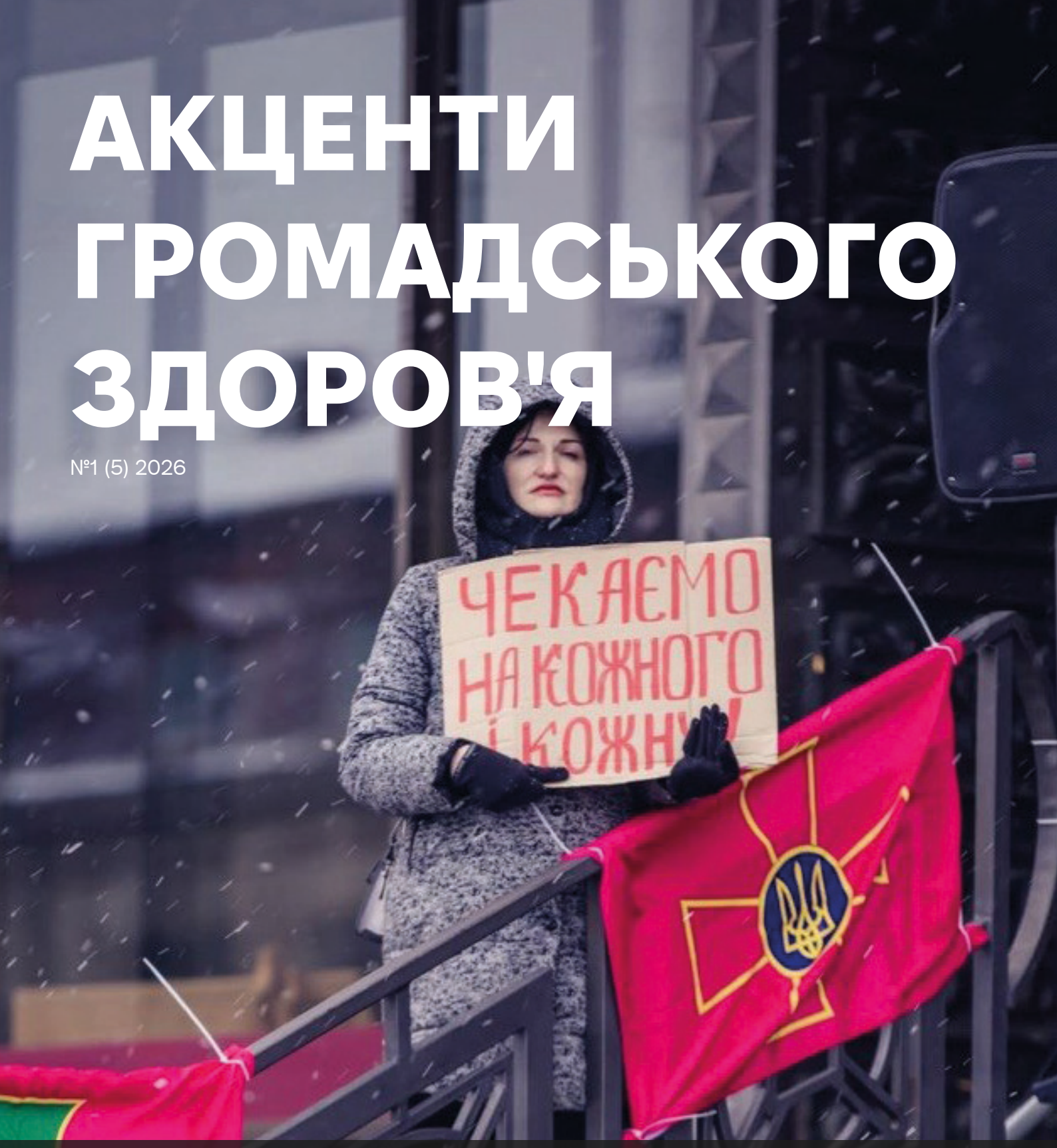
АКЦЕНТИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

№1 (5) 2026



«Я бачу багато горя навкруги. Моя велика ідея, щоб сьогодні кожна людина, яка потребує допомоги, отримала її якомога швидше і кваліфіковано», —

Сергій РИЖЕНКО

«Система PABS (pathogen access and benefit sharing): новий елемент глобальної архітектури біобезпеки та значення для України», —

Віктор ЛЯШКО

«Важливо, щоби не людина шукала маршрут до системи, а щоб система стала поруч», —

Ірина МИКИЧАК

Фото: Олег НЕТЕЦЬКИЙ

«АКЦЕНТИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я» / «PUBLIC HEALTH ACCENTS» публіцистичний журнал

ЗАСНОВНИК: ГО «ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ФАХІВЦІВ З ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я»

Руслан САВЧУК	**шеф-редактор** Голова Всеукраїнської асоціації фахівців з громадського здоров'я
Ірина ТИМЧИШИН	**головна редакторка** Журналістка
Віктор ЛЯШКО	**член редколегії** Міністр охорони здоров'я України
Ігор КУЗІН	**член редколегії** Заступник міністра охорони здоров'я України, головний державний санітарний лікар України
Володимир КУРПІТА	**член редколегії** Генеральний директор ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»
Олег ОСІЯН	**член редколегії** Перший заступник Голови Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів
В'ячеслав КАМІНСЬКИЙ	**член редколегії** Ректор Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика
Федір ЛАПІЙ	**член редколегії** Голова Національної технічної групи експертів з питань імунопрофілактики в Україні
Олександр ТОВКАЙ	**член редколегії** Директор Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин Міністерства охорони здоров'я України
Ірина МИКИЧАК	**членкиня редколегії** Експертка з питань охорони здоров'я, радниця міністра охорони здоров'я України
Іван МИРОНЮК	**член редколегії** Проректор з наукової роботи Ужгородського національного університету

Макетування журналу: Андрій ДЖИГІТА
Літературний редактор: Оксана МИХАЙЛОВА
АДРЕСА РЕДАКЦІЇ: вул. Мазепи, буд. 72, офіс 4, м. Івано-Франківськ, 76018
Телефон: +380 (97) 007 70 40
Електронна пошта: accents_ph@vafgz.org.ua

ВИХІДНІ ДАНІ:
Друк: ТОВ «КСЕРОГРАФ»
Телефон: +380 (67) 203 04 20
Електронна пошта: xerograf.if@gmail.com
Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. Івасюка, 11
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи: ДК № 8196 від 22.10.2024 р.
Наклад: 700 примірників.
Періодичність виходу — 4 рази на рік.
Територія розповсюдження примірників — територія України та територія поза межами державного кордону України.
Спосіб розповсюдження примірників — безкоштовне розповсюдження (продаж заборонено).
Мова (мови) розповсюдження — українська, англійська.

Думка редакції може не збігатися з думкою автора. Редакція не відповідає за достовірність та тлумачення наведеної в публікаціях інформації і виконує винятково роль носія.

ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ФАХІВЦІВ З ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

№1 (5) 2026
РІШЕННЯ № 2624 НАЦІОНАЛЬНОЇ РАДИ УКРАЇНИ З ПИТАНЬ ТЕЛЕБАЧЕННЯ І РАДІОМОВЛЕННЯ ПРО РЕЄСТРАЦІЮ ДРУКОВАНОГО МЕДІА R30-05466



Шановні колеги, партнери та друзі!

П’ятий випуск журналу «Акценти громадського здоров’я» продовжує розмову про ментальне здоров’я — тему, яка вже давно перестала бути лише напрямом медичної чи психологічної допомоги. Сьогодні це один із ключових чинників стійкості людини, громади та держави.

Українське суспільство живе в умовах повномасштабної війни. Ми навчилися швидко реагувати на загрози, підтримувати одне одного та знаходити сили рухатися вперед. Водночас тривале емоційне напруження, невизначеність і постійний стрес мають свій вплив, який не завжди помітний одразу. Саме тому питання збереження психічного благополуччя потребує не епізодичних рішень, а системної та послідовної роботи.

Дедалі більше людей усвідомлюють, що звернутися по психологічну допомогу — це не прояв слабкості, а відповідальний крок до відновлення власних ресурсів. Водночас наше спільне завдання — створити такі умови, щоб якісна допомога була доступною незалежно від місця проживання, віку чи соціального статусу людини.

У цьому випуску ми зібрали матеріали, які демонструють сучасні підходи до розвитку системи підтримки ментального здоров’я, висвітлюють досвід громад, практики міжвідомчої співпраці та інструменти, що вже сьогодні допомагають людям долати наслідки тривалого стресу. Особливу увагу приділено питанням підтримки військовослужбовців і ветеранів, родин захисників, дітей, молоді, внутрішньо переміщених осіб та всіх, хто потребує своєчасної професійної допомоги.

Всеукраїнська асоціація фахівців з громадського здоров’я й надалі об’єднуватиме професійну спільноту навколо впровадження доказових практик, розвитку міжсекторальної взаємодії та формування культури турботи про ментальне здоров’я. Адже лише спільними зусиллями ми зможемо побудувати систему, у якій підтримка людини стане невід’ємною складовою громадського здоров’я.

Дякую авторам, експертам, партнерам і всім, хто долучився до створення цього випуску. Вірю, що представлені матеріали стануть корисним джерелом знань, нових ідей і практичних рішень для кожного читача.

З вірою в силу фахової спільноти

Руслан САВЧУК

Голова Правління
Всеукраїнської асоціації фахівців з громадського здоров’я

Шеф-редактор журналу

1 жовтня 2023 року вступив у дію **Закон України №2573 «Про систему громадського здоров'я»**. Закон дозволяє створити комплексну систему громадського здоров'я та інтегрувати її в європейську мережу відповідно до світових стандартів.

Система громадського здоров'я поєднує зусилля громад регіонів та наявні потужності закладів охорони здоров'я, центрів контролю та профілактики хвороб з метою захисту населення від інфекційних хвороб, попередженню та профілактики неінфекційних хвороб, реагування на небезпеки для здоров'я та надзвичайні стани у сфері охорони здоров'я на рівні регіонів, забезпеченню епідеміологічного нагляду, санітарного та епідемічного добробуту населення, промоції здорового способу життя.

Крім того, Закон України «Про систему громадського здоров'я» вперше вводить в обіг принцип «єдиного здоров'я». Йдеться про постійну співпрацю та взаємодію у галузі медицини, ветеринарії, безпеки харчових продуктів та питної води, захисту довкілля.

Втілення комплексного підходу до забезпечення громадського здоров'я має сприяти зміцненню здоров'я, запобіганню хворобам, покращенню якості та збільшенню тривалості життя українців, зокрема, завдяки пріоритетній функції — профілактиці інфекційних і неінфекційних захворювань та доступу до послуг з імунопрофілактики. Такий підхід обрали європейські країни, де середня тривалість життя чоловіків становить 72 роки, жінок — 80. Натомість показники України за останні 20 років лишаються в середньому на п'ять років нижчі від європейських.

За матеріалами moz.gov.ua

ЗМІСТ

6 Система PABS (Pathogen Access and Benefit Sharing): новий елемент глобальної архітектури біобезпеки та значення для України

10 **Ірина МИКИЧАК:** «Важливо, щоб не людина шукала маршрут до системи, а щоб система стала поруч»

18 Говорити проти стигми: хто такі Амбасадори психічного здоров'я

20 **Тетяна СУХОБОРОВА:** «Забіг на довгу дистанцію без фінішної прямої»

24 Три роки, два місяці і вісім днів – історія колишнього полоненого **Володимира УДОВИКА**

28 **Наталія МЕЛЬНИКОВА:** «Простір, де відпускає: чому ветеранам потрібні не кабінети, а терапія живою присутністю»

32 **Сергій КИРИЛЮК:** «Життя як дар Божий: проблема суїциду з точки зору медицини і православного богослов'я»

36 **Олександра ЧЕКАС:** «В мене склалося таке враження, що нашим хлопцям хочуть поклонятися як героям рівно півгодини»

40 Ментальне здоров'я як складова громадського благополуччя: досвід роботи Херсонського ОЦКПХ

42 Результати скринінгу ментального здоров'я жінок-педагогів, які працюють у закладах освіти

44 Швеція та ВООЗ започатковують нову довгострокову ініціативу в Україні з трансформації системи охорони здоров'я

46 Від міжнародного досвіду до української системи підготовки: в Івано-Франківську формується новий напрям реагування на хімічні загрози

48 **ВСІ, ХТО ПОТРАПЛЯЄ ДО ЛІКАРНІ МЕЧНИКОВА, МАЮТЬ ШАНС ПОВЕРНУТИСЯ ДО ЖИТТЯ** – репортаж з лікарні

54 **Сергій РИЖЕНКО:** «Я бачу багато горя навкруги. Моя велика ідея, щоб сьогодні кожна людина, яка потребує допомоги, отримала її якомога швидше і кваліфіковано»

58 **Пітер АДАМСОН:** «Україна бореться не лише за себе. І ми не можемо стояти осторонь»

60 «Травма цієї війни не зникне, вона залишиться з Україною ще на десятиліття», — канадський медбрат Андрій КОСТИНЮК

62 «Війна змінила медицину на краще», — лікар-травматолог Мар'їнської лікарні, який двічі змінював свій дім

64 Важливість бути почутими: як практика англійської з волонтером ENGin стає опорою у часи війни

66 **Олександр Фоззі СИДОРЕНКО:** «Хто зупиниться, того з'їдять!»

68 Бути поруч: комунікація як ресурс ментального здоров'я під час війни

70 **Ольга КАЛАПУЗЯК:** «Якщо відібрати у підлітка телефон — це не дасть жодного ефекту»

72 Підлітки: інструкція зі спілкування для батьків

74 Психічне здоров'я підлітків як стратегічний пріоритет громадського здоров'я: досвід просвітницької ініціативи «Нейрохакінг: як керувати своїм мозком»

76 Проєкт «Стежка здоров'я» — приклад міжсекторальної співпраці у формуванні доступної комунікації

78 Паводок та громадське здоров'я: як запобігти епідемічним ускладненням

80 **Костянтин ГРУБИЧ:** «Фізичну активність сучасним людям треба набувати, це додаткова вартість, нехай через силу, але потрібно рухатися»

84 **ДНІПРО. ВЕЛИКА ВІЙНА У ВЕЛИКОМУ МІСТІ**

89 Трансформація епідеміологічного нагляду в умовах воєнного стану: досвід діяльності ДУ «Дніпропетровський ОКЦПХ МОЗ України»

СИСТЕМА PABS (PATHOGEN ACCESS AND BENEFIT SHARING): НОВИЙ ЕЛЕМЕНТ ГЛОБАЛЬНОЇ АРХІТЕКТУРИ БІОБЕЗПЕКИ ТА ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ УКРАЇНИ



Пандемія COVID-19 стала одним із найбільших випробувань для глобальної системи громадського здоров'я за останні десятиліття. Вона продемонструвала не лише важливість швидкого обміну інформацією про нові патогени, але й глибоку нерівність у доступі до вакцин, діагностикумів та лікарських засобів між країнами з різним рівнем доходу. Саме ці уроки стали основою для формування нової міжнародної дискусії щодо справедливого розподілу вигоди від використання патогенів та генетичної інформації про них.

У центрі цієї дискусії сьогодні перебуває система PABS (Pathogen Access and Benefit Sharing — система доступу до патогенів та розподілу вигоди), яка є одним із ключових елементів нової Пандемічної Угоди Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

У Виконавчому комітеті ВООЗ (в якому я мав трирічний термін перебування з травня 2023 року до травня 2026 року) під час дискусій передбачалось, що PABS має стати глобальним механізмом, який поєднає два принципи:

- швидкий міжнародний обмін біологічними матеріалами та генетичними послідовностями патогенів із пандемічним потенціалом;
- справедливий доступ держав до результатів використання цих даних — вакцин, тестів, терапії та інших медичних технологій.

20 травня 2025 року на 78-й сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я країни-члени офіційно ухвалили історичну Пандемічну угоду. Однак компромісу щодо PABS ні тоді, ні зараз так і не досягнуто.

Станом на 2026 рік система PABS ще перебуває у стадії міжнародних переговорів, однак вже очевидно, що вона суттєво впливатиме на майбутню систему глобальної біобезпеки, міжнародного права у сфері охорони здоров'я та функціонування національних систем епідеміологічного нагляду.

Історія формування концепції PABS

Ідея справедливого розподілу вигоди від виявлення та дослідження патогенів виникла задовго до пандемії COVID-19. Одним із перших таких глобальних конфліктів стала ситуація 2006–2007 років навколо вірусу пташиного грипу H5N1.

Тоді Індонезія відмовилася передавати зразки вірусу до глобальної системи ВООЗ, аргументуючи це тим, що фармацевтичні компанії використовують отримані матеріали для виробництва вакцин, які залишаються недоступними для країн, що надають ці зразки. У міжнародній політиці охорони здоров'я це отримало назву «вірусний суверенітет».

У відповідь ВООЗ у 2011 році створила Pandemic Influenza Preparedness Framework (PIP Framework) — спеціальний механізм для обміну вірусами грипу та розподілу вигод. Саме PIP Framework став концептуальним попередником PABS.

Однак PIP Framework мав обмежений характер, оскільки стосувався лише вірусів грипу, не охоплював інші патогени, не регулював питання генетичних послідовностей та не вирішував проблеми технологічної нерівності.

COVID-19 як каталізатор нової системи

Пандемія COVID-19 радикально змінила міжнародну дискусію. З одного боку, безпрецедентна швидкість публікації геному SARS-CoV-2 дозволила за рекордні терміни створити вакцини та діагностичні системи. З іншого — країни з низьким та середнім рівнем доходу фактично залишилися поза доступом до вакцин у перші роки пандемії.

Виникла ситуація, коли країни швидко передавали біологічні зразки та генетичні дані, але не отримували пропорційного доступу до результатів їх використання. Саме це стало головним політичним аргументом для створення нового глобального механізму справедливого розподілу вигоди.

У 2021 році держави-члени ВООЗ розпочали переговори щодо Пандемічної Угоди (Pandemic Agreement) — міжнародної угоди про запобігання пандеміям, готовність та реагування.

У травні 2025 року Всесвітня асамблея охорони здоров'я ухвалила Пандемічну Угоду, однак остаточні переговори щодо PABS були винесені в окремий додаток до угоди.

Що таке система PABS

Система PABS є механізмом міжнародного обміну патогенами з пандемічним потенціалом, генетичними послідовностями та іншими супровідними епідеміологічними даними. Водночас вона має забезпечити справедливий розподіл вигоди, яка виникає унаслідок використання цих матеріалів.

До потенційної вигоди, яка на даний момент обговорюється у межах переговорів, може бути віднесено:

- гарантований доступ до вакцин;
- резервування частини виробництва для ВООЗ;
- передача технологій;
- фінансова підтримка країни, в якій виявле-

ний патоген;
- спільні наукові дослідження;
- доступ до діагностичних систем;
- зміцнення лабораторної інфраструктури.

Основні дискусійні питання навколо PABS

Попри загальне політичне розуміння необхідності PABS, переговори залишаються складними за декількома пунктами.

По-перше. Одне з ключових питань — що саме вважатиметься «патогеном із пандемічним потенціалом». Частина держав виступає за максимально широкий підхід, який включатиме нові віруси, бактерії, антимікробну резистентність, зоонозні інфекції. Інші країни побоюються надмірного регуляторного навантаження та ризиків для національного суверенітету.

По-друге. Сучасна біотехнологія працює не лише зі зразками патогенів, але й із цифровими генетичними даними (Digital Sequence Information — DSI). Це створює складну проблему чи повинні компанії ділитися вигодами, якщо вони використовують лише генетичну послідовність, а не фізичний зразок? Наразі саме питання DSI стало одним із найскладніших у міжнародних переговорах.

По-третє. Питання доступу до вакцин і технологій. Країни Глобального Півдня наполягають, що система не матиме сенсу без юридично гарантованого доступу до медичних продуктів. Натомість частина держав із потужною фармацевтичною індустрією та представники біотехнологічного сектору побоюються втручання у ринок, обмеження інтелектуальної власності та зниження стимулів до інновацій.

Обговорюється також і модель управління:

чи буде PABS централізованою системою під егідою ВООЗ;
чи працюватиме через мережу національних механізмів;
якою буде роль приватного сектору;
як забезпечити прозорість доступу до даних.

Яким чином PABS може стосуватися України

Для України питання PABS має значення не лише як елемент міжнародної політики, але й як практичний компонент національної системи біобезпеки.

Українська система громадського здоров'я вже інтегрована у міжнародні механізми епідеміологічного нагляду, геномного секвенування, моніторингу зоонозних інфекцій, обміну даними через міжнародні лабораторні мережі.

У майбутньому PABS може встановити нові міжнародні правила щодо передачі патогенів, використання генетичних даних, юридичного режиму біологічних матеріалів та участі українських лабораторій у глобальних мережах.

Для держав із обмеженими виробничими потужностями PABS потенційно може створити додаткові гарантії доступу до вакцин, тест-систем, лікарських засобів, реагентів та технологій виробництва.

Досвід COVID-19 показав, що навіть європейські держави поза великими виробничими альянсами можуть стикатися з дефіцитом медичних продуктів. Для України, яка перебуває в умовах війни та значного навантаження на систему охорони здоров'я, питання гарантованого доступу до критично важливих медичних засобів має особливе значення.

Також треба не забувати, що Україна перебуває у специфічній безпековій ситуації через повномасштабну війну. У таких умовах особливого значення набувають стійкість лабораторної інфраструктури, захист біологічних матеріалів, міжнародне співробітництво у сфері біобезпеки та оперативний доступ до міжнародних мереж реагування. І тут для нас механізм PABS потенційно може посилити міжнародну координацію у сфері біологічних загроз.

Для України також важливими будуть і юридичні аспекти:

- кому належатимуть права на використання генетичних даних;
- як захищатиметься національний суверенітет;
- які міжнародні зобов'язання виникатимуть при передачі патогенів.

Особливо це стосується питань цифрових генетичних даних, які дедалі більше набувають стратегічного значення.

У разі ефективної інтеграції у глобальні механізми PABS Україна може отримати додаткові можливості для участі у міжнародних дослідженнях, розвитку геномного секвенування, модернізації лабораторій, залучення інвестицій у біомедичні технології, інтеграції у європейські системи біобезпеки.

На мій погляд, подальший розвиток PABS визначатиме не лише архітектуру глобальної пандемічної готовності, але й нові правила міжнародної співпраці у сфері громадського здоров'я на десятиліття вперед.

Віктор ЛЯШКО
Міністр охорони здоров'я України



ВІД МАСШТАБУВАННЯ ДО ЯКОСТІ: В УКРАЇНІ ФОРМУЄТЬСЯ ЄДИНА МОДЕЛЬ НАДАННЯ ПОСЛУГ ІЗ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Міністр охорони здоров'я України Віктор ЛЯШКО взяв участь у Національному діалозі «Психічне здоров'я на рівні первинної медичної допомоги: від навчання до формування єдиної моделі послуги».

Захід був організований Міністерством охорони здоров'я України спільно з Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), Національною службою здоров'я України та Координаційним центром з психічного здоров'я Кабінету Міністрів України.

«Тривалий стрес, втрати, переміщення, служба близьких, життя під обстрілами, постійна невизначеність впливають на психічне здоров'я мільйонів українців. Частина людей не звертається по спеціалізовану допомогу — через стигму, страх, недовіру або просто тому, що не знає, з чого почати. Тому наше завдання — зробити перший крок до підтримки простішим і ближчим до людини. Саме в цій логіці ми розвиваємо інтеграцію послуг із психічного здоров'я в первинну медичну допомогу в межах Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?», що реалізується за ініціативи першої леді України Олени Зеленської. За останні роки вже зроблено багато. Понад 23 тисячі лікарів первинки пройшли навчання за програмою ВООЗ mhGAP, яке дає базові знання з ведення психічних розладів, і вже надають українцям психологічну допомогу. Понад 1,5 мільйона людей отримали послуги з психічного здоров'я на первинному рівні. Наш наступний етап — перейти до формування єдиної моделі послуги на рівні закладу первинки», — зазначив Віктор ЛЯШКО.

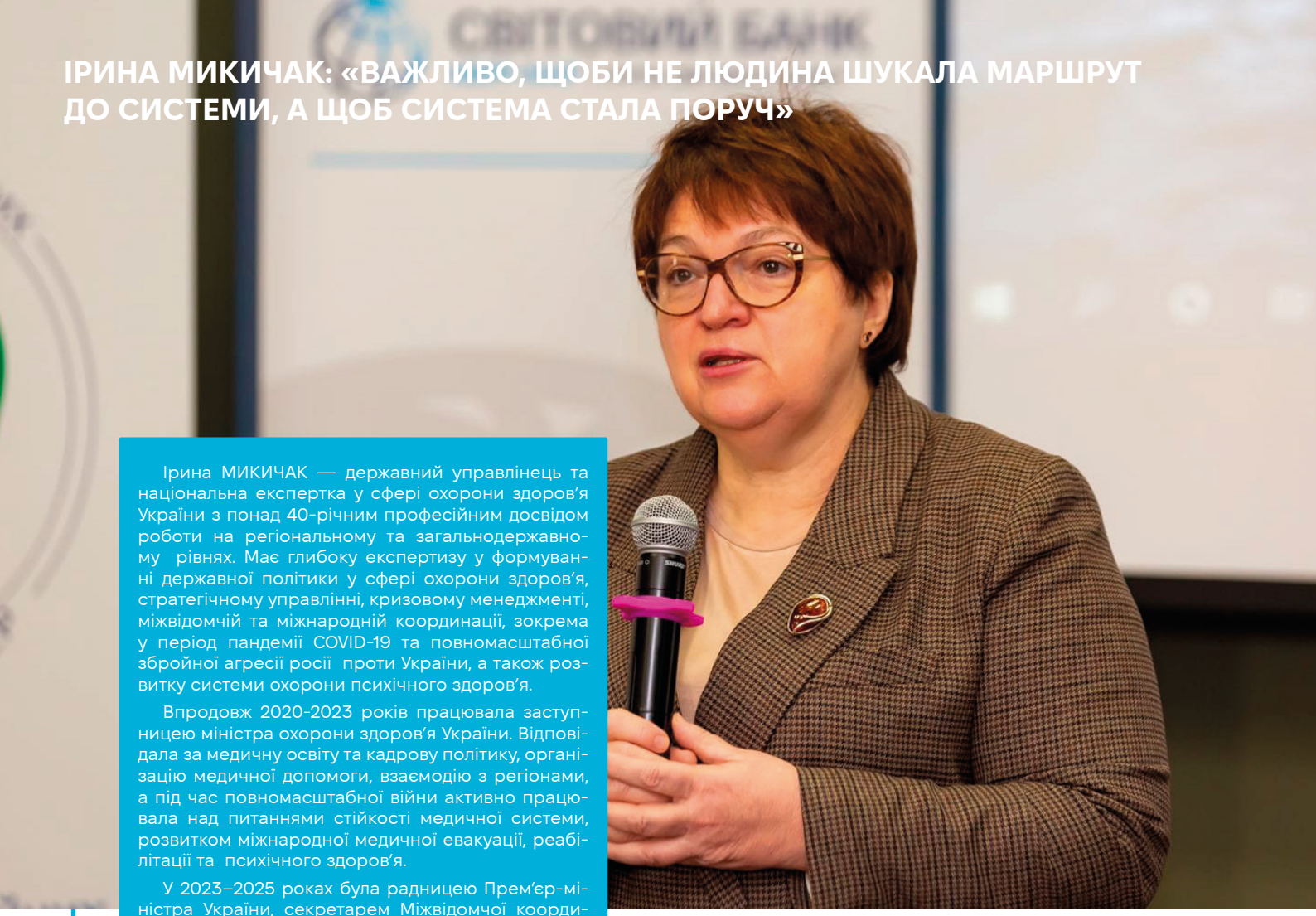
Національний діалог став другим у серії заходів щодо напрацювання стратегічних і практичних рішень для розвитку послуг із психічного здоров'я на рівні ПМД. Під час обговорень учасники зосередилися на питаннях:

- організації роботи команд первинної медичної допомоги та розподілу ролей між їхніми членами;
- побудови ефективного маршруту пацієнта;
- використання даних для моніторингу та ухвалення управлінських рішень;
- забезпечення дотримання клінічних протоколів і підходів до підвищення якості допомоги;
- пошуку рішень для подолання бар'єрів, які виникають під час надання послуг із психічного здоров'я.

