

Міністерство освіти і науки України  
Національний технічний університет  
«Дніпровська політехніка»

Навчально-науковий інститут державного управління  
Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

**ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА**  
**кваліфікаційної роботи ступеня магістра**

студента Кравцової Тетяни Василівни

академічної групи 281М-22з-4 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Здоров'язбереження людини в умовах воєнного стану в Україні»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Маматова Т.В.	92	відмінно	
розділів:				

Рецензент:	Антонова О.В.	93	відмінно	
------------	---------------	----	----------	--

Нормоконтролер:	Вишневіська О.В.			
-----------------	------------------	--	--	--

Дніпро  
2023

## РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему «Здоров'язбереження людини в умовах воєнного стану в Україні».

99 стор., 11 рис., 4 табл., 53 джерела.

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА, ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ, ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧІ ТЕХНОЛОГІЇ, МЕДИЧНА ДОПОМОГА, ФІЗИЧНЕ, ПСИХІЧНЕ ТА СОЦІАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я, ТЕХНОЛОГІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ, ВОЄННИЙ СТАН.

Об'єкт дослідження – процеси формування та розвитку здоров'язбереження людини.

Предмет дослідження – процеси удосконалення здоров'язбереження людини в умовах воєнного стану в Україні.

Метою кваліфікаційної роботи є дослідження особливостей формування та розвитку здоров'язбереження людини та розроблення пропозицій щодо його удосконалення в умовах воєнного стану в Україні.

У першому розділі досліджуються теоретичні засади здоров'язбереження. Другий розділ присвячено аналізу змісту та викликів здоров'язбереження людини в умовах воєнного стану в Україні. У третьому розділі відображені шляхи реалізації державної політики здоров'язбереження в умовах воєнного стану.

Сфера практичного застосування результатів роботи: підвищення ефективності та результативності державної політики здоров'язбереження в Україні, поліпшення якості надання медичних та освітніх послуг, просвітницька допомога в роботі громадських організацій.

## ABSTRACT

Explanatory note of the master's degree qualification thesis on the topic «Healthcare under martial law in Ukraine».

76 pages, 3 figures, 73 sources

STATE POLICY, HEALTHCARE, HEALTH-SAVING TECHNOLOGIES, MEDICAL CARE, PHYSICAL, MENTAL AND SOCIAL HEALTH, REHABILITATION TECHNOLOGIES, HEALTHY LIFESTYLE, MARTIAL LAW.

Object of research – processes of formation and development of healthcare.

Subject of research – processes of improving healthcare under martial law in Ukraine.

The purpose of research – studying the peculiarities of the formation and development of healthcare and developing proposals for its improvement under martial law in Ukraine.

The first section examines the theoretical foundations of healthcare. The second section is devoted to the analysis of the content and challenges of Healthcare under martial law in Ukraine. In the third section examines the ways to implement the state policy of healthcare under martial law.

Scope of practical application of the results of the work: increasing the efficiency and effectiveness of the state health policy in Ukraine, improving the quality of medical and educational services, educational assistance in the work of public organisations.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
<b>РОЗДІЛ 1</b>	
<b>ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ</b>	9
1.1. Сутність, основні поняття та принципи теорії здоров'язбереження	9
1.2. Концепція державної політики України в сфері здоров'язбереження.....	27
1.3. Реалізація державної політики здоров'язбереження: зарубіжний досвід.....	45
<b>РОЗДІЛ 2</b>	
<b>ЗДОРОВОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ ЛЮДИНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ: ЗМІСТ ТА ВИКЛИКИ.....</b>	<b>56</b>
2.1. Стан здоров'я населення України в умовах війни.....	56
2.2. Психологічні маркери війни в Україні.....	66
2.3. Основні напрями та проблемне поле здоров'язбереження в Україні в умовах воєнного стану.....	71
<b>РОЗДІЛ 3</b>	
<b>ШЛЯХИ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ .....</b>	<b>80</b>
3.1. Відновлення фізичного здоров'я людини як пріоритетний напрям здоров'язбереження в умовах війни.....	80
3.2. Розвиток Національних програм психічного здоров'я та психосоціальної підтримки .....	82
3.3. Впровадження соціально-психологічних технологій реабілітації особистості в лікувальний та освітній процес.....	89
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>96</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....</b>	<b>100</b>

## ВСТУП

Конституцією України здоров'я людини, як і її життя, особиста честь і гідність, недоторканість та безпека, визнані найвищою соціальною цінністю. Право кожного на охорону здоров'я, деклароване статтею 49 Конституції України, деталізується в Основах законодавства України про охорону здоров'я.

Згідно із Статутом ВООЗ, здоров'я є станом повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутністю хвороби і фізичних вад. Без здоров'я людині важко реалізувати себе у творчому й фізичному потенціалах, оскільки здоров'я є першою і найважливішою потребою, що забезпечує гармонійний розвиток особистості. а його формування потребує набуття необхідних знань і цілеспрямованої праці над собою. Соціально-економічні умови розвитку суспільства, подальший науково-технічний прогрес, потреба в здорових трудових ресурсах є потужним засобом, спрямованим на зміцнення здоров'я населення, формування культури здоров'я, застосування здоров'язберігаючих технологій, формування державної політики здоров'язбереження.

Сучасна війна на території України – це виклик суспільній стабільності всього світу. Людські втрати, масова воєнна міграція, економічна незахищеність, екологічні загрози та втрата віри в мирне вирішення конфліктів зовсім не сприяють підтриманню здоров'я суспільства. Перед мільйонами українців наразі постав надзвичайний виклик – загроза власному самозбереженню – як через об'єктивні загрози фізичній цілісності, так і через похідні емоційні стани. Але саме збереження власного життя і здоров'я громадян нашої держави – першочергове завдання в довготривалій перспективі подальшого націєтворення і вільного, мирного майбутнього.

В умовах війни переживання загрози власній фізичній, психологічній цілісності і добробуту близьких неодмінно викликає інтенсивні реакції психіки, які через неможливість відповідного ментального опрацювання

мають усі шанси перетворитися на психотравму. Пролонгована ж травматизація спричинює значну кризу – як індивідуальну, особистісну, так і колективну, національну й міжнародну. Натомість заходи, спрямовані на промоцію здоров'я, здорового способу життя, можуть запобігти розвитку посттравматичних станів і розладів, сприяти посттравматичному зростанню населення як найліпшому варіанту виходу із кризи.

Екстремальні воєнні умови ставлять актуальні питання, якою має бути поведінка людини, щоб зберігати власне здоров'я, що робити для убезпечення, стабілізації, підтримання життєздатності, як відновлюватися і закріплювати найбільш вдалі стратегії персонального та суспільного добробуту.

Проблеми здоров'я, здоров'язбереження і здорового способу життя стали предметом дослідження медиків, психологів, педагогів. Питання формування здорового способу життя з позицій медицини широко розкрито в роботах М. М. Амосова, Р. Л. Апанасенко. Потреби ветеранів війн у сфері здоров'я та психологічного добробуту викладені в працях С. Oster, A. Morello, A. Venning, P. Redpath, Sh. Lawn. Чинники, що загрожують формуванню здорового способу життя у військовослужбовців проаналізовані J. Beard і F. Kamel. Досліджені проблеми здоров'язбереження вимушених мігрантів (H. Meng, K. Sin, M. Pye, A. Chernenko, J. Arsenijevic, W. Groot). Вплив пандемії COVID-19 на фізичну активності людини та показники психічного здоров'я знайшов відображення в роботах H. Kilani, M. Bataineh, A. Al-Nawayseh, K. Atiyat.

Серед вітчизняних розробок особливе місце посідають концепції формування здорового способу життя (Т. Андріученко, О. Вакуленко, В. Волков, Н. Дзюба, В. Коляда, Н. Комарова, І. Пеша, Н. Тілікіна). Потрібно зауважити, що в Україні певні кроки щодо збереження та зміцнення здоров'я громадян здійснювалися насамперед у вигляді валеологічної освіти, соціальної профілактики та державної підтримки соціально вразливих верств населення. Утім, системних і цілісних підходів до збереження, відновлення та формування здорового способу життя особистості згідно із сучасними

викликами, особливо в умовах повномасштабного воєнного вторгнення на територію нашої держави, фактично не напрацьовано.

Для визначення шляхів розв'язання даної проблеми сформулюємо об'єкт, предмет, основну мету та завдання даної магістерської роботи.

Об'єкт дослідження – процеси формування та розвитку здоров'язбереження людини.

Предмет дослідження – процеси удосконалення здоров'язбереження людини в умовах воєнного стану в Україні.

Метою кваліфікаційної роботи є дослідження особливостей формування та розвитку здоров'язбереження людини та розроблення пропозицій щодо його удосконалення в умовах воєнного стану в Україні.

Для досягнення мети у роботі визначено наступні завдання дослідження:

- визначити сутність, основні поняття та принципи теорії здоров'язбереження;
- проаналізувати концепцію державної політики України в сфері здоров'язбереження;
- дослідити зарубіжний досвід реалізації державної політики здоров'язбереження;
- проаналізувати стан здоров'я населення України в умовах війни;
- визначити психологічні маркери війни в Україні;
- окреслити основні напрями та проблемне поле здоров'язбереження в Україні в умовах воєнного стану;
- дослідити відновлення фізичного здоров'я людини як пріоритетний напрям здоров'язбереження в умовах війни;
- проаналізувати розвиток Національних програм психічного здоров'я та психосоціальної підтримки;
- скласти пропозиції щодо впровадження соціально-психологічних технологій реабілітації особистості в лікувальний та освітній процес.

У процесі роботи використано методи теоретичного й емпіричного дослідження, основними з яких є методи системного аналізу та синтезу (історичний, індукція та дедукція, порівняння та аналогія, класифікація тощо). Методологічною основою дослідження є системний підхід, що використовується для вирішення більшості завдань роботи. За допомогою аналітичного методу здійснено відбір наукової та нормативно-правової інформації за темою дослідження.

Нормативно-правовою базою роботи є Конституція України, Закони України, Укази Президента України, Постанови Кабінету Міністрів України. Теоретичну основу роботи складають наукові публікації вітчизняних та зарубіжних науковців, практичні узагальнення, що містяться в монографічній, спеціальній та періодичній літературі, інтернет-ресурси тощо.

Сфера практичного застосування результатів роботи: підвищення ефективності та результативності державної політики здоров'язбереження в Україні, поліпшення якості надання медичних та освітніх послуг, просвітницька допомога в роботі громадських організацій.



## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ЗДОРОВ'ЗБЕРЕЖЕННЯ

#### 1.1. Сутність, основні поняття та принципи теорії здоров'язбереження

Здоров'я людини є важливою умовою повноцінного і щасливого життя. Воно допомагає успішно вирішувати основні життєві завдання: вчитися, працювати, спілкуватися, дружити, створювати сім'ю, виховувати дітей, здійснювати задумане, долати труднощі, а якщо доведеться, то й значні перевантаження.

Здоров'я – безцінне надбанням не лише окремої людини, а й усього суспільства. Як життєдіяльність окремої людини значною мірою визначається станом її здоров'я, так і успішний розвиток суспільства загалом залежить від стану здоров'я населення. При збільшенні в суспільстві частки людей із поганим здоров'ям можливості його соціально-економічного розвитку обмежуються. Здоров'я людини залежить насамперед від неї самої, її способу життя. Переважна більшість людей ставить здоров'я на перше місце в рейтингу життєвих цінностей. Але водночас багато хто несвідомо, а іноді свідомо, приносить здоров'я в жертву досягненню інших цілей – навчанню, роботі, кар'єрі, отриманню задоволення.

Проблеми здоров'я визнані глобальними проблемами сучасності (рис. 1.1) [1]. Збереження та зміцнення здоров'я населення – цінність, яка має стратегічне значення для сталого розвитку суспільства і належить до актуальних завдань розвитку сучасної України.

Здоров'я нації є великою самостійною цінністю, яка впливає на продуктивність праці, економічний розвиток і конкурентоспроможність держави, сприяє зростанню соціального добробуту. Високоєфективна система охорони здоров'я має створювати сприятливі умови для підвищення якості життя громадян та розвитку держави. Здоров'я українських громадян є

найголовнішим скарбом України й стоїть на першому місці перед іншими національними скарбами, такими як земля, надра, інші природні ресурси, оскільки здорова людина – це базис й найголовніший чинник забезпечення економічної стабільності держави, її цілісності, захисту її кордонів, виробництва високого валового внутрішнього продукту, зростання добробуту в державі, миру й рівного конкурентного положення держави у світі, а таким чином її незалежності.



Рис. 1.1. Глобальні проблеми сучасності

Проблемі сутності здоров'я та різних його аспектів його побудови, підтримки та відновлення присвячені роботи науковців: М. М. Амосова, Г. А. Апанасенко, Л. О. Попова, І. І. Брехмана, Є.Г. Булича, В. І. Войтенка, С. М. Тромбах, В. Т. Казначеева, В.В. Колбанова, Н. М. Куїнджі, І.В. Муравова, В. П. Петленко та ін. Ці дослідження [2–5] підтвердили неоднозначність визначення поняття «здоров'я», виокремивши найпоширеніші елементи для визначення стану здоров'я:

1. Нормальне функціонування організму на всіх рівнях його організації (органи, гістологічні, клітинні та генетичні структури; нормальний

перебіг фізіологічних та біохімічних процесів, що сприяють індивідуальному виживанню та розмноженню).

2. Динамічний баланс організму та його функції з навколишнім середовищем.

3. Здатність повноцінно виконувати основні соціальні функції, брати участь у соціальній діяльності та робити суспільно корисну роботу.

4. Здатність організму пристосовуватися до постійно мінливих умов зовнішнього середовища, здатність підтримувати стабільність внутрішнього середовища організму, забезпечувати нормальну і різнобічну життєздатність і підтримувати організм живим.

5. Відсутність хвороби, хворобливих станів, хворобливих змін.

6. Повне фізичне, психічне та соціальне благополуччя.

Насьогодні відомі понад 400 визначень поняття здоров'я. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає здоров'я як стан повного фізичного, психічного та соціального самопочуття, а не лише відсутність хвороб та фізичних вад.

Якщо взяти до уваги, що психологічне – це емоційне, інтелектуальне і духовне благополуччя, отримаємо п'ятивимірну модель здоров'я. Кожен із п'яти вимірів є важливим для загального благополуччя людини (рис. 1.2) [6].

Слід зазначити, що поняття «здоров'я» певною мірою та об'єктивно визначається сукупністю антропометричних, клінічних, фізіологічних та біохімічних параметрів, що визначаються з урахуванням статевих та вікових факторів, а також кліматичних та географічних умов.

Це визначення розглядається в нових спеціальних працях науковців. Так, американський вчений Е. Мінард пише: «Здоров'я можна визначити як функціонування психіки і людського організму – не тільки відсутність хвороб (біль і непритомність), але і наявність достатньої енергії, ентузіазму та настрою, щоб виконати або завершити справу» [7].



Рис. 1.2. П'ятивимірна модель здоров'я

Здоров'я відображає якість адаптації організму до умов навколишнього середовища та формує процес взаємодії людини та її життєвого простору. Стан здоров'я людини формується завдяки взаємодії зовнішніх (природних, соціальних) та внутрішніх (спадкування, статі, віку) факторів. Фактори, що впливають на процес розвитку, однаково важливі для комплексної характеристики здоров'я. Узагальнені результати досліджень здоров'я людини доводять, що це залежить від багатьох факторів, а саме:

- соціально-економічні та екологічні умови (20%);
- стан системи охорони здоров'я (10%);
- спадкування (20%);
- умови та спосіб життя (50%).

Фізичне, психічне та соціальне здоров'я є неодмінними компонентами здорового способу життя (рис. 1.3) [6, 8].

Фізичне здоров'я є найважливішою складовою структури здоров'я людини. Вона обумовлена властивостями організму як складної біологічної системи. Це стан людського організму, який характеризується здатністю

приспосовуватися до різних факторів навколишнього середовища, рівнем фізичного розвитку, функціональною підготовкою організму до фізичних навантажень.

Фізичне благополуччя	Добре фізичне самопочуття, енергія, бадьорість, здатність витримувати фізичні навантаження.	
Психологічне благополуччя	Інтелектуальне	Уміння вчитися й отримувати задоволення від навчання, здатність аналізувати проблеми та приймати зважені рішення.
	Емоційне	Здатність розуміти почуття — свої та інших людей, уміння долати невдачі, керувати стресами.
	Духовне	Усвідомлення свого призначення і сенсу життя, сприйняття загальнолюдських цінностей, залученість до культурної спадщини людства.
Соціальне благополуччя	Задоволення соціальним статусом і якістю стосунків з оточенням, здатність ефективно спілкуватися та взаємодіяти з людьми.	

Рис. 1.3. Складові структури здоров'я людини

Основними факторами фізичного здоров'я є: рівень фізичного розвитку; рівень фізичної підготовленості; функціональна готовність організму до фізичних вправ; рівень та здатність мобілізувати можливості організму, які забезпечують його адаптацію до впливу різних факторів навколишнього середовища [3]. Фізичне здоров'я (благополуччя) характеризує рівень розвитку і функціональні можливості органів і систем людського організму.

Базовими показниками фізичного здоров'я є робота серця, стан імунної системи і здатність організму засвоювати кисень. Ознаки фізичного здоров'я: чиста гладка шкіра, здорові зуби, блискуче, міцне волосся, рухливі суглоби, пружні м'язи, здорове серце, відчуття бадьорості протягом дня, висока працездатність.

Фізичне здоров'я забезпечує енергію для повсякденного життя, полегшує адаптацію до навколишнього середовища, допомагає виживати в екстремальних ситуаціях. Воно підвищує наші шанси захиститися від інфекцій і уникати травм, а також швидко одужувати, якщо захворів. Для підтримки фізичного здоров'я важливо повноцінно відпочивати, мати нормальну вагу тіла, піклуватися про свою фізичну форму, особисту гігієну, а також

проходити регулярний медичний огляд і лікуватися в разі потреби. Також важливо уникати шкідливого впливу на організм тютюну, алкоголю, інших психоактивних і токсичних речовин.

Ознаками фізичного нездоров'я можуть бути: порушення сну, відсутність апетиту, нездатність витримувати фізичні навантаження, порушення травлення, зіпсовані зуби, нездорова шкіра, підвищена стомлюваність, загальна слабкість. Більшість людей вважає себе здоровими, якщо у них немає ознак порушення фізичного здоров'я. Однак вони можуть мати захворювання, навіть хронічні чи невиліковні, які не виявляються жодними аналізами і пов'язані з порушеннями їхньої ментальної (емоційної, інтелектуальної чи духовної) сфери.

Психологічне благополуччя людини залежить від того, що ми думаємо про себе, як долаємо стреси, засвоюємо інформацію і приймаємо рішення. Найважливішим критерієм психологічного благополуччя є відчуття психологічної рівноваги, яку пов'язують із гармонійною організацією психіки та її можливістю адаптуватися до стресів. Люди з високим рівнем психологічної рівноваги демонструють: позитивну самооцінку, яка тісно пов'язана зі здатністю керувати своїм життям; послідовність і передбачуваність, що свідчить про сформованість характеру; цілеспрямованість, яка ґрунтується на позитивному баченні майбутнього і потребі у самореалізації; автономність (незалежність), що забезпечується умінням приймати відповідальні рішення; відчуття єдності з іншими людьми, яке приносить у життя стабільність і наповнює його сенсом.

Психічне здоров'я людини часто аналізують порівняно з порушеннями та захворюваннями. Поняття, пов'язані зі здоров'ям – адаптація, психічна стабільність, гармонія – мають протилежні значення: невідповідність, психічна нестабільність, дисгармонія. У давнину здоров'я асоціювалося з рівновагою та гармонією. Багато психічних розладів починаються з різної глибини дисгармонії особистості. Щоб відновити психічне здоров'я, треба повернутися до стану гармонії.

Психологічно врівноважені люди більше насолоджуються життям і легше долають виклики і проблеми. Вони навіть інакше ставляться до них. «Здорова людина бачить у проблемах можливості, а хвора – у можливостях проблеми», – зауважив відомий психіатр Аллан Фромм. Психологічно врівноважені люди усвідомлюють свої почуття і вміють висловити їх у найкращий спосіб. Вони здатні прийняти мудре рішення, керуючись моральними цінностями і відповідальністю.

У таблиці 1.1 наведено деякі ознаки психологічного благополуччя, а також ознаки порушення психологічної рівноваги [6].

Таблиця 1.1

### Загальна характеристика ознаки психологічного стану людини

Ознаки психологічного благополуччя	Ознаки порушення психологічної рівноваги
адекватне сприйняття дійсності	викривлене сприйняття дійсності
здатність засвоювати знання, логічно мислити	погіршення пам'яті, уваги, інших інтелектуальних здібностей
здатність аналізувати проблеми і приймати зважені рішення	хаотичність, категоричність мислення
цілеспрямованість, активність, незалежність	нерішучість, залежність від чужої думки
здатність дотримуватися соціальних норм і правил	схильність до порушення правил, моральних норм, законів
розвинене почуття відповідальності за себе (своє життя і здоров'я)	уникання відповідальності, наявність шкідливих звичок
критичне мислення	підвищена навіюваність
здатність адекватно оцінювати себе, самоповага	занижена самооцінка, утрата віри в себе, свої можливості
природність поведінки, вихованість, чемність	демонстративність, грубість, пихатість
здатність співчувати, доброзичливість	емоційна черствість, ворожість, агресивність
вміння пробачати і забувати образи	Злостивість
володіння собою	імпульсивність, різноманітні фобії
Оптимізм	тривожність, зневіра

Європейська декларація про психічне здоров'я, яка також була підписана Україною, зазначає: «Ми також усвідомлюємо, що психічне здоров'я є однією з найважливіших складових людського, соціального та економічного капіталу націй. Тому психічне здоров'я в інших сферах, таких як захист прав людини, соціальне забезпечення, освіта та зайнятість, слід розглядати як невід'ємну та необхідну частину соціальної політики [7].

Психічне здоров'я – це стан душі особистості, який характеризується цілісністю та узгодженістю всіх психічних функцій людського організму. Вони пропонують відчуття комфорту, здатність діяти цілеспрямовано та свідомо, належним чином та з урахуванням етнокультурних критеріїв двох типів поведінки:

- це свідомість і почуття спадкоємності, постійності та ідентичності власного фізичного та психічного «я»;
- відчуття послідовності та ідентичності свого досвіду в типових ситуаціях;
- критичність щодо себе та власної інтелектуальної діяльності та її результатів;
- узгодженість психічних реакцій з силою та частотою впливів навколишнього середовища, соціальними обставинами та ситуаціями.

Психічне здоров'я – це здатність людини та постійне бажання жити в любові та гармонії із собою та навколишнім світом [9].

Люди, як істоти соціальні, не можуть нормально існувати без взаємодії з іншими людьми та суспільством. Важливим критерієм соціального благополуччя є показник соціальної адаптованості людини, який пов'язаний з її здатністю ефективно спілкуватися та налагоджувати здорові міжособистісні стосунки, адаптуватися до соціальних норм і правил, що існують у суспільстві, взаємодіяти з державними інституціями. Досягнення високого рівня благополуччя залежить від багатьох чинників.

