше вивчення можливостей застосування цифрових технологій і елементів штучного інтелекту для підвищення доступності діагностики та моніторингу стану зору. Отримані результати можуть стати підґрунтям для розробки національних стратегій і міжсекторальних програм, спрямованих на забезпечення рівного доступу до офтальмологічної допомоги для вимушено переміщених осіб та біженців.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

Інформація про фінансування. Дослідження не потребувало і не отримувало додаткового фінансування.

Внесок авторів. Повч З.В. – концепція і дизайн дослідження, участь в аналізі отриманих даних, Осауленко С.В. – збирання і обробка первинного матеріалу, Медведовська Н.В. – аналіз отриманих даних, написання тексту статті.

Відповідність матеріалів статті щодо проведення обстежень/досліджень/лікування нормам біоетики. Це дослідження є систематичним оглядом опублікованих наукових джерел і не передбачало залучення людей як учасників досліджень, проведення клінічних втручань або роботи з біологічним матеріалом. У зв'язку із цим отримання дозволу комісії з біоетики не вимагалося. Дослідження проводилося відповідно до принципів Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації та міжнародних – стандартів етики наукових публікацій (COPE).

Інформація про доступність первинних даних. Дослідження має оглядовий характер і не передбачає збору первинних даних. Усі використані матеріали є відкритими та доступними у відповідних наукових джерелах.

Список використаної літератури

1. De Haas H. A theory of migration: the aspirations-capabilities framework // Comparative Migration Studies. 2021. Vol. 9, No. 1. P. 8. DOI: https://doi.org/10.1186/s40878-020-00210-4.
2. Бехтер Л. В. Сутність категорії взаємодії міжнародних благодійних організацій з органами державної влади щодо реалізації міжнародних проектів: проблематика наукового підходу // Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції. 2022. № 6. URL: http://apnl.dnu.in.ua/6_2022/15.pdf.
3. Кушнарьова М. Акції солідарності світової громадськості з українським народом під час російсько-української війни: класифікація та особливості // Наук. пр. Нац. б-ки України ім. В. І. Вернадського. 2022. Вип. 65. С. 267–281. DOI: https://doi.org/10.15407/np.65.267.
4. Українські біженці від війни: аналіз інформаційних ресурсів підтримки // Наукові праці Національної бібліотеки України імені В. І. Вернадського. 2023. Вип. 67.
5. Jayasinghe S. The 12 dimensions of health impacts of war (the 12-D framework): a novel framework to conceptualise impacts of war // BMJ Global Health. 2024. Vol. 9, No. 5. e014749. DOI: 10.1136/bmjgh-2023-014749.
6. Mohammadi M. et al. Health problems of increasing man-made and climate-related disasters on forcibly displaced populations // Disaster Medicine and Public Health Preparedness. 2023. Vol. 17. e537. DOI: 10.1017/dmp.2023.159.
7. Rana K., Kent J. L., Page A. Housing inequalities and health outcomes among migrant and refugee populations // BMC Public Health. 2025. Vol. 25, No. 1. P. 1098. DOI: 10.1186/s12889-025-22186-5.
8. Lakševics K. et al. The permanent regime of temporary solutions // European Urban and Regional Studies. 2024. Vol. 31, No. 1. P. 81–87. DOI: https://doi.org/10.1177/09697764231197963.
9. Phung B. Caring for resettled refugee children in the United States // Frontiers in Public Health. 2023. Vol. 11. 1046319. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1046319.
10. Špacírová Z. et al. Are costs derived from diagnosis-related groups suitable // The European Journal of Health Economics. 2022. Vol. 23, No. 9. P. 1563–1575. DOI: 10.1007/s10198-022-01444-y.
11. De Haas H. How migration really works. London: Penguin, 2024.
12. Haile D. T., Schapendonk J. The "system" as another sea // Focaal. 2024. No. 99. P. 15–27. DOI: https://doi.org/10.3167/fcl.2024.990102.

13. D'Angelo A. The networked refugee // Global Networks. 2021. Vol. 21, No. 3. P. 487–499. DOI: https://doi.org/10.1111/glob.12312.
14. Debruyne P. et al. Transnational dynamics of family reunification // Migration and Social Work. 2023. P. 95–111.
15. Комунікативні навички лікаря : підручник / за заг. ред. О. С. Чабана. Київ, 2024. 157 с.
16. Mohiuddin S. G. et al. Cost-effectiveness of routine monitoring // Pharmacoeconomics – Open. 2024. Vol. 8, No. 3. P. 359–371. DOI: 10.1007/s41669-024-00473-y.
17. Aldin A. et al. Gender differences in health literacy interventions // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2024. No. 12. CD013302. DOI: 10.1002/14651858.CD013302.pub2.
18. Grasser L. R. Addressing mental health concerns in refugees // Risk Management and Healthcare Policy. 2022. Vol. 15. P. 909–922. DOI: 10.2147/RMHP.S270233.
19. Frankova I. et al. Forcibly displaced persons and mental health // Transcultural Psychiatry. 2023. Vol. 60, No. 1. P. 167–175. DOI: 10.1177/13634615221135421.
20. Butenop J. et al. Health situation in Ukraine before onset of war // Gesundheitswesen. 2022. Vol. 84, No. 8–9. P. 679–688. DOI: 10.1055/a-1876-2423.
21. Mateen F. J. et al. Neurologic care of forcibly displaced persons // Neurology. 2023. Vol. 100, No. 20. P. 962–969. DOI: 10.1212/WNL.0000000000206857.
22. Podolsky V. V. et al. Medico-social factors of coronavirus spread // Reproductive Endocrinology. 2021. Vol. 5, No. 61. P. 8–15.
23. Cotugno S. et al. Antimicrobial resistance and migration // Annals of Global Health. 2025. Vol. 91, No. 1. P. 12. DOI: 10.5334/aogh.4628.
24. Блок Н. Деякі питання соціального забезпечення ВПО // Вісник НУ «Львівська політехніка». 2023. Т. 10, № 3(39). С. 66–73. DOI: https://doi.org/10.23939/law2023.39.066.
25. Герасименко О. В. Соціальні ініціативи щодо підтримки ВПО // Вісник соціальної роботи. 2022. № 4. С. 22–28.
26. Haque U. Beyond the battlefield // Research Square. 2025. DOI: 10.21203/rs.3.rs-7376114/v1.
27. Qian C. X. et al. Non-communicable disease risk factors // BMJ Global Health. 2021. Vol. 6, No. 9. e003324. DOI: 10.1136/bmjgh-2020-003324.
28. Yang Z. et al. Public health service utilization // BMC Public Health. 2022. Vol. 22. P. 564. DOI: 10.1186/s12889-022-12870-1.
29. Coumans J. V. F., Wark S. Barriers to health services utilisation // BMC Public Health. 2024. Vol. 24. P. 199. DOI: 10.1186/s12889-024-17694-9.
30. Robinson A. R. et al. Responsive healthcare for forced migrants // BMJ Open. 2025. Vol. 15, No. 2. e090211. DOI: 10.1136/bmjopen-2024-090211.
31. Karimian Z. et al. Health equity and system resilience // International Journal for Equity in Health. 2025. Vol. 24. P. 191. DOI: 10.1186/s12939-025-02564-6.
32. Wang J. et al. Disparities in public health services // BMJ Open. 2024. Vol. 14. e080756. DOI: 10.1136/bmjopen-2023-080756.
33. García-Mochón L. et al. Costing methodologies in Europe // The European Journal of Health Economics. 2022. Vol. 23. P. 979–991. DOI: 10.1007/s10198-021-01414-w.
34. Długosz P. War trauma among Ukrainian refugees // Journal of Migration and Health. 2023. Vol. 8. 100196. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jmh.2023.100196.
35. Kisa S., Kisa A. Challenges in accessing emergency healthcare // International Journal for Equity in Health. 2024. Vol. 23. P. 184. DOI: 10.1186/s12939-024-02270-9.
36. Cicurel A. et al. Primary healthcare delivery adaptations // Israel Journal of Health Policy Research. 2025. Vol. 14. P. 35. DOI: 10.1186/s13584-025-00698-0.
37. Ahmed M. et al. Burden of eye disease in displaced populations // PLoS Medicine. 2020. Vol. 17, No. 3. e1003096. DOI: 10.1371/journal.pmed.1003096.
38. Hussain A. H. M. E. et al. Rapid assessment of avoidable blindness // PLoS One. 2020. Vol. 15, No. 12. e0243005. DOI: 10.1371/journal.pone.0243005.
39. Ng S. K. et al. Visual impairment and mortality // JAMA Ophthalmology. 2018. Vol. 136, No. 5. P. 534–537. DOI: 10.1001/jamaophthalmol.2017.6787.
40. De Meulemeester J. et al. Chronic complications in diabetes // Diabetologia. 2024. Vol. 67, No. 8. P. 1527–1535. DOI: 10.1007/s00125-024-06171-y.
41. McCarty C. A. et al. Vision impairment predicts mortality // British Journal of Ophthalmology. 2021. Vol. 85, No. 3. P. 322–326. DOI: 10.1136/bjo.85.3.322.
42. Tatsuta W. et al. Physical activity in visually impaired adults // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022. Vol. 19, No. 4. P. 2244. DOI: 10.3390/ijerph19042244.
43. GBD 2021 Global AMD Collaborators. Global burden of vision impairment // The Lancet Global Health. 2025. Vol. 13, No. 7. P. e1175–e1190. DOI: 10.1016/S2214-109X(25)00143-3.
44. Stahl A. Diagnosis and treatment of macular degeneration // Deutsches Ärzteblatt International. 2020. Vol. 117. P. 513–520. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0513.
45. Huang L. et al. Smoking-attributable macular degeneration // Translational Vision Science & Technology. 2025. Vol. 14, No. 10. P. 21. DOI: 10.1167/tvst.14.10.21.
46. Olry de Labry Lima A. et al. Cataract surgery costs in Europe // Cost Effectiveness and Resource Allocation. 2022. Vol. 20. P. 11. DOI: 10.1186/s12962-022-00346-3.
47. Kentmen-Cin C. Attitudes towards Ukrainian refugees // Innovation. 2025. Vol. 38, No. 1. P. 112–136. DOI: https://doi.org/10.1080/13511610.2024.2430231.