Участь у заході взяли голова НСЗУ Наталія ГУСАК, керівник програм у сфері охорони здоров'я Бюро ВООЗ в Україні Дін КЕЙРНС, представники професійних асоціацій, партнерів ініціативи mhGAP, надавачі первинної медичної допомоги та інші стейкхолдери.

За матеріалами МОЗ України (moz.gov.ua)

ІРИНА МИКИЧАК: «ВАЖЛИВО, ЩОБИ НЕ ЛЮДИНА ШУКАЛА МАРШРУТ ДО СИСТЕМИ, А ЩОБ СИСТЕМА СТАЛА ПОРУЧ»



Ірина МИКИЧАК — державний управлінець та національна експертка у сфері охорони здоров'я України з понад 40-річним професійним досвідом роботи на регіональному та загальнодержавному рівнях. Має глибоку експертизу у формуванні державної політики у сфері охорони здоров'я, стратегічному управлінні, кризовому менеджменті, міжвідомчій та міжнародній координації, зокрема у період пандемії COVID-19 та повномасштабної збройної агресії росії проти України, а також розвитку системи охорони психічного здоров'я.

Впродовж 2020-2023 років працювала заступницею міністра охорони здоров'я України. Відповідала за медичну освіту та кадрову політику, організацію медичної допомоги, взаємодію з регіонами, а під час повномасштабної війни активно працювала над питаннями стійкості медичної системи, розвитком міжнародної медичної евакуації, реабілітації та психічного здоров'я.

У 2023–2025 роках була радницею Прем'єр-міністра України, секретарем Міжвідомчої координаційної ради КМУ з питань охорони психічного здоров'я та надання психологічної допомоги особам, які постраждали внаслідок збройної агресії Російської Федерації проти України. Займалася створенням Координаційного центру з психічного здоров'я Кабінету Міністрів України. Брала активну участь у реалізації ініціативи першої леді Олени ЗЕЛЕНСЬКОЇ — Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?».

Нині Ірина МИКИЧАК — радниця міністра охорони здоров'я України, координаторка проєктів з психічного здоров'я у медичній сфері, консультантка спільних проєктів МОЗ України і Світового Банку (з 2025). Також займається питаннями міжнародного партнерства у сфері екстреної медичної допомоги, медичної освіти та професійної стійкості медичних працівників.

Відзначена державними нагородами — почесним званням «Заслужений лікар України» (2007), Орденом Княгині Ольги III ст. (2026), а також відзнаками Кабінету міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства оборони України та Державної прикордонної служби України.

Війна зробила психічне здоров'я одним із ключових викликів для українського суспільства. Масштабну трансформацію системи психіатричної та психосоціальної допомоги Україна розпочала ще до повномасштабного вторгнення, а під час великої війни не лише продовжила її, а й суттєво прискорила. Йдеться про перехід від переважно стаціонарної моделі до допомоги у громаді, від лікування важких станів до раннього виявлення розладів, від ізольованої психіатрії до залучення сімейних лікарів, психологів, соціальних працівників і мультидисциплінарних команд.

Про те, як змінюється ця система, чому сімейний лікар стає однією з ключових фігур у ранньому виявленні психічних розладів, чого бракує новим Центрам ментального (психічного) здоров'я та чому кількість фахівців ще не означає якість допомоги, говоримо із радницею міністра охорони здоров'я Іриною МИКИЧАК. Це ґрунтовна розмова про зміни, важливі не лише для збереження життєстійкості українців, а й для майбутнього системи психічного здоров'я в Україні.

— Пані Ірино, які головні пріоритети держави у сфері психічного здоров'я на найближчі роки?

— Головний пріоритет — і не лише на найближчі роки — забезпечити доступ кожній людині до якісної допомоги у сфері психічного здоров'я, коли є потреба, коли є та чи інша симптоматика. І саме тоді, коли ця допомога потрібна, максимально наближено до місця, де людина перебуває. І, звісно, щоб це було доступно фінансово.

Важливо, щоби допомога у сфері психічного здоров'я була невід'ємною частиною медичної, соціальної та освітньої систем, а не існувала окремо — для певних цільових категорій чи лише для тих, хто вже перебуває у кризі. Прагнемо, щоби піклування про власне психічне здоров'я стало невід'ємною частиною щоденного життя.

Якщо вести мову про систему охорони здоров'я, то тут є кілька ключових речей. Вже від рівня сімейного лікаря має бути якісний і компетентний компонент допомоги у сфері психічного здоров'я. Розбудовуємо також мережу центрів ментального (психічного) здоров'я, які стали б невід'ємною і органічною складовою амбулаторних підрозділів закладів охорони здоров'я, працювали за доказовими практиками і були б доступними разом із мобільними командами. І, звичайно, це розвиток спеціалізованої допомоги, яка має ґрунтуватися на протоколах, доказових практиках і, найголовніше, на засадах гідності та пріоритету прав людини.

> ***І, власне, зі стійкості однієї людини формується стійкість цілої держави.***
>
> ***Я би навіть сказала, що питання не стільки у кількості кадрів, а фактично у їхній якості***

— Які ключові зміни вже вдалося реалізувати в межах Всеукраїнської програми ментального здоров'я? Наскільки складно було починати цю роботу на національному рівні?

— Коли розпочалася робота над Всеукраїнською програмою ментального здоров'я, нагадаю, це була ініціатива першої леді Олени ЗЕЛЕНСЬКОЇ, ми практично стартували з нуля. Ініціативу взяло в активну розробку Міністерство охорони здоров'я — оскільки так склалося в Україні, що традиційно в державі саме медики займалися питаннями психічного здоров'я, а точніше у лікуванні хвороб психічної сфери.

Мета полягала в тому, щоб у сприйнятті людей психічне здоров'я не було тотожним психіатричній допомозі. Власне, тому використали при створенні програми поняття «ментальне здоров'я» як синонім психічного здоров'я, щоб зменшити рівень стигми, бар'єри, які є у дуже багатьох людей. Навіть у середовищі фахівців, психіатрів, психотерапевтів, ця термінологія сприймалася і дотепер сприймається неоднозначно: чому «ментальне», чому не «психічне» здоров'я? Хоча це рівнозначні слова і вони не конкурують між собою.

Нам треба було змінити саму логіку розмови про психічне здоров'я. Зазвичай ця тема асоціювалася переважно з психіатричними лікарнями або важкими станами. Сьогодні в Україні ми ведемо мову про ментальне здоров'я як про частину щоденного життя — про стійкість людини, родини, громади. І, власне, зі стійкості однієї людини формується стійкість цілої держави.

Ініціатива була спрямована на те, щоб побудувати екосистему якісної психосоціальної допомоги і культури піклування про психічне здоров'я.

Стартувати було достатньо складно. Адже в Україні ми мали достатньо важкий спадок пострадянської психіатрії. Тривала пандемія COVID19, і ми в МОЗ отримували інформацію від клініцистів про вплив пандемії COVID 19 на психічну сферу людей, а відтак активно включилися у пан'європейські ініціативи ВООЗ зі збереження психічного здоров'я.

Ще перед повномасштабною війною ми проводили заходи з командою Першої леді Олени ЗЕЛЕНСЬКОЇ. Я пригадую, буквально напередодні 24 лютого 2022 року ми збиралися на діалог із молоддю про психічне здоров'я. Уже тоді усвідомлювали, що у цій сфері є низка проблем. Повномасштабна російська воєнна агресія внесла суттєві корективи.

Практично з перших місяців повномасштабної війни почалася робота над розбудовою екосистеми збереження психічного здоров'я населення за лідерства першої леді Олени ЗЕЛЕНСЬКОЇ. Спочатку був створений проєктний офіс у Міністерстві охорони здоров'я. Дуже швидко ми зрозуміли, що треба виходити за межі МОЗ, адже психічне здоров'я — це не тільки про діагнози і лікування, а відтак наше міністерство не може домінувати над іншими міністерствами чи напрямами.

Відтак 7 травня 2022 за поданням МОЗ України Кабінет Міністрів України утворив Міжвідомчу координаційну раду з питань охорони психічного здоров'я та надання психологічної допомоги особам, які постраждали внаслідок збройної агресії Російської Федерації проти України

А 30 березня 2023 року Кабінетом Міністрів України був створений консультативно-дорадчий орган Координаційний центр з психічного здоров'я. Тоді, власне, і розпочалася системна робота для розбудови і розвитку екосистеми Всеукраїнської програми ментального здоров'я Ти як? — ініціативи Олени ЗЕЛЕНСЬКОЇ. Ми взялися за амбітне завдання зробити психічне здо-

ров'я складовою галузевої політики кожного міністерства, долати в суспільстві стигму і упередження, заохочувати українців плекати своє психічне здоров'я і культуру спілкування, допомогти кожній людині знайти свій шлях до неформальної підтримки і професійної допомоги.

Саме у цей час я завершила роботу на посаді заступниці міністра охорони здоров'я України, аби зосередитися на розбудові нової сучасної системи психічного здоров'я в Україні, де пріоритетом є права людини і потреби людини.

Хочу зосередити свою розповідь власне на секторі охорони здоров'я. Розпочинати цю роботу було дуже складно, бо уся медична сфера одночасно мала відповідати на надзвичайні, драматичні виклики. Треба було забезпечити стійкість системи, щоб не закривалися лікарні, допомагати пораненим, проводити медичну евакуацію хворих і поранених за кордон, реагувати на руйнування лікарняної інфраструктури, кадрові проблеми: частина медиків пішла на війну, частина загинула, деякі виїхали за межі України.

І саме виклики війни показали, що робота у сфері психічного здоров'я не може чекати на «після перемоги». Власне ми усі разом вчимося і робимо, що маємо робити вже і зараз. Бо ніхто не прийде і не допоможе якщо ми самі гуртом не будемо змінювати світ навколо.

> ***Саме виклики війни показали, що робота у сфері психічного здоров'я не може чекати на «після перемоги»***

— Як війна трансформувала підхід до організації психологічної та психіатричної допомоги?

— Війна дуже чітко показала величезну кількість проблем, оголила їх. Але коли перед нами постають виклики, то в кризі — а війна це криза криз — ми отримуємо надзвичайну енергетику і можливості долати ці виклики, робити те, про що за мирних умов, можливо, навіть не задумалися б. І тут важливо не втратити ці можливості, а перетворити їх на конкретні рішення для людей.

Війна показала, що допомога має бути ближчою до людей. У сфері психічного здоров'я особливо відчутно, що людина, яка має відповідні розлади, повинна отримати допомогу вже і зараз від компетентного фахівця. Бо якщо така людина не зустріне потрібного фахівця на своєму шляху, її стан може перейти у набагато складнішу кризу.

І дуже важливо, щоб не людина шукала маршрут до системи, а щоб система стала поруч. Це, певно, найбільша наша проблема і найбільший виклик.

До війни разом з нашими головними партнерами Бюро ВООЗ в Україні ми почали над цим працювати над тим, аби сімейні лікарі стали безпосередніми учасники первинної допомоги людям з розладами психічного здоров'я — це впровадження флагманської **Програма ВООЗ з подолання прогалин у сфері психічного здоров'я mhGAP (Mental Health Gap Action Programme)**.

Але тоді ми ще не у всій повноті усвідомлювали, наскільки важливою стане роль сімейних лікарів у допомозі у сфері психічного здоров'я і наскільки це стане важливим для держави і суспільства.

Війна дала поштовх і можливість перейти від переважно стаціонарної моделі психіатричної допомоги до інтегрованої. Для України це дуже складно, бо ми довго залишалися в межах пострадянської системи психіатричної допомоги. Подекуди залишалися навіть ознаки каральної психіатрії, характерної для СРСР. Змінити модель, за якої 90 відсотків людей отримували допомогу саме у психіатричних лікарнях, було надзвичайно складно. І насправді ще дотепер не все так, як би мало бути. Був дуже великий спротив об'єднанню чи реорганізаціям психіатричних лікарень, встановленню єдиної планки розвитку, правил і вимог, насамперед щодо прав пацієнта. Але війна стала потужним каталізатором цих змін. І фактично величезну і надскладну медико-соціальну трансформацію всієї системи психічного здоров'я ми проводимо під час війни в умовах дефіциту кадрів і адекватного до потреби фінансового ресурсу.

Ми взяли за основу рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я і почали розбудовувати інтегровану модель допомоги у сфері психічного здоров'я. Це первинна медична допомога, центри психічного здоров'я у медичних закладах, мобільні мультидисциплінарні команди, маршрутизація до спеціалізованої допомоги та трансформація закритих інституцій, якими були психіатричні лікарні, у відкриті заклади, а також відкриття психіатричних відділень у багатопрофільних лікарнях. Вкрай важливим також є рішення МОЗ щодо переведення усіх відділень дитячої психіатрії до багатопрофільних дитячих лікарень. Це дає можливість надавати допомогу дітям з розладами психічного здоров'я у найбільш комфортних умовах мультидисциплінарною командою фахівців медицини дитинства.

Отож, сьогодні ми вже ведемо мову тільки про лікування розладів, як у дітей так і у дорослих. Найважливіше, що сьогодні йдеться про раннє

> ***90% людей у старій моделі отримували допомогу саме у психіатричних лікарнях. Це одна з найвиразніших цифр, яка показує масштаб переходу від інституційної моделі до допомоги у громаді.***



виявлення, підтримку людини, яка має розлади психічного здоров'я, не просто пацієнта, а саме людини, про профілактику ускладнень, роботу з родиною. І суперважливий акцент — це відновлення, повернення людини до її працездатності та функціонування. А цього раніше українська пострадянська медицина не знала.

— Ви говорите про раннє виявлення. Як сьогодні система може вчасно побачити ПТСР, депресію, тривожні та інші розлади? Хто таким фахівцем є у системі охорони здоров'я?

— Варто зазначити, що у сфері психічного здоров'я ми орієнтуємося на так звану «піраміду ВООЗ». В основі цієї піраміди є самодопомога та неформальна допомога.

Звісно, що рівень самодопомоги потребує навчити кожного з нас володіти простими методиками, абеткою самодопомоги як зарадити собі у кризовій ситуації. Усі ці матеріали є у доступі, зокрема на сайті програми Ти Як? https://howareu.com/.

85%+ українців обрали сімейного лікаря і мають декларацію. Саме тому первинка стає одним із головних рівнів раннього виявлення розладів психічного здоров'я

Що стосується неформальних послуг у сфері нашого психічного здоров'я, то це фактично **допомога, яку надають** члени родини, друзі, сусіди, волонтери, представники громадських організацій, освітяни, соціальні працівники, релігійні діячі та інші люди, які мають контакт із людиною. На рівні громади людину можуть підхопити фахівці з неспеціалізованою освітою, які знають основні ознаки проблеми. Це може бути школа, бібліотека, церковна громада, музей, спортивна спільнота, ветеранський клуб, ветеранський простір та багато інших осередків, де люди збираються, гуртуються, діляться своїми наболілими моментами. В ідеалі цю людину має підхопити психолог, попрацювати з нею і, коли бачить ознаки тих чи інших розладів за клінічної потреби передати далі до фахівця.

Такими фахівцем, який має знання з раннього виявлення та відповідні інструменти, поступово стають сімейні лікарі. Адже це найбільша мережа фахівців у медицині. Окрім того, сімейні лікарі сьогодні є тими фахівцями у галузі охорони здоров'я, яким люди найбільше довіряють. Понад 85% громадян України обрали свого сімейного лікаря і мають декларацію. Отже, сімейний лікар може використовувати знання, які отримує під



час спеціального навчання у сфері психічного здоров'я.

Ключовим інструментом, який має допомогти системі побачити проблему раніше, ніж вона переросте у розлад, власне і стало масштабування навчання працівників первинної ланки медичної допомоги за флагманською програмою ВООЗ mhGAP.

Важливо не чекати, поки людина потрапить у важкий стан, а виявляти симптоми вже на рівні первинної медичної допомоги.

Коли людина приходить до сімейного лікаря і каже: «Я поїдаю все, що мені на очі потрапляє», «я дратуюся», «починаю неадекватно реагувати на якісь дрібні побутові проблеми чи конфлікти в сім'ї», «у мене нестабільний настрій», «підвищується тиск», «болить шлунок», «я нікого не хочу бачити, ні з ким спілкуватися», сімейний лікар, який уже має відповідну базу знань, починає розуміти, що це може бути певна симптоматика. Саме програма mhGAP допомагає сімейним лікарям, терапевтам, педіатрам виявляти і вести поширені психічні розлади, зокрема депресію, тривожні стани, реакції на стрес, посттравматичний стресовий розлад.

— Наскільки самі медики готові до такої нової ролі?

— В університетах нас не вчили основ психічного здоров'я у форматі, якого сьогодні потребує система. І не вчили не тільки моє покоління, але й покоління, яке завершувало медичний університет п'ять чи навіть два роки тому. Тому ще у 2021 році Бюро ВООЗ України спільно з українсько-швейцарським проєктом «Психічне здоров'я для України» та низкою інших партнерів записали для МОЗ онлайн-програму mhGAP, розмістили її на платформі Академії Національної служби здоров'я України. Є два рівні онлайн-навчання і є базовий очний курс. Практично всі сімейні лікарі, величезне число медичних сестер вже пройшли онлайн-навчання. Цей курс загалом є дуже популярним. Його від 2022 року вже пройшло понад 150 тисяч осіб. Окрім фахівців сімейної медицини програма mhGAP знайшла свою вдячну аудиторію серед медиків інших спеціальностей, соціальних працівників, освітян, а також бойових медиків.

Нам також дуже важливо щоби сімейний лікар, його медична сестра, уся команда амбулаторії чи центру сімейної медицини пройшли навчання наживо. Бо онлайн не дає того практичного навику і ефекту безпосередньої участі, який здобуваєш під час безпосереднього навчання.

Офлайн-навчання пройшли близько 20% фахівців сімейної медицини. Це ще мало. Тому одне із завдань, які ми ставимо перед собою, максимально охопити сімейну медицину таким навчанням. І саме тому, МОЗ за підтримки ВООЗ та інших міжнародних партнерів здійснили інтеграцію програми mhGAP у навчальні програми медичних університетів України.

З 2025 року проходження навчання за програмою mhGAP стало вимогою пакета первинної медичної допомоги. Зараз ми також працюємо над тим, щоб збільшити фінансування, щоб сімейний лікар був ще більше мотивований працювати з людиною, яка має розлади психічного здоров'я, адже це вже невід'ємна складова його роботи.

Варто зазначити, що з 2026 року ми запустили онлайн-курс на базі програми mhGAP для медичних працівників екстреної медичної допомоги, а також лікарів кардіологів і неврологів.

Наступний крок — супервізія. Вона багато дає для професійного зростання і допомагає запобігати професійному вигоранню. І буквально кілька днів тому за ініціативи МОЗ України Урядом прийнято Положення про супервізію. Нещодавно МОЗ разом з ВООЗ в Україні розпочали пілотний проєкт із запровадження супервізії для сімейних лікарів, які опанували mhGAP.

Зараз у рамках спільного проєкту МОЗ і Світового Банку HEAL ми завершуємо введення в експлуатацію просторів психологічного відновлення у 60 закладах сімейної медицини по всій Україні. І у цих закладах ми також першочергово будемо впроваджувати супервізію для медичних працівників.

— Які сьогодні найбільші бар'єри в доступі українців до якісної допомоги у сфері ментального здоров'я?

— Один із найбільших бар'єрів — це стигма. І стосується цей бар'єр як пересічних людей, так і медичних працівників. Дуже багато людей думали і думають: «Я сам собі дам раду», «мені не треба допомоги», «це буде слабкість, якщо я звернуся». Або: «Тим, хто на війні, набагато важче, а я тут зі своїми проблемами». І є друга сторона стигми: «А що люди скажуть/подумають?»

Це дуже серйозно, особливо в невеликих населених пунктах, де люди добре знають одне одного. Це стосується не лише цивільних, а й військових та ветеранів, які повертаються. Їм може бути потрібна допомога не тому, що вони «хворі люди», а тому, що потрібно підтримати і відновити їхній ресурс або навіть посилити, трансформувати той капітал, який вони отримали, перебуваючи на війні, ту силу, яку вони отримали. І, звісно, люди старшого віку — це ще одна цільова група, яка має дуже багато упереджень щодо допомоги у сфері психічного здоров'я.

Другий бар'єр чи точніше важлива потреба — це, звісно, кадри. І я би навіть сказала, що питання не стільки у кількості кадрів, а фактично у їхній якості. Потреба у фаховій психологічній, психотерапевтичній та спеціалізованій психіатричній допомозі суттєво зросла. Цю потребу, варто відзначити, суттєво проявила Всеукраїнська програма ментального здоров'я, яка мотивує до того щоби піклування про психічне здоров'я стало сучасною і природною частиною життя — такою, про яку дбають не тому, що є проблема, а тому, що це важливо для якості життя.

Класичні університети випускають багато психологів, але не всі йдуть у професію, багато її залишають, зокрема через невисоку заробітну плату. Частина йде у приватний сектор, інша частина в неурядові організації.

В охороні здоров'я стосовно якісних кадрів є також проблема нерівномірного доступу. Одна ситуація у великих містах, де завжди було більше лікарень психіатричного профілю і фахівців, зовсім інша у малих громадах, прифронтових територіях або сільській місцевості, де доступ значно складніший.

— Чи розширюватиметься мережа служб, які працюють із травмою війни?

— Йдеться не лише про збільшення кількості психологів чи психіатрів. Ми будуємо цілу мережу допомоги. На першому рівні це сімейні лікарі, педіатри, терапевти. На наступному — амбулаторна послуга, яку ми фактично будуємо з нуля. Історично стаціонарна психіатрична допомога фінансувалася набагато краще за амбулаторну. Але людям потрібна саме амбулаторна допомога. Це відповідає міжнародним рекомендаціям: деінституціалізація і наближення послуги до людини.

Саме такими осередками стали Центри психічного здоров'я з мобільними мультидисциплінарними командами. До команди входять психіатри, психологи, психотерапевти, медичні сестри та інші фахівці. Центр працює як відділення багатопрофільного закладу охорони здоров'я, так само як хірургія чи терапія. Це дуже важливо, бо команда може долучатися до консультування пацієнтів у будь-якому відділенні. Людина після інсульту, інфаркту, а особливо люди з пораненнями, які проходять реабілітацію, особливо потребують психосоціальної підтримки, а іноді і спеціалізованої психіатричної допомоги.

Водночас людина може приходити до центру амбулаторно у своїй громаді, не лягаючи до лікарні, отримувати індивідуальну допомогу, брати участь у групових заняттях, сеансах психотерапії. А мобільна команда може приїхати до людини за місцем її перебування. Причому можливість отримати допомогу «за місцем перебування» важлива також із погляду подолання стигми. Якщо команда приїжджає у маленьке село, сусіди можуть «щось подумати». Тому людина може зустрітися з командою у Центрі життєстійкості, на території церковної громади, у бібліотеці, в парку чи скверику. Команда може працювати з людиною в будь-якому комфортному їй місці, а потім супроводжувати її.

Понад 150 тисяч людей від 2022 року пройшли онлайн-курс mhGAP. Серед них не лише сімейні лікарі та медсестри, а й медики інших спеціальностей, соціальні працівники, освітяни та бойові медики. З 2025 року навчання за mhGAP стало вимогою пакета первинної медичної допомоги. З 2026 року запущено окремий онлайн-курс для працівників екстреної медичної допомоги, кардіологів і неврологів.



Фото: МОЗ України

І надзвичайно важливо, що ця допомога безоплатна. З 2025 року фінансування Центрів ментального здоров'я з мобільними командами включено в окремий пакет Програми медичних гарантій.

— Центрів ментального здоров'я стає дедалі більше. Але чи означає кількість, що система вже запрацювала?

— На сьогодні вже працює 195 Центрів психічного здоров'я, які мають договір з НСЗУ на відповідний пакет послуг. Ще є певна кількість Центрів, які не отримали договір з НСЗУ з різних об'єктивних і суб'єктивних причин. Наприкінці 2025 року було 162. Ми ставили за мету створити не менше 200. Але питання не в рейтингу — хто відкрив більше, а хто менше. Основна проблема в тому, щоб центр не просто повісив вивіску і табличку «Центр психічного здоров'я».

У боротьбі за пакети, на превеликий жаль, центри іноді відкривають, але вони не мають належної якості роботи. Є також проблема недостатньої впізнаваності цих сервісів. Люди до кінця не розуміють, як вони працюють. Дуже часто немає хорошого контакту між сімейним лікарем і Центром психічного здоров'я: вони не передають людину один одному, працюють ізольовано. Але треба враховувати, що це перший рік роботи.