Люди з високим рівнем соціального благополуччя:

- мають розвинені комунікативні навички, уміють слухати і говорити, уникають непорозумінь;
- приязні у спілкуванні, демонструють толерантність і повагу до співрозмовника, їхня манера спілкування викликає повагу до них;
- у разі конфлікту дбають про інтереси всіх сторін, здатні запропонувати взаємовигідне рішення або піти на компроміс;



- легко знайомляться, добре почуваються навіть у незнайомій компанії;
- уміють дружити й обирати хороших друзів, дбають про приязні родинні стосунки;
- уміють надавати й отримувати допомогу, працювати в команді;
- здатні мотивувати і переконувати, бути лідером і вести за собою.

Про низький рівень соціального благополуччя свідчать:

- часті конфлікти та непорозуміння;
- відсутність близьких друзів, відчуття самотності;
- надмірна сором'язливість, нездатність звернутися по допомогу;
- нездорові стосунки в родині, у школі, з однолітками.

Рівні здоров'я можна представити як динамічні стани на лінійці, на одному кінці якої – передчасна смерть, а на другому – ідеальне здоров'я (рис. 1.4) [6].



Рис. 1.4. Рівні здоров'я та їх характеристика

Між теоретичним поняттям «досконале здоров'я» і хворобою існують проміжні стадії [9]:

- абсолютно здоровий – стан організму, за якого всі органи і системи функціонують ідеально (теоретичне поняття);
- практично здоровий – організм підтримує всі показники в межах фізіологічної норми, здатний витримувати значні навантаження і за рахунок внутрішніх резервів швидко адаптується до змін у навколишньому середовищі;
- збій адаптації – внаслідок тривалого впливу несприятливих факторів в організмі порушується система саморегуляції, накопичуються токсичні речовини, знижується активність імунної системи;
- передхвороба – накопичуються дезадаптаційні зміни, виникає імунодефіцит, порушується обмін речовин. На цій стадії відбувається зниження больового порога, наростають втомлюваність і ризик виникнення захворювань;
- хвороба – патологічний процес, що виявляється у формі виражених ознак (симптомів).

Здоров'я населення оцінюють за трьома показниками: показник дитячої смертності, кількість робочих днів, пропущених через хворобу, середня тривалість життя. Вплив медицини на ці показники, за оцінками ВООЗ, не перевищує 10 %. Решта залежить від спадковості (20 %), стану довкілля (19 %), а найбільше (51 %) – від нашого способу життя (рис. 1.5) [6].



Рис. 1.5. Вплив зовнішніх чинників на стан здоров'я людини

Спадковість – те, що біологічно передається людині від батьків: колір очей, форма носа, зріст, особливості статури тощо. Науково доведено вплив спадковості майже на всі аспекти фізичного і психічного здоров'я. Однак це

не знімає відповідальності кожного за своє здоров'я. Навпаки, ті, хто успадкував схильність до певного захворювання (наприклад, діабету), мають вести такий спосіб життя, щоб знизити ймовірність його виникнення. Окрім фізичного здоров'я, спадковість впливає на базові інтелектуальні здібності й таланти – у спорті, музиці, образотворчому мистецтві.

Медицина. Якість і доступність медичних послуг – важливий чинник охорони здоров'я. У кризових ситуаціях він є вирішальним. Але набагато важливіше запобігти проблемам зі здоров'ям, тобто більше уваги приділяти профілактиці.

Довкілля. Середовище (природне, техногенне, соціальне). Навіть прихильники здорового способу життя не в змозі повністю компенсувати вплив несприятливих кліматичних умов, забрудненого повітря, підвищеного рівня шуму, радіації чи наслідків соціальних потрясінь.

З-поміж природних чинників на здоров'я людей найбільше впливають несприятливі погодні умови. Влітку зростає ризик для людей із серцево-судинними захворюваннями, а восени і взимку збільшується кількість тих, хто захворів на застуду і грип. Ризикують і ті, хто потрапив у зону стихійного лиха: землетрусу, виверження вулкана, посухи чи повені.

Технології – це доступні нам досягнення технічного прогресу. Сучасні медичні технології у діагностиці та лікуванні серцево-судинних захворювань, ВІЛ-інфекції допомагають багатьом людям жити довше і мати кращу якість життя. Інші технології (пастеризація молока, дезінфекція у лікарнях, вакцинація, ін. ) суттєво зменшили поширення інфекційних захворювань.

Соціальне середовище – це насамперед родина, друзі, інші люди, з якими ви щодня спілкуєтесь. Сприятливе оточення — важливий чинник підтримання психологічної рівноваги. Невід'ємною складовою життя підлітків є спілкування з однолітками (друзями, приятелями, однокласниками). Соціальне середовище людини не обмежується її найближчим оточенням. На здоров'я впливають і такі соціальні чинники, як культура та засоби масової інформації. Особливості національної кухні, народні традиції, релігія – це

елементи культури, які можуть впливати на здоров'я. Пізнання культури свого народу допомагає краще зрозуміти самого себе, сприяє формуванню ідентичності, а ознайомлення з різними культурами спонукає краще розуміти інших людей, формує толерантність.

Спосіб життя – це сукупність типових для людини видів життєдіяльності. Він характеризується її звичками та особливостями поведінки на роботі, в побуті, на відпочинку. Здоров'я і благополуччя залежать передусім від нас самих. Кожному під силу правильно харчуватися, покращувати фізичну форму, керувати стресами, не курити, не вживати алкоголь чи інші психоактивні речовини. Кожен здатен подбати про своє довкілля, гармонійні стосунки з оточенням, особистісний розвиток і наповненість життя глибоким сенсом. Якщо ми нічого не робимо для свого здоров'я, переживаємо багато стресів, маємо шкідливі звички і схильність до невиправданих ризиків, рівень і резерви здоров'я знижуються. А коли підтримуємо добру фізичну форму, живемо в гармонії зі своїм внутрішнім світом і світом навколишнім, опираємось негативному впливу оточення, то зазвичай досягаємо високого рівня благополуччя.

Мотивація здорового способу життя. Науково доведено, що люди, які ведуть здоровий спосіб життя, зазвичай живуть довше, повніше реалізують себе і відчують більше задоволення від життя. «Здоров'я настільки переважає всі інші блага, що здоровий жебрак щасливіший за хворого короля», – зазначав німецький філософ Артур Шопенгауер.

Чому ж так складно переконати людей дбати про своє здоров'я? Лікарі, психологи і вчителі переконані, що самих лише знань недостатньо. Адже знати про здоровий спосіб життя – це одне, а вести його – зовсім інше. Згідно із законами психології, люди схильні повторювати дії, які приносять задоволення, й уникати того, що неприємне. На жаль, наслідки здорової і нездорової поведінки бувають оманливими, оскільки нагорода за здоровий спосіб життя зазвичай відтермінована в часі, а задоволення від неправильної поведінки може наставати миттєво. Тому вибір на користь здоров'я потребує

високого рівня розуміння і зацікавленості. Чинниками, що сприяють такому вибору виступають:

- особиста відповідальність за своє життя – віра в те, що на кораблі свого життя ви є капітаном, а не пасажиром;
- високий рівень самоповаги – упевненість, що ви гідні всього найкращого, що може дати вам життя;
- віра в те, що здорова поведінка забезпечує позитивні результати;
- наявність спеціальних та життєвих навичок, сприятливих для здоров'я.

Існують поняття «об'єктивне здоров'я», «суб'єктивне здоров'я», «статичне здоров'я» та «динамічне здоров'я». Вони ґрунтуються на самопочутті безпосередньо самої людини та фактичному самопочутті.

Суб'єктивне здоров'я – коли людина почуває себе добре, але медичне обстеження показує, що воно відхиляється від норми. Об'єктивне здоров'я – якщо ви відчуваєте себе незручно, ніяких об'єктивних розладів не проявиться. Отже, самопочуття не може бути показником справжнього здоров'я людини.

Оцінюючи резерви людського організму, останнім часом вчені постали перед необхідністю визначити вищезазначені поняття «статичне здоров'я» та «динамічне здоров'я». Статичне здоров'я – це стан організму в період відносного спокою м'язів поза харчовими, дихальними, нервовими та іншими стресами. Динамічне здоров'я, як правило, означає стан організму, який визначається, вивчаючи його функції під час вимірюваних вправ. Таким чином, динамічне здоров'я людини оцінюється за функціональними резервами його основних органів і систем [7].

Обговорення категорії здоров'я та життєвого потенціалу у науковій літературі пов'язане зі збільшенням тривалості життя, поліпшенням якості життя, змінами навколишнього середовища (зовнішніми) та соціально-психологічними (внутрішніми). Фактори, як і у випадку більш складних взаємодій – між фізичними, психічними станами людини і комплексом

соціальних факторів, що виникають внаслідок соціальної політики держав та різних інституційних форм суспільної організації життєвого стану.

Перше пояснення категорії здоров'я як норми не лише фізично, але й соціально дав філософ Дж. Кангіл, який заявив: «Щоб визначити, що є нормальним для конкретного організму, треба побачити, що його оточує».

Цікавим є підхід до аналізу соціального здоров'я французького вченого Дж. Ніса. Він підкреслює складність умов, за яких людині доводиться жити, трактує здоров'я нації, з одного боку, як конвертований капітал із відповідною віддачею – з іншого боку, розвиток різних економічних та культурних інновацій – як активну та відповідальну поведінку самого громадянина, тому що він повинен бути готовим до «напруженості» та впливу екологічного та соціального середовища, що постійно змінюється. Суб'єктивні показники соціального здоров'я охоплюють широкий спектр: від нормативної шкали, в якій здоров'я займає відповідне місце, до оцінки власного почуття здоров'я та зусиль для його підтримки [6].

Таким чином, було розглянуто погляди сучасних науковців на проблему здоров'я людини в різних її аспектах. З'ясовано, що здоровою людина може бути лише тоді, коли постійно буде дбати про усі його складові (фізичну, психічну, соціальну), що знаходяться у постійній взаємодії та взаємовпливають одна на одну, створюючи сприятливі умови для життєдіяльності кожної людської особистості. Підтримка здоров'я людини потребує проведення політики здоров'язбереження.

Політика здоров'язбереження – це політика в соціально-культурній сфері, відповідно до якої держава або суб'єкти публічної адміністрації (посадові особи), органи місцевого самоврядування, громадські об'єднання спрямовують свою діяльність на підвищення рівня здоров'я, поліпшення якості життя і збереження генофонду Українського народу [11, с. 775; 12, с. 106–107]. Полісистемні властивості здоров'я трактуються в рамках різних підходів до розуміння здоров'язбереження.

В межах суто медичного підходу Н. Башавець поняття «здоров'язбереження» трактує як цілеспрямовану, усвідомлену, мотивовану діяльність щодо збереження свого фізичного, психічного, духовного і соціального здоров'я як ціннісної основи для самореалізації [13].

Т. Кадобний вважає, що медицина повинна бути зорієнтована не тільки на надання медичної допомоги, а й на заходи здоров'язбереження, продовження життя пацієнтів. Для цього існує необхідність впровадження системного принципу здоров'язбереження, відповідно до якого здоров'я кожної конкретної людини і суспільства в цілому безпосередньо залежатиме від способу життя, поведінки, думок, виховання, мислення і переживання [8, с. 22].

В. Козлова розглядає здоров'язбереження як систему заходів, що забезпечують гармонійний психічний, фізичний, духовний розвиток особистості, попередження захворювань, а також як діяльність, спрямовану на збереження і зміцнення здоров'я [14].

Г. Євтушенко зміцнення здоров'язбереження розглядає як поліпшення медичного обслуговування та медичної допомоги, доступу населення до якісних медичних послуг, що можливе шляхом зміцнення матеріально-технічної бази галузі, її кадрового потенціалу, подальшого реформування [15, с. 154–165].

В рамках валеологічного підходу існує абсолютно інше бачення, сформоване свого часу М. Амосовим. Його прихильниками є Ю. Ярчук, В. Гриценко, В. Белов, А. Котова, О. Пустовойт. Згідно з цим баченням, лікарський досвід сучасного медичного працівника не є достатнім для ефективної оздоровчо-просвітницької діяльності, оскільки лікар не володіє глибокими знаннями про фізичну культуру, харчування, загартування, подолання шкідливих звичок тощо. Медицина не досліджує хворого на предмет здоров'я і тому не може дати конкретних порад і рекомендацій [16, с. 115]. На відміну від медицини, суб'єктом валеології є практично здорова

людина, а предметом – її здоров'я, причому шлях до нього прямий – формування, підтримання і розширення зони здоров'я [17, с. 52].

Педагогічний підхід, заснований на сучасних педагогічних інноваціях, дає змогу виокремити технології, спрямовані на здоров'язбереження, зокрема здоров'язбережні технології, оздоровчі технології, технології навчання здоров'ю, виховання культури здоров'я [18, с. 1–6], або такі групи здоров'язбережних технологій: медико-гігієнічні, екологічні здоров'язбережні технології, лікарсько-оздоровчі технології, фізкультурно-оздоровчі технології, соціально-адаптувальні та особистісно-розвивальні технології, технології забезпечення безпеки життєдіяльності, здоров'язбережні освітні технології [19, с. 383–384].

На думку представників педагогічного підходу, організаційно-педагогічне забезпечення реалізації здоров'язбережних технологій в освітньому процесі повинно бути:

- побудоване з урахуванням комплексу педагогічних умов, і представлене цільовою умовою – формуванням ціннісного ставлення до здоров'я;
- змістовим – з валеологізацією змісту освіти та виховного процесу;
- технологічним – формуванням аксіологічного, гносеологічного, діяльнісного й вольового компонентів здоров'язбереження та компонентів готовності до здоров'язбереження (мотиваційний, когнітивно-пізнавальний, фізкультурно-оздоровчий, рефлексивно-корегувальний), а також валеопедагогічним моніторингом [20, с. 29–32].

Інша наукова позиція будується на тому, що основними компонентами здоров'язбереження в освітньому процесі є аксіологічний, гносеологічний, діяльнісний, вольовий. Так, Ю. Палічук виділяє три блоки змісту здоров'язбережної освіти: інваріантний, варіативно-фаховий, варіативно-індивідуальний. На думку науковця, змістовий компонент здоров'язбереження охоплює розумове, фізичне, психогігієнічне, моральне, екологічне і статеве виховання, а функції здоров'язбереження можна звести до



формування, інформативно-комунікативної, діагностичної, адаптивної, рефлексивної, інтеграційної [21, с. 56–62].

Порівняння понять «компетентність», «здоров'я», «здоров'язбереження» дало змогу О. Антонової та Н. Поліщук дати визначити поняття «здоров'язбережна компетентність», під якою, слід розуміти інтегральну якість особистості, що проявляється у загальній здатності та готовності до здоров'язбережної діяльності, що ґрунтується на інтеграції знань, умінь, навичок, ціннісних орієнтацій особистості, спрямованих на збереження фізичного, соціального, психічного та духовного здоров'я – свого та оточення [22, с. 27–31].

За таких підстав В. Морозова, Л. Лаврова, В. Музирова, В. Савченко виводять поняття здоров'язбережної освіти як стратегічного напрямку реалізації державної політики, де освіта переорієнтовується на гуманні, демократичні принципи управління, організації та здійснення навчально-виховного процесу, створює оптимально сприятливі умови для розвитку, навчання і особистісної та професійної реалізації, дає науково обґрунтовані знання щодо здоров'я, здорового способу життя, виховує ставлення до здоров'я, загальнолюдських цінностей, як пріоритетних, формує навички здорової і безпечної поведінки, готує нову еліту вчителів, які володіють і постійно застосовують у своїй діяльності сучасні здоров'язбережні засоби, методи і технології навчання [23].

У рамках педагогічного підходу точка зору В. Кульчицького та Т. Кульчицької зводиться до того, що формування культури здоров'язбереження повинно включати три основні складові: виховання, культуру і поведінку здоров'язбереження. Виховання спрямоване на всебічний, гармонійний розвиток особистості. Виховання здоров'язбереження передбачає формування у людини певних якостей відповідно до вимог морального, розумового, трудового, фізичного й естетичного виховання. Завданнями такого виду виховання повинні бути: формування переконань, що здоров'я є ціннісним елементом духовного життя людини; формування умінь

і навичок поведінки щодо свого здоров'я, науково обґрунтованого ставлення до екологічних, глобальних проблем, що загрожують здоров'ю, формування санітарно-гігієнічних умінь та навичок; тренування та загартування організму тощо.

Таким чином, можемо розглядати здоров'язбереження як комплексний термін, що охоплює широкий спектр діяльностей, політик, програм та практик, спрямованих на підтримку, підвищення, збереження та відновлення здоров'я людини. Це поняття включає не тільки медичні аспекти, такі як профілактика хвороб, діагностика, лікування та реабілітація, але й ширший контекст, що стосується соціальних, економічних, екологічних та особистих факторів, які впливають на здоров'я.

Основні аспекти здоров'язбереження включають:

1. Профілактика хвороб: запобігання виникненню захворювань через вакцинацію, здоровий спосіб життя, збалансоване харчування та регулярні медичні огляди.

2. Промоція здоров'я: активне поширення інформації та підвищення обізнаності про здоровий спосіб життя, включаючи фізичну активність, правильне харчування, відмову від шкідливих звичок та психологічне благополуччя.

3. Забезпечення доступу до якісної медичної допомоги: надання доступу до ефективних медичних послуг, включаючи первинну та вторинну медичну допомогу, діагностику та лікування.

4. Соціальні детермінанти здоров'я: врахування впливу соціальних факторів, таких як освіта, житлові умови, соціально-економічний статус, робочі умови та екологічне оточення на здоров'я людини.

5. Психічне здоров'я: звернення уваги на психологічний стан людини, включаючи профілактику та лікування психічних розладів, а також підтримку емоційного та психологічного благополуччя.

6. Політики громадського здоров'я: розробка та впровадження державних політик та програм, спрямованих на покращення здоров'я населення в цілому.

7. Екологічне здоров'язбереження: захист здоров'я людини від шкідливих екологічних факторів, таких як забруднення повітря, води, ґрунту, а також впровадження екологічно безпечних технологій та практик.

Здоров'язбереження має комплексний та багатогранний підхід, що вимагає злагоджених зусиль з боку урядових структур, медичних установ, громадських організацій та кожної окремої особи.

## **1.2. Концепція державної політики України в сфері здоров'язбереження**

Концепція політики здоров'язбереження – це концепція якісних змін. Здоровий спосіб життя передбачає виконання певних правил, що забезпечують гармонійний розвиток, високу працездатність, духовну рівновагу та здоров'я людини. В основі здорового способу життя – індивідуальна система поведінки й звичок, що забезпечує людині потрібний рівень життєдіяльності й здорове довголіття. Здоровий спосіб життя – це практичні дії, спрямовані на запобігання захворювань, зміцнення всіх систем організму й поліпшення загального самопочуття людини.

У світоглядні орієнтири необхідно закладати основи збереження здоров'я, щоб людина з повагою ставилася до себе та цінувала своє здоров'я як найвищу цінність, розуміла його як гармонію фізичної, психічної, психологічної, духовної та соціальної складових та відповідально й дбайливо ставилася до нього. Адже у людини завжди є свобода вибору дій, вчинків та способу життя. І дуже важливо, щоб цей вибір був правильним, спрямованим на збереження здоров'я, дотримання основ здорового способу життя, формування культури здоров'я та оволодіння здоров'язбережною компетентністю.

У спеціальній літературі вказується на два підходи до формування, зміцнення та збереження здоров'я.

Прихильники першого шляху покладаються на те, що здоров'я, благополуччя, щастя тощо забезпечать їм інші – батьки, держава, лікар, вчитель тощо. Отже, цей підхід є пасивним і тривале благополуччя стає неможливим.

Другий підхід є активним (діяльним), спрямованим на локалізацію першопричин захворювань і пов'язаним зі способом життя людини. Значущість способу життя у процесі формування та збереження здоров'я людей не викликає сумнівів, тому що переважна більшість наукових джерел визначає його основним фактором цього процесу.

Аналіз літератури показав, що існує декілька точок зору на поняття «здоровий спосіб життя». Одні дослідники вважають, що це спосіб життя окремої людини з метою профілактики хвороб і зміцнення здоров'я. Інші (П. Виноградов, Б. Єрасов, О. Мільштейн, В. Пономарчук, В. Столяров, ін.) розглядають здоровий спосіб життя як глобальну соціальну проблему, складову частину життя суспільства в цілому. У психолого-педагогічному напрямі (Р. Аксьонов, В. Бальсевич, М. Віленській, Р. Дітлс, І. Мартинюк, Л. Кобелянська та ін.) здоровий спосіб життя розглядається крізь призму свідомості, психології людини, мотивації [24, с. 198].

Основні концептуальні напрями реформування системи охорони здоров'я, свого часу були затверджені Указом Президента України від 07.12.2000 р. № 1313 «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України» відповідно до якого Постановою Кабінету Міністрів України від 09.09.2001 р. № 960 «Про затвердження заходів щодо виконання Концепції розвитку охорони здоров'я населення України» [25] до 2005 р. були розроблені заходи щодо виконання Концепції розвитку охорони здоров'я населення України [26]. У 2014 р. проектом розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України» було передбачене поетапне виконання заходів до 2025 р.

(схвалення Концепції відбулось у 2020 р. [27]). Згодом, на підставі підписання Угоди про асоціацію між Україною, з одного боку, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами – з іншого боку (глава 22 «Громадське здоров'я»), Україна взяла зобов'язання розвивати співробітництво в галузі охорони здоров'я з метою підвищення рівня його безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання, у тому числі керуючись підходом «охорона здоров'я у всіх політиках держави» був розроблений проект Концепції розвитку системи громадського здоров'я в Україні (схвалений у 2016 р. [28]).

У 2015 р. на розгляд Верховної Ради України поданий проект Закону України «Про засади державної політики охорони здоров'я». Положеннями законопроекту передбачено створення правових передумов для запровадження єдиного, універсального, комплексного підходу, який базується на основних цінностях в сфері охорони здоров'я при формуванні та реалізації засад державної політики охорони здоров'я в Україні. Законопроектом передбачено уточнення та доповнення визначень, які гармонізовані із вимогами міжнародних організацій в частині таких термінів як «державна політика охорони здоров'я», «здоровий спосіб життя», «моніторинг та оцінка результативності реалізації державної політики охорони здоров'я», «національна система охорони здоров'я», «регіональна система охорони здоров'я», «політики охорони здоров'я міжнародних організацій», «суб'єкти охорони здоров'я». Вперше пропонується ввести нові терміни, які спрямовані на захист населення від можливих фінансових ризиків, фінансових катастроф та зубожіння («справедливий розподіл тягаря витрат на охорону здоров'я») та недопущення перешкод у доступності для кожної особи своєчасного медичного обслуговування («чутливість до потреб, безпосередньо не пов'язаних з медичним обслуговуванням чи медичною допомогою»). Чітко аргументовані основні акценти, на яких базуються засади формування державної політики охорони здоров'я; деталізовані основні

завдання, об'єкти та суб'єкти, принципи реалізації державної політики охорони здоров'я. Окреслено пріоритети державної політики охорони здоров'я, які базуються на найкращих міжнародних практиках та європейських цінностях у сфері охорони здоров'я, у тому числі і громадського здоров'я, відповідні механізми фінансування. Запропоновано інструменти для формування та реалізації державної політики на національному та регіональному рівнях. Уточнено повноваження суб'єктів державної політики охорони здоров'я відповідно до підходу «охорона здоров'я у всіх політиках держави», координації їх діяльності у сфері охорони здоров'я. Деталізовано підходи та вимоги до моніторингу реалізації державної політики охорони здоров'я, порядку його проведення та оцінки результативності [29].