48. Perais J. et al. Prognostic factors in diabetic retinopathy // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2023. No. 2. CD013775. DOI: 10.1002/14651858.CD013775.pub 2.
49. Guo Y. et al. Predicting diabetic retinopathy progression // Ophthalmology Science. 2023. Vol. 3, No. 2. 100276. DOI: 10.1016/j.xops.2023.100276.
50. Rajeswaren V. et al. Healthcare utilization in diabetic retinopathy // Translational Vision Science & Technology. 2024. Vol. 13, No. 2. P. 12. DOI: 10.1167/tvst.13.2.12.
51. Lu V. I. et al. Delayed presentation of diabetic retinopathy // Translational Vision Science & Technology. 2023. Vol. 12, No. 9. P. 8. DOI: 10.1167/tvst.12.9.8.
52. Kropp M. et al. Diabetic retinopathy as predictor of complications // EPMA Journal. 2023. Vol. 14. P. 21–42. DOI: 10.1007/s13167-023-00314-8.
53. Channa R. et al. AI screening in diabetic retinopathy // NPJ Digital Medicine. 2023. Vol. 6. P. 53. DOI: 10.1038/s41746-023-00785-z.
54. Zhao C., Li X. Dry eye disease and psychosomatics // Frontiers in Medicine. 2025. Vol. 12. 1600258. DOI: 10.3389/fmed.2025.1600258.

References

1. De Haas, H. (2021). A theory of migration: The aspirations-capabilities framework. Comparative Migration Studies, 9(1), 8. https://doi.org/10.1186/s40878-020-00210-4
2. Blecher, L. V. (2022). Sutnist kategorii vzaiemodii mizhnarodnykh blahodiinykh orhanizatsii z orhanamy derzhavnoi vlady shchodo realizatsii mizhnarodnykh proiektiv: Problematyka naukovoho pidkhodu. Aktualni problemy vitchyznianoi yurysprudentsii, (6). http://apnl.dnu.in.ua/6_2022/15.pdf
3. Kushnaryova, M. (2022). Aktsii solidarnosti svitovoi hromadskosti z ukrainskym narodom pid chas rosiisko-ukrainskoi viiny: Klasyfikatsiia ta osoblyvosti. Naukovi pratsi Natsionalnoi biblioteky Ukrainy imeni V. I. Vernadskoho, 65, 267–281. https://doi.org/10.15407/np.65.267
4. Naukovi pratsi Natsionalnoi biblioteky Ukrainy imeni V. I. Vernadskoho. (2023). Ukrainski bizhentsi vid viiny: Analiz informatsiinykh resursiv pidtrymky, 67.
5. Jayasinghe, S. (2024). The 12 dimensions of health impacts of war (the 12-D framework): A novel framework to conceptualise impacts of war on social and environmental determinants of health and public health. BMJ Global Health, 9(5), e014749. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-014749
6. Mohammadi, M., Jafari, H., Etemadi, M., Dalugoda, Y., Mohtady Ali, H., Phung, H., Ahmadvand, A., Dwirahmadi, F., Barnes, P., & Chu, C. (2023). Health problems of increasing man-made and climate-related disasters on forcibly displaced populations: A scoping review on global evidence. Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 17, e537. https://doi.org/10.1017/dmp.2023.159
7. Rana, K., Kent, J. L., & Page, A. (2025). Housing inequalities and health outcomes among migrant and refugee populations in high-income countries: A mixed-methods systematic review. BMC Public Health, 25(1), 1098. https://doi.org/10.1186/s12889-025-22186-5
8. Lakševics, K., Franz, Y., Haase, A., et al. (2024). The permanent regime of temporary solutions: Housing of forced migrants in Europe as a policy challenge. European Urban and Regional Studies, 31(1), 81–87. https://doi.org/10.1177/09697764231197963
9. Phung, B. (2023). Caring for resettled refugee children in the United States: Guidelines, challenges and public health perspectives. Frontiers in Public Health, 11, 1046319. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1046319
10. Špacírová, Z., Epstein, D., & Espín, J. (2022). Are costs derived from diagnosis-related groups suitable for use in economic evaluations? A comparison across nine European countries. The European Journal of Health Economics, 23(9), 1563–1575. https://doi.org/10.1007/s10198-022-01444-y
11. De Haas, H. (2024). How migration really works. Penguin.
12. Haile, D. T., & Schapendonk, J. (2024). The "system" as another sea: Contrasting mobility rules and migrant navigations. Focaal, 99, 15–27. https://doi.org/10.3167/fcl.2024.990102
13. D'Angelo, A. (2021). The networked refugee: The role of transnational networks in the journeys across the Mediterranean. Global Networks, 21(3), 487–499. https://doi.org/10.1111/glob.12312
14. Debruyne, P., Van Acker, K., Geldof, D., & Schrooten, M. (2023). Transnational dynamics of family reunification. In E. J. Gómez Ciriano et al. (Eds.), Migration and social work (pp. 95–111). Policy Press.
15. Chaban, O. S. (Ed.). (2024). Komunikatyvni navychky likaria.
16. Mohiuddin, S. G., Ward, M. E., Hollingworth, W., Watson, J. C., Whiting, P. F., & Thom, H. H. Z. (2024). Cost-effectiveness of routine monitoring of long-term conditions in primary care. Pharmacoeconomics – Open, 8(3), 359–371. https://doi.org/10.1007/s41669-024-00473-y
17. Aldin, A., Baumeister, A., Chakraverty, D., Monsef, I., Noyes, J., Kalbe, E., Woopen, C., & Skoetz, N. (2024). Gender differences in interventions for improving health literacy in migrants. Cochrane Database of Systematic Reviews, (12), CD013302. https://doi.org/10.1002/14651858.CD013302.pub2
18. Grasser, L. R. (2022). Addressing mental health concerns in refugees and displaced populations. Risk Management and Healthcare Policy, 15, 909–922. https://doi.org/10.2147/RMHP.S270233
19. Frankova, I., et al. (2023). Forcibly displaced persons and mental health. Transcultural Psychiatry, 60(1), 167–175. https://doi.org/10.1177/13634615221135421
20. Butenop, J., Brake, T., Mauder, S., & Razum, O. (2022). Health situation in Ukraine before onset of war. Gesundheitswesen, 84(8–9), 679–688. https://doi.org/10.1055/a-1876-2423
21. Mateen, F. J., Hanafi, I., Birbeck, G. L., Saadi, A., Schmutzhard, E., Wilmshurst, J. M., Silsbee, H., & Jones, L. K., Jr. (2023). Neurologic care of forcibly displaced persons: Emerging issues in neurology. Neurology, 100(20), 962–969. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000206857