Модель фінансування також сьогодні фактично випробовується. Є певні проблеми у питанні взаємодії з ЕСОЗ. Існуючий пакет №72, на жаль, не покриває тих обсягів роботи і потреб, які є в Центрах психічного здоров'я. Бо робота психіатра відрізняється від роботи терапевта. Кожна робота важлива, але вписувати психіатра чи психотерапевта у 15 хвилин роботи з людиною, яка має розлад психічного здоров'я, це ні про що. Тому разом із НСЗУ ми шукаємо алгоритм, як профінансувати роботу Центру психічного здоров'я так, щоб і фахівці були мотивовані, і допомога надавалася в повному обсязі. Треба також враховувати величезне професійне вигорання цих фахівців. Це специфіка, яка в Україні ще недостатньо відпрацьована. І це наше «домашнє завдання».

> ***Міжнародні проєкти приходять і йдуть, а нам треба, щоб змінилася система***

— Як і чи може держава контролювати якість роботи психологів і психотерапевтів, зокрема тих, хто працює поза державною системою?

— Контроль роботи, якість підготовки та сертифікація фахівців у сфері психічного здоров'я з немедичною освітою — це справді проблема.

У січні 2025 року Верховна Рада прийняла Закон «Про систему охорони психічного здоров'я», який регулює питання роботи фахівців у сфері

психічного здоров'я і самої системи. Вже ухвалюються підзаконні акти, які стосуються сертифікації, реєстру та інших питань. Також триває робота над створенням Національної комісії з питань психічного здоров'я відповідно до прийнятого Урядом рішення.

— Чи змінюється підготовка майбутніх лікарів і фахівців, які працюватимуть із наслідками війни?

— Якщо говорити про систему охорони здоров'я, то йдеться про відкриття навчальних програм, включення mhGAP у навчальні програми медичних університетів. Для нас принципово важливо змінювати саму систему підготовки. Бо міжнародні проєкти приходять і йдуть, а нам треба, щоб змінилася система. У класичних університетах також розвиваються різні напрямки. Крім того, це служби психологічної підтримки працівників і студентів, молодіжні клуби, простори.

Важливим завданням і проблемою є розширення доступу фахівців до навчання доказовим методам психотерапії. Це навчання дотепер залишається малодоступним. Серед ключових проблем — висока вартість і тривалість навчання, нерівномірна доступність якісних програм, відмінності у змісті та стандартах підготовки, недостатня практична складова, обмежений доступ до супервізії та дефіцит кваліфікованих тренерів і супервізорів. Це ускладнює масштабування доказових психотерапевтичних втручань та забезпечення їх належної якості в системі охорони здоров'я.

Відповідно ми працюємо з медичними університетами та з нашими міжнародними партнерами для значного розширення можливостей у навчання психологів, психотерпевтів, психіатрів.

— Наскільки ефективною сьогодні є взаємодія МОЗ з іншими міністерствами? Чи може взагалі система ментального здоров'я працювати в межах одного відомства?

— Перед початком предметної роботи у межах Всеукраїнської програми ментального здоров'я був проведений аудит потреб і ресурсів системи загалом. Аналізували, як працює кожне міністерство, які ресурси і запити має. На основі цього розбудовувалися пріоритетні проєкти. Звісно, психічне здоров'я — це не лише питання, проблема чи відповідальність Міністерства охорони здоров'я. Неможливо розвивати цей напрямок силами одного міністерства. Екосистема і взаємодія мають бути міжвідомчими, міжсекторальними, міжрівневими: від громади до центральних органів влади і від центральних органів влади до громади.

Наприклад, якщо це Міністерство оборони, це не означає, що йдеться тільки про зброю і тих, хто воює. Це означає і людей, їхній ресурс, стійкість, психологічну стійкість, психічне благополуччя. Це стосується Міністерства у справах ветеранів, Міністерства соціальної політики, Міністерства освіти і науки, Міністерства внутрішніх справ, Міністерства економіки, Міністерства молоді та спорту. Навіть Міністерство культури: здавалося б, яке воно має відношення до психічного здоров'я? Але кожен музей, кожен театр може бути дуже серйозною складовою неформальної роботи з психічним здоров'ям.

На старті роботи Координаційного центру досягнули того, що в кожному міністерстві був визначений заступник міністра, який у сфері своєї відповідальності має напрям психічного здоров'я. І в кожній обласній адміністрації визначили заступника голови ОВА, який також відповідає за цей напрям. Ця співпраця надзвичайно важлива. МОЗ це медицина, лікування та спеціалізована допомога. Але військові, ветерани, діти, освітяни, внутрішньо переміщені особи це величезний міжвідомчий простір.

Далі є неурядовий сектор. Це залучення фінансового ресурсу для створення центрів психічного здоров'я, навчання, грантові програми, підтримка «гарячих ліній». Міжнародні організації – це донорські кошти на розвиток системи, протоколи, міжнародний досвід, який ми впроваджуємо, і вже досвід, яким можемо ділитися самі. Це також підготовка наших фахівців.

Уся ця масштабна система може працювати лише як екосистема.

— Що сьогодні є найважливішим у трансформації системи психічного здоров'я?

— Для мене принципово важливо, що ми перестаємо говорити лише про лікування розладу. Ми говоримо про раннє виявлення, підтримку людини, профілактику ускладнень, роботу з родиною. І суперважливий акцент — це відновлення, повернення людини до функціонування, повернення її працездатності, соціалізації. Це те, чим українська пострадянська медицина практично ніколи системно не займалася.

Уся логіка змін має бути побудована навколо людини. Допомога має бути максимально наближена до неї, доступна тоді, коли вона потрібна, і надаватися компетентним фахівцем. Бо найважливіше, повторюся, щоб не людина шукала маршрут до системи, а щоб система стала поруч.

Без сумніву, внесок медичної галузі у збереження психічного здоров'я українців є надзвичайно важливим і відчутним. У сфері охорони здоров'я сталі працюючі інституції, випрацювана нормативна база, важлива залученість органів місцевої влади, керівників закладів, так і усвідомлене лідерство особисто міністра і команди МОЗ у партнерстві з міжнародними інституціями. І найголовніший наш скарб — це фахівці — лікарі та медичні працівники, які щодня надають професійну медичну допомогу та забезпечують якісну психосоціальні підтримку, а за потреби спеціалізоване лікування. І це звісно, надзвичайно важливий внесок медиків у наближення перемоги і відновлення України.

ГОВОРИТИ ПРОТИ СТИГМИ: ХТО ТАКІ АМБАСАДОРИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Психічний розлад — це не лише симптоми, лікування чи потреба у професійній допомозі. Часто людина стикається з упередженням суспільства. Страх осуду змушує приховувати свій стан, відкладати звернення до фахівця, мовчати про діагноз навіть із найближчими.

Змінити це ставлення намагаються амбасадори психічного здоров'я — люди з власним досвідом психічних розладів або досвідом підтримки близьких, які готові відкрито говорити про нього.

Програму амбасадорів розвиває українсько-швейцарський проєкт «Психічне здоров'я для України» — Mental Health for Ukraine (MH4U), який працює в Україні з 2018 року. Нині триває його друга фаза, розрахована на 2024–2028 роки. Проєкт підтримує розвиток послуг психічного здоров'я у громадах, навчає фахівців, працює з медичною, соціальною та освітньою сферами, громадськими організаціями та людьми з власним досвідом психічних розладів.

Не психолог і не лікар

Амбасадор психічного здоров'я — це не професія і не медична спеціальність. Учасниками програми стають люди, які самі живуть із психічними розладами, а також ті, чиї близькі мають такий досвід. Вони можуть розповідати про власний шлях від діагнозу до лікування, досвід стигматизації, повернення, відновлення та життя з розладом.

Водночас участь у програмі не дає права встановлювати діагнози, проводити психотерапію, призначати медикаменти чи рекомендувати іншим власну схему лікування. Саме тому амбасадори мають просвітницьку, адвокаційну та підтримувальну функції. Це люди, які не мають відповідної освіти, але мають власний життєвий досвід.

Бо людина може прочитати десятки матеріалів про депресію, біполярний чи психотичний розлад. Але особиста історія того, хто живе з таким діагнозом, працює, навчається, будує стосунки, проходить лікування і долає кризові періоди, руйнує стереотипи значно важливіше та дієвіше.

Власний досвід стає голосом

Амбасадори MH4U беруть участь у публічних дискусіях та інформаційних кампаніях, виступають у медіа, створюють просвітницькі матеріали про психічні розлади та допомагають пояснювати, коли і де варто шукати професійну допомогу.

Окремим напрямом стали групи підтримки за принципом «рівний — рівному». У 2026 році мережа таких груп продовжила розширюватися, зокрема з'явилися нові очні групи у Києві та Сумах.

Їхня особливість у тому, що люди зі схожим досвідом отримують простір, де не потрібно пояснювати очевидні для них речі чи боятися осуду. Водночас треба наголосити, така група не є психотерапією і не замінює професійного лікування.

Амбасадори самі визначають рівень своєї публічності. Хтось готовий давати інтерв'ю і називати свій діагноз, інший долучається до груп взаємопідтримки чи просвітницьких заходів без широкого розголосу. Це принципова частина програми. Відкритість щодо психічного розладу не повинна перетворюватися на обов'язок. Людина має однакове право як розповідати про свій стан, так і залишати цю інформацію приватною.

Від особистої історії до громадського здоров'я

Роль людей із власним досвідом психічних розладів стає дедалі більш важливою та чутною у сучасній системі психічного здоров'я. Вони можуть показати фахівцям і тим, хто ухвалює рішення, як система виглядає з боку людини, яка живе у цій системі: що заважає звернутися за допомогою, де з'являється дискримінація та якої підтримки бракує.

Для України ця тема отримала і нове законодавче підґрунтя. 7 лютого 2026 року введений в дію Закон України «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні».

Серед принципів системи він визначає дестигматизацію, недопущення дискримінації, соціальну інклюзію, орієнтацію на потреби людини, міжсекторальну співпрацю та залучення громади. Це важлива зміна: боротьба зі стигмою стає не лише завданням громадських організацій та інформаційних кампаній, а частиною державної політики у сфері психічного здоров'я.

Реформу психічного здоров'я можна спробувати виміряти кількістю послуг, центрів та підготовлених фахівців. Значно складніше виміряти зміну суспільного ставлення. Коли людина не боїться звернутися до психіатра через можливий осуд, коли родина замість «візьми себе в руки» допомагає знайти фахівця, коли роботодавець бачить перед собою працівника, а не його діагноз.

Саме тому програма амбасадорів MH4U — не просто інформаційна кампанія. Це один із механізмів переходу до системи психічного здоров'я, у якій люди з власним досвідом перестають бути лише отримувачами державної, медичної чи психологічної допомоги. Їх чутно і вони самі можуть формувати цю систему.

За матеріалами https://www.mh4u.in.ua/

ДЕ ВЖЕ ПРАЦЮЮТЬ НОВІ МОДЕЛІ ДОПОМОГИ

Один із ключових напрямів проєкту MH4U — розвиток послуг безпосередньо у громадах, щоб людина могла отримати допомогу ближче до місця проживання, а не лише у спеціалізованій психіатричній лікарні.

Львів і Львівщина

«Точка опори», Львів. У червні 2026 року у Львові відкрили простір психічного здоров'я для ветеранів, військовослужбовців та членів їхніх родин. Тут можна отримати психологічну допомогу, долучитися до груп підтримки, сімейної терапії та психоосвітніх заходів.

Центр психічного здоров'я у 1-й міській поліклініці Львова. Центр працює на базі поліклініки на вул. Римлянина, 2. Тут надають безоплатні консультації психолога, психотерапевта, психіатра та логопеда. MH4U долучався до створення цього центру як одного з перших майданчиків нової моделі допомоги у громаді.

Простір психосоціальної реабілітації у Львівській обласній клінічній психіатричній лікарні. Його створили за підтримки MH4U як частину переходу від суто лікарняної моделі до реабілітації та повернення людини до життя у громаді.

Новояворівськ. Тут розвивається «Коло єдності» для ветеранів та їхніх родин. Зустрічі проходять, зокрема, у форматі «рівний — рівному»: ветерани говорять про власний досвід відновлення, підтримку та повернення до цивільного життя.

У **Львівській громаді** також діє проєкт «Мережа підтримки і турботи у громаді» для батьків, піклувальників та фахівців, які працюють із дітьми й молоддю з інвалідністю.

Рівне та Рівненщина

Простір психічного здоров'я «Поруч», Рівне. Відкритий у 2026 році простір передбачає комплексну допомогу мешканцям громади. Тут працюють фахівці психічного здоров'я, кризова кімната та мобільна бригада.

Центр психічного здоров'я у Костополі. Центр запрацював на базі КНП «Костопільська багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування». Тут допомагають людям із тривожними та депресивними станами, ПТСР, емоційним виснаженням та іншими психічними труднощами. Заклад працює за контрактом із НСЗУ, тому основні послуги є безоплатними.

Костопільська гімназія №8. У 2026 році відкрили окремий кабінет психолога для індивідуальних і групових консультацій учнів. До цього школа пілотувала підхід «Школа, чутлива до психічного здоров'я».

Центр психічного здоров'я у Гощі. Центр був створений за підтримки MH4U як одна з локальних служб психічного здоров'я на рівні громади.

Дитячі простори у Городищі та Шпанові. У селі Городище колишнє приміщення клубу перетворили на хаб для дітей, де проводять творчі майстерні, тренінги та зустрічі, а фахівці психічного здоров'я працюють із дітьми та батьками. Ще один дружній до дітей простір створили у Шпанові.

Окремо на Рівненщині MH4U проводить навчання для фахівців першої лінії, а в Березнівській громаді працювали інтервізійні групи для психологів, щоб створити постійне професійне середовище підтримки.

Чернівці та Буковина

Центр психічного здоров'я у Чернівцях. Працює на базі міської поліклініки №2, можна отримати допомогу психіатра, психотерапевта та психолога.

Чернівці стали одним із прикладів переходу від окремих сервісів до міської системи психічного здоров'я. У 2026 році Чернівецька міська територіальна громада затвердила Програму з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки на 2026–2028 роки. Вона об'єднує охорону здоров'я, освіту і соціальний захист та передбачає координацію допомоги на різних рівнях.

На Буковині паралельно проводять навчання mhGAP для сімейних лікарів, універсальні тренінги з психічного здоров'я для освітян, працює інтерактивний формат Mental Trek для дітей і підлітків. У 2026 році також стартував проєкт «Біля сім'ї».

Дніпро та Дніпропетровщина

Центр психічного здоров'я у Підгородньому. Це один із прикладів мультидисциплінарної моделі допомоги. У центрі працюють психологи, психіатри та соціальні працівники, а послуги вибудовуються навколо потреб конкретної людини.

Павлоград. У 2026 році тут продовжували створювати простір психосоціальної підтримки для молодих людей із психічними розладами.

Кам'янське та інші громади області. У Кам'янському проводять універсальні тренінги з психічного здоров'я для освітян. Представники шести громад Дніпропетровщини у 2026 році долучилися до мультидисциплінарної програми EU-PROMENS, де разом навчалися представники медицини, соціальної сфери, освіти та громадського сектору.

Київ та Київщина. Основні напрями партнерства: розвиток соціальних послуг, центрів психічного здоров'я, підтриманого проживання та допомоги людям, які постраждали від війни.

У Києві у 2026 році також посилили взаємодію між уже наявними сервісами: надавачі послуг Деснянського району вивчали роботу центрів психічного здоров'я, психологічної допомоги, реабілітації та життєстійкості Солом'янського району, щоб вибудовувати кращі маршрути між службами.

Фастів. «Оселя Родини». Окремий приклад — будинок підтриманого проживання для людей із психічними та інтелектуальними порушеннями. Його відкрили за підтримки MH4U, Міністерства соціальної політики та ГО «Родина». Модель дає можливість людям, які раніше жили з батьками або в інтернатних закладах, жити у звичайному будинку з необхідною підтримкою.

Запоріжжя. У Запоріжжі за підтримки MH4U та ГО «Освіта без умов» у 2026 році облаштували кімнату психологічного розвантаження для працівників ДСНС. Простір створений для рятувальників, які постійно працюють в умовах високого стресу та наслідків війни.

Водночас окремі програми реалізуються і в інших регіонах України. Ці приклади показують, що модель психічного здоров'я у громаді може мати дуже різний вигляд. Це не обов'язково окремий великий центр. Допомога може бути інтегрована у міську поліклініку, школу, ветеранський простір, мобільну бригаду, будинок підтриманого проживання чи групу взаємодопомоги. Спільний принцип один: людина має отримувати необхідну підтримку максимально близько до свого звичного середовища і не випадати через психічний розлад із життя громади.

ЗАБІГ НА ДОВГУ ДИСТАНЦІЮ БЕЗ ФІНІШНОЇ ПРЯМОЇ

Тетяна СУХОБОРОВА

психологиня-травматерапевтка, ветеранка ЗСУ



Понад 90 тисяч осіб станом на початок 2026 року вважаються зниклими безвісті за особливих обставин в Україні, більшість з них — військовослужбовці сектору безпеки і оборони. Частину цих людей визнають загиблими за збігом ДНК-експертизи, ще менша частина повернеться живими додому, а більшість — «зависне між небом і землею»...

У психології цей стан має назву «неоднозначна втрата» і вважається одним із найважчих випробувань для психіки людини, яка чекає на свого рідного. Я як психолог-травматерапевт працюю з такими людьми вже кілька років в індивідуальному та груповому форматі. І метою цієї статті буде хоча б трохи відкрити «завісу» і показати суспільству, що стоїть у сотні тисяч людей за статусом «родина зниклого безвісти»...

Я пам'ятаю свою першу клієнтку, дружину зниклого безвісти захисника, яка із затуманеним поглядом зайшла у мій кабінет, ніби мумія. Це страшно стати мумією із живим серцем, скажу я вам. Це заціпеніння тримається в них на грані розлому, ніби один необережний рух — і очікування може перетворитися на попіл, тому вони й «застигають» ... Це «зависання» перетворює життя родин на виснажливий марафон, забіг на довгу дистанцію без фінішної прямої, ніхто не знає скільки треба бігти, але кожен хоче добігти, що б не чекало на фініші.

Якось ця жінка, що зайшла у мій кабінет, і заходила знову і знову ще довго, сказала мені: «Мене болить, що нас запрошують на спільні заходи, майстер-класи, ретрити, з родинами загиблих або тих, хто чекає з полону, для нас, тих хто не знає чого чекати і не має за що зачепитися, коли вітер зносить, — ніби немає місця, люди часто уникають, або переходять на іншу сторону вулиці, бо не знають, як з нами бути» ... Тоді я вперше задалася ідеєю об'єднати цих жінок, це було більше двох років тому. З того часу, заручившись допомогою своєї колеги-психологині Марії ТАТАРИН, я почала шукати можливості проводити групи підтримки окремо для дружин і для матерів зниклих безвісти воїнів на постійній основі. Так почалася історія наших проєктів «Очі, що чекають» (для дружин) та «Світло надії» (для матерів). Програма триває три місяці — це саме той термін, за який, за умови правильної підтримки, психіка здатна перейти від режиму виживання до режиму поступової адаптації. Коли людина переживає тривалий стрес, її особистість часто «згортається» до однієї єдиної ролі — «тієї, що чекає» або «тієї, що шукає», ми за цей час спостерігаємо трансформацію в цих жінках, окрім дружини/матері зниклого безвісти, кожна починає згадувати і віднаходити себе, розширювати свою ідентичність і бачити ширше.

Виклики, з якими найчастіше живуть сім'ї зниклих безвісти:

«Його речі стоять не розібраними в коридорі вже роки, а я досі відчуваю від них його запах і присутність»...

Коли ми говоримо про зниклого безвісти — ми говоримо про втрату, і вже на цьому місці в багатьох виникає внутрішній спротив, — тоді ми легенько пояснюємо, що ми говоримо про втрату, яка не рівняється із загибеллю. Ми говоримо про втрату фізичної присутності людини, про втрату можливості розділяти з ним сьогодення, про втрату опори і підтримки в житті разом з його зникненням, але незважаючи на це наголошуємо — де б зараз не був ваш син чи чоловік — ваш внутрішній зв'язок з ним залишається, людина є фізично відсутньою, але психологічно присутньою у вашому житті, і цю нитку нікому не під силу обірвати.



«Я серцем відчуваю, що він живий, але розум уже виснажився шукати докази»

Постійних рух «внутрішнього човна» від берега надії до безнадії дуже виснажує психіку, це є джерелом безсилля — головної характеристики невизначеності, тому ми щоразу питаємо, в яку версію вони вірять станом на сьогодні, де зараз їхній «човник», бо знаємо, що він плаває туди-сюди постійно та інтенсивно. І треба «заземлити» людину «тут і тепер» хоча б на деякий час.

«Я переглядаю кожне фото полонених і загиблих, вдивляюся в кожне, зранку встаю з телефоном і з ним же і лягаю, раптом щось пропущу»

Постійний моніторинг телеграм-каналів, перегляд відео з полоненими та загиблими, спілкування з державними органами тримають родину в епіцентрі травми 24/7. Постійна ілюзія контролю є джерелом виснаження також. Намагаємося повертати відчуття контролю хоча б над тим, що я можу зробити сьогодні/зараз.

«Як я можу їсти бутерброд з червоною рибою і авокадо, якщо не знаю, що їсть він»

Сором продовжувати життя, ніби, якщо я знімку життя з паузи, почну святкувати дитині день народження, чи ми поїдемо на море — то я ніби зраджую і більше не чекаю. Нагадуємо, що життя має свій плин, навіть якщо ми намагаємося зупинити його течію.

«Я так боюся перестати вірити і надіятися, що втікаю постійно від цих думок»

«Отрута» надією. Через нестачу фактів та інформації існує великий ризик залишитися жити в ілюзії, певний час цей захист психіки може допомагати, але якщо це триває роками — це те, що починає шкодити. Надія може бути як джерелом підтримки, так і причиною додаткового болю, це як ліки — якщо їх передозувати, вони стануть отрутою. Тому важливо навчитися балансувати і повертати себе до фактів, навіть незначних, щоб виходити з ілюзій.

«Я не встигла відповісти на останній дзвінок», «Я відпустила», «Я недолюбила», «Я не запобігла»

Відчуття провини, яке говорить, що я не доробила чи не зробила щось, що могло, як здавалося б, запобігти тому, що сталося. Інколи провину легше проживати, ніж невизначеність, і вона виступає як тимчасовий захист психіки, але якщо її дуже багато і гострої — це те, що буде забирати сили на сьогодення. Важливо навчитися хоча б відділяти її від себе і пам'ятати, що почуватися винним — не означає ним бути.

«Я люблю і ненавиджу його одночасно, чому він мене залишив з цим всім»

Амбівалентність почуттів — коли людина одразу переживає змішані або протилежні почуття щодо певної ситуації чи об'єкта.

Наприклад: злість — на ситуацію, на себе, на людей. Смуток — про втрату зв'язку, життя «до», про спільні мрії. Провина — за те, що живу, рухаюсь далі. Страх — що правда може бути надто болючою, або що її ніколи не буде. Втома — від очікування, від невизначеності. Любов — як опора і як біль водночас. Сором за власні реакції, за слабкість за злість. Важливо розуміти, що це нор-



мальна реакція психіки на ненормальні події, так буде не завжди.

«Мене ніхто не розуміє, всім байдуже»

Відчуття образи і несправедливості, часто спричинене комунікацією з іншими людьми, вчителями в школі, сусідами, родичами, колегами і тд, часто тут люди змінюють все своє оточення, яке стає джерелом тригеру до болю, і знаходять нове — таких же жінок, принцип «рівний-рівному» є тим, що безумовно допомагає.

То як же нам, як суспільству, допомогти цим людям, хоча б додатково не зранюватися? Що варто і що не варто говорити і чим допомогти?

Як можна говорити:

Активно слухайте, якщо людина хоче говорити.

Я не знаю, що сказати і як тебе підтримати, але хочу бути поруч.

Хочу попити з тобою чаю.

Не можу уявити як тобі зараз, але я з тобою.

Що ти сьогодні робила/їла/о котрій встала?

Що не варто говорити сім'ям зниклих безвісти:

Не говоріть про людину в минулому часі!

Бідна, яке горе.

Я впевнений, він живий.

А от у моєї знайомої/я бачила по телевізору, що чоловік повернувся через ... роки...

Уже минуло багато часу – заспокойся.

Що каже командування?

Що нового?

Як він зник?

О, ти вже відійшла.

Не плач, будь сильною заради...

Не плач, він же не загинув.

Не втрачай надії.

Ти маєш вірити, і тоді він повернеться.

Все буде добре.

Конкретна допомога:

Я можу сьогодні забрати дітей (зі школи, садочка, відвести на гурток...)

Я можу зварити їсти або замовити доставку готової їжі.

Допомогти з роботою біля дому/городу/автомобіля.

Надати номери/контакти конкретних людей, які можуть бути корисними при оформленні документів/ фахівців ментального здоров'я/священників-духівників/лікарів.

Я пам'ятаю очі, що чекають, кожної жінки, кожну історію кохання і споріднення, кожну їхню кімнатку в душі, яку вони довірили мені показати.

Так, я не можу повернути їм рідних додому, але можу побути з ними там, де вони зараз є, не рятуючи, не тягнучи на собі, просто бути тією, кому не байдуже, тією хто витримує...

ВЗАЄМОДІЯ ЗІ ЗВІЛЬНЕНИМИ З ПОЛОНУ: ІНФОБОКС
Для рідних, побратимів та посестер, знайомих, колег, фахівців, представників медіа, державних службовців, менеджерів рівня громад і всіх, хто прагне будувати безпечну та гідну взаємодію

HEALTHY MIND: ЯК КРАЩЕ ЗРОЗУМІТИ СВІЙ ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН
Про українську health-tech платформу, яка не замінює роботу з фахівцем з ментального здоров'я, але допомагає оцінити свій стан

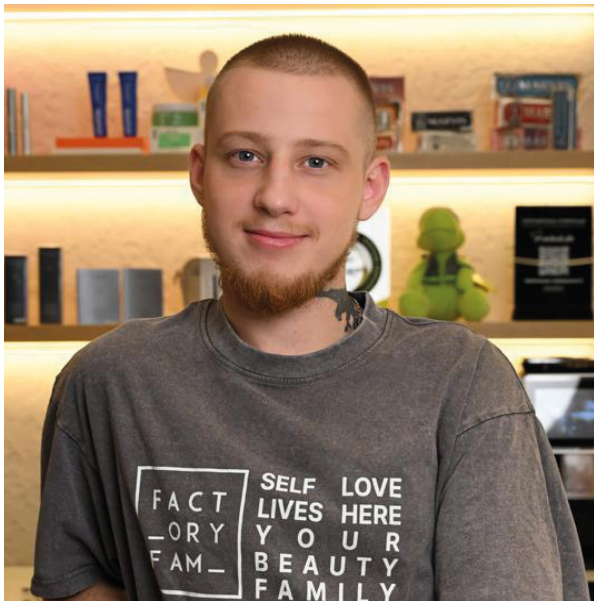
ЯК РОЗПОВІСТИ ДИТИНІ ПРО СМЕРТЬ БЛИЗЬКОЇ ЛЮДИНИ
Практичні рекомендації, як бути поруч, знайти чесні, прості й водночас турботливі слова

ПОСЛУГИ З ПІДТРИМКИ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ЖІНОК ЧИЇ БЛИЗЬКІ СЛУЖАТЬ – СТВОРЕНО ГАЙД ДЛЯ ЗАПРОВАДЖЕННЯ НОВИХ СЕРВІСІВ У ГРОМАДАХ

https://howareu.com/

Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?» — ініціатива першої леді Олени ЗЕЛЕНСЬКОЇ, спрямована на розбудову якісної системи надання послуг у сфері психосоціальної підтримки та розвиток культури піклування про ментальне здоров'я.