Авторським колективом проекту зроблені перші спроби на законодавчому рівні закріпити такі поняття:

– державна політика охорони здоров'я – сукупність цілей, завдань, засобів, узгоджених дій та заходів органів державної влади і органів місцевого самоврядування, їх посадових осіб, спрямованих на реалізацію конституційних гарантій охорони здоров'я населення та права особи на своєчасну, доступну, якісну медичну допомогу та ефективне медичне обслуговування, забезпечення захисту прав і свобод людини щодо охорони здоров'я відповідно до сучасних викликів життя;

– здоровий спосіб життя – комплекс життєво важливих цінностей здоров'я та колективних зразків поведінки, пов'язаних зі здоров'ям, заснованих на виборі альтернатив, що доступні людям відповідно до їхніх життєвих можливостей; якість і стиль життя, в яких відображається активність людини по відношенню до свого здоров'я [29].

Незважаючи на закріплення поняття «здоровий спосіб життя», практичні рекомендації з обґрунтування прийняття конкретних рішень в запровадженні державної політики здоров'язбереження у проекті відсутні.

Всі вищеперераховані документи й ті, що приймалися за час реформи галузі, стосуються широкого кола управлінських, організаційних, фінансових

питань, а не комплексу спеціально створених заходів, які були б спрямовані на збереження здоров'я людини, утвердження здорового способу життя, профілактику захворювань, зміну мислення і світогляду людини щодо здоров'я і власної відповідальності за стан здоров'я всієї країни, продовження активного та працездатного віку тощо. А це значно ускладнює процес формування галузі, розвитку відносин та знижує ефективність реформ.

Структурні реформи, які запроваджуються у системі охорони здоров'я, вимагатимуть розвитку інвестицій в охорону здоров'я та пріоритезації їх використання на засадах доказів.

Ситуація значно ускладнюється через війну з росією та тимчасову окупацію АР Крим. Зросла кількість вимушених переселенців з окупованих територій. На окупованих територіях населення не має (або має значно обмежений) доступу до медикаментів та медичних послуг, постачання води та енергетичних ресурсів (електроенергія, газ) є нестабільним. Інфраструктура зазнала значних руйнувань під час ведення військових дій.

Також року українці відчують неефективність системи охорони здоров'я у частині її профілактики та достовірної науково-обґрунтованої інформації, при загостренні хронічних хвороб внаслідок поширення ГРВІ, грипу, вірусної пневмонії, коли система неспроможна забезпечити достатній рівень послуг у цій ситуації. А це діти, вагітні жінки, люди похилого віку, люди з надмірною вагою, хворі на цукровий діабет, серцево-судинні захворювання, у кого є хронічні захворювання легень та інші захворювання.

Саме ці особливості визначають коло проблем, з якими стикається країна на сучасному етапі, адже формування нового типу мислення та ставлення суспільства до свого здоров'я породжує безліч суперечностей, які, власне, і є першопричинами кризи всієї системи охорони здоров'я, наслідки якої ми відчуваємо донині.

Таким чином, виникла необхідність розробки нових підходів та програм для вирішення проблем громадського здоров'я, зокрема, збереження здоров'я здорової людини, оскільки система медичної допомоги фактично ігнорує

профілактичну складову. Переорієнтація повинна відбутися від політики лікування до політики зміцнення здоров'я і попередження захворювань.

Реалізація концепції можлива як для всієї України одночасно, так і для її регіонів поступово. Однак це зовсім не означає, що вони не можуть розв'язувати проблему збереження здоров'я самостійно. Адже різні регіони країни мають неоднаковий рівень соціально-економічного і техніко-технологічного розвитку, антропотехногенних навантажень на довкілля, використання природних ресурсів, їх забруднення тощо.

Можна виокремити три рівні концепції здоров'язбереження: загальносуспільний (планетарний), державний (регіональний) та індивідуальний.

Загальносуспільний рівень базується на залученні України до соціальних і економічних проектів міжнародного значення; обміні досвідом через світові інформаційні мережі і бази даних; участі у спостереженні за динамікою і рівнем загроз та можливими ризиками, прогнозуванні та їх подоланні; запровадженні жорстких санкцій до країн порушників; вивченні питань впливу всіх політик на здоров'я; інтеграції політики і соціальних сил у галузі знань; колективній екологічній політиці; розробці та впровадженні нового міжнародного законодавства; залученні науковців для вирішення питання здоров'язбереження. На цьому рівні Україна виступає учасником політичних відносин на міжнародній арені й є частиною політики здоров'язбереження в планетарному значенні.

Державний рівень базується на економічному розвитку України, зрілості її економічної та політичної систем, особливостях постіндустріальної економіки. Для України в цьому процесі важливі: роль політичної еліти; формування моделі партнерства всередині держави (місцеве самоврядування, неурядові організації, сім'я, релігійні конфесії, тощо); використання інформаційних технологій та ЗМІ у процесі формування нового мислення, спрямованого на збереження здоров'я; міжнародна співпраця; розвиток економіки, шляхом впровадження в роботу стартапів та проектів, вигідних для



збереження здоров'я, залучення в такі проекти вітчизняного виробника; впровадження і розробка правових механізмів; розуміння об'єктивних потреб, самоцінності кожної особистості; відповідальність перед суспільством і громадянином; залучення студентської молоді до наукових розробок і «ноу-хау»; використання на рівні академічної медицини профілактичних, реабілітаційних заходів, оздоровчих систем та впровадження нетрадиційної медицини.

До індивідуального рівня слід віднести саморозвиток та еволюцію світосприйняття особи; усвідомлення себе як окремої творчої індивідуальності; соціалізацію та соціально-психічну адаптацію особистості до типових ситуацій її життєдіяльності; запровадження нової форми освіти – освіти здоров'язбереження протягом життя; підвищення рівня виховання, культури та поведінки здоров'язбереження; усвідомлення людиною цінності власного здоров'я; формування нового мислення та ідеології здоров'язбереження; подолання шкідливих звичок; фізичну активність і здорове харчування; вироблення, розповсюдження нових знань і вмінь та здоров'язбережних технологій; суспільне визнання і самовираження через різноманітні легітимні канали політичної участі, відповідальність перед державою і суспільством; вдосконалення механізму контролю за діяльністю апарату державної влади у реалізації політики здоров'язбереження.

Індивідуальний рівень на відміну від загальносуспільного і державного майже виключає економічну складову, позаяк залежить від самої волі, рішення і поведінки людини. Але індивідуальний рівень є основою формування двох наступних. Економічна складова буде мінімізована за умови належного виконання індивідом своїх обов'язків.

Трирівневий поділ обумовлено природою змін, що виникають у суспільстві. Це об'єктивні зміни, що стосуються всього суспільства, та суб'єктивні, характерні для окремої особи. Перехід до нового означає насамперед, зміну мотивації діяльності самої людини. У суспільстві, що мотивоване на збереження здоров'я, головним фактором розвитку стає знання,

яке, окрім наукоємного продукту, створює новий тип економічних відносин – економіку здоров'я.

Метою державної політики здоров'язбереження є створення умов для збереження і зміцнення здоров'я людини як найвищої соціальної цінності, а також підвищення рівня фізичного, духовного здоров'я, психологічного та соціального благополуччя дітей і молоді шляхом пріоритетності здорового способу життя як основного чинника відновлення здоров'я, його збереження та зміцнення.

Основними засадами формування державної політики здоров'язбереження є визнання:

- права на здоров'я та його охорону як одного з фундаментальних прав людини;
- загальних моральних цінностей, поваги до людини та її гідності, рівності, солідарності;
- визначального впливу громадського здоров'я на сталий розвиток та економічне процвітання як окремих регіонів, так і держави у цілому;
- пріоритетності питань охорони здоров'я та їх взаємозв'язку з іншими сферами державної політики, солідарної відповідальності суб'єктів державної політики охорони здоров'я у цій сфері;
- прозорості у прийнятті рішень щодо подальшого розвитку державної політики здоров'язбереження, залучення до їх розгляду та обговорення представників громадськості, інформування громадськості про такі рішення та врахування її думки;
- наступності, безперервності та послідовності у впровадженні змін задля прогнозованості результатів державної політики здоров'язбереження;
- дотримання збалансованості інтересів громадян, громад, суб'єктів господарювання, професіоналів охорони здоров'я та держави;
- системного підходу до організації національної та регіональних програм, заходів щодо забезпечення достатності та стабільності фінансового, матеріально-технічного, кадрового, інформаційного, організаційного та

наукового забезпечення їх функціонування, у тому числі із застосуванням принципів та механізму державно-приватного партнерства;

- узгодженості з політиками охорони здоров'я міжнародних організацій за такими напрямками: лідерство та управління; медичні послуги та їх постачання; фінансування системи охорони здоров'я; трудові ресурси та кадрова політика; медична продукція, медикаменти, вакцини та технології; інформація про здоров'я; громадське здоров'я.

Основними завданнями державної політики здоров'язбереження є:

- розробка, впровадження безкоштовних і збільшення кількості оздоровчих заходів;
- залучення практичних спеціалістів для розробки і впровадження комплексних оздоровчих технологій;
- реалізація людиною своїх здібностей, формування і збереження професійного здоров'я;
- виховання у населення дотримання гігієни організму;
- попередження передчасної смертності шляхом скорочення травматизму на виробництві;
- вжиття заходів, спрямованих на позбавлення шкідливих звичок;
- запровадження системи загартовування, системи спеціального тренування терморегуляторних процесів організму, що включає процедури, дія яких спрямована на підвищення стійкості організму до переохолодження або перегрівання;
- поліпшення якості життя осіб, що мають хронічні захворювання, та інвалідів, шляхом надання їм умов для реалізації наявного потенціалу здоров'я;
- розробка і впровадження мотиваційних технологій, що спонукають до здорового способу життя;
- запровадження комплексного підходу до підвищення якості життя.

Державна політика здоров'язбереження реалізується на основі таких принципів:

– принцип «здоров'язбереження у всіх політиках», що забезпечить створення високоефективної системи формування державної політики здоров'язбереження, що відповідає найкращим практикам Європейського Союзу і його держав-членів та сприятиме адекватним відповідям на глобальні виклики, посилить роль і ефективність запропонованих урядом концепцій в охороні здоров'я;

– принцип орієнтованості на здорову людину, який означає, що система має орієнтуватися на потреби людини, гарантувати якісні й безпечні послуги, чітко визначену систему профілактичних заходів, адаптованих до вимог часу;

– принцип доступності профілактичних заходів, а також заходів, спрямованих на оцінку стану здоров'я або виявлення захворювання незалежно від соціального статусу;

– принцип об'єктивності – розроблення всіх документів, що визначають державну політику здоров'язбереження, на основі реальних показників, яких можна досягти та які можливо оцінити;

– принцип спільної відповідальності, що має бути розкритий через вироблення концепту спільної цінності – збереження здоров'я. Цей принцип покладає відповідальність за стан здоров'я на громадян, громадські об'єднання, організації, ЗМІ, політичних акторів та інших суб'єктів здоров'язбережного діалогу;

– принцип дотримання і виконання оздоровчих заходів протягом усього життя, який передбачає залучення до активного способу життя та спорту всіх вікових категорій населення;

– принцип спільної цінності здоров'я, який нівелює традиційний поділ між відповідальністю бізнесу та відповідальністю уряду чи громадянського суспільства, людини. Він може бути корисний для знаходження шляхів підвищення продуктивності здоров'я для досягнення як комерційних, так і соціальних цілей.

- принцип наукового підходу – обумовлений особливим способом мислення та пізнання об'єктивної реальності, що формується умовами дослідження процесу здоров'язбереження, високим рівнем знань про здоровий спосіб життя, професійної підготовки осіб, що реалізують політику здоров'язбереження, та цілісним спрямуванням практичних заходів. Науковий підхід дозволить визначити проблему, провести її аналіз, прийти до її вирішення через науковопрактичний пошук;
- принцип реалізації внутрішньої гармонії фізичного, духовного, психічного стану людини, а також гармонії з екологічною і соціальною сферою;
- принцип спрямованості на кількісну оцінку резервних можливостей організму здорової людини та їх корекцію для реалізації потенціалу здоров'я;
- принцип поступовості, передбачає послідовність реалізації цілей і завдань з формування здорового способу життя залежно від віку, особистісних якостей, умов життя, настроїв індивіда, моральних засад соціального середовища. При формуванні здорового способу життя фізичні та розумові навантаження слід збільшувати поступово, послідовно доповнюючи стиль буття новими факторами, які сприяють здоров'ю;
- принцип сталого розвитку, котрий полягає у розвитку суспільства шляхом зміцнення його здоров'я для задоволення потреб нинішнього покоління з урахуванням інтересів майбутніх поколінь;
- принцип економічної доцільності, який полягає у тому, що витрати на проведення заходів із впровадження здорового способу життя повинні у майбутньому зменшити витрати на амбулаторне і стаціонарне лікування;
- принцип координації, взаємозв'язку та узгодженості довгострокових стратегій, планів і програм розвитку на державному, регіональному та місцевому рівнях;
- принцип партнерства, який означає, що важливими складовими запровадження системних змін є партнерство в усіх аспектах реформування, у т. ч. фінансовому, встановлення чітких пріоритетів, забезпечення

профілактичного вектора розвитку, впровадження моніторингу зрушень, індикаторів оцінки та контролю, а також широка поінформованість суспільства та відкритість системи громадського здоров'я;

– принцип нового гуманізму, котрий повинен бути таким переконливим, щоб радикально оновити, якщо не повністю змінити принципи й норми, які видаються нині непохитними, сприяти зародженню нових відповідних до вимог нашого часу цінностей і мотивацій, кардинально змінити погляди й поведінку окремих елітарних груп і шарів суспільства.

Об'єктами державної політики здоров'язбереження є діяльність національної та регіональних систем охорони здоров'я, суб'єктів охорони здоров'я, спрямована на збереження, відновлення та зміцнення здоров'я здорової людини та населення вцілому.

Суб'єктами державної політики охорони здоров'я є Президент України, Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, Верховна Рада Автономної Республіки Крим, Рада міністрів Автономної Республіки Крим, центральні та місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого та органи професійного самоврядування, їх посадові особи.

До розробки та забезпечення реалізації державної політики здоров'язбереження повинні залучатися асоціації та інші об'єднання органів місцевого самоврядування, громадські об'єднання, юридичні та фізичні особи.

Для реалізації концепції здоров'язбереження соціально орієнтована держава має визнати людину найвищою соціальною цінністю, надавати соціальну допомогу індивідам, які потрапили у скрутну життєву ситуацію, з метою забезпечення кожному гідного рівня життя, перерозподіляти економічні блага відповідно до принципу соціальної справедливості, своє призначення вбачати в забезпеченні громадського миру і злагоди в суспільстві.

На думку Н. Хоми, однією з перспективних є модель держави, яка активізує, в якій по-новому розподіляється відповідальність між державою, суспільством і громадянами, позаяк зростає роль особистої відповідальності

особи за свій добробут. Завданням такої моделі є активне інвестування в людину, її потенціал; створення умов для саморозвитку особи, насамперед через трудову активність; запобігання соціальним негараздам, а не їх пом'якшення. Водночас необхідно врахувати специфіку соціальної структури українського суспільства (значний відсоток осіб похилого віку, велика кількість неповних сімей тощо). Загальносвітова тенденція полягає в тому, що соціальна держава зобов'язана забезпечувати тільки основні потреби людини (інфраструктуру, освіту, охорону здоров'я, прожитковий мінімум) і не допускати утриманських настроїв, поглиблювати у свідомості громадян особисту відповідальність за поліпшення умов свого життя. Тому вітчизняна модель соціальної держави має насамперед сприяти механізмам висхідної соціальної мобільності, формувати соціальний ліфт для всіх груп населення, виступити соціально-політичним арбітром у відносинах між соціальними верствами; в її основі – кодифіковане соціальне законодавство, розвинене громадянське суспільство, соціально відповідальний бізнес [30, с. 214].

Ідеальним для такої моделі, на думку В. Співака, є суспільство з розвиненими економічними, політичними, духовними та іншими відносинами і зв'язками, яке взаємодіє з державою та функціонує на засадах демократії і права. Система соціально-економічних і політичних відносин у такому суспільстві спрямована на забезпечення гідного життя людини, захист її прав і свобод як найвищої цінності, визнаної громадянським суспільством і правовою державою [31, с. 616].

Для України оптимальним варіантом розвитку політики охорони здоров'я буде той, який базується на сучасній парадигмі громадського здоров'я й переорієнтації пріоритетів систем охорони здоров'я з лікування на немедичну профілактику, а також на активізації участі населення у програмах громадського здоров'я. Цей варіант, на думку Т. Семигіної, має орієнтуватися на перехід до суб'єкт-суб'єктного типу соціальної дії, кероване впровадження державно-приватного партнерства [32, с. 7].

Проблему пропонується реалізувати шляхом створення єдиної багатосекторальної системи збереження здоров'я з координаційною роллю Міністерства охорони здоров'я України. Ця система включатиме: органи державної влади, органи місцевого самоврядування, бізнес-середовище, об'єднання громадян, науковців тощо; гармонізацію законодавчої і нормативно-правової бази з європейським законодавством, створення правових передумов для запровадження єдиного, універсального, комплексного підходу до збереження здоров'я здорової людини, який базується на основних цінностях у сфері охорони здоров'я при формуванні та реалізації засад державної політики здоров'язбереження в Україні; запровадження інтегрованого підходу до проблем здоров'я людини і факторів, що його обумовлюють, для раціонального використання людських та наявних матеріальних ресурсів; поєднання принципів централізації та децентралізації через передачу окремих функцій у системі громадського здоров'я та ресурсів органам місцевого самоврядування на обласному рівні; удосконалення аналітичної та інформаційної складових у сфері охорони здоров'я; уніфікацію підходів до збору, обробки, накопичення та використання інформації про здоров'я населення; створення інформаційних баз даних та обмін інформацією; проведення постійних інформаційно-просвітницьких заходів, спрямованих на формування у населення навичок здорового способу життя, в тому числі позитивної реклами; відповідальність за збереження здоров'я та зміцнення соціальної свідомості; запровадження нових механізмів і пріоритетів фінансування, забезпечення прозорості та підзвітності використання доступних ресурсів; підтримання національного виробника з виготовлення продукції здорового харчування і безпечної для здоров'я хімічної та косметичної продукції; залучення студентської молоді до еко-проектів.

Забезпечення формування політики здоров'язбереження необхідно закріпити за Кабінетом Міністрів України, Міністерством охорони здоров'я



України та центральними органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування.

Реалізацію політики здоров'язбереження доцільно покласти на органи МОЗ, що значно прискорить виконання завдань запропонованої концепції, скоротить час і кошти, а також позбавить від кадрових та бюрократичних питань, з делегуванням повноважень до відокремлених міжрегіональних структурних підрозділів з наступними ключовими функціями: підготовка пропозицій щодо формування державної політики у сфері здоров'язбереження; запобігання розповсюдженню інфекційних хвороб та боротьба з особливо небезпечними соціальними інфекційними хворобами (туберкульоз, СНІД); підтримка і розширення співпраці з традиційними міжнародними дво- та багатосторонніми партнерами: Світовим банком, Всесвітньою організацією охорони здоров'я, інституціями ООН (Дитячим фондом ООН, Програмою розвитку ООН, Програмою ООН з ВІЛ/СНІД, Фондом народонаселення ООН), Європейською Комісією, агентствами міжнародного розвитку; підвищення безпеки продуктів харчування; спрощення торгівлі шляхом модернізації санітарної та фітосанітарної сфери; запровадження здорового способу життя; пропаганда ефективних дій у відповідь на епідемії та досягнення цілей універсального доступу до профілактики; подолання та антиреклама шкідливих звичок; залучення інститутів громадянського суспільства до використання здоров'язберігаючих технологій; лікування, догляд та підтримка хворих у реабілітаційний період; організація та проведення наукових та операційних досліджень; розроблення та реалізація комплексних заходів та програм з профілактики та лікування захворювань, які спричиняють найбільший негативний соціально-демографічний та економічний вплив для окремих регіонів; ведення чіткої та прозорої регіональної системи звітності за результатами впровадження програм і проектів у сфері громадського здоров'я та проведення громадських слухань з обговорення стану здоров'я населення; підтримка та розвиток систем епіднадзора, оцінка та комплексний аналіз основних факторів ризику

(поведінкові, біологічні, інші) та соціальних детермінант здоров'я; розробка і реалізація регіональних стратегій з питань формування усвідомленого і відповідального ставлення населення до власного здоров'я та особистої безпеки; проведення кампаній у сфері здоров'язбереження із залученням бізнеспартнерів, громадськості та спортивних організацій.

