



Міністерство охорони здоров'я України
Тернопільський національний медичний
університет імені І. Я. Горбачевського
Міністерства охорони здоров'я України
Акконський гуманітарний університет
Берліну

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
Восьмого наукового симпозіуму з міжнародною участю з
громадського здоров'я
«Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі –
виклики в умовах зміцнення міжсекторального
співробітництва та перспективи розвитку»

24-25 вересня 2026 року

Тернопіль ТНМУ
«Укрмедкнига»
2026

Відповідальні за випуск: завідувач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України проф. Теренда Н.О.

професор закладу вищої освіти кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України Сатурська Г.С.

доцент закладу вищої освіти кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України Петрашик Ю.М.

Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики в умовах зміцнення міжсекторального співробітництва та перспективи розвитку: матеріали Восьмого наук. симп. з міжнар. участю з громад. здоров'я, 24–25 верес. 2026 р. – Тернопіль : ТНМУ, 2026. – 110 с.

Відповідальність за представлені результати досліджень несуть автори тез.

КОНЦЕПЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ І ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ'Я. ІНФЕКЦІЙНІ ТА НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЇХ ВПЛИВ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Lototska O., Kucher S., Tripathi A.

GLOBAL EXPERIENCE IN IMPLEMENTING THE WHO INTERNATIONAL STRATEGY TO COMBAT SMOKING

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine

Introduction. Smoking is an extremely harmful habit inherent to humanity, and one that is extraordinarily difficult to break. The World Health Organization (WHO) combats smoking through the MPOWER strategy, which includes monitoring tobacco use, raising taxes on cigarettes, banning advertising, creating smoke-free environments, and offering help to quit addiction.

Main Part. WHO has been monitoring MPOWER measures since 2007 and publishes annual reports with detailed information on the progress achieved in their implementation at the global, regional, and national levels. WHO noted that as a result of this strategy, the number of smokers worldwide is steadily declining. For instance, while one in three adults globally smoked in 2000, by 2020 that figure had dropped to just one in five. The rate of adult tobacco use decreased from 22.7% in 2007 to 17.3% in 2021. Over the past decade, approximately 2 million additional people quit smoking, 24 million young people avoided becoming smokers, and 35 million premature deaths were prevented worldwide. This global reduction became possible thanks to active measures taken at the national level by individual countries.

The number of countries implementing at least one MPOWER measure grew from 44 in 2008 to 155 in 2024. Unfortunately, to date, only four countries in the world have reached the highest level of implementation for all six MPOWER measures: Brazil, Türkiye, Mauritius, and the Netherlands. Another seven countries – Ireland, Jordan, Spain, Mexico, New Zealand, Slovenia, and Ethiopia – have implemented five of the six measures. Unfortunately, six countries are still seeing an increase in consumption: Congo, Egypt, Indonesia, Jordan, Oman, and Moldova.

The acronym MPOWER encompasses six evidence-based strategies to reduce demand for tobacco products:

1. M (Monitor) – Monitor tobacco use and prevention policies. Regular collection of representative data on the prevalence of smoking among adults and youth forms the foundation for passing effective laws. Nearly half of the world's population – 3.8 billion people across 67 countries – are regularly surveyed about tobacco use through nationally representative adult and youth surveys. Most of these countries (42 out of 67) are high-income countries, whereas no low-income country conducted comprehensive monitoring in 2024.

2. P (Protect) – Protect people from tobacco smoke. Creating 100% smoke-free environments in public places, workplaces, and public transportation protects passive

smokers and changes social norms. In 2004, Ireland became the first country in the world to introduce a total ban on smoking in all enclosed public places, including pubs.

3. O (Offer) – Offer help to quit tobacco use. Involves providing accessible, toll-free quitlines, counseling at the primary healthcare level, and cessation medication. Smokers receive free professional counseling and nicotine replacement therapy medications, which triples their chances of successfully quitting compared to unassisted attempts.

4. W (Warn) – Warn about the dangers of tobacco. Graphic health warnings on packaging and mass media educational campaigns. Today, a total of 110 countries (covering 5 billion people, or 62% of the world's population) require graphic health warnings on cigarette packages, compared to just 9 countries in 2007.

5. E (Enforce) – Enforce bans on tobacco advertising, promotion, and sponsorship (TAPS). This entails a complete restriction on all direct and indirect advertising of tobacco products. Twenty-five countries have passed laws and regulations requiring plain/standardized packaging to eliminate brand appeal and increase warning visibility, or banning the display of tobacco products at points of sale.

6. R (Raise) – Raise taxes on tobacco. Price increases through taxation are the most effective tool for reducing consumption, particularly among youth and low-income populations. WHO recommends that tax account for at least 75% of the retail price.

Conclusion: Global experience in implementing MPOWER has proven that combining legislative restrictions, economic levers, and medical support can fundamentally transform societal behavioral norms. The continued success of the initiative depends on governments' ability to respond promptly to new technological developments by tobacco companies and to remain on course toward the "Tobacco Endgame"—the complete eradication of tobacco addiction worldwide.

Sokol Yu. B., Yurochko T. P.

MANAGEMENT OF THE IMPLEMENTATION OF GUARANTEED PALLIATIVE CARE AT THE HEALTHCARE FACILITY LEVEL

National University of Kyiv-Mohyla Academy, Kyiv, Ukraine

Introduction: Since 2022, inpatient palliative care in Ukraine has been delivered under the Medical Guarantees Program (MGP). Two palliative care (PC) packages have been introduced: inpatient and mobile. This study focuses on challenges in the implementation of inpatient care. Analysis of trends and contracting conditions in 2022–2025, compared with quantitative indicators of PC provision, allows assessment of whether the new financing model ensures service stability and equitable territorial coverage across Ukraine.

Objective: To analyze the dynamics of inpatient palliative care in Ukraine in 2022–2025 in relation to changes in contracting conditions of healthcare providers with the National Health Service of Ukraine (NHSU).

Methods: A retrospective analysis of NHSU open data was conducted, along with a comparative legal analysis of specifications and contracting conditions for the “Inpatient Palliative Care” service package for 2022–2025.

Results: Since 2022, the supply of palliative care services has increased across Ukraine. By 2024, the number of providers grew by 11.3%. However, in 2025 a sharp decline was observed: 24.8% fewer providers compared to 2024 and 15.2% fewer than in 2022.

Discussion and Conclusions: In 2023, demand for inpatient palliative care increased in most regions; in some, the number of treated patients doubled (e.g., Vinnytsia region: 2,400 to 5,300; Kharkiv region: 2,500 to 4,800). In 2025, however, the number of treated patients decreased by 33.9% in Vinnytsia and by 27% in Kharkiv regions. This may be explained by a shift from a mixed financing model with a predominant global budget rate in 2023 to a differentiated payment system based on diagnosis-related groups (DRGs) in 2025. At the same time, some regions demonstrate stable performance. These findings suggest that the negative trend is associated with contracting conditions rather than quality of care, warranting further in-depth research.

Lototska O., Danchyshyn M., Khan I.

PRIMARY CAUSES OF WATERBORNE DISEASES AND KEY STRATEGIES TO TACKLE THEM

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukrain

Introduction. Providing the population with safe drinking water and adequate sanitation is one of the fundamental conditions for preserving public health. According to UN data, over 2 billion people worldwide lack access to safely managed drinking water, and 3.6 billion lack access to adequate sanitation (sewerage). According to the World Health Organization (WHO), around 1.4–2 million people die globally each year from the effects of unsafe water, sanitation, and hygiene (WASH), mostly children under 5 years of age, while the total number of acute enteric infections (AEIs) reaches hundreds of millions per year.

Main Part. Geographically, the highest number of mass outbreaks and the highest mortality from water-borne diseases are concentrated in three regions: Sub-Saharan Africa, South Asia (India, Bangladesh, Pakistan), and armed conflict zones in the Middle East. The main causes of water-borne disease outbreaks are:

1. Infrastructure deficit: The growth of slums surrounding major megacities, which lack centralized water supply and sewerage, leads to open defecation and the discharge of untreated sewage into rivers used as drinking water sources. This is the primary driver of constant contamination.

2. Military actions and infrastructure destruction: In combat zones (Yemen, Syria, Sudan, and certain regions of Ukraine due to Russian aggression), water utilities shut down, wastewater treatment plants are destroyed, and electricity supplies are cut off. The population is forced to use unverified surface sources.

3. Humanitarian crises and refugee camps: High population density in camps for internally displaced persons in the absence of adequate water supply creates ideal conditions for the explosive spread of infections.

4. Climate anomalies (monsoons, floods, droughts): during seasonal monsoons, pit latrines and sewer mains flood, causing fecal runoff to enter wells and water pipes. During droughts, the population relies on stagnant, highly concentrated contaminated sources.

1. Conclusions. The global burden of water-borne infections exhibits a pronounced regional specificity, where the primary determinants of high morbidity and mortality are infrastructure deficits, armed conflicts, humanitarian crises, and climate anomalies.

2. Effective counteraction to water-borne epidemic threats is impossible relying solely on health sector resources and requires the implementation of the "One Health" approach, which integrates medical, veterinary, and environmental monitoring.

3. A strategic direction for optimizing the public health system is shifting the surveillance paradigm from reactive (registering patients in hospitals) to proactive – through the implementation of PCR monitoring of wastewater and drinking water, alongside digital early warning systems.

Смірнова В. Л., Панчишин Н. Я., Галицька-Хархаліс О. Я.

АКМЕОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД ДО ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЯК ОСНОВИ ПЕРСОНАЛЬНОЇ ТА ПРОФЕСІЙНОЇ САМОРЕАЛІЗАЦІЇ

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України

Вступ. У сучасних умовах динамічних соціальних трансформацій, високих інформаційних і психоемоційних навантажень здоров'я людини є не лише фундаментальною життєвою цінністю, а й важливим ресурсом її особистісного та професійного розвитку. Сучасна концепція здорового способу життя (ЗСЖ) виходить за межі профілактики захворювань і охоплює систему цінностей, поведінкових практик, саморегуляції, фізичного та психоемоційного благополуччя, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я. У цьому контексті акмеологічний підхід дає змогу розглядати здоров'я як ресурс розкриття потенціалу особистості, досягнення професійної зрілості, самореалізації та індивідуального «акме» – найвищого рівня особистісного й професійного розвитку.

Метою дослідження є обґрунтування ролі здорового способу життя як ресурсу особистісного та професійного розвитку людини в контексті акмеологічного підходу.

Основна частина. Здоровий спосіб життя являє собою динамічну систему усвідомлених цінностей, мотивацій, установок і поведінкових практик, які забезпечують підтримання фізичного, психічного та соціального благополуччя

людини. Його формування залежить не лише від рівня поінформованості про фактори здоров'я, а й від здатності особистості перетворювати знання на стійкі повсякденні практики, самостійно регулювати поведінку та відповідально ставитися до власного здоров'я.

У сучасних умовах концепція ЗСЖ набуває комплексного характеру. Поряд із традиційними компонентами (раціональним харчуванням, достатньою фізичною активністю, дотриманням режиму сну та відпочинку, особистою гігієною і відмовою від поведінкових ризиків) дедалі більшого значення набувають психоемоційна саморегуляція, профілактика хронічного стресу, інформаційна гігієна, розвиток навичок подолання стресових ситуацій та підтримання балансу між професійною діяльністю і особистим життям.

Особливе місце у формуванні сучасного розуміння ЗСЖ посідає акмеологія – міждисциплінарний напрям наукового знання, що вивчає закономірності та механізми досягнення людиною найвищого рівня особистісного, професійного й творчого розвитку. Поняття «акме» пов'язане з досягненням вершини розвитку, зрілості та максимальної реалізації можливостей особистості. У цьому контексті здоров'я розглядається як важливий ресурс розкриття потенціалу людини та досягнення нею особистісної й професійної зрілості.

З позицій акмеологічного підходу здоров'я виступає не лише результатом дотримання певних правил, а динамічним ресурсом особистості, що визначає її здатність адаптуватися до змін, відновлюватися після навантажень, підтримувати працездатність і реалізовувати власний потенціал. Тому турбота про здоров'я може розглядатися як довгострокова інвестиція в життєву та професійну спроможність людини.

Важливою складовою такого підходу є здоров'язбережувальна зрілість особистості, яка виявляється у здатності усвідомлено управляти власними ресурсами, прогнозувати наслідки поведінкових рішень і своєчасно коригувати спосіб життя відповідно до індивідуальних потреб. Вона передбачає відповідальне ставлення до фізичного та психоемоційного стану, підтримання рівноваги між навантаженням і відновленням та формування довгострокових моделей поведінки, сприятливих для здоров'я.

Акмеологічний підхід також акцентує увагу на суб'єктності та саморегуляції людини. Саморегуляція проявляється у здатності управляти емоційними реакціями, контролювати рівень напруження, застосовувати конструктивні стратегії подолання стресу, планувати відновлення та підтримувати баланс між професійною діяльністю, особистим життям і соціальною активністю. Це створює передумови не лише для збереження здоров'я, а й для профілактики емоційного виснаження та професійного вигорання.

Стан здоров'я безпосередньо пов'язаний із працездатністю, продуктивністю, стійкістю до навантажень і здатністю підтримувати професійну ефективність упродовж тривалого часу. Тому здоров'язбережувальна поведінка є одним із чинників професійного довголіття, збереження трудового потенціалу та можливості подальшого професійного розвитку.

В акмеологічній перспективі турбота про здоров'я перестає бути лише виконанням зовнішніх норм і набуває характеру внутрішньо вмотивованого процесу саморозвитку та самовдосконалення. Людина свідомо формує такий спосіб життя, який створює оптимальні умови для розкриття її фізичного, психологічного, інтелектуального, творчого та професійного потенціалу. При цьому «акме» є не статичним результатом, а динамічним орієнтиром постійного розвитку відповідно до індивідуальних можливостей і життєвих цілей.

Таким чином, у акмеологічному розумінні ЗСЖ є не лише системою заходів зі збереження здоров'я, а й складовою цілеспрямованого особистісного та професійного розвитку, що сприяє збереженню ресурсів для самореалізації.

Висновки. Акмеологічний підхід дозволяє розглядати здоровий спосіб життя як основу досягнення особистісної та професійної зрілості. Здоров'язбережувальна зрілість, саморегуляція та відповідальність за власне благополуччя створюють передумови для ефективної самореалізації, професійного довголіття та досягнення власного «акме».

Тріщ В. І., Децик О. З.

АНАЛІЗ ПОВЕДІНКОВИХ ЧИННИКІВ РИЗИКУ, АСОЦІЙОВАНИХ ІЗ СЕКСУАЛЬНИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ У ЧОЛОВІКІВ

Івано-Франківський національний медичний університет
м. Івано-Франківськ, Україна

Вступ. Сексуальне здоров'я є важливою складовою фізичного, психічного та соціального благополуччя людини, а сексуальні дисфункції становлять значущу медико-соціальну проблему. Враховуючи багатофакторний характер їх формування, особливого значення набуває вивчення модифікованих поведінкових чинників, пов'язаних із ризиком порушень сексуальної функції.

Метою роботи є проаналізувати вплив поведінкових чинників на розвиток сексуальних дисфункцій у чоловіків.

Основна частина. Проведено аналітичне ретроспективне дослідження за участю 602 чоловіків: 402 пацієнтів із сексуальними дисфункціями та 200 чоловіків без таких порушень, які становили контрольну групу. Медико-соціальні характеристики та особливості способу життя оцінювали за допомогою розробленого опитувальника, що передбачав аналіз куріння, вживання алкоголю і наркотичних речовин, фізичної активності, режиму харчування та споживання рідини. Рівень вживання алкоголю оцінювали відповідно до рекомендацій Європейського регіонального бюро ВООЗ. Для визначення асоціацій між поведінковими чинниками і сексуальними дисфункціями розраховували відношення шансів (OR) та 95% довірчі інтервали (95% CI).

Встановлено суттєві відмінності між групами за поширеністю тютюнокуріння. У групі чоловіків із сексуальними дисфункціями лише 33,6% ніколи не курили проти 84,0% у контрольній групі ($p < 0,001$). Досвід куріння мали 66,4% респондентів основної групи, причому 31,3% продовжували курити

на момент дослідження. Серед тих, хто кури́в або кури́ть, понад 5 років цю звичку мали 76,0% чоловіків основної та 50,0% контрольної групи, а понад 10 сигарет на добу – 73,0% та 31,3% відповідно ($p<0,001$). Сам факт куріння асоціювався із суттєвим підвищенням шансів сексуальної дисфункції ($OR=10,38$; 95% CI: 6,75-15,98), як і тривалість куріння понад 5 років ($OR=11,73$; 95% CI: 6,79-20,27) та інтенсивність понад 10 сигарет на добу ($OR=5,96$; 95% CI: 2,69-13,19; у всіх випадках $p<0,001$).

Виявлено виражений зв'язок між характером вживання алкоголю та сексуальними дисфункціями. Частка чоловіків, які не вживали алкоголь або робили це не частіше одного разу на місяць, становила 38,1% в основній групі проти 94,0% у контрольній ($p<0,001$). Ризиковане вживання алкоголю (2-4 рази на місяць) спостерігалось у 47,0% та 6,0% відповідно, а небезпечне (2-3 рази на тиждень і частіше) – у 14,9% чоловіків основної групи, тоді як у контрольній таких осіб не було. Ризиковане вживання алкоголю асоціювалося із 25,5-разовим підвищенням шансів сексуальної дисфункції ($OR=25,50$; 95% CI: 13,75-47,27), а небезпечне – із ще вищими шансами ($OR=70,83$; 95% CI: 4,36-1151,73; $p<0,001$).

За кількістю алкоголю, спожитого за один епізод, також встановлено достовірні міжгрупові відмінності ($p<0,001$). Вживання 2-3 стандартних доз асоціювалося з підвищенням шансів сексуальної дисфункції ($OR=3,34$; 95% CI: 2,22-5,02), тоді як споживання 4-6 і більше доз – із суттєво вищим показником ($OR=26,45$; 95% CI: 6,43-108,79).

Найбільш виражена асоціація встановлена щодо вживання наркотичних речовин. У контрольній групі не було респондентів із відповідним досвідом, тоді як у групі чоловіків із сексуальними дисфункціями такий досвід мали 11,4% (9,2% - пробували, 2,2% - вживали епізодично). Наявність досвіду вживання наркотичних речовин асоціювалася із суттєвим підвищенням шансів сексуальної дисфункції ($OR=52,30$; 95% CI: 3,21-853,30; $p<0,001$).

Поведінкові фактори, пов'язані зі способом життя, також демонстрували достовірні асоціації. Недостатнє споживання рідини ($<1,5$ л/добу) було пов'язане з підвищенням шансів сексуальних дисфункцій ($OR=4,30$; 95% CI: 3,00-6,16; $p<0,001$), як і нерегулярне харчування (менше трьох прийомів їжі на добу) ($OR=4,22$; 95% CI: 2,13-8,36; $p<0,001$). Водночас систематичні фізичні вправи практикували лише 15,9% чоловіків основної групи проти 64,0% контрольної, тоді як відсутність фізичної активності становила 40,3% проти 3,0% відповідно ($p<0,001$). Гіподинамія асоціювалася із 9,39-разовим підвищенням шансів сексуальних дисфункцій ($OR=9,39$; 95% CI: 6,34-13,91; $p<0,001$).

Висновки. У чоловіків із сексуальними дисфункціями встановлено суттєво вищу поширеність модифікованих поведінкових факторів ризику. Найбільш виражені асоціації спостерігалися з ризикованим і небезпечним вживанням алкоголю ($OR=25,50$ та $70,83$ відповідно), досвідом вживання наркотичних речовин ($OR=52,30$), тривалим та інтенсивним курінням ($OR=11,73$ та $5,96$), а також гіподинамією ($OR=9,39$). Нерегулярне харчування та недостатнє споживання рідини також асоціювалися з підвищенням шансів сексуальних дисфункцій ($OR=4,22$ та $4,30$ відповідно).

Отримані результати обґрунтовують необхідність включення оцінки способу життя та профілактичного консультування щодо модифікації поведінкових факторів до комплексного менеджменту сексуальних дисфункцій у чоловіків.

Колісник Я. І.¹, Теренда Н. О.²

ВІД БЕЗПЕКИ ПРАЦІ ДО ПРОМОЦІЇ ЗДОРОВ'Я: ДИСБАЛАНС КОМПОНЕНТІВ ЗДОРОВОГО РОБОЧОГО МІСЦЯ В УКРАЇНСЬКИХ ОРГАНІЗАЦІЯХ

¹Український католицький університет (Львів, Україна)

²Тернопільський національний медичний університет імені Горбачевського
(Тернопіль, Україна)

Вступ. Безпечне робоче місце є необхідною, але не достатньою умовою збереження здоров'я працівників. Сучасний підхід до здорового робочого місця виходить за межі традиційної охорони праці та передбачає системне поєднання профілактики захворювань, підтримки здорової поведінки і психосоціального благополуччя, сприятливих умов робочого середовища та організаційних політик. Особливої актуальності це набуває в контексті профілактики неінфекційних захворювань серед працездатного населення. Водночас наявність окремих профілактичних заходів ще не означає сформованості комплексної системи підтримки здоров'я працівників. Метою дослідження було оцінити рівень реалізації і співвідношення основних компонентів здорового робочого місця в українських організаціях, визначити характер їх дисбалансу та визначити пріоритетні напрями для подальшого розвитку програм підтримки та зміцнення здоров'я працівників.

Основна частина. Проведено поперечне дослідження з описовим і порівняльним аналізом 22 українських організацій різних типів. Для оцінювання використано опитувальник CDC Worksite Health ScoreCard, адаптований до українського контексту в межах проєкту «Здорове робоче місце». Цей проєкт реалізує Центр розвитку громадського здоров'я Українського католицького університету в співпраці з Україно-швейцарським проєктом «Діємо для здоров'я». Опитувальник охоплював 16 тематичних модулів, що характеризували організаційні політики, програми, профілактичні практики та умови робочого середовища. Одиницею аналізу була організація; оцінювання відображало наявність фактично реалізованих політик і практик, а не індивідуальний стан здоров'я працівників. Максимально можлива сумарна оцінка становила 231 бал.

Аналіз 16 тематичних напрямів продемонстрував виразну нерівномірність їх реалізації. У середньому організації набрали 87,2 бали з 231 можливих балів, тобто реалізували лише близько 37,8% доказово обґрунтованих стратегій. Найвищий середній показник зафіксовано за модулем «Охорона праці» – 73 % від максимально можливої оцінки. Відносно високими були також показники

модулів «Запобігання інфекційним захворюванням» – 58 % та «Управління стресом» – 50 %. До групи модулів із проміжним рівнем реалізації належать «Організаційні питання» – 44 %, «Вживання тютюну» – 42 %, «Рухова активність» – 41 %, «Вживання алкоголю та інших психоактивних речовин» – 39 %, а також «Раннє виявлення інфарктів та інсультів» – 38 %.

Найнижчі показники були характерні для компонентів, реалізація яких потребує не лише інформування працівників, а й системного організаційного планування, ресурсного забезпечення та змін робочого середовища. Рівень виконання модуля «Предіабет та діабет» становив 27 %, «Скринінг раку» – 26 %, «Харчування, холестерин, менеджмент ваги» – 24 %, «Сон і втома» – 23 %, «Захворювання опорно-рухового апарату» – 23 %, «Материнство на робочому місці» – 20 %. Таким чином, різниця між найвищим і найнижчим середнім рівнем реалізації становила 53 відсоткові пункти.

Отримані результати демонструють структурний дисбаланс: краще представлені напрями, що мають нормативне, безпекове або організаційно очевидне значення, тоді як компоненти довгострокової профілактики неінфекційних захворювань, підтримки здорової поведінки та формування сприятливого робочого середовища залишаються менш інтегрованими. Це вказує на необхідність розширення традиційного розуміння здорового робочого місця – від переважного фокусування на безпеці праці до комплексної системи промоції здоров'я працівників.

Висновки. У досліджених українських організаціях виявлено виразний дисбаланс між окремими компонентами здорового робочого місця. Найкраще сформованими є напрями охорони праці, профілактики інфекційних захворювань та управління стресом, тоді як значна частина компонентів промоції здоров'я і довгострокової профілактики реалізується недостатньо. Отримані результати обґрунтовують необхідність переходу від фрагментарних заходів до комплексної системи підтримки та зміцнення здоров'я працівників, що інтегрує заходи з безпеки праці, організаційні й профілактичні втручання, підтримку здорової поведінки та зміни на рівні робочого середовища.

Парижак С. Я., Теренда Н. О.

ДЕФІЦИТ АЛЬФА-1-АНТИТРИПСИНУ В УКРАЇНІ: ПЕРСПЕКТИВИ ГЕНЕТИЧНОГО ТЕСТУВАННЯ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

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

Вступ. Дефіцит альфа-1-антитрипсину (AATD) є спадковим захворюванням, зумовленим патогенними варіантами гена *SERPINA1*, які спричиняють зниження рівня або функціональної активності альфа-1-антитрипсину. Основними клінічними проявами AATD є ранній розвиток емфіземи та хронічного обструктивного захворювання легень, а за окремих

генотипів також ураження печінки. Найпоширенішими дефіцитними варіантами *SERPINA1* є S-алель (rs17580) та Z-алель (rs28929474). Незважаючи на клінічне значення, AATD часто залишається невиявленим: за сучасними оцінками, понад 90 % осіб із генотипами PiZZ та PiSZ можуть не мати встановленого діагнозу, а діагностична затримка часто становить 5-10 років (Dasí, 2024). Особливо актуальною ця проблема є для країн Центральної та Східної Європи, де варіанти *SERPINA1*, пов'язані з AATD, трапляються з відносно високою частотою. За даними генетичних досліджень, у Північній та Західній Європі генотип PiZZ трапляється приблизно в 1 з 2000-5000 осіб, частота Z-алеля становить 0,014-0,02, тоді як найвищу частоту S-алеля (>0,14) виявлено у Південно-Західній Європі (Mawani et al., 2026). У масштабному дослідженні, що охопило 11 648 пацієнтів із респіраторними захворюваннями з 13 країн Центральної та Східної Європи, підтверджено значну поширеність варіантів *SERPINA1*, пов'язаних із AATD. Високу частоту тяжкого AATD виявлено в Хорватії, Словаччині та країнах Балтії (Greulich et al., 2013).

Основна частина. Поширеність S- і Z-алелей *SERPINA1* у популяції України залишається недостатньо вивченою. Водночас у дослідженні, проведеному у Львові за участю 57 дітей із бронхіальною астмою, у 8 дітей виявлено S- або Z-алель *SERPINA1*; частота кожного з цих алелів у досліджуваній вибірці становила 3,5 %. Отримані результати свідчать про необхідність подальшого вивчення поширеності AATD в Україні та впровадження доступних методів його ранньої діагностики (Shymanska et al., 2022).

Метою нашого дослідження було оцінити можливості впровадження генетичного тестування поширених варіантів *SERPINA1* для потреб громадського здоров'я. На першому етапі, у межах міжнародної наукової співпраці зі Stanford University School of Medicine, відпрацьовано методику генотипування S-алеля (rs17580) та Z-алеля (rs28929474) методом ПЛР у реальному часі. Протокол ґрунтується на алель-специфічній детекції у каналах флуоресценції FAM і HEX та може бути адаптований для дослідження зразків букального епітелію, отриманих неінвазивним способом. Проведено підбір та апробацію умов ампліфікації; наступним етапом заплановано генотипування вибірки населення та оцінку інформованості населення і медичних працівників щодо AATD.

Досвід програм цільового скринінгу свідчить, що поєднання підвищення обізнаності медичних працівників із доступністю генетичного тестування може суттєво підвищити частоту виявлення AATD (Bals et al., 2007). Такий підхід є перспективним для системи громадського здоров'я України, насамперед для обстеження осіб із підвищеним ризиком AATD – пацієнтів із ХОЗЛ, ранньою емфіземою, бронхоектазами, неконтрольованою бронхіальною астмою або обтяженим сімейним анамнезом, а також членів сімей осіб із виявленими патогенними варіантами *SERPINA1*.

Висновки. Дефіцит альфа-1-антитрипсину є важливою, але недооціненою медико-соціальною проблемою. Обмеженість епідеміологічних даних в Україні, поширеність S- і Z-алелів *SERPINA1* у країнах Центральної та Східної Європи та

тривала затримка встановлення діагнозу обґрунтовують необхідність ширшого впровадження доступного генетичного тестування. Відпрацьована методика генотипування S- і Z-алелів методом ПЛР у реальному часі створює передумови для подальших популяційних досліджень і впровадження програм раннього виявлення AATD у системі громадського здоров'я.

*Лотоцька О. В., Данчишин М. В., Крицька Г. А., Кашуба М. О., Сопель О. М.,
Пашко К. О., Федорів О. Є., Копач О. Є., Флекей Н. В., Смачило О. М.*

ДИНАМІКА ТА ДЕМОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВЖИВАННЯ ТЮТЮНОВИХ І НІКОТИНОВИХ ВИРОБІВ В УКРАЇНІ У 2022–2025 рр.

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

Вступ. Вживання тютюну належить до однієї з найшкідливіших звичок людства. Тютюнова епідемія є однією з найбільших загроз для громадського здоров'я, з якими коли-небудь стикався світ. Вона спричиняє понад 7 мільйонів смертей щороку, а також призводить до інвалідності та тривалих страждань від захворювань, пов'язаних із вживанням тютюну. Вживання тютюну є основним чинником ризику розвитку серцево-судинних та респіраторних захворювань, понад 20 різних типів чи підтипів раку, а також багатьох інших загрозливих для здоров'я станів. Тому спеціалісти громадського здоров'я та медичні працівники усього світу докладають чимало зусиль, щоб людство позбулося цієї шкідливої звички.

Основна частина. Щоб оцінити динаміку та демографічні особливості поширеності споживання тютюнових і нікотинових виробів серед дорослого населення України за період 2022–2025 рр. та обґрунтувати пріоритетні напрями профілактичних інтервенцій, ми провели вторинний аналіз даних моніторингу їх споживання. Оцінювалися показники поширеності куріння серед чотирьох ключових груп: загальне доросле населення, чоловіки, жінки та молодь віком 18–29 років. Застосовано методи порівняльного, системного та статистичного аналізу часових рядів.

Аналіз щоденного споживання тютюнових та нікотинових продуктів в Україні за 2022–2025 рр. свідчить про зміну тенденцій. У 2022 році загальний рівень щоденного куріння становив 28 %. Серед курців чоловіків було найбільше – 44 %, жінок – 15 %, молодь 18-29 років становила третину – 30 %. У 2023 році спостерігалось зниження загального рівня куріння до 24,5 %. Зменшення відбулося завдяки зменшенню показника серед чоловіків, відсоток яких досяг 36 %, тоді як жінки та молодь залишилися на рівні попереднього року — 15 % і 30 % відповідно. У 2024 році показник досяг мінімуму за період спостереження – 23 % щоденних споживачів (з яких чоловіки становили 35 %, жінки – 14 %, молодь – 27 %). У 2025 році відбулося зворотнє зростання загального показника щоденного споживання до 27 %. Стрімке зростання зафіксовано серед чоловіків – до 41 %, серед жінок – до 16 %, а серед молоді віком 18-29 років – до 36 %.

Чинниками зниження кількості щоденних курців у 2022-2024 рр. є набрання чинності основними нормами Закону України № 1978-IX (заборона куріння пристроїв для нагрівання тютюну та вейпів у громадських місцях, розширення графічних медичних попереджень, заборона реклами) та щорічне підвищення акцизного податку. Основними причинами зростання курців у 2025 р. є накопичений тривалий психоемоційний стрес через війну, адаптація ринку до антитютюнового законодавства та розширення неформальних каналів збуту. Зростання показника серед молоді (18–29 років) у цій категорії відбувається переважно унаслідок поширення новітніх нікотинових виробів (електронних сигарет, вейпів, ТВЕНів) та явища «подвійного використання» (комбінування традиційних та електронних сигарет).

Виявлено чітку зворотну кореляцію між рівнем освіти та частотою щоденного куріння споживачів. Вищий рівень освіти асоціюється з нижчими показниками щоденного куріння. Частка щоденних курців серед осіб із вищою освітою становить 19,9 %, із неповною вищою освітою – 22,9 %, а з професійною або середньою освітою – 27,2 %. Одночасно виявлено чітку пряму кореляцію між рівнем освіти та медичною активністю споживачів. Звернення до лікаря щодо питань здоров'я або відмови від куріння серед курців із вищою освітою є найвищим і становить 34,7 %. У курців з неповною вищою освітою цей показник значно нижчий і становить 17,9 %. Серед осіб із професійною або середньою освітою частка таких звернень становить 20,5 %.

Українці демонструють високий рівень поінформованості про шкоду тютюну та нікотину, проте спостерігається дисонанс між знанням і поведінкою. Так, 97,3 % усвідомлюють, що сигарети спричиняють залежність. Ще 95,0 % розуміють, що куріння спричиняє серйозні проблеми зі здоров'ям. 83,3 % визнають шкоду пасивного куріння для довколишніх. Понад 80,0 % знають про залежний потенціал та шкоду електронних сигарет і ТВЕН. 72,2 % вважають шкідливим куріння кальяну з тютюном. 66,5 % дорослих підтримують повну заборону демонстрації тютюнових виробів у місцях продажу.

Війна є потужним каталізатором нікотинової залежності через хронічний психоемоційний стрес. 38,0 % дорослих збільшили вживання тютюну чи нікотину з початку вторгнення у 2022 році (зокрема 19,2 % повідомили про значне збільшення). 10,9 % відновили споживання після перерви, що свідчить про суттєве зростання порівняно з 3,0 % у 2023 році. 1,3 % уперше почали вживати тютюн чи нікотин під час війни. Лише 10,0 % змогли зменшити споживання, а у 39,5 % рівень вживання не змінився.

Висновки. Аналіз щоденного споживання тютюнових і нікотинових виробів в Україні за 2022–2025 рр. свідчить про загострення тютюнової епідемії у 2025 році. Особливо вразливою групою залишається молодь через поширення новітніх виробів (електронних сигарет, ТВЕНів) та практики «подвійного використання». Встановлено соціально-демографічні відмінності: нижчий рівень освіти асоціюється з вищою частотою щоденного куріння, тоді як вища освіта – з більшою медичною активністю щодо відмови від нього. Водночас високий рівень поінформованості населення про шкоду нікотину не супроводжується відповідними поведінковими змінами.

Отримані результати обґрунтовують необхідність посилення комплексної профілактики (насамперед серед молоді, чоловіків та осіб із нижчим рівнем освіти), обмеження новітніх нікотинових виробів, а також інтеграції антитютюнових заходів із програмами відмови від куріння та психосоціальною підтримкою населення в умовах війни.

Теренда О. А., Шульгай А. Г.

ДИНАМІКА ТА ТРЕНДИ ТЯГАРЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У СВІТІ, ЄВРОПІ ТА УКРАЇНІ У 2014–2023 РОКАХ

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
МОЗ України

Вступ. Ішемічна хвороба серця залишається однією з найбільш значущих медико-соціальних проблем сучасної України та провідною причиною передчасної смертності населення. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у 2021 році ІХС була на першому місці за причиною смерті населення України, а стандартизований показник смертності від неї становив 662,9 випадку на 100 тис. населення. При цьому ІХС посідала перше місце як серед жінок, так і серед чоловіків.

Високе навантаження ІХС формується під впливом комплексу модифікованих і немодифікованих факторів ризику. До основних належать артеріальна гіпертензія, тютюнокуріння, нездорове харчування, недостатня фізична активність, ожиріння, цукровий діабет, надмірне вживання алкоголю та несприятливі соціально-економічні умови. ВООЗ наголошує, що значна частина серцево-судинних захворювань може бути попереджена шляхом контролю факторів ризику, раннього виявлення та своєчасного лікування. Для України актуальність проблеми посилюється демографічними та соціальними наслідками повномасштабної війни.