ТРИ РОКИ, ДВА МІСЯЦІ І ВІСІМ ДНІВ



Три роки, два місяці і вісім днів 28-річний Володимир УДОВИК провів у російському полоні. Там він пережив побиття, допити, приниження і постійне очікування смерті. За ґратами у нього народилася мрія, яка після звільнення стала новою професією. Сьогодні колишній стрілець-снайпер 53-ї окремої механізованої бригади працює майстром манікюру в Івано-Франківську. Робота з людьми допомагає йому повертатися до життя і поступово відпускати пережите.

Володимир УДОВИК народився у селі Рівне, нині Самарівського району Дніпропетровської області. Коли йому було чотири місяці, мати поїхала до Дніпра разом із сестрою. Хлопець залишився з батьком і бабусею. Батько зловживав алкоголем, тому його майже не було поруч.

Володимира виховували дві бабусі. Одна опікувалася ним змалку, інша після її смерті пообіцяла, що не залишить онука самого.

«Мені хотілося любові, але так вийшло, що я був поставлений напризволяще».

Бабусине господарство стало для нього першою школою самостійності. Корови, свині, город і щоденна фізична праця були звичною частиною дитинства.

«Я пацан із села. Не боюся ні бруду, ні важкої роботи».

У чотирнадцять років Володимир уже працював. Рано звик заробляти сам і не чекати, що хтось вирішить його проблеми.

Другий день великої війни

До повномасштабного вторгнення Володимир працював слюсарем на вагоноремонтному підприємстві, а після зміни розвозив замовлення служби доставки. Жив у Дніпрі.

24 лютого 2022 року він ще виконував звичайну роботу. Йому зателефонували та повідомили, що у військкоматі на нього чекає повістка. Формально Володимир не підлягав мобілізації, однак вирішив долучитися до війська.

«Це був другий день повномасштабної війни. Всі масово йшли. Нікого не потрібно було ловити чи шукати. Люди знали, що йдуть захищати свою країну».

Його направили до 53-ї окремої механізованої бригади на посаду стрільця-снайпера. Спеціальної снайперської підготовки він не мав. Як і багато добровольців перших днів війни, Володимир потрапив на фронт майже без бойового досвіду.

Спочатку були Красна Поляна та Єгорівка, згодом Волноваха.

«Коли ми вийшли з машини, перше моє враження: все горить, усе розбите, сіре. Ти відкриваєш тент машини і відразу опиняєшся в іншій реальності».

Волноваха швидко опинилася майже в повному оточенні. Українські військові допомагали евакуйовувати цивільних і виводили людей до місця, де мав працювати зелений коридор. Російські війська відкрили мінометний вогонь, коли на площі зібралися мирні жителі.

«Люди просто хотіли виїхати. Це були звичайні жителі міста. Але почався обстріл, і їх просто стирали з лиця землі».

Українські підрозділи отримали наказ прориватися з оточення. Частина військових мала прикривати відхід основних сил.

«Всі сидять мовчки. Я встав і пішов. За мною піднялися інші хлопці».

Семеро українських військових залишилися стримувати російський наступ. Боєприпасів майже не було.

«З семи чоловік, які виходили, залишилося вживих тільки двоє. І обидва потрапили в полон».

Полон

Ще під час боїв у Волновасі Володимир був поранений і контужений. Побратими пропону-



> ***Перший рік я жив надією. На третій рік жив уже мріями. Я будував у голові своє майбутнє життя. Мріяв, чим займатимуся, як хочу дарувати людям посмішку. Саме ці мрії не дали мені зламатися***

вали евакуацію до шпиталю, але він відмовився, бо не хотів залишати своїх.

Пізніше йому вдалося вирватися з рук окупантів. Разом із кількома військовими він деякий час переховувався в захопленому місті. Вулицями вже їздила російська техніка, а місцеві починали виносити майно з покинутих будинків.

Володимира видали місцеві.

«До мене підійшли, запитали, як пройти на одну з вулиць. Я відповів. Потім сказали: «Пішли, перевірка документів». Я вже зрозумів, що мене здали».

Під час затримання його змусили роздягнутися. На тілі побачили татуювання, серед яких український герб, згадки про службу в українській армії та напис «Кожному своє». Для російських військових цього вистачило, щоб назвати його «фашистом» і застосувати особливо жорстоке поводження.

«Вони сказали: якщо зараз усе не розкажеш, ось тут уже є яма з трупами твоїх побратимів, і ти підеш туди».

Його били, допитували, змушували стрибати на пораненій нозі, погрожували розстрілом і відмовляли у медичній допомозі. Коли рана почала гноїтися, український медик серед полонених переконав окупантів, що без операції Володимир може втратити ногу.

Далі були етапування: Волноваха, Донецьк, Оленівка, Таганрог, Севастополь, Воронеж і Борисоглєбськ. Останнє місце Володимир називає найстрашнішим.

Полонених зустрічали так званими «прийомками»: охоронці утворювали коридор і били кожного, хто проходив повз.

«Поки ти роздягаєшся, тебе просто б'ють. І ще кричать: «Роздягайся швидше». Як це зробити, коли тебе б'ють? Виявляється, можна».

Борисоглєбський ізолятор був старою будівлею із сирими, промерзлими стінами й цвіллю. Допити починалися майже одразу. Полоненим показували силові кабелі й погрожували катуванням струмом.

«Казали: зараз будемо підключати тебе. Зараз будемо вбивати. Зараз зуби вилітатимуть».

Згодом Володимир дізнався, що у цьому ізоляторі помирали українські військовополонені.

Від надії до мрій

Полон змінює людину поступово. Перший рік Володимир жив очікуванням обміну. Щодня сподівався, що саме сьогодні повернеться додому.

«Найважче було думати, що ти повернешся вже сьогодні. Кожен день живеш цією надією. А потім минає день, другий, місяць, і ти розумієш, що нічого не змінилося».

Перший рік він називає роком страху й ілюзій. Другий став боротьбою із самим собою. На третьому Володимир перестав жити лише очікуванням обміну й почав уявляти майбутнє.

«На третій рік я почав формувати своє нове життя. Воно існувало тільки в моїй голові. Я будував те, чого ще не бачив. Я мріяв, мріяв і ще раз мріяв».

Він думав про майбутню роботу, місце, де житиме, і людей, які будуть поруч.

«Було тяжко. Плакав. Жити не хотів. Але потім почав жити мріями. Почав думати, розвиватися. Задумався про манікюр».

У полоні Володимир вирішив, що після звільнення навчиться робити манікюр. Також планував вирощувати часник і створити власний бренд «Бабусин город», щоб працювати на землі, як колись його бабусі.

За ґратами він переосмислив і стосунки з батьком. Раніше не міг пробачити йому алкогольну залежність і відсутність підтримки.

«Я все життя був незадоволений батьком. Думав, що він мені нічого не дав. А потім зрозумів: він навчив мене бути самостійним. Дав мені впертість. Саме вона допомогла не зламатися».

Після повернення Володимир уперше сказав батькові, що любить його.

«Я вперше щиро сказав йому, що люблю його. І був щасливий, що встиг це зробити».

Почати життя спочатку

25 травня 2025 року Володимир повернувся в Україну.

Спочатку не вірив, що його справді везуть на обмін. Одного разу полонених уже вивозили з колонії, але замість свободи вони опинилися в іншому місці утримання.

«Коли нас забрали з камери, нас було п'ятдесят чоловік. Я був упевнений, що нас везуть на нову локацію. Уже налаштовував себе, що зараз знову буде «прийомка» і все почнеться спочатку».

Лише побачивши українські прапори й людей уздовж дороги, він зрозумів, що повернувся.

«Я всю дорогу плакав. Люди зустрічали нас із прапорами. Було приємно зрозуміти, що тебе чекали. Що ти вдома. Що для них ти не зрадник».

За словами Володимира, багато військовополонених бояться, що після повернення суспільство їх не зрозуміє або змусить виправдовуватися за те, що потрапили в полон і вижили.



«Деякі хлопці думають, що коли повернуться в Україну, їх вважатимуть зрадниками. Через це їм страшно знову заходити в суспільство. Вони бояться говорити про полон».

Після звільнення Володимир проходив реабілітацію на Прикарпатті. Одного дня піднявся на оглядовий майданчик Івано-Франківської ратуші, подивився на місто і вирішив залишитися.

«Я розумів, що в мене тут немає нікого і нічого. Але вирішив почати життя з чистого аркуша».

У Франківську він нікого не знав, не мав роботи, друзів чи родини. Проте саме тут здійснив мрію, яка виникла в полоні — став майстром манікюру.

«Я люблю працювати з людьми. Мені подобалося це ще до війни. Коли працював у доставці, любив приносити людям гарний настрій. Зараз це відчуття повернулося».

Починати було складно. Через хвилювання та пережиті тортури у нього тремтіли руки, а один манікюр міг тривати кілька годин.

«Спочатку було дуже тяжко. Я сидів по три-чотири години над одним манікюром. Бувало, приходив додому і казав собі: все, більше не буду цим займатися. Але зранку прокидався і знову йшов працювати».

У салоні Володимира навчили техніки, опікувалися на початку роботи та склали гнучкий графік, адже він продовжує лікування й регулярно проходить обстеження. Частина перших клієнток приходила не лише за манікюром, а й щоб підтримати ветерана. Згодом робота стала для нього одним зі способів відновлення.

Говорити, щоб відпускати

Після звільнення Володимир зрозумів: повернення додому не завершує пережите. Спогади залишаються у снах, звуках і повсякденних ситуаціях.

Деякі колишні військовополонені уникають розмов про полон, бо бояться знову пережити біль або не хочуть травмувати близьких. Володимир обрав інший шлях і почав розповідати про свій досвід.

Спочатку кожна така розмова давалася важко. Згодом помітив, що проговорені спогади поступово втрачають владу над ним.

«Мені допомагає те, що я працюю з людьми. Люди цікавляться, я їм розказую. Коли ти постійно розказуєш те, що тебе болить, ти поступово це відпускаєш. Але важливо не просто розказати, а й проаналізувати. Коли аналізуєш, тоді залишаєш цей біль далеко позаду».

Володимир завжди відвідує акції на підтримку полонених. Щоднини 9та година ранку для нього час, аби вшанувати та згадати побратимів і усіх, хто віддав життя за Україну.

Він не приховує, що полон змінив його. Водночас не хоче, щоб три роки неволі забрали все подальше життя. Сьогодні він працює, спілкується з людьми та мріє про власну сім'ю.

«Не можна замикатися. Треба говорити. Чим більше ти говориш про свій біль, тим легше стає. Треба більше спілкуватися, більше бути серед людей, більше бувати на свіжому повітрі».

ПРОСТІР, ДЕ ВІДПУСКАЄ: ЧОМУ ВЕТЕРАНАМ ПОТРІБНІ НЕ КАБІНЕТИ, А ТЕРАПІЯ ЖИВОЮ ПРИСУТНІСТЮ



Наталія МЕЛЬНИКОВА

психологиня, тренерка, керівниця ГО «Франко-Ґражда» та проєкту соціально-психологічної адаптації ветеранів. Спеціалістка з КПТ терапії та реабілітації людей із бойовим досвідом з 2014 року

Сьогодні в Україні багато говорять про психологічну підтримку. Відкриваються кабінети, запускаються гарячі лінії, створюються міські хаби. Це все потрібно, але давайте говорити чесно й без пафосу: у нашій країні зараз критично, катастрофічно бракує комплексних програм та осередків тривалого, цілісного перебування. Самих лише кабінетів — мало.

Класична кабінетна система з сесіями по 50 хвилин раз на тиждень просто не здатна вмістити й витримати масштаб ветеранського болю. Людина, яка повертається з фронту з розірваним внутрішнім світом, за годину в м'якому кріслі часто не встигає навіть видихнути, не те що зняти свої психологічні обладунки й довіритися. А коли час виходить, вона змушена знову збирати себе докупи, виходити на гамірну вулицю й повертатися в цивільну самотність — сам на сам зі своїми спогадами й тишею, яка тисне на вуха.

Нашим бійцям потрібні не просто консультації за розкладом. Їм потрібні живі, безпечні простори, де їх не лікують, а повертають до життя.

Вісім днів, щоб знову навчитися дихати

У нашому центрі «Франко-Ґражда» ми працюємо з цією реальністю не перший рік. Наша програма викристалізовувалася, змінювалася й гартувалася впродовж довгих років — ми ведемо цю роботу ще з 2015 року. Це чіткий, глибоко продуманий восьмиденний заїзд. Вісім днів — це мало для повного зцілення, але цілком достатньо, щоб людина знову відчула своє тіло, сповільнила шалений пульс і згадала, як це — дихати на повні груди.

Психологічна робота є міцним кістяком програми, але навколо неї ми вибудували цілий всесвіт невербального відновлення. Ми поєднуємо все, до чого може дотягнутися втомлена людська душа: інтенсивні групи та тонкі індивідуальні розмови, тілесні практики, які допомагають випустити заблокований, закам'янілий у м'язах стрес, арттерапію та роботу з живою глиною в керамічній майстерні.

Глина — дивовижний матеріал. Буває, людина три дні мовчить, тримає все в собі, а потім сідає за гончарне коло, починає м'яти цей теплий, піддатливий матеріал, і пальці самі випускають напругу. Разом із формою, що народжується в руках, починає виходити й те, що боліло місяцями.

Але найдивовижніше, що відбувається на заїзді — це «терапія одні одними». Сюди, в карпатську тишу, можна привезти абсолютно всіх своїх «тарганів». Усю свою лють, провину вцілілого, нічні кошмари, заціпеніння чи невиплакані сльози за втраченими побратимами. І тут ніхто не зляка-ється. Не буде оцінювальних поглядів, жалю чи недоречних порад. Тебе приймають таким, яким ти є зараз — розбитим, втомленим, справжнім. Коли боєць бачить, що чоловік навпроти ділиться точно таким же болем, руйнується стіна ізоляції. Зникає найстрашніше — самотність власного досвіду.

Карпати об'єднують ветеранів з різних куточків країни

У цього болю немає регіональних кордонів, тому й географія наших заїздів — це вся Україна. До нас їдуть хлопці й дівчата зі сходу й заходу, з північних областей та південних степів. На ці вісім днів під одним дахом збирається вся країна в мініатюрі.



Тут стираються будь-які розбіжності, бо досвід окопів, втрат і надії всюди однаковий. Дивовижно спостерігати, як за одним столом чи на одній гірській стежці люди з абсолютно різних куточків України стають найближчими рідними. Карпати стають точкою збору, де з різних осколків нашої країни заново зшивається єдина, спільна людська історія.

Для нас кожен учасник, кожна історія і кожен шрам — це найвища цінність. Ми категорично проти сприйняття ветеранів як «постраждалих, яких треба просто пожаліти». Ми бачимо в них зовсім інше. Ми бачимо неймовірно потужну, якісну, свідому та ефективну частину нашого суспільства.

Війна здирає з людей усе зайве, увесь штучний цивільний глянець і фальш. Ті, хто пройшов через цей досвід, у певній мірі глибоко прокинулися. Вони гостро відчувають справедливість, вони знають ціну кожній хвилині, кожному слову і кожному людському зв'язку. Вони — справжні.

Суспільству критично потрібна ця їхня якість, ця чесність і ця внутрішня сила.

Наші заїзди — це не про те, як сховати ветеранів від світу, а про те, як допомогти їм інтегрувати свій надважкий досвід і стати опорою для відновлення всієї країни. Вони потрібні нам. Вони потрібні Україні не вчора і не завтра, а вже зараз — як лідери, як мислячі й сильні люди, здатні змінювати все навколо себе.

Терапія, яка триває 24 години на добу

Головна відмінність нашого підходу в тому, що наша команда — це не просто фахівці, які приїхали, провели заняття, сіли в авто й поїхали у свій затишний тил. Ми проживаємо цей заїзд разом із хлопцями та дівчатами в режимі 24/7. Ми ділимо з ними один простір, один хліб і один час.

Психолог тут є частиною кожної миті життя. Він поруч за спільним сніданком, де можна просто мовчки пити каву. Він так само важко дихає, рахує кроки й стирає піт з чола на крутому підйомі в гори. Він поруч під час екскурсій чи вечірніх посиденьок. І саме під час цього спільного руху відбуваються найглибші речі. Коли ви йдете поруч гірською стежкою, очі не зустрічаються, а тіло зайняте дорогою, раптом знімаються найважчі внутрішні блоки. Боєць починає говорити. Тихо, неспішно, про все своє життя, про те, що розриває зсередини, і про те, як дивитися в майбутнє, де так багато невідомості.

Офіційний розклад занять — це лише видимий каркас. Насправді найглибші рефлексії, найщиріші сповіді та справжні психологічні прориви зазвичай відбуваються в паузах.

Це розмова на ганку о третій годині ночі, коли комусь не спиться і спогади душать горло. Це довге мовчазне чаювання після важкої групової практики. Це коротка репліка під час перекусу в альтанці. Коли команда доступна в будь-який час доби, ветерану не потрібно «консервувати» свій біль у собі чи чекати умовного вівторка, на який призначено сеанс. Його ловлять, чують і обіймають словом саме в ту секунду, коли його «накриває».

Психологічна реабілітація тих, хто пройшов пекло і тримає на своїх плечах наше небо, — це не сухий медичний чи психологічний протокол. Це не робота від дев'ятої до шостої. Це насамперед створення безпечного, теплого і чесного середовища, де замерзлі душі отримують шанс відігрітися біля людського тепла й знову навчитися довіряти цьому світу.

Україні як повітря потрібні не просто кабінети психологів у кожному місті. Нам потрібні такі осередки тривалого перебування — живі, душевні, з відданими командами, які готові заходити в цей біль разом із бійцями. Бо повернення з війни — це довгий і крутий підйом вгору, який неможливо пройти за 50 хвилин на тиждень. І пройти його самотужки теж дуже складно або й не під силу.



«Я пройшов рік і два місяці фізичної реабілітації. Підремонтував своє тіло, але не розум. Ментально я себе не відновлював, бо просто не проходив цього. І тільки тут зрозумів, наскільки це важливо. За шостий день я відчуваю велике полегшення. Я навіть посміхатися став по-іншому і розмовляти по телефону став по-іншому. Рідні кажуть: «Денис, ти ніби ожив заново». І це правда. Я тут ментально відновлююся і відчуваю навіть фізичне полегшення».

Денис ЯКОВЕНКО родом із Кропивницького. До повномасштабної війни працював пілотом у цивільній авіації, а вже 27 лютого 2022 року добровільно вступив до лав ЗСУ. Пройшов відбір до підрозділів Сил спеціальних операцій, більше трьох років провів на війні. За цей час двічі поранений, переніс чотири складні операції на опорно-руховому апараті й понад рік проходив фізичну реабілітацію.

У травні 2026 року військово-лікарська комісія визнала його повністю непридатним до служби. Каже: найскладнішим виявилося не прийняти новий статус ветерана, а усвідомити, що після відновлення тіла залишилися невидимі рани. Попри підтримку великого кола друзів, родини та двох дітей, Денис зрозумів: ментальна реабілітація не менш важлива, ніж фізична. Саме тому звернувся по допомогу й потрапив на реабілітаційний заїзд у Карпатах.

Після проходження програми він зізнається: відчув зміни, яких не очікував навіть після року фізичного відновлення.



«Сказати, що мені щось допомогло — це нічого не сказати. Тому що тут я отримав новий шанс на нормальне цивільне життя. По-перше, це цілодобова робота з учасниками заїзду. Тебе не залишають на самоті. 24 на 7 з тобою спілкуються, з тобою займаються арттерапією, тілесною терапією, водять у гори. За цей тиждень тобі дають максимум тієї допомоги, яка дозволяє почуватися краще в цивільному житті».

Вальтер ШЕФЕР із Чернівців — ветеран російсько-української війни, який пройшов два етапи цієї війни. Його бойовий шлях розпочався ще у 2014 році під час першої хвилі мобілізації у складі 80-ї окремої десантно-штурмової бригади. Після демобілізації у 2015 році він повернувся до мирного життя, однак із початком повномасштабного вторгнення у 2022-му знову став до строю в тому ж підрозділі, який згодом виріс у 82-гу окрему Буковинську десантно-штурмову бригаду. У 2024 році звільнився зі служби за станом здоров'я.

Із реабілітаційною програмою «Франко-Опір» Вальтера пов'язує вже десятирічна історія. Вперше він потрапив сюди у 2016 році після невдалого досвіду державної реабілітації. Тоді, каже, саме цей заїзд став для нього переломним: допоміг не лише пережити травматичний досвід війни, а й знайти новий сенс у цивільному житті. Саме тут він отримав натхнення здобути освіту практичного психолога, щоб у майбутньому допомагати іншим ветеранам проходити шлях адаптації.

Вальтер знову повернувся до Карпат. Каже: цього разу йому теж потрібне перезавантаження. Але найціннішим у програмі, як і десять років тому, залишається не лише робота фахівців, а відчуття спільноти — можливість бути серед людей, які розуміють тебе без зайвих пояснень. Адже більшість його друзів досі на війні або вже загинули, а тут він знову знаходить підтримку, сили й нових побратимів.



> ***А ще на наших заїздах дуже багато простого людського тепла. І багато обіймів. Ми не ховаємося за масками відсторонених фахівців. Просто вчасно обійняти людину, коли її штормить, або коли вона вперше за довгий час щиро посміхнулася — це іноді лікує краще за будь-які розмови***

ЖИТТЯ ЯК ДАР БОЖИЙ: ПРОБЛЕМА СУЇЦИДУ З ТОЧКИ ЗОРУ МЕДИЦИНИ І ПРАВОСЛАВНОГО БОГОСЛОВ'Я



отець Сергій КИРИЛЮК

доктор філософії (психіатрія), лікар, магістр теології, керівник Синодального Управління медичного капеланства УПЦ (ПЦУ)

Суїцид — це не лише медична проблема, не лише психологічний симптом, не лише соціальна трагедія і не лише богословсько-моральний виклик. Це завжди подія на межі: межі болю і мовчання, свободи і безсилля, самотності і крику про допомогу, смерті і невичерпної Божої любові.

Історично медицина довго розглядала суїцид передусім у межах психопатологічної концепції. Уже класики французької психіатрії — Філіп Пінель, Жан-Етьєн-Домінік Ескіроль та їхні послідовники — пов'язували самогубство з душевною хворобою, меланхолією, афективним розладом, патологічно зміненою психікою. Ескіроль фактично розглядав суїцид як симптом душевної хвороби. Для нього людина, яка чинить самогубство, не є просто морально винною особою, а радше людиною, чия психіка перебуває у стані тяжкого розладу.

Проте вже в XIX столітті з'являються й більш обережні позиції. Сергій Корсаков, наприклад, не зводив усі випадки суїциду лише до психічної хвороби. Він визнавав, що суїцид може трапляться і поза очевидною психопатологією, хоча статистично дуже часто пов'язаний із психічними і поведінковими розладами.

Сучасна психіатрія підтверджує: депресивні розлади, психотичні стани, залежності, тривожні розлади, розлади особистості, деменція, делірій, тяжкі соматичні захворювання, хронічний біль, посттравматичні стани — усе це може суттєво підвищувати суїцидальний ризик. Але людина завжди більша за свій діагноз. І саме тут починається справжня клінічна, пастирська й богословська відповідальність.

Суїцидальна поведінка — це завжди вузол багатьох причин, у центрі якого стоїть конкретна людина з її болем, історією, тілом, душею, пам'яттю, стосунками і втраченим або затемненим відчуттям сенсу.

Біологічна концепція суїцидальної поведінки намагалася знайти тілесні, анатомічні, нейрохімічні та генетичні підстави цього явища. У XIX столітті дослідники шукали специфічні патологоанатомічні ознаки в мозку, черепі, органах, навіть намагалися говорити про певний «центр самогубства». Ці пошуки не дали переконливих результатів. Специфічного анатомічного маркера суїциду не було знайдено.

Однак із другої половини XX століття увага дослідників змістилася до нейрохімії, генетики, фізіології стресу, серотонінергічних механізмів, імпульсивності, агресивності, афективної регуляції. Вивчення біологічних предикторів показало: у деяких осіб існують вразливості, що можуть потенціювати суїцидальну поведінку, особливо в поєднанні з травмою, соціальним стресом, депресією чи залежностями.

Проте біологія не є фатумом. Немає одного «гена самогубства», немає однієї молекули, яка прирікає людину. Біологічні чинники радше створюють ґрунт вразливості. Але те, що проросте на цьому ґрунті, залежить також від стосунків, культури, духовної підтримки, доступу до лікування, якості спільноти та здатності суспільства не залишити людину саму.

Для православного бачення тут важливо підкреслити: тіло не є випадковою оболонкою душі. Людина — психосоматична і духовна єдність. Душевний біль може мати тілесні кореляти, а тілесне страждання може поранити душу. Тому лікування, фармакотерапія, психотерапія, кризове втручання, соціальна підтримка і пастирська

опіка не суперечать одне одному. Навпаки, вони повинні співпрацювати.

Богослов'я, яке зневажає медицину, ризикує стати жорстоким.

Медицина, яка не бачить духовного виміру людини, ризикує стати редукційною.

А справжня допомога потребує цілісності.

Великий поворот у розумінні суїциду здійснив Еміль Дюркгайм. Він показав, що самогубство не можна пояснити лише внутрішнім станом індивіда. Частота суїцидів у суспільстві пов'язана з рівнем соціальної інтеграції, солідарності, нормативної стабільності, релігійних і сімейних зв'язків.