Створення єдиної системи здоров'язбереження передбачає:

- запровадження принципу «здоров'язбереження у всіх політиках», який повинен стати невід'ємною частиною «здоров'я у всіх політиках» шляхом внесення до законодавчих та нормативно-правових актів окремого розділу щодо важливості й необхідності запровадження здорового способу життя, дотримання санітарно-гігієнічних норм і правил;

- уточнення та доповнення визначень, які гармонізовані із вимогами міжнародних організацій в частині таких термінів, як «система громадського здоров'я», «державна політика здоров'язбереження», «здоровий спосіб життя», «моніторинг та оцінка результативності реалізації державної політики здоров'язбереження», «збереження здоров'я здорової людини»;

- розробку і прийняття Закону України «Про засади державної політики здоров'язбереження у системі громадського здоров'я», що сприятиме комплексному формуванню та реалізації державної політики здоров'язбереження, заснованої на європейських стратегіях спільних цінностей здоров'я, взаємодії з іншими секторами економіки та залученні нових партнерів, а також створенню та забезпеченню умов досягнення та підтримки високого рівня здоров'я населення, поліпшенню громадського здоров'я, а також забезпеченню універсальності умов отримання доступу до якісної і безпечної медичної допомоги, справедливості та солідарності в системі охорони здоров'я;

- розробку і прийняття Концепції збереження здоров'я здорових в Україні. Під збереженням здоров'я здорової людини в цій Концепції необхідно розуміти сукупність заходів політичного, духовного, економічного, правового, соціального, культурного, наукового, медичного, санітарно-

епідемічного характеру, спрямованих на оптимізацію умов для формування, активного збереження, відновлення і зміцнення здоров'я, що забезпечують зниження захворюваності і збільшення популяції здорових і практично здорових людей;

- встановлення на законодавчому рівні контролю за обов'язковим звітуванням політичних акторів за реалізацію політичних програм у питаннях, що стосуються покращення здоров'я населення;

- законодавче закріплення зобов'язань політичних партій, громадських об'єднань, органів місцевого самоврядування включати до програмних документів своєї діяльності вирішення питань здоров'язбережнього й екологічного значення;

- створення онлайн-сторінок на сайтах органів публічної адміністрації з інформацією про проведення заходів здоров'язбережнього характеру;

- закріплення за Міністерством охорони здоров'я обов'язку налагодження ефективного механізму співпраці з усіма дотичними центральними органами виконавчої влади у питаннях запровадження політики здоров'язбереження;

- визначення ролі та функцій центральних органів виконавчої влади як основних урядових структур, відповідальних за розробку політичних рішень та законодавства з профілактики і запровадження здорового способу життя;

- запровадження стратегічного планування із залученням зацікавлених сторін, для визначення цілей у сфері здоров'язбереження та відповідних заходів на національному, регіональному та місцевому рівнях;

- посилення наукової складової з метою удосконалення функцій моніторингу та оцінки ризиків;

- забезпечення проведення загальнонаціональних інформаційно-просвітницьких кампаній щодо переваг здорового способу життя, шляхів попередження захворювань;

- проведення переговорів з бізнес-асоціаціями з метою вироблення моделі співпраці у зміцненні здоров'я, промоції здорового/активного способу життя та здорового харчування;
- запровадження грантових програм для громадських об'єднань і наукових установ та формування соціального замовлення;
- планування цільових видатків на виконання загально-державних і територіальних програм профілактичного спрямування, із залученням коштів державного бюджету, місцевих бюджетів та інших джерел, не заборонених законодавством;
- відновлення мережі оздоровчих і профілактичних закладів з урахуванням особливостей і специфіки кожного регіону країни;
- допомогу громадським об'єднанням, що ставлять за мету своєї діяльності збереження здоров'я здорової людини та проводять екозаходи;
- розробку пропозицій, створення законів та їх подальше вдосконалення щодо сучасних технологій, які дають можливість складувати чи захоронювати відходи так, щоб вони не впливали на навколишнє середовище і здоров'я людини. Залучення іноземних інвесторів до реалізації проектів такого змісту.

Для ефективної підтримки здоров'я відносно здорових людей виконання концептуальних положень передбачає поєднання медико-профілактичної, оздоровчої і економічної систем. Виконання програмних заходів дасть змогу державним органам і закладам охорони здоров'я розширити лікувально-профілактичні функції. Для зниження витрат на впровадження системи здоров'язбереження відносно здорової людини пропонується використовувати в межах коштів, передбачених бюджетом, а також витрат з реклами і виготовлення тютюнової і алкогольної продукції в діяльність суб'єктів господарювання.

Важливо також зазначити, що запровадження концепції здоров'язбереження в основі якої – збереження і підтримка здоров'я здорової і відносно здорової людини, жодним чином не завадить, а лише зміцнить

стратегічний напрям на поліпшення громадського здоров'я і може стати органічним доповненням Концепції загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір». Зокрема, відповідатиме напрямку вжиття заходів з профілактики та раннього виявлення захворювань, здійснення контролю за перебігом захворювань та запобігання їх несприятливим наслідкам, формування системи громадського здоров'я, мотивацію населення до здорового способу життя, запровадження заходів з реабілітації, організації спеціальних заходів з медичного забезпечення за окремими класами хвороб та нозологічними формами, що разом з проведенням реформи системи надання медичної допомоги забезпечить зниження потреби у медичній допомозі, раціональне використання ресурсів галузі, застосування солідарного принципу фінансування, підвищення якості та надання ефективної медичної допомоги, що призведе до поліпшення здоров'я та зниження первинної інвалідизації населення, загальної смертності та смертності населення в працездатному віці.

Отже, державну політику здоров'язбереження слід розуміти як систему принципів та напрямів діяльності держави у сфері збереження і зміцнення здоров'я та забезпечення безпеки України. Політика здоров'язбереження є складовою частиною державної політики громадського здоров'я.

### **1.3. Реалізація державної політики здоров'язбереження: зарубіжний досвід**

Враховуючи вагомість проблеми збереження здоров'я населення, вона завжди присутня в системах охорони здоров'я різних країн та в політиці державного управління. Проте, кожна країна має свої особливості реалізації публічної політики збереження здоров'я населення, що обумовлюються зміною стану здоров'я суспільства, причинами та детермінантами цих змін, а також рівнем економічного розвитку та принципами організації і фінансування системи охорони здоров'я.

В основі формування публічної політики збереження здоров'я населення багатьох країн лежить концепція зон охорони здоров'я Марка Лалонда, оприлюднена у доповіді «Нові погляди на здоров'я канадців», а також стратегія здоров'я для всіх (HFA), сформульована Всесвітньою організацією охорони здоров'я та Оттавська хартія, яка є результатом Міжнародної конференції зі сприяння здоров'ю і ВООЗ. Зокрема, Концепція Марка Лалонда про детермінанти охорони здоров'я пов'язана з спостережуваним різким зростанням витрат на охорону здоров'я (у Канаді), що не вплинуло на здоров'я людини. Комітет з витрат на охорону здоров'я, до складу якого входять представники федерального уряду та державних адміністрацій, був створений для дослідження причин цього явища та рекомендацій відповідних заходів. Ця доповідь започаткувала нову еру у сприйнятті громадського здоров'я, запропонувавши ширше розуміння здоров'я як стану, якого не може досягти більшість населення, просто збільшивши фінансування інфраструктури та відновлювальних послуг. Відправною точкою для концепції сфер здоров'я Марка Лалонда було таке визначення здоров'я: «Здоров'я є продуктом факторів, пов'язаних із генетичною спадковістю, навколишнім середовищем, способом життя та медичним обслуговуванням. Пропагування здорового способу життя може покращити здоров'я та зменшити потребу в медичній допомозі». Варто зазначити, що концепція Лалонда була створена як ідея, специфічна для політики охорони здоров'я. Лалонд розглядав його як інструмент для аналізу проблем зі здоров'ям та визначення потреб у здоров'ї та шляхів їх задоволення. Слід, однак, підкреслити, що це призвело до висновку, що окрім аналізу смертності внаслідок ДТП, смертність може залежати на 75% від поведінки, на 20% від факторів навколишнього середовища і на 5% від системи охорони здоров'я. Згодом Б. Бадур підрахував, що ці фактори впливають на смертність від серцевосудинних захворювань відповідно до 25% біології, 9% навколишнього середовища, 54% способу життя та 12% охорони здоров'я. У разі новоутворень ці відсотки становили відповідно 29,

24, 37 і 10, а при смертності від усіх причин — 20, 20, 50 і 10. Основні напрямки стратегії «Здоров'я для всіх» (НФА 2000) були такими: пропаганда та поширення способу життя та поведінки, що сприяє зміцненню здоров'я, зниження захворюваності та розладів здоров'я, яким можна запобігти шляхом зниження рівня факторів ризику та захисту навколишнього середовища, надання первинної медичної допомоги, яка є відповідною, доступною та прийнятною для всіх [33].

Головним досягненням НФА 2000 було розбудова первинної медико-санітарної допомоги в країнах, що розвиваються, і початок реалізації програм громадського здоров'я.

У травні 1998 року Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я, яке охоплює 51 державу-член, прийняло документ, що визначає дії урядів держав-членів «Здоров'я 21» – «Здоров'я для всіх у 21 столітті». У документі сформульовано 21 завдання, які в значній мірі відповідали основним функціям охорони здоров'я.

Відповідно до Всесвітньої декларації охорони здоров'я, стратегія «Здоров'я XXI» передбачала, що «одним із основних прав кожної людини є найвищий досяжний стандарт здоров'я, а успіх соціальної політики слід вимірювати її впливом на здоров'я людини» [34].

Для забезпечення науково, економічно, соціально та політично стійкої реалізації «Здоров'я XXI» було визначено чотири основні стратегії:

- багатосекторні стратегії, які враховують фізичні, економічні, соціальні та культурні детермінанти здоров'я, розглядають перспективи, що враховують потреби чоловіків і жінок та забезпечують можливість оцінки впливу на здоров'я;
- програми, спрямовані на підвищення ефективності охорони здоров'я та інвестиції в розвиток охорони здоров'я та клінічну допомогу;
- інтегрована та орієнтована на сім'ю та громаду первинна медико-санітарна допомога, яка підтримується гнучкою, адаптованою системою лікарняної допомоги;

– участь у процесі розвитку здоров'я вдома, у школі, на робочому місці, на рівні місцевої громади та країни, а також просування ідеї спільного прийняття рішень, реалізації та обліку партнерами.

Двадцять одне завдання політики охорони здоров'я для всіх було сформульовано таким чином, щоб вони виражали потреби всього європейського регіону і водночас містили пропозиції щодо покращення ситуації. Вони можуть служити інструментом для вимірювання прогресу в розвитку та здоров'я, а також у зниженні ризиків для здоров'я. Ці завдання є основою для розвитку політики охорони здоров'я в країнах Європейського регіону.

Публічну політику збереження здоров'я населення розглянемо на прикладі таких країн, як Польща, Японія, США, Німеччина та Великобританія.

Так, у Польщі система охорони здоров'я охоплює такі сфери діяльності:

- охорона здоров'я – основна медицина, відновна медицина,
- охорона здоров'я – комплекс заходів щодо охорони здоров'я, що здійснюються різними галузями соціально-економічного життя,
- охорона здоров'я та структури управління охороною здоров'я,
- джерела та способи фінансування всіх заходів для охорони здоров'я.

Основними цільовими орієнтирами системи охорони здоров'я у Польщі є: в першу чергу задоволення індивідуальних потреб, пов'язаних із збереженням здоров'я, найважливішими з яких є потреби, що виникають внаслідок захворювань, недуг, нещасних випадків, тобто виражені потреби у збереженні здоров'я, а також забезпечення колективних потреб у здоров'ї, тобто таких завдання щодо створення таких умов життя, роботи, житла, харчування, відпочинку і навіть захворювання, а також усіх інших аспектів колективного життя, які мінімізують, або усувають будь-який ризик втрати здоров'я.



Виходячи із вказаного у системі охорони здоров'я Польщі, можна виокремити дві складові, такі як: індивідуальне медичне обслуговування, тобто медичні послуги та колективна охорона здоров'я, тобто охорона здоров'я, власне система охорони здоров'я.

Політика збереження здоров'я населення цієї країни включає комплекс заходів щодо захисту від хвороб (профілактика та боротьба з інфекційними захворюваннями, неінфекційними хворобами, що мають високу суспільну значимість, та іншими захворюваннями та інвалідністю в медичній допомозі), захисту від загроз природному середовищу та робочому середовищу, захисту від загроз від несприятливих соціальних умов (бідність, соціальні патології, безробіття та інші) в рамках соціальної політики та виплат соціальної допомоги.

Національна програма охорони здоров'я в Польщі базується на думці авторів, що здоров'я людини на 50% залежить від способу життя, приблизно на 20% від факторів навколишнього середовища, приблизно на 20% від генетичних і біологічних факторів, а решта – від охорони здоров'я, «Що може вирішити 10–15% проблем здоров'я суспільства» [35].

Заслуговує на увагу в рамках даного дослідження публічна політика збереження здоров'я населення в Японії. Зазначимо, що в цій країні наявна тенденція спрямовувати істотні зусилля на збереження здоров'я населення, яке входить до груп визначеного ризику. Тобто, в рамках охорони здоров'я багато уваги приділено поліпшенню здорового способу життя. У 1994 р. прийнятий закон про здоров'я територіальної громади, у якому відповідальність та організацію послуг охорони громадського здоров'я та визначення її особливостей та надання медичного обслуговування жителям їх територій покладено на муніципалітети. При цьому, значна увага приділяється вирішенню проблем та вжиттю заходів щодо їх уникнення щодо здоров'я матері і дитини. Для охорони здоров'я дорослого населення реалізується комплекс заходів державного контролю за гігієною праці, робочими місцями, а також заходи щодо хвороб, пов'язаних зі способом

життя; послуги охорони здоров'я для людей похилого віку; контроль за поширеними інфекційними захворюваннями.

Слід відмітити, що Японія досягла високого рівня здоров'я населення. Саме ефективна політика збереження здоров'я населення відіграє важливу роль у зменшенні смертності й захворюваності. Люди можуть використовувати профілактичні послуги в центрах охорони громадського здоров'я, муніципальних поліклініках чи клініках. А стан свого здоров'я можна перевірити на територіальному рівні й робочих місцях.

У досліджуваній країні сформована дієва система планування збереження здоров'я населення. Так, у кожній муніципальній області створені комітети з питань сприяння здоров'ю територіальної громади, діяльність яких передбачає розробку планових заходів щодо збереження здоров'я територіальної громади і сприяння участі громадськості у їх реалізації. Довгу тривалість життя в Японії фахівці вбачають результатом скорочення дитячої смертності та смертельних випадків з інфарктами, цереброваскулярних захворювань.

Доволі цікавим є досвід Швеції. До пріоритетних проблем громадського здоров'я цієї країни належать: «...проблеми здорових робочих місць; погіршення психічного здоров'я, особливо серед молоді; малорухомий спосіб життя; збільшення вживання алкоголю» [33]. Також в цій країні визначені рівні відповідальності за охорону громадського здоров'я: національний, регіональний і муніципальний. Відповідальними за охорону громадського здоров'я на національному рівні у цій країні визначено: Національний інститут громадського здоров'я; Національна адміністрація охорони навколишнього середовища; Національна адміністрація з надзвичайних ситуацій; Національна дорожня служба. На регіональному рівні такими суб'єктами є префектури (представники публічного управління); регіональні ради (виборні органи, збирачі податків), а на муніципальному – муніципальні ради (виборні органи), місцеві збирачі податків.

Аналізуючи особливості охорони здоров'я Сполучених Штатів Америки, де оплата медичних послуг здійснюється переважно державою, відмітимо те, що близько 90% американців користуються приватними страховими компаніями, а витрата на них складають близько 10% сімейного бюджету. Обсяг медичної допомоги, в основному, залежить від обсягу страхового внеску, який сплачується переважно роботодавцями, або професійними товариствами. Витрати США на охорону здоров'я складають 16,4% ВВП. Страхування не означає надання необмеженої кількості необхідних ліків. Більшість населення США користується програмами страхування, серед яких найпопулярнішими є Медікейр та Медікейд, які фінансуються за кошти платників податків. Медікейр – це національна програма страхування для людей віком від 65 років, та тих, які знаходяться «за межею бідності». Медікейд – це «...спільна програма державних і федеральних урядів, яку вони спонсують, 23% американців використовують цю програму» [36]. У Сполучених Штатах Америки «...первинна допомога, зазвичай, надається сімейними лікарями, які працюють поодиночці, або як частина групи, тоді як сімейні лікарі складають третину від загальної кількості лікарів у країні, а більшість приватних лікарів первинної медичної допомоги працюють у невеликих клініках із чисельністю персоналу менше 5 осіб» [36]. Пацієнти можуть обирати лікаря із електронної мережі зареєстрованих постачальників послуг. При цьому, в цілому, американцям не подобається сучасний стан розвитку їхньої медицини. Згідно з опитуванням, проведеним «Commonwealth Fund, 82% громадян Сполучених Штатів Америки вважають, що діюча система механізмів публічного управління охороною здоров'я потребує або проведення фундаментальної реформи, або її перебудови. Тому, досвід Сполучених Штатів Америки свідчить про те, що приватне медичне страхування є недостатньо ефективним, оскільки це може зумовлювати певні фінансові розбіжності в охороні здоров'я.

Також, заслуговує на увагу досвід управління охороною здоров'я Німеччини. Система охорони здоров'я цієї країни базується на добре

структурованому медичному страхуванні, що складається з державного медичного страхування та страхування приватних фондів. «...Державне страхування має близько 89% населення; приватне страхування – 9% німців; 2% населення отримують медичну допомогу за спеціальними державними програмами (військові, поліцейські). Фактичний внесок державного медичного страхування у загальні витрати на охорону здоров'я становить понад 60%. Крім того, кошти надходять із інших складових системи державного страхування (із фондів пенсійного страхування, страхування від виробничих травм)» [9]. Також, гроші надходять із державної скарбниці. Внески до державного медичного страхування збираються лікарняними фондами (незалежними органами самоврядування). «Урядове агентство контролює їх діяльність та керує нею. На федеральному рівні, систему охорони здоров'я очолює Федеральне Міністерство охорони здоров'я і соціального забезпечення, яке, також, має загальну політику щодо державного медичного страхування (перш за все, щодо питання рівності, повноти, порядку надання та фінансування соціальних медичних послуг)» [37]. Державно-правове регулювання всієї німецької системи соціального страхування, в основному, базується на Соціальному кодексі. Основним джерелом фінансування охорони здоров'я у Німеччині «... є самоврядні регіональні та федеральні лікарняні фонди, які збирають внески та забезпечують фінансування охорони здоров'я на рівні соціального забезпечення держави, а всі лікарні є некомерційними організаціями, які зобов'язані сплачувати членські внески та мають право встановлювати ставку внеску, необхідну для покриття витрат» [38]. До переваг системи охорони здоров'я в Німеччині варто віднести високу якість медичної допомоги, високу якість медичного обладнання в установах профілактичної допомоги, високу кваліфікацію медичних працівників та доступність медичної допомоги. Система медичного страхування передбачає надання спектру безкоштовних послуг, що охоплює як амбулаторне, так і стаціонарне

лікування, а також надання ліків за рецептом, забезпечення медичним обладнанням, оплату проїзду до медичного закладу.

У Великобританії «...основна частина фінансування надходить з державного бюджету і розподіляється зверху по управлінській вертикалі. Централізоване фінансування допомагає «стримувати» зростаючі витрати на лікування. Страхові організації та застраховані особи мають можливість контролювати використання страхових фондів. Застраховані особи, також, можуть обрати лікаря та лікувальну установу» [35]. Фінансування таких систем здійснюється із трьох джерел: «...1. Страхові внески підприємців (відрахування із доходів). 2. Страхові внески осіб, які працюють (відрахування із заробітної плати). 3. Кошти з державного бюджету. Основним постачальником-надавачем послуг із охорони здоров'я є Національна служба охорони здоров'я (National Health Service, NHS), яка звітує перед Департаментом (Міністерством) охорони здоров'я. Вона забезпечує мешканців практично всіма необхідними медичними послугами, стаціонарними препаратами та іншими медичними витратами, на безоплатній основі. Пільги щодо сооплатежу передбачені для соціально вразливих та нужденних груп населення» [35]. Медичні послуги у Великобританії поділяються на первинні, стоматологічних і офтальмологічних відділень та вторинні. «...Функціонування Національної служби охорони здоров'я у Великобританії не виключає роботи закладів приватної медицини, що фінансуються за рахунок коштів від приватного страхування, яким охоплюється близько 8% населення країни» [39]. В останні роки Національна служба охорони здоров'я все активніше залучає приватний сектор з метою збільшення своїх ресурсних можливостей.

Основні напрями здоров'язбереження в країнах Європейського Союзу (ЄС) охоплюють широкий спектр стратегій та ініціатив, спрямованих на підвищення рівня здоров'я громадян та якості медичного обслуговування. Ось деякі з ключових напрямів:

1. Профілактика хвороб та просування здорового способу життя:

- профілактика хронічних захворювань: зосередження на профілактиці захворювань, таких як діабет, серцево-судинні захворювання, рак;

- підтримка здорового харчування та фізичної активності: програми та кампанії, спрямовані на збільшення обізнаності населення щодо користі здорового харчування та активного способу життя.

## 2. Доступність та якість медичного обслуговування:

- забезпечення універсального покриття медичних послуг: забезпечення доступу до базових медичних послуг для всіх громадян ЄС;

- підвищення якості медичного обслуговування: впровадження стандартів та протоколів для підвищення якості лікування.

## 3. Медичні дослідження та інновації:

- розвиток медичних технологій та фармацевтики: інвестиції в дослідження та розробку в області медицини та фармацевтики;

- сприяння цифровізації у сфері охорони здоров'я: впровадження цифрових технологій для покращення діагностики, лікування та моніторингу стану здоров'я.

## 4. Ментальне здоров'я:

- кампанії з підвищення обізнаності про ментальне здоров'я: програми, спрямовані на зменшення стигми та підвищення рівня обізнаності щодо психічних розладів;

- покращення доступу до психічної допомоги: забезпечення кращого доступу до психологічної допомоги та підтримки.

## 5. Відповідь на громадські здоров'язбережувальні кризи:

- реагування на пандемії та епідемії: розробка та впровадження заходів для ефективного реагування на здоров'язбережувальні кризи, як-от COVID-19;

- запобігання поширенню інфекційних захворювань: стратегії щодо контролю та профілактики інфекційних захворювань.

## 6. Співпраця та координація міжнародних зусиль:

– міжнародна співпраця у сфері охорони здоров'я: робота з міжнародними організаціями для покращення глобального здоров'язбереження;

– обмін кращими практиками: співпраця між країнами-членами ЄС для обміну знаннями та кращими практиками у сфері здоров'язбереження.

Ці напрями відображають зобов'язання Європейського Союзу щодо підвищення рівня здоров'я громадян, забезпечення якісного медичного обслуговування та відповіді на сучасні здоров'язбережувальні виклики.

## РОЗДІЛ 2

### ЗДОРОВОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ ЛЮДИНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ: ЗМІСТ ТА ВИКЛИКИ

#### 2.1. Стан здоров'я населення України в умовах війни

Стан здоров'я населення будь-якої країни є ключовим фактором соціально-економічного розвитку країни, адже визначає стан людських ресурсів, а отже кадрового потенціалу для держави, інвесторів, роботодавців та інших учасників господарських відносин. Індикаторами ефективності публічної політики збереження здоров'я населення виступають показники стану здоров'я населення, до яких належать показники смертності, показники захворюваності, середня очікувана тривалість життя при народженні та самооцінка стану здоров'я населення. У розрізі вказаних показників проведемо аналіз стану здоров'я населення у довоєнний період.

Аналізуючи статистичні дані [40, 41], сформовані та оприлюднені Світовим банком щодо стану здоров'я України та її найближчих сусідів, таких як Молдова, Румунія, Угорщина, Словаччина, Польща (табл. 2.1), можна зробити наступні висновки.