Основна частина. Аналіз динаміки DALYs при ішемічній хворобі серця у 2014–2023 рр. засвідчив істотні регіональні відмінності. Найнижчі значення показника протягом усього періоду спостереження реєструвалися у світі та Західній Європі, тоді як Центральна та особливо Східна Європа характеризувалися вищим рівнем DALYs. Найбільші значення в усі роки спостерігалися в Україні.

Для світової популяції характерними були відносна стабільність показника у 2014–2019 рр., його зниження у 2020 р. та подальше поступове зростання до 6,89 % у 2023 р. На відміну від глобальної тенденції, у Західній Європі, Центральній та Східній Європі за весь досліджуваний період відбулося зниження DALYs – відповідно на 8,3 % ($r=-0,894$, $p<0,001$), 6,4 % ($r=-0,702$, $p=0,025$) та 11,9 % ($r=-0,831$, $p=0,003$). Найбільш виражене зниження серед європейських регіонів спостерігалося у Східній Європі. Як і в глобальному масштабі, так і на регіональних рівнях спостерігалося суттєве зменшення показника DALYs у 2021

році порівняно із 2019 роком. Так, для Західної Європи воно становило 6,2 %, Центральної – 17,5 % та Східної Європи – 18,3 %.

В Україні показник DALYs при ІХС зменшився з 26,52 % у 2014 р. до 23,80 % у 2023 р., що відповідає зниженню на 10,3 % ($r=-0,746$, $p=0,013$). Водночас українська динаміка характеризувалася суттєвими коливаннями: після зростання у 2014-2017 рр. відбулося значне зниження у 2020-2022 рр., а у 2023 р. – помітне підвищення. Незважаючи на загальне зниження порівняно з 2014 р., у 2023 р. DALYs в Україні залишалися приблизно у 3,6 разу вищими за глобальний показник та у 3,6 разу вищими за показник Західної Європи. Таким чином, отримані дані демонструють збереження значного тягаря ІХС в Україні порівняно з іншими досліджуваними регіонами.

Смертність від ІХС у світі за досліджуваний період залишалася відносно стабільною, спостерігалася незначне зростання із 14,65 % у 2014 році до 14,82 % у 2023 році (+1,16 %). На відміну від світових тенденцій у Західній Європі, Центральній та Східній Європі за весь досліджуваний період відбулося зниження смертності – відповідно на 11,1 % ($p<0,001$), 4,7 % ($p=0,06$) та 9,2 % ($p=0,015$). В Україні частка смертності від ІХС був найвищою серед усіх досліджуваних груп. У 2014 р. вона становила 48,08 %, у 2023 р. – 45,15 %, тобто за даний період зменшилася на 6,09% ($p=0,028$).

Загалом отримані результати свідчать про статистично значуще зниження смертності від ІХС у Західній та Східній Європі й Україні, тоді як для Центральної Європи виявлено лише тенденцію до зниження, а для глобальної популяції статистично значущого тренду не встановлено. Водночас динаміка показника характеризувалася вираженими коливаннями за досліджуваний період, зокрема різким зниженням у 2020-2021 рр. та подальшим зростанням у 2022-2023 рр.

Отримані результати свідчать про зменшення тягаря ІХС у більшості досліджуваних європейських популяцій та в Україні протягом 2014–2023 рр., однак Україна продовжувала характеризуватися найвищими абсолютними рівнями як DALYs, так і смертності серед досліджуваних груп. Це підкреслює збереження значного тягаря ІХС в Україні навіть за наявності загального низхідного тренду.

Висновок. ІХС в Україні залишається однією з ключових причин смертності, захворюваності та втрати здоров'я населення, а її профілактика і контроль мають стратегічне значення для громадського здоров'я. Висока поширеність захворювання, значна кількість нових випадків та інфарктів міокарда, наявність модифікованих факторів ризику й складні соціально-демографічні умови актуалізують необхідність подальшого вивчення динаміки смертності, DALYs, факторів ризику та регіональних особливостей тягаря ІХС в Україні. Саме комплексний аналіз цих показників може бути основою для вдосконалення профілактичних стратегій, раннього виявлення захворювання та планування ресурсів системи охорони здоров'я.

ІНФОРМАЦІЙНО-АНАЛІТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ БАЗИ ДАНИХ ЗДВ У ПРОГНОЗУВАННІ ІНФЕКЦІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTI

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Вступ. Своєчасне прогнозування інфекційної захворюваності є важливою складовою епідеміологічного нагляду та планування заходів громадського здоров'я. Використання великих масивів стандартизованих даних дає змогу виявляти часові та територіальні закономірності поширення інфекційних захворювань, оцінювати тенденції та формувати прогнози щодо можливої зміни епідемічної ситуації.

Основна частина. Інфекційні захворювання залишаються одним з важливих викликів для систем громадського здоров'я, незважаючи на значні досягнення у сфері вакцинації, епідеміологічного нагляду, діагностики та лікування. Зміни інтенсивності епідемічного процесу, виникнення спалахів, міграційні процеси, зміни охоплення профілактичними щепленнями та інші соціально-економічні й екологічні чинники зумовлюють необхідність постійного моніторингу інфекційної захворюваності та прогнозування її подальшої динаміки.

Важливим джерелом інформації для проведення порівняльного епідеміологічного аналізу є Європейська база даних «Здоров'я для всіх» Всесвітньої організації охорони здоров'я (ЄБД ЗДВ ВООЗ). База акумулює стандартизовані показники здоров'я населення країн Європейського регіону ВООЗ та дає можливість аналізувати їх у часовій і територіальній перспективі.

База містить показники, що характеризують захворюваність та кількість нових випадків низки інфекційних захворювань. Серед них представлені туберкульоз, вірусні гепатити, гепатити А, В і С, сифіліс, гонококова інфекція, кашлюк, кір, дифтерія, правець, поліомієліт, малярія, ВІЛ-інфекція, епідемічний паротит, краснуха, вроджена краснуха, неонатальний правець та інші інфекційні патології.

Однією з переваг ЄБД ЗДВ ВООЗ є значна тривалість окремих часових рядів. Для низки інфекцій доступні дані за кілька десятиліть. Зокрема, для кору та кашлюку часові ряди охоплюють переважно 1974-2023 рр., для туберкульозу -1980-2021 рр. Тривалі часові ряди дозволяють оцінювати довгострокові тенденції, визначати періоди зростання та зниження захворюваності, а також здійснювати прогнозування.

Для дослідження доцільно використовувати показники захворюваності на 100 тис. населення, що забезпечує можливість порівняння між країнами з різною чисельністю населення. Додатково можуть аналізуватися абсолютна кількість нових випадків, темпи приросту або зниження захворюваності та співвідношення показників у різні часові періоди.

Для виявлення тенденцій можуть застосовуватися методи описової статистики, аналіз часових рядів, оцінка лінійного або нелінійного тренду, визначення темпів зміни показників. Для прогнозування перспективної

захворюваності можуть бути використані методи екстраполяції часових рядів, регресійний аналіз, ковзні середні, експоненційне згладжування та ARIMA-моделі. Вибір конкретної моделі залежить від характеру динамічного ряду, його тривалості, стабільності та наявності циклічних коливань.

Важливою перевагою використання ЄБД ЗДВ ВООЗ є можливість здійснювати не лише аналіз окремої країни, але й порівнювати епідеміологічні тенденції між країнами Європейського регіону. Це створює підґрунтя для виявлення територій із несприятливою динамікою, оцінювання відмінностей у рівнях захворюваності та пошуку можливих чинників, що впливають на формування епідемічної ситуації.

Водночас, використання для прогнозування має певні обмеження. Передусім, більшість показників представлено у вигляді річних даних, що обмежує можливості аналізу короткострокової та сезонної динаміки. Крім того, тривалість часових рядів для різних нозологій неоднакова, а якість та повнота даних можуть відрізнятися між країнами. На показники захворюваності також можуть впливати зміни систем реєстрації та діагностики інфекційних захворювань. Тому результати прогнозування необхідно інтерпретувати з урахуванням особливостей формування вихідних статистичних даних.

Практичне значення прогнозування полягає у можливості завчасного виявлення несприятливих тенденцій та обґрунтування управлінських рішень у сфері громадського здоров'я. Прогнозні оцінки можуть використовуватися для планування профілактичних заходів, визначення потреби у вакцинах та інших медичних ресурсах, посилення епідеміологічного нагляду, розроблення комунікаційних стратегій та оцінювання потенційних ризиків для населення.

Висновки. ЄБД ЗДВ ВООЗ є перспективним інформаційним ресурсом для проведення порівняльного епідеміологічного аналізу та прогнозування інфекційної захворюваності. Наявність багаторічних стандартизованих часових рядів щодо кору, кашлюку, туберкульозу та інших інфекційних захворювань створює можливості для виявлення довгострокових тенденцій і побудови прогнозних моделей. Найбільш доцільним напрямом подальших досліджень є поєднання аналізу даних з показниками вакцинації, демографічними та соціально-економічними характеристиками, що дозволить перейти від простого прогнозування часових тенденцій до комплексного моделювання ризиків інфекційної захворюваності. Використання сучасних статистичних методів у поєднанні з даними ЄБД ЗДВ ВООЗ може підвищити обґрунтованість прогнозів та сприяти удосконаленню системи епідеміологічного нагляду й прийняттю своєчасних управлінських рішень у сфері громадського здоров'я.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ ШКІРИ ПРИ КРОПИВ'ЯНЦІ ЗА НАЯВНОСТІ СУПУТНІХ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ ТА БЛАСТЦИСТОЗУ

Тернопільський національний медичний університет
ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України

Вступ. Кропив'янка – це поліетіологічна група захворювань, які характеризуються розвитком уртикарій та/або ангіоневротичного набряку. Серед інфекційних тригерів кропив'янки розглядають віруси (гепатиту В, простого герпесу), бактерії (*Helicobacter pylori*, *Streptococcus spp.* збудники Лайм-бореліозу), грибки, гельмінти та найпростіші, серед яких особливу роль відіграють *Giardia lamblia* та *Blastocystis spp.*

За сучасними оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я та міжнародних дослідників, кишковими паразитами уражено понад 1 млрд людей у світі. Серед одноклітинних кишкових найпростіших найпоширенішими мікроорганізмами, що колонізують шлунково-кишковий тракт людини та тварин багатьох видів, є *Blastocystis spp.* За результатами проведених досліджень у 2025 р. в Україні, загальне розповсюдження бластоцистних інвазій серед усього населення країни коливається від 5,2 % до 20,1 %. Сучасний систематичний огляд підтвердив, що поміж пацієнтів із кропив'янкою поширеність паразитарних інфекцій становить 5,4 % серед дорослих і досягає 37,8 % у дитячій популяції.

Основна частина. Мета дослідження – Встановити клінічні особливості кропив'янки за наявності супутніх Лайм-бореліозу та бластоцистозу.

Матеріали та методи. Спостерігали 23 пацієнти із кропив'янкою, яких протягом 2025-2026 рр. лікували амбулаторно в КУТОР «Тернопільський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер». Обстежені були віком від 18 до 72 років; чоловіків – 9 (39,1 %), жінок – 14 (60,9 %). За кількістю жителів сільської місцевості було більше, порівняно із мешканцями міста – відповідно 56,5 % проти 43,5 %. Діагноз кропив'янки встановлювали на підставі типових клінічних проявів і формулювали згідно з класифікацією МКХ-10 та протоколу надання медичної допомоги хворим на алергічну кропив'янку та набряк Квінке, затвердженого МОЗ України від 03.07.2006 р. за № 432.

Активність ураження шкіри оцінювали за допомогою шкали активності кропив'янки (*Urticaria activity score – UAS*), яка ґрунтується на встановленні в балах ступеня вираження основних симптомів – пухирів і свербежу.

Бластоцисти виявляли в мазку нативного матеріалу фекалій, який досліджували у світлооптичному мікроскопі при малому і великому збільшенні (об. $\times 8$, $\times 40$, ок. $\times 10$), шукали вакуолярну і/або гранулярну форми бластоцист.

Специфічні антитіла до антигенів комплексу *B. burgdorferi sensu lato (s. l.)* у сироватках крові хворих на кропив'янку визначали методом ІФА, за допомогою тест-систем компанії Euroimmun AG (Німеччина). Отримані результати оцінювали та інтерпретували відповідно до рекомендацій виробника.

Результати. Позитивні або проміжні результати наявності хоча б одного класу специфічних IgM та IgG до комплексу *B. burgdorferi s. l.* за допомогою

методу ІФА детектували в сироватках крові 8 (34,8 %) із 23 обстежених пацієнтів із кропив'янкою.

При паразитологічному дослідженні калу лише бластоцисти (вакуолярні форми) знайдено в 7 (30,4 %) із 23 осіб, хворих на кропив'янку. При цьому варто зазначити, що в 6 (26,1 %) із 23 пацієнтів бластоцисти в калі та сироваткові антитіла до збудників Лайм-бореліозу визначали одночасно.

Виразений висип (більше 50 пухирів/24 год) та інтенсивний свербіж (виражений свербіж, який завдає багато незручностей і перешкоджає нормальній щоденній активності та сну), які відповідали 3 балам, турбували 6 хворих на кропив'янку, в яких одночасно виявили сироваткові імуноглобуліни до *B. burgdorferi s. l.* та бластоцисти в калі. Водночас в 1 (4,3 %) хворого із 23, у калі якого знайдено лише бластоцисти, наявність уртикарних елементів на шкірі (21-50 пухирів/24 год) і свербіж (помірно виражений, який завдає клопоту, але не перешкоджає нормальній щоденній активності або сну) оцінили у 2 бали.

У 2 (8,7 %) пацієнтів із 23 обстежених із кропив'янкою, у сироватках крові яких детектували специфічні імуноглобуліни до *B. burgdorferi s. l.*, активність висипу відповідала 2 балам, інтенсивність свербіжу – 3. У решти 11 хворих у біологічних матеріалах яких не знайдено специфічних сироваткових антитіл до збудників Лайм-бореліозу та/чи бластоцист у калі, активність появи уртикарних елементів та інтенсивність свербіжу відповідали 1-2 балам.

Висновки. Хворих на кропив'янку, яких турбує виражений висип та інтенсивний свербіж, доцільно обстежувати на Лайм-бореліоз і бластоцистоз. Збудники зазначених інфекцій можуть бути ймовірними тригерними факторами кропив'янки та спричинювати більшу активність патологічного процесу.

Басараб Я. О.

КОМПЕТЕНТІСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ З ПИТАНЬ ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ: АНАЛІЗ У КОНТЕКСТІ СУЧАСНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ ВООЗ

Державна установа «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України», Київ, Україна

Вступ. Сучасні підходи Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щодо інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), передбачають комплексний підхід, що поєднує профілактику, виявлення, діагностику, лікування, ведення статевих партнерів та подальший супровід пацієнта. Концептуальні засади такого підходу визначені у «Глобальних стратегіях сектору охорони здоров'я щодо ВІЛ, вірусних гепатитів та інфекцій, що передаються статевим шляхом, на період 2022–2030 років», які передбачають розвиток інтегрованих, доказових і людино-орієнтованих послуг у межах первинної медичної допомоги та універсального охоплення послугами охорони здоров'я. Подальший розвиток такого підходу представлено в документах

ВООЗ: «Рекомендаціях щодо організації надання медичних послуг з профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, та допомоги при них» (2025) та «Консолідованому операційному посібнику ВООЗ з інфекцій, що передаються статевим шляхом» (2026).

Реалізація такої моделі безпосередньо залежить від професійної готовності лікарів і потребує послідовного формування відповідних компетентностей на різних етапах медичної освіти. Проведений нами попередній аналіз додипломної підготовки майбутніх лікарів з питань ІПСШ засвідчив неоднорідність її структури та змісту і переважну орієнтацію на вивчення окремих нозологічних форм, тоді як профілактичні, психосоціальні та комунікативні компоненти представлені менш системно. Це актуалізує питання наступності формування відповідних компетентностей на етапі спеціалізованої підготовки лікарів загальної практики – сімейної медицини.

Метою дослідження стала оцінка відповідності компетентностей з питань ІПСШ, передбачених підготовкою сімейних лікарів, сучасним підходам ВООЗ до інтегрованого ведення ІПСШ та визначення наступності їх формування від додипломного рівня до інтернатури.

Основна частина. Дослідження проведено із застосуванням контент-аналізу, порівняльного та структурно-логічного методів у два взаємопов'язані етапи. На першому етапі узагальнено результати проведеного раніше аналізу додипломної підготовки майбутніх лікарів з питань ІПСШ, який охопив освітньо-професійні програми 32 закладів вищої освіти (ЗВО) України за спеціальністю «Медицина» та поглиблений контент-аналіз робочих програм і силабусів дисципліни «Дерматологія, венерологія» 15 ЗВО. На другому етапі проведено контент-аналіз Примірної програми підготовки в інтернатурі за спеціальністю «Загальна практика–сімейна медицина», затвердженої наказом МОЗ України від 28.06.2022 № 1114, та порівняльний аналіз п'яти відповідних програм ЗВО України.

Референтну рамку сформовано на основі зазначених документів ВООЗ, а щодо виявлення безсимптомних ІПСШ додатково враховано «Рекомендації ВООЗ щодо ведення безсимптомних інфекцій, що передаються статевим шляхом» (2025). Оцінювали представленість програмних компетентностей, знань, умінь і практичних навичок за профілактично-консультативним, клініко-діагностичним, лабораторно-діагностичним і лікувально-організаційним компонентами; окремо – щодо ведення статевих партнерів, виявлення безсимптомних ІПСШ, структурованого збору сексуального анамнезу та людино-орієнтованих аспектів допомоги. Визначали три категорії представленості: чітко представлено як окрему компетентність або практичну навичку; представлено у загальному контексті; не операціоналізовано як окрему компетентність щодо ІПСШ.

Аналіз додипломного рівня засвідчив переважання нозологічно орієнтованої моделі підготовки, у якій основна увага приділяється окремим інфекціям, їх клінічним проявам і лабораторній діагностиці, тоді як профілактичні, психосоціальні, консультативні та пацієнт-орієнтовані компоненти представлені менш системно.

На рівні підготовки сімейного лікаря встановлено виражену функціональну та практичну спрямованість компетентнісної моделі. Примірна програма передбачає формування умінь щодо консультування з питань сексуального та репродуктивного здоров'я і профілактики ІПСШ, огляду статевих органів, взяття біологічного матеріалу та інтерпретації результатів лабораторних досліджень, а також амбулаторного лікування і маршрутизації пацієнтів. Практична спрямованість підготовки конкретизована рівнями опанування окремих навичок та мінімальною кількістю їх виконань.

Зіставлення з референтною рамкою ВООЗ продемонструвало найбільш чітку представленість у Примірній програмі профілактично-консультативного, клініко-діагностичного, лабораторно-діагностичного та лікувально-організаційного компонентів. Таким чином, підготовка сімейного лікаря передбачає його участь на послідовних етапах допомоги пацієнту з ІПСШ – від профілактичного консультування та первинної діагностики до амбулаторного лікування і маршрутизації. Водночас ведення статевих партнерів, цілеспрямоване виявлення безсимптомних ІПСШ і структурований збір сексуального анамнезу не операціоналізовані як окремі компетентності щодо ІПСШ. Людино-орієнтовані, етичні та комунікативні принципи представлені на рівні загальних і професійних компетентностей, але їх застосування безпосередньо при веденні пацієнтів з ІПСШ окремо не конкретизоване.

Порівняльний аналіз п'яти програм ЗВО засвідчив високий ступінь відтворення компетентнісного змісту Примірної програми. У них збережено основне функціональне ядро підготовки з питань ІПСШ, яке охоплює профілактичне консультування, клінічні та лабораторно-діагностичні навички, амбулаторне лікування і маршрутизацію пацієнтів. Суттєвого змістового розширення компонентів інтегрованого ведення ІПСШ, які не були окремо операціоналізовані у Примірній програмі, не встановлено.

Зіставлення результатів двох етапів дозволило простежити тенденцію до освітньої наступності: переважно нозологічно та клініко-діагностично орієнтований зміст додипломної підготовки на етапі інтернатури доповнюється практичними функціями, необхідними для ведення пацієнтів на рівні первинної медичної допомоги.

Висновки. Підготовка сімейних лікарів з питань ІПСШ характеризується практичною спрямованістю та забезпечує формування основного комплексу компетентностей щодо профілактичного консультування, клінічної й лабораторної діагностики, амбулаторного лікування та маршрутизації пацієнтів. Порівняно з переважно нозологічно орієнтованим змістом додипломної підготовки, підготовка в інтернатурі характеризується більш вираженою функціональною спрямованістю на ведення пацієнта.

Водночас відповідно до сучасних підходів ВООЗ потребують чіткішої операціоналізації структурований сексуальний анамнез, виявлення безсимптомних ІПСШ і ведення статевих партнерів, а людино-орієнтовані та комунікативні принципи – конкретизації у контексті ІПСШ.

Отже, удосконалення підготовки доцільно спрямовувати не на створення окремого додаткового блоку з ІПСШ, а на забезпечення освітньої наступності та

чіткішу операціоналізацію окремих складових компетентнісного ядра відповідно до сучасної моделі інтегрованого ведення ІПСШ.

Магас І. Ю., Брич В. В.

МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ОБҐРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ ІНТЕГРАЦІЇ ЕЛЕМЕНТІВ ПРОМОЦІЇ ЗДОРОВ'Я У ФАРМАЦЕВТИЧНУ ПРАКТИКУ НА РІВНІ ГРОМАДИ

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

Вступ. Розвиток системи громадського здоров'я передбачає посилення профілактичної спрямованості та розширення середовищ реалізації заходів зі збереження і зміцнення здоров'я населення. Значний потенціал у цьому напрямі має фармацевтичний сектор, представлений аптечними закладами та фармацевтичними працівниками, які забезпечують безпосередній контакт із населенням громади [1, 2]. Можливості фармацевтичної практики у сфері промоції здоров'я не обмежуються традиційним консультуванням щодо раціонального застосування лікарських засобів та можуть включати інформаційно-освітню діяльність, консультування щодо модифікації поведінкових факторів ризику, окремі скринінгові втручання, сприяння участі населення у профілактичних програмах та формування відповідального ставлення до власного здоров'я [1, 3].

Водночас наявність потенційних напрямів діяльності не є достатньою передумовою для їх інтеграції у повсякденну фармацевтичну практику. Практична реалізація відповідних функцій залежить від готовності фармацевтичних працівників, потреб і очікувань населення, організаційних можливостей аптечних закладів та ширших контекстних умов [1, 4].

Метою роботи було визначення методологічних підходів до обґрунтування моделі інтеграції елементів промоції здоров'я у фармацевтичну практику на рівні громади.

Основна частина. Обґрунтування моделі інтеграції елементів промоції здоров'я у фармацевтичну практику доцільно здійснювати на основі системного підходу з комплексним використанням бібліосемантичного, соціологічного і статистичного методів, контент-аналізу та методу моделювання. Методологічна конструкція такого дослідження має забезпечувати взаємопов'язане вивчення потенціалу фармацевтичного сектору, професійної готовності фармацевтичних працівників, потреб населення та організаційно-контекстних умов реалізації відповідних функцій. Виходячи з цього, доцільно виокремити теоретико-аналітичний, професійно-кадровий, споживчо-орієнтований, організаційно-контекстний та інтеграційно-модельний компоненти дослідження.

Теоретико-аналітичний компонент передбачає систематизацію сучасних підходів та міжнародного досвіду участі фармацевтичного сектору в промоції здоров'я, визначення потенційних напрямів відповідної діяльності та умов їх реалізації. Його формування дозволить окреслити змістове поле дослідження,

визначити елементи промоції здоров'я, потенційно придатні для інтеграції у фармацевтичну практику, та сформуванати систему характеристик для їх подальшого емпіричного оцінювання. При цьому потенційні функції фармацевтичних працівників доцільно розглядати з позиції можливості їх інтеграції у повсякденну діяльність аптечних закладів та взаємодії з іншими складовими системи охорони здоров'я.

Професійно-кадровий компонент має бути спрямований на комплексне оцінювання готовності фармацевтичних працівників до реалізації функцій промоції здоров'я. До основних напрямів оцінювання доцільно включити рівень відповідних знань, сприйняття профілактичної діяльності як частини професійної ролі, самооцінку готовності до реалізації окремих функцій, наявний досвід профілактичного консультування та потребу в додатковій професійній підготовці. Водночас важливим є визначення професійних та організаційних бар'єрів, а також чинників, здатних сприяти розширенню участі фармацевтичних працівників у промоції здоров'я. Це дозволить комплексно охарактеризувати кадрові передумови реалізації відповідних функцій та визначити напрями, що потребують додаткового професійного й організаційного забезпечення.

Споживчо-орієнтований компонент передбачає оцінювання потреб та очікувань населення щодо отримання окремих елементів промоції здоров'я у фармацевтичному середовищі, а також готовності до їх отримання в аптечних закладах. Важливим є також визначення прийнятності окремих видів профілактичного консультування та інших втручань для потенційних отримувачів таких послуг. Включення зазначеного компонента забезпечує орієнтацію майбутньої моделі не лише на можливості фармацевтичного сектору, але й на реальні потреби потенційних отримувачів відповідних послуг.

Організаційно-контекстний компонент має охоплювати умови, які можуть сприяти або перешкоджати інтеграції елементів промоції здоров'я у фармацевтичну практику. До них доцільно віднести кадрове та ресурсне забезпечення, часові й просторові можливості для проведення консультування та інших втручань, нормативне регулювання відповідних функцій, міжпрофесійну взаємодію та забезпечення маршрутизації осіб, які потребують подальшого медичного супроводу. Врахування зазначених чинників є необхідним, оскільки наявність професійної готовності фармацевтичних працівників та потреби населення не гарантує можливості практичної реалізації відповідних функцій за відсутності належних організаційних і системних умов.

Інтеграційно-модельний компонент передбачає узагальнення та зіставлення результатів за визначеними напрямками з подальшим обґрунтуванням структурних і функціональних елементів моделі. Ключовим методологічним принципом доцільно визначити узгодження потенційних елементів промоції здоров'я з готовністю фармацевтичних працівників до їх реалізації, потребами населення та організаційно-контекстними умовами впровадження. Такий підхід дозволить перейти від широкого переліку потенційних функцій фармацевтичного сектору до визначення пріоритетних напрямів, для яких існує сукупність професійних, споживчих та організаційних передумов. Сформована на цій основі модель потребуватиме подальшого

експертного оцінювання щодо обґрунтованості її компонентів, прийнятності запропонованих механізмів взаємодії та можливостей практичної реалізації.

Висновки. Обґрунтування моделі інтеграції елементів промоції здоров'я у фармацевтичну практику потребує методологічного підходу, що поєднує теоретико-аналітичний, професійно-кадровий, споживчо-орієнтований, організаційно-контекстний та інтеграційно-модельний компоненти. Комплексне дослідження зазначених компонентів дозволить узгодити потенційні напрями промоції здоров'я з готовністю фармацевтичних працівників, потребами населення та умовами впровадження й сформулювати доказову основу для розроблення структурно-функціональної моделі на рівні громади.

Список використаних джерел

1. Community pharmacy regulatory and practice models in eastern Europe and central Asia. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2024. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/376552>

2. International Pharmaceutical Federation (FIP). The FIP Development Goals: Transforming global pharmacy. The Hague : International Pharmaceutical Federation, 2020. URL: <https://www.fip.org/file/4793>

3. Брич В. В. Фармацевтичний сектор у реалізації стратегій промоції здоров'я на рівні громади: оглядово-аналітичний підхід. Intermedical Journal. 2026. Вип. 2. С. 124–129. DOI: 10.32782/2786-7684/2026-2-20.

4. Mumbi A., Mugo P., Barasa E., Abiiro G. A., Nzinga J. Factors influencing the uptake of public health interventions delivery by community pharmacists: a systematic review of global evidence. PLoS ONE. 2024. Vol. 19, No. 8. e0298713. DOI: 10.1371/journal.pone.0298713.

Романюк Н. Є., Гомонець С. Я.

ОРГАНІЗАЦІЙНІ МЕТОДИ ВИЯВЛЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ II ТИПУ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я.Горбачевського

Актуальність. На сучасному етапі розвитку системи громадського здоров'я України особливої ваги набуває пошук нових організаційних форм у виявленні певних захворювань та їхніх факторів ризику. Цукровий діабет II типу є глобальною проблемою для охорони здоров'я в контексті впровадження ринкових механізмів. Громадське здоров'я під впливом глобальних викликів розглядається сьогодні не лише як сукупність медичних заходів, але й як комплексна система, що включає профілактику, покращення якості життя та зменшення виникнення ускладнень. Організаційні методи виявлення факторів ризику цукрового діабету II типу в системі громадського здоров'я спрямовані на ранній масовий та вибірковий скринінг населення для запобігання розвитку захворювання та його ускладнень, а також необхідність раціонального використання ресурсів закладів охорони здоров'я. Актуальність дослідження

зумовлена швидкими темпами зростання даної патології та інвалідизації пацієнтів. У сучасних умовах система громадського здоров'я максимально повинна залучатись в профілактику даного захворювання та мінімалізацію економічних збитків для України. що є фундаментом стійкої системи охорони здоров'я.

Мета. Метою роботи є пошук організаційних форм виявлення факторів ризику цукрового діабету II типу, обґрунтування їх використання в системі громадського здоров'я, у діяльності медичних закладів. Виявлення ключових проблем у модифікації способу життя осіб з факторами ризику виникнення цукрового діабету на рівні поліклінік та АЗПСМ, а також при наданні стаціонарної медичної допомоги.

Матеріали та методи. У ході дослідження було використано комплекс наукових методів: системний аналіз нормативно-правової бази України у сфері охорони здоров'я, бібліосемантичний метод вивчення фахової літератури та сучасних публікацій у галузі охорони здоров'я. Для обробки даних застосовувалися методи логічного узагальнення, порівняльного аналізу та контент-аналізу відкритих джерел інформації щодо діяльності медичних закладів. Матеріалами дослідження послужили дані про стан захворюваності на цукровий діабет 2 типу, плани профілактичних заходів, результати соціологічних опитувань населення дільниці сімейного лікаря та протоколи лікування ЦД 2 типу згідно директивних вказівок.

Результати досліджень. В результаті дослідження були встановлені основні організаційні підходи до виявлення предикторів захворюваності населення на цукровий діабет II типу.

- Анкети оцінки ризиків. Використання відкаліброваних шкал (наприклад, шкали FINDRISK) на первинній ланці медичної допомоги та під час масових акцій для швидкого виявлення осіб із високою ймовірністю розвитку діабету та інсулінорезистентністю.

- Цільовий скринінг для виявлення факторів ризику виникнення ЦД 2 типу: обстеження пацієнтів під час їхнього звернення до сімейного лікаря з інших причин, якщо вони належать до груп ризику (вік 40 років і старше, надмірна вага, спадковість).

- Масові інформаційно-профілактичні кампанії: Організація днів здоров'я, на яких жителі можуть безплатно виміряти рівень глюкози в крові та пройти експрес-оцінку факторів способу життя.

- Популяційна стратегія (профілактика на рівні громади): сучасні програми із пропаганди здорового харчування та фізичної активності через освітні заклади, робочі місця та медіа для зменшення модифікованих факторів ризику.

Нами доведено, що ефективна промоція здорового способу життя та стратегія на покращення скринінгу показників здоров'я дозволяє закладам охорони здоров'я реалізовувати свої цілі та оперативні функції.

- **Висновки.** Встановлено, що організаційні підходи до виявлення факторів ризику цукрового діабету II типу у системі громадського здоров'я мають свою специфіку, оскільки потребують уваги зі сторони як первинної

ланки надання медичної допомоги, так і вторинної. Світова практика показує досить вагомий вплив системи громадського здоров'я у встановленні факторів ризику виникнення інсулінорезистентності та цукрового діабету II типу. Оновлені сучасні програми із пропаганди здорового харчування та фізичної активності, які розроблені на основі нормативно-директивних документів МОЗ України та міжнародних протоколів профілактики, здійснюються через освітні заклади, робочі місця та медіа для зменшення модифікованих факторів ризику. Встановлений значний попит на обстеження такого плану, як рівень глюкози в крові натще, глікований гемоглобін (визначення рівня глюкози за останні 3 місяці), рівень греліну, ниркові проби тощо.

Нами доведено, що ефективна промоція здорового способу життя та стратегія на покращення скринінгу показників здоров'я дозволить пацієнтам бути вчасно інформованими про стан свого здоров'я, про наявність предикторів захворювань та запобігти виникненню такого важкого захворювання як цукровий діабет та ускладнень, пов'язаних з ним.

Виявлено тенденцію до більш вираженої цікавості своїм станом здоров'я на рівні громади.

Отже, сучасна система громадського здоров'я активно залучається у процес організації профілактичних заходів щодо встановлення факторів ризику цукрового діабету 2 типу, сприяє підвищенню зацікавленості населення своїм станом здоров'я, дозволяє проводити скринінгові заходи. Майбутнє галузі охорони здоров'я лежить у площині інтеграції промоції здоров'я з клієнтоорієнтованими маркетинговими технологіями, що в сукупності забезпечить сталий розвиток системи громадського здоров'я в Україні.

Лучинський В. М., Лучинський М. А., Лучинська Ю. І.

ОСОБЛИВОСТІ РЕЗОРБЦІЇ ПЕРИІМПЛАНТНОЇ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОПЕНІЄЮ ПІСЛЯ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ

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

Вступ. Дентальна імплантація є одним із найбільш ефективних методів відновлення дефектів зубних рядів, що забезпечує високу функціональну й естетичну ефективність лікування. Успішність імплантації визначається досягненням первинної стабільності імплантата та повноцінною остеоінтеграцією, тому важливим є об'єктивний контроль стану імплантно-кісткового інтерфейсу на всіх етапах лікування. Це дозволяє прогнозувати результати імплантації, своєчасно виявляти можливі ускладнення та підвищувати довготривалу ефективність ортопедичної реабілітації пацієнтів.

Матеріал та методи дослідження. У дослідження було включено 96 пацієнтів віком 18–59 років, яким проводили встановлення дентальних імплантів. Залежно від мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) та

застосованої лікувальної тактики пацієнтів розподілили на три групи: контрольну – 30 осіб із нормальною МЩКТ; порівняльну – 39 пацієнтів з остеопенією, які не отримували остеотропної терапії; основну – 58 хворих з остеопенією, яким проводили комплексну остеотропну терапію, доповнену застосуванням біорегенераційної композиції для покращення первинної стабільності та остеointegraції дентальних імплантів.

Результати. Через 6 місяців після дентальної імплантації у пацієнтів контрольної групи з нормальною мінеральною щільністю кісткової тканини (МЩКТ) віком 18-44 роки резорбція кісткової тканини (КТ) навколо імплантів була мінімальною і становила $0,45 \pm 0,01$ мм. У хворих з остеопенією цього ж віку показник був вищим: на 64,44 % у групі традиційного лікування та лише на 8,88 % в основній групі, де застосовували комплексну остеотропну терапію ($p, p_1 < 0,01$).

Аналогічна тенденція встановлена у пацієнтів віком 45-59 років. У контрольній групі резорбція КТ становила $0,56 \pm 0,01$ мм, що було нижче, ніж у порівняльній групі на 57,14 % та в основній групі – на 7,14 % ($p, p_1 < 0,01$). Водночас у пацієнтів старшої вікової групи резорбція кісткової тканини була достовірно більшою, ніж у молодших осіб ($p_2 < 0,01$).

У середньому в осіб із нормальною МЩКТ резорбція періімплантної кісткової тканини була меншою порівняно з пацієнтами з остеопенією: на 58,82 % відносно порівняльної групи та на 7,84 % відносно основної групи ($p, p_1 < 0,01$).

Аналіз залежно від типу кісткової тканини показав, що при типі С1 резорбція була найменшою ($0,51 \pm 0,01$ мм) і достовірно нижчою, ніж у пацієнтів з остеопенією: на 1,96 % в основній групі та на 17,64 % у порівняльній ($p, p_1 < 0,01$). При типах С2 і С3 інтенсивність резорбції значно зростала, особливо у пацієнтів, які не отримували остеотропної терапії. У порівняльній групі величина резорбції перевищувала відповідний показник основної групи на 46,30 % при типі С2 та на 68,85 % при типі С3 ($p_1 < 0,01$).