Дюркгайм увів поняття **аномії** — стану безнормності, розпаду регулятивних структур, ослаблення зв'язків, які утримують людину в житті. Там, де суспільство втрачає спільну мову цінностей, де руйнуються сталі опори, де людина перестає відчувати, що вона належить до чогось більшого, суїцидальний ризик зростає.

Дюркгайм виділяв різні типи самогубства: егоїстичне, альтруїстичне, аномічне. Егоїстичне пов'язане з розривом зв'язків між людиною і спільнотою. Альтруїстичне — з надмірним поглинанням людини групою, коли індивід наче втрачає себе у вимогах колективу. Аномічне — з руйнуванням норм, цінностей, стабільності, з екзистенційним вакуумом, який виникає в періоди різких суспільних змін.

Для України воєнного часу ці ідеї звучать особливо гостро. Ми живемо в умовах масової травми, втрат, переміщення, розлуки, економічної нестабільності, невизначеності майбутнього. Багато людей втратили домівки, близьких, роботу, здоров'я, довіру до завтрашнього дня. У багатьох порушена звична структура життя. А там, де руйнується структура, зростає тривога. Там, де зникає відчуття належності, зростає самотність. Там, де людина не бачить сенсу страждання, зростає відчай.

Моріс Фарбер пізніше запропонував психокультуральну формулу, у якій ризик суїциду пов'язувався з поєднанням **вразливості** і **депривації**. Іншими словами: коли внутрішньо вразлива людина потрапляє в ситуацію масштабного позбавлення — втрати любові, статусу, безпеки, дому, майбутнього, соціального ґрунту, — ризик різко зростає.

Карен Хорні, у свою чергу, показувала, що культура може породжувати в людині високий рівень базисної тривоги. Людина страждає від невідповідності між своїм реальним образом і тим ідеалізованим стандартом, який їй нав'язує суспільство. Коли людина не витримує цього розриву, вона може переживати себе як невдалу, непотрібну, винну, зайву. А це вже шлях до глибокої внутрішньої небезпеки.

Сьогодні ми повинні чесно сказати: суїцидальна профілактика — це не лише справа психіатра. Це справа родини, Церкви, школи, університету, громади, медичної системи, держави, медіа, культури. Кожне суспільство або будує простір, у якому людині легше жити, або множить такі форми самотності, у яких смерть починає здаватися виходом.

Модель екології людини пропонує ще ширший погляд. Вона каже: суїцидальна поведінка є фінальним етапом ряду взаємопов'язаних чинників. Тому профілактика має включати не лише лікування окремої особи, а й зміну середовища.

Це означає: зменшувати доступ до летальних засобів; вчасно виявляти кризові стани; навчати родини розпізнавати сигнали небезпеки; створювати телефони довіри й кризові служби; забезпечувати доступ до психіатричної і психотерапевтичної допомоги; навчати духовенство основам кризового душпастирства; зменшувати стигму щодо психічних розладів; формувати культуру, де прохання про допомогу не є соромом.

У цьому сенсі християнська громада може бути не лише молитовною спільнотою, а й простором раннього виявлення болю. Священник, капелан, парафіяльний актив, катехит, викладач богословської академії — всі вони можуть помітити те, що іноді не потрапляє до кабінету лікаря: зміну поведінки, ізоляцію, втрату надії, прощальні інтонації, раптове примирення з усіма, роздавання речей, фрази на кшталт: «Я вже всім набрид», «Без мене буде легше», «Я не бачу виходу».

Почути це — означає не злякатися і не моралізувати. Означає бути поруч. Запитати прямо, але лагідно. Допомогти звернутися до фахівця. Не залишати людину наодинці. Не замінювати лікаря, але й не ховатися за словами: «Це не моя компетенція». У кризі людяність — це вже частина компетенції.

Психодинамічна традиція внесла до розуміння суїциду надзвичайно важливий вимір: внутрішній конфлікт. Зигмунд Фройд у праці «Печаль і меланхолія» описував, як втрата об'єкта любові може перетворюватися на самозвинувачення, а агресія, що первинно була спрямована назовні, повертається проти самого себе. Суїцид у такому контексті може розумітися як убивство інтроєктованого об'єкта в собі, як аутоагресія, як внутрішній акт руйнування.

Пізніше Фройд увів поняття Еросу і Танатосу — потягу до життя і потягу до смерті. Можна дискутувати з метапсихологією Фройда, але клінічно ми справді бачимо: у людині часто співіснують сили життя і сили руйнування. Вона одночасно хоче припинити біль і хоче, щоб її врятували. Хоче зникнути і хоче, щоб хтось нарешті побачив її страждання. Ця амбівалентність є ключовою для суїцидології.

Карл Меннінгер описав відому суїцидальну тріаду: **бажання вбити, бажання бути вбитим, бажання померти.**

Це не означає, що кожен суїцидальний акт треба грубо пояснювати агресією. Але це означає, що за саморуйнуванням часто прихований

складний клубок: гнів, вина, сором, потреба в покаранні, потреба в любові, протест, безсилля, бажання покласти край не життю як такому, а певному нестерпному способу існування.

Карл Густав Юнг бачив у темі смерті не лише біологічний інстинкт, а й символічну реальність. Для нього смерть присутня в колективному несвідомому, у міфах, архетипах, ритуалах переходу. Суїцид він міг трактувати не лише як бажання втекти від тягаря життя, а як спотворене, несвідоме прагнення до переродження, до повернення в безпеку, до материнського лона, до символічного оновлення.

Альфред Адлер пов'язував суїцидальність із почуттям неповноцінності, соціальною непристосованістю, невротичною компенсацією. Він підкреслював роль соціального почуття, здатності людини бути з іншими і для інших. Там, де людина переживає себе радикально непотрібною, невдалою, приниженою, позбавленою гідності, формується ризик саморуйнування.

Ерік Берн, засновник трансактного аналізу, говорив про життєві сценарії, сформовані з дитинства. Людина може несвідомо жити за сценарієм переможця, невдахи або непереможця. У її внутрішній структурі діють стани «Батька», «Дитини» і «Дорослого». Коли в людині домінує караючий внутрішній «Батько» або безпорадна, неконтрольована «Дитина», а «Дорослий» ослаблений, зростає ризик неадекватних, зокрема аутоагресивних рішень.

Ці концепції нагадують нам: профілактика суїциду починається задовго до кризи. Вона починається в дитинстві — у тому, як дитина чує своє ім'я, як її люблять, як її карають, як її соромлять або підтримують, чи дозволяють їй бути собою, чи нав'язують їй сценарій: «Ти ні на що не здатний», «Ти тягар», «Ти маєш заслужити любов».

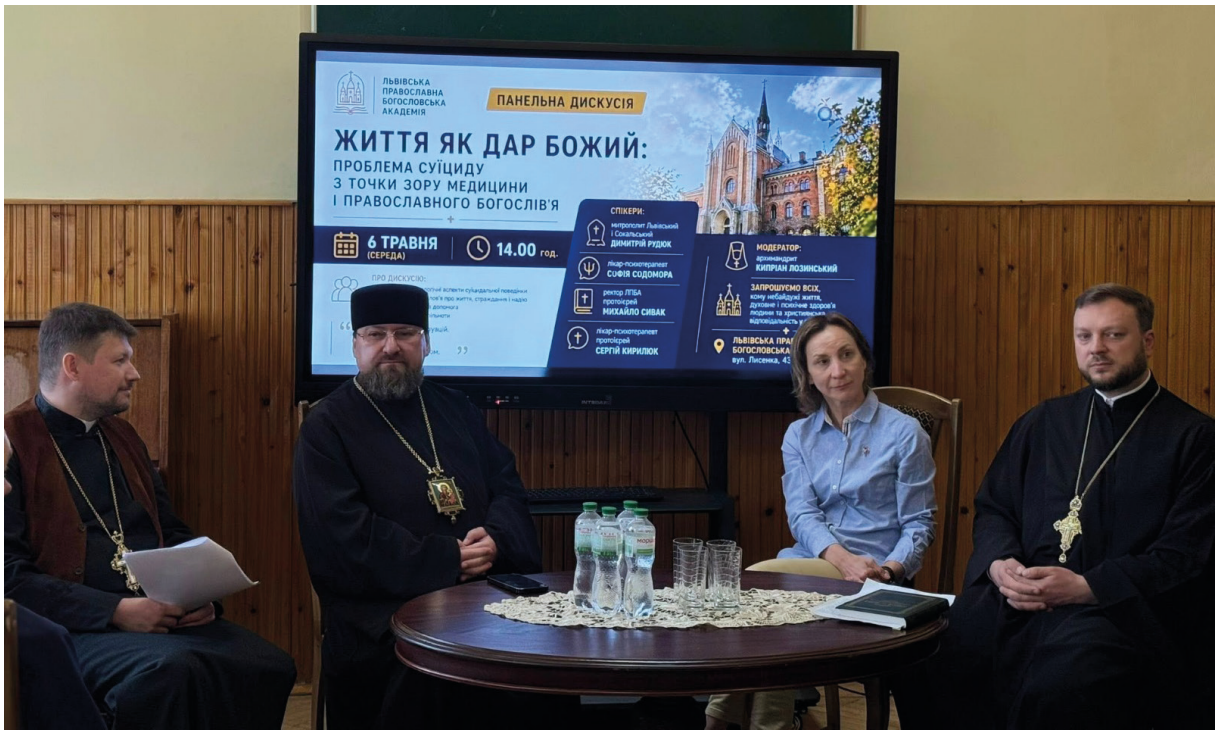
Жодна людина не повинна входити в доросле життя з переконанням, що її існування є помилкою.

Норман Фейбероу, один із батьків сучасної суїцидології, особливо підкреслював роль самотності. Разом з Едвіном Шнейдманом він показував: суїцид часто є «криком про допомогу», який не був почутий. Фейбероу також увів поняття **непрямого саморуйнування**. Це поведінка, яка не завжди виглядає як прямий суїцидальний намір, але поступово руйнує життя: залежності, ризикована поведінка, недотримання лікування, самозанедбання, небезпечні форми азарту, виснажливий трудоголізм, делінквентність.

Це дуже важливо для сучасного пастиря і лікаря. Бо не кожна людина каже: «Я хочу померти». Дехто мовчки перестає жити. Дехто повільно руйнує себе. Дехто не лікується. Дехто зловживає алкоголем. Дехто кидає себе в небезпеку. Дехто демонстративно шантажує смертю, але за цим теж часто стоїть біль і потреба в контакті.

Едвін Шнейдман запропонував одне з найглибших понять сучасної суїцидології — **psychache**, тобто нестерпний психічний біль. За Шнейдманом, людина в суїцидальній кризі переживає не просто сум. Вона переживає біль, який здається безмежним, безвихідним і невитримуваним. До цього додаються ізольованість, безнадійність, безпорадність і переконання, що смерть — єдиний спосіб розв'язання всіх проблем.

Шнейдман описав десять загальних рис суїциду. Серед них: пошук рішення; бажання припинити свідомість; нестерпний психічний біль; фрустровані психологічні потреби; безпорадність і безнадійність; амбівалентність; звуження когнітивної сфери; втеча; повідомлення про намір; відповідність суїцидальної поведінки загальному стилю життя людини.





Особливо важливим є поняття **звуження свідомості**. Суїцидальна людина не бачить багатьох варіантів. Вона бачить тунель. І в кінці тунелю — смерть як єдиний вихід. Завдання лікаря, психотерапевта, священника, друга, спільноти — не сперечатися з тунелем, а допомогти людині побачити, що тунель не є всією реальністю.

Там, де людина бачить лише смерть, хтось має стати свідком життя.

Після всіх теорій постає просте питання: що робити?

По-перше, треба навчитися говорити про суїцид без стигми. Пряма розмова про суїцидальні думки не «підштовхує» людину до смерті, якщо вона ведеться відповідально, спокійно й професійно. Навпаки, вона може зняти ізоляцію.

По-друге, треба навчати духовенство і церковних працівників основам розпізнавання кризових станів. Священник не має ставати психіатром, але повинен знати, коли потрібна невідкладна допомога.

По-третє, слід будувати міст між Церквою і медициною. Психіатрія не є ворогом духовності. Психотерапія не є заміною Таїнств. Пастирська опіка не є альтернативою лікуванню. У кризі людина потребує всього: безпеки, медикаментозної допомоги, психотерапії, молитви, сповіді, родини, спільноти, сенсу.

По-четверте, треба підтримувати родини. Родичі суїцидальних осіб часто переживають страх, сором, провину, розгубленість. Вони потребують інструкції й підтримки: не залишати людину саму в гострій кризі; прибрати небезпечні засоби; звернутися до лікаря; не знецінювати фразами «не вигадуй», «візьми себе в руки», «іншим ще гірше»; не сперечатися з болем, а визнавати його.

По-п'яте, потрібно формувати культуру надії. Не дешевої оптимістичності, а глибокої надії. Надії, яка не заперечує темряву, але каже: ти не один. Твій біль має бути почутий. Твоя історія не завершена. Твоє життя не вичерпується цією кризою. Бог не відвернувся від тебе.

Суїцид — це трагедія, у якій людина часто помилково ставить крапку там, де ще можливе продовження. Це момент, коли біль стає більшим за уяву про майбутнє. Це криза, у якій смерть маскується під рішення. Але з погляду медицини, психотерапії і православного богослов'я ми маємо сказати: смерть не є вирішенням болю. Вона є його трагічним обривом.

Медицина нагадує нам: багато суїцидальних станів можна лікувати.

Психотерапія нагадує: біль можна висловити, осмислити, розділити і трансформувати.

Соціологія нагадує: людину вбиває не лише хвороба, а й самотність, розрив зв'язків, аномія.

Екзистенційна терапія нагадує: людина потребує сенсу.

Православне богослов'я нагадує: життя є даром Божим, а людина — образом Божим, навіть тоді, коли сама вже не бачить у собі світла.

Тому наша спільна відповідальність — створювати такі родини, парафії, лікарні, академії, громади й суспільство, де людина в кризі не буде залишена сама. Де її біль не висміють. Де її не засоромлять. Де її не назвуть слабкою.

ОЛЕКСАНДРА ЧЕКАС: «В МЕНЕ СКЛАЛОСЯ ТАКЕ ВРАЖЕННЯ, ЩО НАШИМ ХЛОПЦЯМ ХОЧУТЬ ПОКЛОНЯТИСЯ ЯК ГЕРОЯМ РІВНО ПІВГОДИНИ»



Олександра ЧЕРКАС не любить, коли її називають волонтеркою. Свої професійні і надзвичайно цінні послуги вона надає безоплатно, бо вважає, що це той внесок у захист України, який просто мусить робити, поки є сили. Жінка — професійна перекладачка, яка допомагає українським пораненим, евакуйованим до Німеччини на лікування, порозумітися з медиками. Але насправді її допомога значно виходить за рамки перекладача.

До Німеччини Олександра з Самбірського району Львівщини потрапила спочатку за програмою Au-pair-Madchen, поїхала нянею до Німеччини. На той момент вивчала іноземні мови в Дрогобицькому університеті і це потрібно було насамперед для вдосконалення знань німецької. Зрештою, пішла навчатися до Мюнхенського університету. У цьому місті і залишилася.

Її допомога для українців почалася давно. Олександра входить до української громади в Мюнхені. Оскільки працює сама на себе, часто відгукувалася на прохання українців-емігрантів, які не мають коштів на оплату послуг. А з 2014-го року почалася допомога на підтримку рідної для неї держави та її захисників. При українській церкві заснували організацію Волонтерська сотня. І якщо потрібна була допомога з перекладу для закупівлі карет швидкої допомоги чи просто машини для фронту, з такими речами завжди звертались до Олександри. Якщо в Німеччині з кимось стається нещасний випадок і звертаються до консульства (а консульство, як виявилося, не має в штаті перекладачів для таких випадків), то в таких ситуаціях знову ж звертаються до Олександри та таких, як вона.

Коли почалося повномасштабне вторгнення, все набуло інших масштабів. Олександру спіткало дві біди — війна в Україні і тяжка хвороба мами. Тож їй треба було опікуватися мамою, але при цьому робила все, що могла, для біженців.

«Кожен робив все, що може. Наприклад, я приймала біженців, допомагала з перекладом, ходила з ними до різних установ, всюди, де треба було вирішувати питання з паперами. Тобто з бюрократичними питаннями допомагала чи

навіть просто йшла до сусідів спати і клала їх в себе».

> ***Всі потреби, які виникають у військових — переклад, бюрократичні питання, догляд..., — от на ці питання ні Німеччина, ні Україна не виділяють людей і грошей***

Коли німецькі друзі запитували, куди переказувати гроші, то їх направляли до українських церков, при яких були відкриті офіційні рахунки. Є організації, куди звозилася матеріальна допомога: медичні матеріали, візочки для дітей, бо всі знали, що на кордоні чекають багато людей, яким потрібні візочки. Формувалася гуманітарна допомога, збирали речі для України до волонтерських пунктів, тоді ці конвої гуманітарної допомоги везли до кордону України, а на зворотньому шляху вони з-під кордону забирали біженців.

Із травня 2022-го року до Німеччини почали приїжджати українські військові. І з того часу Олександра допомагає з перекладом їм. Безкоштовно і майже цілодобово. Це велика прогалина, яку досі, за 12 років війни і 5 років повномасштабного вторгнення не заповнила ні Україна, ані Німеччина.

«Відбувається це все відносно стихійно. Жодної організації процесу немає. Все на приватній ініціативі. Треба собі це так уявляти, що держава Україна посилає військових на закордонне лікування. І вони прибувають в німецьку лікарню. Але в цей момент, коли вони попадають в клініку, всі потреби, які виникають у військових, — переклад, бюрократичні питання, догляд, бо переважно хлопці, як не ампутовані, то настільки поранені, що вони не можуть самі себе обслуговувати, — от на ці питання ні Німеччина, ні Україна не виділяють людей і грошей».

За збігом обставин Олександра багато працювала і перекладала раніше саме в німецьких клініках. Тому коли медевакуація доправляє сюди нових українських поранених, медики по старій пам'яті кличуть її, а вона приїздить сама чи скеровує колег.

«От, наприклад, хлопець прибуває. У нього починається стаціонарне лікування, і лікарі хочуть його розуміти, де болить, як болить, що доводиться робити і з чим згідний, з чим не згідний. І оці всі питання вирішуються з допомогою волонтерів-перекладачів. Нас в Мюнхені є декілька. Ну, таких центральних, напевно, тільки двоє. Це моя одна WhatsApp-група, і ще є Ірина ГРЕСЬ, яка зі своїм чоловіком-німцем теж навколо себе організовують дівчат для підтримки військових».

Це все масштабна і дуже копітка робота. Бо ти приходиш до військового, розумієш, що повинно би початися лікування, але воно не починається, бо не готові папери. Вчитуєшся в те, що треба робити. Поранені пишуть довіреності на Олександру чи її колег і вже вони йдуть до відомства, оформляють документи, страховку. Але це лише початок. Далі робота з клінікою.

«І в той момент ти стаєш відповідальним за цього конкретного військового. Тоді лікарі зі всіма мовними запитаннями, якщо хлопець не володіє ні німецькою, ні англійською, а наші хлопці переважно не володіють ніякою іноземною мовою, звертаються до тебе. Викликають в клініку, приходиш і перекладаєш, наприклад, розмову з анестезіологом, розмову з хірургом. От таким чином відбуваються такі речі».

І людей, перекладачів, які готові будь-якої миті зірватися і безкоштовно робити це для українських захисників насправді одиниці. Бо більшість працює як наймані працівники в компаніях і не можуть посеред дня на кілька годин залишити все і поїхати до лікарні.

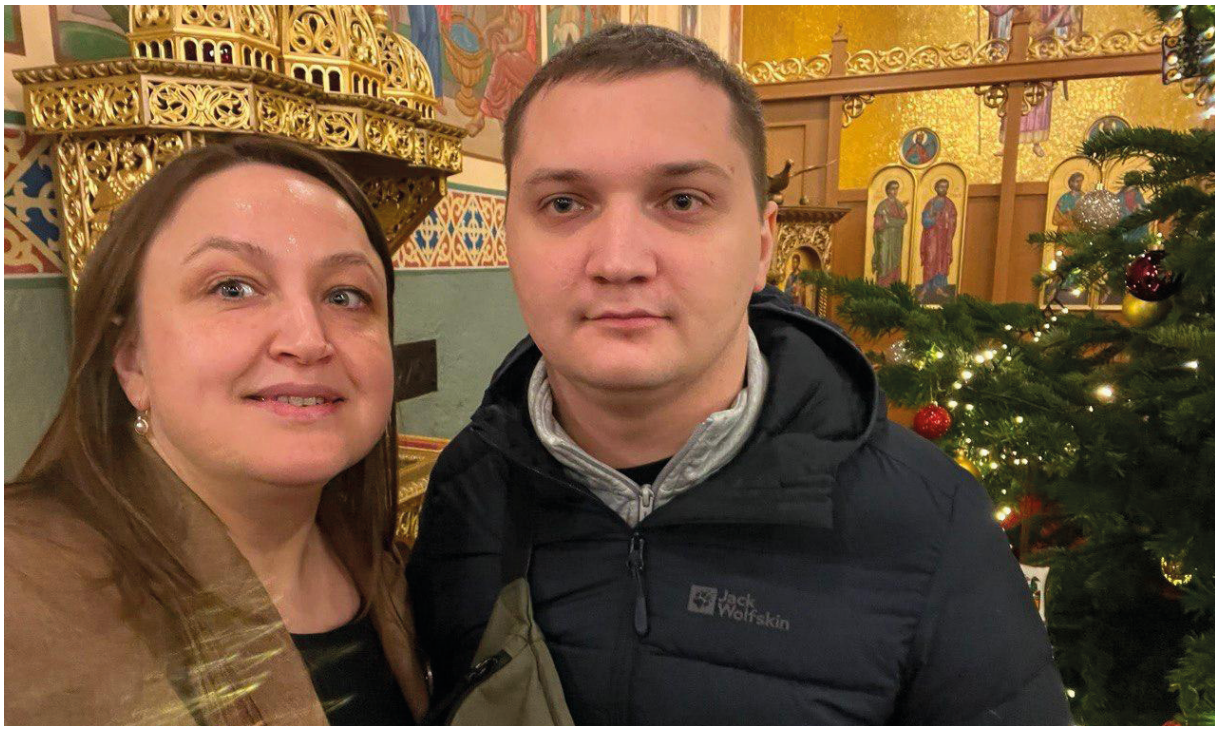
«Конкретний випадок, от сьогодні військовий Євген був викликаний на підготовчі процедури до завтрашньої операції. Операцію переносили півроку і от так спонтанно вчора ввечері буквально подзвонили і сказали: «Завтра приходьте в 11:00 години до нас і будуть підготовчі процедури». В той момент я розумію: що би в мене не було заплановане на сьогодні, на вівторок 11:00, я мушу бути в клініці. Розмова з анестезіологом, здача крові, розмова з хірургом, де йому пояснюють, як буде проходити операція, підписуємо всі анкети, все, що в нас розпитують і так далі».

Але і це ще не все. Бо, каже, наступного дня, після операції чоловіка привезуть після наркозу назад в палату, і це буде людина, яка не може взяти склянку води. І хоч є медперсонал, але вони дбають суто про медичний аспект, а військовому приємно, що прийде україномовна жінка і допоможе з елементарним — піднести, подати, купити сигарети, чи нову білизну, чи зарядити телефон.

«І от я вже сьогодні знаю, що в мене завтра буде хлопець, який вийде з наркозу, то я вже сьогодні купую гарне якісне м'ясо, варю бульйон і буду завтра до нього йти з тим бульйоном. Це в мене така традиція. Бо хлопці після наркозу не можуть їсти лікарняну їжу. Особливо якщо в них є якісь поранення на лиці. От, наприклад, в нас був хлопчина недавно, оперують щелепу. То для нього бульйон — якраз те, чим його можна трошки підтримати по здоров'ю. От щоб ви мали трошки уяву, що таке моя робота. Тобто коло повноважень дуже і дуже широке».

Олександра довкола себе зорганізувала дівчат у WhatsApp-групі, де більше ніж 10 людей, але активних, може, десь п'ять. Бо більшість із тих, що на початку були активні, віддаляються, їх викликають на роботу. Не всі можуть такий довгий час, як 4,5 роки, бути постійно залученими.

«Мені пощастило, чи як то сказати правильно, навіть не знаю, в мене нема сім'ї. І я працюю



сама на себе. І це такі допоміжні фактори, які мені дозволяють вільно рухатися. Хоча в фінансовому розумінні через чотири з половиною роки війни це вже все не так просто навіть для мене, стільки безкоштовної праці, але поки що нема ніякого просвіту, щоб сказати, що зараз я не буду це робити».

Є різні ступені завдань, каже Олександра. Приміром, принести поїсти хлопцям. Чи піти в магазин купити сигарети чи щось смачне. Для цього є інші дівчата-волонтери, які не володіють мовою, і Олександра тоді просить їх.

Але завдання все організувати і всіх сконтактувати теж непросте. Бо є проблема захисту даних.

«Ти не можеш відкрито всім роздати номер телефону хлопця, розказати, де він лежить. Бо були випадки, можливо, ви навіть чули, що були вбиті наші два військові, які перебували в Мурнау, це 100 км від Мюнхена, в реабілітаційному центрі. І вони весь час виходили в місто, і якийсь росіянин навіжений їх підчекав і зарізав їх. І тому я від початку не роздаю їхні номери і не кажу їхнє місце знаходження. Лише у випадку, якщо я особисто знаю людину, яка до них піде».

Водночас її номер уже розлетівся серед незнайомих людей, які дуже часто не просять про допомогу, а буквально вимагають. Хоч і не ображається на людей. Каже, українці звикли, що все вирішують волонтери, бо волонтерство справді стало дуже потужним в Україні.

«За останні роки війни в Україні волонтерство піднялося на якийсь зовсім інший рівень. Це скоро буде п'ята гілка влади, відразу після преси. В Україні на всі випадки життя люди шукають собі волонтерів і організацію, яка буде їм допомагати в цьому. І наші люди мають уяву, що волонтерство — це для них безкоштовно, а нам хтось платить. Вони не знають хто, але хтось нам та й платить. Я це в перші роки війни відчувала так, кожен день мені не вистачало ресурсу нервової системи з українцями сперечатися. Ну, от я прийшла, перекладаю там в лікарні для жіночки, біженки, яка, до прикладу, ногу зламала чи що. І вона мені каже: "Але ж вам платить якась організація?" Я їй кажу: "Ні, нема організації, не платить мені ніхто". "Ой, ну що ви мені розказуєте? Ну, існують же ж такі фонди, які оплачують". Кажу: "Добре, назвіть мені фонд, я туди подамся, може, хтось мені дасть заплатити". Нема в Німеччині таких фондів, розумієте!».