22. Podolsky, V. V., Antipkin, Y. G., Podolsky, V. V., et al. (2021). Medico-social factors of the possibility of spreading coronavirus infection among women of childbearing age. Reproductive Endocrinology, 5(61), 8–15.
23. Cotugno, S., De Vita, E., Frallonardo, L., Novara, R., Papagni, R., Asaduzzaman, M., Segala, F. V., Veronese, N., Nicastri, E., Morea, A., Farkas, F. B., Lakatos, B., Iatta, R., Putoto, G., Saracino, A., & Di Gennaro, F. (2025). Antimicrobial resistance and migration: Interrelation between two hot topics in global health. Annals of Global Health, 91(1), 12. https://doi.org/10.5334/aogh.4628
24. Blok, N. (2023). Deiaki pytannia sotsialnoho zabezpechennia vnutrishno peremishchenykh osib v umovakh voiennoho stanu. Visnyk Natsionalnoho universytetu "Lvivska politekhnika", 10(3), 66–73. https://doi.org/10.23939/law2023.39.066
25. Herasymenko, O. V. (2022). Sotsialni initsiatyvy shchodo pidtrymky VPO v Ukraini. Visnyk sotsialnoi roboty, (4), 22–28.
26. Haque, U. (2025). Beyond the battlefield: Geospatial insights of health vulnerability in Ukraine during the Russian-Ukrainian war. Research Square (Preprint). https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-7376114/v1
27. Qian, C. X., Zhao, Y., Anindya, K., Tenneti, N., Desloge, A., Atun, R., Qin, V. M., Mulcahy, P., & Lee, J. T. (2021). Non-communicable disease risk factors and management among internal migrants in China: Systematic review and meta-analysis. BMJ Global Health, 6(9), e003324. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003324
28. Yang, Z., Jiang, C. H., & Hu, J. (2022). Moderating effects of regional disparities on the relationship between individual determinants and public health service utilization among internal migrants. BMC Public Health, 22(1), 564. https://doi.org/10.1186/s12889-022-12870-1
29. Coumans, J. V. F., & Wark, S. (2024). A scoping review on the barriers to and facilitators of health services utilisation related to refugee settlement. BMC Public Health, 24(1), 199. https://doi.org/10.1186/s12889-024-17694-9
30. Robinson, A. R., Khan, Z. R. A., Broadhurst, K. A., Nellums, L. B., Renolds, G., Faiq, B., & Smith, A. (2025). Mechanisms and attitudes in responsive healthcare for forced migrant communities. BMJ Open, 15(2), e090211. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-090211
31. Karimian, Z., Hashjin, A. A., Bellizzi, S., & Winkler, V. (2025). Health equity and system resilience during crises. International Journal for Equity in Health, 24(1), 191. https://doi.org/10.1186/s12939-025-02564-6
32. Wang, J., Bai, L., & Xu, X. (2024). Disparities in awareness and utilisation of national essential public health services. BMJ Open, 14(4), e080756. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-080756
33. García-Mochón, L., Špacírová, Z., & Espín, J. (2022). Costing methodologies in European economic evaluation guidelines. The European Journal of Health Economics, 23(6), 979–991. https://doi.org/10.1007/s10198-021-01414-w
34. Długosz, P. (2023). War trauma and strategies for coping with stress among Ukrainian refugees staying in Poland. Journal of Migration and Health, 8, 100196. https://doi.org/10.1016/j.jmh.2023.100196
35. Kisa, S., & Kisa, A. (2024). "No papers, no treatment": Challenges faced by undocumented immigrants in accessing emergency healthcare. International Journal for Equity in Health, 23(1), 184. https://doi.org/10.1186/s12939-024-02270-9
36. Cicurel, A., Wolff Sagy, Y., Feldhamer, I., Yaron, S., Caspi-Regev, S., Netzer, D., Arbel, R., & Lavie, G. (2025). Primary healthcare delivery adaptations in war-induced population displacement. Israel Journal of Health Policy Research, 14(1), 35. https://doi.org/10.1186/s13584-025-00698-0
37. Ahmed, M., Whitestone, N., Patnaik, J. L., Hossain, M. A., Husain, L., Alauddin, M., Rahaman, M., Cherwek, D. H., Congdon, N., & Haddad, D. (2020). Burden of eye disease and demand for care in displaced populations. PLoS Medicine, 17(3), e1003096. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003096
38. Hussain, A. H. M. E., Ahmed, M., Vincent, J. E., Islam, J., Sapkota, Y. D., Das, T., Congdon, N., Husain, L., Khandaker, G., Muhit, M., Hossain, M. A., & Haddad, D. (2020). Rapid assessment of avoidable blindness among displaced populations. PLoS ONE, 15(12), e0243005. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243005
39. Ng, S. K., Kahawita, S., Andrew, N. H., Henderson, T., Craig, J. E., & Landers, J. (2018). Association of visual impairment and mortality. JAMA Ophthalmology, 136(5), 534–537. https://doi.org/10.1001/jamaophthalmol.2017.6787
40. De Meulemeester, J., Charleer, S., Visser, M. M., De Block, C., Mathieu, C., & Gillard, P. (2024). Chronic complications and glycemic control in type 1 diabetes. Diabetologia, 67(8), 1527–1535. https://doi.org/10.1007/s00125-024-06171-y
41. McCarty, C. A., Nanjan, M. B., & Taylor, H. R. (2021). Vision impairment predicts mortality. British Journal of Ophthalmology, 85(3), 322–326. https://doi.org/10.1136/bjo.85.3.322
42. Tatsuta, W., Inayama, T., Yamanaka, E., & Ohkawara, K. (2022). Physical activity among adults with visual impairments. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(4), 2244. https://doi.org/10.3390/ijerph19042244
43. GBD 2021 Global AMD Collaborators. (2025). Global burden of vision impairment due to age-related macular degeneration. The Lancet Global Health, 13(7), e1175–e1190. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(25)00143-3
44. Stahl, A. (2020). Diagnosis and treatment of age-related macular degeneration. Deutsches Ärzteblatt International, 117(29–30), 513–520. https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0513
45. Huang, L., Hu, P., Chen, J., Liu, J., & Grzybowski, A. (2025). Smoking-attributable macular degeneration. Translational Vision Science & Technology, 14(10), 21. https://doi.org/10.1167/tvst.14.10.21
46. Olry de Labry Lima, A., Špacírová, Z., & Espín, J. (2022). Cataract surgery costs in Europe. Cost Effectiveness and Resource Allocation, 20(1), 11. https://doi.org/10.1186/s12962-022-00346-3
47. Kentmen-Cin, C. (2025). Attitudes towards Ukrainian refugees. Innovation: The European Journal of Social Science Research, 38(1), 112–136. https://doi.org/10.1080/13511610.2024.2430231
48. Perais, J., Agarwal, R., Evans, J. R., Loveman, E., Colquitt, J. L., Owens, D., Hogg, R. E., Lawrenson, J. G., Takwoingi, Y., & Lois, N. (2023). Prognostic factors for diabetic retinopathy. Cochrane Database of Systematic Reviews, (2), CD013775. https://doi.org/10.1002/14651858.CD013775.pub2
49. Guo, Y., Yonamine, S., Ma, C. J., Stewart, J. M., Acharya, N., Arnold, B. F., McCulloch, C., & Sun, C. Q. (2023). Predicting progression of diabetic retinopathy. Ophthalmology Science, 3(2), 100276. https://doi.org/10.1016/j.xops.2023.100276