Рентгенологічно у окремих пацієнтів порівняльної групи визначалась виражена резорбція періімплантної кісткової тканини до 2 мм (майже половина довжини внутрішньокісткової частини імпланта), що супроводжувалося втратою дентального імпланта.

Висновки. У пацієнтів з остеопенією після дентальної імплантації відзначається достовірно більша резорбція періімплантної кісткової тканини порівняно з особами з нормальною мінеральною щільністю кістки. Застосування комплексної остеотропної терапії та біорегенеративного комплексу «Easy Graft + ЗТП + ММСК ЖТ» сприяє зменшенню втрати кісткової тканини навколо імплантів, особливо у пацієнтів із типами кістки С2–С3, що забезпечує кращі умови для остеointegraції та знижує ризик втрати імплантів.

ПОПУЛЯЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ДЕФІЦИТУ ЗАЛІЗА ТА НУТРИЦІОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖІНОК ДІТОРОДНОГО ВІКУ

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України

Вступ. Проблема залізодефіцитних станів (ЗДС) та латентного дефіциту заліза (ЛДЗ) серед жінок репродуктивного віку (18-45 років) є одним із провідних викликів для системи громадського здоров'я в умовах урбанізації. Фізіологічні менструальні крововтрати, нераціональне харчування та хронічний психоемоційний стрес спричиняють виснаження тканинних запасів заліза. Традиційний рутинний скринінг, який обмежується вимірюванням рівнів гемоглобіну, не дозволяє своєчасно діагностувати ЛДЗ (сироватковий феритин < 30 мкг/л). Це призводить до розвитку тканинної гіпоксії, мітохондріальної дисфункції, порушення біосинтезу моноамінових нейромедіаторів (дофаміну, серотоніну) та маніфестації синдрому хронічної втоми.

Метою дослідження є наукове обґрунтування та оцінка ефективності популяційної програми профілактики дефіциту заліза й нутриціологічної корекції психоемоційного стану жінок дітородного віку на основі аналізу їхнього фактичного харчування, клініко-лабораторних показників та психометричного профілю.

Основна частина. У межах пілотного крос-секційного епідеміологічного дослідження обстежено $n = 50$ жінок репродуктивного віку (22-43 роки, середній вік $31,74 \pm 5,42$ року), які проживають в урбанізованих регіонах України. Комплекс методів включав: анкетування частоти споживання їжі (FFQ), психометричне оцінювання якості життя за валідованим опитувальником SF-36, лабораторну верифікацію (гемоглобін, сироватковий феритин) та біостатистичний аналіз у середовищі Python (критерій Шапіро-Вілка, U-критерій Манна-Уїтні, коефіцієнт кореляції Спірмена ρ , непараметричний бутстрап для 95% довірчих інтервалів).

За результатами лабораторного скринінгу загальна поширеність залізодефіцитних станів у досліджуваній когорті склала 88,0%. Латентний дефіцит заліза (феритин < 30 мкг/л за норми гемоглобіну ≥ 120 г/л) виявлено у 52,0% осіб, маніфестну залізодефіцитну анемію - у 36,0%. Медіана рівнів феритину становила 11,00 мкг/л [Q_1 ; Q_3 : 5,70; 15,38 мкг/л]. Хронічну гастроінтестинальну патологію (хронічні гастрити зі зниженою секрецією, синдром подразненого кишечника) діагностовано у 76,0% жінок, що виступає ключовим тригером мальабсорбції мікроелемента.

Аналіз шкал SF-36 засвідчив системне зниження показників Загального здоров'я (GH, медіана 27,50 бала), Рольового фізичного функціонування (RP, $44,62 \pm 18,25$ бала) та Життєздатності (VT, медіана 50,00 балів). Під час якісного аналізу виявлено феномен «медикаментозного маскування» втоми: пацієнтки з критично низьким феритином (< 6 мкг/л), які отримували антидепресанти

(СІЗЗС) із приводу супутніх тривожних розладів, суб'єктивно завищували бали життєздатності, попри збереження соматичних проявів тканинної гіпоксії.

Науково обґрунтовано трирівневу систему профілактичних заходів для практики сімейної медицини:

Первинний рівень: впровадження обов'язкового щорічного скринінгу феритину (поріг < 30 мкг/л) для жінок 18–45 років, нутриціологічне анкетування та популяційна фуд-фортифікація.

Вторинний рівень: таргетна корекція із застосуванням високобіодоступних та безпечних для ШКТ форм заліза (бісгліцинатний хелат, ліпосомальне залізо в дозі 30–50 мг елементарного заліза на добу) тривалістю щонайменше 3 місяці після нормалізації гемоглобіну для відновлення депо.

Третинний рівень: інтермітуючі схеми ВООЗ у менструальний період (30–60 мг заліза на тиждень або курсами під час менструацій) та нутриціологічна синергія (вживання аскорбінової кислоти, обмеження танінів і фітатів під час прийому їжі).

Висновки. Залізодефіцитні стани мають високу поширеність (88,0%) серед жінок репродуктивного віку в урбанізованому середовищі, причому у 52,0% випадків спостерігається латентний дефіцит заліза, який залишається недіагностованим при рутинному визначенні лише рівнів гемоглобіну.

Гастроінтестинальна патологія (76,0%) та аліментарні девіації (вживання танінів із кавою/чаєм під час їжі, дефіцит гемового заліза) є провідними чинниками формування сидеропенії.

Оцінка за шкалою SF-36 підтверджує глибокий негативний вплив тканинної гіпоксії на життєздатність та психічне здоров'я жінок, а феномен «медикаментозного маскування» вимагає обов'язкової диференційної діагностики астенії.

Впровадження трирівневої системи профілактики з використанням хелатних і ліпосомальних сполук заліза дозволяє ефективно відновлювати мінеральний статус, покращувати психоемоційний стан та якість життя жінок.

Кобринська Н. Я.¹, Децик О. З.²

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ШКІДЛИВИХ ЗВИЧОК ОСІБ З РАКОМ ТА ІНШИМИ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

¹ ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В. П. Комісаренка»

Національної академії медичних наук України, м. Київ

² Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ

Вступ. Шкідливі звички є важливим компонентом способу життя, що може бути пов'язаний зі станом здоров'я та перебігом хронічних захворювань. Водночас роль куріння та вживання алкоголю у виникненні патології щитоподібної залози (ЩЗ) залишається дискусійною. Наукові дані щодо

взаємозв'язку між цими поведінковими чинниками, раком щитоподібної залози (РЩЗ) й іншими хронічними захворюваннями ЩЗ (ХЗЩЗ) є неоднозначними.

Мета дослідження: проаналізувати поширеність та особливості шкідливих звичок осіб із раком та іншими хронічними захворюваннями ЩЗ.

Матеріали та методи. Упродовж 2024–2025 років на базі консультативно-поліклінічного відділення ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В. П. Комісаренка» НАМН України проведено аналітичне медико-соціологічне дослідження. Основну групу склали 600 пацієнтів із захворюваннями щитоподібної залози (ЩЗ), з них 95 осіб із раком ЩЗ (РЩЗ) та 505 – з іншими хронічними захворюваннями ЩЗ (ХЗЩЗ). Контрольну групу становили 172 практично здорові особи. Опитування проводили за авторською програмою, що охоплювала демографічні характеристики, потенційні чинники ризику, доступність та використання медичних послуг тощо.

Статистичний аналіз передбачав розрахунок частот досліджуваних ознак та оцінку достовірності відмінностей за критерієм χ^2 Пірсона; статистично значущими вважали відмінності при $p < 0,05$. Для оцінки асоціації потенційних чинників із РЩЗ та ХЗЩЗ розраховували показник відношення шансів (Odds Ratio, OR) та його 95% довірчий інтервал (95% CI). Асоціацію вважали статистично значущою, якщо 95% CI не містив одиниці.

Результати дослідження. Шкідливі звички були статистично значущо поширенішими серед чоловіків, ніж серед жінок, у всіх групах порівняння ($p < 0,001$).

Куріння було менш поширеним у контрольній групі як серед чоловіків, так і серед жінок. Серед чоловіків частка тих, хто ніколи не кував, становила 27,8% при РЩЗ та 29,9% при ХЗЩЗ проти 52,4% у контрольній групі ($p < 0,05$). Серед жінок відповідні показники становили 77,1%, 72,3% та 84,1% ($p < 0,001$). Частка чоловіків, які продовжували курити на момент опитування, була найбільшою при ХЗЩЗ (37,6% проти 22,2% при РЩЗ та 14,3% у контрольній групі). Водночас серед чоловіків із РЩЗ найчастіше зустрічалися особи, які припинили курити (50,0% проти 32,5% при ХЗЩЗ та 33,3% у контролі). Серед жінок регулярне куріння також найчастіше спостерігалось при ХЗЩЗ (10,7%), тоді як частка тих, хто припинив курити, була найвищою при РЩЗ (18,6%).

Статеві відмінності встановлено і за тривалістю куріння. Серед осіб із РЩЗ стаж понад 10 років мали 46,7% жінок-курців та 30,8% чоловіків; при ХЗЩЗ – відповідно 44,4% та 59,8%. У контрольній групі така тривалість куріння була характерною для 45,0% чоловіків та 10,0% жінок.

Вживання алкоголю також було більш характерним для осіб чоловічої статі в усіх групах порівняння. Так, серед чоловіків із РЩЗ 35,0% вживали алкоголь не частіше одного разу на місяць або не вживали його взагалі, при ХЗЩЗ таких було 50,4%, у контрольній групі – 59,5%. Водночас частка чоловіків, які вживали алкоголь декілька разів на тиждень, була найвищою при ХЗЩЗ (30,3% проти 10,0% при РЩЗ та 11,9% у контролі). Серед жінок алкоголь не вживали або вживали рідше одного разу на місяць 56,8% осіб із РЩЗ, 68,8% із ХЗЩЗ та 80,6% практично здорових.

Абсолютна більшість респондентів усіх груп (95,3–98,8%) повідомили про відсутність вживання наркотичних речовин.

Аналіз OR показав статистично значущу асоціацію куріння (теперішнього або в минулому) з ХЗЩЗ як у чоловіків (OR=2,58; 95% CI: 1,25–5,31), так і у жінок (OR=2,03; 95% CI: 1,19–3,45). Для РЩЗ загалом статистично значущої асоціації з фактом куріння не встановлено ($p>0,05$). Водночас у жінок стаж куріння понад 10 років асоціювався з вищими шансами РЩЗ (OR=7,88; 95% CI: 1,33–46,63) та ХЗЩЗ (OR=7,20; 95% CI: 1,58–32,88). Для РЩЗ у жінок також встановлено асоціацію з курінням понад 10 сигарет на день (OR=19,00; 95% CI: 1,97–183,44). Серед чоловіків достовірних асоціацій тривалості та інтенсивності куріння із захворюваннями ЩЗ не виявлено.

Статистично значущого ефекту помірного чи ризикованого вживання алкоголю щодо РЩЗ у чоловіків не встановлено. Натомість у жінок будь-яке вживання алкоголю асоціювалося з вищими шансами РЩЗ (OR=3,17; 95% CI: 1,68–5,98) та ХЗЩЗ (OR=1,89; 95% CI: 1,16–3,09). У чоловіків ризиковане вживання алкоголю було асоційоване з вищими шансами ХЗЩЗ (OR=3,21; 95% CI: 1,17–8,83).

Висновки. Встановлено, що шкідливі звички були більш поширені серед чоловіків і у пацієнтів із патологією ЩЗ куріння та вживання алкоголю загалом зустрічалися частіше, ніж у практично здорових осіб.

З'ясовано, що куріння асоціювалося з ХЗЩЗ в обох статей, тоді як для РЩЗ загалом такої асоціації не встановлено; водночас у жінок тривалість куріння понад 10 років та інтенсивність понад 10 сигарет на добу були пов'язані з вищими шансами РЩЗ.

Показано, що вживання алкоголю асоціювалося з вищими шансами РЩЗ та ХЗЩЗ у жінок, а ризиковане його вживання – з ХЗЩЗ у чоловіків.

Виявлені статеві особливості обґрунтовують необхідність подальшого вивчення ролі поведінкових чинників у розвитку різних форм патології ЩЗ.

Добош В. Д.

ПРОФІЛАКТИКА ОЖИРІННЯ СЕРЕД МОЛОДІ ЯК АКТУАЛЬНИЙ НАПРЯМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Медичний факультет ДВНЗ « Ужгородський національний університет »

Кафедра соціальної медицини та гігієни

м.Ужгород, Україна

Вступ. Ожиріння є однією з актуальних медико-соціальних проблем сучасності та важливим викликом для громадського здоров'я. Особливе значення має профілактика надлишкової маси тіла серед молоді, оскільки саме в молодому віці формуються харчові звички, ставлення до фізичної активності та основні принципи здорового способу життя. Студенти медичних спеціальностей володіють достатніми знаннями про наслідки надлишкової маси тіла, проте інтенсивне навчальне навантаження, стрес, нерегулярне харчування, недостатня

фізична активність та дефіцит сну можуть негативно впливати на їхній спосіб життя. Тому вивчення поширеності надлишкової маси тіла та факторів, що можуть сприяти її виникненню серед студентів-медиків, є актуальним напрямом громадського здоров'я.

Основна частина. З метою оцінки поширеності надлишкової маси тіла та ожиріння, а також вивчення особливостей способу життя було проведено анонімне онлайн-опитування 84 студентів 1–6 курсів медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет» за допомогою сервісу Google Forms. Анкета містила питання щодо зросту та маси тіла, особливостей харчування, рівня фізичної активності, тривалості сну та ставлення до профілактики ожиріння. На основі зазначених респондентами антропометричних даних було розраховано індекс маси тіла (ІМТ). За результатами дослідження встановлено, що 58 студентів (69,0%) мали нормальну масу тіла, 15 (17,9%) – надлишкову масу тіла, 5 (6,0%) – ожиріння, а 6 (7,1%) – недостатню масу тіла. Таким чином, надлишкову масу тіла або ожиріння мали 20 студентів (23,8%), тобто майже кожен четвертий опитаний. Незважаючи на достатню обізнаність щодо важливості здорового способу життя, не всі студенти дотримувалися його основних принципів. Регулярно займалися фізичною активністю 36 студентів (42,9%), 29 (34,5%) робили це нерегулярно, а 19 (22,6%) практично не мали систематичних фізичних навантажень. Правил раціонального харчування, за власною оцінкою, дотримувалися 39 студентів (46,4%). Щоденно снідали 48 (57,1%) опитаних. Водночас 29 студентів (34,5%) зазначили, що вживають фастфуд два та більше разів на тиждень, а 35 (41,7%) повідомили про часте вживання солодощів та солодких напоїв. Важливим фактором способу життя виявився режим сну. Повноцінний сон тривалістю 7–8 годин мали лише 33 студенти (39,3%), 40 (47,6%) спали близько 5–6 годин, а 11 (13,1%) – менше 5 годин на добу. Серед основних причин недотримання принципів здорового способу життя студенти найчастіше називали значне навчальне навантаження та дефіцит вільного часу, недостатню мотивацію, стрес та емоційне перевантаження. При цьому більшість опитаних усвідомлювали значення профілактики ожиріння для збереження здоров'я. Отримані результати свідчать, що навіть серед студентів медичного факультету достатня обізнаність щодо принципів здорового способу життя не завжди супроводжується їх практичним дотриманням.

Висновки. Проведене дослідження показало, що проблема надлишкової маси тіла є актуальною серед студентської молоді: 23,8% опитаних мали надлишкову масу тіла або ожиріння. Серед студентів також поширені потенційно несприятливі фактори способу життя: недостатня фізична активність, недотримання принципів раціонального харчування, часте споживання висококалорійних продуктів та недостатня тривалість сну. Отже, важливим напрямом профілактики ожиріння серед студентської молоді є не лише підвищення рівня обізнаності, але й формування мотивації до здорового харчування, регулярної фізичної активності та дотримання повноцінного режиму сну. Комплексний підхід до формування здорового способу життя може

сприяти зменшенню ризику ожиріння та пов'язаних із ним неінфекційних захворювань у майбутньому.

Сойма В. Р., Смірнова В. Л.

ПСИХОЕМОЦІЙНЕ НАВАНТАЖЕННЯ ТА РИЗИКИ АКАДЕМІЧНОГО ВИГОРАННЯ СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України

Вступ. Професійна підготовка фахівців галузі охорони здоров'я супроводжується високим рівнем інтенсивності навчального процесу, що висуває підвищені вимоги до адаптаційних ресурсів здобувачів освіти. Специфіка медичної освіти – висока відповідальність за результат засвоєння матеріалу, значний обсяг теоретичної інформації та щільний графік практичних занять – створює передумови для формування хронічного стресу. Уповільнена або недостатня адаптація до таких умов часто призводить до накопичення втоми, емоційного виснаження та розвитку академічного вигорання, що негативно впливає як на якість навчання, так і на збереження психічного здоров'я майбутніх медичних працівників.

Метою дослідження є комплексний аналіз особливостей суб'єктивного сприйняття навчального навантаження, визначення провідних тригерів хронічного стресу та оцінка структури проявів академічного вигорання у студентів медичного коледжу.

Основна частина. У дослідно-пошуковій роботі взяли участь здобувачі освіти медичного коледжу. Аналіз демографічної структури вибірки засвідчив виражений гендерний дисбаланс із суттєвою перевагою жінок (94,2% проти 5,8% чоловіків), що загалом відображає демографічну специфіку медичних коледжів. У віковому розрізі найбільші частки становили 19-річні (34,6%) та 17-річні (23,1%) респонденти. Розподіл за роком навчання продемонстрував домінування студентів IV курсу (67,3%) та II курсу (30,8%), які представляли ключові напрями підготовки: «Сестринська справа» (51,9%) і «Лікувальна справа» (44,2%). Такий склад вибірки дозволяє оцінити психоемоційний стан студентів на найбільш відповідальних етапах навчання — під час адаптації до клінічних дисциплін та безпосередньої підготовки до випуску.

Важливим індикатором адаптаційного потенціалу студентів виявилось суб'єктивне сприйняття інтенсивності освітнього процесу. Переважна більшість респондентів (96,2%) оцінили власне навчальне навантаження як відчутне або надмірне: 46,2% оцінили його як середнє, 36,5% — як високе, а 13,5% — як дуже високе. Зазначена суб'єктивна картина тісно корелює з показниками психоемоційної дезадаптації: 90,3% опитуваних констатували наявність хронічного стресу під час навчання (у повній або частковій формі). Це свідчить про те, що тривале перебування в умовах високих академічних вимог трансформується з тимчасового напруження у стабільний патогенний фактор.

Комплексний аналіз стресогенних факторів дозволив виокремити провідні тригери психоемоційного напруження. Першість упевнено утримують іспити та підсумкові контролі знань (90,4%), що пояснюється високим рівнем відповідальності та очікувань. На другому місці перебуває безпосередньо рутинний навчальний процес (78,8%), а на третьому – хронічне недосипання (63,5%). Поєднана дія цих чинників створює ефект синергетичного виснаження, який посилюється гострим дефіцитом часу для відпочинку. Зокрема, 94,2% студентів повідомили про недостатність ресурсів для повноцінного відновлення, причому у 44,2% цей дефіцит носить абсолютний (повний) характер, а у 50,0% – частковий. Неможливість компенсації енергозатрат є ключовим ланцюгом у патогенезі накопичення емоційного та фізичного виснаження.

Систематичне перевантаження позначається на загальному сомато-психічному статусі здобувачів. Понад 60% респондентів засвідчили регулярні вияви емоційного виснаження, які виникають із частотою «часто», «дуже часто» або «постійно». Оцінка добової динаміки стану показує, що наприкінці навчального дня відчуття повної виснаженості систематично фіксується у 73,1% осіб. Особливої уваги заслуговує той факт, що понад 40% опитуваних зазнають проявів ранкової астенії – відчуття втоми та розбитості ще до початку занять. Це є прямою ознакою неповноти нічного відновлення, декомпенсації внутрішніх резервів та кумулятивного (накопичувального) характеру втоми.

На відміну від вираженого астеничного компонента, прояви деперсоналізації та емоційного відсторонення виявилися помірно вираженими. Лише 24,9% студентів повідомили про регулярне (часто або дуже часто) формальне чи байдуже ставлення до оточуючих (викладачів, колег, пацієнтів під час практики). Такий дисбаланс – переважання виснаження за відносно збереженої емоційної залученості та емпатії – вказує на те, що більшість студентів перебуває на початкових (астеничних) стадіях формування академічного вигорання. З клініко-психологічної точки зору це створює сприятливе «превентивне вікно» для збереження фахової спрямованості шляхом вчасної психопрофілактики та оптимізації режиму праці й відпочинку.

Висновки. Здобувачі освіти медичного коледжу демонструють високий рівень академічного навантаження, хронічного стресу та суттєвий дефіцит часу для відновлення. У структурі академічного вигорання домінують компоненти фізичного та емоційного виснаження, тоді як емоційне відсторонення наявне у майже третини респондентів. Отримані дані обґрунтовують необхідність розробки й впровадження комплексних програм психопрофілактики вигорання та оптимізації режиму навчання й відпочинку студентів.

РАННЯ ОЦІНКА РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ НА ОСНОВІ КЛІНІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА АНГІОГЕННИХ ФАКТОРІВ

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України

Вступ. Прееклампсія залишається одним із найтяжчих мультисистемних ускладнень вагітності, що суттєво впливає на рівень материнської та перинатальної захворюваності й смертності. Раннє виявлення жінок із високим ризиком є ключовою умовою своєчасної профілактики та лікування.

Метою даного проспективного когортного дослідження було вдосконалення раннього прогнозування прееклампсії шляхом комплексної оцінки антропометричних, біохімічних і гемодинамічних показників.

Основна частина. У дослідження було включено 109 вагітних із одноплідною вагітністю, ускладненою прееклампсією на тлі метаболічного синдрому, яких розподілили на три групи залежно від застосованого терапевтичного підходу. Клінічне обстеження включало визначення індексу маси тіла, лабораторну оцінку рівнів плацентарного фактора росту (PlGF) та сечової кислоти, а також доплерометрію маткових артерій для оцінки матково-плацентарної гемодинаміки. Аналіз антропометричних даних підтвердив високу поширеність ожиріння: середні значення індексу маси тіла перевищували нормальні показники, що підкреслює роль надлишкової маси тіла як клінічного предиктора судинного ушкодження та гіпертензивних ускладнень. Рівні PlGF у I триместрі у більшості учасниць залишалися в межах фізіологічної норми, що свідчить про відсутність виражених порушень раннього ангіогенезу. Водночас підвищення концентрації сечової кислоти було тісно пов'язане з тяжкістю прееклампсії ($r = 0,84$), відображаючи прогресування ендотеліальної дисфункції, порушення функції нирок і оксидативного дисбалансу плаценти. Доплерометричне дослідження виявило більш виражені порушення матково-плацентарної гемодинаміки у жінок із тяжкими формами прееклампсії, що підтверджує його цінність для ранньої стратифікації ризику.

Висновки. Отримані результати обґрунтовують доцільність інтеграції антропометричних, біохімічних і гемодинамічних маркерів у багатокомпонентні алгоритми раннього виявлення вагітностей високого ризику. Такий підхід сприяє своєчасному проведенню профілактичних і лікувальних заходів, потенційно зменшує частоту несприятливих материнських і перинатальних наслідків та створює підґрунтя для персоналізованого акушерського ведення жінок із метаболічними факторами ризику.

СОЦІАЛЬНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я ЯК ОСНОВА ДЛЯ МІЖСЕКТОРАЛЬНИХ СТРАТЕГІЧНИХ РІШЕНЬ

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
МОЗ України

Вступ. За визначенням ВООЗ, здоров'я людини лише приблизно на 10-20 % залежить від якості медичної допомоги. Натомість вирішальну роль відіграють так звані соціальні детермінанти здоров'я – умови, в яких люди народжуються, зростають, живуть, працюють і старіють: рівень освіти, доходи, житлові умови, доступ до якісної їжі, стан довкілля, соціальна підтримка та безпека. Це означає принципову річ: покращення показників громадського здоров'я неможливе виключно засобами системи охорони здоров'я. Найбільш ефективні рішення народжуються на перетині секторів – освіти, соціального захисту, містобудування, екологічної політики, економіки.

Саме тому сьогодні дедалі актуальнішим стає підхід "Health in All Policies" (Здоров'я в усіх політиках) – принцип, за яким вплив на здоров'я населення враховується під час формування рішень у будь-якій галузі державної політики, а не лише в межах МОЗ.

Основна частина. Розглядаючи соціальні детермінанти здоров'я як наукове підґрунтя для міжсекторальних рішень, варто почати з концептуальної основи цього підходу. Однією з найбільш визнаних у світі є так звана «райдужна модель» Дальгрена-Уайтхед, яка представляє детермінанти здоров'я у вигляді концентричних шарів – від індивідуальних біологічних факторів, які людина змінити не може, через спосіб життя та поведінкові чинники, соціальні й громадські мережі, до умов життя і праці – освіти, зайнятості, житла, доступу до охорони здоров'я – і, нарешті, до найширшого рівня: загальних соціально-економічних, культурних та екологічних умов у суспільстві. Принципово важливо розуміти, що ці рівні не діють ізольовано один від одного, а формують кумулятивний ефект: несприятливі умови на одному рівні посилюють вразливість на інших. ВООЗ пропонує дещо іншу, але змістовно близьку класифікацію, виділяючи структурні детермінанти – політичний устрій, соціальну політику, культурні й суспільні цінності – та проміжні детермінанти, до яких належать матеріальні обставини, психосоціальні фактори, поведінкові й біологічні чинники, а також сама система охорони здоров'я.

Наукова доказовість зв'язку між цими детермінантами і реальними показниками здоров'я населення сьогодні є досить потужною. Знаковим у цьому контексті є Marmot Review, проведений у Великій Британії, який продемонстрував існування універсального соціального градієнта здоров'я: чим нижчим є соціально-економічний статус людини, тим гіршими виявляються показники її здоров'я – і ця закономірність зберігається на всіх щаблях соціальної драбини, а не лише на межі бідності. Подібні закономірності підтверджуються й даними щодо диференціації тривалості життя залежно від району проживання, рівня доходу та освіти в різних країнах світу, включно з регіональними відмінностями, які фіксуються і в Україні. Однак наявність наукових доказів

сама по собі не гарантує їх врахування в державній політиці – і саме тут постає питання механізмів переходу від наукових даних до реальних міжсекторальних рішень. Одним із ключових інструментів тут є концепція Health in All Policies, яка передбачає систематичне врахування впливу на здоров'я населення під час формування рішень у будь-якій галузі – транспортній, містобудівній, освітній, економічній, – а не лише в межах повноважень МОЗ. Практичним інструментом реалізації цього принципу є оцінка впливу на здоров'я (Health Impact Assessment), яка дозволяє ще на етапі проектування політики чи інфраструктурного рішення прогнозувати його наслідки для здоров'я населення. Важливу роль відіграють також міжвідомчі координаційні механізми – міжсекторальні ради та комітети громадського здоров'я, які створюють інституційний майданчик для узгодження рішень між різними секторами.

Ефективність такого підходу підтверджується конкретними прикладами. Класичним є фінський проєкт «Північна Карелія», у межах якого суттєвого зниження серцево-судинної смертності вдалося досягти не через посилення суто медичних втручань, а через комплексну політику зміни харчових звичок населення за участі сільського господарства, харчової промисловості, освіти та громадських організацій. Подібний досвід має і Велика Британія, де стратегії подолання нерівності в здоров'ї активно спираються на освітню та житлову політику.

Разом із тим, реалізація міжсекторального підходу стикається з низкою системних бар'єрів. Це і так зване «силосне мислення» – тенденція відомств діяти ізольовано, орієнтуючись лише на власні показники ефективності; і розбіжність горизонтів планування та критеріїв успіху в різних секторах; і брак спільних інформаційних систем та узгоджених показників моніторингу, які дозволили б відстежувати міжсекторальний вплив на здоров'я; і, зрештою, питання політичної волі та фінансування, без яких навіть найкраще наукове обґрунтування залишається лише документом на папері.

З огляду на це, інституціоналізація міжсекторального підходу на національному й регіональному рівнях потребує не лише політичних рішень, а й системної участі наукової спільноти – через аналітичні центри, наукові консультативні ради та механізми регулярної комунікації наукових даних до осіб, які приймають рішення. Саме такий тісний зв'язок між доказовою базою і процесом вироблення політики і є запорукою того, що соціальні детермінанти здоров'я з наукової концепції перетворюються на реальний інструмент стратегічного управління громадським здоров'ям.

Висновки. Для ефективного використання наукового потенціалу соціальних детермінант здоров'я у стратегічному управлінні необхідні: інституціоналізація міжсекторальних координаційних механізмів; розвиток спільних систем моніторингу та оцінки; активна роль наукової спільноти як посередника між дослідженнями та політичними рішеннями; а також системна комунікація наукових даних до осіб, відповідальних за формування державної політики. Таким чином, соціальні детермінанти здоров'я слід розглядати не лише як пояснювальну концепцію, а як практичний науковий інструмент, здатний

стати надійною основою для прийняття зважених, ефективних і сталих міжсекторальних стратегічних рішень у сфері громадського здоров'я.

Іванченко Н. О., Брезецька О. І., Лотоцька-Дудик У. Б.

СТАН АТМОСФЕРНОГО ПОВІТРЯ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЯК ЕКОЛОГІЧНИЙ ТРИГЕР НЕІНФЕКЦІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

ДУ «Львівський ОЦКПХ МОЗ»

ДНТ «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»

Вступ. Забруднення атмосферного повітря сьогодні оцінюється як один із основних глобальних ризиків для здоров'я. Резолюцією ВООЗ щодо якості повітря та здоров'я визнано, що забруднення повітря є екологічним тригером таких неінфекційних захворювань, таких як ішемічна хвороба серця, інсульт, ХОЗЛ, астма та онкологія.

Серцево-судинна система є достатньо вразливою до впливу факторів довкілля та атмосферного повітря зокрема. Дослідження Глобального тягара захворювань, травм та факторів ризику встановило, що тривалий вплив твердих частинок $PM_{2.5}$ в атмосферному повітрі щорічно призводить до 2,9 млн. смертей у світі, майже 50% яких пов'язані з ішемічною хворобою серця та інсультом. Доведено, що навіть за концентрацій, нижчих за чинні нормативні стандарти, тривалий вплив PM_{10} та $PM_{2.5}$ у межах мегаполісів пов'язаний із прогресуванням коронарної кальцифікації, яка вказує на прискорений атеросклероз. Короткостроковий вплив PM та NO_x пов'язують з інфарктом міокарду, гіпертензією, інсультами; тривалий вплив $PM_{2.5}$ - зі збільшенням частоти виникнення інфаркту міокарда, атеросклерозу, інцидентної гіпертензії, інцидентного інсульту та смертності від інсульту.

Окрім твердих частинок, газоподібні забруднювачі діоксид сірки (SO_2), чадний газ (CO) та озон (O_3) також становлять серйозну загрозу для здоров'я людини. Потрапляючи у кровотік, вони можуть спричинити такі системні ефекти як респіраторний дистрес та гіпоксію, що призводить до порушення кровообігу та серцево-судинної дисфункції.

Зважаючи на наявність переконливих доказів щодо негативного впливу забруднення повітря на здоров'я при концентраціях навіть нижчих, ніж вважалося раніше, не викликає сумнівів здійснення оцінки ризику для здоров'я населення та дослідження зв'язку між станом захворюваності та якістю повітряного басейну населених місць.

Мета роботи: дослідити причинно-наслідковий зв'язок між рівнями ризику для здоров'я населення Львівської області від впливу основних забруднюючих речовин атмосферного повітря та станом захворюваності серцево-судинної системи за перше півріччя 2026 року.

Результати. Розраховані значення коефіцієнтів небезпеки (HQ) основних політантів атмосферного повітря вказують на формування найвищих рівнів неканцерогенного ризику за впливу неорганічного пилу та SO₂, (HQ = 3,74-5,52 та 3,5-9,1 відповідно) і визначають ризик як високий в усіх пунктах спостереження. У переважній більшості пунктів спостереження HQ за вмістом NO₂ коливалися в межах від 0,73 до 3,07, що відповідає допустимому та високому рівням неканцерогенного ризику. Діапазон значень HQ за вмістом CO (0,32-2,84) характеризує ризик як допустимий та насторожуючий. Насторожуючий рівень неканцерогенного ризику встановлено також за вмістом O₃, при значеннях HQ 1,64-2,0.

Показник поширеності захворювань системи кровообігу за перше півріччя 2026 року зріс на 70,9% у порівнянні з аналогічним періодом 2025 року, особливо суттєве збільшення зафіксовано у Львівському районі - 2,8 рази. За цей же період показник захворюваності хворобами системи кровообігу збільшився на 27,0% порівняно з аналогічним періодом 2025 року. Ріст спостерігався у всіх районах, крім Самбірського району. Перевищені значення середньообласного показника захворюваності (41,20 на 1000 осіб) зафіксовано у Львівському (50,90), Яворівському (45,15), Золочівському (42,87) та Самбірському (42,02) районах. У структурі захворювань системи кровообігу значне місце посідає гіпертонічна хвороба (усі форми) - 32,6%, показник поширеності якої за аналізований період продемонстрував тенденцію до збільшення. При середньообласному показнику захворюваності 20,36 на 1000 осіб, найвищі значення зафіксовано у Львівському (27,22) та Золочівському (26,31) районах. За перше півріччя 2026 року показник захворюваності на ішемічну хворобу серця збільшився на 15,1% порівняно з аналогічним періодом попереднього року. Перевищення середньообласного показника захворюваності за цією нозологією (7,07 на 1000 осіб) відзначалося по Яворівському (10,91), Самбірському (8,60) та Львівському (7,96) районах. Показники поширеності та захворюваності інсультом (усі форми) зберегли тенденцію попереднього року. Найвищі значення цих показників зареєстровано у Львівському районі – 1,24, при середньообласних 0,74 на 1000 осіб.

Розрахунок коефіцієнта кореляції Пірсона показав прямий помірний зв'язок між високим рівнем ризику за твердими частинками та поширеністю ($r = 0,57$) і захворюваністю ($r = 0,52$) системи кровообігу; прямий середній зв'язок між високим рівнем ризику за NO₂ та захворюваністю на ішемічну хворобу серця ($r = 0,45$); прямий середній зв'язок між насторожуючим рівнем ризику за CO та захворюваністю системи кровообігу ($r = 0,36$), ішемічною хворобою серця ($r = 0,41$). Середній кореляційний зв'язок встановлено також між високим рівнем ризику за SO₂, насторожуючим рівнем ризику за O₃ та захворюваністю системи кровообігу ($r = 0,32$; $0,37$ відповідно), ішемічною хворобою серця ($r = 0,36$; $0,4$). Для решти рівнів неканцерогенного ризику за основними забруднювачами атмосферного повітря та патологією серцево-судинної системи у населення Львівської області кореляційний зв'язок був слабким ($r < 0,23$) та дуже слабким ($r < 0,17$).

Висновок. Впровадження комплексних заходів з усунення або зменшення антропогенного забруднення атмосферного повітря сприятиме зменшенню

тягари неінфекційної захворюваності серцево-судинної системи серед населення. Поглиблене розуміння масштабів впливу забруднення атмосферного повітря на довгострокове здоров'я є важливим для визначення пріоритетів та планування ефективних стратегій пом'якшення негативних наслідків у майбутньому.

Іванченко Н. О., Брезецька О. І., Осипова О. А.

СТОМАТОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ЛЬВІВЩИНИ: СТАН, ПРОБЛЕМИ ТА НАПРЯМИ ПРОФІЛАКТИКИ

Державна установа «Львівський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України»

Вступ. Стоматологічне здоров'я є важливою складовою загального здоров'я та якості життя дитини. Захворювання ротової порожнини, передусім карієс, захворювання тканин пародонта та зубощелепні аномалії, можуть негативно позначатися на фізичному стані, повсякденній активності та якості життя дитини. Водночас більшість захворювань ротової порожнини значною мірою можна попередити за умови формування належних гігієнічних навичок із раннього віку, раціонального харчування, обмеження споживання вільних цукрів, використання фторовмісної зубної пасти та своєчасного стоматологічного обстеження відповідно до індивідуальних потреб дитини.