Таблиця 2.1

#### Показники тривалості життя населення України та інших країн

Країна	Загальна чисельність населення (тис. осіб) 2018 р.			Очікувана тривалість життя при народженні 2016 р.			Очікувана тривалість здорового життя 2016 р.		
	ч	ж	з	ч	ж	з	ч	ж	з
Україна	20491	23755	44246	67,5	77,1	72,5	60,3	67,6	64,0
Молдова	1943	2108	4052	67,6	75,3	71,5	60,7	66,4	63,6
Румунія	9491	10015	19506	71,6	79,0	75,2	63,7	69,7	66,6
Угорщині	4618	5090	9708	72,3	79,4	77,4	64,1	69,5	66,8
Словаччина	2654	2799	5453	73,8	80,9	77,7	65,3	71,2	68,3
Польща	18380	19541	37922	68,8	81,6	74,2	65,4	71,7	65,5



Статистичні дані Світового банку свідчать про те, що в Україні чисельність чоловічого населення становила понад 20491 тис. осіб, жіночого населення – понад 23755 тис. осіб. Очікувана «...тривалість життя при народженні чоловіків складає понад 68 років (67,6), жінок – більше як 77 років (77,1), очікувана тривалість здорового життя складала серед чоловіків понад 60 років (60,3), серед жінок – понад 68 років (67,6)» [42]. Порівнюючи значення цих показників із аналогічними показниками інших країн, зазначимо, що серед досліджуваних країн за очікуваною тривалістю життя Україна поступається всім країнам (окрім Молдови де очікувана тривалість життя при народженні жінок становить 75,3 роки, що на 2 роки менше, ніж в нашій країні, та загальним показником очікуваної тривалості життя, що на 1 рік менший, ніж в Україні. Варто відмітити, що найбільше значення показника очікуваної тривалості життя при народженні у Польщі та Словаччині – 77,7 та 77,4 роки відповідно. При цьому значення показника очікуваної тривалості здорового життя найвищі в Угорщині (66,8 років) та в Румунії (66,6 років). В Україні ж очікувана тривалість здорового життя становить 64 роки (табл. 2.1).

Окрім цього, узагальнюючим показником може бути індекс здоров'я. Варто відмітити, що при розрахунку цього показника враховуються основні трансформації, які відбуваються в системі охорони здоров'я у процесі її реформування. Розрахунок цього показника в Україні проводиться лише з 2016 року по Україні в цілому та у розрізі регіонів. В ньому враховано ті основні новації сучасної реформи сфери охорони здоров'я, зокрема фінансові, а саме фінансування по принципу «гроші ходять за пацієнтом», що дозволяє пацієнту обирати лікаря та медичну установу для отримання необхідних медичних послуг, і саме ці отримані послуги держава фінансує. Серйозні виклики перед охороною здоров'я поставила пандемія коронавірусної інфекції, з якою світ стикнувся у 2020 році.

Індекс здоров'я відображає ставлення та поведінку користувачів медичних послуг, що безпосередньо детермінується впливом окреслених вище чинників. Цей показник виступає мірою мірою задоволеності споживачів

медичних послуг та може слугувати інформаційною базою для прийняття рішень суб'єктами публічної політики збереження здоров'я.

За своїм змістом програма «Індекс здоров'я. Україна» є серією опитувань щодо вивчення задоволеності медичною допомогою, оцінки ставлення до реформування системи охорони здоров'я, оцінки політики щодо здорової поведінки, досвіду звернень і витрат на медичну допомогу в Україні. В рамках оцінювання ідексу здоров'я на національному рівні в межах України за 2020 рік отримано наступні результати (рис. 2.1) [43].

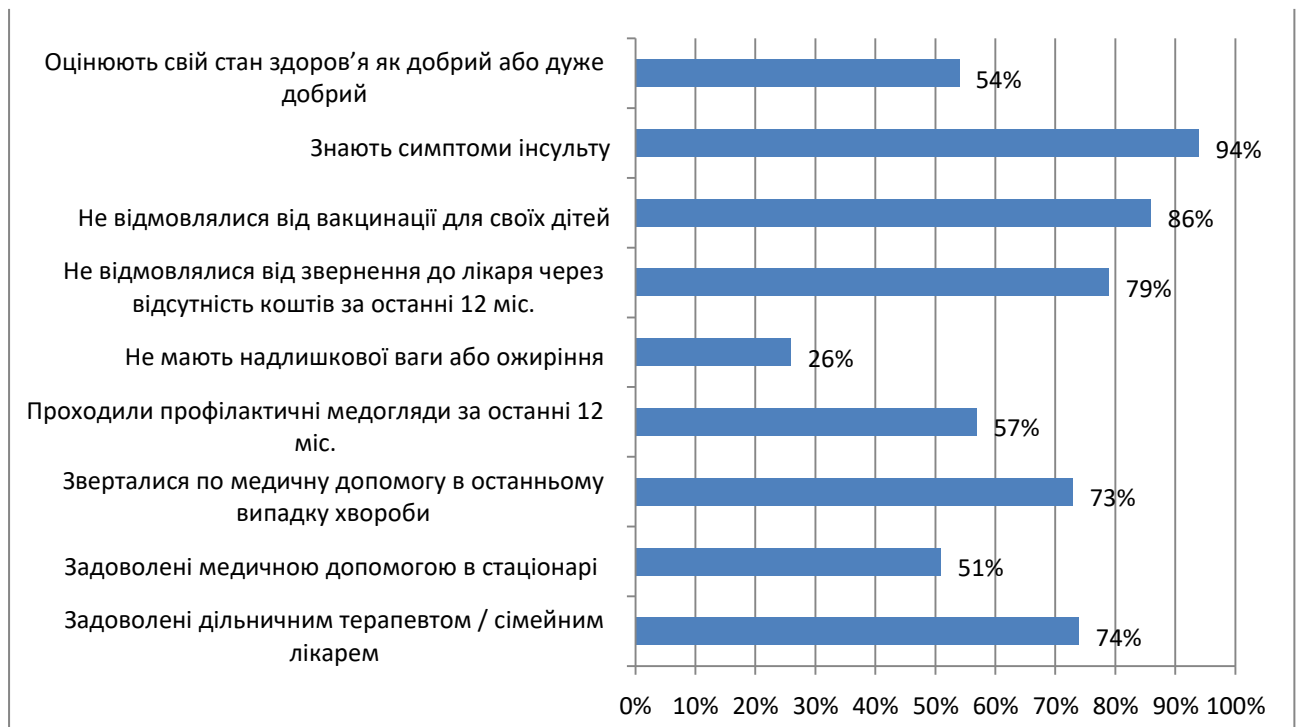


Рис. 2.1. Складові індексу здоров'я населення в Україні у 2020 р.

В рамках опитування, «задоволеними дільничним терапевтом / сімейним лікарем є 74% опитаних споживачів медичних послуг. Задоволені медичною допомогою в стаціонарі 51%. По медичну допомогу в останньому випадку хвороби зверталися 73% опитаних. Проходили профілактичні медогляди за останні 12 міс. 57%. Не відмовлялися від звернення до лікаря через відсутність коштів за останні 12 міс. 79%. Від від вакцинації для своїх дітей не відмовлялися 86%. Знають симптоми інсульту 94%. Оцінюють свій стан здоров'я як добрий або дуже добрий 54%. Не мають надлишкової ваги або

ожиріння 26%» [43]. Витрати на ліки протягом останніх 30 днів опитанні оцінюють у 750 грн.

Самооцінка стану здоров'я проводиться різними аналітичними агентствами та громадськими організаціями. Так, зокрема з 16 по 22 квітня 2021 року Київський міжнародний інститут соціології (КМІС) провів опитування громадської думки «Омнібус» на основі використання методики методом САТІ (телефонні інтерв'ю з використанням комп'ютера, computer assisted telephone interviews) на основі випадкової вибірки номерів мобільних телефонів. Репрезентативна вибірка для населення віком від 18 років. В рамках опитування проведено 2003 інтерв'ю. Статистичну похибку вибірки експерти оцінюють на рівні 2,4% для показників, близьких до 50%, 2,1% – для показників, близьких до 25%, 1,5% – для показників, близьких до 10%.

Ця інституція відслідковує динаміку самооцінки стану здоров'я населенням України з 1995 року. Результати досліджень представлені на рис. 2.2 [44].

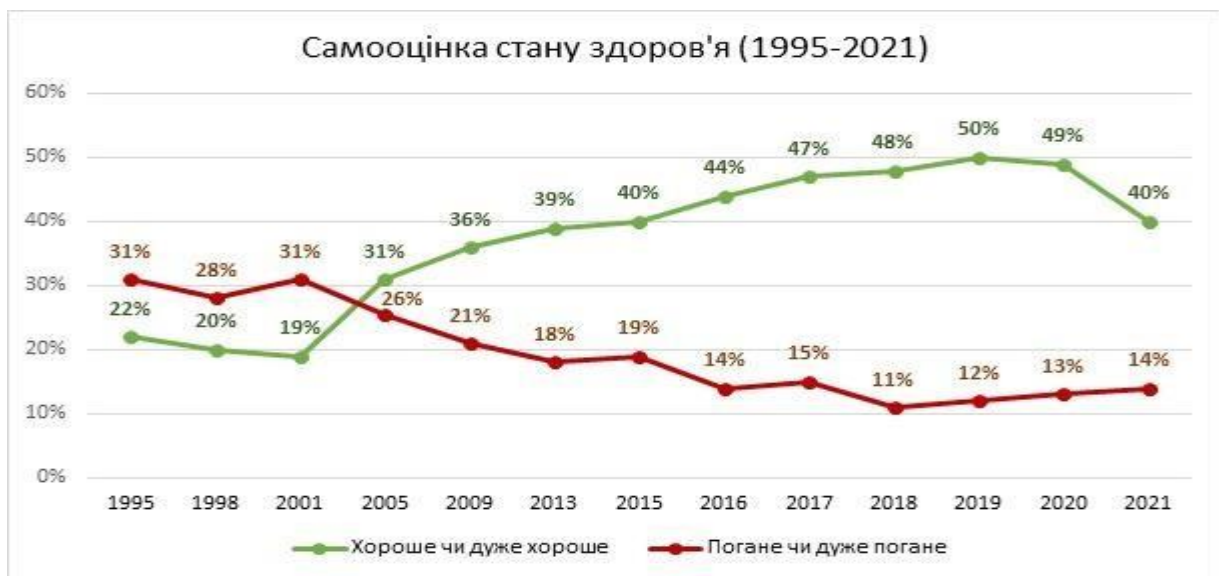


Рис. 2. 2. Динаміка самооцінки стану здоров'я українців, 1995–2021 рр.

На основі даних опитувань можна зробити висновок про те, що, протягом останніх кількох років характерним є тренд щодо перманентного зростання частки здорових жителів України, зокрема якщо в 2013–2015 роках близько 40% українців здоровими вважали себе, то, починаючи з 2016 року, цей

показник зростав і у 2019–2020 роках складав близько 50%. Водночас, експерти цієї організації вважають, що ситуація з пандемією ковіду, «...наклали відбиток на здоров'я та самопочуття українців: згідно з даними дослідження 2021 року, 40% опитаних оцінюють стан власного здоров'я як добрий, а 14% – як поганий» [44].

Загалом, станом на квітень 2020 року 40% опитаних жителів України оцінили своє здоров'я як хороше або дуже хороше, 46% – як посереднє (не хороше, і не погане) або не змогли визначитись, а 14% – як погане або дуже погане.

Порівняно з 2020 роком «...суттєво зменшилась (на 9 відсоткових пунктів) частка тих, хто вважає себе здоровим, і, відповідно, зросла частка тих, хто оцінює своє здоров'я посередньо (на 8 відсоткових пунктів)» [44].

У регіональному вимірі найбільш песимістично оцінювали стан свого здоров'я жителі Запоріжжя (лише 33,7% позитивних оцінок і 19,3 негативних). Добрим своє здоров'я оцінювали близько 2/3 населення Луганської, Рівненської, Хмельницької та Закарпатської областей. Сумська область продемонструвала найбільший прогрес за 13 рік поряд із Хмельницькою, а Миколаївська область та м. Київ засвідчили відчутне падіння показника [44;45].

Стан здоров'я може деретмінуватися впливом різних чинників. В процесі самооцінювання беруться до уваги такі, як вік, стать, рівень матеріального добробуту, місце проживання або інші фактори. Щодо диференціації за цими параметрами згідно з даними опитування зауважимо, що за віковою ознакою спостерігалася закономірність, що «...чим старша вікова група респондентів, тим менша частка здорових (за самооцінкою) серед них. Зокрема серед людей віком від 18 до 29 років здоровими почувуються 66%, у віковій групі 30–39 років – 57%, віком 40–49 років – 47%, віком 50–59 років – 28%, віком 60–69 років – 16%, а серед людей віком 70 років або старших – 13%» [44].

Аналізуючи стан здоров'я населення України за статевою ознакою відмітимо, що чоловіки оцінюють своє здоров'я кращим, аніж жінки: якщо серед чоловіків 50% оцінюють своє здоров'я як хороше або дуже хороше, тоді як серед жінок цей відсоток складає лише 32%. Серед чоловіків 9% оцінюють своє здоров'я як погане або дуже погане, тоді як серед жінок – 19%. Таку різницю експерти пов'язують із різною середньою тривалістю життя жінок в Україні, яка приблизно на 10 років вища, ніж чоловіків (77 років у жінок і 67 – у чоловіків), тому «... частка жінок у найстарших вікових групах, яким притаманна найнижча самооцінка стану здоров'я, ще більша, ніж серед молодших (так, серед людей, старших за 79 років, жінки складають 70%, а чоловіки лише 30%)» [44].

Також відмітимо, що відсоток тих, хто почувається здоровим, дещо вищий у містах (42%), аніж у сільській місцевості (36%). Окрім цього, зберігається пряmolінійний зв'язок між станом здоров'я та рівнем матеріального добробуту: чим кращий матеріальний рівень життя, тим вища частка тих, хто має хороше здоров'я. Так, серед опитаних, які знаходяться за межею бідності, здоровими себе назвали 14%, тоді як серед людей із високим рівнем матеріального добробуту 47%, а серед людей із дуже високим рівнем фінансового забезпечення – 64%. Вказана тенденція свідчить про те, що чим вищий рівень матеріального добробуту, тим більше є можливостей для піклування про здоров'я.

Також стан здоров'я є важливою умовою для відчуття щастя. Результати експертних оцінок свідчать про те, що серед тих, хто має хороше або дуже хороше здоров'я, щасливими почуваються 85%, тоді як серед тих, хто має погане або дуже погане здоров'я, щасливими є 40% опитаних.

В Україні спостерігається тенденція до постійного зростання кількості осіб, які помирають від хронічних, важких, невиліковних хвороб, які особливо посилюється останніми десятиріччями, в період затяжних економічних криз, що актуалізує проблеми надання паліативної та хоспісної допомоги. Таке негативне явище має місце в більшості постіндустріальних країн світу та

пояснюється глибокими соціально-демографічними змінами, що відбуваються в сучасному суспільстві. Разом з тим, в Україні відповідні статистичні показники захворюваності та смертності мають виразну тенденцією до погіршення. Підтвердженням цього є дані офіційної статистики, які відображені на рис. 2.3.

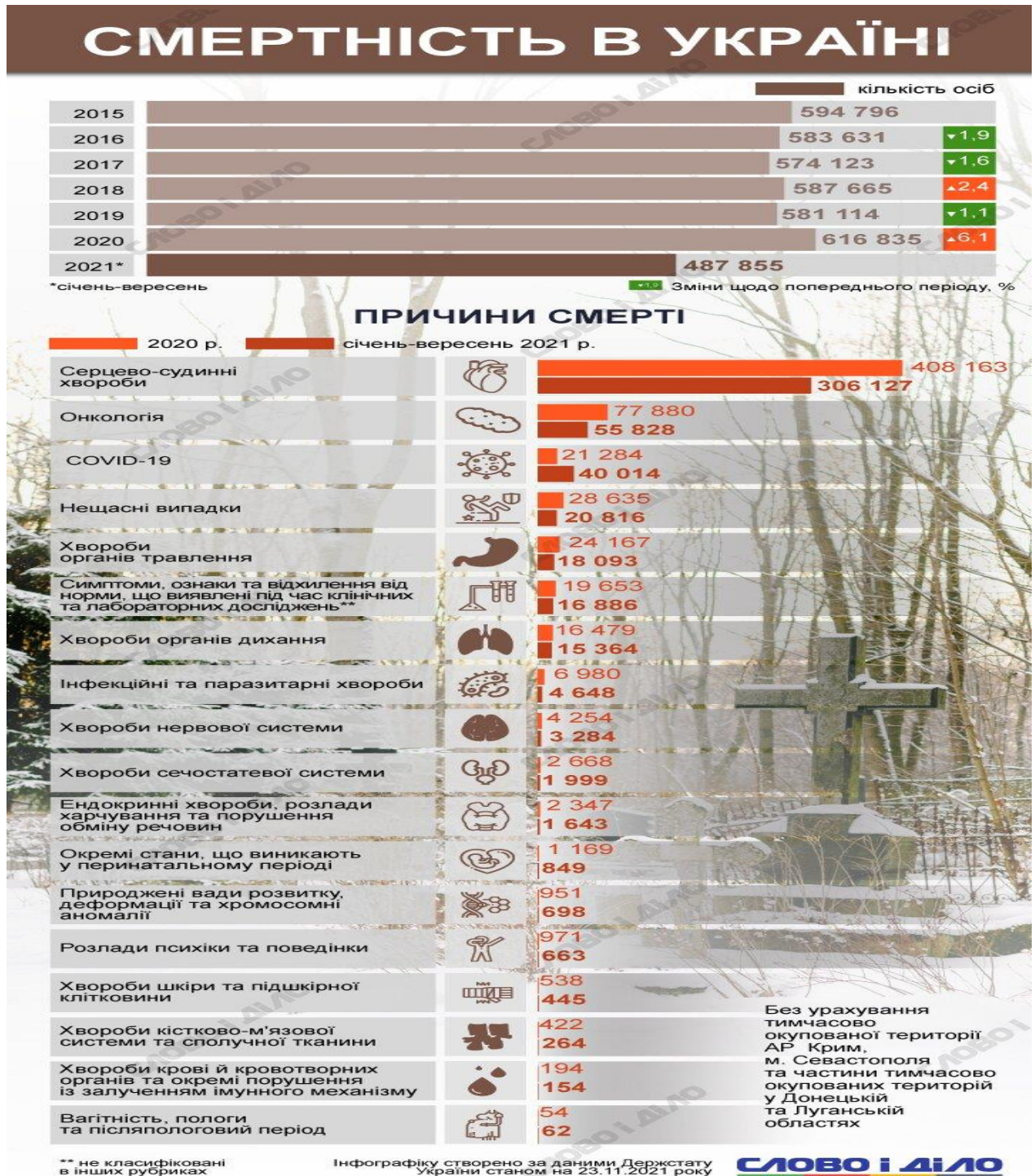


Рис. 2.3. Інфографіка «Смертність в Україні»

Скорочення населення відбувається за рахунок високої смертності, а не низької народжуваності, як у країнах Європи. Україна посідає 2-ге місце в Європі за темпами поширення захворюваності на злоякісні новоутворення. Якщо в 1990 р. в Україні з діагностованими онкологічними захворюваннями було обліковано 670 тис. осіб, то сьогодні їх чисельність перевищує 1 млн. осіб [46].

Повномасштабна війна в Україні повністю змінила проаналізовані показники. Суттєво зросла смертність (рис. 2.4). На 335 тисяч зменшилось населення на підконтрольній Україні території у 2022 році. Про це повідомляє Опендатабот з посиланням на дані Мін'юсту. Йдеться про різницю між кількістю новонароджених та тими, хто помер.

### Смертність у 2022 році

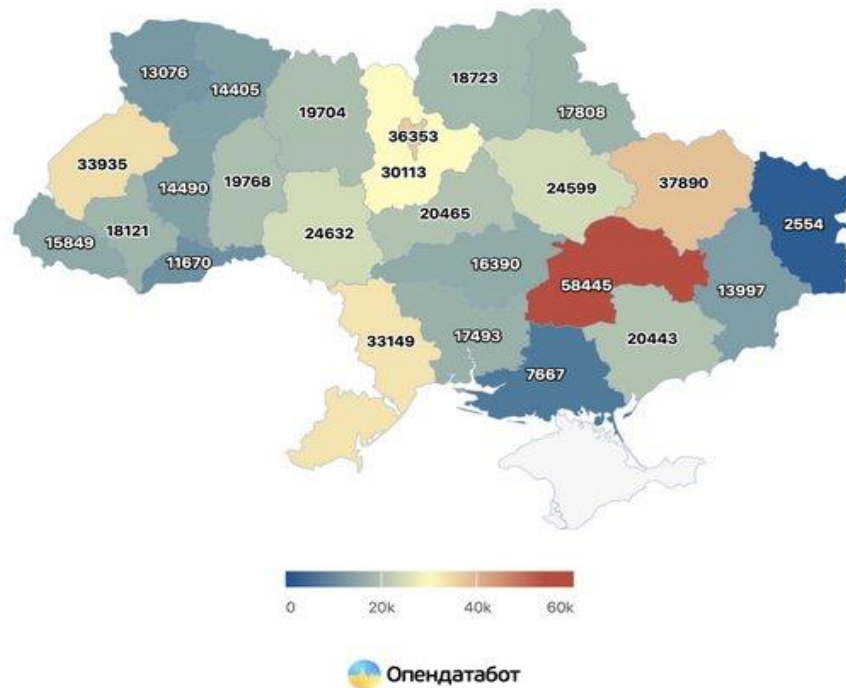


Рис. 2.4. Статистика смертності у 2022 році: регіональний розріз [47]

Найбільшу кількість померлих у 2022 році зареєстровано у Дніпропетровській області – 58445 людей. Друге місце посідає Харківська область, замикає трійку Київ.

Повномасштабна війна путіна проти України, зокрема невідомі бомбардування міст та геноцид на окупованих територіях, вже призвела до загибелі понад 8 тисяч цивільних. Цифра, яку подає ООН, є дуже приблизною [48]: до неї включені лише підтверджені втрати і немає даних з окупованих територій. Досі невідомо, скільки українців загинули у практично зруйнованих Сєвєродонецьку, Лисичанську, Попасній та інших населених пунктах. Окрема історія – Маріуполь: у місті, яке росіяни зрівнювали із землею минулої весни, за найобережнішою оцінкою могли загинути близько 20 тисяч осіб. На сьогоднішній день, за даними ООН, в ході великої війни загинуло 8 тисяч 173 цивільних українців і 13 тисяч 620 було поранено.

Серед загиблих – 3,6 тисячі чоловіків і 2,1 тисячі жінок, а також майже 500 дітей. Причиною загибелі більшості цивільних (94%) стала вибухова зброя з великою зоною ураження. Ще 6% загинули через міни та вибухонебезпечні предмети. За перші чотири дні повномасштабної війни в Україні загинуло 358 цивільних та 464 було поранено.

Після початку великої війни 46% українців зазначили, що стан їхнього здоров'я не змінився, однак 32% заявили, що почуваються дещо гірше. Значно погіршилось самопочуття у 21%, про що свідчать результати опитування, проведеного Соціологічною групою «Рейтинг» [49].

Зокрема, у 15% громадян з півдня України здоров'я погіршилося, а 30% – частково відчували зміни. У 53% стан не змінився. Серед опитаних мешканців південно-східних областей 39% говорять, що почуваються так само як до 24 лютого 2022 року. Про незначні зміни стану здоров'я повідомили 32%, а 27% – скаржаться на погіршення стану здоров'я. На деокупованих територіях 39% людей, які брали участь в опитуванні, не відчували змін у стані здоров'я, 35% мають незначне погіршення, а людей 25% мають багато скарг.





Рис. 2.5. Інфографіка «Динаміка втрат серед цивільних українців із 24 лютого 2022 р.»