50. Rajeswaren, V., Lu, V., Chen, H., Patnaik, J. L., & Manoharan, N. (2024). Healthcare utilization in diabetic retinopathy. Translational Vision Science & Technology, 13(2), 12. https://doi.org/10.1167/tvst.13.2.12
51. Lu, V. I., Patnaik, J. L., Scott, R. A., Lynch, A. M., Smith, J. M., Mandava, N., & Manoharan, N. (2023). Delayed presentation of diabetic retinopathy. Translational Vision Science & Technology, 12(9), 8. https://doi.org/10.1167/tvst.12.9.8
52. Kropp, M., Golubnitschaja, O., Mazurakova, A., Koklesova, L., Sargheini, N., Vo, T. K. S., de Clerck, E., Polivka, J., Potuznik, P., Polivka, J., Stetkarova, I., Kubatka, P., & Thumann, G. (2023). Diabetic retinopathy as a predictor of complications. EPMA Journal, 14(1), 21–42. https://doi.org/10.1007/s13167-023-00314-8
53. Channa, R., Wolf, R. M., Abràmoff, M. D., & Lehmann, H. P. (2023). Artificial intelligence screening in diabetic retinopathy. NPJ Digital Medicine, 6(1), 53. https://doi.org/10.1038/s41746-023-00785-z
54. Zhao, C., & Li, X. (2025). Dry eye disease and psychosomatics: Benefits of mind-body therapy. Frontiers in Medicine, 12, 1600258. https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1600258

ANALYSIS OF IDENTIFIED PROBLEMS FACED BY REFUGEES AND INTERNALLY DISPLACED PERSONS IN ACCESSING SPECIALIZED OPHTHALMOLOGICAL CARE

Z.V. Povch[1], S.V. Osaulenko[2], N.V. Medvedovska[3]
[1] Kyiv City Clinical Ophthalmological Hospital “Eye Microsurgery Center”
[2] Bogomolets National Medical University
[3] National Academy of Medical Sciences of Ukraine

Purpose: to study the problems of access of refugees and internally displaced persons (IDPs) to medical care, in particular specialized ophthalmological care.

Materials and methods. A systemic approach, bibliosemantic method, content analysis, and structural-logical analysis of scientific sources on healthcare accessibility for refugees and IDPs were applied. The systemic approach was used to analyze identified systemic problems in access to specialized care, including ophthalmological services, for IDPs and refugees. The bibliosemantic method was employed to study domestic and international experience and scientific approaches to addressing the problem. Structural-logical and content analysis methods were used to examine the content of literature sources regarding the outcomes of implemented organizational approaches and measures aimed at providing specialized medical care to IDPs and refugees, particularly in improving access to ophthalmological care and implementing modern preventive strategies for preserving eye health.

Results. The paper presents the experience of different countries in studying and overcoming barriers to accessing specialized medical care, including ophthalmological services, in the context of the growing number of forcibly displaced persons and refugees. Selected ophthalmological conditions are highlighted, the increasing prevalence of which has led to the implementation of screening strategies and modern organizational approaches, contributing to improved access to medical care for this population group.

Conclusions. Ensuring access to ophthalmological care for IDPs requires the implementation of flexible organizational models focused on early diagnosis, prevention, and interdisciplinary coordination. Priority should be given to the development of screening programs and modern medical technologies that improve clinical outcomes while optimizing costs.

KEY WORDS: ophthalmological care, accessibility, IDPs, refugees.

Дата першого надходження статті до видання: 23.03.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 25.04.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.05.2026

Відомості про авторів:
Повч Зореслава Василівна, кандидат медичних наук, завідувачка відділення, Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня «Центр мікрохірургії ока»
ORCID ID: 0009-0003-6358-850x
Осауленко Софія Віталіївна студентка Національного медичного університету імені О.О. Богомольця ORCID ID:0009-0003-5786-6526
Медведовська Наталія Володимирівна, доктор медичних наук, професор, Національна академія медичних наук України ORCID ID: 0000-0003-3061-6079

Контактний e-mail: medvedovsky@ukr.net

УДК 614:355.72
DOI https://doi.org/10.11603/1681-2786.2026.2.16471

Д. О. САМОФАЛОВ

РОЛЬ І МІСЦЕ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В СИСТЕМІ ВІЙСЬКОВОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Департамент охорони здоров'я Міністерство оборони України, м. Київ, Україна

Мета: проаналізувати роль і задачі громадського здоров'я в системі військової охорони здоров'я та визначити очікувані результати реалізації.

Матеріали та методи: Проведено аналіз вітчизняних та закордонних досліджень громадського здоров'я в системі військової охорони здоров'я. Використано бібліосемантичний метод та системного аналізу.

Результати. Оцінка ролі громадського здоров'я у військовій системі охорони здоров'я показала недостатню інтеграцію превентивних та профілактичних заходів у Збройних силах України порівняно з країнами НАТО. Аналіз нормативно-правових актів, військових доктрин та міжнародного досвіду виявив фрагментарне впровадження епідеміологічного нагляду, програм вакцинації, психологічної підтримки та заходів щодо формування здорової поведінки. Найбільші прогалини зафіксовано у централізації системи громадського здоров'я та інтеграції з національною системою охорони здоров'я, що знижує ефективність підтримки бойової готовності та профілактики небойових захворювань.

Висновки. Запропонована модель вдосконалення військової системи громадського здоров'я базується на комплексному підході, включенні структурованих профілактичних програм, централізованому епіднагляді, інтеграції з національною системою охорони здоров'я та розвитку компетентностей медичних підрозділів. Очікуваний ефект – підвищення функціональної готовності військ, зменшення рівня небойових захворювань та травм, підтримка психічного здоров'я особового складу та створення основи для подальшого наукового та організаційного розвитку системи громадського здоров'я в ЗСУ.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: громадське здоров'я; військова медицина; система військової охорони здоров'я; профілактична медицина; епідеміологічний нагляд; психічне здоров'я військовослужбовців; Force Health Protection.

За останні декілька років відбулись значні зміни в сфері охорони здоров'я. Реформовано систему фінансування, запроваджено Програму медичних гарантій та програму реімбурсації «Доступні ліки». Створено ряд національних агенцій. З початку широкомасштабної агресії російської федерації проти України розроблено нову Воєнно-медичну доктрину України, впроваджено єдиний медичний простір. Проте Військова медицина здебільшого зосереджена на наданні допомоги при травмах та пораненнях отриманих на лінії бойового зіткнення [1]. В той же час, за даними Вікторії Ковач, амбулаторних хворих (не з бойовими травмами) зараз майже в два рази більше, ніж поранених [2]. Крім того військовослужбовці мають вищий ризик захворювань що зумовлено особливостями їхнього колективного способу життя, скупчення різних вікових груп, поширеністю ризикованих моделей поведінки, низьким рівнем профілактичних заходів та виконанням службових завдань поза місцем постійного проживання часто в несприятливих умовах. Така ситуація призводить до високого рівня госпіталізації з небойовими інвалідизуючими захворюваннями, та вибуттям військовослужбовця зі строю. Слід зазначити, що основним органом, що забезпечує медичну підтримку в Збройних силах України (ЗСУ) виступає Командування Медичних сил (КМС). В той же час завданнями, які здійснює КМС полягає в забезпеченні та підтриманні визначеного рівня мобілізаційної готовності органів управління медичним забезпеченням медичних підрозділів військових частин і військово медичних закладів. Серед інших функцій на КМС покладається організація та контроль за лікувально-профілактичними заходами [3].

В 2023 році Верховною радою України було прийнято закон "Про систему громадського здоров'я" [4], яким серед іншого визначено, повноваження центральних органів виконавчої влади, щодо формування та реалізації державної політики у сфері громадського здоров'я.

Положенням про Міністерство оборони України (МОУ) визначені повноваження лише в деяких питаннях громадського здоров'я, таких як формування єдиних підходів щодо збереження та зміцнення здоров'я військовослужбовців ЗСУ та

© Д. О. Самофалов, 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

Держспецтрансслужби, забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя військовослужбовців у ЗСУ, державний санітарно-епідеміологічний нагляд, контроль за дотриманням гігієнічних вимог, забезпечення ветеринарно-санітарного та епізоотичного благополуччя [5].