Необхідність посилення профілактики стоматологічних захворювань серед дитячого населення Львівської області була обґрунтована результатами обстеження дітей, проведеного у 2024 році на виконання в рамках спільної ініціативи департаменту освіти і науки Львівської обласної військової адміністрації, департаменту охорони здоров'я Львівської обласної військової адміністрації та Державної установи «Львівський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України».

У 2024 році в межах ініціативи «Здорові зуби та постава школяра» проведено стоматологічне обстеження 860 учнів 1-х, 6-х та 9-х класів у десяти закладах освіти Львівської області. Під час оглядів оцінювали наявність стоматологічної патології, зокрема уражень твердих тканин зубів, патології тканин пародонта та зубощелепних аномалій, а також гігієнічний стан ротової порожнини. Стоматологічну патологію виявлено у 80 % обстежених дітей.

Отримані результати засвідчили високу частку стоматологічної патології серед обстежених дітей та обґрунтували необхідність посилення профілактичної роботи, спрямованої на формування належних навичок догляду за ротовою порожниною, підвищення обізнаності дітей і дорослих, раннє виявлення стоматологічних захворювань та залучення батьків і педагогів до профілактичних заходів.

Результати обстеження та виявлені проблеми стали одним із підґрунтів для розроблення та затвердження Стратегії щодо збереження стоматологічного здоров'я серед дитячого населення у Львівській області на 2024-2026 роки,

затвердженої протоколом засідання Регіональної координаційної ради з питань громадського здоров'я у Львівській області від 04 листопада 2024 року № 3 (далі - Стратегія). Пріоритетними напрямками Стратегії визначено формування культури здорової поведінки, підвищення обізнаності дітей і дорослих, впровадження профілактичних заходів та раннє виявлення захворювань ротової порожнини.

Метою роботи було оцінити результати реалізації профілактичних заходів зі збереження стоматологічного здоров'я дітей Львівської області в межах Стратегії, визначити основні проблемні аспекти та пріоритетні напрями подальшої профілактичної роботи.

Основна частина. Проаналізовано результати профілактичних заходів, проведених у закладах освіти Львівської області в межах реалізації Стратегії, дані стоматологічних оглядів дітей, результати опитування батьків та інших законних представників дітей, а також результати інформаційної роботи за 2024-2025 роки та за період січень-травень 2026 року. Використано описовий та порівняльний методи аналізу.

У межах Плану заходів з реалізації Стратегії реалізується ініціатива «Здоров'я ротової порожнини - мрія кожної дитини», основними складовими якої є формування практичних навичок гігієни ротової порожнини, інформаційна робота з дітьми, батьками, іншими законними представниками дітей і педагогами, профілактичні стоматологічні огляди та раннє виявлення патології.

У 2024 році профілактичними заходами в межах ініціативи було охоплено 34 заклади освіти та 1540 дітей, у 2025 році - відповідно 50 закладів освіти та 1645 дітей. За період січень-травень 2026 року профілактичними заходами охоплено 17 закладів освіти та 952 дитини, з них 857 учнів та 95 дошкільнят.

За період січень-травень 2026 року практичними майстер-класами з техніки чищення зубів - 798 дітей. Інформаційні зустрічі проведено для 253 батьків та педагогів.

Для оцінки обізнаності та практик догляду за ротовою порожниною за період січень-травень 2026 року проведено опитування 495 батьків та інших законних представників дітей 1-4 класів.

За результатами опитування, 33 % респондентів зазначили, що не здійснюють чищення зубів дітям віком до 7 років. Водночас 3 % респондентів повідомили, що діти не чистять зуби щодня, а 34 % - повідомили, що дитина витрачає на чищення зубів менше двох хвилин. Щодо засобів гігієни, 17 % респондентів зазначили, що змінюють зубну щітку рідше ніж один раз на 3-4 місяці, а 39 % респондентів повідомили про використання дітьми зубної пасти без фтору. У частині обізнаності 11 % респондентів не були обізнані щодо орієнтовних термінів прорізування перших постійних зубів. Водночас 49 % опитаних респондентів підтримали ініціативу щодо щоденного чищення зубів у закладах освіти.

Важливим компонентом профілактичної роботи є раннє виявлення стоматологічної патології. За період січень-травень 2026 року в межах реалізації ініціативи «Здоров'я ротової порожнини - мрія кожної дитини» лікарями-

стоматологами оглянуто 347 дітей, у 249 з яких виявлено стоматологічну патологію, що становить 71,8 % обстежених.

У структурі зареєстрованих патологічних станів переважав карієс - 219 випадків. Також виявлено 48 випадків порушень прикусу, 4 - періодонтиту, 3 - гіпоплазії емалі, 1 - пульпіту та 12 випадків наявності залишків уламків зубів, що потребували видалення. Загалом зареєстровано 287 патологічних станів у 249 дітей, оскільки в окремих дітей виявлено поєднання кількох патологічних станів.

Висновки. Висока частка дітей із виявленою стоматологічною патологією та домінування карієсу у структурі виявлених патологічних станів свідчать про необхідність посилення профілактичної роботи, насамперед щодо попередження карієсу, формування стійких навичок гігієни ротової порожнини та забезпечення своєчасного звернення за стоматологічною допомогою.

Поєднання результатів стоматологічних оглядів та опитування батьків дозволило комплексніше охарактеризувати окремі аспекти стоматологічного здоров'я дітей та визначити пріоритетні напрями профілактичної роботи. Отримані результати обґрунтовують доцільність поєднання інформаційних заходів із практичним навчанням дітей правилам догляду за ротовою порожниною, активним залученням батьків і педагогів та регулярними профілактичними стоматологічними оглядами.

У межах практичної реалізації профілактичних заходів фахівцями Державної установи «Львівський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України» узагальнено та уніфіковано рекомендації щодо профілактики стоматологічних захворювань і збереження здоров'я ротової порожнини та оформлено їх в єдиний інформаційний матеріал для поширення і практичного використання в роботі. Для дитячого населення особливий акцент зроблено на формуванні належних гігієнічних навичок із раннього віку, використанні фторовмісної зубної пастки відповідно до віку, обмеженні споживання продуктів і напоїв із високим вмістом вільних цукрів, допомозі та контролі з боку батьків під час чищення зубів, а також своєчасному стоматологічному огляді.

Відсутність систематизованих даних щодо стоматологічних захворювань у розрізі територіальних громад обмежує можливості комплексної оцінки їх поширеності на регіональному рівні. Формування актуальної доказової бази щодо стоматологічного здоров'я дітей Львівської області у розрізі територіальних громад є важливою передумовою для визначення пріоритетів та планування обґрунтованих профілактичних заходів.

Реалізація заходів у межах Стратегії продемонструвала практичну можливість комплексного профілактичного підходу, що поєднує стоматологічні огляди, формування гігієнічних навичок та інформаційно-роз'яснювальну роботу з дітьми, батьками й педагогами.

Пріоритетними напрямками подальшої роботи є посилення міжсекторальної взаємодії у сферах охорони здоров'я та освіти, розширення практично орієнтованої інформаційної роботи, активніше залучення батьків і педагогів до формування гігієнічних навичок у дітей, регулярне проведення профілактичних стоматологічних оглядів та удосконалення системи

моніторингу стоматологічного здоров'я дитячого населення Львівської області у розрізі територіальних громад.

Волотовська Н. В., Романюк Н. Є.

ФІЗІОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЛІКАРНЯНОЇ КЛОУНАДИ ЯК НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ІНТЕРВЕНЦІЇ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
МОЗ України

Актуальність. Перебування в лікарняному закладі, біль, очікування медичних процедур та зміна звичного середовища є потенційними стресогенними чинниками, здатними посилювати психоемоційне напруження пацієнта. Стрессова відповідь супроводжується активацією симпато-адреналової системи та гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, що може впливати на сприйняття болю та супроводжується змінами нейроендокринних, імунних і оксидативних процесів. Беручи до уваги тематику Паризької декларації щодо всебічної підтримки психічного здоров'я в різних сферах життя, звертаємо увагу на лікарняну клоунату. У прогресивних країнах вона є немедикаментозною психосоціальною інтервенцією, спрямованою на зниження тривоги, больового дистресу та емоційного напруження.

Предмет дослідження. Психофізіологічні механізми впливу лікарняної клоунати на стрес, тривогу та сприйняття болю.

Об'єкт дослідження. Лікарняна клоуната як немедикаментозна психосоціальна інтервенція.

Мета. Фізіологічно обґрунтувати доцільність упровадження лікарняної клоунати для зниження психоемоційного стресу та гармонізації лікарняного середовища.

Способи та методи дослідження. Аналіз та узагальнення даних наукової літератури, систематичних оглядів і метааналізів щодо впливу лікарняної клоунати, сміху та позитивної емоційної взаємодії на біль, тривогу і стрес; аналіз психофізіологічних механізмів стрессової відповіді.

Отримані результати. Біль формується внаслідок активації периферичних і центральних ноцицептивних механізмів, однак його сприйняття значною мірою модулюється емоційним станом, увагою та рівнем тривоги. Психологічний стрес активує режим протидії, що супроводжується змінами вегетативних, нейроендокринних та імунних реакцій.

Лікарняне середовище може виступати додатковим стресогенним чинником, особливо для дітей, які сприймають медичні процедури як загрозові та болісні. Водночас дані наукових досліджень свідчать про здатність лікарняної клоунати достовірно знижувати тривогу та, у низці аналітичних збірників, біль під час медичних процедур. Особливий інтерес становлять дані про фізіологічні маркери: у клінічному дослідженні за участю 272 педіатричних пацієнтів дана

інтервенція асоціювалась зі зниженням рівня кортизолу, підвищенням окситоцину, а також зменшенням болю, стресу та тривалості плачу. Окремий метааналіз інтервенцій, що викликає спонтанний сміх, показав зниження рівня кортизолу приблизно на 32 % порівняно з контрольними умовами, що підтверджує потенційний вплив сміху на стресову відповідь організму.

Разом з тим, сучасна Україна перебуває в стані перманентного внутрішньовоєнного відновлення, що зумовлює необхідність модернізації сфери охорони здоров'я та пошуку доступних інструментів підтримки її стійкості. Особлива увага приділяється розвитку людського капіталу, невід'ємною складовою якого є збереження фізичного та м'якого благополуччя населення. На тлі існуючої підтримки з боку міжнародних партнерів, спостерігається брак ресурсів, кадрового потенціалу та стійкості інституційної бази. За таких умов актуальним є вивчення та адаптація ефективних немедикаментозних практик, які не потребують значних матеріальних ресурсів. Зокрема, переймання досвіду країн, де лікарняна клоунада займає чільне місце в системі медичної допомоги, сприятиме зростанню позитивного мікроклімату в лікувальних закладах України.

Висновок. Лікарняна клоунада має достатнє психофізіологічне та клінічне підґрунтя для розгляду як допоміжної немедикаментозної інтервенції в системі охорони здоров'я. Її потенційний механізм пов'язаний зі зниженням психоемоційного напруження, модифікацією стресової відповіді, відволіканням уваги від больового стимулу та покращення соціальної взаємодії. Для України є доцільним розроблення стандартизованої моделі підготовки лікарняних клоунів, визначення критеріїв їхньої взаємодії з медичним персоналом та оцінювання ефективності інтервенції психометричними і фізіологічними показниками. Цей напрямок обґрунтовує перспективність інтеграції у пацієнт-центричну модель медичної допомоги.

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ – СУЧАСНІ ВИКЛИКИ І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ.

Mochalov I. O.

EDUCATIONAL LOSSES IN HIGHER MEDICAL EDUCATION IN UKRAINE UNDER WARTIME CONDITIONS: MEASUREMENT AND MITIGATION

Uzhhorod National University

Background. Educational losses are defined as the gap between expected and achieved learning outcomes resulting from an interruption or deterioration of the educational process. In medical education, they include not only knowledge deficits but also insufficient clinical skills, communication, professionalism, and readiness for safe practice. Armed conflict increases these risks through disrupted teaching, limited clinical exposure, infrastructure damage, displacement, psychological stress, and changes in assessment. Ukraine experienced compounded disruption because the full-scale invasion began as medical universities were still recovering from the consequences of the COVID-19 pandemic. Air-raid alerts, electricity and internet outages, migration of students and teachers, and restricted access to educational and clinical facilities became persistent components of training.

Aim. To define educational losses in wartime medical education, summarize their main mechanisms in Ukraine, and propose feasible approaches to measurement and mitigation.

Methods. A targeted narrative review of publications from 2020 to 2025 was conducted using PubMed/Medline and Google Scholar. Peer-reviewed studies and international medical education standards were analyzed thematically according to mechanisms, assessment methods, and corrective strategies.

Results. Educational losses in medical education are multidimensional and include deficits in cognitive outcomes, clinical and procedural skills, communication and professionalism, psychological well-being, and professional identity. It is necessary to distinguish between loss of learning opportunities, deterioration in educational quality, and objectively measurable competence deficits.

Evidence from Ukraine demonstrates disruptions at institutional, program, and learner levels. Universities restricted access to classrooms, laboratories, hospitals, and simulation centers. Curricula were transferred online, shortened, or intensified through six-day study weeks, shift-based teaching, and increased daily workload. These adaptations preserved continuity but could not fully replace supervised patient contact, repeated procedural practice, teamwork, and direct feedback. Clinical training was particularly affected because medical competence develops cumulatively. Deficits may remain undetected during theoretical examinations and become evident only during internship or independent practice. Postgraduate students also reported frequent interruptions caused by air-raid alarms and shelling. Psychological stress constitutes an additional mechanism of educational loss. Ukrainian medical students demonstrated increased symptoms of anxiety, depression, chronic stress, and reduced coping

capacity. These factors may impair concentration, memory, motivation, and professional development. Therefore, mental health support should be considered an element of educational quality. Financial difficulties, reduced numbers of international students, displacement, and limited infrastructure further intensified inequalities. Students who moved within Ukraine or abroad faced problems with curriculum continuity, credit recognition, language adaptation, and access to clinical placements

Educational losses cannot be measured using a single instrument. Knowledge tests provide limited information about procedural, communicative, and professional competencies. OSCEs and simulation are more comprehensive but require considerable resources, while workplace-based assessments depend on access to clinical settings and trained supervisors. A pragmatic monitoring system should combine cognitive assessment, simulation-based evaluation, and workplace-based methods. Progress tests and qualification examinations can identify knowledge gaps; OSCEs and procedural checklists can assess clinical reasoning and technical skills; mini-CEX, direct observation, and entrustment decisions can evaluate performance in practice. Repeated assessment is preferable because losses may accumulate gradually.

Mitigation should correspond to the identified mechanism. Reduced clinical exposure requires protected placements, intensive rotations, and simulation. Competence deficits require diagnostic assessment, individual remediation plans, deliberate practice, feedback, and reassessment. International partnerships may support access to educational resources, simulation equipment, faculty development, and temporary clinical placements, but must ensure transparent selection and credit recognition. Wartime curricula may also include trauma care, mass-casualty triage, rehabilitation, mental health, and continuity of care during infrastructure disruption without replacing core medical competencies.

Conclusions. Educational losses in wartime medical education include deficits in knowledge, clinical skills, communication, professionalism, and well-being. Ukrainian medical schools have maintained educational continuity, but continuity alone does not guarantee competence. An effective response should combine multidimensional assessment, simulation, workplace-based evaluation, structured remediation, psychological support, and equitable international cooperation. Longitudinal monitoring is essential to prevent temporary wartime adaptations from compromising graduate competence and patient safety.

Conclusions. Educational losses in wartime medical education include deficits in knowledge, clinical skills, communication, professionalism, and well-being. Ukrainian medical schools have maintained educational continuity, but continuity alone does not guarantee competence. An effective response should combine multidimensional assessment, simulation, workplace-based evaluation, structured remediation, psychological support, and equitable international cooperation. Longitudinal monitoring is essential to prevent temporary wartime adaptations from compromising graduate competence and patient safety.

GLOBAL AND NATIONAL CHALLENGES IN PALLIATIVE CARE: FROM STATISTICS TO EVALUATION METHODOLOGY

заступник начальника Харківської обласної військової адміністрації
Генеральний директор КНП ХОР «ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ»

Introduction. Palliative care is one of the most pressing problems in global health today. According to the World Health Organization (WHO), more than 56.8 million people need it annually, and the vast majority of them — about 78% — live in low- and middle-income countries [1].

Results. Despite the fact that access to palliative care is recognized as a fundamental human right, the real situation remains alarming. Global inequalities are particularly evident in the provision of painkillers: low-income countries account for less than 10% of global opioid consumption, condemning millions of patients to unnecessary physical suffering [2]. Only 14 out of 201 countries in the world have reached the level of “developed” palliative care according to the new WHO indicator system, while most countries are still at the stage of forming basic services [3].

In this global context, the situation in Ukraine is of a dual nature. On the one hand, the country has one of the most developed legislative frameworks in the Eastern Europe and Central Asia region, starting with the adoption of a profile law in 2011 and the creation of a specialized Institute of Palliative Care [4]. On the other hand, the gap between regulatory requirements and real practice remains significant. Expert assessments indicate that 500–600 thousand Ukrainians need palliative care annually, while the actual coverage of services, in particular inpatient care, remains insufficient [5].

The full-scale war has been the most difficult test for the palliative care system, but at the same time a catalyst for its transformation. The destruction of infrastructure, the mass migration of patients and medical personnel, and the reorientation of the health care system to emergency care have exacerbated the shortage of services. At the same time, it was in the context of war that a rapid shift towards mobile teams and telemedicine consultations took place. This forced step has proven the viability of the outpatient-home care model and highlighted the critical role of non-governmental organizations and international partners in ensuring continuity of treatment [6].

The assessment of the cost-effectiveness of palliative care is a separate, complex methodological task that requires special attention from researchers. Traditional approaches, such as cost-utility analysis using the standard QALY (quality-adjusted life years), often fail to fully capture the true value of palliative care. However, the available evidence base convincingly demonstrates that early access to palliative care significantly reduces direct medical costs. This is achieved by reducing hospitalizations, avoiding unnecessary aggressive interventions at the end of life, and optimizing drug therapy [7, 8].

Key barriers to data collection and analysis need to be overcome in order to make informed policy and management decisions in Ukraine. The lack of a single national patient registry, fragmented statistics, and a shortage of personnel with pharmacoeconomic skills complicate accurate resource planning [8]. A promising

direction is the adaptation of international methodologies to Ukrainian realities, the introduction of electronic outcome measurement systems. This approach will allow us to take into account not only the costs of the health care system, but also the burden of informal care that falls on the shoulders of patients' families [9].

Conclusions. Thus, the development of palliative care in Ukraine requires not only further improvement of the regulatory framework, but also the creation of a reliable monitoring system based on evidence-based economic assessments, integration of best European practices, and strengthening intersectoral cooperation, which will allow creating a sustainable, people-oriented system capable of ensuring a decent quality of life for those who need it most.

References

1. World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care. Geneva: WHO; 2024. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240090731>
2. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *The Lancet*. 2018;391(10128):1391-1454. doi:10.1016/S0140-6736(17)32513-8
3. Tripodoro VA, De Lima L, Pastrana T, Radbruch L, Centeno C. First-Ever Global Ranking of Palliative Care: 2025 World Map Under the New WHO Framework. *J Pain Symptom Manage*. 2025. doi:10.1016/j.jpainsymman.2025.08.012
4. Міністерство охорони здоров'я України. Закон України № 3611-VI від 07.07.2011 "Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо надання паліативної допомоги". Відомості Верховної Ради України. 2011.
5. Nesterenko VG. Forecasting the need for palliative and hospice care in Ukraine for 2021–2022. *Exp Clin Med*. 2021;(3):45-52. doi:10.24061/2413-0737.25.3.95.2021.7
6. Hospices of Hope. Palliative care in Ukraine during wartime: challenges and innovations. London: HoH; 2023.
7. Fischer C, Bednarz D, Simon J. Methodological challenges and potential solutions for economic evaluations of palliative and end-of-life care: A systematic review. *Palliat Med*. 2024;38(1):85-99. doi:10.1177/02692163231214124
8. Ukrainian Center for Social Data. Forecasting palliative care needs in Ukraine. Kyiv: UCSD; 2022.
9. ISPOR Good Practices for Outcomes Research Task Force. Good Research Practices for Comparative Effectiveness Research: Approaches to Mitigate Bias and Confounding in the Design of Nonrandomized Studies of Treatment Effects. *Value Health*. 2020;23(4):417-428.

ВИКЛИКИ ТА НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ДЕРЖАВНОГО САНІТАРНОГО НАГЛЯДУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України

Вступ Забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення є важливою передумовою збереження здоров'я суспільства, профілактики інфекційних захворювань та мінімізації негативного впливу факторів навколишнього середовища. Важливе місце у цій системі посідає державний санітарний нагляд, спрямований на виявлення, оцінювання та контроль ризиків для здоров'я населення, дотримання вимог санітарного законодавства та своєчасне реагування на потенційні загрози.

В умовах воєнного стану істотно зростають санітарно-епідемічні ризики внаслідок руйнування критичної інфраструктури, порушення водо- та енергопостачання, логістичних ланцюгів, переміщення населення та погіршення санітарно-побутових умов. Одночасно ускладнюється функціонування системи державного санітарного нагляду через кадровий дефіцит, пошкодження лабораторної та інформаційної інфраструктури, перебої зі зв'язком і обмежений доступ до окремих територій. Це зумовлює необхідність адаптації системи до умов високої невизначеності, обмежених ресурсів та швидкої зміни санітарно-епідемічної ситуації.

Мета дослідження у комплексному аналізі викликів функціонуванню системи державного санітарного нагляду в умовах воєнного стану та обґрунтуванні пріоритетних напрямів її адаптації, цифровізації та підвищення інституційної стійкості.

Основна частина Воєнний стан сформував комплекс взаємопов'язаних санітарно-гігієнічних та епідеміологічних загроз. Руйнування об'єктів водопостачання і водовідведення, порушення роботи комунальної інфраструктури, перебої з електропостачанням, використання альтернативних джерел води, а також порушення умов транспортування та зберігання харчових продуктів створюють додаткові передумови для виникнення захворювань, пов'язаних із якістю води та безпечністю харчових продуктів і спалахів інфекцій. Додаткові ризики формуються у місцях скупчення населення, зокрема в укриттях, центрах тимчасового проживання, гуманітарних хабах та інших об'єктах, де можливе обмеження доступу до якісної питної води, засобів гігієни та належних санітарно-побутових умов.

Важливим чинником є порушення доступу до медичної допомоги та профілактичних заходів. Переміщення населення, зміна маршрутів звернення за медичною допомогою, обмежений доступ до окремих територій і труднощі з проведенням лабораторних досліджень можуть ускладнювати своєчасне виявлення та контроль інфекційних захворювань. За таких умов особливого значення набувають оперативність епідеміологічного нагляду, безперервність

збору інформації, раннє виявлення змін епідемічної ситуації та готовність до швидкого реагування.

Суттєву загрозу становлять екологічні наслідки воєнних дій. Пошкодження промислових, енергетичних та інфраструктурних об'єктів, забруднення ґрунтів і водойм, утворення значних обсягів відходів та можливе вивільнення небезпечних речовин можуть спричиняти довготривалі ризики для здоров'я населення. З огляду на взаємозв'язок між здоров'ям людей, станом довкілля та безпечністю харчового ланцюга доцільним є застосування підходу «Єдине здоров'я» (One Health) під час оцінювання та управління такими ризиками.

Одночасно воєнні умови обмежують можливості самої системи державного санітарного нагляду. Кадровий дефіцит, пошкодження лабораторної інфраструктури, нестача обладнання та реагентів, перебої з електропостачанням і зв'язком, логістичні труднощі та обмежений доступ до окремих територій можуть знижувати оперативність контролю і моніторингу. Тому важливого значення набуває раціональне розподілення ресурсів та визначення першочергових об'єктів і територій відповідно до рівня потенційного санітарно-епідемічного ризику.

За цих умов ефективність системи значною мірою залежить від застосування ризик-орієнтованого підходу, який передбачає визначення пріоритетності контрольних і моніторингових заходів з урахуванням імовірності виникнення небезпечної ситуації та масштабу можливих наслідків. Це дає змогу зосередити наявні кадрові, матеріально-технічні та фінансові ресурси на критично важливих об'єктах, зокрема об'єктах водопостачання, харчової інфраструктури та місцях масового перебування населення.

Підвищення оперативності державного санітарного нагляду потребує вдосконалення епідеміологічного і санітарно-гігієнічного моніторингу. Важливим є забезпечення своєчасного збору, передачі, інтеграції та аналізу даних про інфекційну захворюваність, стан факторів довкілля, якість питної води, безпечність харчових продуктів, санітарний стан об'єктів та результати лабораторних досліджень. Використання цифрових інструментів, геоінформаційних систем і сучасних аналітичних технологій створює можливості для швидшого виявлення небезпечних тенденцій, просторового аналізу ризиків та обґрунтованого прийняття управлінських рішень.

Важливим завданням залишається адаптація лабораторної системи до умов обмеженої доступності окремих територій та порушення логістичних зв'язків. Розвиток мобільних лабораторних можливостей, створення резервів обладнання і реагентів, використання альтернативних маршрутів транспортування зразків та підтримання належної готовності до проведення необхідних досліджень мають забезпечувати безперервність лабораторного супроводу санітарно-епідемічного моніторингу.

Не менш важливою є здатність системи зберігати безперервність критично необхідних функцій у разі перебоїв електропостачання, втрати зв'язку, пошкодження інфраструктури або обмеження доступу до окремих територій. Для цього необхідні резервні механізми комунікації та передачі даних,

альтернативні формати роботи, дублювання критичних функцій і заздалегідь визначені алгоритми дій у різних кризових сценаріях.

Ефективність санітарного нагляду також залежить від міжсекторальної та міжвідомчої взаємодії. Своєчасне реагування на загрози потребує узгодженої діяльності органів державної влади та місцевого самоврядування, установ громадського здоров'я, закладів охорони здоров'я, лабораторних установ, комунальних служб, органів державного контролю та інших суб'єктів, відповідальних за санітарно-епідемічну безпеку. Особливого значення набувають чіткий розподіл повноважень, визначення відповідальності та оперативний обмін інформацією в умовах кризових ситуацій.

Окремої уваги потребує кадрове забезпечення системи. Сучасні умови вимагають від фахівців компетентностей у сфері оцінювання ризиків, епідеміологічного нагляду, лабораторного контролю, кризового реагування, комунікації ризиків та використання цифрових технологій. Поряд із професійною підготовкою важливими залишаються належні умови праці, безперервне навчання та формування кадрового резерву.

Подальше вдосконалення системи має також передбачати адаптацію нормативно-організаційних механізмів до умов воєнного стану, обмеженого доступу до окремих територій та ресурсних обмежень. Особливої уваги потребують алгоритми взаємодії цивільних органів охорони здоров'я, військово-медичних структур і органів місцевого самоврядування, а також механізми функціонування системи на територіях із підвищеними безпековими ризиками та в процесі відновлення постраждалих територій.

Висновки Проведений аналіз засвідчив необхідність подальшої адаптації державного санітарного нагляду до умов воєнного стану та підвищення його спроможності функціонувати в умовах невизначеності й обмежених ресурсів. Визначальним орієнтиром має бути формування більш адаптивної та превентивної моделі, здатної своєчасно визначати пріоритети та забезпечувати безперервність критичних функцій.

Таким чином, удосконалення системи державного санітарного нагляду потребує поєднання сучасних управлінських, інформаційних і організаційних рішень та посилення її інституційної стійкості. Це створює основу для своєчасного прийняття обґрунтованих рішень і підвищення спроможності держави щодо захисту здоров'я населення в умовах воєнного стану та під час відновлення країни.

Кий-Кокарева В. Г.

КОНЦЕПЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, Україна

Вступ. Повномасштабна війна в Україні докорінно змінила умови життєдіяльності населення та створила додаткові загрози для фізичного,

психічного і соціального здоров'я людини. За результатами оцінювання потреб дорослого населення України, проведеного Всесвітньою організацією охорони здоров'я у 2025 році, понад 70 % опитаних повідомляли про симптоми тривоги, депресії або сильного стресу протягом попереднього року, однак лише приблизно кожна п'ята людина зверталася по професійну допомогу [1]. Водночас війна поглиблює проблеми, пов'язані з неінфекційними захворюваннями, фізичними травмами, порушеннями сну та потребою в реабілітації [2].

За таких умов здоровий спосіб життя не може обмежуватися традиційними рекомендаціями щодо харчування, фізичної активності та відмови від шкідливих звичок. Він має бути адаптований до реалій воєнного часу та включати психічну саморегуляцію, підтримання соціальних зв'язків, інформаційну гігієну, безпечну поведінку, профілактику захворювань і своєчасне звернення по медичну та психологічну допомогу.

Основна частина. Традиційно здоровий спосіб життя розглядають як систему поведінкових і побутових практик, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я. До його основних складових належать раціональне харчування, достатня фізична активність, повноцінний сон, особиста гігієна, відмова від тютюну та надмірного вживання алкоголю, профілактика захворювань і регулярне медичне спостереження. Проте в умовах війни ця система потребує розширення. Вона має враховувати не лише індивідуальну поведінку, а й безпекові, психологічні, соціальні та економічні фактори, які безпосередньо впливають на стан здоров'я.

Українська державна політика у сфері громадського здоров'я ґрунтується на комплексному підході, відповідно до якого здоров'я охоплює фізичну, психічну, психологічну, духовну та соціальну складові [3]. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України на період до 2030 року орієнтує систему на забезпечення доступності, якості та людиноцентричності медичних послуг. В умовах війни реалізація цих принципів набуває особливого значення, оскільки здоров'я населення стає не лише особистою, а й суспільною цінністю та важливою передумовою стійкості держави.

Першою складовою концепції є збереження фізичного здоров'я та достатній рівень рухової активності.

Другою важливою складовою є раціональне та безпечне харчування.

Третьою та однією з ключових складових є психічне здоров'я та психологічна стійкість.

Четвертою складовою є сон і відновлення.

П'ятою складовою є профілактика захворювань і своєчасне звернення по медичну допомогу.

Шостою складовою є зменшення поведінкових факторів ризику. Сьомою складовою є соціальне здоров'я та взаємопідтримка.

Окремою складовою сучасної концепції має бути інформаційна гігієна. У кризових умовах людина щодня отримує значний обсяг новин, частина яких може бути неперевіреною, маніпулятивною або емоційно забарвленою. Надмірне споживання негативного контенту здатне посилювати тривожність і

перешкоджати відновленню. Тому важливими навичками є перевірка інформації через офіційні та надійні джерела, обмеження часу на перегляд новин, уникнення поширення неперевіраних повідомлень і дотримання цифрового балансу.

Важливою умовою реалізації концепції є також формування навичок безпечної поведінки. У воєнний час до здорового способу життя необхідно віднести знання правил поведінки під час повітряної тривоги, обстрілів та інших надзвичайних ситуацій, уміння користуватися аптечкою, надання першої допомоги та правильне реагування на небезпечні фактори. Таким чином, поняття здорового способу життя набуває безпекового виміру.

Отже, концепція здорового способу життя в умовах війни має базуватися на принципах адаптивності, доступності, доказовості, людиноцентричності та безпеки.

Висновки. Війна не зменшує значення здорового способу життя, а, навпаки, робить його важливою складовою особистої та національної стійкості. У сучасних українських реаліях здоровий спосіб життя слід розуміти не як набір ідеальних правил, дотримання яких можливе лише у стабільному середовищі, а як гнучку систему повсякденних практик, спрямованих на збереження фізичного функціонування, психічної рівноваги, працездатності та соціальних зв'язків.

Таким чином, здоровий спосіб життя в умовах війни є не лише особистим вибором людини, а важливим напрямом суспільної та державної політики. Підтримка фізичного і психічного здоров'я населення сприяє підвищенню життєстійкості громад, збереженню людського потенціалу та створенню передумов для повоєнного відновлення України.

Список використаних джерел

1. World Health Organization. *Health needs assessment of the adult population in Ukraine : survey report : April 2025*. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2025. 50 p. URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-6904-46670-80597> (дата звернення: 08.09.2026).

2. World Health Organization. *WHO's response to health emergencies in Ukraine : annual report 2025*. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2026. 21 p. URL: <https://www.who.int/ukraine/publications/i/item/WHO-EURO-2026-12416-52190-80173> (дата звернення: 08.09.2026).

3. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1002-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-p> (дата звернення: 08.09.2026).

Проців О. Я., Шульгай А. Г., Гавришак І. І.

МЕДИКО-САНІТАРНИЙ СТАН НАСЕЛЕННЯ ГАЛИЧИНИ НАПРИКІНЦІ ХІХ – НА ПОЧАТКУ ХХ СТ.ТА ФОРМУВАННЯ ЗАСАД НАЦІОНАЛЬНОЇ КОНЦЕПЦІЇ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України
м. Тернопіль, Україна

Вступ. Медико-санітарна ситуація в Галичині на зламі ХІХ–ХХ століть була вкрай несприятливою. Її формуванню сприяли перенаселення краю, масова бідність, недостатній рівень санітарного нагляду, а також відсутність елементарних знань про гігієну та профілактику захворювань серед широких верств населення.

У цей період Галичина перебувала у складі Австро-Угорської імперії. Провінція була економічно відсталим, аграрним краєм, значна частина населення якого, особливо сільського, жила в умовах крайньої бідності. Соціально-економічне становище Галичини було настільки складним, що вислів «галицькі злидні» (*ńędza galicyjska*) став усталеним поняттям для характеристики тогочасних умов життя галичан. Економічна політика австрійської влади була спрямована передусім на використання ресурсного потенціалу краю, тоді як інвестиції в його економічний і соціальний розвиток залишалися недостатніми. Низький рівень доходів населення, значні податки та недостатній розвиток соціальної й медичної інфраструктури ускладнювали розв'язання санітарно-гігієнічних проблем краю.

Основна частина. Основою господарства Галичини було сільське господарство, продуктивність якого була невисокою через поширення застарілих та малоефективних методів обробітку землі. Ситуацію ускладнювали нестача родючих земель і швидкі темпи приросту населення. За даними офіційних переписів у 1880 р. на території Галичини проживало 5 948 149 осіб, тоді як у 1910 р. — уже 8 025 675 осіб. За тридцять років чисельність населення зросла на 2 077 526 осіб. Край вважався одним із найбільш перенаселених регіонів Європи. Високі темпи демографічного зростання за умов обмежених економічних можливостей краю значною мірою погіршували умови життя населення краю. Поширеним явищем був голод, особливо наприкінці ХІХ століття (1871–1872, 1876, 1880 та 1889 рр.). Його причинами були аграрне перенаселення та малоземелля, часті неврожаї через погані погодні умови (повені та посухи, які часто призводили до майже повної втрати врожаю) та хвороби рослин (картопляний фітофтороз, грибкові ураження зерна тощо). Голод та недоїдання, посилені перенаселенням і практичною відсутністю гігієни у селян, призводили до спалахів епідемій (черевного тифу, холери, дизентерії та дифтерії, особливо серед дітей) та зростання смертності. Нестача їжі та супутні хвороби спричиняли майже 50 000 смертей на рік, тому голод у Галичині наприкінці ХІХ – на початку ХХ ст. часто описується дослідниками як ендемічний.

Більшість українського населення краю проживала в селах та в перенаселених робітничих передмістях у складних побутових умовах, без доступу до чистої питної води та каналізації. Найменш придатними для життя, з гігієнічного погляду, були підвальні приміщення із підвищеною вологістю та майже повною відсутністю сонячного світла. Помешкання зазвичай були невеликими та переповненими, подекуди в них проживало до 20 осіб.