У центрі країни 43% опитаних не відчули змін у стані здоров'я після 24 лютого. Почуватися гірше стало 32%. Значні скарги мають 25%. У Києві 45% не помітило змін в стані здоров'я, 39% почали почуватися дещо гірше. Значні скарги має 16% опитаних. На заході України стан здоров'я залишився без змін у 52% опитаних, у 29% – дещо погіршився. Водночас 19% заявили, що здоров'я погіршилося.

Про погіршення здоров'я здебільшого згадували мешканці територій, прилеглих до зони бойових дій, а також старші люди та громадяни з рівнем доходу нижче середнього.

Крім того, на здоров'я скаржилися жінки й ті, хто покинув свої домівки; був поранений або втратив близьких через війну. Кожен десятий учасник опитування зазначив, що він або його близькі родичі зазнали поранення чи каліцтва через війну. З них 66% зафіксували факти поранення документально.

## **2.2. Психологічні маркери війни в Україні**

В рамках вісімнадцятої хвилі проекту «Україна в умовах війни» Соціологічною групою «Рейтинг» було проведене чергове дослідження психологічних маркерів війни [50]: рівнів життєстійкості, психологічного виснаження та стратегії поведінки споживачів. Аудиторією дослідження було населення України віком від 18 років і старші в усіх областях, крім тимчасово окупованих територій Криму та Донбасу, а також територій, де на момент опитування відсутній український мобільний зв'язок. Результати зважені з використанням актуальних даних Державної служби статистики України. Вибірка репрезентативна за віком, статтю і типом поселення. Вибіркова сукупність: 1000 респондентів. Метод опитування: САТІ (Computer Assisted Telephone Interviews – телефонні інтерв'ю з використанням комп'ютера). Помилка репрезентативності дослідження з довірчою імовірністю 0,95: не більше 3.1%. Терміни проведення: 8-9 жовтня 2022 р.

За результатами дослідження були зроблені наступні висновки:

## 1. Щодо соціально-економічного становища громадян:

– зросла кількість респондентів, які змушені були покинути місце постійного проживання з 24 лютого 2022 року. Ріст відбувається за рахунок зростання кількості внутрішньо переміщених осіб зі східних та південних регіонів;

– 85% опитаних висловлюють намір повернутися додому: 21% – найближчим часом, 19% – хочуть повернутися, але ще почекають, 45% – повернуться, але після закінчення війни. Лише 6% зазначили, що вже не повернуться додому. У порівнянні із липнем ц.р. зросла кількість тих, хто планує повертатися негайно, та зменшилася тих, хто повернеться після війни, або ж взагалі не повернеться;

– продовжується поступове повернення громадян до місць роботи. Сьогодні 38% з тих, хто працював до війни, повернулися на свої робочі місця у звичному режимі, 18% – працюють дистанційно, 7% – знайшли нове місце праці. Попри це третина таких опитаних до цього часу не працює. Найбільше останніх серед наймолодших та найстарших опитаних, жінок, мешканців сходу. У цьому опитуванні вперше зафіксовано позитивні тенденції з поверненням на роботу серед мешканців півдня та сходу. Водночас слід мати на увазі, що регіональна ідентифікація відбувається за місцем проживання до 24 лютого 2022 року.

## 2. Щодо рівня життєстійкості:

– українці на восьмому місяці війни надалі демонструють хороший рівень життєстійкості (3.9 з 5). складові цього показника: психологічна стійкість (3.9) та підтримка фізичного здоров'я (3.7) – не зазнали суттєвих змін, порівняно з червнем;

– відносно високий показник психологічної стійкості забезпечується в першу чергу цікавістю до того, що відбувається навколо (4.5), планами на майбутнє (4.2), нормальним харчуванням (4.2), відсутністю жалю про минуле (4.1) та впевненістю у своїх рішеннях (4.0);

– найбільше сьогодні українці потерпають від втоми (лише 34% її не відчують) та нестачі повноцінного сну (лише 47% мають повноцінний сон). Такі реакції організму є природними для стресу і при цьому достатньо виснажливими. Попри це інші емоційні та моральні показники громадян у кращому стані;

– з квітня спостерігається зниження показників нормального харчування, водночас зростають показники повноцінного сну. І це дозволяє тримати відносний баланс підтримки фізичного здоров'я;

– жінки мають нижчий рівень життєстійкості, ніж чоловіки. Відносно нижчий рівень життєстійкості фіксується у наймолодших та найстарших. Наявність роботи позитивно впливає на життєстійкість: ті, хто працює повноцінно або частково почуваються краще, ніж ті, хто не працюють, бо робота (зайнятість, колектив) та зарплата закривають базову потребу у безпеці та приналежності до спільноти. Також вищий рівень життєстійкості спостерігається серед тих, хто має родичів, які сьогодні воюють;

– у регіональному розрізі у цьому дослідженні не спостерігається суттєвих відмінностей за інтегральним показником. Водночас, помітний суттєвий розрив між індексом фізичного здоров'я (відносно нижчий рівень) та психологічної стійкості (відносно вищий рівень) у мешканців півдня; в усіх категоріях опитаних психологічна життєстійкість (3.9) є вищою за показники фізичного стану (3.7). Як і у попередньому дослідженні підтверджується гіпотеза про те, що війна фізично виснажила більше, а психологічна витривалість поки залишається відносно стійкою; динаміка індексу життєстійкості дещо покращилася.

### 3. Щодо рівня психологічного виснаження:

– динаміка дослідження емоційних станів за період з березня по жовтень 2022, показує, що зміни у повсякденній оцінці власного емоційного напруження надалі незначні. Пік напруження спостерігався на початку квітня 2022 року (3.5), у червні спостерігалось поступове зниження рівня стресового стану (3.3), у жовтні – фіксацію на тому ж рівні (3.3);

– у спокійному та дуже спокійному стані знаходяться 24% українців. У напруженому та дуже напруженому – 40%, це відносно невисокий показник для воєнного часу. Напруженість зростає з віком, бо, вірогідно звужуються можливості подбати про себе, матеріальні та інші ресурси. Також вона частіше притаманна жінкам (вірогідно через вищу чутливість та необхідність піклуватися не лише про себе, а про дітей) та особам, які змінювали місце проживання, – необхідність адаптації до нового місця, ситуація невизначеності, зміна звичних умов життя значно підвищують стрес;

– індекс психологічного виснаження все ще є достатньо помірним (2.0). В динаміці від квітня до жовтня 2022 року він не змінився, окрім у показнику довіри до людей (знизилося). Побільшало тих, хто вважає, що людям не можна довіряти, та думає про те, що зі мною може статися щось погане. Останнє, вірогідно, пов'язане з новинами про руйнування та загиблих, та з усвідомленням, що мало залишилося тих, кого це хоча б це опосередковано не торкнулося;

– індекс психологічного виснаження і надалі утримується за рахунок відносно вищого рівня недовіри до інших (2,7) та сумного настрою (2.6). Однак, українці не відчують себе «мертвими» всередині (1.6) та все ще можуть покластися на себе (1.4). Також більшість не відчуває себе слабкими, а навколишній світ не сприймається ними ворожим та небезпечним. З квітня спостерігається зменшення показників «сумного» настрою, водночас є зростання недовіри до інших та зневіри в можливість покластися на себе;

– найбільше виснаженими почуваються респонденти наймолодшого та найстаршого віку, жінки, мешканці зі сходу та заходу країни, ті, хто не працює або на пенсії, змінили своє місце проживання, а також ті, хто мають родичів на війні;

– моніторинг емоційних станів, рівня життєстійкості та психологічного виснаження з березня року по жовтень 2022 року показав, що в цілому українці змогли втримати та стабілізувати свій психологічний та емоційний стан, набуті достатньої компетентності в подоланні стресових

подій воєнного життя. Групами ризику залишаються молоді люди, старші за віком, жінки та ті, хто втратив роботу.

#### 4. Щодо стратегій поведінки споживачів:

– найчастіше респонденти приймають рішення щодо купівлі продуктів та товарів, виходячи з відповідності ціни та якості (42%). По 29% керуються тим, що регулярно купують одні і ті ж товари (стратегія регулярного споживання), або через можливість купити їх дешевше (стратегія мінімізації витрат). 20% купують тому що покупка приносить задоволення (гедоністи), 13% – купують товари найкращої якості (перфекціоністи). Лише 4% зазначили, що купують товари імпульсивно (стратегія імпульсивного споживання), 2% – через те, що товар є новинкою (споживання новинок). Відповідність ціни та якості, регулярність покупки більш притаманні молодшому та середньому поколінню, які керуються раціональним підходом до витрат. Покупка через нижчу ціну – старшому, оскільки в них частіше нижчі доходи і вони змушені економити. Молодь також відносно частіше купує товари, тому що це приносить задоволення або ж керуючись показником якості – це відповідає цінностям молодого покоління, які є більшими гедоністами та перфекціоністами. Регулярність та мотив «дешевизни» переважає у жінок, відповідність ціни та якості, особливо кращої – чоловікам. Отже, жінки мають більш раціональні стратегії, а чоловіки – емоційні, хоча зазвичай орієнтацію на емоції приписують жінкам, однак у жінок зазвичай і доходи нижчі, ніж у чоловіків;

– результати кластерного аналізу стратегії поведінки споживачів дозволили розділити споживачів на такі групи: гедоністи (38%), раціоналісти (24%), традиціоналісти (21%) та економні (19%). «Гедоністи» – обирають товари найкращої якості, купують те, що за ціною відповідає якості та приносить задоволення – переважають у категорії молоді, серед чоловіків та тих, хто працює (відповідно має вищі доходи). «Раціоналістів», які купують дешевше та коли є хороше співвідношення «ціна – якість», їх більше серед представників середнього покоління, чоловіків, тих, хто працює, а також

пенсіонерів. «Традиціоналістів», які купують одні і ті самі товари у співвідношенні «ціна – якість», їх більше серед молоді та тих, хто працює. «Економних», які купують дешевше та одне і те саме – більше серед старших, жінок (їх більше серед найстаршої категорії) та безробітних і тих, хто на пенсії. В цілому, це хороші, адекватні стратегії розвинених суспільств з непоганими економічними показниками.

Таким чином, в українців, незважаючи на продовження війни, все ще вистачає фізичних та моральних сил жити у складних умовах, працювати, допомагати, воювати. Але напруженість та потреба відновлення здоров'я зростають.

### **2.3. Основні напрями та проблемне поле здоров'язбереження в Україні в умовах воєнного стану**

Наслідки війни для України нині найчастіше оцінюються через призму економічних збитків, руйнувань інфраструктури та кількості загиблих.

Так в рамках 25 хвили національного опитування «Україна в умовах війни» Соціологічною Групою Рейтинг було проведено окреме дослідження щодо сприйняття загроз та очікувань українців щодо зими 2023–2024 [51].

За очікуваннями половини опитаних ситуація загалом в Україні цієї зими залишиться незмінною (51%). Ще 25% очікують взимку на покращення, 21% – погіршення. Більш позитивні прогнози стосовно ситуації загалом переважають серед жителів центральних регіонів, старших людей та бідних: серед них приблизно третина вірять у покращення;

Українці очікують взимку покращення ситуації на фронті, але погіршення в економіці. Очікування стосовно ситуації на фронті є найбільш оптимістичними: у покращення вірять 46%. За песимістичними очікуваннями лідирує економіка: 34% респондентів очікують на погіршення у цій сфері, 43% - не чекають жодних змін. Сфера енергетики оцінюється як така, що покращиться (17%) або залишиться без змін (43%).

Молодь віком 18–35 є порівняно більш критичною в оцінці ситуації на фронті – у її покращення вірить 38%, тоді як серед старших людей віком 51+ у позитивний розвиток подій вірить 52%.

Найбільше на погіршення ситуації в економіці очікують кияни (49%). Загалом чим молодші та забезпеченіші респонденти, тим вища серед них частка людей з негативними очікуваннями стосовно економіки.

Однак коли мова йде про зміни особистого стан справ взимку, тут негативних очікувань більше серед бідніших: серед забезпечених громадян частка тих, хто очікує погіршення свого становища, складає 7%, тоді як серед бідних – 28%. Загалом серед усіх у особистому становищі 64% респондентів очікують відсутності змін, 16% – покращення, 17% – погіршення.

На основі очікувань щодо зими було проведено кластерний аналіз та визначено серед респондентів декілька категорій. За своїми очікуваннями ситуації цієї зими респонденти поділяються на три групи: песимісти (25%), оптимісти (21%) та ті, хто не визначився зі своїми очікуваннями (54%).

Найбільша частка оптимістів спостерігається серед жителів центральних областей, сіл та людей віком 51+. Водночас жителі Києва та молодь (18–35 років) є найбільш песимістично налаштованими.

Порівняльні оцінки потенційної ситуації з енергопостачанням цієї зими є позитивними: опитані вважають, що ситуація буде кращою порівняно з минулим роком (41%) або ж буде такою ж як минулого року (49%). Водночас серед жителів прифронтових та деокупованих територій 54% в обох категоріях вважає, що їх ситуація з електропостачанням буде така ж сама, як і минулого року, тоді як центрально-західні регіони мають більше оптимістичних очікувань і думають, що ситуація буде кращою.

Щодо підготовки до зими;

– майже 75% українців готувалися до можливих проблем з енергопостачанням взимку. Серед найбільш популярних заходів підготовки придбання ліхтариків та батарейок, підготовка запасів їжі, купівля



акумуляторів та генераторів, а також підготовка запасів питної води – кожен з названих заходів зробили більше половини опитаних;

– найбільш інтенсивно готувалися до проблем з енергопостачанням мешканці Києва, а також люди молодого та середнього віку, більш забезпечені. Мешканці міст дещо частіше за інших придбали ліхтарики та батарейки, а також зробили запаси питної води, тоді як мешканці сіл частіше купували генератори;

– на інтенсивність підготовки до проблем з енергопостачанням впливають і настрої щодо того, з якими проблемами зіткнеться Україна взимку: песимісти в очікуванні складнощів докладають більше зусиль для підготовки до зими, ніж оптимісти;

– 72% опитаних вказали, що у їхньому населеному пункті є «Пункт незламності». Водночас у сільській місцевості майже 40% мешканців зазначили, що їхньому населеному пункті «Пункт незламності» відсутній. Найбільше таких пунктів у Києві, а також на деокупованих та прифронтових територіях. Серед тих респондентів, які мають «Пункт незламності» у своєму населеному пункті, 13% користувалися ним минулої зими: 3% часто, 10% рідко;

– більшість українців (74%) у випадку відсутності електроенергії протягом тижня не планують покидати своє житло. Водночас майже чверть українців у цьому випадку планують переїхати в інше місце: 11% в межах населеному пункті, 8% – в інший населеному пункті, 3% – у тимчасове місце проживання (школа, тощо), 2% – за кордон. Найчастіше переміщення обмежується тим же населеним пунктом, в якому респондент зараз проживає. Найчастіше готові до переїзду мешканці Києва, загалом мешканці міст, більш забезпечені, молодші.

Щодо життя під час війни:

– 60% вважають, що під час війни потрібно суттєво себе обмежувати в розвагах і покупках, і за два роки війни ці показники практично ніяк не змінились. 36% думають навпаки – що потрібно намагатися жити

повноцінним життям під час війни. Таку думку частіше поділяють мешканці Києва та деокупованих територій. А з тим, що необхідно себе обмежувати найбільше погоджуються мешканці західних областей. Це питання найбільш розділило респондентів за віком та доходами: молодші й забезпечені значно більше хочуть жити повноцінним життям ніж старші і бідніші, серед яких більшість підтримує самообмеження;

– кожен другий в Україні сьогодні не будує ніяких планів наперед взагалі. За останній рік кількість українців, які планують своє життя на тривалий термін (декілька років), знизилась з 19% до 12%. Ще близько 15% планують життя на півроку-рік, 22% – не більш ніж на кілька місяців. Планують своє життя на більш тривалий термін мешканці Києва, люди молодого та середнього віку, а також заможніші громадяни;

– майже 80% українців почувають себе безпечно у своєму населеному пункті. Найменш безпечно відчувають себе мешканці прифронтових та деокупованих регіонів, а також люди середнього і старшого віку, мешканці міст і менш забезпечені громадяни.

Щодо цінки загроз:

– близько третини українців оцінюють загрозу ракетного удару по їхньому населеному пункту як високу. Найбільше таких серед мешканців Києва (57%), а також прифронтових та деокупованих територій (близько 42%). Натомість військові дії на території свого населеного пункту вважають дуже ймовірними лише 10%, але серед деокупованих і прифронтових областей так вважають до 20%;

– половина (51%) українців вважають, що завжди необхідно оголошувати повітряну тривогу під час злетів МіГів потенційних носіїв “кинджалів”. Близько 40% українців зазначають про доцільність диференціації тривог в залежності від ситуації та реальності загрози. Кількість українців, які взагалі виступають проти оголошення тривог, не перевищує 5%. Найменшою підтримкою ця норма користується серед мешканців Києва: 59%

з них вважають, що тривогу у такому випадку потрібно оголошувати не завжди, а залежно від ситуації.

Щодо соціальної згуртованості:

– опитані вважають, що минулого року українці були згуртованішими ніж зараз, однак майбутню і поточну ситуацію оцінюють однаково. Якщо, оцінюючи минулий рік, 87% вважають, що нація була згуртована, то станом на зараз таку оцінку надали 64%, і в майбутньому році очікується цей показник на рівні 59%. Натомість 34% респондентів вважають, що наразі українці не є згуртованими, тоді як лише 11% вказали, що українці не були згуртованими минулого року;

– оцінюючи поточний момент та майбутній 2024 рік, майже половина респондентів обирали відповідь «згуртовані» або «скоріше згуртовані» в усіх регіональних, вікових та фінансових групах, однак в цілому молодші бачать менше згуртованості населення ніж старші.

Але війна впливає також і на здоров'я громадян – йдеться не лише про очевидні ризики на кшталт контузій та травм, а й про довгострокові наслідки (рис. 2.6). У перспективі багато українців можуть зіткнутися з психологічними та психічними проблемами, зростанням залежностей та загостренням деяких хвороб [52].

За дослідженнями ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені акад. М. Д. Стражеска» (2022 рік, [53]) категорії населення, які найбільше страждають від воєнних конфліктів (безпосередньо стикаються з матеріальними й людськими втратами, переживають різні розлади після стресових і травмівних ситуацій): біженці; військовослужбовці; вимушені переселенці; ветерани війни; сім'ї загиблих; рятувальники; люди, що проживають в зоні бойових дій.



Рис. 2.6. Вплив війни на здоров'я населення України

Війна є екстремальною ситуацією, тобто такою, що виходить за межі звичайного, «нормального людського досвіду». Для окремих груп українців ця ситуація є гіперекстремальною: внутрішні навантаження, які вона викликає, часто перевищують людські можливості, руйнують звичну поведінку і дії, можуть спричинити небезпечні наслідки. Гіперекстремальними можна вважати несподівану втрату близької людини, полон, тортури, насильство (особливо, якщо є загроза життю чи цілісності), присутність при загибелі чи травмуванні тощо.

Психотравми в умовах надзвичайних та екстремальних ситуацій називають колективними. Колективна травма – це психічна травма, яку отримала група людей будь-якого розміру, аж до цілого суспільства, внаслідок соціальної, техногенної чи екологічної катастрофи або злочинних дій

політичних чи інших соціальних суб'єктів. Для населення України в сучасних умовах повномасштабної російської воєнної агресії відбувається паралельне формування як індивідуальної, так і колективної травматизації, що, відповідно, негативно відбивається на рівні як індивідуального психосоматичного, так і громадського здоров'я.

До особливостей сучасної колективної травматизації населення України варто віднести:

- необмеженість у просторі (охоплює все населення незалежно від безпосередньої причетності до травмівних подій через механізм віртуалізації);
- розтягнутість у часі (сучасні події накладаються на восьмирічний період війни та додатково підсилюються через між поколінну травматичну пам'ять);
- об'єктами травматизації стали соціальні групи, а не тільки окремі люди, причому травмованою себе відчуває вся група, навіть ті встиг евакуюватися, кого особисто не торкнулася трагедія (Буча, Гостомель, Ірпінь, Мощун, Маріуполь тощо);
- тривалий характер травматизації (війна продовжується, отже не настає період опрацювання травми, а в неопрацьованих травмах є багато прихованих психосоматичних наслідків).

Причому, індивідуальні та колективна травми потенціюються в суспільстві. А рівень травмованості, в свою чергу, посилюється через глибоке групове переживання несправедливості того, що причинами травмування стали свідомі чи навмисні дії російських військових (страсти, катування, вигнання тощо), що загинули невинні люди, які навіть не могли чинити опору (загибель на полі бою не така травмівна для суспільства, як насильницька смерть у концтаборі чи окупації).

Отже, ми вже можемо спостерігати певні наслідки поєднання колективної та індивідуальної травматизації населення України:, а саме високий рівень соціальної фрустрації з проявами групоцентризму; зростання кількості психологічних проблем; порушення психосоматичного здоров'я

(посттравматичні стресові порушення та розлади, зростання кількості соматичних хвороб, екзацербация хронічних психічних та/або соматичних розладів). Таким чином, перед трикутником медичної, психологічної та соціальної допомоги постає завдання комплексного відновлення психосоматичного та психосоціального здоров'я населення України, де найбільш складним та тривалим етапом є саме реабілітація. «Один з уроків управління всіма кризами – війнами, пандеміями, терористичними атаками, стихійними лихами – полягає в тому, що наша здатність реагувати буде залежати від нашої здатності підтримувати великі популяції в хорошому психічному здоров'ї та зменшувати паніку, поки вщухне буря».

Умови війни ставлять перед Україною особливо гострі та складні завдання в сфері здоров'язбереження. Основні напрями здоров'язбереження в Україні в цей період можна виділити наступним чином:

#### 1. Медична допомога постраждалим від війни:

- надання невідкладної медичної допомоги: забезпечення ефективної та швидкої медичної допомоги жертвам бойових дій;
- реабілітація постраждалих: організація та надання комплексних реабілітаційних послуг для осіб, які отримали травми внаслідок війни.

#### 2. Підтримка психічного здоров'я:

- психологічна підтримка та консультування: забезпечення доступу до психологічної допомоги для людей, які переживають стрес та травми від війни;
- програми з психологічної реабілітації: розробка та впровадження програм психологічної реабілітації для військових та цивільного населення, яке постраждало від військових конфліктів.

#### 3. Забезпечення медичних потреб у зонах конфлікту:

- доставка медичних засобів та обладнання: забезпечення доставки лікарських засобів, медичного обладнання та засобів першої допомоги в зони активних бойових дій;

- мобільні медичні бригади: організація роботи мобільних медичних бригад для надання медичної допомоги у важкодоступних або небезпечних зонах.

#### 4. Оперативне реагування на епідеміологічні загрози:

- контроль за інфекційними захворюваннями: підтримка системи громадського здоров'я для запобігання та контролю за розповсюдженням інфекційних захворювань, особливо у переселенців та в зонах конфлікту;

- вакцинація та профілактика: підтримка програм вакцинації та профілактичних заходів, незважаючи на військові дії.