В той же час до функцій КМС ЗСУ віднесено лише фрагментарно розробку та здійснення комплексу профілактичних заходів та організацію забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя військовослужбовців та державного-епідеміологічного нагляду. [6].

На загально національному рівні розвиток громадського здоров'я розпочався близько десяти років тому, отже на сьогодні сфера громадського здоров'я доволі обмежно і безсистемно представлена в ЗСУ. Тож проблематика комплексного підходу до громадського здоров'я в ЗСУ є актуальною, адже на сьогодні практичних, результативних кроків щодо впровадження ефективної, централізованої та компетентнісної системи Громадського здоров'я не зроблено. Тому сфера громадського здоров'я в ЗСУ і шляхи вдосконалення в цій галузі потребують детального наукового дослідження та ґрунтовного аналізу [7].

Мета роботи: проаналізувати роль і задачі громадського здоров'я в системі військової охорони здоров'я та визначити очікувані результати реалізації.

Матеріали та методи. Проведено аналіз вітчизняних та закордонних досліджень громадського здоров'я в системі військової охорони здоров'я. Використано бібліосемантичний метод та системного аналізу

Результати дослідження та обговорення. Важливим параметром для розуміння громадського здоров'я як складової військової охорони здоров'я, є фокус не на здоров'ї індивіда, а на здоров'ї спільнот [8]. В той же час, життя і здоров'я військовослужбовців піддається значно більшому ризику, ніж звичайні люди в повсякденному житті. Під час служби військовослужбовці можуть стикатись з небезпечними умовами, отримувати травми, поранення, каліцтва, а також глибокі зміни ментального здоров'я пов'язані з виконанням обов'язків військової служби.

Микола Дейкун зазначає, що створення ефективної державної політики громадського здоров'я, можливо тільки з урахуванням стратегії «Здоров'я у всіх політиках» та міжнародного досвіду [9]. Або як повноваження держави щодо регулювання умов, що впливають на здоров'я [10].

Reinpal Falefi та співавтори розглянули вплив соціальних детермінант здоров'я на військові колективи та визначили вплив щонайменше тринадцяти соціальних детермінант здоров'я, що включали в себе вік, стать, рівень освіти, сімейний стан, політичну та військову політику, расову нерівність, професійну культуру, рівень доходу, систему охорони здоров'я, психосоціальні чинники, соціальне страхування, житлові умови та соціальну підтримку. Але серед найважливіших відмічали економічні умови. Автори роблять висновок, що нездатність забезпечити потреби особового складу можуть призвести до розчарування, втрати мотивації та непрогнозованих реакцій. Тож робота спрямована на детермінанти здоров'я має бути серед найвищих пріоритетів при розробці політик спрямованих на людський капітал в армії. [11].

При проведенні порівняльно правового аналізу законодавства різних країн, виявлено, що у доктринальних документах НАТО фігурують положення тісно пов'язані з питаннями громадського здоров'я, але прямого чіткого визначення «public health» як окремого терміну в загальних військових документах НАТО немає. У країнах НАТО система громадського здоров'я реалізується через концепцію Force Health Protection. Основна Доктрина AJP-4.10 – Allied Joint Doctrine for Medical Support [12] визначає важливі для громадського здоров'я принципи, такі як взаємодія з цивільними структурами охорони здоров'я, епідеміологічний нагляд, профілактичні заходи, елементи психологічної підтримки, запобігання інфекційним ризикам, санітарні заходи тощо. Проте в доктринальних документах НАТО використовується термін Force Health Protection (FHP), що певною мірою покриває заходи профілактики та захисту здоров'я військових: епідеміологічний моніторинг, профілактична медицина, санітарні заходи тощо. Також необхідно відмітити серед документів НАТО AJMedP-4 в якому описаний санітарно-епідеміологічний захист [13] та AJMedP-8 охорона здоров'я збройних сил – Military Health Care [14].

Певні аспекти громадського здоров'я в збройних силах країн НАТО нормуються окремими документами.

Так наприклад в армії США Army Regulation AR 40-5 з превентивної медицини, в межах якої випущено Бюлетень Департаменту армії DA PAM 40–11 «Програма громадського здоров'я Медичних служб Армії» внормовує основні питання громадського здоров'я та впроваджує практичні заходи для збереження та зміцнення здоров'я, профілактики захворювань та небойових травм, а також підвищення особистої готовності [15].

Серед основних питань в цьому документі визначені поняття „Public Health Enterprise“ (система/екосистема громадського здоров'я) та „enterprise governance“ (управління на рівні всієї системи). Також цим внормовано Центр громадського здоров'я Армії США як структурний підрозділ Медичного командування Армії США, що забезпечує технічні та експертно-аналітичні спроможності на підтримку бойової готовності військ.

Питання фізичної підготовки з врахуванням стану здоров'я солдат розкриті в Польовому статуті FM 7-22, Holistic Health and Fitness [16]. В цьому документі зазначено, що метою цілісної системи здоров'я та фізичної підготовки (Health and Fitness) є розвиток фізичних показників з метою покращення уражальної дії та психологічної стійкості для швидкої перемоги та повернення додому здоровим.

Marta Geretto та співавтори вказують на те, що військовослужбовці потрапляють під вплив різних чинників, які значною мірою можуть відрізнятись від тих що загрожують загальній популяції і навіть робітникам підприємств з підвищеним ризиком. В своєму дослідженні вони виділяють перелік субстанцій, з якими рутино контактують військовослужбовці. На їх думку тільки інтеграція епідеміології та біомоніторингу може забезпечити результати, придатні для застосування у профілактичній медицині спрямованій на підтримку та забезпечення боєздатного військового персоналу [17].

Серед важливих напрямків громадського здоров'я слід зазначити регуляції щодо превенції та реагування на спалахи інфекційних захворювань.

Військовослужбовці можуть піддаватись іншим впливам, або знаходитись в таких умовах, що стикаються оба з специфічними ризиками інфекційних захворювань пов'язаних з специфічною діяльністю [18]. Або самі умови проживання в колективі можуть вимагати інших підходів до вакцинації [19]. Зазвичай правила вакцинації для рекрутів і військовослужбовців чітко виписані в певних нормативно правових актах. Так наприклад для військовослужбовців Збройних сил Німеччини (Bundeswehr) обсяг можливої вакцинації визначений Publication A1-840/8-4000 [20]. В цілому ці гайдлайни відповідають національним рекомендаціям Постійної комісії з вакцинації (Ständige Impfkommission, STIKO). Кожен військовослужбовець зобов'язаний бути вакцинований певним стандартним переліком вакцин, який включає вакцинацію проти правця, дифтерії, поліомієліту, кашлюку, кору, епідемічного паротиту, краснухи (КПК), вірусного гепатиту А, вірусного гепатиту В та грипу. Додатково у випадку коли збройні сили задіяні в ліквідації наслідків катастроф в межах Німеччини вони мають бути також вакциновані від кліщового енцефаліту. Для військовослужбовців, які проходять службу за кордоном також передбачені специфічні програми вакцинації відповідно до профілю інфекційних захворювань регіону. При цьому вакцинальний статус моніторується відповідно до службової інструкції [21;22].

Що стосується Сполучених штатів U.S.C. § 1110 розділ Кодексу США передбачає, що Секретар оборони встановлює порядок, за яким члени Збройних сил можуть бути зобов'язані отримувати певні додаткові вакцини, наприклад проти сибірської виразки (антраксу). Також кодекс передбачає процедури (включно з юридичними наслідками) для тих, хто не виконує ці вимоги та процедури фіксації небажаних реакцій після та внаслідок вакцінації [23].