Важливим питанням для галицьких міст було забезпечення мешканців належним чином обладнаними системами водопостачання та каналізації. У Львові наприкінці XIX ст. уже була водопровідна мережа, але її протяжність (42,6 км) була недостатньою для забезпечення водою всіх мешканців міста, тому багато містян користувалися громадськими та приватними криницями. І якщо більшість громадських криниць підтримувалася у належному санітарному стані, то приватні криниці часто були погано захищені й рідко очищалися, що сприяло поширенню інфекцій. Значно погіршувала умови життя й санітарний стан міст відсутність каналізації та системи водовідведення.

Тяжке соціально-економічне становище та погані побутові умови негативно позначалися на стані здоров'я населення, який погіршувався важкою фізичною працею, поганим харчуванням, алкоголізмом та антисанітарією. Відсутність елементарних знань про особисту гігієну та профілактику захворювань провокували в містах і селах спалахи епідемій черевного й висипного тифу, холери, дизентерії, скарлатини, дифтерії, корі, кашлюка тощо.

Інфекційні хвороби були однією з основних причин високої смертності. Тільки Львові від них щороку помирали близько 1000 осіб. Частка смертності від різних інфекцій у 1890–1900 рр. становила від 27,6 % до 34,3% від загальної кількості смертей. Фактично, інфекції були причиною кожного третього летального випадку в краї.

Особливо поширеним був туберкульоз, кількість смертей від якого мала стійку тенденцію до зростання. Лише у Львові впродовж 1891–1901 рр. смертність від туберкульозу зросла від 37,7 випадків на 10 000 осіб у 1891 р. до 63,8 – у 1901р. Частка смертності від туберкульозу становила від 17,5 % до 25,5% від загальної кількості смертей. По суті, він спричиняв кожну п'яту, а в деякі роки кожну четверту смерть серед мешканців міста. Від 76 до 85 % смертей спричиняв легеневий туберкульоз. Найчастіше від нього помирали поденні працівники (40,3%), ремісники (19,7%) та безробітні (11,1%), тобто представники найбільш незахищених верств населення, що було безпосередньо пов'язано з важкими умовами праці, бідністю, перенаселеністю та незадовільним санітарно-гігієнічним станом житла.

Болючою проблемою була висока дитяча смертність. Рівень смертності немовлят у Галичині на зламі XIX–XX ст. сягав 22,9 %, тоді як у країнах Північної Європи він не перевищував 13 %. Погані побутові умови та відсутність медичної опіки мали катастрофічні наслідки. Упродовж 1891 – 1901 рр. в Галичині народилося 2 763 163 дітей. З них померло: у віці до 1 місяця – 274 968 немовлят; у віці до 1 року – 677 968. Фактично, кожен третій малюк помирав, не доживши до одного року.

Загальний нагляд за санітарним станом у Галичині наприкінці XIX – на початку XX ст. здійснювали Галицький крайовий сейм та Крайова санітарна рада, а на місцях (у повітах) – повітові ради та повітові лікарі. Функціонувала мережа приватних та загальних (державних) шпиталів. 6 січня 1875 р. Крайовий сейм прийняв акт про безкоштовне лікування бідних. Та, хоча загальний рівень медичної опіки в Австро-Угорщині був вищим, ніж у сусідніх країнах, офіційна австрійська система охорони здоров'я була малодоступною для більшості українського населення Галичини. Кількість лікарень та амбулаторій була недостатньою, гостро відчувалася нестача лікарів. Домінування приватної практики робило медичну допомогу фінансово недоступною для селян. Отже, більшість українського населення була фактично позбавлена не лише професійної медичної допомоги, але й належного санітарного нагляду.

Висновок. Усі ці чинники засвідчили системну кризу охорони здоров'я в краї та зумовлювали гостру потребу у створенні національної, доступної для населення моделі громадського здоров'я. За таких умов українські лікарі активізували професійну й громадську діяльність, спрямовану на санітарну просвіту та організацію медичної допомоги. Її результатом стало формування першої національної концепції громадського здоров'я д-ра Є. Озаркевича, що ґрунтувалася на поєднанні наукових знань, доступної медичної допомоги та санітарної просвіти населення.

Іванюшко О. В.

МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ: ВІД ПАНДЕМІЇ COVID-19 ДО ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ

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

Вступ. Уявімо мапу Львівської області, де за оцінкою ВООЗ для постраждалих від конфлікту регіонів, кожна п'ята цятка – це людина з ментальним розладом. Це не метафора, а статистична реальність регіону на п'ятому році повномасштабної війни: тут живуть сотні тисяч внутрішньо переміщених осіб, тут проходять реабілітацію поранені захисники, а десь поруч родини оплакують загиблих і чекають звісток про зниклих безвісти. Львівщина є одним із головних гуманітарних тилкових регіонів України, і мирне на позір життя її громад переривають повітряні тривоги. Втім, поки загальнонаціональна картина психічного здоров'я України вже отримала певне наукове осмислення, регіональний вимір цієї кризи залишається майже «білою плямою», оскільки систематизовані рецензовані дослідження обласного рівня практично відсутні, а більшість наявних даних розпорошена в сірій літературі. Мета роботи – вперше звести ці зовсім різні за природою періоди випробувань – пандемію COVID-19 (2020–2022) і повномасштабну війну (2022–дотепер), окрім того, визначити, хто саме опинився в найуразливішому середовищі.

Основна частина. До 24 лютого 2022 року Україна вже стояла на порозі реформи психіатричної допомоги, проте ця реформа робила лише перші кроки: Концепцію розвитку до 2030 року схвалено в 2017 році, а план заходів – у 2021 році, притім що система залишалася переважно інституційною. Паралельно регіон долав першу хвилю випробувань, а саме пандемію COVID-19, яка за оцінками ВООЗ, підняла глобальну поширеність депресії та тривоги більш ніж на чверть, найбільше вразивши молодь і жінок психологічно (зростання тривоги й депресії), людей похилого віку – фізично (через тяжчий перебіг хвороби), а також медичних працівників, які зазнали високого ризику інфікування та професійного виснаження.

Далі прийшло 24 лютого 2022 року і профіль навантаження змінився вщент. На перший план вийшли ПТСР, гострі стресові реакції, розлади адаптації через вимушене переміщення. За лічені місяці Львівщина прийняла та розселила 339 тисяч людей [1]. Сьогодні тут зареєстровано понад 201 тисячу внутрішньо переміщених осіб, і з них понад 46 тисяч – це діти [2]. Лише 7% опитаних УВКБ ООН планують повернутися додому протягом півроку, решта – вчаться жити тут, і 69% з них визнають, що це коштувало їм ментального здоров'я [3].

За методологією ВООЗ, кожна п'ята людина в постраждалому від конфлікту регіоні (22%) має ту чи іншу форму ментального розладу. Застосувавши цю мірку для України, МОЗ і ВООЗ отримали вражаючу цифру – до 9,6 млн людей, а розлогіша оцінка постраждалих від психологічного стресу сягає 15 млн людей [4]. Госпіталізація з приводу психічних розладів зросли на третину за 2020-2025 роки – період, що охопив як пандемію, так і війну; стресові розлади й неврози, що донедавна на маргінесі статистики вибороли собі місце серед найчастіших діагнозів країни [6]. Ця тенденція триває й надалі – за даними НЗСУ, наведеними у [7], тільки за неповний 2026 рік лікарні вже прийняли близько 444 тис. звернень через розлади психіки та поведінки – після 636 тис. у 2023 році, 661 тис. звернень у 2024 році та 673 тис. у 2025 році.

Але цифри – то лише статистика. За ними стоять конкретні, дуже різні долі. Ветерани й військовослужбовці, які повертаються до цивільного життя з нав'язливими спогадами, дратівливістю, постійною готовністю до небезпеки і водночас з обмеженими можливостями працевлаштування. Все це тільки підсилює відчуження. Діти й підлітки, серед яких частка високого рівня стресу зросла з 27% восени 2024 року до 37% за рік, а серед дівчат 10–13 років – до 40% [8]. Масштабне дослідження AUDRI (JAMA Pediatrics, науковці з України, Норвегії та Японії) зафіксувало серед українських підлітків 15 – 18 років ознаки депресії у 32% і клінічно значущу психологічну травму – у 35%, а серед тих, хто виїхав за кордон, показники були ще більш гнітючі – 42,3% депресії [9]. І, можливо, найбільш парадоксально вразлива група – це самі медичні працівники, чиє ментальне здоров'я системно залишається поза увагою лише тому, що вони за визначенням мають підтримувати, а не отримувати підтримку та допомогу.

На цьому тлі Львівщина стала першим регіоном України, який відповів системно: а) затвердила Комплексну програму охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки цивільного населення на 2023–2026 роки, б) навчила 97% сімейних лікарів за програмою ВООЗ mhGAP [10]. Та контраст очевидний,

поки інституційний розвиток випереджає, кадрова спроможність суміжних служб не встигає. До прикладу – у системі освіти, що обслуговує дітей і підлітків, на всю Львівську область працюють лише 971 практичний психолог і 402 соціальні педагоги. Попит на первинній ланці зріс майже вчетверо за рік із приблизно 135 до 500 тисяч звернень [11]. Це можна трактувати таким чином, що система вже не наздоганяє попит, а намагається втримати темп.

Висновки. Регіональна система охорони ментального здоров'я Львівщини не руйнується, а трансформується просто зараз, на наших очах, опираючись на реформу, яку встигли розпочати ще до повномасштабної війни. Та масштаб проблеми більший за будь-яку окрему програму: він вимагає стабільного багаторічного фінансування, розширення мобільних бригад у громадах і. що не менш важливо, визнання того, що медичні працівники, які рятують інших, теж потребують належної уваги.

Дефіцит зіставних регіональних даних – це не просто методологічне обмеження цього дослідження, а системна прогалина, яку варто закрити вже нині, оскільки неможливо повноцінно вилікувати те, що неможливо точно виміряти.

Список літератури

1. Львівська обласна державна адміністрація. Головне на Львівщині за добу. 2022. URL: <https://old.loda.gov.ua/news?id=66772>
2. Львівська обласна рада. На Львівщині відбулася всеукраїнська зустріч-діалог «Разом до рішень» для підтримки внутрішньо переміщених осіб. 2026. URL: <https://lvivoblrada.gov.ua/na-lvivshchyni-vidbulasya-vseukrayinsk/>
3. Міністерство соціальної політики, сім'ї та єдності України. Презентовано результати першого опитування з питань захисту внутрішньо переміщених осіб в Україні. 2025. 4 серп. URL: <https://www.msp.gov.ua/press-center/news/prezentovano-rezultaty-pershoho-opytuvannya-z-pytan-zakhystu-vnutrishno-peremishchenykh-osib-v-ukrayini>
4. Міністерство охорони здоров'я України, Всесвітня організація охорони здоров'я. Пріоритетні багатосекторні заходи з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в Україні під час та після війни: оперативна дорожня карта. МН-PSS platform. 2022. 5 груд. URL: <https://knowledge.org.ua/operativna-dorozhnja-karta-z-psiichnogo-zdorov-ja-ta-psihosocialnoi-pidtrimki-v-ukraini/>
5. Психічні розлади 2025: госпіталізацій на 33% більше, стрес та неврози лідирують – дані МОЗ. Ukrainian Wall. 2026. URL: <https://week.ukrainianwall.com/163738-psiika-ne-vitrimuye-viyni-gospitalizaciji-b-yut-rekordi-yakiy-diagnoz-stav-golovnoyu-zagrozoju>
6. Війна залишає слід у психіці: які розлади все частіше діагностують українцям. Радіо ТРЕК. 2026. 8 черв. URL: https://radiotrek.rv.ua/news/viyna-zalishaie-slid-u-psiichi-yaki-rozladi-vse-chastishe-diagnostuyut-ukrayincyam_365918.html
7. Макарова С. За останні роки понад 2 мільйони українців звернулися до лікарів через розлади психіки та важкий стрес. Патріот Донбасу. 2026. 2 лип. URL: <https://donpatriot.news/za-ostanni-roky-ponad-2-miljony-ukrayincziv-zvernuly-sya-do-likariv-cherez-rozlady-psyhiky-ta-vazhkyj-stres>

8. Психічне здоров'я українських дітей погіршується через війну. Mykyivregion.com.ua. 2025. Жовт. URL: <https://mykyivregion.com.ua/news/psichicne-zdorovya-ukrayinskix-ditei-pogirsujetsya-cerez-viinu>

9. Pinchuk I., Skokauskas N., Goto R. Adolescents of Ukraine During the 2022 Russian Invasion (AUDRI): mental health of war-affected adolescents. JAMA Pediatrics. 2025 (проміжні результати третьої хвилі дослідження; опитано 8096 підлітків 15–18 років). Огляд результатів: Knowledge.org.ua. Психічне здоров'я українських підлітків – дослідження. 2025.

URL: <https://knowledge.org.ua/psihichne-zdorov-ja-ukrainskih-pidlitkiv/>

10. Львівська обласна рада. Комплексна програма охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки цивільного населення у Львівській області на 2023–2026 роки. 2023. URL: <https://loda.gov.ua/documents/78952>

11. Департамент освіти і науки Львівської обласної військової адміністрації. Актуальні питання функціонування психологічної служби системи освіти Львівщини. 2025. 31 січ. URL: <https://osvita.loda.gov.ua/?id=2080&page=blog>

Панчишин Н. Я., Галицька-Хархаліс О. Я., Смірнова В. Л.

МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ НАУКОВИХ ДАНИХ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЙ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
МОЗ України

Вступ. Громадське здоров'я (ГЗ) – одна з небагатьох сфер державної політики, де ціна помилкового рішення вимірюється не бюджетними втратами, а людськими життями. Саме тому питання про те, як саме наукові дані перетворюються на конкретні стратегічні рішення, є не абстрактним теоретичним питанням, а практичною необхідністю для кожної країни.

За останні десятиліття, і особливо яскраво під час пандемії COVID-19, світ отримав безцінний досвід роботи провідних інституцій ГЗ – ВООЗ, Європейського центру з профілактики та контролю захворювань (ECDC) і Центрів з контролю та профілактики захворювань США (CDC). Кожна з цих організацій виробила власні підходи до збору, аналізу та трансформації наукових даних у практичні рекомендації й стратегії – підходи, які суттєво різняться за інституційною структурою, швидкістю реагування та механізмами ухвалення рішень, але об'єднані спільною метою: зробити політику ГЗ максимально доказовою. Вивчення цього досвіду має не лише академічну, а й суто прикладну цінність: розуміння того, які моделі використання наукових даних виявилися ефективними, а які продемонстрували вразливість, дозволяє формувати обґрунтовані рекомендації щодо вдосконалення відповідних механізмів у країні.

Основна частина. Порівняльний аналіз того, як провідні міжнародні та національні інституції ГЗ трансформують наукові дані у стратегічні рішення, доцільно розпочати з розгляду інституційної моделі ВООЗ. ВООЗ функціонує як

наднаціональна координаційна структура, що об'єднує 194 держави-члени, і її головна особливість полягає у виробленні глобальних рекомендацій, які потім адаптуються на національному рівні. Ключовим механізмом трансформації наукових даних у рішення тут є система експертних консультативних груп – зокрема Стратегічна консультативна група експертів з імунізації (SAGE) чи Надзвичайний комітет з міжнародних медико-санітарних правил, які на основі систематизованих наукових доказів надають рекомендації Генеральному директору щодо оголошення надзвичайних ситуацій у сфері ГЗ міжнародного значення. Сильною стороною цієї моделі є її глобальне охоплення й авторитетність, а вразливим місцем – залежність від політичної готовності окремих держав імплементувати рекомендації, оскільки ВООЗ не має інструментів примусового впровадження власних рішень.

ECDC демонструє іншу модель – регіональну, більш операційно орієнтовану. ECDC функціонує як науково-технічне агентство Європейського Союзу, основне завдання якого – збір, аналіз та поширення епідеміологічних даних між країнами-членами в режимі, максимально наближеному до реального часу. Характерною рисою цієї моделі є розвинена мережа епідеміологічного нагляду (European Surveillance System), яка дозволяє оперативно виявляти спалахи інфекційних хвороб на території Європи та координувати відповідь одразу кількох держав. На відміну від ВООЗ, ECDC не формулює глобальну політику, а забезпечує науковий супровід рішень, які ухвалюються на рівні Європейської комісії та національних урядів, що надає їй більшої операційної гнучкості, хоча й обмежує її мандат виключно європейським регіоном.

Третя модель – CDC – репрезентує національний рівень організації системи ГЗ з федеральними повноваженнями. Особливістю CDC є поєднання функцій наукового дослідницького центру, органу епідеміологічного нагляду та інституції, що безпосередньо формує рекомендації для системи охорони здоров'я всередині країни. CDC володіє потужною власною дослідницькою інфраструктурою, лабораторною мережею та системою раннього реагування (зокрема через Службу епідеміологічної розвідки), що дозволяє генерувати первинні наукові дані, а не лише агрегувати їх від інших джерел. Це є суттєвою відмінністю від ECDC та значною мірою від ВООЗ. Водночас досвід останніх років показав і вразливість цієї моделі – ризики політизації наукових рекомендацій та залежність довіри до інституції від суспільно-політичного контексту.

Порівняльний аналіз трьох моделей дозволяє виокремити кілька важливих закономірностей. По-перше, ефективність трансформації наукових даних у рішення значною мірою залежить від наявності чіткого інституційного мандата – здатності не лише виробляти рекомендації, а й забезпечувати механізми їх впровадження чи принаймні моніторингу виконання. По-друге, швидкість реагування системи прямо пропорційна ступеню централізації даних: чим більш уніфікованою є система збору епідеміологічної інформації, тим швидше вона дозволяє виявляти загрози. По-третє, усі три інституції, попри відмінності, спираються на спільний принцип – інституціоналізацію наукової експертизи

через постійно діючі консультативні органи, а не разові експертні висновки, що забезпечує наступність і системність рішень.

Досвід пандемії COVID-19 став своєрідним стрес-тестом для всіх трьох моделей одночасно і продемонстрував як їхні сильні сторони – здатність швидко мобілізувати наукову спільноту, так і системні проблеми: затримки в обміні даними між національними системами й наднаціональними структурами, розбіжності в інтерпретації однакових наукових даних різними інституціями, а також складнощі комунікації наукової невизначеності до широкої громадськості та осіб, які ухвалюють рішення.

Висновки. Для України міжнародний досвід ВООЗ, ECDC та CDC є практичним орієнтиром розвитку національної системи ГЗ. Подальше вдосконалення вітчизняної моделі має спиратися на поєднання елементів усіх трьох підходів: розширення власної дослідницької та лабораторної спроможності за прикладом CDC, розвиток операційно гнучкої системи епідеміологічного нагляду за моделлю ECDC, а також поглиблення міжнародної координації та інтеграції в глобальні механізми реагування відповідно до підходів ВООЗ.

Таким чином, вивчення й адаптація найкращого міжнародного досвіду використання наукових даних у формуванні політики громадського здоров'я є важливою передумовою для побудови стійкої, доказової та здатної до швидкого реагування національної системи охорони здоров'я.

Улька О. О.

**МІЖСЕКТОРАЛЬНА ВЗАЄМОДІЯ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ
ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС РЕАГУВАННЯ НА КРИЗУ
ВОДОПОСТАЧАННЯ ПІСЛЯ РУЙНУВАННЯ КАХОВСЬКОЇ ГЕС:
ДОСВІД НІКОПОЛЬСЬКОГО РАЙОНУ**

**ВСП «Нікопольський районний відділ» ДУ «Дніпропетровський обласний
центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України»**

Вступ. Руїнування Каховської гідроелектростанції у червні 2023 року стало безпрецедентним викликом для систем життєзабезпечення населення в умовах повномасштабної війни в Україні. Для Нікопольського району, де значна частина населених пунктів залежала від централізованого водопостачання з Каховського водосховища, припинення подачі води створило надзвичайну ситуацію з потенційними ризиками для санітарного та епідемічного благополуччя населення.

Відсутність стабільного джерела питної води потребувала оперативного пошуку альтернативних рішень, організації підвозу води, забезпечення її безпечності та постійного інформування населення. Реалізація цих заходів стала можливою завдяки об'єднанню ресурсів і узгодженій роботі органів місцевого самоврядування, військової адміністрації, підприємств критичної інфраструктури, закладів охорони здоров'я, установ системи громадського

здоров'я, Державної служби України з надзвичайних ситуацій, благодійних та гуманітарних організацій.

Мета роботи – визначити особливості міжсекторальної взаємодії під час забезпечення громадського здоров'я в умовах кризи водопостачання після руйнування Каховської ГЕС на прикладі Нікопольського району.

Основна частина. Після руйнування Каховської гідроелектростанції у червні 2023 року у Нікопольському районі виникла необхідність оперативного вирішення питання забезпечення населення питною та технічною водою. Ситуація ускладнювалася близькістю району до зони бойових дій, що вимагало одночасного врахування безпекових, організаційних та санітарно-гігієнічних факторів.

Для подолання наслідків кризи була сформована система взаємодії між органами місцевого самоврядування, військовою адміністрацією, комунальними підприємствами, закладами охорони здоров'я, службами цивільного захисту, благодійними та гуманітарними організаціями.

У період найбільшої напруженості, який тривав більше місяця, було організовано підвезення питної та технічної води мешканцям громад. Для забезпечення питних потреб використовувалися альтернативні джерела водопостачання, зокрема артезіанська вода, яка доставлялася з Новомосковська. Додатковим напрямом підтримки стало надходження бутильованої питної води від гуманітарних організацій. Значну роль у реалізації заходів відіграли комунальні підприємства, які забезпечували логістику та розподіл води серед населення.

Одним із ключових елементів забезпечення безпеки водопостачання став лабораторний контроль якості води. Вода з альтернативних джерел, що використовувалася для потреб населення, досліджувалася лабораторіями центрів контролю та профілактики хвороб відповідно до встановлених санітарно-гігієнічних вимог.

За результатами лабораторних досліджень вода відповідала нормативним показникам якості та безпечності, що дозволило використовувати її для забезпечення населення та знизити ризики виникнення захворювань, пов'язаних із водним фактором передачі. Отримана інформація використовувалася під час оцінки ситуації, прийняття управлінських рішень та інформування відповідальних структур.

Паралельно здійснювався епідеміологічний нагляд за станом здоров'я населення, проводився аналіз можливих ризиків та забезпечувався обмін інформацією між зацікавленими установами. Особливе значення мала комунікація ризиків, оскільки населення отримувало рекомендації щодо безпечного використання води, дотримання правил особистої гігієни та профілактики інфекційних захворювань.

Досвід реагування Нікопольського району показав, що вирішення кризових питань у сфері громадського здоров'я потребує не лише наявності матеріальних ресурсів, а й ефективної взаємодії між усіма учасниками процесу, чіткого розподілу відповідальності та своєчасного обміну інформацією.

Висновки. Криза водопостачання після руйнування Каховської гідроелектростанції стала важливим випробуванням для системи громадського здоров'я Нікопольського району та продемонструвала практичне значення міжсекторальної співпраці в умовах надзвичайних ситуацій.

Злагоджені дії органів влади, місцевого самоврядування, комунальних підприємств, закладів охорони здоров'я, служб цивільного захисту, лабораторій центрів контролю та профілактики хвороб, а також гуманітарних партнерів дозволили організувати забезпечення населення безпечною питною водою та попередити негативні наслідки для здоров'я.

Отриманий досвід підтверджує необхідність подальшого розвитку механізмів міжсекторальної взаємодії, удосконалення алгоритмів реагування на надзвичайні ситуації та посилення системи комунікації ризиків у сфері громадського здоров'я.

Повч З. В.¹, Медведовська Н. В.², Малишевська Є. М.², Осауленко С. В.³

ПРИРОДНИЙ ПРИРІСТ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ, УМОВИ ТА РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ

¹ Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня «Центр мікрохірургії ока», м. Київ, Україна

² Національна академія медичних наук України, м. Київ, Україна

³ Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Вступ. Демографічні процеси є одним із визначальних чинників соціально-економічного розвитку держави, формування її трудового потенціалу та забезпечення відтворення населення. Важливе місце серед демографічних показників посідає природний приріст населення, який є інтегральною характеристикою співвідношення народжуваності та смертності й дає змогу оцінити здатність населення до відтворення своєї чисельності. Регіональні особливості демографічних показників, які проявляються та вимірюються в розрізі країн світу та континентів стають предметом обговорення, предметом дослідження та планування міжнародних програм з народонаселення, реалізація яких ініціюється ООН, ВООЗ, Світовим банком [1-3].

Для України проблема негативного природного приросту набула системного характеру задовго до початку повномасштабної збройної агресії. Поєднання високої смертності зі зниженням народжуваності сформувало стійку депопуляційну тенденцію, яка проявлялася як на загальнодержавному, так і на регіональному рівнях.

Метою дослідження став ретроспективний аналіз умов формування показника природного приросту населення в Україні, його регіональних особливостей.

матеріалами для дослідження слугували дані офіційної статистичної звітності за основними демографічними показниками (коефіцієнт народжуваності (на 1000 осіб), кількість народжених живими, коефіцієнт

смертності (на 1000 осіб), кількість померлих, показник природного приросту (на 1000 осіб) за даними Державного комітету статистики України за період 2002–2021 рр. Методами дослідження були: медико-статистичний, контент-аналізу.

Основними компонентами, що визначають формування природного приросту, є народжуваність і смертність. Ретроспективний аналіз засвідчив несприятливу динаміку обох показників. Особливо проблемним чинником залишається високий рівень смертності населення України. У 2021 р. коефіцієнт смертності становив 18,5 на 1000 осіб населення проти 8,7 на 1000 у світі. При цьому в Україні спостерігалось його зростання з 15,7 на 1000 осіб у 2002 р. до 18,5 у 2021 р., тобто на 17,8 %. Абсолютна кількість померлих також збільшилася: з 756770 осіб у 2002 р. до 810724 осіб у 2021 р.

Одночасно в Україні відбувалося суттєве зниження народжуваності. Якщо у 2002 р. коефіцієнт народжуваності становив 8,1 на 1000 осіб, то в наступні роки він зростав і досягав 11,0–11,4 на 1000 осіб у 2008–2014 рр. Найвищого значення за досліджуваний період показник досяг у 2013 р. – 11,4 на 1000 осіб. Починаючи з 2015 р. сформувалася стійка тенденція до його зниження, і у 2021 р. коефіцієнт народжуваності становив лише 6,5 на 1000 осіб. Таким чином, одночасне збереження високої смертності та скорочення народжуваності створило несприятливі умови для відтворення населення.

Наслідком такого співвідношення стало стійке від’ємне значення природного приросту населення. В Україні цей показник залишався негативним починаючи з 1992 р. У межах досліджуваного періоду його значення погіршилося з –7,6 на 1000 осіб у 2002 р. до –11,2 на 1000 осіб у 2021 р. Отже, депопуляційні процеси формувалися в Україні протягом тривалого часу і не можуть розглядатися виключно як наслідок воєнних подій.

Важливою характеристикою демографічної ситуації є її регіональна неоднорідність. Аналіз показника природного приросту за 2021 р. у розрізі областей України та міста Києва продемонстрував статистично значущі відмінності: різниця між крайніми значеннями показника становила 3,5 рази ($p < 0,001$). Найменші темпи природного скорочення населення спостерігалися переважно у західних областях України та в Києві. Зокрема, у Тернопільській області показник становив –9,3, Львівській –8,2, Івано-Франківській –7,4, Чернівецькій –7,3, Волинській –5,5, Рівненській та Закарпатській по –4,7, а в Києві –5,3 на 1000 осіб населення. Для порівняння, середній показник по Україні становив –11,2 на 1000 осіб.

Найбільш несприятлива ситуація у 2021 р. була зафіксована у Чернігівській області, де природний приріст становив –16,5 на 1000 осіб, Запорізькій –15,8, Харківській –15,1, Сумській –14,8, Кіровоградській –14,7, Дніпропетровській –14,5 та Полтавській – близько –14,0 –14,4 на 1000 осіб. Таким чином, західні області характеризувалися порівняно меншими темпами скорочення чисельності населення, тоді як окремі області північного, східного та центрального регіонів демонстрували найбільш виражені депопуляційні процеси.

Виявлені тенденції свідчать, що негативний природний приріст населення України має комплексне та довготривале походження. Для детальнішого

встановлення умов його формування доцільним є подальше дослідження статеві-вікової структури населення, рівня фертильності, середньої очікуваної тривалості життя при народженні та інших демографічних детермінант. Особливого значення набуває оцінка регіональних відмінностей цих показників та їх трансформації під впливом тривалих соціально-економічних і демографічних змін.

Висновки. Ретроспективний аналіз засвідчив, що негативний природний приріст населення України є наслідком тривалого дисбалансу між високою смертністю та зниженням народжуваності: у 2002–2021 рр. його значення погіршилося з –7,6 до –11,2 на 1000 осіб населення. Депопуляційні тенденції сформувалися задовго до початку повномасштабної збройної агресії та мають виражені регіональні відмінності: порівняно менші темпи природного скорочення характерні переважно для західних областей і Києва, тоді як найбільш несприятливі показники зафіксовано у Чернігівській, Запорізькій, Харківській, Сумській, Кіровоградській, Дніпропетровській та Полтавській областях. Подальше поглиблення депопуляційних процесів в умовах війни створює додаткові ризики для демографічного та соціально-економічного розвитку України.

Література.

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2024: Summary of Results. New York: United Nations; 2024.
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division. Demographic Yearbook 2023. New York: United Nations; 2024.
3. World Health Organization. World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2024.

Антал Н. М., Брич В. В.

СИСТЕМНИЙ ПІДХІД ДО ПІДТРИМКИ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ: ВІД ВИЯВЛЕННЯ БАР'ЄРІВ ДО МІЖСЕКТОРАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ

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

Вступ. Грудне вигодовування є важливим чинником збереження здоров'я матері й дитини та одним із напрямів громадського здоров'я [1]. Його успішність визначається комплексом взаємопов'язаних чинників, які виходять за межі індивідуального рішення жінки та безпосереднього надання медичної допомоги. Важливе значення мають доступність професійного консультування, підготовленість медичних працівників, підтримка сім'ї, соціальне оточення, а також узгодженість дій різних фахівців і безперервність супроводу жінки й дитини. Ефективність підтримки підвищується при поєднанні втручань у системі охорони здоров'я, сімейному та громадському середовищах [2, 3]. Це

обґрунтовує доцільність розгляду підтримки грудного вигодовування як комплексного напрямку, що потребує системного та міжсекторального підходу.

Основна частина. Послідовне дослідження окремих складових підтримки грудного вигодовування дозволило оцінити наявні проблеми з позиції жінок і медичних працівників та визначити організаційні передумови їх системного вирішення.

За результатами опитування матерів встановлено низку проблем, пов'язаних із практикою та організацією підтримки грудного вигодовування. Менше половини опитаних практикували виключно грудне вигодовування, а отримання достатньої інформації під час вагітності не завжди супроводжувалося належною професійною підтримкою після народження дитини. Виявлено недостатню доступність консультування, обмежене звернення до консультантів з лактації та поширеність рекомендацій щодо догодовування за відсутності медичних показань. Загалом результати засвідчили невідповідність між потребами жінок та наявним рівнем організації професійної підтримки грудного вигодовування [4].

Дослідження серед медичних працівників доповнило отримані результати з позиції фахівців, залучених до надання медичної допомоги. Встановлено розрив між декларованою обізнаністю щодо сучасних рекомендацій та спеціалізованою підготовкою і практикою консультування. Регулярне консультування здійснювала лише близько третини лікарів. Серед організаційних обмежень визначено недостатність часу для консультування, обмежене забезпечення методичними матеріалами та недостатню взаємодію з консультантами з лактації. Водночас медичні працівники пов'язували труднощі підтримки грудного вигодовування не лише з медичними, але й із соціокультурними чинниками, недостатньою поінформованістю матерів та підтримкою з боку сім'ї [5].

Узагальнення результатів цих досліджень засвідчує багаторівневий характер проблеми. Виявлені бар'єри стосуються одночасно жінки та її найближчого оточення, професійної діяльності медичних працівників, організації медичної допомоги й взаємодії з іншими суб'єктами. Відповідно, їх подолання не може обмежуватися підвищенням поінформованості матерів або вдосконаленням роботи окремих медичних працівників і потребує переходу до системної підтримки на рівні громади.

Аналіз інформаційно-комунікаційних аспектів такої підтримки показав, що супровід жінки й дитини потенційно охоплює пологовий стаціонар, первинну медичну допомогу, консультанта з лактації та, за наявності відповідних потреб, соціальні служби. Освітній сектор виконує забезпечувальну функцію через підготовку фахівців та розвиток їхніх професійних компетентностей. Водночас взаємодія між зазначеними складовими залишається фрагментарною. Основними прогалинами є відсутність стандартизованого механізму передавання необхідної інформації, узгодженої маршрутизації, зворотного зв'язку, спільних індикаторів моніторингу та визначеного суб'єкта координації на рівні територіальної громади.

Для систематизації механізмів такої взаємодії визначено вісім функцій інформаційно-комунікаційного забезпечення: інформаційну, комунікаційну, координаційну, маршрутизаційну, зворотного зв'язку, моніторингово-аналітичну, освітньо-комунікаційну та нормативно-захисну. На їх основі обґрунтовано базову модель інформаційно-комунікаційного забезпечення міжсекторальної взаємодії у підтримці грудного вигодовування на рівні територіальної громади.

Ключовим елементом запропонованого підходу є перехід від односпрямованого передавання інформації до безперервного інформаційно-комунікаційного циклу: виявлення та фіксація потреби – направлення до відповідного фахівця або служби – підтвердження отримання інформації – надання необхідної допомоги – зворотний зв'язок щодо її результатів – корекція подальшого супроводу. Такий механізм спрямований на забезпечення наступності підтримки при переході жінки й дитини між окремими її ланками.

Важливою організаційною складовою запропонованого підходу є визначення суб'єкта координації на рівні громади. Цю функцію доцільно покласти на професіонала з громадського здоров'я, завданнями якого можуть бути узгодження взаємодії залучених суб'єктів, організація маршрутизації та зворотного зв'язку, виявлення інформаційно-комунікаційних розривів і моніторинг функціонування системи.

Висновки. Проведені дослідження засвідчили, що бар'єри підтримки грудного вигодовування формуються на індивідуальному, професійному, організаційному та соціальному рівнях, що обґрунтовує необхідність системного підходу до їх подолання. Перспективним напрямом є зміцнення міжсекторальної взаємодії на рівні територіальної громади із забезпеченням узгодженої маршрутизації, стандартизованого інформаційного обміну, зворотного зв'язку, міжпрофесійної підготовки та спільного моніторингу. Координація цих процесів професіоналом з громадського здоров'я може сприяти переходу від фрагментарних заходів до безперервної системи підтримки жінки й дитини.

Список використаних джерел

1. Victora C. G., Bahl R., Barros A. J. D., et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016. Vol. 387, No. 10017. P. 475–490. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
2. Kornash I. I., Brych V. V. Breastfeeding support as a public health need. *Ukraine. Nation's Health*. 2024. No. 1. P. 22–27. DOI: 10.32782/2077-6594/2024.1/04.
3. Sinha B., Chowdhury R., Sankar M. J., et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*. 2015. Vol. 104. P. 114–134. DOI: 10.1111/apa.13127.
4. Антал Н. М. Підтримка грудного вигодовування: досвід матерів та основні бар'єри (за результатами опитування жінок). *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2026. № 2(108). С. 53–57. DOI: 10.11603/1681-2786.2026.2.16412.

5. Антал Н. М. Системні аспекти підтримки грудного вигодовування: роль медичних працівників та організаційні бар'єри. *Intermedical Journal*. 2026. № 2. С. 120–123. DOI: 10.32782/2786-7684/2026-2-19.

Лехан В. М., Заярський М. І.

УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ «DYNAXITY» ТА ВОЄННИХ ВИКЛИКІВ

Дніпровський державний медичний університет, Дніпро, Україна

Вступ. Сучасна система охорони здоров'я функціонує в умовах, які у світовій управлінській практиці описують концепцією «Dynaxity» [1]. Вона поєднує високу динаміку змін, значну складність середовища та глибоку невизначеність. Для українських закладів охорони здоров'я ці обставини додатково ускладнюються наслідками повномасштабної війни, зокрема порушенням логістичних ланцюгів, кадровими проблемами, змінами потоків пацієнтів і постійними безпековими загрозами [2, 3]. За таких умов традиційні методи адміністративного управління, засновані на лінійному плануванні, жорсткій ієрархії та прогнозуванні за аналогією з минулим досвідом, втрачають ефективність, що зумовлює потребу в переосмисленні управлінських підходів.