Також Олександра звертає увагу на те, що тривалої підтримки українських поранених не надає ніхто.

«За ці роки в мене склалося таке враження, що нашим хлопцям хочуть поклонятися як героям рівно півгодини. Коли почують про військового, всі хочуть прибігти, принести квіти, принести солодощі. Дехто додумається навіть 100 грам з собою нести туди, де не можна. І триває це декілька днів. Така, знаєте, монголо-татарська навала, що в відділенні сестри починають жалітися, що українців забагато і забагато відвідувачів, і ця вся їжа псується. Потім це все стихає. І в цей момент, коли хлопцям треба організувати інвалідний візочок, милиці, коли їх треба повести просто на вулицю, на сонечко і так далі, в той момент вже нікого не знайдеш. Всі вже поклонилися, квіти віднесли, шоколад купили. Хлопці чують себе обмеженими, чують себе неоціненими, дехто відчуває себе покинутим всіма. Тому як би мені не хотілося згортувати свою волонтерську діяльність і трошки йти працювати за гроші, зараз це не реально».

Каже, донедавна навіть консульської підтрим-

ки суто інформаційної не було. Тепер консул інший, свідомий, активний, який зрозумів, що є прогалина. Але допомогти особливо не може, бо консульство не має персоналу чи фінансів, щоб допомагати хлопцям. Водночас Німеччина змінює певні аспекти надання послуг — собі спрощує роботу, змінюючи законодавство і змінюючи вимоги до, приміром, забезпечення військових протезами. Додалося бюрократії, документообігу і затримок. І Олександра мусить координувати всі інстанції, аби «вибити» належний протез для захисника.



Додають мороки й українські ВЛК. Постійно вимагають якісь додаткові папери, ці папери Олександра за військових має отримувати в лікарів і перекладати для українських комісій. І хлопці шукають для цього перекладачів, платять за це великі гроші. Тому Олександра намагається зробити все максимально, аби пораненим не довелося нікому платити зайвих грошей.

«Це теж гори роботи просто. І в мене таке враження, що ВЛК не розуміють, що ці переклади, вони не родяться на деревах, що треба сідати і годинами ці десятисторінкові медичні терміни перекладати. Тобто люди втратили на стільки-то процентів своє здоров'я, а українська держава їм каже: «Заплати за переклад, заплати за нотаріуса, а тоді ми тобі продовжимо ВЛК».

Навіть за закордонний паспорт, який оформлює консульство, військові мусять платити. А це 120 євро.

«Я питаю: «Совість у вас є?» А вони кажуть мені: «А що ми можемо зробити? В нас нема такої пільгової статті». Я їм кажу: «Невже за 4,5 роки не можна було ввести вже цю пільгову статтю?» Щоб ви розуміли, ми, звичайно, скидаємося і платимо самі, вони того не знають».

Визнає, що ментально все це дається дуже непросто. Рік працювала з психотерапевтом, але попри це, робить все, що може.

«Навіть не знаю, якось живу сьогоднішнім днем, напевно. І мрію про те, щоб якомога скоріше закінчилася війна, щоб припинилося таке навантаження на мене, якщо чисто з егоїстичних поглядів казати. Але з іншого боку, коли я чую, як в Україні нашим хлопцям, то іноді думаю, що добре, що їх сюди везуть, бо можливо, якраз тут щось буде краще, швидше. І навіть я собі іноді думаю, що якось це розвантажить наших лікарів, нашу систему медичну, бо все-таки в Німеччині їх не є так багато».

Намагається при військових тримати себе в руках, робити все, що необхідне, а вже вдома може дати волю емоціям.

«Коли хлопцеві рятують ногу, і йому там забирають м'язи зі спини, а кістки з тазу, і проходить два-три місяці, але ногу все-таки відрізають. А ви цій людині єдина ментальна підтримка, бо його батьки в окупації, він не може з ними спілкуватися, і приїхав сюди сам-саменький, нікого в нього нема. Це тяжко змиритися з тим, що так сталося, що ногу лікарі не врятували. І тяжко його підтримувати. Але всі військові різні, є навіть такі, які мене підтримують. Переважно наші хлопці всі з дужими характерами і вони всі, ну, більшість з них такі, що стараються якомога скоріш виздоровіти і хочуть їхати назад. Не всі, але дуже багато повертаються навіть у військо. Як мінімум, всі дуже хочуть».

Військовим і самим потрібна професійна підтримка терапевтів, однак не всі готові її прийняти.

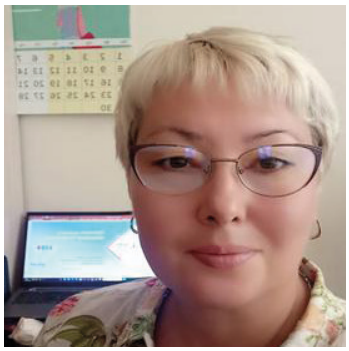
Водночас не цурається Олександра і допомоги іншим землякам. У багатьох громадах не те, що немає перекладачів для українських біженців, а немає навіть німецько-україномовних людей, які могли би допомогти порозумітися. Дуже часто німецький закон про захист даних заважає залучати до такої роботи людей з вулиці. Тим часом німецьке суспільство вважає, що українці в цій країні отримують все необхідне і навіть більше.

Оксана МИХАЙЛОВА
журналістка

МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ЯК СКЛАДОВА ГРОМАДСЬКОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ: ДОСВІД РОБОТИ ХЕРСОНСЬКОГО ОЦКПХ



Наталя АСАТУРОВА
генеральна директорка ДУ «Херсонський ОЦКПХ МОЗ України», головна державна санітарна лікарка Херсонської області



Вікторія ТАРАСОВА
завідувачка відділу епідеміологічного нагляду та профілактики неінфекційних хвороб ДУ «Херсонський ОЦКПХ МОЗ України»

Наразі система громадського здоров'я в Україні функціонує в умовах безпрецедентних викликів, серед яких особливе місце посідає збереження та зміцнення ментального здоров'я населення.

Херсонці переживають тривалий виснажливий стрес, спричинений наслідками воєнних дій, соціально-економічною нестабільністю та високим рівнем невизначеності, що поступово та системно впливає на їх психоемоційний стан. Це не лише погіршує якість життя, але й формує приховані довгострокові ризики, зокрема зростання поширеності неінфекційних хвороб. Проведене у 2024 році анонімне опитування для вивчення ситуації та визначення потреб в сфері ментального здоров'я мешканців міста Херсон та деокупованих громад області, в якому взяло участь понад 1300 осіб, підтвердило високий запит на послуги у сфері ментального здоров'я та психологічної підтримки. Водночас значна частина людей залишається недостатньо поінформованою про можливості отримання фахової допомоги, брак обізнаності нерідко призводить до небезпечних практик самодопомоги — самолікування, безконтрольного вживання заспокійливих і снодійних препаратів, а також спроб подолати наслідки стресу за допомогою алкоголю чи тютюнових виробів.

Ментальне здоров'я під тиском війни

Фахівці відділу епіднагляду та профілактики неінфекційних хвороб Херсонського обласного центру контролю та профілактики хвороб, які безпосередньо живуть і працюють у регіоні, щоденно долають ті самі виклики, мають глибоке розуміння реальних потреб населення та можуть більш чутливо й адресно підходити до питань психічного здоров'я мешканців громад. Саме тому одним із ключових напрямів нашої діяльності є інформаційно-просвітницька робота, зокрема проведення вебінарів, лекцій, тренінгів, скринінгів, інтерактивних занять та тематичних освітніх активностей серед різних цільових груп — учнів, педагогів, медичних працівників та пересічних громадян.

Безпечні простори замість звичних виїздів

Проте робота на прифронтовій території значно обмежує наші можливості та вимагає пошуку нових варіантів. Наразі практично неможливо, як раніше, проводити виїзні скринінгові та консультативні заходи безпосередньо у громадах, за місцем проживання — за запитами мешканців, органів місцевого самоврядування та ОСББ. Такий формат отримував надзвичайно позитивні відгуки, адже дозволяв охопити найбільш вразливі категорії населення: людей старшого віку, внутрішньо переміщених осіб, а також тих, хто опинився у складних життєвих обставинах. Нерегулярність роботи громадського транспорту як наслідок активності дронових атак також обмежує можливості участі населення. Звісно, це виклики для наших фахівців, які навчилися бути не лише медиками, тренерами чи консультантами, а ще й логістами, фотографами, дизайнерами простору, вантажниками. Проведення будь-яких активностей тепер здійснюється виключно у безпечних просторах.

Шляхом вирішення цих питань для нас стала співпраця з громадськими організаціями, які мають високий рівень довіри серед місцевої громади та охоплюють херсонців різних вікових категорій. Наразі налагоджено партнерську взаємодію з ГО «Центр Змін Поступ», ГО «ІРЦ Правовий простір», ГО «Вільна» та ГО «Жіночий кон-

сорціум України». Одним із нових форматів роботи стало залучення відділень Укрпошти, обладнаних укриттями. Такий підхід дозволяє проводити зустрічі у безпечних умовах навіть під час обстрілів та водночас зробити профілактичні й консультативні послуги більш доступними для населення.

Як війна змінює підходи до профілактики

Тематика заходів постійно розширюється відповідно до актуальних потреб населення. Зокрема, до переліку практичних тем було додано напрям «Надання першої домедичної допомоги», який сьогодні має значний попит. Під час активностей особливу увагу приділяємо практичній складовій зустрічей. Формат семінарів з елементами воркшопу дозволяє учасникам не лише отримати актуальну інформацію про профілактику та раннє виявлення захворювань, а й опанувати конкретні алгоритми дій для збереження власного здоров'я.

Під час заходів учасників навчають, як пройти обстеження в межах програми «Скринінг 40+», а також як користуватися можливостями державної програми реімбурсації «Доступні ліки» та знаходити безоплатні препарати через електронні сервіси.

Для молодіжної аудиторії ми маємо унікальні інструменти: освітня гра «Mental Trek» та виставка-гра «Здорове харчування: навчання в дії», які отримано завдяки співпраці з Українсько-швейцарським проєктом «Скорочення поширеності факторів ризику неінфекційних захворювань в Україні». Перший досвід їх використання, дозволяє зробити висновки, що інтерактивні формати роботи з молоддю є значно ефективнішими за традиційні лекції, адже вони передбачають активну участь, емоційне залучення та практичну взаємодію учасників. Саме через гру, командну роботу, моделювання життєвих ситуацій і живе обговорення, молоді люди легше сприймають складні теми, пов'язані з ментальним здоров'ям, профілактикою захворювань та здоровим способом життя. Крім того, інтерактивний формат створює безпечний простір для діалогу, знижує бар'єри у спілкуванні та підвищує рівень довіри й залучення молоді до обговорення важливих тем.

Підсумовуючи результати роботи, можна сказати, що Херсонський обласний центр контролю та профілактики хвороб сьогодні не лише займається питаннями громадського здоров'я, а й допомагає людям підтримувати своє емоційне благополуччя та стійкість у непростих умовах. Завдяки новим форматам роботи, співпраці з партнерами та різноманітним профілактичним заходам вдається не просто інформувати населення, а й мотивувати людей більше дбати про себе та своє здоров'я. Саме такі спільні ініціативи допомагають, підтримувати одне одного та формувати більш здорову, психологічно міцну та згуртовану громаду.

ЯК УКРАЇНА РЕАГУВАТИМЕ НА СПАЛАХИ ІНФЕКЦІЙ: УРЯД ЗАТВЕРДИВ НОВІ ПРАВИЛА ЕПІДНАГЛЯДУ

Кабінет Міністрів України ухвалив постанову «Деякі питання здійснення епідеміологічного нагляду та проведення епідеміологічного розслідування епідемій, спалахів інфекційних та масових неінфекційних хвороб і надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я», яка оновлює правила, за якими країна виявляє загрози для здоров'я, відстежує їх поширення та реагує на спалахи та епідемії.

Що змінює постанова

Запроваджуються єдині правила епіднагляду — на національному, регіональному та місцевому рівнях. Фахівці матимуть спільні підходи до виявлення випадків захворювань, оцінювання ризиків, передавання інформації та організації реагування.

Постанова чітко визначає порядок епідеміологічних розслідувань, що дозволяє чітко зафіксувати факт захворювання, з'ясувати, де виникла проблема, як передається інфекція, хто міг контактувати з хворим і які заходи потрібні, щоб зупинити подальше поширення.

Ще одна важлива зміна — можливість враховувати інформацію з відкритих джерел. Це дає змогу швидше помічати сигнали про потенційні загрози і не чекати, поки інформація пройде весь офіційний ланцюг звітності.

Чому це важливо

Епіднагляд — це система постійного спостереження за інфекційними хворобами. Її завдання — якомога раніше виявити небезпечну тенденцію: незвичне зростання захворюваності, групу пов'язаних випадків, новий осередок інфекції або ризик великого спалаху.

Якщо система працює добре — небезпеку можна помітити раніше і швидше зупинити. А отже, рішення держави будуть точнішими й обґрунтованішими.

Епідрозслідування, своєю чергою, допомагають не діяти навмання. Вони дають відповідь на ключові запитання: що є джерелом захворювання, як воно поширюється і що потрібно зробити саме зараз (встановити та перевірити контактних осіб, посилити заходи безпеки, провести додаткові обстеження чи запровадити інші протиепідемічні дії)..

За матеріалами МОЗ України (moz.gov.ua)

РЕЗУЛЬТАТИ СКРИНІНГУ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК-ПЕДАГОГІВ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ У ЗАКЛАДАХ ОСВІТИ (результати пілотного дослідження)



Дмитро БОНДАРЕНКО
генеральний директор ДУ «Одеський ОЦКПХ МОЗ України», головний державний санітарний лікар Одеської області



Тетяна ДОРОШЕНКО
заступниця генерального директора ДУ «Одеський ОЦКПХ МОЗ України»



Юлія МАКСИМЕНКО
лікарка відділу епіднагляду (спостереження) та профілактики неінфекційних хвороб ДУ «Одеський ОЦКПХ МОЗ України»

Ментальне здоров'я (далі — МЗ) визначається як стан, коли людина почувається добре, здатна ефективно справлятися зі стресом, продуктивно працювати та робити внесок у свою спільноту. Це не просто відсутність психічних розладів, а, радше, стан повного фізичного, ментального та соціального благополуччя, що дозволяє людині насолоджуватися життям і реалізовувати свій потенціал.

Особливої уваги МЗ набуває в освітньому середовищі, де педагогічні працівники щоденно стикаються з різноманітними викликами: навчальним навантаженням, стресом, емоційними коливаннями, конфліктами та високими вимогами до особистості. Військові дії між Україною та росією, пов'язані з ними економічні та соціальні зміни, призвели до зростання рівня соціальної напруги, підвищення соціальної тривоги та появи стресу у широких верств населення, зокрема і працівників освіти. Подільський район Одеської області входить до територій, що належать до зони можливих/потенційних бойових дій.

З урахуванням усього вище переліченого важливо додати зусиль для збереження МЗ педагогів, адже саме воно є запорукою якісного навчання, ефективної комунікації та формування стійкості до життєвих випробувань.

Метою цього дослідження було вивчення поширеності ознак тривоги, стресу, депресії серед жінок-педагогів, які працюють у закладах освіти Подільського району Одеської області.

Дослідження проводилось з січня 2026 року по квітень 2026 року шляхом анонімного онлайн-анкетування з використанням тесту DASS-21 (україномовний варіант на 21 питання), який дозволяє оцінити рівні депресії, тривоги та стресу. Окрім того, в анкеті просили вказати стать, вік, місце проживання, тип поселення, професійну сферу, в якій людина працює. Показники шкал депресії, тривоги та стресу обчислюють шляхом підсумовування балів за відповідними питаннями (Табл.1).

Об'єктом дослідження були жінки-педагоги, які працюють в закладах освіти Подільського району Одеської області. При аналізі отриманих даних була використана вікова класифікація ВООЗ.

Всього пройшли онлайн-анкетування 723 жінки-педагоги, у тому числі 270 жінок молодого віку (25-44 років), 331 жінка середнього віку (45-59 років), 122 жінки похилого віку (60-74 року); з них відповіли, що проживають в місті – 189 жінок, в селищі – 120 жінок, в селі – 414 жінок.

Результати анкетування статистично оброблені за допомогою пакету статистичного аналізу «data analysis» у програмі Microsoft Excel. Використані класичні інструменти data analysis: descriptive statistics, t-test.

За результатами дослідження виявлено, що тільки двоє з кожних трьох опитаних жінок-педагогів (63,21±1,79%) мали значення показників за шкалами депресії, тривоги, стресу у межах норми. Вірогідно більше респонденток з нормальними рівнями депресії, тривоги і стресу було серед жінок-педагогів похилого віку (60-74 років: 77,05±3,81%, 25-44 років: 62,96±2,94%, $t=2,93$, $p<0,05$; 45-59 років: 58,31±2,71%, $t=4,01$, $p<0,05$).

Ознаки тривоги різного рівня (від легкої до дуже важкої) виявлені у 240 респонденток (33,20±1,75%), стресового стану — у 97 респонденток (13,42±1,27%), депресії — у 174 респонденток (24,07±1,59%). Зокрема, були виявлені ознаки дуже важкого рівня:

- тривоги у 4 респонденток молодого віку та 14 респонденток середнього віку (1,48±0,74% та 4,23±1,11%, відповідно, t=2,07, p<0,05);
- стресу – у однієї респондентки молодого віку та двох респонденток середнього віку (0,37±0,37% та 0,60±0,43%, відповідно, t=0,41, p>0,05);
- депресії – у трьох респонденток молодого віку (0,41±0,24%).

Слід зазначити, що серед жінок-педагогів похилого віку за тестом DASS-21 не було виявлено респонденток із дуже важким рівнем депресії, тривоги, стресу. Також, серед зазначеної вікової групи не виявлено респонденток із стресом важкого рівня.

За даними анонімного анкетування, 1,94±0,51% жінок-педагогів мали ознаки важкої депресії, а 0,41±0,24% — дуже важкої (14 та 3, відповідно); 3,04±0,64% респонденток мали ознаки важкої тривоги, 2,49±0,58% — дуже важкої (22 та 18, відповідно); 1,80±0,49% — у стані важкого стресу та 0,41±0,24% — дуже важкого стресу (13 та 3, відповідно) (Табл.2).

Не зважаючи на існування респонденток з важкими і дуже важкими рівнями показників, взагалі по вибірці жінок-педагогів середні показники за шкалами депресії, тривоги та стресу відповідали нормальним значенням (2,60±0,11 балів, 2,64±0,10 балів, 3,84±0,13 балів, відповідно) (Табл.1).

Висновки:

— За результатами проведеного скринінгу встановлено, що понад третина жінок-педагогів закладів освіти Подільського району Одеської області мала ознаки порушень ментального здоров'я різного ступеня вираженості, зокрема тривоги, депресії та стресу.

— Найбільш поширеним психоемоційним порушенням серед обстежених респонденток була тривога, ознаки якої виявлено у 33,20% жінок-педагогів. Ознаки депресії встановлено у 24,07% опитаних, а стресового стану — у 13,42% респонденток.

— Виявлено вікові особливості стану ментального здоров'я: жінки-педагоги похилого віку достовірно частіше мали нормальні показники за шкалами депресії, тривоги та стресу порівняно з респондентками молодого та середнього віку.

— Ознаки важких та дуже важких рівнів тривоги, депресії і стресу частіше реєструвались серед жінок молодого та середнього віку, що може бути пов'язано з вищим психоемоційним навантаженням, професійним стресом та впливом соціально-психологічних наслідків воєнного стану.

— Незважаючи на наявність окремих випадків важких психоемоційних розладів, середні показники за шкалами DASS-21 у загальній вибірці відповідали нормальним значенням, що свідчить про відносно задовільний загальний рівень ментального здоров'я серед обстежених жінок-педагогів.

— Отримані результати підтверджують необхідність подальшого моніторингу психоемоційного стану педагогічних працівників, впровадження програм психологічної підтримки, профілактики професійного вигорання та підвищення психоемоційної стійкості працівників освітньої сфери в умовах воєнного стану (особливо для педагогів віком від 25 до 59 років).

Таблиця 1. Стандарти тесту DASS-21 для визначення рівнів депресії, тривоги та стресу (у балах)

Рівень показника	Депресія	Тривога	Стрес
Нормальний	0-4	0-3	0-7
Легкий	5-6	4-5	8-9
Помірний	7-10	6-7	10-12
Важкий	11-13	8-9	13-16
Дуже важкий	≥14	≥10	≥17

Таблиця 2. Розподіл обстежених жінок-педагогів за рівнями депресії, тривоги та стресу (P ± m,%)

Рівень	Депресія		Тривога		Стрес	
	n	P ± m,%	n	P ± m,%	n	P ± m,%
Норма	549	75,93±1,59%	483	66,80±1,75%	626	86,58±1,27%
Легка	86	11,89±1,20%	112	15,49±1,35%	44	6,09±0,89%
Помірна	71	9,82±1,11%	88	12,17±1,22%	37	5,12±0,82%
Важка	14	1,94±0,51%	22	3,04±0,64%	13	1,80±0,49%
Дуже важка	3	0,41±0,24%	18	2,49±0,58%	3	0,41±0,24%



ШВЕЦІЯ ТА ВООЗ ЗАПОЧАТКОВУЮТЬ НОВУ ДОВГОСТРОКОВУ ІНІЦІАТИВУ В УКРАЇНІ З ТРАНСФОРМАЦІЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Під час Конференції з відновлення України 2026 року в Гданську, Польща, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) та Шведське агентство з питань міжнародної співпраці та розвитку (Sida) оголосили про запуск нового багаторічного проєкту співпраці, спрямованого на підтримку довгострокового відновлення та трансформації системи охорони здоров'я України.

Новий проєкт «Ініціатива з трансформації системи охорони здоров'я України: зміцнення управління, фінансування та надання послуг з охорони здоров'я для довгострокового відновлення» **триватиме з червня 2026 року до 2029 року. Швеція надасть близько 26 млн доларів США** (240 млн шведських крон) **на підтримку цієї ініціативи.** Цей внесок є частиною ширшої підтримки України з боку Швеції в межах підходу Team Europe, який об'єднує Європейський Союз, його держави-члени та ключових партнерів, зокрема Генеральний директорат Європейської Комісії з питань розширення та Східного сусідства (DG ENEST), Enabel та ВООЗ як провідну організацію у сфері охорони здоров'я, для підтримки відновлення України, реалізації реформ та європейської інтеграції.

В офіційному запуску ініціативи взяли участь Генеральна директорка Шведського агентства з міжнародного розвитку та співробітництва (Sida) Ганна ГЕЛЛЬКВІСТ, керівниця підрозділу Sida в Україні Малін ПЕРХУЛЬТ, Представник ВООЗ в Україні доктор Ярно ХАБІХТ та заступниця Міністра охорони здоров'я України Марія КАРЧЕВИЧ.

Понад чотири роки війни створили безпрецедентний тиск на систему охорони здоров'я України та спричинили три взаємопов'язані виклики. Перший — реагування на безпосередні наслідки війни та нагальні потреби населення у сфері охорони здоров'я. Другий — відновлення та модернізація послуг з охорони здоров'я уже сьогодні. Третій — продовження реформ і приведення системи охорони здоров'я у відповідність до європейських стандартів у контексті майбутнього вступу України до Європейського Союзу.

Війна призвела до масштабного переміщення населення, зростання потреб у травматологічній допомозі та реабілітації, а також нестачі медичних працівників. Високий рівень прямих витрат населення на послуги з охорони здоров'я ускладнює доступ до допомоги. **Близько 46% загальних витрат на охорону здоров'я покриваються безпосередньо громадянами**, що

створює значне фінансове навантаження для багатьох домогосподарств та підкреслює необхідність реформування системи фінансування охорони здоров'я.

Літні люди, люди з інвалідністю, жінки, діти та ветерани й надалі стикаються з найбільшими труднощами у доступі до медичних послуг.

«Україна демонструє, що трансформація системи охорони здоров'я може тривати навіть під час війни. Україна також продовжує наближати свою систему охорони здоров'я до європейських норм і стандартів. ВООЗ віддана підтримці України на цьому шляху. Ми надаємо технічну допомогу, допомагаємо координувати зусилля партнерів та підтримуємо інституційні зміни, необхідні для зміцнення системи. Ми вдячні Швеції за її підтримку. Завдяки цьому партнерству ми можемо допомогти Україні побудувати більш стійку, доступну та орієнтовану на потреби людей систему охорони здоров'я», — сказав доктор Ярно ХАБІХТ, Представник ВООЗ в Україні.

Нова ініціатива підтримуватиме Україну за трьома взаємопов'язаними напрямами:

1. Посилення управління реформами та координації в секторі охорони здоров'я через ефективні механізми співпраці та регулярний діалог між усіма партнерами;

2. Розвиток первинної медичної допомоги, у центрі якої — сімейний лікар, медична сестра та акушерка;

3. Посилення фінансової стійкості системи охорони здоров'я через підтримку реформ, які забезпечать її довгостроковий розвиток і зменшать фінансовий тягар для пацієнтів.

Загалом ці реформи мають зробити систему охорони здоров'я більш цілісною та зрозумілою для пацієнтів, покращити якість і безперервність медичної допомоги та забезпечити більш справедливий доступ до послуг, особливо для тих, хто найбільше їх потребує. Вони також сприятимуть розвитку сучасної системи охорони здоров'я, узгодженої з європейськими стандартами.

«Ми переконані, що довгострокове відновлення неможливе без сильних, якісних і людиноорієнтованих послуг з охорони здоров'я, доступних для всіх. Наше партнерство з ВООЗ покликане підтримати глибокі та сталі системні зміни. Інвестиції в людський капітал, особливо в акушерську допомогу, роль якої неможливо переоцінити для матерів, новонароджених та забезпечення сексуального і репродуктивного здоров'я підлітків, а також у посилення управління, цифрову трансформацію та фінансову стійкість системи охорони здоров'я — це інвестиції в майбутнє України. Ми пишаємося можливістю підтримувати цей процес», — зазначила Малін ПЕРХУЛЬТ, керівниця підрозділу Sida в Україні.

Цей проєкт допоможе Україні наблизитися до системи, у якій кожна людина матиме доступ до необхідної медичної допомоги. Він сприятиме зміцненню первинної медичної допомоги, зробить систему фінансування охорони здоров'я більш стабільною та передбачуваною, а також зменшить прямі витрати українців на послуги з охорони здоров'я. У результаті система охорони здоров'я України стане більш узгодженою з європейськими стандартами та більш стійкою в довгостроковій перспективі.