Одним з наріжних каменів щодо громадського здоров'я в збройних силах завжди виступало готовність, профілактика та боротьба зі спалахами епідемій. На тлі нещодавньої пандемії, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 (COVID-19). Проте і поза періодом пандемії регулярні армії знаходяться в постійному ризику спалахів епідемій. Richard J Thomas та співавтори вивчили історію епідемій, які вражали Армію Сполучених Штатів та відповіді на ці спалахи, прийшли до висновку, що важливою була співпраця Збройних сил США із державними агентствами громадського здоров'я, (Центрами з контролю та профілактики захворювань), а також міжнародними організаціями у сфері охорони здоров'я, але в той же час не могли повністю покладатись на їх спроможності. Тож партнерство між військовими та цивільними системами епідеміологічного нагляду створює потенціал для швидкої розробки протидій та заходів реагування на спалахи та епідемії [24].

Іншою важливою складовою громадського здоров'я в збройних силах виступає охорона психічного здоров'я та психологічне благополуччя військовослужбовців.

Цій темі присвячено багато наукових статей, в яких розглядаються як загальні питання системи заходів, спрямованих на збереження і відновлення психічних функцій, профілактику психічних розладів, інших проблем, що стосуються психічного здоров'я [25] так і вивчення окремих станів ментального здоров'я, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресію, гострий стресовий розлад та черепно-мозкову травму (ЧМТ) [26].

Також серед важливих напрямків доцільно зазначити програми формування здорової поведінки серед військовослужбовців. [27; 28;29].

Важливо зазначити, що Lisa Wandschneider та співавтори виявили недостатню кількість програм едукації військовослужбовців щодо здорової поведінки, особливо під час ведення бойових дій. Що може негативно вплевати на популяцію в цілому [30]

Міжнародний досвід підтверджує, найвність трьох спільних інституційних компоненти: централізовану структуру епідеміологічного нагляду, нормативно визначені програми профілактики та інтеграцію з національною системою громадського здоров'я. Така модель забезпечує системне управління ризиками для здоров'я військовослужбовців та підтримання операційної готовності військ (табл. 1).

Таблиця 1

Аналіз систем громадського здоров'я в збройних силах країн світу

Країна	Нормативно-правова база	Організація психологічної служби	Профілактика та підтримка під час служби	Реабілітація після бойових дій
Україна	Основні засади забезпечення психічного здоров'я військовослужбовців МОУ (2025), накази МОУ щодо психологічної підтримки	Психологи у військових частинах, медико-психологічні підрозділи, військово-медична служба	психологічний відбір, тренінги стресостійкості, робота психологів у підрозділах	медико-психологічна реабілітація, центри реабілітації, програми адаптації ветеранів (Міністерство оборони України)
США	DoD Mental Health Strategy, National Defense Authorization Act	Behavioral Health Units, військові психіатри, психологи, соціальні працівники	Combat Stress Control, Behavioral Health Optimization Program	програми reintegration training, Warrior Care Network, PTSD-лікування (U.S. Department of Defense Force Health Protection Instruction)
Велика Британія	Armed Forces Covenant, Defence People Mental Health Strategy	Defence Medical Services, військові психологи, капелани	Resilience training, mental health awareness programs	лікування PTSD, центри Combat Stress для ветеранів (UK Ministry of Defence *JSP 950 Medical Policy*)
Канада	National Defence Act, Canadian Armed Forces Mental Health Strategy	Operational Stress Injury Clinics, військові психологи	Road to Mental Readiness (R2MR) training	програми підтримки ветеранів та лікування OSI
Німеччина	Bundeswehr Mental Health Regulations, військово-медичне законодавство	психологічна служба Bundeswehr, військові психіатри	підготовка до стресу перед місіями, психоосвіта	післямісійна реадаптація, медична реабілітація (Bundesministerium der Verteidigung *Zentrale Dienstvorschrift A-840/8)*
Нідерланди	Defence Healthcare Organisation policies	психологи та гуманістичні консультанти у підрозділах	індивідуальні консультації, підтримка під час місій	психологічне консультування, підтримка ветеранів
Норвегія	Defence Health Services policies	співпраця військової медицини та наукових центрів	тренінги стресостійкості	лікування травматичного стресу за участю спеціалізованих центрів
Ізраїль	IDF Mental Health Department regulations	військові психіатри та офіцери психічного здоров'я	постійна психологічна підтримка в бойових частинах	реабілітаційні програми для військових із PTSD
Франція	Code de la Défense, військово-медичні регламенти	Service de Santé des Armées	психологічний супровід під час місій	центри лікування психотравм
Польща	акти Міністерства оборони Польщі	військово-медична служба, психологічні підрозділи	психологічна підготовка перед місіями	післямісійна психологічна декомпресія

Висновки: Відповідно до проведеного аналізу можна визначити, що громадське здоров'я є важливою складовою системи військової охорони здоров'я як інструмент підтримання функціональної готовності військ так і для забезпечення повернення військовослужбовців до цивільного життя..

В збройних силах країн НАТО функції громадського здоров'я реалізуються через концепцію Force Health Protection, що включає: профілактичну медицину, епідеміологічний моніторинг, санітарно-гігієнічні заходи, програми зміцнення здоров'я.

Встановлено, що доктринальні документи НАТО реалізують Громадське здоров`я через концепцію Force Health Protection, яка включає в себе заходів із запобігання захворюванням і небойовим травмам, підтримання фізичної та психічної стійкості військового персоналу, а також забезпечення епідеміологічної безпеки під час виконання військових завдань.

Країни НАТО мають чітку інституційну та нормативну структуру, що включає спеціалізовані центри громадського здоров'я, системи епідеміологічного моніторингу, програми вакцинації, біомоніторинг професійних ризиків та заходи щодо формування здорової поведінки серед військовослужбовців.

Подальший розвиток системи громадського здоров`я у військовій системі охорони здоров`я

України потребує формування комплексної та інституційно визначеної моделі, що буде інтегрована в загальнодержавну систему громадського здоров`я.

Перспективи подальших досліджень. Поглиблений аналіз окремих аспектів правового регулювання громадського здоров'я (фінансування, медичне страхування, контроль якості тощо) та розроблення концептуальної моделі системи громадського здоров`я в ЗСУ.

Інформація про фінансування. Дослідження не отримувало зовнішнього фінансування.

Дотримання етичних норм. Дослідження не передбачало залучення людей або тварин як об'єктів експерименту. Стаття базується на аналізі відкритої наукової літератури та матеріалів що є у вільному доступі в інтернеті, тому не потребує затвердження комісією з біоетики.

Інформація щодо наявності/відсутності конфлікту інтересів. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів, який міг би вплинути на результати цього дослідження.

Внесок автора згідно таксономії CrediT. Самофалов Д.О. – концептуа-лізація дослідження, розробка методології, пошук та аналіз літературних джерел, написання оригі-нального тексту, редагування.

Відповідність матеріалів статті щодо проведення обстежень / досліджень/ лікування нормам біоетики. Це дослідження є систематичним оглядом опублікованих наукових джерел і не передбачало залучення людей як учасників досліджень, проведення клінічних втручань або роботи з біологічним матеріалом. У зв'язку із цим отримання дозволу комісії з біоетики не вимагалося. Дослідження проводилося відповідно до принципів Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації та міжнародних – стандартів етики наукових публікацій (COPE).

Інформацію про доступність первинних даних. Первинні дані дослідження зберігаються у Департаменті охорони здоров'я Міністерства оборони України та можуть бути надані за обґрунтованим запитом.