Мета. Визначити основні засади, стратегії та інструменти управління закладом охорони здоров'я в умовах «Dynaxity» та воєнних викликів для забезпечення його операційної стійкості й довгострокової життєздатності.

Основна частина. Управління закладом охорони здоров'я в умовах високої складності та невизначеності потребує від керівників здатності ухвалювати обґрунтовані рішення за обмеженого часу й неповної інформації. Динамічність зовнішнього середовища скорочує час, доступний для організаційної адаптації, що потребує більшої гнучкості управлінських рішень.

Сучасна лікарня або центр первинної медичної допомоги є складною організаційною системою, у межах якої взаємодіють клінічні, фінансові, правові та цифрові процеси. Порушення роботи одного з її компонентів може негативно вплинути на функціонування закладу загалом. В умовах війни особливого значення набуває здатність керівництва не лише реагувати на поточні загрози, а й забезпечувати довгострокову життєздатність закладу за обмежених ресурсів.

Важливим напрямом адаптації до мінливого середовища є децентралізація повноважень і розвиток гнучких форм організації роботи. Надання більшої автономії керівникам структурних підрозділів і працівникам, безпосередньо залученим до надання медичної допомоги, може прискорити реагування на проблеми, оскільки саме вони мають доступ до актуальної інформації.

Замість жорстких планів доцільно застосовувати сценарне планування, яке передбачає підготовку до кількох можливих варіантів розвитку подій. Важливим є також формування фінансових, матеріальних і кадрових резервів, що дає змогу зменшувати наслідки непередбачуваних кризових ситуацій, характерних для воєнного часу.

Цифровізація та управління на основі даних є важливими інструментами забезпечення стабільності закладу. Інтеграція цифрових платформ, електронних сервісів і аналітичних систем дає змогу оперативно оцінювати наявні ресурси, навантаження на персонал і потоки пацієнтів та підвищувати обґрунтованість управлінських рішень. Цифрові інструменти також сприяють підвищенню прозорості управлінських процесів, що має важливе значення для раціонального використання бюджетних коштів і взаємодії з регуляторними органами та Національною службою здоров'я України.

У концепції «Dynaxity», особливо в умовах війни, важливе місце посідає людський капітал. Медичні працівники нерідко працюють в умовах значного фізичного та психологічного навантаження, тому керівник має поєднувати координаційну функцію з підтримкою колективу, сприяти збереженню професійної спроможності та психологічної стійкості персоналу. Для цього необхідно розвивати програми психологічної підтримки, професійного супроводу, підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації керівників і працівників закладів охорони здоров'я. Безперервне навчання та своєчасне опанування нових клінічних і управлінських протоколів сприяють підтриманню належної якості медичної допомоги навіть у складних і стресових умовах.

Керівництву закладів охорони здоров'я вже сьогодні необхідно створювати передумови для подолання довгострокових наслідків війни. Подальший розвиток української системи охорони здоров'я значною мірою залежатиме від здатності поєднати гнучке управління з гуманістичною місією медицини. Важливим завданням є трансформація набутого досвіду кризового функціонування в основу для формування сучасної, пацієнтоорієнтованої та стійкої системи охорони здоров'я.

Висновок. Управління закладом охорони здоров'я в умовах «Dynaxity» та воєнних викликів потребує переходу від традиційних ієрархічних моделей до більш адаптивних і людиноцентричних підходів. Керівник сучасного закладу має одночасно забезпечувати оперативне реагування на кризові ситуації, здійснювати стратегічне та сценарне планування, підтримувати цифрову трансформацію й розвиток людського капіталу. Ефективне управління передбачає поєднання оперативності ухвалення рішень, використання достовірних даних, гнучкості організаційних механізмів та емпатичного лідерства. Такий підхід сприяє збереженню життєздатності закладів охорони здоров'я в умовах нестабільності та створює передумови для підтримання належної якості медичної допомоги.

Список літератури

1. Henning R., Henning K. *Organisationen sind keine Maschinen: Organisationen sind Lebewesen – Antworten für eine turbulente Welt*. Berlin; Heidelberg: Springer, 2024. XXVII, 131 p. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-68781-9>.

2. Мануїлова К. В., Попов М. П., Сівак В. М. Управління системою охорони здоров'я України в умовах повномасштабної війни: виклики та адаптивні рішення. *Державне будівництво*. 2025 № 1 (37). С. 216–228. DOI: <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2025-1-16>

Романюк Л. М.

ФУНКЦІОНУВАННЯ ЦЕНТРІВ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Постановка проблеми. Охорона психічного здоров'я є одним із пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я, особливо в умовах воєнного стану, коли постійно зростає потреба населення у психологічній та психіатричній допомозі. Сьогодні маємо невтішну ситуацію із станом ментального здоров'я української нації. Прогностичні тенденції результатів наукових досліджень у сфері психічного здоров'я вражають: до 10 мільйонів українців можуть стикнутися з ментальними проблемами – розладами психіки і поведінки.

Мета полягає в аналізі організаційних та функціональних аспектів діяльності Центрів ментального здоров'я, їх ролі в профілактиці порушень психічного здоров'я та забезпеченні своєчасного надання психологічної, психіатричної та кризової допомоги дорослим і дітям.

Основна частина. З метою розширення доступу людей до послуг з психічного здоров'я та реалізації Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?» в Україні забезпечується розвиток мережі Центрів ментального (психічного) здоров'я та інтеграція послуг з охорони психічного здоров'я на всіх рівнях надання медичної допомоги.

Типове положення про Центр ментального (психічного) здоров'я у закладі охорони здоров'я затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.10.2024 № 1796. Відповідно до вимог чинного законодавства Центри ментального здоров'я створюються у закладах охорони здоров'я.

Допомога в Центрі надається безкоштовно відповідно до умов пакета №72 Програми медичних гарантій НСЗУ «Психосоціальна та психіатрична допомога дорослим та дітям, що організовується центрами ментального (психічного) здоров'я та мобільними мультидисциплінарними командами» і в межах роботи всеукраїнської мережі центрів «ПОВЕРНЕННЯ». Звернутися можна шляхом самозвернення, за направленням лікаря, телефоном або через онлайн-запис.

Основою роботи Центру є мультидисциплінарний підхід. У команді працюють лікарі-психіатри, психотерапевти, неврологи та медичні сестри. За потреби пацієнтам проводять психіатричне й неврологічне обстеження, психологічну діагностику, індивідуальні консультації, психотерапевтичну підтримку, медикаментозне лікування та подальший динамічний супровід. Центр також забезпечує роботу мобільної мультидисциплінарної команди, яка дозволяє надавати допомогу пацієнтам за місцем їхнього перебування.

Станом на 30 червня 2026 року в Тернопільській області договори з НСЗУ за зазначеним пакетом уклали 10 закладів охорони здоров'я:

1. КНП Тернопільська комунальна міська лікарня № 2;
2. КНП Чортківська центральна міська лікарня Чортківської міської ради;
3. КНП Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня Тернопільської обласної ради;
4. КНП Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня Тернопільської обласної ради;
5. КНП Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги;
6. КНП Заліщицька центральна міська лікарня Заліщицької міської ради;
7. КНП Козівська центральна районна лікарня Козівської селищної ради;
8. КНП Теремовлянська міська лікарня Теремовлянської міської ради;
9. КНП Кременецька опорна лікарня Кременецької міської ради;
10. Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України.

Особлива увага приділяється наданню допомоги ветеранам війни, членам їхніх сімей, внутрішньо переміщеним особам, дітям, особам, які пережили травматичні події та іншим вразливим категоріям населення.

З 2025 року НСЗУ інтегрувала послугу з супроводу та лікування дорослих і дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги до пакета «Первинна медична допомога». Станом на 30 червня 2026 року в області за напрямом «Первинна медична допомога» працюють 80 надавачів медичних послуг.

В області сформовано систему маршрутизації пацієнтів із психічними та поведінковими розладами, яка передбачає взаємодію між первинною ланкою медичної допомоги, центрами ментального здоров'я, спеціалізованими психіатричними службами та стаціонарними закладами охорони здоров'я.

Висновки. Центри ментального здоров'я здійснюють комплексну оцінку стану пацієнта, надання спеціалізованої допомоги та, за потреби, направлення до профільних стаціонарних відділень або інших спеціалізованих служб.

Функціонування мережі Центрів ментального здоров'я забезпечує територіальну доступність послуг, скорочує час очікування на отримання спеціалізованої допомоги та сприяє наближенню послуг до місця проживання пацієнтів. Рівень звернень до Центру ментального здоров'я стабільно зростає, що пов'язано з актуальністю проблем психічного здоров'я, наслідками воєнних дій, запитами від військових та цивільного населення.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНИХ ПАРАМЕТРІВ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ СТУДЕНТОК МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ПІД ЧАС ВІЙНИ, ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ

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

Вступ. Військова агресія росії проти України на сьогоднішній день є одним із чинників розвитку психогенного стресу, який впливає на фізіологічний та психоемоційний стан людини. Особливо вразливими до хронічного стресу є жінки через складну нейроендокринну регуляцію репродуктивної функції. При цьому ламається ланка гіпоталамус-гіпофіз-яєчники, яка регулює менструальний цикл. Під час стресу навпаки активуються ланки стрес-реалізуючих систем, а саме: гіпоталамо-гіпофізарно-адреналова система, збільшується кількість адренкортикотропного гормону (АКТГ), кортикотропін-рилізінг-гормону (КРГ), пролактину. Високий рівень кортизолу викликає тривогу, занепокоєння, збудження, погіршення сну, зниження працездатності, втому. Для зниження частоти порушень менструальної функції у здобувачок вищої освіти важливо проаналізувати зміни основних параметрів менструального циклу та призначити профілактичні немедикаментозні засоби для його корекції.

Основна частина. З метою оцінювання основних параметрів менструального циклу в Google Forms проводили анкетування 248 здобувачок вищої освіти медичного факультету. У опитувальнику респондентки вказували інтервал між менструаціями, тривалість та обсяг менструальної кровотечі, а також симптоми, які свідчили про патологію.

Нормальні параметри менструального циклу: тривалість менструального циклу - 24-38 днів, тривалість менструації – 3 – 7 днів, об'єм крововтрати – до 80 мл.

Серед обстежених студенток 196 (79 %) вказали на зміну параметрів менструального циклу. На нерегулярність циклу (затримку або передчасну появу менструальної кровотечі) скаржилися 102 (41,1%), збільшення тривалості кровотечі більше восьми днів - 56 (22,6%), об'єму більше 80мл/ МЦ – 42 (16,9 %) осіб. Дисменорею відмітили 47 (18,9%), гіпоменорею – 31 (12,5 %) здобувачок вищої освіти. На жаль, у 23 (9,3 %) респонденток діагностовано аменорею. Студенткам з аменореєю ми рекомендували дообстеження: консультація акушер-гінеколога, УЗД органів малого тазу, гормональний профіль.

В опитувальнику респондентки також вказували на порушення сну, коливання маси тіла, зменшення фізичної та розумової активності.

Для нормалізації параметрів менструального циклу та профілактики порушення нами запропоновано комплекс немедикаментозної корекції. Він включав модифікацію способу життя: нормалізація маси тіла, оптимізація харчування, регулярна та помірна фізична активність, відмова від шкідливих звичок, повноцінний сон, релаксація, медитація, йога.

Висновки. Хронічний стрес є однією з причин зміни основних параметрів менструального циклу, оскільки впливає на роботу гіпоталамо-гіпофізарно-

адреналової системи. Для запобігання порушень менструальної функції у жінок рекомендовано підтримувати гормональний баланс. Модифікація способу життя пацієнток допоможе стабілізувати їхній гормональний фон.

НАУКОВЕ ПІДґРУНТЯ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЧНИХ РІШЕНЬ В ГАЛУЗІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я. ЕКОНОМІКА ЗДОРОВ'Я ТА ПРИНЦИПИ СТАЛОГО РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА: ЧОМУ ВИГІДНО ІНВЕСТУВАТИ В ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ І КРАЇНИ.

*Mishchenko O. M.¹, Mishchenko M. M.², Voloshyna S. L.¹, Lytvynenko O. Y.²,
Mishchenko S. O.²*

DIGITAL HEALTH LITERACY AS A KEY FACTOR IN IMPROVING PUBLIC HEALTH OUTCOMES

1 – Educational and Research Medical Institute of National Technical University
«Kharkiv Polytechnic Institute»

2 – Kharkiv National Medical University

Introduction. The rapid digital transformation of health care has changed how people obtain health information, communicate with professionals, monitor health indicators, and make decisions about prevention and treatment. Telemedicine, patient portals, mobile applications, wearable devices, and artificial intelligence-based tools are increasingly integrated into health systems. Their effectiveness, however, depends not only on access to technology but also on the ability of individuals to use digital information safely and appropriately.

Digital health literacy is the ability to search for, understand, evaluate, and apply health information obtained through electronic sources. Contemporary research treats these competencies as an increasingly important part of effective participation in digitally enabled health systems and as a factor that can influence health outcomes and inequalities [1, 2]. Strengthening digital health literacy should therefore be considered an important component of modern public health policy.

Main Part. Recent evidence describes digital health literacy as a multidimensional set of competencies needed to identify, understand, evaluate, and apply electronic health information. These include navigating digital services, judging source credibility, understanding health content, and using digital resources in decision-making [1, 2]. Such skills are increasingly important as health systems expand telemedicine, patient portals, mobile applications, and artificial intelligence-based services.

Digital tools can help people schedule appointments, receive laboratory results, communicate with professionals, monitor health indicators, and participate in prevention. However, access to technology alone does not ensure effective use. People with limited digital health literacy may struggle to distinguish reliable information from misinformation, interpret online recommendations, protect personal data, or select appropriate services.

Evidence supports considering digital literacy a determinant of health. eHealth literacy is associated with demographic, socioeconomic, cognitive, and behavioral factors [1], while digital determinants can reproduce or intensify existing disparities [2]. Older adults show substantial variation in eHealth literacy [3], and recent evidence in cardiovascular disease confirms its relevance for engagement with technology-enabled care [5].

If digital services replace traditional communication without adequate support, existing inequalities may widen, particularly among older adults and socially disadvantaged groups [2, 3]. Responsibility should therefore be shared by health-care institutions, educators, public authorities, technology developers, and media platforms, which should create understandable, accessible, safe, and inclusive digital environments.

Digital platforms should use clear language, simple navigation, and accessible design. Public health monitoring should include indicators of digital access and skills. Intervention research shows that structured eHealth literacy programs can improve relevant competencies, supporting their inclusion in health-promotion and patient-education strategies [4].

Conclusions. Digital health literacy is an essential component of modern public health. Higher levels of digital health literacy can support access to reliable information, informed decision-making, preventive behavior, and effective participation in health care [1, 4]. At the same time, insufficient digital skills may create additional barriers and contribute to health inequalities, particularly for older adults and people living with chronic conditions [3, 5].

Public health strategies should combine digital transformation with education, accessible communication, inclusive service design, and targeted support for vulnerable groups. Strengthening digital health literacy may contribute to more equitable, people-centered, and sustainable health systems [2, 4].

References

1. Milanti, A., Chan, D. N. S., Parut, A. A., & So, W. K. W. (2023). Determinants and outcomes of eHealth literacy in healthy adults: A systematic review. *PLOS ONE*, 18(10), e0291229. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291229>
2. Chidambaram, S., Jain, B., Jain, U., Mwavu, R., Baru, R., Thomas, B., Greaves, F., Jayakumar, S., Jain, P., & Rojo, M. (2024). An introduction to digital determinants of health. *PLOS Digital Health*, 3(1), e0000346. <https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000346>
3. Jiang, X., Wang, L., Leng, Y., Xie, R., Li, C., Nie, Z., Liu, D., et al. (2024). The level of electronic health literacy among older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Public Health*, 82, 204. <https://doi.org/10.1186/s13690-024-01428-9>
4. Barbati, C., Maranesi, E., Giammarchi, C., Lenge, M., Bonciani, M., Barbi, E., Vigezzi, G. P., Dragoni, M., Bailoni, T., Odone, A., et al. (2025). Effectiveness of eHealth literacy interventions: A systematic review and meta-analysis of experimental studies. *BMC Public Health*, 25, 288. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21354-x>
5. Kim, E.-J., Kim, D.-Y., Kim, H.-J., & Son, Y.-J. (2026). Determinants and health outcomes of digital health literacy in patients with cardiovascular disease: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 28, e89102. <https://doi.org/10.2196/89102>

**THE PUBLIC HEALTH SYSTEM AND MANAGEMENT OF
PHYSIOLOGICAL PREGNANCY: MODERN PARADIGMS,
CHALLENGES, AND DEVELOPMENT STRATEGIES**

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University
of the Ministry of Health of Ukraine
Ternopil, Ukraine

Introduction. In the modern concept of healthcare system development, a special emphasis is placed on reorienting medical care from a curative model to a preventive one. From a public health perspective, the management of physiological (normal) pregnancy is viewed not as medical surveillance of a pathological process, but as a preventive strategy to ensure the health of future generations. The primary task of the state in this sector is to create conditions for the demedicalization of obstetric care, reduce the rate of unjustified hospitalizations, and ensure a positive motherhood experience.

Relevance. The relevance of this topic is driven by the urgent need to optimize the financial and human resources of the healthcare system, as well as to adapt national clinical guidelines to WHO standards. This becomes critically important under the conditions of martial law, characterized by restricted access to medical care and increased psycho-emotional stress on pregnant women.

Objective. The objective of this study is to substantiate the key organizational, socio-economic, and clinical principles of physiological pregnancy management within the public health system of Ukraine, aiming to preserve maternal and neonatal health, optimize healthcare resources, and ensure the continuity of antenatal care under the conditions of martial law.

Core Thesis Points:

- **Demedicalization & Well-being:** Shifting the paradigm toward recognizing pregnancy as a natural state. The focus is placed on a woman's autonomy, mental health, and preventing unnecessary clinical interventions or polypragmasy.
- **Financial Guarantees & Access:** Utilizing the NHSU's outpatient packages to ensure completely free, equal access to essential prenatal diagnostics for all women, mitigating financial barriers during wartime crisis.
- **Evidence-Based Screening:** Optimizing the appointment schedule to reduce iatrogenic stress, while maintaining mandatory, high-yield screenings (preeclampsia risks, gestational diabetes, and fetal anomalies).
- **Social Determinants & Education:** Addressing vulnerabilities caused by displacement and stress through "Schools of Responsible Parenthood," focusing on teaching couples to recognize clinical "red flags."
- **Digital Health Infrastructure:** Leveraging the eHealth system (ESOU) and validated mHealth applications for remote self-monitoring (blood pressure, glucose), ensuring continuity of care despite population migration.

Conclusion. Rational management of physiological pregnancy in Ukraine requires shifting the focus from intensive clinical treatment to systemic prevention, remote monitoring, and social support. Implementing these evidence-based, resource-

optimized digital tools is vital to sustaining low maternal and perinatal morbidity and mortality rates under martial law.

Панчишин Н. Я., Юрик О. Р.

ВПЛИВ ЕКОНОМІЧНОЇ НЕСТАБІЛЬНОСТІ НА СТАН ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ПРАЦЕЗДАТНОГО НАСЕЛЕННЯ

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
МОЗ України

Вступ. Населення працездатного віку становить основний трудовий, економічний та демографічний ресурс держави, а стан його здоров'я безпосередньо визначає продуктивність праці, темпи економічного відновлення та довгострокову стійкість системи соціального забезпечення. Водночас саме ця категорія населення виявляється особливо вразливою в періоди економічної нестабільності, оскільки одночасно зазнає впливу кількох взаємопов'язаних факторів ризику – втрати доходу, безробіття чи неповної зайнятості, підвищеного психоемоційного навантаження, обмеження доступу до якісної медичної допомоги через фінансові бар'єри. Економічні виклики, з якими зіткнулася Україна за останні роки – девальвація національної валюти, зростання інфляції, наслідки повномасштабного вторгнення та пов'язана з ним руйнація ринку праці – створили безпрецедентне навантаження на здоров'я населення працездатного віку. За таких умов економічна нестабільність перестає бути виключно макроекономічною категорією і набуває характеру самостійної соціальної детермінанти здоров'я, здатної суттєво впливати як на фізичний, так і на психічний стан населення.

Незважаючи на актуальність цієї проблематики, механізми впливу економічної нестабільності на громадське здоров'я працездатного населення в українському контексті залишаються недостатньо дослідженими, а наявні наукові дані здебільшого фрагментарні й не завжди враховують специфіку сучасних кризових процесів в Україні. Це зумовлює необхідність системного наукового аналізу зазначеної проблеми.

Основна частина. Механізми впливу економічної нестабільності на громадське здоров'я населення працездатного віку доцільно розглядати на кількох взаємопов'язаних рівнях: матеріальному, психосоціальному та інституційному, кожен з яких формує самостійний канал негативного впливу на стан здоров'я. Матеріальний рівень впливу пов'язаний насамперед із втратою або зниженням доходів населення внаслідок безробіття, неповної зайнятості чи знецінення реальної заробітної плати в умовах інфляції. Зниження купівельної спроможності безпосередньо позначається на якості харчування працездатного населення – спостерігається тенденція до заміщення повноцінного раціону дешевшими, менш якісними продуктами, що в довгостроковій перспективі підвищує ризики розвитку аліментарно-залежних захворювань. Крім того, обмеженість фінансових ресурсів змушує значну частину населення відкладати

звернення за медичною допомогою, відмовлятися від профілактичних оглядів чи переривати призначене лікування, що призводить до пізнього виявлення захворювань і погіршення прогнозів їх перебігу.

Психосоціальний рівень впливу пов'язаний із хронічним стресом, спричиненим невизначеністю економічного становища, страхом втрати роботи та неможливістю довгострокового планування життя. Дослідження в галузі соціальної епідеміології неодноразово підтверджували зв'язок між економічною нестабільністю та зростанням поширеності тривожних і депресивних розладів, порушень сну, а також формуванням шкідливих копінг-стратегій, зокрема зловживання алкоголем, яке традиційно зростає в періоди економічних криз.

Інституційний рівень впливу охоплює зміни в доступності та якості системи охорони здоров'я, зумовлені економічною нестабільністю на макрорівні. Скорочення державного фінансування медичної галузі, зростання частки видатків населення на охорону здоров'я з власної кишені (out-of-pocket payments), а також відтік кваліфікованих медичних кадрів через трудову міграцію – усі ці фактори опосередковано, але суттєво впливають на доступність медичної допомоги саме для працездатного населення.

Специфічним для сучасної України фактором є накладання економічної нестабільності на наслідки повномасштабного вторгнення, що суттєво посилює описані вище механізми. Руйнація виробничих потужностей, вимушена внутрішня та зовнішня міграція, втрата житла і майна створюють кумулятивне навантаження на населення працездатного віку, яке одночасно є і основним джерелом трудових ресурсів для економічного відновлення держави, і категорією, що зазнає найбільшого психоемоційного та економічного тиску. Це формує своєрідне замкнене коло: погіршення здоров'я працездатного населення знижує економічну активність і продуктивність праці, що, своєю чергою, поглиблює економічну нестабільність. Важливо зазначити, що вплив економічної нестабільності на здоров'я не є лінійним і рівномірним – він опосередковується низкою модеруючих факторів, таких як рівень соціального захисту, наявність накопичень чи інших фінансових буферів, доступність соціальних мереж підтримки, а також індивідуальні адаптивні стратегії. Це вказує на необхідність диференційованого підходу при розробці заходів підтримки здоров'я населення працездатного віку – з урахуванням не лише економічного статусу, а й соціально-демографічних характеристик та регіональної специфіки.

Висновки. Економічна нестабільність в Україні має комплексний негативний вплив на стан громадського здоров'я населення працездатного віку, що реалізується через матеріальний (зниження доходів, обмеження доступу до медичної допомоги), психосоціальний (хронічний стрес, зростання поширеності тривожних і депресивних станів) та інституційний (скорочення фінансування охорони здоров'я, відтік медичних кадрів) канали впливу. Зазначені механізми діють не ізольовано, а формують кумулятивний ефект, який в умовах повномасштабного вторгнення значно посилюється додатковими факторами – вимушеною міграцією, втратою майна та зайнятості.

Розробка ефективних заходів підтримки громадського здоров'я населення працездатного віку потребує міжсекторального підходу, що поєднує заходи економічної, соціальної політики та політики охорони здоров'я, з урахуванням диференційованого впливу економічної нестабільності на різні соціально-демографічні групи населення.

Мокієнко А. В., Гуцук І. В., Бабієнко В. В.¹, Бережна А. В.

**ГЛОБАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я:
СУЧАСНИЙ СТАН ТА УКРАЇНСЬКІ РЕАЛІЇ**

Національний університет «Острозька академія»,
м. Острог, Рівненська область, Україна

¹Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Глобальне здоров'я сформувалося як міждисциплінарна галузь, що виходить за межі традиційного розуміння охорони здоров'я як діяльності, спрямованої переважно на профілактику та лікування захворювань. Його сучасне трактування охоплює покращення здоров'я населення світу, забезпечення справедливості у сфері здоров'я, дослідження транснаціональних детермінант та пошук рішень, реалізація яких потребує співпраці різних країн, секторів і наукових дисциплін.

Особливістю глобального здоров'я є поєднання популяційної профілактики з індивідуальною медичною допомогою, а також розгляд здоров'я у широкому соціальному та екологічному контексті. Відповідно, результати діяльності систем охорони здоров'я визначаються не лише доступністю медичних послуг, а й рівнем освіти, доходами населення, умовами праці та проживання, доступом до безпечної води і харчових продуктів, станом довкілля, соціальною стабільністю та якістю державного управління.

Глобальне здоров'я та добробут людини є взаємопов'язаними компонентами сталого розвитку, які визначаються комплексом медичних, соціальних, економічних, екологічних і політичних чинників.

Основними взаємопов'язаними глобальними викликами сучасності є антимікробна резистентність, зоонозні інфекції, пандемічні загрози, зміна клімату, деградація довкілля, неінфекційні захворювання, продовольчі ризики та соціальна нерівність.

Концепція «Єдине здоров'я» є одним із найбільш перспективних міждисциплінарних підходів до управління глобальними ризиками, оскільки інтегрує здоров'я людини, тварин і екосистем та передбачає міжсекторальну взаємодію.

Подолання антимікробної резистентності потребує одночасного розвитку раціонального використання антимікробних препаратів, інфекційного контролю, лабораторної діагностики, геномного моніторингу, біоінформатики та міжнародної співпраці.

Зміну клімату необхідно розглядати як важливу детермінанту громадського здоров'я, а кліматичну адаптацію — як невід'ємну складову сучасної політики охорони здоров'я.

Розвиток стійких продовольчих систем, вивчення взаємодії харчування і кишкового мікробіому, а також дослідження режиму харчування та циркадних ритмів відкривають перспективні напрями профілактики неінфекційних захворювань.

Біоінформатика, секвенування нового покоління, цифрові технології та зелена нанотехнологія можуть істотно розширити інструментарій глобального здоров'я, проте не повинні розглядатися як заміна інституційних, соціальних і профілактичних заходів.

Для України особливо актуальними є дослідження глобальних детермінант здоров'я з урахуванням наслідків війни, екологічних і гуманітарних ризиків, порушення критичної інфраструктури та завдань повоєнного відновлення.

Аналіз наших попередніх досліджень показує зростаючу значущість питної води як важливої детермінанти громадського здоров'я України і як уособлення глобального здоров'я. Це стосується таких невирішених проблем як нітратне забруднення питної води, моніторинг якості води та сільське водопостачання.

Моніторинг якості питної води із джерел нецентралізованого водопостачання в Рівненській області за 2004-2020 рр. свідчить про тенденцію до зростання відсотків невідповідності за санітарно-хімічними показниками. Основною складовою невідповідності питної води нормативним вимогам за санітарно-хімічними показниками є нітратне забруднення: з 2012 зразків у 1453 (72,2%) виявлено перевищення концентрації нітратів. Це зумовлено надмірним використанням сільськогосподарськими виробниками азотовмісних добрив, які є фактором забруднення ґрунтових вод та, відповідно, джерел нецентралізованого водопостачання. Відсутність санітарних паспортів на колодязі є грубим порушенням санітарного законодавства, що унеможливорює інвентаризацію, систематичне дослідження стану нітратного забруднення питної води, виявлення та усунення джерел такого забруднення. Слід визнати терміновим завданням імплементацію європейських вимог щодо запобігання забрудненню внаслідок миву нітратів із сільськогосподарських земель в екологічне законодавство України.

Аналіз моніторингових досліджень якості питної води із систем централізованого господарсько-питного водопостачання за 2009-2024 рр. свідчить про стійку незадовільну тенденцію, відсутність позитивних зрушень та необхідність прийняття стратегічних рішень щодо державного моніторингу якості питної води. Вирішення цієї проблеми лежить у площині створення єдиної державної міжвідомчої структури контролю із центральним підпорядкуванням і широкими повноваженнями.

Проблема сільського водопостачання в Україні є не поодиноким технічним недоліком, а системною кризою, що охоплює всі рівні — від відсутності юридично оформленого власника на тисячах об'єктів до фактичної відмови держави від планового контролю та самоусунення місцевої влади від профільних

функцій. Воєнний стан лише загострив ситуацію, тимчасово послабивши санітарні нормативи й водночас додавши нових руйнувань до й без того зношеної інфраструктури.

Розв'язання цих проблем потребує комплексної державної стратегії, без якої водопостачання, як фокус проблем громадського здоров'я, ризикує залишитися однією з найглибших, але водночас найменш видимих проблем повоєнного відновлення України.

Маранов А. О.

ДИНАМІКА ОБСЯГУ ОПЛАТ ВІД НСЗУ ЗА ХІМІОТЕРАПЕВТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ У 2021-2025 РОКАХ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, Україна

Вступ. Внаслідок реформи охорони здоров'я 2017 року [1] було запроваджено Програму медичних гарантій (ПМГ) та створено Національну службу здоров'я (НСЗУ), що окреслює надання обраного кола медичних послуг, зокрема для онкологічних хворих. У даній роботі взято за мету проаналізувати динаміку обсягу оплат за пакетом №17 «Хіміотерапевтичне лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями у стаціонарних та амбулаторних умовах» за період з 2021 по 2025 в Україні. Дані було взято з відкритих даних НСЗУ, які щорічно публікуються на державному порталі «Інформація про оплати закладам охорони здоров'я за програмою медичних гарантій та іншими програмами фінансування медичного обслуговування населення» [2] та «Інформація про медичні заклади та ФОП, які уклали договір з НСЗУ та надають медичну допомогу населенню за програмою медичних гарантій» [3]. Роботу з даними здійснювали з використанням програмного забезпечення Microsoft Excel.

Основна частина. У ході проведення дослідження з'ясовано, що обсяг оплат за хіміотерапевтичний пакет №17 в Україні зріс на +27,1% з 1,99 млрд грн. у 2021 до 2,54 млрд грн. у 2025 році. Найменшим зростання у порівнянні з попереднім роком було у 2022 році (+0,59%), що співпадає з початком повномасштабного вторгнення російської федерації. В той же час, найбільше зростання було зафіксовано у 2023 році (+13,24%).

Проте, слід зазначити, що річні індекси інфляції або індекси споживчих цін від Держстату за вказаний період 2021-2025 рік складали: 2021 - 10,0%, 2022 - 26,6%, 2023 - 5,1%, 2024 - 12,0%, 2025 - 8,0% [4,5]. Таким чином, інфляція дещо випереджала темпи зростання обсягу оплат за хіміотерапевтичний пакет.

Визначено, що темпи приросту обсягів оплат були нерівномірними. За 5 років найбільше зростання на +159,23% було зафіксоване у м. Київ. Фінансування вказаного пакету у місті Києві складало 13% усіх оплат за 5-ти річний період по Україні, що є найбільшою часткою серед усіх регіонів. Між тим у 2022 році у м. Києві навпаки було зафіксоване падіння обсягу оплат у порівнянні з попереднім роком на -10,69% відповідно до 2021 року. Надалі, як і

загалом по Україні, найбільше зростання сталось у 2023 році, на +119,49%, у 2024 зростання сповільнилось до +3,96% і у 2025 році зросли оплати на +27,21%. Причому у 2021 та 2022 році Київ не був найбільш високооплачуваним регіоном, він поступався Дніпропетровській та Одеській області.

З 2023 року м. Київ став провідним регіоном за обсягом оплат за хіміотерапевтичним пакетом, завдяки включення до надавачів ПМГ ДНП "Національний Інститут Раку", та зростанням обсягу оплат у КНП "Київський міський клінічний онкологічний центр" на +44,28% (зі 156,8 млн у 2023 році до 227,8 у 2025 році). Загалом, окрім Києва, провідними за часткою у структурі загального обсягу фінансування по Україні є такі області, як Дніпропетровська (10,0%), Одеська (7,1%), Львівська (6,8%). Доцільно відмітити, що зі згаданих областей лише у Дніпропетровській області зафіксовано падіння оплат -12,36% у 2025 році у порівнянні з 2021 роком, що вірогідно пов'язано з безпековою ситуацією та впливом війни. Частка обсягу оплат у Київській та Харківській областях від загальної суми по Україні складають орієнтовно по 4,9%, Полтавській - 4,6%. Частка решти областей складала менше 4%. Найбільше зростання оплат за 5 років окрім вищезгаданого м. Києва (+159,23%) було зафіксовано у Івано-Франківській (+89,02%), Полтавській (+88,91%), Чернівецькій (+82,25) областях. А найбільше падіння у Луганській (0%), Херсонській (-54,16%), Запорізькій (-50,71%), Донецькій (-42,46%) областях, що співставно з регіонами безпосередніх тривалих активних бойових дій. Також падіння зафіксовано у Київській (-15,82%) та Дніпропетровській областях (-12,36%).

Загалом в Україні на 2025 рік було 88 надавачів хіміотерапевтичного лікування за унікальним кодом ЕДРПОУ, середня оплата на надавача в Україні у 2025 році складала 28,7 млн на рік. У 2021 році було 130 закладів, середня оплата складала 15,3 млн. Найбільше надавачів було у м. Києві (8 надавачів у 2021 році, 10 надавачів у 2025, середня оплата на заклад 44,3 млн у 2025 році), Дніпропетровській (9 у 2021 та 2025 роках, середня оплата на заклад 25,3 млн у 2025 році), Харківській (9 надавачів у 2021 та 2025 роках, середня оплата на заклад 13,8 млн у 2025 році), Львівській (8 надавачів у 2021 та 2025 роках, середня оплата на заклад 21,3 млн у 2025 році), Одеській областях (4 надавачі у 2021 році, 6 надавачі у 2025, середня оплата на заклад 29,0 млн у 2025 році), решта областей мали 4 та менше надавачі.

Висновки. У 2021–2025 роках обсяг оплат за хіміотерапевтичним пакетом номінально зріс, однак це зростання не компенсувало інфляцію. Водночас відбулася концентрація фінансування у Києві та великих регіональних центрах на тлі скорочення кількості надавачів. Війна посилила регіональну нерівність і знизила доступність лікування у прифронтових областях, що обґрунтовує необхідність перегляду тарифів та врахування регіональних і безпекових умов фінансування.

Джерела:

1. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення [Електронний ресурс]. Офіційний вебпортал парламенту України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2168-19> (дата звернення: 28.05.2026).

2. Оплати суб'єктам господарювання за програмою медичних гарантій та іншими програмами фінансування - Набори даних - Портал відкритих даних [Електронний ресурс]. URL: <https://data.gov.ua/dataset/25a46db9-2f15-4302-9b59-9bd761c80f46> (дата звернення: 06.09.2026).