Пресофіс ВООЗ Україна

УРЯД ЗАТВЕРДИВ П'ЯТИРІЧНУ ПРОГРАМУ РОЗВИТКУ КАДРОВИХ РЕСУРСІВ У СИСТЕМІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Кабінет Міністрів затвердив Програму розвитку кадрових ресурсів у системі психічного здоров'я на 2027-2031 роки. Програма спрямована на формування й розвиток збалансованої та спроможної екосистеми кадрових ресурсів, здатної забезпечити надання українцям доступної та якісної психологічної допомоги й підтримки.

В межах Програми передбачена реалізація низки заходів з розвитку кадрових ресурсів, зокрема:сфері психічного здоров'я на основі аналізу даних, оцінки кадрової спроможності та прогнозування потреб;

запровадження системного підходу до управління кадровими ресурсами у сфері психічного здоров'я на основі аналізу даних, оцінки кадрової спроможності та прогнозування потреб;

впровадження функціонально-рольового підходу до розвитку кадрових ресурсів, зокрема шляхом застосування рамки функціональних ролей як інструменту кадрового планування, освіти та професійного розвитку;

узгодження системи освіти, підготовки та безперервного професійного розвитку фахівців із реальними потребами системи охорони психічного здоров'я, включно з розвитком супервізії як механізму забезпечення якості;

забезпечення регіональної кадрової спроможності та справедливого розподілу кадрових ресурсів у системі охорони психічного здоров'я.

Програму ухвалено в межах реалізації Закону України "Про систему охорони психічного здоров'я в Україні". Головна мета закону — побудова сучасної, ефективної та злагодженої системи підтримки психічного здоров'я, що відповідає європейським нормам і стандартам.

За матеріалами МОЗ України (moz.gov.ua)



ВІД МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ ДО УКРАЇНСЬКОЇ СИСТЕМИ ПІДГОТОВКИ: В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКУ ФОРМУЄТЬСЯ НОВИЙ НАПРЯМ РЕАГУВАННЯ НА ХІМІЧНІ ЗАГРОЗИ

Повномасштабна війна змінила не лише характер викликів, з якими щодня стикається система охорони здоров'я України, а й самі підходи до підготовки медичних працівників. Поряд із традиційними завданнями екстреної медичної допомоги дедалі більшого значення набуває готовність діяти в умовах хімічних інцидентів. Для української системи охорони здоров'я це порівняно новий напрям підготовки, розвиток якого потребує сучасних знань, практичних навичок і довгострокового міжнародного партнерства. Саме такий підхід сьогодні реалізовується на базі КНП «Обласний клінічний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Івано-Франківської обласної ради».

Хімічні інциденти належать до найбільш складних надзвичайних ситуацій для системи охорони здоров'я. Вони вимагають від медичних працівників не лише професійного надання допомоги постраждалим, а й уміння працювати в потенційно небезпечному середовищі, правильно оцінювати ризики, захищати себе та своїх колег, запобігати вторинному ураженню і взаємодіяти з іншими службами, залученими до ліквідації наслідків надзвичайної ситуації.

Світовий досвід свідчить, що ефективне реагування на подібні події неможливе без спеціальної підготовки. Саме тому в багатьох країнах навчання з реагування на хімічні, біологічні, радіологічні та ядерні загрози вже давно стало невід'ємною складовою професійної підготовки екстрених служб. Для України, яка в умовах війни зіткнулася з новими безпековими ризиками, розвиток цього напряму набув особливої актуальності.

Робота над цим напрямом на Прикарпатті розпочалася восени 2025 року, коли КНП «Обласний клінічний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Івано-Франківської обласної ради» прийняв американських і польських партнерів — представників Медичного центру Університету Небраски, Національного інституту стратегічних досліджень при Університеті Небраски та REAGO TRAINING (Республіка Польща). Під час зустрічі сторони обговорили перспективи співпраці у сфері радіаційного, хімічного та біологічного захисту, визначили пріоритетні напрями взаємодії та досягли домовленостей щодо організації навчальних програм для українських фахівців екстреної медичної допомоги. Уже тоді було зрозуміло, що йдеться не про про-

ведення окремого навчального заходу. Метою партнерства стало створення основи для довгострокового розвитку нового напряму підготовки, який має стати складовою системи готовності української медицини до сучасних викликів.

Першим практичним результатом цієї співпраці став міжнародний тренінг з медичного ведення постраждалих від хімічного отруєння, який відбувся 25-28 травня 2026 року на базі Центру. У навчанні взяли участь українські фахівці разом з польськими та американськими.



Програма поєднувала теоретичну підготовку із практичним відпрацюванням дій у сценаріях, наближених до реальних умов. Учасники навчалися розпізнавати хімічні загрози, правильно використовувати засоби індивідуального захисту, організовувати контроль забруднення, проводити дезактивацію, надавати медичну допомогу постраждалим і забезпечувати їх безпечне транспортування. Окрему увагу було приділено питанням інфекційного контролю та командній взаємодії під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій. Саме практична складова стала головною особливістю курсу, адже дала змогу відпрацювати алгоритми реагування, які можуть бути застосовані в реальних умовах.

Проведений тренінг став лише початком. Далі — підготовка українських інструкторів. Йдеться про модель, яка давно успішно застосовується у світі: фахівці, які пройшли поглиблену підготовку під керівництвом міжнародних експертів, надалі самі стають викладачами й навчають своїх колег. Такий підхід забезпечує не лише безперервність процесу підготовки, але й дає можливість адаптувати міжнародні стандарти до особливостей української системи охорони здоров'я. У перспективі це відкриває можливість для масштабування навчання далеко за межі одного регіону. Підготовлені українські інструктори можуть проводити тренінги для працівників системи екстреної медичної допомоги та інших закладів охорони здоров'я, поступово формуючи єдині підходи до реагування на хімічні загрози. Таким чином міжнародне партнерство трансформується у власну систему професійної підготовки, здатну самостійно розвиватися та відповідати на нові виклики.

«Для України цей тренінг став не просто навчанням, а важливим кроком до становлення сучасної системи реагування на хімічні загрози. Ми отримали знання та практику, які ще не мають достатньої бази в нашій державі, але в умовах сьогодення є критично необхідними для безпеки людей. Підготовка фахівців екстрених служб до реагування на хімічні загрози в нашій державі лише формується, і саме тому міжнародна співпраця має особливе значення. Ми прагнемо, щоб Прикарпаття стало місцем, де цей досвід розвиватиметься найактивніше, і впевнені, що разом з нашими міжнародними партнерами ми зможемо закласти фундамент для його сталого розвитку», — зазначає генеральний директор КНП «Обласний клінічний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Івано-Франківської обласної ради» Мирон Матейко.

Одним із результатів міжнародної співпраці стало не лише проведення навчань, а й створення умов для їхнього продовження в Україні, зокрема завдяки сучасному обладнанню, яке отримав Центр. Водночас стійкість системи охорони здоров'я визначається не лише сучасною матеріальною базою, а й людьми, їхньою підготовкою та здатністю передавати знання іншим. Саме тому створення української мережі інструкторів із реагування на хімічні загрози можна розглядати як стратегічну інвестицію.

Якщо заплановані етапи співпраці будуть реалізовані, Прикарпаття стане одним із центрів розвитку цього напряму підготовки в Україні — місцем, де міжнародний досвід не лише впроваджується, а й трансформується у власні освітні програми та поширюється серед медичних працівників з різних регіонів держави. Саме такий підхід дозволяє перейти від окремих міжнародних навчань до формування сталої української системи підготовки, здатної забезпечити готовність медичної спільноти до викликів сьогодення і майбутнього.


BIOMED
7A-23B



ВСІ, ХТО ПОТРАПЛЯЄ ДО ЛІКАРНІ МЕЧНИКОВА, МАЮТЬ ШАНС ПОВЕРНУТИСЯ ДО ЖИТТЯ

Ранок у Дніпрі. Місто здригається від двох потужних вибухів, які пролунали один за одним. Влучання в одну точку — по одному з підприємств міста поцілили дві російські балістичні ракети. Над містом здіймається дим. А до одного з медзакладів Дніпра везуть найтяжчого серед поранених.

Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І.І. Мечникова. Бригада екстреної медичної допомоги доправила сюди 44-річного цивільного чоловіка з проникаючим пораненням головного мозку. Порятунок йде на хвилини.

Реанімаційна зала

У реанімаційній залі чоловіка оглядає бригада лікарів. Це протишокова, куди одразу потрапляють усі тяжкі пацієнти з пораненнями, травмами або захворюваннями, якщо вони потребують інтенсивної терапії. Їх стабілізують і відправляють до ургентної операційної. У лікарні Мечникова є ургентна нейрохірургічна, хірургічна на один стіл та хірургічна операційна на два столи. На чергуванні нині 28-річний нейрохірург Богдан СІРКО. Він має зупинити масивну кровотечу у тяжкого пацієнта, дістати уламки з голови та розправити здавлений вибухом мозок.

«Потрібна година, щоб визначити його показники крові, групу крові, бо, враховуючи, що це велика операція, нам потрібно замовляти кров. Все за відпрацьованим механізмом. Поки це все відбувається — пацієнт уже рухається в операційну. Ще додатково всі суміжні спеціалісти – травматолог, хірург — виконують дослідження, щоб ми знали, що більше ніяких поранень немає. Навіть якщо не видно рани, ми повинні переконатися, що немає тупої травми живота або грудної клітини».

Поранення головного мозку одразу кваліфікується як тяжка травма, продовжує нейрохірург Богдан СІРКО. Перед операцією йде оцінка ступеню тяжкості за допомогою комп'ютерної томографії.

«Були накладені гемостатичні шви, виконано комп'ютерний томограф і вже по комп'ютерній томографії ми приймали рішення, що будемо з ним робити. Бувають випадки, коли ми розуміємо, що від самого початку маємо великі проблеми з пошкодженням головного мозку. Після травми відбувається набряк головного мозку і якщо не видалити уламки, грубо кажучи, мозок стискає сам себе. Тому потрібно дати простору, щоб він вийшов назовні. Плюс треба закрити і зупинити всі кровотечі, тому що у нього була кровотеча з множинних частин головного мозку».

Ця термінова операція із порятунку пораненого від вибуху російської ракети чоловіка тривала три з половиною години. Наступного дня свій ранковий обхід генеральний директор лікарні Сергій РИЖЕНКО розпочинає саме з реанімаційної зали. Стан прооперованого чоловіка і досі важкий.

Богдан СІРКО: *Набряк головного мозку, множинні переломи правої скроневої, тім'яної, лобної кістки, переломи основи черепа, пазух. Був взятий ургентно в операційну, виконана декомпресійна трепанація, пластика фронтального синусу з обох сторін...*



Сергій РИЖЕНКО: *Скажіть, зараз кома?*

Богдан СІРКО: *Кома, тяжка кома. Кома 2.*

Сергій РИЖЕНКО: *Я бачу, що перспектив мало, але треба боротися. Що заплановане на сьогодні?*

Богдан СІРКО: *Комп'ютерний томограф виконаємо, подивимося, як він себе у динаміці поводити буде та інтенсивна терапія.*

Нейрохірург Богдан — на добовому чергуванні. У медзакладі він працює п'ять років — три роки інтернатури і два — як самостійний лікар. Каже, часта історія тут — великі надходження, зокрема, з передових шпиталів:

«Зараз куль практично немає, стрілецьких боїв немає. Уламки, вторинні поранення, тупа травма, цивільна травма. Практично кожне чергування у нас таке, що ми працюємо. І ми ще в дуже гарних умовах працюємо. Тут нема постійних обстрілів щодня, ми можемо піти додому. А є ще військові лікарі, які кожного дня працюють без вихідних. Тому до них найбільша повага, про них мало говорять, але вони перші, хто з цим всім стикається».

Відділення анестезіології та політравми

Тут лікують найтяжчих пацієнтів — хворих, цивільних та військових після важких поранень. 51-річний Володимир дістав поранення через атаку російським FPV-дроном — із напарником віз боєкомплекти на «нуль». Сталося це на Донеччині.

«FPV-дрон. Ми їхали і він зайшов ззаду. І воно так сталося все, навіть не зрозумів коли».

Володимир дістав відкрите черепно-мозкове поранення, струс головного мозку, вогнепальне поранення правої кінцівки зі зміщенням, перелом лівої п'ятки, множинні дрібні рани обличчя, опіки шкіри, акубаротравму та гостру приглухуватість.На правиці рахує пальці.

«Один, два, третього нема. Рухаю от трьома. І ще неповна ампутація одного пальця».

Боєць каже — почувається на «трієчку». Найближчим часом на нього чекає евакуація у тиловий шпиталь. Там він вже мріє зустрітися з родиною — дружиною та 9-річною донечкою. Ми завершуємо розмову — Володимиру принесли сніданок.

Напроти снідає і 39-річний захисник Анатолій. Його буквально з ложечки годує медсестра Юлія БАС. Стан Анатолія важкий. Його доправили нещодавно з Краматорського напрямку:

«Я приїхав після евакуації. А коли це було — вчора, позавчора — я не можу сказати. Це був FPV. Я був на позиції. Я з каністрою був — хотів залити у бензобак і запустити генератор. Не в той час. Я його почув, але він дуже швидко налетів. Момент на те, щоб прийняти якесь рішення. Секунди, мілісекунди».

В Анатолія опіки обличчя та обох верхніх кінцівок, також обгоріли інші частини тіла. Хірургам довелося ампутувати ліву ногу. Але перспективи на одужання хороші, каже генеральний директор лікарні.



Сергій РИЖЕНКО: *Ти — молодець, ти супер тримаєшся. І я дивлюся, нога заживає в тебе дуже добре – там сяде протез класний і все буде добре в тебе.*

Анатолій: *Дякую!*

Поруч у цій же палаті ще один боєць у комі із множинними пораненнями та ампутацією. На нього чекає ще кілька операцій. Інший боєць у свідомості, але поки інтубований — за нього дихає апарат. Сергій РИЖЕНКО пояснює.

«У нас апарати, які рахують, який об'єм повітря повинен отримати і видихнути пацієнт».

Потім звертається до пацієнта:

«Трошки потерпи — скоро зніемо і будеш розмовляти!»

Через удар російського FPV-дрона опинився у реанімації і 71-річний Олег з Нікополя, що на Дніпропетровщині. Він їхав в авто разом з дружиною, її сестрою та зятем, коли на ходу в транспортний засіб влетів ворожий дрон. Дружина, яка була за кермом, загинула одразу. Олег, який сидів поруч, поранений намагався зупинити некероване авто. Згадує це з болем.

«На частини розірвало все. Ми всі були у шматках тіла моєї дружини. Я руку поклав на кермо і постарався утримати, бо ми на трасі. Бо якщо авто ще б з траси (вилетіло — авт.) — то ми всі насмерть тоді. Я петляв і петляв по трасі — машини мене об'їжджали, поки знижувалася швидкість. Коли побачив стовпчик біля дороги — я в нього зупинився».

Пан Олег згадує — як тільки вийшов з авто, одразу втратив свідомість. Опритомнів вже у лікарні Мечникова. Серед множинних ушкоджень, найтяжче травмоване ліве око. Тож останнє оперативне втручання проведуть офтальмологи і заберуть великий уламок. Загалом, аби врятувати чоловіка, йому перелили три літри крові.

«Це моя четверта катастрофа і щоразу мене витягали тут у Мечникова. На цей раз я думав, що уже все».

Ще одна історія надзвичайного порятунку — про 20-річного Ярослава з Краматорська. Його раніше доправили до лікарні Мечникова без свідомості. У рідному місті він теж ледь не загинув від влучання російського FPV-дрона в авто, яким повертався додому. До будинку не доїхав 100 метрів. Про той удар розповідає матір хлопця Анна.

«Я була вдома, почула вибух. Набрала сина — не відповідає. Подзвонила другу, який мав бути з ним — не відповідає. Чоловік одразу поїхав на місце вибуху. Я слідом за ним побігла і побачила таку картину — авто було перевернуте, син вже не дихав, був чорний. Нам казали його не діставати — він уже мертвий. Але чоловік дістав. Викликали швидку і поїхали до лікарні».

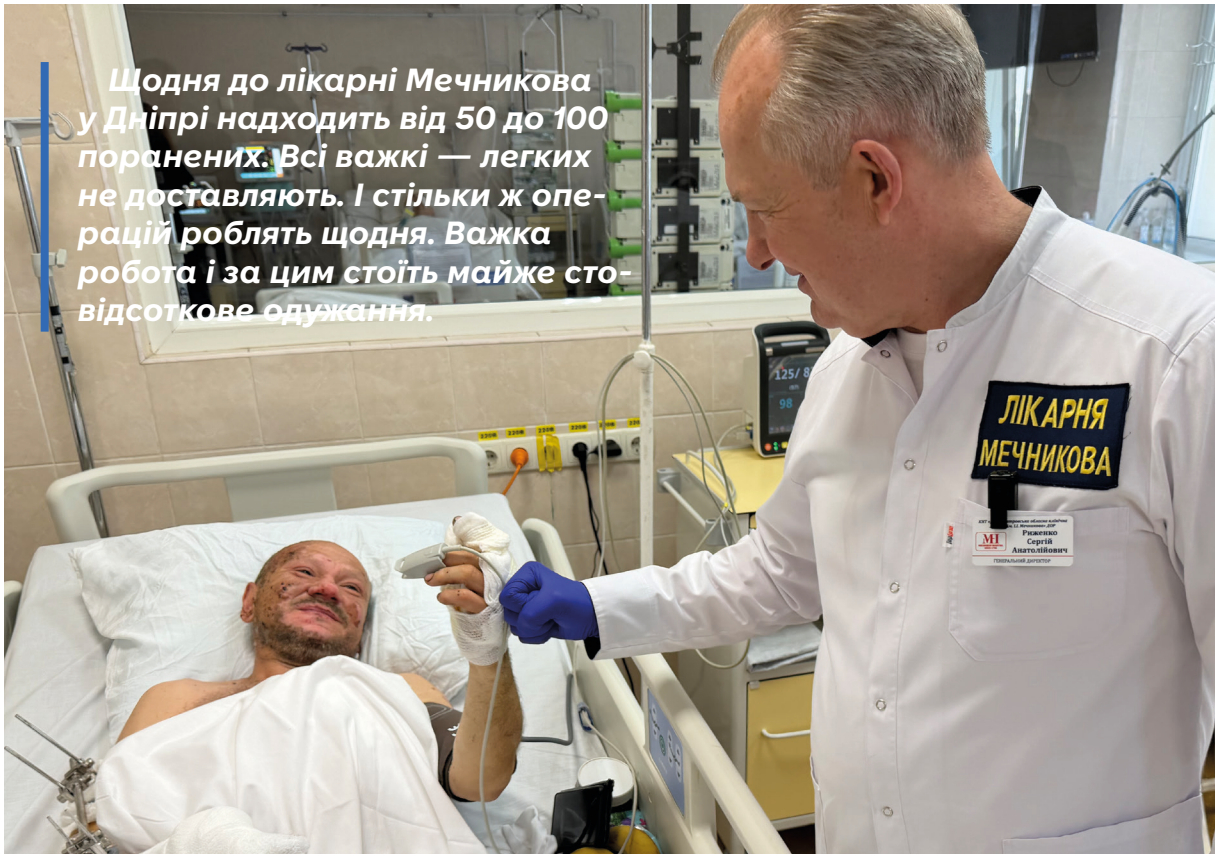
Анна працює старшою медсестрою-анестезисткою у лікарні Краматорська. Сина одразу взяли на операцію і врятували.

«Живий! Дякую велике нейрохірургу у Краматорську, який провів складну операцію. Тут (у Мечникова — авт.) всім лікарям, які оперували».

Сьогодні Ярослав уже розмовляє, але попереду ще одна операція, яку проведуть лицьові хірурги. Далі на хлопця чекає тривала реабілітація.

Поки спілкуюся з пораненими, свою щоденну роботу виконує медсестра відділення політравми Дарина КІРЮХІНА. Дівчині 25 років.





Щодня до лікарні Мечникова у Дніпрі надходить від 50 до 100 поранених. Всі важкі — легких не доставляють. І стільки ж операцій роблять щодня. Важка робота і за цим стоїть майже стовідсоткове одужання.

«В мене одна палата, чотири людини важкі. Це тільки важкі пацієнти, які потребують турботи та лікування, любові від нас. Це не тільки ін'єкції, це ще й догляд за ними. Пацієнти завжди є — у нас не буває пусто. Ми швидко переводимо, швидко нові надходять. Все дуже інтенсивно. Є такі, що лежать місяць, є два тижні. Звикаємо до них».

Дарина працює у відділенні уже рік і 4 місяці. До цього працювала в дитячій кардіохірургії. Каже — буває і не присідає протягом зміни. Важко бачити, з якими пораненнями привозять пацієнтів і хочеться якнайкраще їм допомогти:

«Дуже важко бачити поранення. Дуже важко, бо чоловік теж служить. Тому на місці кожного пацієнта уявляю, раптом може бути мій чоловік. Стараємося не показувати їм того, що нам важко, підтримуємо».

Дарина — одна з кількасот працівників лікарні імені Мечникова, яких взяли на роботу з фронтових та прифронтових територій. Чотири роки тому приїхала до Дніпра з Торецька. А навчалася у Бахмуті. Зараз, каже, повертатися вже нікуди.

«Забрала батьків і за два тижні було пряме влучання у будинок у Торецьку. Торецьк зруйнований. Навіть військові, які надходять з того напрямку, кажуть, що там нічого не лишилося. Це як Бахмут номер два».

Тому своє подальше життя дівчина пов'язує з Дніпром. Тим паче — наразі разом з чоловіком очікують на народження дитини.

Черговий звичайний день

Нашу кількагодинну зустріч у лікарні підсумовує генеральний директор Сергій РИЖЕНКО. Питаю його, чи це наразі звичайний день у житті медзакладу та його працівників?

«День такий, як і усі. Ви бачите дуже багато пацієнтів на приймальному відділенні. Тут в реанімації всі важкі, всі прооперовані. Всі, хто надходив тільки завдяки нашим анестезіологам та хірургам отримали шанс на життя. Всі хлопці мають черепно-мозкові поранення, четверо без кінцівок, у двох пацієнтів немає обох ніг — високі важкі ампутації. Робимо все можливе щоб вони повертались до життя, а потім повертались додому. Тут найтяжчий етап в їхньому житті. Вони приходять у свідомість, бачать, на жаль, що травми великі і що надалі з цим треба впоратися. Але все інше — як завжди. Важка робота наших лікарів і медичних сестер за життя кожного воїна і кожного цивільного. Одне напружує дуже, що війна переходить до мирних людей. 50 відсотків поранених зараз — це абсолютно цивільні люди. Великі цифри людей, які просто були десь поруч, де стався вибух».

Щодня до лікарні Мечникова у Дніпрі надходить від 50 до 100 поранених. Всі важкі — легких не доставляють. І стільки ж операцій роблять щодня. Важка робота і за цим стоїть майже стовідсоткове одужання.

«Всі, хто потрапляє до лікарні Мечникова, мають шанс повернутися до життя».

Софія БОГУЦЬКА
журналістка

СЕРГІЙ РИЖЕНКО: «Я БАЧУ БАГАТО ГОРЯ НАВКРУГИ. МОЯ ВЕЛИКА ІДЕЯ, ЩОБ СЬОГОДНІ КОЖНА ЛЮДИНА, ЯКА ПОТРЕБУЄ ДОПОМОГИ, ОТРИМАЛА ЇЇ ЯКОМОГА ШВИДШЕ І КВАЛІФІКОВАНО»



«Тільки у Мечникова» — цю фразу часто кажуть поранені, бо впевнені: там їм допоможуть. За роки війни тамтешні медики набули раніше небачених вмінь з лікування найтяжчих бойових травм і вже діляться цим досвідом із закордонними колегами.

Сергій РИЖЕНКО 15 років поспіль очолює один з провідних медичних закладів України — Дніпропетровську обласну клінічну лікарню імені І.І. Мечникова. Спершу — як головний лікар, а з 2020-го року — як генеральний директор. Цей заклад — один із найстаріших багатопрофільних, який з 2014-го став ще й медичним хабом із порятунку українців, постраждалих у російсько-українській війні.

Про порятунок військових та цивільних, підтримку лікарів, а також особисті мрії і прагнення — в інтерв'ю.

З Сергієм РИЖЕНКОМ ми зустрічаємося спершу у реанімації політравми, але потім не йдемо до кабінету, а прямуємо до медіа-центру одразу у приймальному відділенні. У травні лікарня Мечникова зазнала ушкоджень через чергову російську атаку на Дніпро і кабінет генерального директора теж постраждав. До слова, це вже не перший удар.

— Ось ми тут сидимо, але тут теж все було розвалене. Стіни попадали. Не було стелі. Ми мобілізувались, залучили владу. Все зробили швидко — за місяць все було відремонтоване. А зараз мій кабінет теж робимо. Головне, що не можна повернути, — це здоров'я та життя.

— Про здоров'я та життя у лікарні Мечникова знають точно усе. О котрій у вас розпочинається робочий день?

— О 6-й ранку я вже отримую всю інформацію про надходження до лікарні і операції, які плануються. Від 7-ї починаю приймати своїх помічників, щоб якось цей день розкласти по поличках.

— Тобто ви вже фізично на роботі?

— А я нікуди не йду. Я тут живу на цій роботі вже більше чотирьох років. Важко дуже залишити оцей великий корабель, бо ти думаєш, що може щось статися, коли тебе не буде. Дуже важко, душевно важко. Коли я від'їжджаю на 1-2 дні, мені здається, що все там буде руйнуватися. Але, слава Богу, витримуємо цей великий потік і поранених, і інформації. Тільки кожного дня надходить 50-100 пацієнтів. Сьогодні — 56. Це цивільні, це і військові. Це ті, хто сьогодні одержав поранення. І сотні людей, яких привозять із хворобами із багатьох територій — Херсонська, Харківська,

Донецька, Луганська області. Наша лікарня стала такою, де майже всі хочуть одержати допомогу.

Сьогодні, наприклад, ми провели захід до Дня боротьби з розсіяним склерозом. Люди приїхали з 8-ми областей України. Бачите, щоб поспілкуватися з лікарем, який може допомогти, люди знаходять транспорт, приїздять, щоб одержати всі рекомендації, які дозволять жити далі.

— Російсько-українська війна триває з 2014-го року, і в 2014-му році ви почали приймати перших поранених. Яка тоді була ситуація?