Список літератури

1. Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України : постанова Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2018 р. № 910. *Офіц. вісн. України.* 2018. № 88. Ст. 2930. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/910-2018-п (дата звернення: 05.03.2026).
2. Ковач В. Про магію «Трійки», бронь для лікарів і військових у реаліті-шоу [Електронний ресурс]. БО «БФ Лелека-Україна». URL: https://www.leleka.care/ua/so-novogo/interviu-z-boiovymy-medykamy/viktoriia-kovach-pro-mahiiu-triiky-bron-dlia-likariv-i-viiskovykh-u-realiti-shou (дата звернення: 05.03.2026).
3. Остащенко Т. М., Жаховський В. О., Лівінський В. Г. Сучасні підходи до управління медичними силами Збройних Сил України. *Український журнал військової медицини.* 2021. Т. 2, № 4 (2). С. 14–25. DOI: https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.4(2)-014.
4. Про систему громадського здоров'я : Закон України від 06 вересня 2022 р. № 2573-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-IX#Text (дата звернення: 18.02.2026).
5. Про затвердження Положення про Міністерство оборони України : постанова Кабінету Міністрів України від 26 листопада 2014 р. № 671. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/671-2014-п#Text (дата звернення: 20.02.2026).
6. Про затвердження Положення про Командування Медичних сил Збройних Сил України : наказ Головнокомандувача Збройних Сил України від 21 вересня 2020 р. № 145/ДСК.
7. Романюк Л. М., Романюк Н. Є., Вавілова Н. В., Слободян Н. О., Ковальова Н. М. Оптимізація процесів управління у сфері громадського здоров'я на основі комплексного підходу. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* 2024. № 1. С. 56–63. DOI: https://doi.org/10.11603/1681-2786.2024.1.14626.
8. Meier B. M. The highest attainable standard: advancing a collective human right to public health. *Columbia Human Rights Law Review.* 2005. Vol. 37. P. 101–147.
9. Дейкун М. Підходи до формування національної системи громадського здоров'я через стратегію «Здоров'я у всіх політиках». *Вісник Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка.* 2025. Вип. 187 (№ 31). С. 356–363.
10. Taylor A. L. Globalization and biotechnology: UNESCO and an international strategy to advance human rights and public health. *American Journal of Law & Medicine*. 1999. Vol. 25, No. 4. P. 479–541.
11. Falefi R., Almubaroq H. Z., Lelyana N., Eze H. I., Susilawati. Military health and social determinants of health: a scoping-systematic review. *Social Medicine.* 2023. Vol. 16, No. 2. DOI: https://doi.org/10.71164/socialmedicine.v16i2.2023.1535.
12. Allied joint doctrine for medical support (AJP-4.10, Edition C, Version 1). NATO Standardization Office, 2019. URL: https://www.coemed.org/files/stanags/01_AJP/AJP-4.10_EDC_V1_E_2228.pdf (дата звернення: 25.02.2026).
13. Allied joint medical force health protection doctrine (AJMedP-4, Edition A, Version 1). NATO Standardization Office, 2018. URL: https://www.coemed.org/files/stanags/02_AJMEDP/AJMedP-4_EDA_V1_E_2561.pdf (дата звернення: 27.02.2026).
14. Allied joint medical doctrine for military health care (AJMedP-8, Edition A, Version 1). NATO Standardization Office, 2018. URL: https://www.coemed.org/files/stanags/02_AJMEDP/AJMedP-8_EDA_V1_E_2598.pdf (дата звернення: 23.02.2026).
15. Army public health program (Department of the Army Pamphlet 40-11). U.S. Department of the Army, 2020. URL: https://mcdonald.tricare.mil/Portals/60/ARN16451_DAPam40-11_FINAL.pdf (дата звернення: 11.03.2026).

16. Holistic health and fitness (Field Manual FM 7-22). U.S. Department of the Army, 2020. – URL: https://armypubs.army.mil/epubs/DR_pubs/DR_a/ARN44522-FM_7-22-002-WEB-7.pdf (дата звернення: 11.03.2026).
17. Geretto M., Ferrari M., De Angelis R., Crociata F., Sebastiani N., Pulliero A., Au W., Izzotti A. Occupational exposures and environmental health hazards of military personnel. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2021. Vol. 18, No. 10. Article 5395. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph18105395.
18. Harke H. P., Exner M. Hygienische und infektiologische Aspekte von „Out-of-Area"-Einsätzen der Bundeswehr oder humanitärer Hilfsorganisationen. *Hygiene und Medizin.* 2002. Vol. 27, No. 10. P. 409–415.
19. Cardemil C. V., Dahl R. M., James L., Wannemuehler K., Gary H. E., Shah M., … Quinlisk P. Effectiveness of a third dose of MMR vaccine for mumps outbreak. *New England Journal of Medicine.* 2017. Vol. 377, No. 10. P. 947–956.
20. Zentralvorschrift A1-840/8-4000: Impf- und weitere ausgewählte Prophylaxemaßnahmen für die Bundeswehr – Fachlicher Teil. Koblenz, Germany: Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr, 2014. URL: https://www.bundeswehr.de (дата звернення: 12.03.2026).
21. Zentrale Dienstvorschrift A-840/8: Impf- und weitere ausgewählte Prophylaxemaßnahmen – organisatorischer Teil. Koblenz, Germany: Bundesministerium der Verteidigung, 2014.
22. Arnold J. N., Gundlach N., Böckelmann I., Sammito S. Randomised controlled study on measures to increase vaccination rates among German Armed Forces soldiers. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2022. Vol. 19, No. 14. Article 8568. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph19148568.
23. United States Code. 2018 Edition, Supplement 5, Title 10. Armed Forces.
24. Thomas R. J., Krahl P. L., Mallon T. M., Gaydos J. C. Preparedness of military public health for epidemic and pandemic recognition and response. *Military Medicine.* 2023. Vol. 188, No. 3–4. P. 82–84.
25. Pickett T., Rothman D., Crawford E. F., Brancu M., Fairbank J. A., Kudler H. S. Mental health among military personnel and veterans. *North Carolina Medical Journal.* 2015. Vol. 76, No. 5. P. 299–306.
26. Inoue C., Shawler E., Jordan C. H., Jackson C. A. Veteran and military mental health issues. StatPearls. 2021. URL: https://www.statpearls.com/ArticleLibrary/viewarticle/131236 (дата звернення: 12.03.2026).
27. Alkhezi E. Evaluating health-related behaviours of armed forces personnel in Kuwait: a cross-sectional study. *BMJ Military Health.* 2025. Vol. 171, No. 4. P. 321–326. DOI: https://doi.org/10.1136/military-2024-002668.
28. Novák A., Hornyák B., Rázsó Z., Szalánczi S., Juhász Z., Sótér A., Nyakas C. Predicting how health behaviours contribute to the development of diseases within a military population in the Hungarian Defence Forces. *BMJ Military Health*. 2018. Vol. 164, No. 2. P. 107–111. DOI: https://doi.org/10.1136/jramc-2017-000817.
29. Fallowfield J. L., Carins J. Whole system approach to designing, implementing and measuring health and performance benefits of improving diet behaviour in a military setting. BMJ Military Health. 2025. Published Online First 09 Jan 2025. Article e002861. DOI: https://doi.org/10.1136/military-2024-002861.
30. Wandschneider L., Nowak A., Miller M., Grün A., Namer Y., Bochenek T., … Cunningham C. War and peace in public health education and training: a scoping review. *BMC Public Health.* 2024. Vol. 24, No. 1. Article 2303. DOI: https://doi.org/10.1186/s12889-024-15292-8.

References

1. Cabinet of Ministers of Ukraine. (2018). Pro zatverdzhennia Voienno-medychnoi doktryny Ukrainy [On approval of the military medical doctrine of Ukraine]. Retrieved from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/910-2018-п [in Ukrainian].
2. Kovach, V. (n.d.). Pro mahiiu "Triiky", bron dlia likariv i viiskovykh u realiti-shou [On the magic of the "Troika", reservations for doctors and military in a reality show]. Retrieved from: https://www.leleka.care/ua/so-novogo/interviu-z-boiovymy-medykamy/viktoriia-kovach-pro-mahiiu-triiky-bron-dlia-likariv-i-viiskovykh-u-realiti-shou [in Ukrainian].
3. Ostashchenko, T. M., Zhakhovskyi, V. O., & Livinskyi, V. H. (2021). Suchasni pidkhody do upravlinnia medychnymy sylamy Zbroinykh Syl Ukrainy [Modern approaches to management of medical forces of the Armed Forces of Ukraine]. Ukrainian Journal of Military Medicine, 2(4(2)), 14–25. https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.4(2)-014 [in Ukrainian].
4. Verkhovna Rada of Ukraine. (2022). Pro systemu hromadskoho zdorovia [On the public health system]. Retrieved from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-IX#Text [in Ukrainian].
5. Cabinet of Ministers of Ukraine. (2014). Pro zatverdzhennia Polozhennia pro Ministerstvo oborony Ukrainy [On approval of the regulation on the Ministry of Defence of Ukraine]. Retrieved from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/671-2014-п#Text [in Ukrainian].
6. Commander-in-Chief of the Armed Forces of Ukraine. (2020). Pro zatverdzhennia Polozhennia pro Komanduvannia Medychnykh syl Zbroinykh Syl Ukrainy [On approval of the regulation on the Medical Forces Command of the Armed Forces of Ukraine]. [in Ukrainian].
7. Romaniuk, L. M., Romaniuk, N. Ye., Vavilova, N. V., Slobodian, N. O., & Kovalova, N. M. (2024). Optymizatsiia protsesiv upravlinnia u sferi hromadskoho zdorovia na osnovi kompleksnoho pidkhodu [Optimization of management processes in public health based on a comprehensive approach]. Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy, (1), 56–63. https://doi.org/10.11603/1681-2786.2024.1.14626 [in Ukrainian].
8. Meier, B. M. (2005). The highest attainable standard: Advancing a collective human right to public health. Columbia Human Rights Law Review, 37, 101–147.
9. Deikun, M. (2025). Pidkhody do formuvannia natsionalnoi systemy hromadskoho zdorovia cherez stratehiiu "Zdorovia u vsikh politykakh" [Approaches to the formation of the national public health system through the "Health in All Policies" strategy]. Visnyk Natsionalnoho universytetu "Chernihivskyi kolehium" imeni T. H. Shevchenka, 187(31), 356–363. [in Ukrainian].
10. Taylor, A. L. (1999). Globalization and biotechnology: UNESCO and an international strategy to advance human rights and public health. American Journal of Law & Medicine, 25(4), 479–541.