3. Інформація про суб'єктів господарювання, які уклали договір із НСЗУ за програмою медичних гарантій - Набори даних - Портал відкритих даних [Електронний ресурс]. URL: <https://data.gov.ua/dataset/a1d554df-be4b-4d3f-8063-dd0db4d83ff5> (дата звернення: 06.09.2026).

4. Індекс Інфляції [2026] ► Індекс Споживчих Цін в Україні [Electronic resource]. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/economy/index/inflation/> (accessed: 06.09.2026).

5. Головна Сторінка Держстат | Державна Служба Статистики України [Electronic resource]. URL: <https://stat.gov.ua/uk> (accessed: 06.09.2026).

Ващук Т. П., Теренда Н. О.

ЗАДОВОЛЕНІСТЬ РОБОТОЮ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ: ПРОВІДНІ ЧИННИКИ ТА ПРЕДИКТОРИ НАМІРУ ЗВІЛЬНИТИСЯ

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

Вступ. Поняття «задоволеність роботою» набуло широкого використання у науковому дискурсі наприкінці 1970-х років та розглядається як комплексний психоемоційний стан, що формується на основі суб'єктивної оцінки працівником власного професійного досвіду та умов трудової діяльності. Рівень задоволеності роботою є важливою детермінантою не лише професійної поведінки, але й загального благополуччя та якості життя людини, охоплюючи сферу соціальних взаємодій, сімейних відносин і суб'єктивного сприйняття власного здоров'я. Водночас задоволеність професійною діяльністю пов'язана з ефективністю виконання трудових обов'язків, частотою відсутності працівників на робочому місці та плинністю кадрів. Тривале зниження рівня задоволеності роботою може мати негативні наслідки для психологічного благополуччя працівників і підвищувати ризик розвитку професійного вигорання.

Основна частина. Проведено опитування 287 працівників КП «Володимирське територіальне медичне об'єднання» за допомогою опитувальника по задоволеності роботою Гури Н. А. та Вельдбрехт О. О., у якому виділяють 5 субшкал, які оцінюють ресурсність середовища, організованість праці, баланс роботи/життя, цінність праці, простір професійного росту. Ресурсність середовища відображає соціальну підтримку та задоволення основних потреб індивіда в організації. Простір професійного росту вказує на можливість професійного просування і особистісного саморозвитку завдяки активним зусиллям самого суб'єкта. Цінність праці оцінює складність і цікавість виконуваних завдань, відчуття соціальної корисності праці, престижності професії та її організації. Баланс роботи та життя охоплює

психологічні чинники життя працівника, гармонійність поєднання професійної та позапрофесійної сфери, відмічає вплив роботи на інші складові життя індивіда.

Середній вік респондентів становив $41,59 \pm 1,27$ років. Переважну більшість становили жінки 238 осіб (82,9 %), чоловіків було 49 (17,1 %). Серед респондентів було 76 лікарів (26,5 %), 138 осіб середнього медичного персоналу (48,1 %), 40 – молодшого медичного персоналу (13,9 %), 33 – працювали на інших посадах (11,5 %).

Найбільша частка працівників мала стаж роботи в системі охорони здоров'я від 1 до 10 років (43,8 %), до 1 року працювали 30 (10,4 %) осіб, 11-20 років – 55 (19,1 %), 21-30 років – 32 (11,1 %), більше 31 року – 45 осіб (15,6 %).

При опитуванні респонденти вказали, що ресурсність середовища становила $3,97 \pm 0,07$ балів, організованість праці – $3,99 \pm 0,05$ балів, баланс роботи/життя – $4,05 \pm 0,07$ балів, цінність праці – $4,27 \pm 0,06$ балів, простір професійного росту – $3,93 \pm 0,05$ балів. Ці дані вказують на достатньо високий рівень задоволеності роботою серед опитаних.

Серед позитивних складових, які сприяють зацікавленості в даній роботі, респонденти найчастіше виділили: взаємини з колегами (60,9 %), розклад і режим роботи (43,1 %), можливість реально допомагати людям своїми діями (37,4 %), корисність моєї праці для суспільства (26,0 %), можливість брати відпустку, відгул, лікарняний, коли потрібно (24,6 %).

Отже, респонденти виділяють три основні групи мотивів, а саме соціальні, організаційні та професійно-ціннісні. При цьому рівень оплати праці займає лише 9-те місце (20,3 %).

Проаналізовано також чинники, які сприяють невдоволеності роботою. Значну частку становила матеріальна нагорода за працю (45,3 %), а також вплив роботи на самопочуття, психічне та фізичне здоров'я респондента (28,8 %), облаштованість і комфортність робочого місця (28,8 %), психологічна атмосфера на роботі (18,6 %), справедливість призначення нагород або покарань (18,6 %), вплив роботи на особисте життя (15,7 %).

Відповідно у працівників може виникнути бажання змінити місце роботи. Так, 4,5 % працівники має намір змінити місце роботи, 52,3 % – не мають бажання звільнитися або змінювати роботу, 35,5 % іноді та 7,7 % часто задумувалися про можливу зміну місця роботи.

Аналіз за критерієм Краскела-Уолліса встановив що найбільше відрізняє медичних працівників щодо наміру звільнитися баланс роботи/життя (ресурсність середовища ($H=75,84$, $p<0,001$), баланс робота/життя ($H=98,46$, $p<0,001$), цінність праці ($H=70,98$, $p<0,001$), організованість праці ($H=62,22$, $p<0,001$), простір професійного росту ($H=71,69$, $p<0,001$)).

Побудована модель логістичної регресії була статистично значущою ($\chi^2=113,4$, $p<0,001$) та підтвердила що найсильнішим незалежним предиктором є баланс робота/життя ($OR=0,28$, $p<0,001$).

Висновок. Отже, на задоволеність роботою медичних працівників впливають як позитивні соціальні, організаційні та професійно-ціннісні чинники, так і негативні фінансові, психологічні і організаційні чинники. При

цьому формується механізм, де сформоване ресурсне середовище та організована праця сприяють можливості зберігати баланс роботи та життя працівників. Позитивними чинниками виступають відчуття цінності професії та можливості професійного росту, які виступають доповненнями до формування балансу роботи та життя.

Мартинюк В. М., Маланчук Л. М.

КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Актуальність проблеми доброякісних процесів органів репродуктивної системи зумовлена їх високою частотою в жіночій популяції та порушенням генеративної функції, яка за даними різних авторів коливається від 10 до 15 %. У сучасних реаліях стан фертильного здоров'я жінок опинився під впливом екстремальних стресових чинників, що викликають порушення нейроендокринної системи. Постійне перебування в умовах невизначеності трансформує структуру гінекологічної захворюваності, переводячи її з площини планових станів у площину гострих нейрогуморальних порушень. Дослідження цієї динаміки є критично важливим для встановлення медичної допомоги та збереження генофонду нації.

Мета. Провести порівняльний аналіз показників репродуктивного здоров'я жінок у періоди до та під час війни (2020–2025 рр.) для оцінки впливу фактора невизначеності на розвиток патологій та розробки превентивних заходів.

Матеріали та методи дослідження. Нами використано ретроспективний статистичний аналіз результатів госпіталізацій пацієнток у гінекологічні стаціонари у Тернопільській області. Дослідження базується на порівнянні кількісних даних хірургічного та консервативного лікування за ключовими нозологіями протягом п'ятирічного періоду.

Результати та обговорення. За даними ретроспективного аналізу, нами було відзначено, що протягом 2020-2022рр. основна кількість звернень до медичного закладу була з приводу лейоміоми матки - 297 випадків, анормальних маткових кровотеч (АМК) – 289, урогенітального пролапсу – 102 госпіталізації, доброякісні новоутвори яєчників- 246, з приводу запальних захворювань органів малого тазу - 48 звернень. Щодо звернень пацієнток за медичною допомогою протягом 2023-2025 рр., то ситуація була наступною: з приводу АМК – 954 госпіталізації, міома – 410, урогенітальний пролапс – 231, доброякісні пухлини додатків - 576, запальні захворювання статевих органів – 63 звернення. Аналізуючи отримані дані, хірургічні методи лікування були застосовані у 883 випадках, та консервативні методи – у 99 (2020-2022рр.). Протягом 2023-2025 рр.

кількість хірургічних втручань зросла до 2109 випадків, а консервативні методи були застосовані у 143 жінок.

Висновок. Аналіз статистичних даних показав, що у довоєнний період (2020-2022рр.) домінуючими патологіями були лейоміома матки, однак у період активної фази війни (2023-2025рр.) відбулося різке зміщення структури захворюваності в бік гострих стресових станів. Найбільш виражена динаміка зафіксована у групі аномальних маткових кровотеч, кількість випадків зросла більш ніж у 3 рази у порівнянні із довоєнними показниками. Отже, хронічний стрес в умовах війни виступає потужним чинником порушень репродуктивної функції, що потребує розробки та оцінки превентивних стратегій.

Грузєва Т. С.

МІЖСЕКТОРАЛЬНЕ СПІВРОБІТНИЦТВО У ЗМІСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Вступ. Сучасні виклики у сфері громадського здоров'я зумовлюють необхідність консолідації зусиль різних секторів суспільства, оскільки формування та збереження здоров'я населення залежить від комплексу соціальних, економічних, екологічних, поведінкових та інших чинників. У цьому контексті міжсекторальне співробітництво є важливою професійною компетентністю фахівця з громадського здоров'я, що потребує належного відображення у змісті та методах підготовки магістрів.

Основна частина. Освітня програма підготовки магістрів громадського здоров'я в НМУ імені О.О. Богомольця має чітко виражену міждисциплінарну спрямованість, що є важливою передумовою формування сучасного фахівця у цій сфері. Її зміст охоплює освітні компоненти епідеміологічного, гігієнічного, мікробіологічного, економічного та управлінського спрямування, що забезпечує комплексне розуміння закономірностей формування здоров'я населення та чинників, які на нього впливають. Поєднання знань і підходів різних галузей створює підґрунтя для формування у здобувачів здатності бачити проблеми громадського здоров'я системно та ефективно взаємодіяти з представниками різних професійних і суспільних секторів. Програмними результатами навчання передбачено вміння організовувати заходи з нагляду за станом здоров'я населення з використанням міжсекторального підходу, розробляти та впроваджувати, засновані на доказах стратегії, політики та інтервенції громадського здоров'я із залученням зацікавлених сторін на основі міжсекторального підходу.

Окремі освітні компоненти мають особливий акцент на формуванні компетентностей міжсекторальної взаємодії. Передусім це стосується дисциплін «Основи громадського здоров'я», «Системи охорони здоров'я», «Надзвичайні ситуації в охороні здоров'я», «Промоція здоров'я та профілактика його порушень», «Адвокація, комунікація та соціальна мобілізація в громадському

здоров'ї», «Оцінка та прогнозування потреб в громадському здоров'ї. Проекти, моніторинг та оцінка втручань», «Політика та етика в громадському здоров'ї. Міжсекторальні стратегії», а також «Управління людським потенціалом, менеджмент та лідерство в громадському здоров'ї». Саме ці компоненти створюють найбільш безпосередні можливості для опанування принципів партнерства, координації дій, комунікації, адвокації, спільного прийняття рішень та реалізації комплексних заходів із залученням представників різних секторів.

Особливе місце посідає освітній компонент «Політика та етика в громадському здоров'ї. Міжсекторальні стратегії», у межах якого міжсекторальне співробітництво розглядається як самостійний предмет професійної підготовки. В межах цього освітнього компонента зроблено акцент на формуванні компетентностей міжсекторального співробітництва, а лекційний курс охоплює послідовне вивчення теоретичних засад, формування, впровадження та аналізу політики у громадському здоров'ї, сучасних політик на глобальному, регіональному й національному рівнях, стратегічного управління та етичних аспектів професійної діяльності. Завершальною окремою темою курсу є «Міжсекторальні стратегії у громадському здоров'ї», що забезпечує цілеспрямоване опанування здобувачами принципів, механізмів та інструментів взаємодії різних секторів у вирішенні комплексних проблем громадського здоров'я.

Практична складова дисципліни також послідовно розвиває компетентності міжсекторальної взаємодії. Зокрема, окремі практичні заняття передбачають визначення пріоритетів у сфері громадського здоров'я, аналіз стратегії «Здоров'я у всіх політиках», розгляд політики для досягнення Цілей сталого розвитку, розробку регіональних і місцевих програм громадського здоров'я та безпосередньо аналіз міжсекторальних стратегій у громадському здоров'ї. Така структура практичних занять дає змогу здобувачам не лише засвоїти теоретичні засади міжсекторального співробітництва, а й набути практичних навичок його застосування під час аналізу та розроблення політик, стратегій і програм громадського здоров'я.

Практичне застосування міжсекторальної взаємодії розкривається також через інші дисципліни від епідеміології, гігієни та промоції здоров'я до економіки, менеджменту, права, інформаційних технологій і проєктної діяльності. Такий підхід забезпечує не фрагментарне, а системне формування у магістрів здатності до міжсекторальної взаємодії під час вирішення комплексних проблем громадського здоров'я.

Важливим етапом формування компетентностей міжсекторальної взаємодії є виробнича практика, яка створює можливість перенесення набутих під час освітнього процесу знань і навичок у реальне професійне середовище. Залучення здобувачів до виконання практичних завдань, аналізу діяльності установ та організацій, взаємодії з представниками різних професійних і управлінських структур сприяє формуванню навичок комунікації, координації, командної роботи та узгодження спільних дій для вирішення проблем громадського здоров'я.

Логічним продовженням такого практико-орієнтованого підходу є підготовка та захист кваліфікаційної роботи, у межах якої здобувач має можливість самостійно застосувати міждисциплінарні знання та продемонструвати здатність до системного аналізу проблем громадського здоров'я. Залежно від тематики дослідження, виконання кваліфікаційної роботи передбачає врахування медичних, соціальних, економічних, управлінських, правових та інших чинників, а також обґрунтування комплексних рішень із потенційним залученням різних секторів і зацікавлених сторін. Таким чином, практика та кваліфікаційна робота забезпечують завершальний етап формування здатності майбутнього фахівця не лише розуміти принципи міжсекторального співробітництва, а й застосовувати їх у професійній та дослідницькій діяльності.

Висновки. Отже, міжсекторальне співробітництво є важливою складовою професійної підготовки магістрів громадського здоров'я та реалізується на рівні змісту освітньої програми, окремих освітніх компонентів, практичної підготовки й кваліфікаційної роботи. Поєднання міждисциплінарних знань із цілеспрямованим вивченням міжсекторальних стратегій і практичним їх застосуванням формує у майбутніх фахівців здатність до ефективної взаємодії, координації та розроблення комплексних рішень у сфері громадського здоров'я.

Ілько В. В., Смірнова В. Л.

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК ЧИННИК ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА АВТОНОМІЇ ПАЦІЄНТА

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України

Вступ. Трансформація сучасної реабілітації від біомедичної до біопсихосоціальної моделі зміщує фокус з усунення дефекту на відновлення автономії, активності та соціальної інтеграції людини. В Україні ця проблема надзвичайно загострилася через зростання кількості осіб із бойовими й цивільними травмами, складними патологіями та наслідками старіння населення. Традиційний монодисциплінарний підхід демонструє обмеженість, оскільки фрагментарно відновлює окремі функції та не покриває комплексних потреб пацієнта. Ефективною альтернативою є мультидисциплінарна реабілітація, що забезпечує командну взаємодію фахівців, однак характер її впливу на інтегральні показники якості життя потребує подальшого наукового вивчення. Метою дослідження є комплексний аналіз клініко-функціональної ефективності мультидисциплінарної реабілітації та її впливу на динаміку показників якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, функціонального стану й рівня функціональної незалежності осіб із порушеннями функцій організму та обмеженнями життєдіяльності.

Основна частина. Концептуальним та методологічним підґрунтям сучасної реабілітаційної практики є Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), прийнята Всесвітньою

організацією охорони здоров'я. МКФ трактує функціонування не як статичний стан чи суто фізіологічну характеристику, а як складний динамічний результат та інтерактивний процес взаємодії між патологічним процесом (станом здоров'я), порушеннями структур та функцій організму (на рівні систем), можливістю виконувати повсякденні дії (активність на рівні індивіда), спроможністю залучатися до усіх сфер соціального життя (участь на рівні суспільства), а також контекстуальними чинниками – факторами навколишнього середовища (фізична доступність, допоміжні технології, соціальні установки) та особистісними особливостями (вік, копінг-стратегії, мотивація, освітній рівень). Такий багатовимірний підхід зміщує фокус із підходу, зосередженого переважно на захворюванні та його діагностиці, на аналіз реальної спроможності людини функціонувати в соціумі та долати фізичні й соціальні бар'єри.

Ключовим підсумковим критерієм та інтегральним показником ефективності реабілітаційних інтервенцій у цій парадигмі є якість життя, пов'язана зі здоров'ям (Health-Related Quality of Life, HRQoL). Це багатовимірний феномен, який охоплює та інтегрує фізичне, психологічне, емоційне та соціальне благополуччя індивіда. HRQoL відображає не лише клініко-інструментальні параметри чи ізольований рівень функціональної автономії, а й суб'єктивне сприйняття людиною власного стану здоров'я у контексті її культурних цінностей, персональних очікувань та життєвих цілей. Дослідження HRQoL дає змогу виміряти результати лікування очима самого пацієнта через застосування стандартизованих інструментів оцінки суб'єктивного стану (Patient-Reported Outcome Measures, PROMs), висвітлюючи адаптаційний потенціал особистості, її емоційну стійкість, рівень самостійності та задоволеність виконанням сімейних і професійних рольових функцій.

Забезпечити системний та цілеспрямований вплив на всі домени МКФ й компоненти HRQoL спроможна лише мультидисциплінарна реабілітаційна команда (МДПК). У межах мультидисциплінарного підходу фахівці різних напрямів — лікар фізичної та реабілітаційної медицини, фізичний терапевт, ерготерапевт, психолог/психотерапевт, терапевт мови та мовлення, соціальний працівник, медсестра з реабілітації, а також сам пацієнт і його родина — працюють не як ізольовані спеціалісти, а за принципами трансдисциплінарності та синергії. Команда проводить первинне комплексне оцінювання функціонального профілю пацієнта із застосуванням клінічних та інструментальних методів, формує мультидисциплінарний реабілітаційний діагноз, узгоджує зіставні SMART-цілі (короткострокові та довгострокові), розробляє персоналізований Індивідуальний план реабілітації (ІПР) і проводить регулярні командні збори (командні сесії) для динамічного моніторингу прогресу та корекції програми.

Визначення ефективності відновлення вимагає глибинного інтегрованого аналізу: об'єктивні клініко-функціональні зрушення (такі як збільшення амплітуди рухів у суглобах, нарощування м'язової сили чи поліпшення когнітивних функцій) далеко не завжди лінійно корелюють із підвищенням суб'єктивної якості життя. На підсумкове благополуччя людини суттєво впливають психоемоційний статус, рівень тривожності, наявність та вираженість

депресивного синдрому, хронічний больовий синдром, середовищні бар'єри (неадаптоване житло, відсутність безбар'єрного простору), наявність соціально-побутової підтримки та реальна можливість повернення до професійної діяльності чи рекреаційної активності.

Таким чином, систематична та комплексна оцінка динаміки функціонального стану відповідно до основних компонентів МКФ у поєднанні з моніторингом показників HRQoL дає можливість об'єктивно визначити, наскільки ізольовані клінічні здобутки й відновлені фізіологічні функції трансформуються у реальну побутову автономію пацієнта, його повноцінну соціально-рольову інтеграцію та загальну задоволеність якістю власного життя.

Висновки. Мультидисциплінарна реабілітація є ключовим елементом біопсихосоціальної моделі допомоги, який забезпечує відновлення автономії, активності та соціальної участі пацієнта шляхом командної взаємодії та імплементації засад МКФ. Оцінювання її ефективності вимагає поєднання об'єктивних клініко-функціональних показників із суб'єктивним аналізом якості життя, пов'язаної зі здоров'ям (HRQoL), що створює підґрунтя для персоніфікованого реабілітаційного планування та досягнення максимального рівня життєдіяльності особи.

Сергета І. В.

**НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА “ЛАБОРАТОРНА ПРАКТИКА” ЗА
СПЕЦІАЛЬНІСТЮ “ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я” ГАЛУЗІ ЗНАНЬ
“ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ТА СОЦІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ” ТА ЇЇ
МІСЦЕ У ПРОЦЕСІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАКТИКО-ОРІЄНТОВАНОЇ
ПІДГОТОВКИ
МАЙБУТНІХ ДОКТОРІВ ФІЛОСОФІЇ**

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Вступ. Освітньо-науковий рівень вищої освіти передбачає підготовку фахівців, які здатні генерувати нові наукові ідеї, розв'язувати комплексні дослідницькі проблеми, здійснювати інноваційно-значущу професійну діяльність, а також володіють методологією наукової і педагогічної роботи з подальшим виконанням оригінального наукового дослідження, результати якого мають наукову новизну, теоретичну та практичну значущість. Саме тому однією з пріоритетних навчальних дисциплін, яка вимагає на урахування та використання є навчальна дисципліна “Лабораторна практика”.

Загалом практико-орієнтоване навчання являє собою чітко окреслений підхід до організації освітнього процесу, який зосереджений на створенні відповідних умов для набуття знань і навичок шляхом запровадження реальної або змодельованої професійної діяльності, головною метою якої є перетворення фундаментальної теоретичної інформації на прикладні професійні вміння і трудові навички задля швидкої адаптації майбутніх фахівців на ринку праці. Причому в цілому ряді досліджень визначено, що реалізація компетентнісного

підходу в структурі вітчизняної системи освіти вимагає кардинальних змін усіх її компонентів, включно з формуванням змісту, методів і технологій навчання. Дійсно, активне впровадження практико-орієнтованих технологій навчання як важливого компоненту здобуття освіти слід вважати своєчасним та перспективним, адже це дозволить підготувати фахівця з високим рівнем функціональної готовності професійно-значущого змісту, спрямованої на оперативне виконання професійних завдань.

Основна частина. Навчальна дисципліна “Лабораторна практика” за спеціальністю “Громадське здоров’я” галузі знань “Охорона здоров’я та соціальне забезпечення” спрямована на поглиблення професійних і дослідницьких компетентностей у сфері лабораторного забезпечення вирішення пріоритетних гігієнічних та медико-профілактичних досліджень та орієнтована на формування здатності самостійно планувати, виконувати і, що дуже важливо, критично аналізувати результати лабораторних досліджень у контексті наукової та експертної діяльності.

Тому як головною метою викладання дисципліни слід відзначити формування та розвиток у здобувачів третього (освітньо-наукового) рівня експертних клініко-аналітичних і дослідницьких компетентностей у галузі гігієни та професійної патології, необхідних для самостійного планування, виконання та науково обґрунтованої інтерпретації лабораторних і інструментальних досліджень факторів виробничого та навколишнього середовища, оцінки професійних ризиків, раннього виявлення донозологічних зрушень, клінічно-значущих змін і професійно-зумовленої патології, а також розробки та впровадження ефективних профілактичних і управлінських рішень у системі охорони здоров’я та громадського здоров’я.

Натомість основними завданнями навчальної дисципліни є: опанування сучасних лабораторних методів гігієнічної оцінки фізичних, хімічних і біологічних факторів виробничого та навколишнього середовища; формування навичок планування та організації лабораторних досліджень відповідно до мети наукових, епідеміологічних і клініко-гігієнічних робіт; засвоєння принципів стандартизації, валідації та контролю якості лабораторних методик із дотриманням вимог GLP, ISO та біобезпеки; набуття практичних умінь інтерпретації лабораторних показників у контексті оцінки професійних ризиків, донозологічних зрушень, клінічно-значущих змін і професійно-зумовленої патології; інтеграція лабораторних результатів з даними гігієнічних, клінічних і епідеміологічних досліджень для наукового аналізу; розвиток здатності до критичного аналізу наукових даних, формулювання обґрунтованих висновків і наукових гіпотез; формування навичок підготовки наукових матеріалів (протоколи досліджень, аналітичні звіти, розділи дисертації, публікації тощо); оволодіння методами використання лабораторних даних для обґрунтування профілактичних, експертних та управлінських рішень у сфері гігієни та професійної патології; дотримання етичних принципів і вимог академічної доброчесності у лабораторній, навчальній та, передусім, науково-дослідній діяльності.

У межах дисципліни здобувачі освіти опановують сучасні лабораторні методи оцінки впливу фізичних, хімічних і біологічних чинників виробничого та навколишнього середовища на організм людини, методики лабораторного супроводу епідеміологічних і клініко-гігієнічних досліджень, а також підходи до виявлення донозологічних зрушень у стані здоров'я і клінічних змін та професійно-зумовленої патології. Для проведення занять використовуються лабораторії кафедр загальної гігієни та екології, епідеміології, соціальної медицини та організації охорони здоров'я університету і лабораторії обласного Центру контролю та профілактики хвороб.

Лабораторна практика забезпечує інтеграцію лабораторних даних з результатами гігієнічних спостережень, оцінкою професійних ризиків та розробкою профілактичних і управлінських рішень у сфері охорони здоров'я працюючого населення. Важливою складовою є формування навичок наукової інтерпретації результатів, підготовки публікацій, розділів дисертації, експертних висновків та використання лабораторних доказів у практиці громадського здоров'я. Засвоєння дисципліни сприяє підготовці конкурентоспроможних науково-педагогічних і практичних кадрів у галузі гігієни, профілактичної медицини та громадського здоров'я.

Висновки. В роботі визначені місце і роль викладання навчальної дисципліни “Лабораторна практика” за спеціальністю “Громадське здоров'я” галузі знань “Охорона здоров'я та соціальне забезпечення” у процесі забезпечення практико-орієнтованої підготовки майбутніх докторів філософії.

Думич Т. І., Панчишин Н. Я.

НАНОТЕХНОЛОГІЇ У ВИМІРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я: БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ТА РЕГУЛЯТОРНІ ВИКЛИКИ

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України

Вступ. Нанотехнології є одним із перспективних напрямів розвитку сучасної медицини, що охоплює діагностику, цільову доставку лікарських засобів, генотерапію, виготовлення антимікробних агентів, вакцин та інші терапевтичні технології. Використання широкого спектра наноматеріалів, від ліпідних і полімерних носіїв до металевих наночастинок, вуглецевих наноструктур та біогенних екзосом, дає змогу оптимізувати фармакокінетичні властивості препаратів і підвищувати їхню селективність. Проте унікальні фізико-хімічні характеристики наноматеріалів зумовлюють специфічні взаємодії з біологічними системами, наслідки яких не завжди можна передбачити.

З позицій громадського здоров'я наномедицина є не лише сукупністю інноваційних технологій для лікування окремого пацієнта, а й напрямом, що може впливати на безпеку населення, доступність медичних технологій, організацію системи охорони здоров'я та суспільне сприйняття інновацій. Тому

відповідальне впровадження наномедичних технологій потребує одночасного врахування потенційної користі, ризиків і невизначеності.

Основна частина. Одним із ключових викликів клінічного застосування нанотехнологій є оцінювання їхньої біологічної безпеки. Механізми токсичності наноматеріалів пов'язані з особливостями їх транспорту через біологічні бар'єри, взаємодією із клітинними мембранами та органелами. Біологічні ефекти наночастинок залежать від їх розміру, форми, поверхневого заряду та способу введення. При цьому потенційними наслідками є цитотоксичність, запальні та імунні реакції, генотоксичність і біоаккумуляція. Клінічна трансляція також є проблематичною, адже складність відтворюваності доклінічних результатів, масштабування виробництва та контролю якості ускладнюють розроблення й регуляторне оцінювання наномедичних продуктів.

Біоетичний вимір застосування нанотехнологій охоплює питання безпеки пацієнтів, інформованої згоди, захисту приватності, справедливості доступу та застосування принципу обережності. Технологічна складність таких втручань та наявність невизначеності щодо віддалених наслідків ускладнюють процес отримання інформованої згоди. Тому в умовах невизначеності реалізація принципу автономії потребує доступної для пацієнта комунікації, що включає не лише очікувані переваги, а й відомі обмеження та невизначеність доказів. Принцип справедливості актуалізує питання доступності інноваційних технологій, адже їхня висока вартість може посилювати нерівність у доступі до медичної допомоги.

Крім того, ризики не обмежуються пацієнтами, адже професійний контакт із наноматеріалами потребує окремої уваги з позицій охорони праці та громадського здоров'я. Вплив наноматеріалів може відбуватися під час їх виробництва, транспортування, використання та утилізації. ВООЗ зазначає, що працівники є однією з груп населення, які можуть мати безпосередній професійний контакт із виготовленими наноматеріалами, що обґрунтовує необхідність спеціальних заходів управління ризиками. Крім того, потенційне потрапляння наноматеріалів у навколишнє середовище актуалізує питання щодо їхнього впливу не лише на людину, а й на екосистеми.

Висновки. Нанотехнології мають значний потенціал для розвитку охорони здоров'я, однак їх широке впровадження потребує врахування невизначеності щодо біологічної безпеки, довгострокових наслідків та можливих соціальних і екологічних ризиків. З позицій громадського здоров'я оцінювання наномедичних технологій має охоплювати не лише ефективність і безпеку для пацієнта, а й ризики для працівників, довкілля, доступність інновацій та якість регуляторного контролю. Отже, пріоритетом має бути формування системи управління ризиками, яка забезпечує безпечне, етично обґрунтоване та справедливе впровадження нанотехнологій, створюючи умови для відповідального розвитку інновацій.

Запорожан Л. П.¹, Феш М. С.², Мазій Н. Г.³, Литвинова О. Н.¹, Дячишин В. І.²

ОЖИРІННЯ ТА ЛЮДСЬКИЙ КАПІТАЛ В УКРАЇНІ: СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ РИЗИКИ І ПРІОРИТЕТИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського;
ДНТ «Львівський національний медичний університет імені Данила
Галицького»; Національний університет «Львівська політехніка»

Вступ. Ожиріння є хронічним багатофакторним станом, наслідки якого впливають не лише на індивідуальне здоров'я, а й на тривалість активного життя, участь у праці та освіті, потребу в медичних і соціальних ресурсах. Для України проблема посилюється демографічними втратами, міграцією, воєнними ризиками та обмеженістю ресурсів системи охорони здоров'я. Тому ожиріння доцільно розглядати як чинник збереження людського капіталу та об'єкт міжсекторальної політики.

Основна частина. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у 2022 р. ожиріння мали близько 16 % дорослого населення світу, тоді як віковостандартизована оцінка для України становила 23,6 %. За результатами COSI 2023–2024 надлишкову масу тіла або ожиріння мали 21,9 % семирічних дітей в Україні. Це обґрунтовує необхідність регулярного стандартизованого моніторингу та ранньої профілактики.

Вплив ожиріння на людський капітал формується через медичні, соціальні та економічні канали. Підвищення ризику неінфекційних захворювань і функціональних обмежень скорочує період повноцінної участі людини у трудовому та суспільному житті. Вагова стигма може погіршувати взаємодію з медичними працівниками, відтерміновувати звернення по допомогу та посилювати нерівність у доступі до послуг. Репродуктивні ризики слід трактувати на індивідуальному рівні, не переносячи клінічні асоціації безпосередньо на демографічну динаміку країни.

Економічний тягар охоплює прямі витрати на медичну допомогу та непрямі втрати через абсентеїзм, презентеїзм, нижчу зайнятість і передчасний вихід з ринку праці. За модельними оцінками World Obesity Federation, глобальний економічний вплив надлишкової маси тіла та ожиріння становив 1,96 трлн дол. США у 2020 р. і може досягти 4,32 трлн дол. у 2035 р. Для України пряме перенесення цих оцінок некоректне; національна модель має спиратися на власні дані про використання медичних ресурсів, тимчасову непрацездатність, зайнятість і продуктивність. Практичними пріоритетами є епіднагляд, раннє виявлення ризиків у первинній допомозі, доступ до доказового лікування, антистигматизаційна комунікація, підтримка здорового харчового середовища й фізичної активності та економічне оцінювання профілактичних програм.

Висновки. 1. Ожиріння в Україні є медико-соціальним та економічним ризиком для людського капіталу, пов'язаним із втратою здорових років життя та працездатності.

2. Політика протидії ожирінню має поєднувати епіднагляд, ранню профілактику, доступне лікування, зменшення вагової стигми та середовищні заходи.

3. Доцільним є розроблення української моделі оцінювання економічного тягара ожиріння з урахуванням медичних витрат, зайнятості та продуктивності праці.

Дехтяр О. Г.

**ПРАВОВІ ТА ЕТИЧНІ ОРІЄНТИРИ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО
ПРАЦІВНИКА В КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ: ПРАКТИКО-
ОРІЄНТОВАНИЙ ПІДХІД ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ**
КЗФПО «Івано-Франківський медичний фаховий коледж» Івано-Франківської
обласної ради, м. Івано-Франківськ, Україна

Вступ. Повномасштабна війна, надзвичайні події, масове надходження постраждалих, дефіцит часу та ресурсів змінюють організаційні умови надання медичної допомоги, але самі по собі не означають автоматичного припинення прав пацієнта чи професійних обов'язків медичного працівника; можливі обмеження мають ґрунтуватися на законі та застосовуватися в установлених ним межах. У кризовій ситуації клінічне рішення майже завжди має правовий та етичний вимір: потрібно одночасно діяти швидко, зберігати життя і здоров'я пацієнта, поважати його гідність, забезпечувати конфіденційність, належно комунікувати та документувати професійні дії. Саме тому правова компетентність майбутнього медичного працівника має формуватися не як механічне знання нормативних актів, а як здатність застосовувати правову норму в умовах обмеженого часу і підвищеного ризику.

Нормативну основу такого підходу становлять Конституція України, Основи законодавства України про охорону здоров'я, Цивільний кодекс України, Закон України «Про екстрену медичну допомогу» та законодавство про захист персональних даних. Вони закріплюють право на охорону здоров'я і медичну допомогу, вимоги щодо згоди на медичне втручання, право на інформацію про стан здоров'я, медичну таємницю та загальні засади надання екстреної медичної допомоги.

Основна частина. У кризових умовах особливого значення набуває правильне співвідношення автономії пацієнта та обов'язку медичного працівника діяти в інтересах збереження життя. За загальним правилом медичне втручання потребує згоди пацієнта. Водночас закон передбачає виняток для невідкладних ситуацій: коли існує реальна або пряма загроза життю і з об'єктивних причин неможливо отримати згоду пацієнта чи законного представника, допомога може бути надана без такої згоди. Для практичної підготовки студентів важливо наголошувати, що це не «скасування» права на автономію, а спеціальна правова модель для порятунку життя за чітко визначених обставин. Після стабілізації стану пацієнта загальні правила інформування та отримання згоди відновлюють повне значення.

Не менш важливим є питання конфіденційності. Воєнний стан, евакуація, робота у тимчасових пунктах допомоги, велика кількість постраждалих або

присутність сторонніх осіб не створюють автоматичного дозволу на вільне поширення медичної інформації. Дані про факт звернення по медичну допомогу, стан здоров'я, діагноз, результати обстежень та інші відомості про пацієнта мають використовуватися лише в межах законних повноважень і професійної необхідності. Особливої уваги потребує цифрова поведінка: фотографування пацієнта, пересилання медичних документів через неофіційні канали або публікація матеріалів у соціальних мережах можуть створювати ризик неправомірного розголошення інформації та порушення прав пацієнта.

Кризова медицина також ставить складні питання пріоритетності допомоги. За масового надходження постраждалих рішення повинні спиратися на затверджені медичні стандарти та організаційні алгоритми, а не на особисте ставлення до людини, її соціальний статус чи інші суб'єктивні характеристики. Етична складова такого рішення полягає у справедливості, професійній неупередженості та максимальному використанні наявних ресурсів для збереження життя і здоров'я найбільшої кількості осіб. Правова складова вимагає діяти в межах компетенції, дотримуватися чинних стандартів та забезпечувати належну фіксацію професійно значущих обставин.