#### 5. Забезпечення доступу до основних медичних послуг:

- функціонування медичних закладів: підтримка роботи медичних установ, забезпечення їх необхідними ресурсами навіть у складних умовах;

- медична допомога внутрішньо переміщеним особам: організація медичного обслуговування для внутрішньо переміщених осіб, які втратили доступ до звичайних медичних послуг.

#### 6. Міжнародна підтримка та співпраця;

- співпраця з міжнародними організаціями: залучення міжнародної допомоги та співпраця з міжнародними організаціями для підтримки системи охорони здоров'я;

- інтеграція допомоги від волонтерів та НУО: використання потенціалу волонтерських організацій та неурядових організацій для надання медичної допомоги та підтримки.

Ці напрями здоров'язбереження в умовах війни є критично важливими для забезпечення не тільки невідкладної медичної допомоги, а й довгострокового здоров'язбереження населення, яке страждає від наслідків воєнних дій.

## РОЗДІЛ 3

### ШЛЯХИ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

#### **3.1. Відновлення фізичного здоров'я людини як пріоритетний напрям здоров'язбереження в умовах війни**

Реабілітація населення в умовах війни – це процес підтримки та відновлення фізичного, психологічного, економічного та соціального благополуччя людей, які постраждали від конфлікту; це важливе та складне завдання для держави, яке супроводжується численними викликами та перешкодами. Населення, яке пережило воєнні події, страждає від фізичних, психологічних та соціальних проблем, які вимагають свого вирішення.

Основними напрямками реабілітації населення в умовах війни можуть бути:

1. Медична допомога та реабілітація: потреби в цій сфері можуть бути дуже широкими, включати лікування поранень та хвороб, що спричинені війною, а також фізичну реабілітацію та психотерапію.

Основними етапами медичної реабілітації населення в умовах війни є:

– перша допомога так як перші роки після поранення дуже важливі для того, щоб запобігти подальшим ускладненням та забезпечити можливість вижити постраждалим. Забезпечення першої допомоги може включати в себе зупинку кровотечі, застосування пов'язок, реабілітацію та доставку до медичного закладу;

– лікування поранень яке може включати в себе операції, реабілітаційні процедури та тривалі курси лікування. Важливо забезпечити доступ до лікарів та медичного обладнання для забезпечення якісного лікування;

– безпосередньо реабілітація яка включає в себе фізичну терапію, реабілітаційну гімнастику, масаж та інші методи відновлення функцій



людини. Важливо вести індивідуальний підхід до кожного пацієнта та використовувати його потреби та можливості.

2. Соціальна підтримка: воєнні дії можуть призвести до економічної нестабільності, безробіття та бідності, що може сильно позначитися на житті населення. Соціальна підтримка може включати виплату грошової допомоги, видачу продуктів харчування та інші форми допомоги, що забезпечують базові потреби людини.

Соціальна реабілітація населення в умовах війни включає:

- організацію соціальних служб, які надають допомогу постраждалим від війни. Ці служби можуть надавати різноманітну допомогу, включаючи медичну, психологічну, юридичну та інші види допомоги;
- відновлення житлових умов так як надання житла та умови для проживання можуть допомогти постраждалим від війни повертатися до нормального життя;
- відновлення освіти та працевлаштування є етапом соціальної реабілітації населення в умовах війни.

3. Психологічна підтримка: надання психологічної допомоги тим, хто постраждав від конфлікту, та їх родинам. Це може включати в себе:

- психологічна підтримка – спілкування з кваліфікованим психологом або культурологом може допомогти зменшити тривогу та стрес, відновити емоційний стан та забезпечити відчуття безпеки та підтримки;
- психотерапія яка є ефективним методом лікування різних психічних проблем, таких як тривога, депресія, посттравматичний стресовий розлад та інші. Психотерапія може включати в себе індивідуальні сесії, групові терапії та сімейну терапію;
- психосоціальна реабілітація, яка передбачає надання допомоги у відновленні соціальних та міжособистісних взаємин. Це може включати в себе тренінги з комунікації, розвитку навичок самостійного життя та роботи, а також організацію розважальних та культурних заходів;
- робота з ветеранами та їх сім'ями.

4. Економічна реабілітація: підтримка людей, які постраждали від війни, щоб вони могли відновити своє економічне благополуччя, наприклад, шляхом надання кредитів та забезпечення навчання для ведення бізнесу.

Для відновлення здоров'я людини існує широкий перелік послуг з реабілітації.

I. Послуги з медичної реабілітації: 1. Відновна терапія: фізіотерапія; механотерапія; рефлексотерапія; бальнеотерапія; медикаментозне лікування; дієтотерапія; нетрадиційні методи лікування. 2. Відновна хірургія: реконструктивна хірургія; пластична хірургія; підготовка до протезування; малоінвазивна хірургія (ендоскопічна); стоматологічно-ортопедична. 3. Профілактичні заходи: диспансерне спостереження; контроль психологічного стану здоров'я; санітарно-просвітницька робота. 4. Послуги по сприянню направлення на санаторно-курортне лікування.

II. Послуги з медико-психологічної реабілітації: консультування; психологічна діагностика; психологічна корекція; психотерапія; психіатрична допомога у т. ч. медикаментозна (при умові відсутності протипоказань в надходженні в соматичних відділеннях); культурно-розважальні заходи, як елемент психологічної реабілітації.

III. Послуги з фізичної реабілітації: консультування; ерготерапія; кінезотерапія; лікувальна фізкультура (ЛФК); лікувальний масаж.

IV. Послуги з соціально-побутової реабілітації: розвиток навичок самообслуговування, спілкування, пересування, користування інформацією; працетерапія.

### **3.2. Розвиток Національних програм психічного здоров'я та психосоціальної підтримки**

Проблема захисту ментального здоров'я надзвичайно загострилася після початку повномасштабної війни Росії проти України. Такі чинники, як участь у бойових діях або перебування в прифронтовій зоні з постійними ракетними

та артилерійськими обстрілами, бомбовими ударами, перебування в окупації, значно підвищують уразливість наших співгромадян до психосоціального стресу, сприяють поширенню психічних розладів, як-от депресія, тривога, постстресові розлади тощо.

До таких самих наслідків можуть спричинитися: утрата почуття безпеки внаслідок вразливості практично всієї території країни для ракетних обстрілів та атак БПЛА; переміщення в інші регіони або країни й пов'язані з цим утрата роботи й звичного, комфортного середовища; побутові негаразди; фінансові труднощі; соціальна ізоляція; невпевненість у майбутньому і тривога за рідних та близьких.

Психічні розлади позначаються на фізичному здоров'ї людини, часто супроводжуються різного типу залежностями (алкоголізм, наркоманія), спричиняють труднощі соціальної адаптації та інтеграції, позначаються на працездатності людини. Це створює серйозні виклики як для держави, так і для суспільства. Підтримка психічного здоров'я людини стала одним з пріоритетних завдань державної політики. Від його розв'язання залежить боєздатність Збройних Сил і резистентність країни загалом при величезних загрозах, у тому числі й самому її існуванню.

Це потребує: координації дій органів державної влади, профільних освітніх і науково-дослідних закладів, неурядових організацій, що спеціалізуються на психологічній допомозі населенню; а також залучення закордонних (зокрема міжнародних) організацій, представників громадського сектору, урядових і фінансових установ.

Тим часом крім об'єктивних чинників, що негативно впливають на ментальне здоров'я населення, є суб'єктивні проблеми, зокрема, як висловилася дружина Президента України О. Зеленська, «соціальна стигма», що поширюється на осіб з психічними хворобами або розладами. У суспільстві побутує стереотип, що «сильні не ходять до психотерапевта чи психолога.., треба тримати в собі емоції і не показувати вигляду». Унаслідок такої

установки люди часто звертаються до фахівців уже тоді, коли хвороба вийшла за межі початкової стадії, а її лікування потребуватиме більше часу й зусиль.

У Міністерстві охорони здоров'я прогнозують, що через війну психологічної підтримки потребуватимуть понад 15 млн українців. При цьому близько 3–4 млн людей треба буде призначати медикаментозне лікування. Після війни щонайменше кожна п'ята людина буде мати негативні наслідки для психічного здоров'я. За даними МОЗ, у 20–30 % осіб, які пережили травматичні події, може розвинутих ПТСР. Крім того, через 5–7 років очікують зростання кількості осіб з наркотичною, алкогольною та іншими залежностями. Через психоемоційне напруження, спричинене війною, українці постаріють на 10–15 років, тобто хвороби, притаманні для зрілого та літнього віку, будуть траплятися на 10–15 років раніше, ніж це було до війни.

Участь у війні або життя на території, де йде війна, значно підвищує відсоток психічних розладів як серед військових, так і серед мирного населення. Спостерігають поширення ПТСР, депресії, фобій. Якщо в роки Першої світової війни та на початку Другої світової вчені вважали, що психотравматизації на полі бою зазнають винятково особи зі слабкою та нестійкою психікою, а психічна травма була синонімом боягузства, то бойова практика останніх років Другої світової істотно скорегувала ці погляди. Так, попри численні заходи з виявлення осіб з нестійкою психікою в процесі психологічного відбору до військ у закордонних арміях, психологічні втрати мали тенденцію зростати.

У багатьох військовослужбовців після першого перебування в зоні бойових дій можуть виявлятися симптоми депресії, тривоги або гострої реакції на бойовий стрес чи бойову травму, депресивні реакції, генералізований тривожний розлад. Багато з них потребують допомоги фахівців – психологів, психіатрів, психотерапевтів, оскільки мають більший ризик розвитку ПТСР.

Фахівці з психічного здоров'я здійснюють також психосоціальну підтримку та супровід родин військовослужбовців, їхніх дружин і дітей. У бойових військових частинах на рівні бригад функціонують підрозділи з

контролю бойового стресу, де працюють психіатри, психологи, соціальні працівники, фахівці з психічного здоров'я, трудотерапевти та медичні сестри, котрі виявляють бійців з ознаками ПТСР, організують профілактичні та відновлювальні заходи й оперативно забезпечують короткострокову своєчасну реабілітацію військовослужбовців з проявами бойового стресу в польовому відновному центрі поряд з місцем основної дислокації військових частин.

У червні 2022 р. дружина Президента України О. Зеленська ініціювала Національну програму психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. Таку ініціативу реалізують за підтримки ВООЗ. Мета програми досить амбіційна для країни, що перебуває в стані масштабної війни: «Створити власну, українську модель системи психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, яка втілить найкращі світові й вітчизняні практики. Серед завдань – побудувати ефективну систему якісних і доступних послуг із психічного здоров'я, щоб ними міг скористатися кожен, хто їх потребує».

Створено Міжвідомчу координаційну раду з питань охорони психічного здоров'я та надання психологічної допомоги особам, які постраждали внаслідок збройної агресії Російської Федерації проти України. На базі Міністерства охорони здоров'я сформовано Проєктний офіс з розробки національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. Його задекларовано як «платформу для об'єднання всіх партнерів, яка пронизує всі рівні – і професійне коло, і політичне, практиків, міжнародних експертів, волонтерів». До Проєктного офісу ввійшли фахівці МОЗ, Інститут психіатрії, судово-психіатричної експертизи та моніторингу наркотиків Міністерства охорони здоров'я України, громадська організація «Безбар'єрність». Експертизу та підтримку в реалізації проєкту надає ВООЗ та глобальна Референтна група з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки Міжвідомчого постійного комітету.

В межах розпрацювання та реалізації програми передбачено:

- проведення експертного аудиту із залученням фахівців ВООЗ, на основі якого буде створено модель системи надання допомоги;
- напрацювання покрокового плану реалізації моделі після її обговорення з широким колом представників професійної спільноти, експертів, лідерів громадської думки;
- побудову системи навчання, сертифікації, моніторингу якості підготовки психологів, психотерапевтів, лікарів-психологів, які працюють у системі більшості міністерств;
- навчання сімейних лікарів, психологів, соціальних працівників, освітян швидких методик психологічної підтримки;
- створення реєстру фахівців і методик, систематизацію даних, випрацювання моделі перенавчання й перепідготовки кадрів, системи їх залучення.

У листопаді 2022 р. підписано Меморандум між МОЗ, ВООЗ та 15 партнерами, спрямований на розбудову спроможностей первинної медичної ланки щодо ведення поширених психічних розладів (зокрема пов'язаних зі стресом) за Програмою ВООЗ із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я (mhGAP). Також у листопаді МОЗ та Національна служба здоров'я України (НСЗУ) запровадили новий пакет «Супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги» в межах Програми медичних гарантій.

8 грудня 2022 р. на розширеному засіданні Міжвідомчої координаційної ради з питань охорони психічного здоров'я та надання психологічної допомоги особам, які постраждали внаслідок агресії РФ проти України, презентовано Оперативну дорожню карту «Пріоритетні багатосекторні заходи із психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в Україні під час та після війни». У документі визначено пріоритети, на які мають орієнтуватися всі, хто працює у сфері психічного здоров'я в умовах гуманітарної кризи.

Оперативна дорожня карта дасть змогу швидко реагувати на виклики тут і зараз. У ній визначено пріоритети, на які мають орієнтуватися всі, хто працює

у сфері психічного здоров'я в умовах гуманітарної кризи. Це дасть змогу узгоджувати свої дії відповідно до аналітично визначених пріоритетів.

У межах Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки різні форми навчання пройшли близько 60 тис. фахівців. Зокрема, відбулася серія навчань тренерів за курсом з керування стресом «Самодопомога плюс» від ВООЗ. У межах програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки напрацьовано:

- довідник «Базові навички турботи про себе та інших»;
- новий розділ «Довідника безбар'єрності» – «Етика взаємодії у період стресу»;
- керування стресом у застосунку «BetterMe»: «Mental Health»;
- ролики для телебачення «Скажи чесно, ти як?», аптечка самодопомоги від українських зірок і телеведучих;
- серія анімаційних відеороликів про природу стресу, допомогу собі та близьким.

в рамках проєкту передбачено придбання потрібного обладнання для реабілітації та транспортних засобів для мобільних мультидисциплінарних команд з психічного здоров'я; проведення відновлювальних робіт у закладах, що надають послуги у сфері охорони психічного здоров'я та реабілітації; навчання медичних працівників закладів охорони здоров'я на первинному та спеціалізованому рівнях. У плані проєкту HEAL передбачено заходи з відновлення та підтримки закладів первинної медичної допомоги та лікарень. Насамперед ідеться про відновлення пошкоджених та зруйнованих будівель і споруд медичних закладів.

10 травня 2023 р. відбулося розширене засідання Міжвідомчої координаційної ради з питань охорони психічного здоров'я та надання психологічної допомоги особам, які постраждали внаслідок агресії РФ проти України.

На засіданні було представлено сім пріоритетних проєктів у галузі охорони психічного здоров'я, створених з метою забезпечення потреб в реабілітації в Україні (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

### Урядові проєкти реабілітації

Назва проєкту	Автор і реалізатор	Зміст проєкту
«Охорона психічного здоров'я у структурі медичної допомоги»	Міністерство охорони здоров'я	Охоплюючи всі без винятку верстви населення, він допоможе наблизити послугу з психічного здоров'я на первинній та вторинній ланках медицини через сімейного лікаря. У разі потреби лікар «первинки» скерує до вузького фахівця.
«Створення центрів життєстійкості в Україні»	Міністерство соціальної політики	спрямований на психосоціальну підтримку жителів громад, фахівців першої лінії контакту, волонтерів
«Перехід від військової служби до цивільного життя (в частині психологічної допомоги)»	Міністерство у справах ветеранів	Він передбачає цифрове рішення (створення мобільного застосунку) для підтримки захисників і захисниць, їхніх сімей під час повернення до мирного життя.
«Створення системи психологічного відновлення особового складу Збройних Сил України RECOVERY»	Міністерство оборони	проєкт спрямований на психологічне відновлення військовослужбовців і членів їхніх сімей, звільнених з полону, зокрема, шляхом створення спеціалізованих центрів
Алгоритм надання психологічної допомоги та супроводу в кризових та екстрених організаціях	Міністерство внутрішніх справ	створює, щоб після надання екстреної психологічної допомоги на місці надзвичайного інциденту мати маршрут для перенаправлення такого постраждалого далі ланцюгом психосоціального супроводу
«Психосоціальна підтримка та психологічна допомога на всіх рівнях освіти»	Міністерство освіти і науки	Він передбачає впровадження навичок психологічної стійкості на всіх рівнях освіти – від дошкільної до вищої, а також трансформацію психологічної служби в системі освіти.
«Молодіжні центри та активні парки – частина екосистеми психічного здоров'я»	Міністерство молоді та спорту	Одним з його компонентів є надання послуги з психологічної підтримки для дорослих, дітей та підлітків через платформу «СпівДія».



### **3.3. Впровадження соціально-психологічних технологій реабілітації особистості в лікувальний та освітній процес**

Слово «технологія» можна перекласти з грецької як наука про майстерність. У сьогоденні розумінні технологією є знання про певні методи, їх вживання та вдосконалення. Високими технологіями називають найсучасніші, наукоємні технології, що базуються на найновіших наукових досягненнях.

Реабілітаційними технологіями є способи покращення стану людини. Історично реабілітацію визначали як відновлення попереднього стану, втраченого доброго імені, поновлення прав необґрунтовано звинуваченої людини. Друге значення терміну – комплекс медичних, педагогічних, психологічних, юридичних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я та працездатності людини. Сьогодні змістом поняття є комплексна допомога спеціалістів, спрямована не лише на компенсацію розладів, а й на повернення постраждалої людини до суспільства, її якомога повнішу особисту, професійну інтеграцію в соціум. Медична реабілітація складається з комплексу заходів, спрямованих на максимально можливе відновлення здоров'я людини після перенесеного захворювання, оперативного втручання, на компенсацію порушених чи повністю втрачених функцій організму. Соціальна реабілітація передбачає комплекс заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для соціальної інтеграції людини у суспільство, відновлення її соціального статусу, здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності. Особливості психологічної реабілітації полягають у органічному поєднанні певних підходів до відновлення людини, розроблених у межах як медичної, так і соціальної реабілітації.

Технологізація реабілітаційної роботи передбачає:

– можливість дослідження соціально-психологічних процесів реабілітації з досить високою точністю,

- прогнозування можливих наслідків зниження рівня психологічного здоров'я особистості з тим, щоб їх попередити,
- передбачення можливих помилок у використанні корекційних і профілактичних методів з тим, щоб їх мінімізувати.

Вимога точності професійних впливів, бачення можливих помилок і ускладнень, вчасної «роботи над помилками» передбачає залучення до реабілітаційної роботи широкого спектру спеціалістів різного профілю. Бажано всіляко посилювати роль психолога у роботі міждисциплінарних груп, задіяних для реабілітації. Маються на увазі групи медичних, соціальних працівників, юристів, громадських активістів, параспеціалістів, соціальних педагогів тощо. Поки що авторитетом у таких групах користуються насамперед лікарі та юристи, а психологи вважаються допоміжним персоналом. Насправді без грамотних і своєчасних психологічних інтервенцій оновлення психологічного здоров'я людини дуже уповільнюється і утруднюється. Адже саме психолог допомагає подолати внутрішній спротив, який зазвичай є у травмованої людини, пробудити її мотивацію, віру у себе.

Бажаним є також інтенсивне заохочення родичів, друзів, колег постраждалого до комплексних реабілітаційних заходів. Успішність реабілітації багато в чому залежить від уміння спеціалістів використовувати наявні ресурси людини, її компенсаторні можливості. Бажано не тільки коригувати ті сторони життя, які найбільше постраждали, а й спиратися на збережені навички спілкування, форми професійної самореалізації. Адже бути здоровим означає володіти мистецтвом творити власне життя, самоорганізовуватися і змінюватися.

Реабілітація не зупиняється лише на реадaptaції, на поверненні людини до колишнього життя, яке було в неї до травматизації. Хоча з боку постраждалого саме такими можуть бути головні очікування. І справді, перші кроки у психологічній допомозі людині досить прості і очевидні:

- переконати постраждалого, що його способи реагування на стрес цілком прийнятні, нормальні;

- створити умови для відпочинку;
- заохотити постраждалого до задоволення нагальних тілесних потреб (допомога у зігріванні замерзлої людини, створення умов для прийому їжі, задоволення спраги, забезпечення гігієнічних процедур, особливо сну);
- сприяння відновленню впевненості людини у собі, надання можливості виконувати цілеспрямовану діяльність та контактувати із своїм підрозділом.

Надалі для спеціаліста надметою психологічної реабілітації стає активізація здатності життєтворення, тобто здатності самостійно керувати власним життям, перебудувувати його, реалізовувати оновленні проекти власного майбутнього в сімейній, особистій, професійній сферах. Творче ставлення особистості до власного життя передбачає відновлення бажання самотрансформацій, готовності до несподіванок, до змін ціннісних орієнтацій, характеру діяльності, поля спілкування, форм самореалізації.

Соціально-психологічну реабілітацію можна визначити як мультифакторний, комплексний процес відновлення і підтримання психологічного здоров'я особистості, і насамперед, її здатності відчувати психологічне благополуччя. Реабілітація передбачає варіативність інтервенцій з урахуванням як характеру отриманої травми, так і природи особистості, її життєвої історії, значущого оточення, наявного потенціалу, намірів. Якісні реабілітаційні послуги мають надаватися професійно компетентними спеціалістами, бути достатньо тривалими, а головне – доступними постраждалим незалежно від місця їхнього проживання (мегаполіс, райцентр чи село) та платоспроможності. Участь у соціально-психологічній реабілітації мають брати спеціалісти різного профілю, адже проблема травми війни є складною і комплексною. Тому потрібно об'єднувати зусилля практичних, клінічних, військових психологів, лікарів, соціальних працівників, реабілітологів, працівників медіа, волонтерів, громадських активістів і багатьох інших.

Ефективність психологічної допомоги підвищується, коли психолог працює у співдружності із спеціалістами різних спрямувань. Роль психологів на перших етапах командної роботи полягає у демістифікації складностей, що їх переживає травмована людина, у посиленні віри у себе, визначенні пріоритетних потреб.

Технології реабілітації мають діяти водночас у чотирьох напрямках (персонально-інструментально-просторово-часовому), посилюючи одне одного і у такий спосіб відновлюючи психологічне здоров'я особистості. Персональний напрям має бути спрямований на відновлення частково втраченої цілісності особистості, її збалансованості, самоврегульованості; інструментальний – на відновлення зниженої самоефективності особистості, її здатності самореалізовуватися у різних видах діяльності, просторовий – на підвищення комунікативної компетентності особистості, налагодження стосунків, подолання почуття відчуження від оточення, конструктивне розв'язання конфліктів; часовий – на ціннісно-смыслову сферу особистості, переоцінку цінностей, активізацію пошуку нових життєвих орієнтирів, нових сенсів.

У чому особливість соціально-психологічних технологій реабілітації особистості? Це сукупність технік, інтервенцій, процедур, що використовуються для підтримання і відновлення психологічного здоров'я особистості. Переходити безпосередньо до реабілітації необхідно тільки після встановлення контакту, виникнення довіри, первинної діагностики характеру травми, ступеню травмованості людини та її внутрішніх ресурсів, які сприятимуть відновленню.