11. Falefi, R., Almubaroq, H. Z., Lelyana, N., Eze, H. I., & Susilawati. (2023). Military health and social determinants of health: A scoping systematic review. Social Medicine, 16(2). https://doi.org/10.71164/socialmedicine.v16i2.2023.1535
12. NATO Standardization Office. (2019). Allied joint doctrine for medical support (AJP-4.10, Edition C, Version 1). Retrieved from: https://www.coemed.org/files/stanags/01_AJP/AJP-4.10_EDC_V1_E_2228.pdf
13. NATO Standardization Office. (2018). Allied joint medical force health protection doctrine (AJMedP-4, Edition A, Version 1). Retrieved from: https://www.coemed.org/files/stanags/02_AJMEDP/AJMedP-4_EDA_V1_E_2561.pdf
14. NATO Standardization Office. (2018). Allied joint medical doctrine for military health care (AJMedP-8, Edition A, Version 1). Retrieved from: https://www.coemed.org/files/stanags/02_AJMEDP/AJMedP-8_EDA_V1_E_2598.pdf
15. U.S. Department of the Army. (2020). Army public health program (Department of the Army Pamphlet 40-11). Retrieved from: https://mcdonald.tricare.mil/Portals/60/ARN16451_DAPam40-11_FINAL.pdf
16. U.S. Department of the Army. (2020). Holistic health and fitness (Field Manual FM 7-22). Retrieved from: https://armypubs.army.mil/epubs/DR_pubs/DR_a/ARN44522-FM_7-22-002-WEB-7.pdf
17. Geretto, M., Ferrari, M., De Angelis, R., Crociata, F., Sebastiani, N., Pulliero, A., Au, W., & Izzotti, A. (2021). Occupational exposures and environmental health hazards of military personnel. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(10), 5395. https://doi.org/10.3390/ijerph18105395
18. Harke, H. P., & Exner, M. (2002). Hygienische und infektiologische Aspekte von "Out-of-Area"-Einsätzen der Bundeswehr oder humanitärer Hilfsorganisationen. Hygiene und Medizin, 27(10), 409–415.
19. Cardemil, C. V., Dahl, R. M., James, L., Wannemuehler, K., Gary, H. E., Shah, M., … Quinlisk, P. (2017). Effectiveness of a third dose of MMR vaccine for mumps outbreak. New England Journal of Medicine, 377(10), 947–956.
20. Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr. (2014). Zentralvorschrift A1-840/8-4000: Impf- und weitere ausgewählte Prophylaxemaßnahmen für die Bundeswehr. Retrieved from: https://www.bundeswehr.de
21. Bundesministerium der Verteidigung. (2014). Zentrale Dienstvorschrift A-840/8: Impf- und weitere ausgewählte Prophylaxemaßnahmen.
22. Arnold, J. N., Gundlach, N., Böckelmann, I., & Sammito, S. (2022). Randomised controlled study on measures to increase vaccination rates among German Armed Forces soldiers. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(14), 8568. https://doi.org/10.3390/ijerph19148568
23. United States Code. (2018). Title 10: Armed forces.
24. Thomas, R. J., Krahl, P. L., Mallon, T. M., & Gaydos, J. C. (2023). Preparedness of military public health for epidemic and pandemic recognition and response. Military Medicine, 188(3–4), 82–84.
25. Pickett, T., Rothman, D., Crawford, E. F., Brancu, M., Fairbank, J. A., & Kudler, H. S. (2015). Mental health among military personnel and veterans. North Carolina Medical Journal, 76(5), 299–306.
26. Inoue, C., Shawler, E., Jordan, C. H., & Jackson, C. A. (2021). Veteran and military mental health issues. StatPearls. Retrieved from: https://www.statpearls.com/ArticleLibrary/viewarticle/131236
27. Alkhezi, E. (2025). Evaluating health-related behaviours of armed forces personnel in Kuwait: A cross-sectional study. BMJ Military Health, 171(4), 321–326. https://doi.org/10.1136/military-2024-002668
28. Novák, A., Hornyák, B., Rázsó, Z., Szalánczi, S., Juhász, Z., Sótér, A., & Nyakas, C. (2018). Predicting how health behaviours contribute to the development of diseases within a military population in the Hungarian Defence Forces. BMJ Military Health, 164(2), 107–111. https://doi.org/10.1136/jramc-2017-000817
29. Fallowfield, J. L., & Carins, J. (2025). Whole system approach to designing, implementing and measuring health and performance benefits of improving diet behaviour in a military setting. BMJ Military Health. https://doi.org/10.1136/military-2024-002861
30. Wandschneider, L., Nowak, A., Miller, M., Grün, A., Namer, Y., Bochenek, T., … Cunningham, C. (2024). War and peace in public health education and training: A scoping review. BMC Public Health, 24(1), 2303. https://doi.org/10.1186/s12889-024-15292-8

THE ROLE AND PLACE OF PUBLIC HEALTH IN THE MILITARY HEALTH CARE SYSTEM

D. O. Samofalov
Health Department of the Ministry of Defence of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Objective: To analyze the role and functions of public health within the military health care system and to identify the expected outcomes of its implementation.

Materials and Methods: A review of domestic and international studies on public health in military health care systems was conducted. Bibliosemantic and systems analysis methods were applied.

Results: The assessment of public health in the military health care system revealed insufficient integration of preventive measures and health protection activities in the Armed Forces of Ukraine compared to NATO countries. Analysis of legal regulations, military doctrines, and international experience showed fragmented implementation of epidemiological surveillance, vaccination programs, psychological support, and health-promoting interventions. The most significant gaps were observed in the centralization of the public health system and its integration with the national health system, reducing the effectiveness of maintaining combat readiness and preventing non-combat illnesses.

Conclusions: The proposed model for improving the military public health system is based on a comprehensive approach, including structured preventive programs, centralized epidemiological surveillance, integration with the national health system, and development of the competencies of medical units. The expected outcomes are enhanced operational readiness of troops, reduced incidence of non-combat illnesses and injuries, improved mental health of personnel, and the creation of a foundation for further scientific and organizational development of public health in the Armed Forces of Ukraine.

KEY WORDS: public health; military medicine; military health care system; preventive medicine; epidemiological surveillance; mental health of military personnel; Force Health Protection

Дата першого надходження статті до видання: 18.03.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 20.04.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.05.2026

Відомості про автора:
Самофалов Дмитро Олександрович – доктор наук з державного управління, майор медичної служби, директор Департаменту охорони здоров'я Міністерства оборони України; ORCID https://orcid.org/0000-0001-7850-5365

Електронна адреса для листування: dr.samofalov@gmail.com

НОТАТКИ