Окремим елементом правової безпеки є документування. У кризовій ситуації медичний працівник часто працює під значним фізичним і психологічним навантаженням, проте саме медична документація надалі дозволяє відтворити фактичні обставини: стан пацієнта, час і зміст втручання, підстави для невідкладного рішення, факт відмови від запропонованої допомоги, передачу пацієнта іншому фахівцю чи закладу. Тому документування слід розглядати не як формальність, а як складову безперервності медичної допомоги, захисту прав пацієнта та правової захищеності медичного працівника.

Для професійної підготовки здобувачів медичної освіти доцільно застосовувати практико-орієнтовану модель: «правова норма — ситуація — алгоритм дій — документування — аналіз наслідків». Наприклад, студенту пропонується випадок непритомного потерпілого з безпосередньою загрозою життю; відмова повнолітнього дієздатного пацієнта від втручання; звернення родичів з вимогою повідомити діагноз; масове надходження постраждалих після надзвичайної події. Завдання полягає не в цитуванні закону, а у визначенні юридично значущих фактів, меж професійних повноважень і послідовності правомірних дій.

Такий підхід дозволяє поєднати медичне право з професійною етикою. Студент має навчитися не лише визначати, що дозволено законом, а й пояснювати рішення пацієнтові або його близьким коректно, без приниження гідності, тиску чи дискримінації. У кризі якість комунікації безпосередньо впливає на довіру до медичного працівника і до системи охорони здоров'я. Тому правова грамотність, етична чутливість і комунікаційна компетентність повинні формуватися як взаємопов'язані складові професійної готовності.

Для керівника або відповідальної особи медичного підрозділу етичний і правовий вимір доповнюється управлінським. Організаційні рішення щодо розподілу ресурсів, маршрутизації пацієнтів, доступу до інформації, внутрішньої комунікації та забезпечення безпеки персоналу мають бути передбачуваними,

обґрунтованими і заснованими на однакових правилах для порівнюваних ситуацій. Це зменшує ризик випадкових рішень, конфліктів та правових претензій і водночас створює для персоналу зрозумілу модель поведінки в умовах стресу.

Висновки. 1. Воєнний стан і надзвичайні події не означають автоматичного скасування прав пацієнта; спеціальні механізми дій або обмеження можуть застосовуватися лише за наявності передбачених законом підстав.

2. Ключовими правовими орієнтирами медичного працівника у кризі є збереження життя і здоров'я, повага до гідності, законність медичного втручання, конфіденційність, дія в межах професійної компетенції та належне документування.

3. Практико-орієнтоване викладання медичного права доцільно будувати на ситуаційних задачах і алгоритмах, що моделюють реальні кризові обставини та вимагають від студента юридично обґрунтованого рішення.

4. Поєднання правової, етичної та комунікаційної підготовки підвищує готовність майбутнього медичного працівника діяти професійно в умовах дефіциту часу, невизначеності та підвищеної відповідальності.

Грузєва Т. С.^{1,2}, Іншакова Г. В.^{1,2}, Шестак Н. В.²

РЕЗУЛЬТАТИ ПЕРВИННОГО ОЦІНЮВАННЯ ОСВІТНІХ ПОТРЕБ НАДАВАЧІВ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У КОНТЕКСТІ РОЗВИТКУ ІНТЕГРОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (м. Київ, Україна)

²ДНУ «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» ДУС
(м. Київ, Україна)

Вступ. В основі інтегрованої медичної допомоги лежить узгоджена міжрівнева взаємодія надавачів медичної допомоги, безперервність маршрутів пацієнтів, ефективна командна робота та орієнтованість медичних послуг на потреби пацієнта і громади. Успішна реалізація цих підходів вимагає професійних компетентностей надавачів медичних послуг та їхньої готовності застосовувати відповідні принципи у практичній діяльності. Важливим інструментом фахової підтримки таких змін є безперервний професійний розвиток (БПР), ефективність якого потребує попереднього визначення актуальних освітніх потреб.

Основна частина. Дослідження проведено шляхом анонімного опитування 132 надавачів медичних послуг. У структурі учасників переважали жінки, які становили 78,0% опитаних. Найбільшу вікову групу сформували особи віком понад 50 років – 42,4%. Професійний стаж понад 20 років мали 58,3% респондентів. За професійним складом переважали лікарі-спеціалісти, які становили 39,4% учасників, керівники структурних підрозділів – 18,2%, середній медичний персонал – 13,6%, керівники закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) – 9,1%.

Оцінювання організаційних передумов інтегрованої допомоги показало, що переважна більшість респондентів (74,2%) зазначила наявність у їхніх ЗОЗ клінічних маршрутів пацієнта, ще 11,4% вказали на їх часткове впровадження. Рівень координації між різними рівнями медичної допомоги оцінювався переважно позитивно. Оцінки 4-5 балів надали 69,7% опитаних, що свідчить про сформовані, але не повною мірою реалізовані організаційні механізми взаємодії.

Висока залученість опитаних до БПР підтверджується тим, що 93,9% з них брали участь у заходах БПР протягом останніх 12 місяців. Найчастіше використовувалися онлайн-курси, які обрали 74,2% опитаних, конференції та конгреси – 66,7%, тематичні курси – 51,5%, тренінги та практичні семінари – 47,0%. Що стосується труднощів професійного навчання, то три чверті респондентів визначили основною перешкодою нестачу часу, 54,5% вказали на фінансові обмеження, 19,7% – на недостатню доступність якісних освітніх заходів. Отже, висока потреба у професійному розвитку поєднується з організаційними та ресурсними обмеженнями його реалізації.

Більшість учасників демонструвала високу самооцінку компетентностей, необхідних для інтегрованої медичної допомоги. Найвищою була оцінка компетентності у комунікації з пацієнтом та родиною, середнє значення становило 4,1 бала за 5-бальною шкалою, а 81,1% респондентів оцінили її на 4-5 балів. Міжпрофесійну взаємодію на 4-5 балів оцінили 78,8%, координацію між рівнями допомоги – 72,7%. Дещо нижчі були оцінки знань принципів інтегрованої допомоги (середнє значення становило 3,7 бала), орієнтації на потреби громади (3,75 бала), використання електронних систем (3,8 бала).

Порівняння оцінки важливості компетентностей з поточним рівнем їх сформованості вказало на наявність освітніх розривів. Найбільш актуальними виявилися компетентності, пов'язані з веденням пацієнтів з коморбідними станами, використанням даних електронної системи охорони здоров'я для моніторингу результатів та координацією переходу пацієнта між рівнями медичної допомоги. Це вказує на необхідність орієнтації програм БПР не лише на поглиблення клінічних знань, а й на розвиток організаційних, комунікативних та цифрових компетентностей.

Структура пріоритетних освітніх потреб додатково підтвердила необхідність комплексного підходу до формування програм БПР. Найчастіше респонденти обирали тематику доказових клінічних настанов в міждисциплінарній практиці, а також запобігання професійному вигоранню та забезпечення резильєнтності у командній роботі – кожну з цих тем зазначили по 50,0% учасників. Міжпрофесійну взаємодію та командну роботу, а також клінічні маршрути пацієнта і кейс-менеджмент обрали по 46,2% респондентів, координацію допомоги між рівнями – 41,7%, ведення пацієнтів з хронічними та коморбідними станами – 38,6%.

Слід зазначити, що важливою передумовою результативності освітніх заходів є готовність працівників застосовувати отримані знання у професійній діяльності. Намір використовувати нові знання з інтегрованої допомоги оцінили на 4-5 балів 82,6% респондентів. Власну здатність змінювати професійну поведінку після навчання відзначило 84,1% учасників. Підтримку впровадження

змін з боку професійного середовища зазначили 75,8% респондентів. Водночас лише наявність мотивації не гарантує реалізації освітніх результатів, оскільки основними бар'єрами залишаються дефіцит часу та фінансові обмеження.

Потреба в адаптації формату БПР підтверджується також готовністю респондентів виділяти час на професійне навчання. Понад 5 годин на місяць готові приділяти навчанню 51,5% опитаних, ще 28,8% можуть виділяти 2-5 годин. Отже, значна частина медичних працівників має потенційну готовність до систематичного навчання, проте освітні програми мають враховувати обмежені часові та фінансові ресурси, зокрема передбачати гнучкі та доступні формати.

Висновки. Первинне оцінювання освітніх потреб надавачів медичних послуг засвідчило високий рівень залученості до БПР, проте виявило потребу в подальшому вдосконаленні компетентностей, необхідних для реалізації інтегрованої медичної допомоги. Найбільш актуальними напрямками є координація допомоги між рівнями, міжпрофесійна командна робота, ведення пацієнтів з коморбідними станами, використання даних електронної системи охорони здоров'я та застосування доказових клінічних підходів.

Отримані результати свідчать про доцільність формування програм БПР на основі системного оцінювання освітніх потреб з поєднанням клінічних, організаційних, комунікативних і цифрових компетентностей. Водночас їх реалізація має враховувати основні бар'єри, насамперед нестачу часу та фінансові обмеження.

Гуцук І. В., Кушнірук Г. А.

СУЧАСНИЙ СТАН МІЖВІДОМЧОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЦЕНТРАЛЬНИХ ОРГАНІВ ВИКОНАВЧОЇ ВЛАДИ В СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Національний університет «Острозька академія»

Вступ. Сучасне громадське здоров'я є комплексною сферою, на стан якої впливають медичні, соціальні, економічні, екологічні та поведінкові детермінанти. Відповідно, забезпечення здоров'я населення не може бути виключною відповідальністю системи охорони здоров'я та потребує узгодженої діяльності різних органів державної влади. Особливого значення набуває міжвідомча взаємодія центральних органів виконавчої влади, оскільки саме на центральному рівні формуються та координуються державні політики, визначаються механізми реагування на загрози громадському здоров'ю та забезпечується нормативне й організаційне забезпечення відповідних заходів.

Основна частина. Нормативною основою функціонування системи громадського здоров'я в Україні є Закон України «Про систему громадського здоров'я», який визначає засади функціонування системи, її суб'єктів та принципи діяльності. Важливе значення також має Стратегія розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року, яка орієнтує державну політику на посилення профілактичної спрямованості, міжсекторальної взаємодії та формування сприятливих умов для збереження здоров'я населення.

Координаційна роль у реалізації державної політики належить Кабінету Міністрів України, тоді як Міністерство охорони здоров'я України забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я. Важливою складовою системи є Центр громадського здоров'я, Центри контролю та профілактики хвороб, діяльність яких пов'язана, зокрема, з епідеміологічним наглядом, аналізом інформації, оцінюванням ризиків та методичним забезпеченням. Водночас до вирішення питань громадського здоров'я залучаються й інші центральні органи виконавчої влади відповідно до їхніх повноважень: у сферах освіти, соціального захисту, охорони довкілля, безпечності харчових продуктів, цивільного захисту, оборони та інших напрямів.

Одним із ключових проявів міжвідомчої взаємодії є епідеміологічний нагляд та обмін інформацією. Ефективне виявлення загроз потребує отримання, узагальнення та оперативного використання даних з різних секторів. Не менш важливими є спільне реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я, забезпечення безпечності харчових продуктів і води, контроль факторів довкілля, профілактика інфекційних та неінфекційних захворювань, а також ризикова комунікація з населенням.

Перспективним напрямом міжсекторальної взаємодії є реалізація підходу «Єдине здоров'я», який ґрунтується на взаємопов'язаності здоров'я людей, тварин і стану довкілля. Практичне застосування цього підходу передбачає спільне виявлення та оцінювання ризиків, обмін інформацією між секторами, узгодження профілактичних заходів і координацію реагування. Особливого значення це набуває у сфері зоонозів, безпечності харчових продуктів, антибіотикорезистентності та інших загроз, що виходять за межі одного сектора.

Попри сформовану нормативно-інституційну основу, ефективність взаємодії може обмежуватися низкою чинників. Серед них, зокрема, фрагментація інформаційних ресурсів, використання різних форматів даних, нерівномірність кадрової та інституційної спроможності, ризик дублювання функцій або нечіткого розподілу відповідальності. Додатковим викликом є необхідність узгодження державних політик, які належать до різних секторів, але мають спільний вплив на здоров'я населення.

Посилення міжвідомчої взаємодії потребує переходу від ситуативної координації до системної моделі спільного управління ризиками. Важливими механізмами можуть бути єдині протоколи обміну інформацією, інтеграція та сумісність інформаційних систем, чітке визначення координатора і відповідальних співвиконавців, регулярне спільне оцінювання ризиків та проведення міжвідомчих навчань. Доцільним є також запровадження спільних індикаторів результативності, які дозволять оцінювати не лише діяльність окремих органів, а й результати спільних заходів.

Подальший розвиток системи пов'язаний із цифровізацією міжвідомчого обміну даними, інституціоналізацією підходу «Єдине здоров'я», посиленням оцінки впливу державних політик на здоров'я населення та розвитком компетентностей фахівців у сфері міжсекторальної координації. Важливо забезпечити взаємозв'язок центральних механізмів координації з регіональними та місцевими системами громадського здоров'я, оскільки реалізація державної

політики значною мірою залежить від її практичного впровадження на відповідних територіях.

Висновки. Сучасна система громадського здоров'я України має нормативну та інституційну основу для міжвідомчої взаємодії центральних органів виконавчої влади. Водночас подальше підвищення її ефективності потребує вдосконалення механізмів координації, інтеграції інформаційних ресурсів, чіткого розподілу відповідальності та використання спільних критеріїв оцінювання результатів. Реалізація принципів «Єдиного здоров'я» та «Здоров'я у всіх політиках» створює передумови для переходу до більш комплексного управління ризиками для здоров'я населення та посилення міжсекторального характеру державної політики.

Волотовська Н. В., Скуловатова О. В.

ТВОРЧИСТЬ ЯК РЕСУРС ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я: ФІЗІОЛОГІЧНІ, СОЦІАЛЬНІ ТА ЕКОНОМІЧНІ МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ СТІЙКОСТІ СУСПІЛЬСТВА І ОСОБИСТОСТІ

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
МОЗ України, Білоцерківський національний аграрний університет

Актуальність. Тривале психоемоційне, інформаційне та економічне навантаження створює ризики для фізичного та психічного здоров'я населення, знижує адаптаційні ресурси людини та може збільшувати навантаження на системи охорони здоров'я, соціального захисту, освіти та праці. Традиційно, творчість розглядається переважно в межах культурного виміру соціуму, проте сучасні дані про її психофізіологічні механізми впливу дозволяють розглядати творчі практики як потенційний ресурс підтримки стійкості не лише окремої людини, а й соціуму. Особливого значення такий підхід набуває для громадського здоров'я, оскільки творчі практики можуть інтегруватися в діяльність закладів культури, освіти, лікування та реабілітації, а також соціальної підтримки. Їх системне впровадження в довгостроковій перспективі зменшить навантаження на окремі сектори суспільства.

Предмет дослідження. Потенціал творчих практик як багаторівневого ресурсу громадського здоров'я та механізми їх впливу на фізіологічну, психологічну, соціальну та економічну стійкість суспільства.

Об'єкт дослідження. Різні варіації мистецьких практик

Мета. Обґрунтування можливості розгляду творчості як ресурсу громадського здоров'я та визначення фізіологічних та потенційних економічних механізмів, через які її системне впровадження на різних рівнях може сприяти формуванню стійкості населення.

Способи та методи дослідження. Аналіз наукових даних щодо нейрофізіології творчої діяльності для виявлення економічних ефектів від творчих практик.

Отримані результати. Творчість – це складний інтегративний процес, що поєднує когнітивні, сенсорні, моторні та емоційні механізми. За сприятливих умов творча діяльність може створювати передумови для регуляції функціонального стану, відновлення відчуття контролю та агентності, емоційного самовираження, соціальної взаємодії й проживання стресу. Встановлено доцільність розгляду творчості на декількох взаємопов'язаних рівнях.

На індивідуальному рівні – творчі практики можуть використовуватися як досутпний ресурс саморегуляції, підтримки когнітивної активності та відновлення.

На рівні установи інтеграція творчих практик у діяльність медичних, освітніх, культурних, реабілітаційних та соціальних установ може сприяти формуванню більш сприятливого психоемоційного середовища для пацієнтів, працівників, здобувачів освіти тощо.

На рівні громади творчість може створювати додаткові можливості для соціальної взаємодії, залученості різних груп населення, міжпоколіннєвих комунікацій та формування локальної ідентичності й взаємопідтримки.

На рівні системи громадського здоров'я творчі практики можуть розглядатися як один із компонентів профілактичних і health-promotion підходів, доповнюючи медичні, психологічні, освітні та соціальні заходи.

Важливим є також і потенційний економічний вимір такого підходу. Профілактична орієнтація творчих програм може бути пов'язана із зменшенням наслідків психоемоційного виснаження, підтримкою працездатності, соціальної активності та якості життя. Використання ресурсів, які вже існують у культурних, освітніх, медичних і громадських установах, створює можливості для міжсекторальних програм без необхідності формування окремої інфраструктури для кожної сфери.

Практичним підтвердженням актуальності такого міжсекторального підходу в Україні є розвиток ініціативи Healing Arts Ukraine, підтриманої ВООЗ, та проведення Конгресу мистецтва для здоров'я, у межах якого окрему увагу було приділено моделі «Мистецтво за рецептом» та можливості її імплементації в системи охорони здоров'я.

Водночас творчість не слід розглядати як універсальний або автоматично терапевтичний засіб. Її ефективність залежить від контексту, добровільності участі, безпеки, доступності, професійної організації програм та відповідності потребам конктрених груп населення.

Висновок. Економічна перспективність визначення творчості як перспективного міжсекторального ресурсу громадського здоров'я дає можливість впливати на кілька вимірів суспільства – культурний, тілесний, психоемоційний, когнітивний, смисловий та соціальний. Потенційна цінність творчості для громадського здоров'я полягає не лише у безпосередньому впливі на емоційний стан людини, а й у можливості формування стійкої багаторівневої системи, у якій культура, освіта, медицина, соціальна сфера і громадські ініціативи взаємодіють задля підтримки здоров'я населення. Це створює підстави для подальшого дослідження творчості як компонента сучасної

політики громадського здоров'я та розвитку моделей Healing Arts, серед яких «Мистецтво за рецептом», орієнтованих не лише на відновлення окремої людини, а й на формування стійких громад і суспільства.

Горнік І. А.^{1,2}

УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Національний університет "Києво-Могилянська академія", Київ, Україна;
Гастроцентр Olumed, Київ, Україна;

Вступ. Якість медичної допомоги є одним із ключових критеріїв ефективності функціонування сучасної системи охорони здоров'я. Заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) є складними організаційними системами, у межах яких якість допомоги формується під впливом значної кількості взаємопов'язаних факторів: кадрових і матеріально-технічних ресурсів, організації роботи, клінічних процесів, комунікації між працівниками, доступності інформації, управлінських рішень та особливостей взаємодії з пацієнтом. Відповідно, забезпечення якості не може обмежуватися контролем окремих клінічних процедур або діяльності конкретного працівника, а потребує комплексного організаційного підходу. Згідно з сучасними визначеннями, якісна система охорони здоров'я має бути доступною, відповідною, своєчасною, економічно ефективною, інтегрованою, безпечною та орієнтованою на пацієнта. Забезпечення цих характеристик вимагає відходу від застарілих методів управління та впровадження науково обґрунтованих моделей менеджменту якості, що є критично важливим для успішної трансформації вітчизняної системи охорони здоров'я.

Основна частина. Фундаментальною концепцією оцінювання якості залишається модель Аведіса Донабедіана «структура–процес–результат». Структура охоплює матеріально-технічні та кадрові ресурси, професійну компетентність персоналу й організаційні характеристики закладу. Процес відображає безпосереднє надання медичної допомоги, дотримання клінічних рекомендацій і стандартів, тоді як результат характеризує наслідки медичних втручань для пацієнта, включаючи клінічні результати та безпеку. Застосування цієї моделі дозволяє комплексно оцінювати якість та одночасно контролювати структурні, процесні й результуючі показники.

Важливим напрямом розвитку менеджменту якості став перехід від контролю вже допущених помилок до безперервного покращення якості (Continuous Quality Improvement, CQI). Такий підхід передбачає системний аналіз процесів, виявлення причин проблем, тестування змін та оцінювання їх результативності. Особливе значення CQI має для безпеки пацієнтів, оскільки несприятливі події можуть бути пов'язані не лише з індивідуальними помилками, а й із системними недоліками — відсутністю стандартизації, недостатньою комунікацією або неефективною організацією роботи. Тому

сучасне управління якістю має бути спрямоване на виявлення та усунення системних причин проблем.

Одним із ключових інструментів безперервного вдосконалення є цикл PDCA (Plan–Do–Check–Act), що передбачає планування змін, їх впровадження, оцінювання результатів та прийняття коригувальних дій. Циклічність цього підходу дозволяє систематично тестувати управлінські рішення та впроваджувати ефективні зміни.

Поряд із PDCA у практиці управління якістю застосовують Total Quality Management (TQM), Lean та Six Sigma. TQM орієнтований на залучення всієї організації до формування культури якості, потреби пацієнта, командну роботу та безперервне навчання персоналу. Lean спрямований на оптимізацію процесів та усунення дій, які не створюють цінності для пацієнта, тоді як Six Sigma — на зменшення варіабельності процесів і кількості дефектів на основі системного аналізу даних.

Ефективне управління якістю потребує об'єктивного вимірювання результатів. Для цього використовують індикатори структури, процесу та результату, зокрема показники ускладнень, дотримання клінічних рекомендацій, своєчасності допомоги, повторних госпіталізацій та досвіду пацієнтів. На рівні ЗОЗ важливими інструментами є стандартизація процесів, стандартні операційні процедури (СОП), внутрішній аудит та безперервне професійне навчання.

Медичні інформаційні системи розширюють можливості управління якістю завдяки автоматизованому збору та аналізу даних. Використання об'єктивних показників дозволяє своєчасно виявляти відхилення, оцінювати ефективність впроваджених змін та обґрунтовувати управлінські рішення.

Важливою умовою ефективного управління є формування культури безпеки, за якої аналіз помилок та несприятливих подій використовується для виявлення системних ризиків і запобігання їх повторенню. Такий підхід передбачає зміщення акценту з пошуку винного на аналіз причин та вдосконалення процесів.

Окремою складовою сучасної системи якості є пацієнтоорієнтованість. Потреби, цінності та безпека пацієнта мають враховуватися при організації та оцінюванні медичної допомоги. Водночас задоволеність пацієнта не може бути єдиним критерієм якості й має оцінюватися разом із клінічними результатами, показниками безпеки та процесними індикаторами.

Висновки. Управління якістю є системною функцією сучасного ЗОЗ та має охоплювати всі етапи формування медичної допомоги — від організації ресурсів і стандартизації процесів до оцінювання клінічних результатів та досвіду пацієнта. Для українських ЗОЗ пріоритетним завданням є формування сталої культури якості та безпеки, у якій управлінські рішення ґрунтуються на даних, персонал залучений до процесів удосконалення, а потреби та безпека пацієнта залишаються центральними критеріями організації медичної допомоги.

ЗМІСТ

КОНЦЕПЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ І ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ'Я. ІНФЕКЦІЙНІ ТА НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЇХ ВПЛИВ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Lototska O., Kucher S., Tripathi A.

GLOBAL EXPERIENCE IN IMPLEMENTING THE WHO INTERNATIONAL STRATEGY TO COMBAT SMOKING 3

Sokol Yu. B., Yurochko T. P.

MANAGEMENT OF THE IMPLEMENTATION OF GUARANTEED PALLIATIVE CARE AT THE HEALTHCARE FACILITY LEVEL 4

Lototska O., Danchyshyn M., Khan I.

PRIMARY CAUSES OF WATERBORNE DISEASES AND KEY STRATEGIES TO TACKLE THEM..... 5

Смірнова В. Л., Панчишин Н. Я., Галицька-Хархаліс О. Я.

АКМЕОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД ДО ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЯК ОСНОВИ ПЕРСОНАЛЬНОЇ ТА ПРОФЕСІЙНОЇ САМОРЕАЛІЗАЦІЇ..... 6

Тріщ В. І., Децик О. З.

АНАЛІЗ ПОВЕДІНКОВИХ ЧИННИКІВ РИЗИКУ, АСОЦІЙОВАНИХ ІЗ СЕКСУАЛЬНИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ У ЧОЛОВІКІВ 8

Колісник Я. І., Теренда Н. О.

ВІД БЕЗПЕКИ ПРАЦІ ДО ПРОМОЦІЇ ЗДОРОВ'Я: ДИСБАЛАНС КОМПОНЕНТІВ ЗДОРОВОГО РОБОЧОГО МІСЦЯ В УКРАЇНСЬКИХ ОРГАНІЗАЦІЯХ 10

Парижак С. Я., Теренда Н. О.

ДЕФІЦИТ АЛЬФА-1-АНТИТРИПСИНУ В УКРАЇНІ: ПЕРСПЕКТИВИ ГЕНЕТИЧНОГО ТЕСТУВАННЯ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я 11

Лотоцька О. В., Данчишин М. В., Крицька Г. А., Кашуба М. О., Сопель О. М., Пашко К. О., Федорів О. Є., Копач О. Є., Флекей Н. В., Смачило О. М.

ДИНАМІКА ТА ДЕМОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВЖИВАННЯ ТЮТЮНОВИХ І НІКОТИНОВИХ ВИРОБІВ В УКРАЇНІ У 2022–2025 РР. 13

Теренда О. А., Шульгай А. Г.

ДИНАМІКА ТА ТРЕНДИ ТЯГАРЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У СВІТІ, ЄВРОПІ ТА УКРАЇНІ У 2014–2023 РОКАХ 15

Паламар С. І., Грузєва Т. С.

ІНФОРМАЦІЙНО-АНАЛІТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ БАЗИ ДАНИХ ЗДВ У ПРОГНОЗУВАННІ ІНФЕКЦІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ 17

Вишневська Ю. А., Шкільна М. І., Івахів О. Л., Гук М. Т.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ ШКІРИ ПРИ КРОПИВ'ЯНЦІ ЗА НАЯВНОСТІ СУПУТНІХ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ ТА БЛАСТЦИСТОЗУ 19

Басараб Я. О.

КОМПЕТЕНТІСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ З ПИТАНЬ ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ: АНАЛІЗ У КОНТЕКСТІ СУЧАСНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ ВООЗ..... 20

Магас І. Ю., Брич В. В.

МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ОБҐРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ ІНТЕГРАЦІЇ ЕЛЕМЕНТІВ ПРОМОЦІЇ ЗДОРОВ'Я У ФАРМАЦЕВТИЧНУ ПРАКТИКУ НА РІВНІ ГРОМАДИ..... 23

Романюк Н. Є., Гомонець С. Я.

ОРГАНІЗАЦІЙНІ МЕТОДИ ВИЯВЛЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ II ТИПУ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я..... 25

Лучинський В. М., Лучинський М. А., Лучинська Ю. І.

ОСОБЛИВОСТІ РЕЗОРБЦІЇ ПЕРИІМПЛАНТНОЇ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОПЕНІЄЮ ПІСЛЯ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ..... 27

Лучко М. С., Смірнова В. Л.

ПОПУЛЯЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ДЕФЦИТУ ЗАЛІЗА ТА НУТРИЦІОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖІНОК ДІТОРОДНОГО ВІКУ 29

Кобринська Н. Я., Децик О. З.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ШКІДЛИВИХ ЗВИЧОК ОСІБ З РАКОМ ТА ІНШИМИ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ..... 30

Добош В. Д.

ПРОФІЛАКТИКА ОЖИРІННЯ СЕРЕД МОЛОДІ ЯК АКТУАЛЬНИЙ НАПРЯМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я..... 32

Сойма В. Р., Смірнова В. Л.

ПСИХОЕМОЦІЙНЕ НАВАНТАЖЕННЯ ТА РИЗИКИ АКАДЕМІЧНОГО ВИГОРАННЯ СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ 34

Франчук У. Я.

РАННЯ ОЦІНКА РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ НА ОСНОВІ КЛІНІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА АНГІОГЕННИХ ФАКТОРІВ..... 36

Галицька-Хархаліс О. Я., Панчишин Н. Я.

СОЦІАЛЬНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я ЯК ОСНОВА ДЛЯ МІЖСЕКТОРАЛЬНИХ СТРАТЕГІЧНИХ РІШЕНЬ..... 37

Іванченко Н. О., Брезецька О. І., Лотоцька-Дудик У. Б.

СТАН АТМОСФЕРНОГО ПОВІТРЯ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЯК ЕКОЛОГІЧНИЙ ТРИГЕР НЕІНФЕКЦІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ 39

Іванченко Н. О., Брезецька О. І., Осипова О. А.

СТОМАТОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ЛЬВІВЩИНИ: СТАН, ПРОБЛЕМИ ТА НАПРЯМИ ПРОФІЛАКТИКИ..... 41

Волотовська Н. В., Романюк Н. Є.

ФІЗІОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЛІКАРНЯНОЇ КЛОУНАДИ ЯК НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ІНТЕРВЕНЦІЇ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я..... 44

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ – СУЧАСНІ ВИКЛИКИ І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ.

Mochalov I. O.

EDUCATIONAL LOSSES IN HIGHER MEDICAL EDUCATION IN UKRAINE UNDER WARTIME CONDITIONS: MEASUREMENT AND MITIGATION 46

Логвинова О. В., Врагов Р. С.

GLOBAL AND NATIONAL CHALLENGES IN PALLIATIVE CARE: FROM STATISTICS TO EVALUATION METHODOLOGY 48

Свінцицька І. М., Смірнова В. Л.

ВИКЛИКИ ТА НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ДЕРЖАВНОГО САНИТАРНОГО НАГЛЯДУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ 50

Кий-Кокарева В. Г.

КОНЦЕПЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ 52

Проців О. Я., Шульгай А. Г., Гаврищак І. І.

МЕДИКО-САНИТАРНИЙ СТАН НАСЕЛЕННЯ ГАЛИЧИНИ НАПРИКІНЦІ XIX – НА ПОЧАТКУ XX СТ. ТА ФОРМУВАННЯ ЗАСАД НАЦІОНАЛЬНОЇ КОНЦЕПЦІЇ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я 55

Іванюшко О. В.

МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ: ВІД ПАНДЕМІЇ COVID-19 ДО ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ 57

Панчишин Н. Я., Галицька-Хархаліс О. Я., Смірнова В. Л.

МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ НАУКОВИХ ДАНИХ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЙ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я 60

Улька О. О.

МІЖСЕКТОРАЛЬНА ВЗАЄМОДІЯ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС РЕАГУВАННЯ НА КРИЗУ ВОДОПОСТАЧАННЯ ПІСЛЯ РУЙНУВАННЯ КАХОВСЬКОЇ ГЕС: ДОСВІД НІКОПОЛЬСЬКОГО РАЙОНУ 62

Повч З. В., Медведовська Н. В., Малишевська Є. М., Осауленко С. В.

ПРИРОДНИЙ ПРИРІСТ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ, УМОВИ ТА РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ 64

Антал Н. М., Брич В. В.

СИСТЕМНИЙ ПІДХІД ДО ПІДТРИМКИ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ: ВІД ВІЯВЛЕННЯ БАР'ЄРІВ ДО МІЖСЕКТОРАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ 66

Лехан В. М., Заярський М. І.

УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ «DYNAXITY» ТА ВОЄННИХ ВИКЛИКІВ 69

Романюк Л. М.

ФУНКЦІОНУВАННЯ ЦЕНТРІВ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я 71

Маланчин І. М.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНИХ ПАРАМЕТРІВ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ СТУДЕНТОК МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ПІД ЧАС ВІЙНИ, ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ 73

НАУКОВЕ ПІДґРУНТЯ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЧНИХ РІШЕНЬ В ГАЛУЗІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я. ЕКОНОМІКА ЗДОРОВ'Я ТА ПРИНЦИПИ СТАЛОГО РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА: ЧОМУ ВИГІДНО ІНВЕСТИВАТИ В ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ І КРАЇНИ.

**Mishchenko O. M., Mishchenko M. M., Voloshyna S. L., Lytvynenko O. Y.,
Mishchenko S. O.**

DIGITAL HEALTH LITERACY AS A KEY FACTOR IN IMPROVING PUBLIC
HEALTH OUTCOMES 1

Malanchuk L. M., Martyniuk V. M., Malanchuk A. S., Malanchuk S. L.

THE PUBLIC HEALTH SYSTEM AND MANAGEMENT OF PHYSIOLOGICAL
PREGNANCY: MODERN PARADIGMS, CHALLENGES, AND DEVELOPMENT
STRATEGIES..... 3

Панчишин Н. Я., Юрик О. Р.

ВПЛИВ ЕКОНОМІЧНОЇ НЕСТАБІЛЬНОСТІ НА СТАН ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я ПРАЦЕЗДАТНОГО НАСЕЛЕННЯ 4

Мокієнко А. В., Гушук І. В., Бабієнко В. В., Бережна А. В.

ГЛОБАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я: СУЧАСНИЙ СТАН ТА УКРАЇНСЬКІ РЕАЛІЇ 6

Маранов А. О.

ДИНАМІКА ОБСЯГУ ОПЛАТ ВІД НСЗУ ЗА ХІМІОТЕРАПЕВТИЧНЕ
ЛІКУВАННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ У 2021-2025 РОКАХ 8

Ващук Т. П., Теренда Н. О.

ЗАДОВОЛЕНІСТЬ РОБОТОЮ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ: ПРОВІДНІ
ЧИННИКИ ТА ПРЕДИКТОРИ НАМІРУ ЗВІЛЬНИТИСЯ 10

Мартинюк В. М., Маланчук Л. М.

КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РЕПРОДУКТИВНОГО
ЗДОРОВ'Я ЖІНОК В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ 12

Грузєва Т. С.

МІЖСЕКТОРАЛЬНЕ СПІВРОБІТНИЦТВО У ЗМІСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ
ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я..... 13

Ілько В. В., Смірнова В. Л.

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК ЧИННИК ПІДВИЩЕННЯ
ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА АВТОНОМІЇ ПАЦІЄНТА 15

Сергета І. В.

НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА “ЛАБОРАТОРНА ПРАКТИКА” ЗА
СПЕЦІАЛЬНІСТЮ “ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я” ГАЛУЗІ ЗНАНЬ “ОХОРОНА
ЗДОРОВ'Я ТА СОЦІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ” ТА ЇЇ МІСЦЕ У ПРОЦЕСІ
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАКТИКО-ОРІЄНТОВАНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ
ДОКТОРІВ ФІЛОСОФІЇ..... 17

Думич Т. І., Панчишин Н. Я.

НАНОТЕХНОЛОГІЇ У ВИМІРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я: БІОЕТИЧНІ
АСПЕКТИ ТА РЕГУЛЯТОРНІ ВИКЛИКИ 19

Запорожан Л. П., Феш М. С., Мазій Н. Г., Литвинова О. Н., Дячишин В. І.

ОЖИРІННЯ ТА ЛЮДСЬКИЙ КАПІТАЛ В УКРАЇНІ: СОЦІАЛЬНО-
ЕКОНОМІЧНІ РИЗИКИ І ПРІОРИТЕТИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я..... 21

Дехтяр О. Г.

ПРАВОВІ ТА ЕТИЧНІ ОРІЄНТИРИ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА В КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ: ПРАКТИКО-ОРІЄНТОВАНИЙ ПІДХІД ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ 22

Грузєва Т. С., Іншакова Г. В., Шестак Н. В.

РЕЗУЛЬТАТИ ПЕРВИННОГО ОЦІНЮВАННЯ ОСВІТНІХ ПОТРЕБ НАДАВАЧІВ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У КОНТЕКСТІ РОЗВИТКУ ІНТЕГРОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ 24

Гушук І. В., Кушнірук Г. А.

СУЧАСНИЙ СТАН МІЖВІДОМЧОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЦЕНТРАЛЬНИХ ОРГАНІВ ВИКОНАВЧОЇ ВЛАДИ В СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я 26

Волотовська Н. В., Скуловатова О. В.

ТВОРЧИСТЬ ЯК РЕСУРС ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я: ФІЗІОЛОГІЧНІ, СОЦІАЛЬНІ ТА ЕКОНОМІЧНІ МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ СТІЙКОСТІ СУСПІЛЬСТВА І ОСОБИСТОСТІ 28

Горнік І. А.

УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ..... 30