Поняття реабілітації дітей ґрунтується на вирішенні проблем, пов'язаних із проведенням відновного лікування, яке в дитячому віці є основним, первинним у єдиному реабілітаційному процесі, однак вимагає цілеспрямованих дій не лише з позицій класифікації хвороб, а й з точки зору трьохвимірної концепції оцінки їх наслідків. Саме комплексний підхід дозволяє визначити профілактичні заходи і заходи відновлення чи покращення

порушених функцій, що в результаті попереджає інвалідизацію дітей. Комплексність полягає в системному взаємозв'язку медичних, психологічних і соціальних компонентів (у вигляді тих чи тих впливів), спрямованих не лише на відновлення (збереження) особистості, а й соціального статусу дитини та молодшої людини з ООП.

Єдність медичних, психологічних і соціальних компонентів побудована на таких засадах:

- єдність біологічних і психосоціальних впливів (при побудові системи відновлення, компенсації); облік клініко-біологічних і психологічних факторів;
- різнобічність («різноплановість») зусиль для організації реабілітаційної програми – облік різних сторін життєдіяльності особистості, вплив на її різні аспекти (сенсорний розвиток, інтелектуальний, емоційний, фізичний та ін.);
- апеляція до особистості людини з інвалідністю, принцип «партнерства»: людину з інвалідністю включають у лікувально-відновлювальний процес, домагаючись активної її участі у відновленні порушених функцій організму і соціальних зв'язків;
- наступність.

У цьому контексті система надання допомоги повинна стати складною багаторівневою системою, яка враховує вид порушення, структурно-функційну модель дефекту, характер взаємозв'язків, індивідуальні особливості дитини, особливості навколишнього середовища, що включає оптимально взаємопов'язані форми, методи і технології психолого-педагогічного і реабілітаційного впливу (табл. 3.2).

Отже, комплексний підхід, заснований на поєднанні досягнень соціальної, медичної та психологічної наук, лікувально-відновлювальних заходів із корекційно-педагогічним та соціально-психологічним вихованням і навчанням. Цей підхід спрямований на реабілітацію та реінтеграцію дітей, які мають або обмеження здоров'я, або психоемоційні поведінкові девіації.

Відповідно до цього необхідно передбачати реабілітаційні заходи в рамках названих змістових напрямках.

Таблиця 3.2

### Зміст системи соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді

Функція процесу соціально-психологічної реабілітації	Призначення/зміст функції	Зміст системи
освітня	формування інтересу до знань, мотивації до навчальної діяльності, самоосвіти й саморозвитку	об'єднання реабілітаційного, освітнього і рекреаційного просторів, оптимізація реабілітаційних та освітніх заходів; – відкритість системи і максимальне розширення меж реабілітаційного, освітнього та рекреаційного просторів; – реалізація принципу соціального партнерства і включення в систему міждисциплінарної команди, у тому числі громадського сектору, що значно знижує економічні затрати функціонування системи; – максимальне використання потенціалу сім'ї як партнера в реабілітації засобами інклюзивного туризму; – здійснення комплексної допомоги, у тому числі, соціально-психологічної, медичної, професійно-трудової, фізкультурно-спортивної реабілітації та оздоровлення, що дасть змогу компенсувати структурнофункційні порушення розвитку, формувати навички життєвої компетентності.
доступності	участь у створенні безбар'єрного середовища, його підтримка та вдосконалення для забезпечення незалежного життя	
екологічна	залучення до благоустрою й озеленення, проведення різноманітних акцій екологічного спрямування щодо збереження природних багатств та формування екологічної культури;	
профорієнтаційна	формування активної позиції як члена суспільства та суб'єкта виробничих відносин, соціального підприємництва	
соціокультурна	залучення до вивчення і пізнання вітчизняної та світової культури; упровадження форм і технологій соціокультурної роботи із залученням до культурного життя, знайомство з основами усіх видів мистецтва (музичного, театрального, художнього, літературного та ін.)	

Щоб реабілітаційні заходи ставали технологічнішими, вони мають носити ступінчастий характер, починаючись з екстреної допомоги людині, що перебуває у гострому стані, і закінчуючись якомога повнішою інтеграцією у нормальне життя. Для цього потрібна стратегія дрібних, маленьких кроків,

завдяки яким стають можливими спочатку малопомітні, а пізніше все більш відчутні успіхи, які сприяють все більшій автономії травмованої людини у різних сферах життя. Важлива не лише покрокова постановка завдань, а й особиста відповідальність за їх виконання з метою відновлення вміння відповідати вимогам спільноти, відстоювати власні інтереси, адекватно задовольняти потребу у захисті.

Досвід впровадження здоров'язберігаючих технологій підтверджує думку про те, що процес формування здорового способу життя дітей потрібно розпочинати вже з дошкільного та молодшого шкільного віку. Застосування здоров'язберігаючих і здоров'яформуючих інноваційних технологій сприяє гармонійному розвитку дітей. Питання реалізації здоров'язберігаючих освітніх технологій в навчально-виховному процесі є пріоритетним завданням сучасної школи. Оскільки у сучасному розумінні метою навчання є всебічний розвиток дитини з урахуванням її вікових та індивідуальних особливостей разом із збереженням та зміцненням здоров'я, то й, відповідно, здоров'язберігаючі технології постають як єдина система організаційних форм та технологічних одиниць, головною метою яких є збереження та зміцнення здоров'я особистості.

## ВИСНОВКИ

Сучасна війна на території України – це виклик суспільній стабільності всього світу. Людські втрати, масова воєнна міграція, економічна незахищеність, екологічні загрози та втрата віри в мирне вирішення конфліктів зовсім не сприяють підтриманню здоров'я суспільства.

Перед мільйонами українців наразі постав надзвичайний виклик – загроза власному самозбереженню – як через об'єктивні загрози фізичній цілісності, так і через похідні емоційні стани. Екстремальні воєнні умови ставлять актуальні питання, якою має бути поведінка людини, щоб зберегти власне здоров'я, що робити для убезпечення, стабілізації, підтримання життєздатності, як відновлюватися і закріплювати найбільш вдалі стратегії персонального та суспільного добробуту.

Здоров'я – безцінне надбанням не лише окремої людини, а й усього суспільства. Як життєдіяльність окремої людини значною мірою визначається станом її здоров'я, так і успішний розвиток суспільства загалом залежить від стану здоров'я населення. При збільшенні в суспільстві частки людей із поганим здоров'ям можливості його соціально-економічного розвитку обмежуються.

Найпоширенішими елементами для визначення стану здоров'я стали:

- нормальне функціонування організму на всіх рівнях його організації (органи, гістологічні, клітинні та генетичні структури; нормальний перебіг фізіологічних та біохімічних процесів, що сприяють індивідуальному виживанню та розмноженню);
- динамічний баланс організму та його функції з навколишнім середовищем;
- здатність повноцінно виконувати основні соціальні функції, брати участь у соціальній діяльності та робити суспільно корисну роботу;
- здатність організму пристосовуватися до постійно мінливих умов зовнішнього середовища, здатність підтримувати стабільність внутрішнього



середовища організму, забезпечувати нормальну і різнобічну життєздатність і підтримувати організм живим;

- відсутність хвороби, хворобливих станів, хворобливих змін;
- повне фізичне, психічне та соціальне благополуччя.

Систему заходів, що забезпечують гармонійний психічний, фізичний, духовний розвиток особистості, попередження захворювань, а також як діяльність, спрямовану на збереження і зміцнення здоров'я називають здоров'язбереженням. Метою державної політики здоров'язбереження є створення умов для збереження і зміцнення здоров'я людини як найвищої соціальної цінності, а також підвищення рівня фізичного, духовного здоров'я, психологічного та соціального благополуччя дітей і молоді шляхом пріоритетності здорового способу життя як основного чинника відновлення здоров'я, його збереження та зміцнення.

Основні аспекти здоров'язбереження включають: профілактику хвороб, промоцію здоров'я, здоров'я, забезпечення доступу до якісної медичної допомоги, соціальні детермінанти здоров'я, психічне здоров'я, політики громадського здоров'я, екологічне здоров'язбереження.

Концепція політики здоров'язбереження – це концепція якісних змін. Здоровий спосіб життя передбачає виконання певних правил, що забезпечують гармонійний розвиток, високу працездатність, духовну рівновагу та здоров'я людини. В основі здорового способу життя – індивідуальна система поведінки й звичок, що забезпечує людині потрібний рівень життєдіяльності й здорове довголіття. Здоровий спосіб життя – це практичні дії, спрямовані на запобігання захворювань, зміцнення всіх систем організму й поліпшення загального самопочуття людини.

Виникає необхідність розробки нових підходів та програм для вирішення проблем громадського здоров'я, зокрема, збереження здоров'я здорової людини, оскільки система медичної допомоги фактично ігнорує профілактичну складову. Переорієнтація повинна відбутися від політики лікування до політики зміцнення здоров'я і попередження захворювань.

В основі формування публічної політики збереження здоров'я населення багатьох країн лежить концепція зон охорони здоров'я Марка Лалонда, оприлюднена у доповіді «Нові погляди на здоров'я канадців», а також стратегія здоров'я для всіх. Ключові напрями здоров'язбереження в країнах Європейського Союзу є: профілактика хвороб та просування здорового способу життя, доступність та якість медичного обслуговування, медичні дослідження та інновації, ментальне здоров'я, відповідь на громадські здоров'язбережувальні кризи, співпраця та координація міжнародних зусиль.

Скорочення населення України відбувається за рахунок високої смертності, а не низької народжуваності, як у країнах Європи. В рамках вісімнадцятої хвилі проекту «Україна в умовах війни» Соціологічною групою «Рейтинг» було проведене чергове дослідження психологічних маркерів війни, яке показало що в українців, незважаючи на продовження війни, все ще вистачає фізичних та моральних сил жити у складних умовах, працювати, допомагати, воювати. Але напруженість та потреба відновлення здоров'я зростають.

За дослідженнями ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені акад. М. Д. Стражеска» категорії населення, які найбільше страждають від воєнних конфліктів (безпосередньо стикаються з матеріальними й людськими втратами, переживають різні розлади після стресових і травмівних ситуацій): біженці; військовослужбовці; вимушені переселенці; ветерани війни; сім'ї загиблих; рятувальники; люди, що проживають в зоні бойових дій.

В умовах війни переживання загрози власній фізичній, психологічній цілісності і добробуту близьких неодмінно викликає інтенсивні реакції психіки, які через неможливість відповідного ментального опрацювання мають усі шанси перетворитися на психотравму. Пролонгована ж травматизація спричинює значну кризу – як індивідуальну, особистісну, так і колективну, національну й міжнародну. Натомість заходи, спрямовані на промоцію здоров'я, здорового способу життя, можуть запобігти розвитку

посттравматичних станів і розладів, сприяти посттравматичному зростанню населення як найліпшому варіанту виходу із кризи.

Основні напрями здоров'язбереження в Україні в цей період можна виділити наступним чином: медична допомога постраждалим від війни, підтримка психічного здоров'я, забезпечення медичних потреб у зонах конфлікту, оперативне реагування на епідеміологічні загрози, забезпечення доступу до основних медичних послуг, міжнародна підтримка та співпраця.

Реабілітація населення в умовах війни – це процес підтримки та відновлення фізичного, психологічного, економічного та соціального благополуччя людей, які постраждали від конфлікту; це важливе та складне завдання для держави, яке супроводжується численними викликами та перешкодами. Населення, яке пережило воєнні події, страждає від фізичних, психологічних та соціальних проблем, які вимагають свого вирішення.

Держава приділяє велику увагу налагодженню ефективної системи охорони психічного здоров'я населення. Упроваджувано ініціативу дружини Президента України О. Зеленської зі створення та реалізації Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки; на урядовому рівні створено відповідні координаційні та робочі органи. В рамках цієї ініціативи проведено широку кампанію із залучення іноземної допомоги.

Щоб реабілітаційні заходи ставали технологічнішими, вони мають носити ступінчастий характер, починаючись з екстреної допомоги людині, що перебуває у гострому стані, і закінчуючись якомога повнішою інтеграцією у нормальне життя. Для цього потрібна стратегія дрібних, маленьких кроків, завдяки яким стають можливими спочатку малопомітні, а пізніше все більш відчутні успіхи, які сприяють все більшій автономії травмованої людини у різних сферах життя. Важлива не лише покрокова постановка завдань, а й особиста відповідальність за їх виконання з метою відновлення вміння відповідати вимогам спільноти, відстоювати власні інтереси, адекватно задовольняти потребу у захисті.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бойко В. Загальні проблеми людства: підручник. URL: <https://geografiamozil2.jimdofree.com>.
2. Ващенко О. М Сучасна наука про соціальне здоров'я людини // Початкова освіта. Методичний порадник. 2009. Вип.30. С.3–4.
3. Іонова О. М., Лук'янова Ю. С. Здоров'язбереження особистості як психологопедагогічна проблема. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. 2009. №1. С 69–72.
4. Марків О. Т. Здоров'я людини як фундаментальна цінність культури. *Гілея. Філософські науки*. 2009. Вип. 27. С.176–182.
5. Поняття про соціальне здоров'я. Залежність соціального здоров'я від умов життя людини в суспільстві. URL: <https://studopedia.su/15-1705525>.
6. Основи здоров'язбережувальної компетенції: курс для вчителів. URL: <http://multycourse.com.ua>.
7. Детальніше про управління розвитком психічного здоров'я: управління соціальним розвитком. Київ, 2018. С. 216–217
8. Кадобний Т. Б. Філософія здоров'язбереження. *Філософія, методологія, психолого-педагогічні аспекти формування культури здоров'язбереження* : збірник тез науково-методологічного семінару кафедри філософії та суспільних дисциплін ТДМУ ім. І. Я. Горбачевського. Тернопіль, Вектор, 2013. 60 с.
9. Тимофієва М. П., Слободська О.В. Психологія здоров'я: підручник. Київ: МЕДПРИНТ. 2022. 600 с.
10. Canguilem G. Le hormale et le pathologique. Paris PUF: 2018. P. 17.
11. Spivak M. Problems of understanding and application of term «to save healthy» are in a political science environment. *British Journal of Science and Education*, London, 2015, № 1. P. 771–777.
12. Співак М. В. Запровадження політики НМ в Україні. *Збірник центру наукових публікацій «Велес» за матеріалами міжнародної*

науковопрактичної конференції: Зимові наукові читання». Київ: Центр наукових публікацій, 2016. 128 с.

13. Історія розвитку проблеми здоров'язбереження молоді. URL: [http://narodnaosvita.kiev.ua/Narodna\\_osvita/vupysku/9/statti/bashavec.htm](http://narodnaosvita.kiev.ua/Narodna_osvita/vupysku/9/statti/bashavec.htm).

14. Козлова В. А. Проблеми формування мотивації студентів на здоров'язбереження. URL: <http://www.sportpedagogy.org.ua/html/journal/2011-04/11kvathppdf>.

15. Євтушенко Г. І. Парадигма здоров'язбереження – важливий чинник економічного зростання. *Збірник наукових праць Національного університету державної податкової служби України*. 2011. № 1. С. 154–165.

16. Ярчук Ю. Г. Здоровий спосіб життя: реальний стан і державна політика. *Соціальна робота в Україні: теорія і практика*. 2012. № 3–4. С. 112–126

17. Гриценко В. Здоров'я людини як багатоаспектна проблема. *Вісник Національної академії наук України*. 2006. № 6. С. 51–56.

18. Ващенко О. Готовність вчителя до використання здоров'язберігаючих технологій у навчально-виховному процесі. *Здоров'я та фізична культура*. 2006. № 8. С. 1–6.

19. Сутність, види та особливості здоров'язберігаючих технологій у дітей в умовах сучасного навколишнього середовища. *Гігієна населених місць*. 2010. № 55. С. 328–386.

20. Пивоваров О. В. Розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я на основі створення кластерів за участі страхових компаній. *Науковий вісник Академії муніципального управління*. Серія : Управління. 2013. Вип. 4. С. 320–327.

21. Палічук Ю. І. Структура, зміст і функції здоров'язбереження в освітньому процесі економічного вищого навчального закладу. *Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка*. Сер. Педагогіка / гол. ред. Г. Терещук; редкол.: Л. Вознюк, В. Кравець, В. Мадзігон та ін. Тернопіль, 2021. № 4. С. 56–62.

22. Антонова О. Є., Поліщук Н. М. Здоров'язберігаюча компетентність особистості як наукова проблема (аналіз поняття). *Вища освіта у медсестринстві: проблеми і перспективи*: зб. статей всеукраїнської науково-практичної конференції. 10-11 листопада 2011. Житомир: Полісся, 2011. С. 27–31.

23. Морозова В. В., Лаврова Л. В., Музирова В. О., Савченко В. А. Методичні рекомендації: Стратегічні напрямки здоров'язбереження в навчальних закладах Дніпропетровщини. URL: <http://www.doipro.dp.ua/navchalno-metodichna-robota/fizich>.

24. Фішев С. О. Деякі концепти формування в дітей та молоді культури здоров'я та здорового способу життя у процесі фізичного виховання. *Слобожанський науково-спортивний вісник*. 2013. № 3. С. 197–199.

25. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України. Указ Президента від 07.12.2000 № 1313/2000. *База даних «Законодавство України»/ВР України*. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1313>.

26. Мінцер О.П. Інформаційні аспекти забезпечення ефективності державно-приватного партнерства в медичній та фармацевтичній науці та освіті. Стратегія управління. *Медична інформатика та інженерія*. 2016. № 2. С. 26–32.

27. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2020 р. № 1671-р: «Про схвалення Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80#Text>.

28. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80#Text>.

29. Проект Закону про засади державної політики охорони здоров'я. Номер, дата реєстрації: 2409а від 17.07.2015. *База даних «Законодавство України»/ВР України*. URL: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=56118](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=56118).

30. Хома Н. Соціальна держава третього тисячоліття: модернізована модель. *Наукові записки Інституту політичних і етнонаціональних досліджень ім. І. Ф. Кураса*. 2014. Вип. 3. С. 205–215.

31. Співак В. М. Громадянське суспільство в Україні: проблеми становлення та трансформації. *Держава і право: Збірник наукових праць. Юридичні і політичні науки*. Випуск 48. Київ: Ін-т держави і права ім. В. М. Корецького НАН України, 2010. С. 613–620.

32. Семигіна Т. В. Політика охорони громадського здоров'я в Україні у контексті процесів глокалізації (політологічний аналіз): автореф. дис. ... д-ра політ. наук: 23.00.02. Київ, 2013. 44 с.

33. Карлаш В. В. Механізми державного регулювання охорони здоров'я населення України. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління. Національний університет цивільного захисту України, Харків, 2020. С. 102–160.

34. Здоров'я-2020: підтримка дій держави і суспільства в інтересах здоров'я та благополуччя. URL: <http://www.euro.who.int/>.

35. Карлаш В. В. Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. № 1/2020. URL: [http://www.investplan.com.ua/pdf/1\\_2020/28.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/1_2020/28.pdf) 154.

36. Долгіх М. В. Теоретичні засади реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі публічного управління та адміністрування за спеціальністю 281 публічне управління та адміністрування. Міжрегіональна академія управління персоналом, Київ, 2021.

37. Волоненко Н. Б., Богатов О. І., Кулявець Ю. В. Ідеологія здоров'я в рамках викладання дисципліни «Безпека життєдіяльності». URL: <http://www.kpi.kharkov.ua/archive/%D0%9D%D0%B0%D1%83>.

38. Грузєва, Т. С. Фактори ризику в формуванні здоров'я населення. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2003. №. 3.

С. 9–16.

39. Криничко Л.Р. Оцінка сучасного стану здоров'я населення України. *Економіка, управління та адміністрування*. 2020. № 4 (94). с.142-149/

40. Костюк В. С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. Серія : Економіка і менеджмент. 2017. Вип. 24(2). с. 40. URL:[http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu\\_eim\\_2017\\_24%282%29\\_\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29__11).

41. Офіційний сайт Світового банку. URL: <https://www.worldbank.org/uk/country/ukraine>.

42. Офіційний сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я. URL: <https://www.who.int>.

43. Індекс здоров'я. Україна – 2019: Результати загальнонаціонального дослідження. Київ, 2020.

44. Самооцінка стану здоров'я населенням України, квітень, 2021. URL: <https://www.kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=1042&page=1>.

45. Розпорядження КМУ «Про схвалення Стратегії розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики, на період до 2022 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації» від 27 листопада 2019 р. № 1402-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1402-2019-%D1%80#Text>.

46. Костюк В. С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. Серія : Економіка і менеджмент. 2017. Вип. 24(2). с.40. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu\\_eim\\_2017\\_24%282%29\\_\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29__11).

47. Богданьок О. На скільки зменшилось населення України у рік повномасштабного вторгнення – дані Оpendатабот. URL: <https://suspi.lne.media/374003-na-skilki-zmensilos-naselenna-ukraini-u-rik-povnomasstabogo-vtorgnenna-dani-opendatabot>.



48. Скільки цивільних українців загинуло за час повномасштабної війни. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2023/03/09/infografika/suspilstvo/skilky-cyvilnyx-ukrayincziv-zahynulo-chas-povnomasshtabnoyi-vijny#https://www.slovoidilo.ua/2023/03/09/infografika/suspilstvo/skilky-cyvilnyx-ukrayincziv-zahynulo-chas-povnomasshtabnoyi-vijny#>.

49. Денисенко Т. Як війна позначилася на здоров'ї українців? Опитування. URL: <https://life.pravda.com.ua/health/2023/02/15/252874>.

50. Вісімнадцяте загальнонаціональне опитування: психологічні маркери війни (8–9 жовтня 2022). URL: [https://ratinggroup.ua/research/ukraine/vosemnadcatyy\\_obschenacionalnyy\\_opros\\_psihologicheskie\\_markery\\_voyny\\_8-9\\_oktyabrya\\_2022.html](https://ratinggroup.ua/research/ukraine/vosemnadcatyy_obschenacionalnyy_opros_psihologicheskie_markery_voyny_8-9_oktyabrya_2022.html).

51. Двадцять п'яте загальнонаціональне опитування: сприйняття загроз на зиму 2023–2024 (22–23 листопада 2023). [https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fsau.in.ua%2Fapp%2Fuploads%2F2023%2F12%20%20Frg\\_ua\\_winter\\_122023\\_xxv\\_press.docx&wdOrigin=BROWSELINK](https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fsau.in.ua%2Fapp%2Fuploads%2F2023%2F12%20%20Frg_ua_winter_122023_xxv_press.docx&wdOrigin=BROWSELINK).

52. ПТСР та загострення хронічних хвороб: як війна вплине на здоров'я українців. Аналітичний портал «Слово і діло» <https://www.slovoidilo.ua/2022/11/01/infografika/suspilstvo/ptsr-ta-zahostrennya-xronichnyx-xvorob-yak-vijna-vplyne-zdorovyua-ukrayincziv>

53. Стан здоров'я народу України в умовах війни. Рекомендований для кардіологів, ревматологів, терапевтів, організаторів охорони здоров'я та лікарів загальної практики: посібник/ під редакцією В. М. Коваленка, В. М. Корнацького. Київ, СПД ФО Коломіцин В.Ю. 220 с.