— Ми називаємо цей період як «розминка в спорті». З 2014-го до 2022-го року ми прийняли 4 тисячі поранених. А з 22-го — вже більше 50-ти тисяч. Тоді здавалося, що ми такі героїчні, що ми все зробили для того, щоб ці хлопці і дівчата виживали. Але сьогодні ми зробили, як мінімум, у 12-ть разів більше від того, що було раніше. Це великі цифри, за якими життя. 95,6 відсотка наших пацієнтів виживають. Це показує, що ми ефективно працюємо.

От нещодавно цивільному 20-річному хлопцю зробили 4 важкі операції і більше 15-ти перев'язок — я подивився історію хвороби. Він отримав поранення у Краматорську від FPV-дрона. Його історія хвороби — як книга на 400-500 сторінок: потрапив до нас у комі, а зараз розмовляє. Це успіх всіх лікарів — анестезіологів, нейрохірургів, тому що при надходженні були «нульові» шанси, без усіляких прогнозів на життя. Сьогодні він розмовляє, вдалося. Це вже щастя!

— Як змінився характер бойових поранень з початком повномасштабного вторгнення?

— Абсолютно. Якщо раніше це були мінно-вибухові поранення, скажімо, десь 20 відсотків. Це артилерія, гранати. То зараз мінно-вибухові поранення займають 98 відсотків. І основний фактор поранень — це FPV-дрони. Минуло небагато часу, але кульових поранень майже не зосталося. Їх піввідсотка. Наголошую, 90 і більше відсотків — це мінно-вибухова травма. І така травма, в першу чергу, б'є по всьому організму, починаючи з голови, мозку і закінчуючи п'ятами. Тому її лікувати дуже складно, починаючи з анестезіологічних бригад і закінчуючи травматологами, нейрохірургами, хірургами. Тому що відламки дістають з живота, органів, кінцівок. Це дуже важкі травми. Треба, щоб спеціалісти розуміли, як їх лікувати.

Сергій РИЖЕНКО — Герой України, доктор медичних наук, професор, заслужений лікар України. Свою медичну кар'єру розпочав фельдшером Шендерівської дільничної лікарні на Черкащині, згодом працював акушером-гінекологом у Дніпрі.

У 1999–2010 роках був головним державним санітарним лікарем Дніпропетровської області, а у 2010–2011 роках — першим заступником міністра охорони здоров'я України. Із 2011 року очолює Дніпропетровську обласну клінічну лікарню імені І.І. Мечникова.

Із початком російсько-української війни лікарня Мечникова стала одним із ключових медичних центрів країни з порятунку найтяжчих поранених військових і цивільних, а її досвід у лікуванні бойових травм сьогодні вивчають і за кордоном.

— Вам довелося відкривати додаткові реанімаційні відділення?

— Ми збільшили кількість реанімаційних ліжок у 5 разів. У нас було до 60-ти, зараз бувають моменти, що ми їх доводимо до 300. Збільшили і кількість лікарів. Багато медиків прийшли з територій, які зараз окуповані. Ми взяли 300 людей. Ці люди дуже швидко знайшли себе і зараз вони є таким авангардом. Вони вже знають, що таке ворог, знають інше життя і намагаються робити все, щоб тут закріпитися. Ми бачимо, як вони класно працюють.

— Я неодноразово спілкувалася з вашими пацієнтами і багато з них казали, що хотіли потрапити саме до лікарні Мечникова на лікування. Вас це тішить?

— Від 6-ї ранку я розмовляю з командирами, які кажуть, що вночі були проблеми і чи можна доправляти поранених зі стабпунктів. Бо ті відмовляються їхати в якесь інше місце, тому що знають, що їм в «Мечникова» допоможуть. Знаєте, вже стереотип такий склався, що «тільки у Мечникова». Я розумію, що є ще інші лікарні, але спеціалісти, більш навчені бойовій травмі — тут, у наших стінах!

— Саме завдяки вашому досвіду та вмінню вам вдалося залучити в лікарню і нове сучасне обладнання?

— Це така довга робота, але, головне, щоб були спеціалісти високого ґатунку, яким не треба щось пояснювати на пальцях. Це і комп'ютерні томографи, які дуже потрібні. Це і МРТ-апарати. Це і ангіографи, це та апаратура, яка коштує сотні мільйонів. За допомогою Міністерства охорони здоров'я, керівництва нашої області, Всесвітньої організації охорони здоров'я ми маємо найпотужнішу лабораторію і супертехнології, які дозволяють лікувати важких пацієнтів.

— У 2014-му році, коли ви стикнулися із бойовою травмою, де ви та ваші лікарі шукали інформацію та поради, як допомагати пораненим? Зараз уже і самі можете ділитися досвідом?

— Це був початок, і ми запрошували спеціалістів з Ізраїлю, Німеччини,



Іспанії. До нас приїздили і показували, що треба робити при мінно-вибухових пораненнях. Зараз більше 200 лікарів з усіх, мабуть, країн Європи і Америки вже приїздили до нас отримати цей досвід лікування комбат-травми. Важко знайти такі тяжкі поранення в мирній країні. А в нас вони — щодня! Сьогодні цілу ніч тут були французькі спеціалісти і сьогодні о 4-й годині вони знову приїздять, бо хочуть отримати хоча б якісь лекційні матеріали. Я вчора розмовляв з професором, який за своє життя зробив дві ампутації за показами. В середньому ж наші травматологи роблять (уже після відірваних кінцівок на фронті) 10-12 реампутацій щодня. Це інший досвід.

— А чи мають змогу ваші лікарі їздити на навчання та обмін досвідом?

— Зараз так, але часу на це немає. Ми домовились із лікарями, які мають вже такий великий досвід, якщо вони хочуть кудись їхати, вони обов'язково готують тих, хто може їх повністю і адміністративно, і хірургічно підмінити.

— Молоді багато у вас працює?

— Ось я сьогодні підписав кілька листів, які спрямовані до міністра. Молоді люди хочуть зостатися працювати далі. Десятки молодих лікарів, які пройшли інтернатуру не хочуть їхати до своїх домівок. Багато хто із Львівської, Тернопільської областей, з інших — просять залишити їх тут. То прохання є до міністра, щоб дозволили їм працювати без розподілу на інші міста, бо тут в лікарні Мечникова вони себе вже показали як лікарі-інтерни.

— Як ваші медики та персонал справляються та витримують теперішні навантаження та темп?

— Не всі витримують. У деяких, чесно кажу, починаються депресивні стани. Деякі кажуть — вже не можу. Ми це побачили особливо на 3-му році війни. Лікарі виснажуються. Почали просити відпустки на відпочинок. Ми домовилися, не більше тижня. Бо якщо ми будемо давати нормальні відпустки, ми розладнаємо всю роботу великого колективу. А короткі відпустки дозволяють відпочити і зробити роботу, яка потрібна сьогодні для виживання наших воїнів. Воїни на першому місці, і перше, що ми робимо, — плануємо операції для військових. Потім — всі інші. Це трошки затримує порядок проведення оперативних моментів для цивільних, але ми йдемо на це, тому що іншого виходу немає. Бо їм треба протягом 5-6 днів дати все, що ми можемо, щоб вони виживали.

— Як мотивуєте своїх лікарів?

— Не мотивую. Я кажу, що спершу переможемо і зробимо все, щоб людина вижила, — чи військовий, чи цивільний. Єдине, робимо спортивні майданчики, де медичний персонал може під час зміни займатись спортом, є безкоштовна кава.

— Рівень оплати праці лікарів Мечникова — як ви можете його описати?

— Я буду казати за хірургів, анестезіологів — він один з найвищих в Україні. Не тільки тому, що вони працюють в лікарні Мечникова, а просто роблять набагато більше, ніж інші. В них заробітна плата — в багатьох завідувачів відділень більша, ніж у мене — генерального директора. Вони працюють багато. Я на 47-му місці. Це гарний показник, коли завідувачі, особливо реанімаційних відділень, хірургічних, нейрохірургічних відділень заробляють своїми руками нормальну заробітну плату. Вона не європейська, звісно, але нормальна. Ми не можемо зменшувати зарплатню, тому що люди потім будуть шукати інші місця підробітку. А так у нас стабільний колектив, немає відтоку кадрів, всі працюють і всі тримаються за своє робоче місце.



— Чи відчуваєте через це конкуренцію?

— Знаєте, ті хто біжить попереду, рідко оглядаються назад (посміхається — авт). Ось ми трошки біжимо попереду.

— Зараз дуже важкі поранення цивільні люди отримують, зокрема, у Дніпрі та області.

— Дуже важкі... Коли вибухає десь за 150-200 метрів від людини, оці кістки на ногах, на руках просто ламаються в кількох місцях від потужності вибуху. Коли людина виживає, вона розуміє, у якій великій біді вона була. Це коли просто вибуховою хвилею відриває частини тіла, знімає лице. Я вже не кажу за уламки, які залітають куди завгодно. Людина знаходиться в авто — уламки прошивають авто. Десятки відламків знаходяться у грудях, животі. Це просто рутина кожного дня нашої лікарні... Просто рутина.

— Як часто відчуваєте втому і чим себе «витягаєте»?

— Я як пастух. Не знаю, чи це нормальне порівняння. Коли 500 лікарів працює, ти повинен так відрегулювати той баланс, який дозволяє всім демократично працювати і бути відповідальними. Намагаємося зробити так, щоб кожний відчув, що лікар зробив все можливе, щоб людина вижила, одужала.

— На хобі час маєте?

— Люблю футбол, люблю грати в теніс. У вихідні дні намагаюся виїхати і трошки себе морально розвантажити. Але щоранку роблю руханку і всім це пропоную. О 5-й ранку я прокидаюсь і намагаюсь до шести все зробити, всі процедури і обов'язково руханку! Так що у мене робочий день починається важкувато для більшості.

— А лягаєте коли?

— Я лягаю рано — десь о 22:00 – 22:30. Але у мене часто буває аналіз — що я ще не зробив, про кого я може забув. Я намагаюся це виключити, але не завжди виходить. Мене ці питання більше за все бентежить, що я щось не встиг протягом дня. Але намагаюся до 23-ї заснути. 6-7 годин сну вистачає, щоб людина себе відчувала нормально.

— Рідні отримують вашу увагу?

— Раз на два тижні встигають мене побачити.

— Якою є ваша велика ідея — як керівника і як людини?

— Я бачу багато горя навкруги. Моя велика ідея, щоб сьогодні кожна людина, яка потребує допомоги, вона отримала її якомога швидше і кваліфіковано. Бо не отримав своєчасно — інвалід. Отримав — народиш дітей, живеш нормально. Ось ця специфіка повинна працювати. Ми ще дуже довго будемо до цього йти. Я ніколи не вірив і не вірю в ідеальні моменти життя. Тому я себе бачу як керівник лікарні, який хоче вибудувати ось тут в Дніпрі, в лікарні Мечникова, справжні людські стосунки не тільки з лікарями і медсестрами, а й з пацієнтами. Незалежно від того, що буде завтра, — сьогодні ти маєш зробити усе, щоб ці люди жили! Мені більше нічого не треба. От я зараз до поліклініки пройду, мене 10 людей зупинять і спитають щось своє.

— То скільки кроків наприкінці дня показує ваш крокомір?

— В середньому десь 12 тисяч. Коли менше 10-ти тисяч — це означає якісь наради. Це десь 8 кілометрів.

Софія БОГУЦЬКА
журналістка

ПІТЕР АДАМСОН: «УКРАЇНА БОРЕТЬСЯ НЕ ЛИШЕ ЗА СЕБЕ. І МИ НЕ МОЖЕМО СТОЯТИ ОСТОРОНЬ»



Він відновлює не лише обличчя, а й повертає людям відчуття себе. Пітер АДАМСОН — професор Університету Торонто, пластичний і реконструктивний хірург, засновник міжнародної гуманітарної організації Face the Future Foundation. За десятки років роботи його команда провела понад шістдесят медичних місій у різних країнах світу. Але саме Україна стала для нього одним із найскладніших і найболючіших напрямків.

Цю розмову ми записали під час сьомої міжнародної медичної місії команди пластичних і щелепно-лицевих хірургів зі США, Канади та України. За чотири дні в Івано-Франківській обласній клінічній лікарні вони безкоштовно прооперували 24 пацієнтів із тяжкими пораненнями. За ці роки команда АДАМСОНА допомогла вже сотням українців, повертаючи їм шанс знову жити без страху перед власним відображенням.

— Пане Пітере, який ваш професійний шлях? Де ви працювали і в чому ваша спеціалізація?

— Я працював в Університеті Торонто, працював у лікарнях Торонто. Загалом моя спеціалізація як пластичного хірурга — реконструкція носа. І я вважаю, що ніс — одна з найскладніших частин для реконструкції.

— Скільки медичних місій вам вдалося організувати за цей час?

— Це вже 65-та місія для нашої організації. І сьома місія до України за останні три роки. Ми приїжджаємо в Івано-Франківськ двічі на рік.

— У яких країнах ви працювали до України?

— Ми відвідали багато країн. Серед них Непал, Гана, Ефіопія. У Гані переважно займалися онкологічною хірургією голови та шиї, видаляли великі пухлини. В Ефіопії працювали з реконструкціями щелеп. Але в Україні ми стикаємося з найважчими травмами голови та шиї, які є наслідком війни.

— Коли ви вперше потрапили в Україну під час повномасштабної війни?

— Перша наша місія відбулася на початку 2023 року. Але рішення було прийняте ще за шість-вісім місяців до того. Ми почали думати про це вже через кілька тижнів після вторгнення у 2022 році. Спочатку допомагали в Польщі на кордоні з Україною, а потім знайшли спосіб бути корисними тут.

— Чому? Що стало головною мотивацією?

— Я дуже вірю у свободу і демократію. І було важливо бачити, що Україна під атакою, але українці залишаються сильними у захисті цих цінностей.

Для мене було важливо, щоб інші, як і я, з Канади, приїхали й допомагали. Тому що це ваша боротьба, але ви боретеся і за нас. За всіх нас.

— Двічі на рік ви приїжджаєте в країну, де тривають постійні обстріли. Вас це не лякає?

— Звичайно лякає, це небезпечно. Але ми дуже вражені стійкістю українців. Вашою силою. Вашою витривалістю. Ми розуміємо, що ви боретеся за нас. І хочемо робити все, що можемо, щоб допомогти.

— Коли ви вперше побачили українських пацієнтів, чи очікували, що травми будуть такими складними?

— Те, що ми побачили, було дуже вражаючим. Обличчя — це відображення душі й духу людини. Як хірург я дивлюся на це анатомічно й технічно: ставлю діагноз, планую лікування, думаю, як зробити це максимально якісно. Але як людина — я просто хочу допомогти відновити обличчя.

У світі ми часто працюємо з онкологією або травмами, де потрібно видаляти уражені тканини. В Україні ж ми стикаємося з ситуаціями, коли тканин просто немає. І нам доводиться фактично відбудовувати обличчя заново.

— Що вас найбільше вражає в цих пораненнях?

— Деякі військові мають настільки важкі ураження, що не хочуть, аби їх бачили родини чи діти. Іноді навіть діти бояться дивитися на своїх батьків. Наша мета — не просто відновити зовнішність чи функції обличчя, а повернути людину до її сім'ї, до спільноти, до нормального життя. У такі моменти розумієш: наша робота — це значно більше, ніж просто операція.

— Наскільки унікальні операції, які ви проводите в Україні?

— Це надзвичайно складні реконструкції. Через вибухи люди можуть втратити кістки, м'язи, м'які тканини, а інколи навіть око чи ніс. Ми використовуємо індивідуальні імпланти, відновлюємо тканини там, де їх уже немає. Це потребує великої кількості спеціалістів і дуже точного планування.

І я можу сказати: найскладніші випадки за всю мою кар'єру були саме в Україні.

Пітер АДАМСОН (Peter A. Adamson) — один із провідних світових фахівців у сфері лицевої пластичної хірургії, автор понад 240 наукових публікацій і багаторічний лідер професійних асоціацій Канади та США.

У 1996 році Адамсон заснував фонд Face the FutureFoundation, який проводить складні реконструктивні операції у країнах, де бракує спеціалізованої допомоги. За майже три десятиліття команда здійснила понад 60 міжнародних місій.

Після початку повномасштабної війни Росії проти України Адамсон ініціював програму Face the FutureUkraine. Перша місія відбулася у 2023 році в Івано-Франківську. Тут міжнародна команда хірургів працює з українськими військовими та цивільними, які зазнали важких поранень обличчя, голови й шиї. Йдеться про надскладні реконструкції: відновлення щелеп, носів, орбіт і м'яких тканин обличчя, часто із застосуванням індивідуальних 3D-імплантів.

У 2024 році за гуманітарну діяльність Пітер Адамсон отримав престижну канадську Teasdale-CortiHumanitarian Award.

— Ви згадували також про психологічний аспект цих травм?

— Так. Ми проводимо масштабне дослідження в Україні щодо ПТСР у військових. І виявили, що дуже великий відсоток військових має посттравматичний стрес саме через свої поранення.

Ми хочемо знайти способи не тільки покращити їхній зовнішній вигляд, а й покращити їхнє сприйняття себе та якість життя.

— Ви вже організували сім місій до України. Як формуєте команди для таких поїздок?

— Цього разу до команди увійшли шестеро хірургів і сім медсестер із Канади та США. П'ятеро з них мають українське коріння. Під час цієї місії ми провели 68 оперативних втручань і використали шість індивідуальних титанових імплантів, надрукованих на 3D-принтері.

Ми завжди починаємо з потреб українських колег: запитуємо, яких спеціалістів їм бракує. А далі моя задача — зібрати команду людей, які можуть закрити ці потреби: хірургів, анестезіологів, медсестер.

— З яких країн ці лікарі?

— Переважно це фахівці з Канади та США, хоча до команди долучаються й колеги з Європи. Усі вони провідні спеціалісти у своїй галузі.

— Вони всі волонтери?

— Так. Усі наші лікарі — волонтери. Вони беруть відпустки на основній роботі, щоб приїхати сюди. Ми покриваємо їхні витрати, але вони не заробляють на цьому. Вони тут через свою людяність.

— Після всього, що ви тут побачили, що для вас сьогодні означає Україна?

Для мене Україна — це приклад сили. Приклад того, як люди можуть боротися за свободу, навіть коли ціна дуже висока.

ТРАВМА ЦІЄЇ ВІЙНИ НЕ ЗНИКНЕ, ВОНА ЗАЛИШИТЬСЯ З УКРАЇНОЮ ЩЕ НА ДЕСЯТИЛІТТЯ — КАНАДСЬКИЙ МЕДБРАТ АНДРІЙ КОСТИНЮК



Медбрат-практик українського походження Андрій КОСТИНЮК працює у Vancouver General Hospital із пацієнтами, які зазнали складних фізичних і неврологічних травм. Після початку повномасштабної війни почав приїжджати в Україну з волонтерськими та медичними місіями. А потім разом із дружиною та 13-річним сином переїхав до Києва на рік.

А до Івано-Франківська приїхав у складі міжнародної медичної місії Face the Future, яка допомагає українцям із важкими травмами обличчя.

Українець від народження

«Українська мова — це моя спадщина, це моя Батьківщина, це в моїй крові. Я виростав в українській громаді у Торонто».

Андрій народився в Торонто в українській родині. Його мама родом із Ленківців, нині це Чернівецька область. У 1942 році, ще немовлям, вона разом із родиною була змушена залишити Україну. Дідусь Андрія був православним священником. Родина спочатку виїхала до Польщі, згодом до Австрії, а пізніше оселилася в Канаді.

У сім'ї зберегли українську мову. Андрій згадує, що до дитячого садка майже не розмовляв англійською. Українською сьогодні говорить і зі своїми дітьми.

«Це дуже емоційно зворушливо бути з вами. Це чудова можливість для мене і практикувати медсестринство, говорити українською мовою, допомагати Україні і вашим захисникам».

Не на місяць, а на рік

Після початку повномасштабного вторгнення Андрій почав регулярно приїжджати в Україну. Вперше — у травні 2022 року з медичною місією на Волинь. У наступні два роки разом із родиною приїжджав приблизно на місяць, волонтерив у Києві та Львові. Зрештою родина вирішила залишитися в Україні на рік.

«Коли почалося повномасштабне вторгнення, то це дуже сильно впливало на нас емоційно. Як українці, що не в Україні, ми використовували вільний час, відпустки і приїжджали сюди».

У Канаді Андрій працює у Vancouver GeneralHospital — великій навчальній лікарні, пов'язаній з університетом і медичною школою.

Він медбрат, працює у команді хірургів-травматологів із пацієнтами зі складними травмами. На час перебування в Україні отримав річну відпустку. Його керівник, який має досвід військової хірургії, підтримав це рішення.

Дружина Андрія Люба БУЦЬКА також працює у медицині — вона акушерка та професорка в Канаді. Її родина походить із Харківщини. До Києва подружжя приїхало із 13-річним сином. Старша, 21-річна донька, залишилася в Канаді, де навчається на юриста.

В Івано-Франківську Андрій КОСТИНЮК брав участь у складі міжнародної медичної місії Face theFuture. Її команда працює з українцями, які зазнали важких травм обличчя. Досвід його професійної діяльності відповідав роботі місії.

Життя під час повітряних тривог

Ризики життя в Україні родина медбрата усвідомлювала. Квартиру в Києві винайняли на нижньому поверсі. Під час сильних атак ховалися у метро, навчилися дотримуватися правила двох стін. Для сина облаштували безпечніше місце для сну.

«Наш син часто спить у кімнатці своїй, коли є тривога. Ну, він каже: «Та що? Всі мої друзі сплять так, у коридорі». Він не лякається».

Андрій каже, що розуміє й українців, які через війну були змушені виїхати за кордон. Йому часто доводилося зустрічати людей, які хочуть повернутися, тих, хто будує життя в іншій країні, а також тих, хто втратив житло й був змушений переселитися.

«Це дуже важко бути біженцем. Люди виїздять зі свого міста, зі свого села, далі зі своєї країни і не знають мови, не мають праці. Я не знаю, як можна так жити. Це звучить як дуже велика травма».

> ***Травмо-орієнтована допомога — це головне, до пацієнтів треба підходити із повагою, гідністю, розуміти, що люди різні стани переживають, але українські люди сильні***

Травма — це не лише поранення

Андрій багато років у Канаді працює з людьми, які мають складні фізичні та неврологічні травми. Водночас наголошує: важливо враховувати не лише фізичний, а й психологічний стан пацієнта. Окрім допомоги по догляду за пацієнтами, в Україні з колегами ділився досвідом травмо-орієнтованого догляду.

«Травмо-орієнтована допомога — це головне, до пацієнтів треба підходити із повагою, гідністю, розуміти, що люди різні стани переживають, але українські люди сильні».

Особливо складно, каже він, коли людина після важкої травми залишається без підтримки близьких.

«Хтось має родину, а є й інші випадки, коли немає ані родини, ані підтримки. І це тяжко, коли далеко від дому і немає кому доглядати. Це сумно. Але ми тут професійні, маємо практику, ми можемо і знаємо, поки пацієнт в лікарні, його будуть шанувати і доглядати якнайкраще, наскільки це можливо».

Для Андрія це одна з важливих складових медсестринства: не лише виконувати медичні процедури, а й забезпечити пацієнтові належний догляд і підтримку. А наслідки війни, переконаний Андрій, українська система охорони здоров'я відчуватиме ще багато років. Йдеться не лише про фізичні поранення, а й про психологічні та емоційні травми.

«Є надія, що ця війна закінчиться і що люди повернуться до нормального життя. Але вже є великі зміни — фізичні, ментальні, емоційні. І ті травми, які переживає Україна та українці, не зникнуть. 50 років ще буде ця травма тут».

Саме тому реабілітація, психологічна допомога, тривалий догляд і підтримка навчених фахівців будуть потрібні Україні й після завершення війни.

Як змінити ставлення до медсестринства

Окремо Андрій говорить про роль медсестер і медбратів у системі охорони здоров'я. В Україні, на його думку, їхні професійні можливості та знання ще не завжди належно оцінюють.

«У Канаді було абсолютно так само. Давно, перед тим, як я почав практикувати, набагато тяжче було медсестрам навіть висловлюватися до лікарів».

За 25 років його практики ставлення до професії суттєво змінилося. Цьому сприяли освіта, професійний розвиток і розширення компетенцій медсестер та медбратів. Він працює як медбрат-практик. У Канаді такі фахівці мають розширені клінічні компетенції та більшу самостійність у роботі з пацієнтами. Він вважає, що зміни у медсестринстві потребують часу, освіти та професійного лідерства. Під час роботи в Івано-Франківську побачив, що цей процес уже відбувається.

«Я бачу, що в Україні сильні лідери. Це дуже важливо. Я бачу, що у лікарнях дуже зростає рівень медсестринства. І я думаю, що зміни будуть. Але поступово, не через одну ніч».

«ВІЙНА ЗМІНИЛА МЕДИЦИНУ НА КРАЩЕ», — ЛІКАР-ТРАВМАТОЛОГ МАР'ЇНСЬКОЇ ЛІКАРНІ, ЯКИЙ ДВІЧІ ЗМІНЮВАВ СВІЙ ДІМ



З травматологом Дмитром Олександровичем НЕЛІПОЮ ми спілкуємося, коли він почав працювати у районній лікарні в невеличкому містечку Тальне на Черкащині. Тут сподівається залишитися надовго. Вірить, що місцева влада допоможе із житлом. За період повномасштабного вторгнення це його третє місце роботи. До цього — завідувач травматологічного відділення «Мар'їнської центральної районної лікарні», що перемістилася в донецьке Курахове ще в 2015-му році. Потім — травматолог у Покровській лікарні на Дніпропетровщині. Звідусіль ішов лише тоді, коли заклади були вже на лінії фронту.

Лікарня між фронтом і життям

«Звичайно, коли в Києві росіяни отримали по зубах, почали йти сюди, на Донеччину. І тоді в нас основний потік поранених пішов. І звичайно, таких поранень цивільних у 2013-му-14-му роках не було».

Дмитро Олександрович пригадує, що в 2014-му році в Красногорівці, а світла там тоді не було, медики могли на багатті готувати їжу і собі, і пацієнтам, міни пролітали над ними, але по цивільних вогонь ніхто не відкривав. Поряд був Донецький аеропорт і бої навколо нього.

Радикально інша ситуація була 2022-му році, коли росіяни прицільно били по натовпах людей, які саме приїжджали за водою, хлібом, гуманітарною допомогою. Вони знали час і стріляли цілеспрямовано.

«І нам, звичайно, привозили поранених. Щоразу більше. Потроху ставало страшніше, страшніше, всі лікарі роз'їжджались. Мій завідувач поїхав, я залишився сам».

На базі Курахівської лікарні був і військовий шпиталь. Тож Дмитро Олександрович допомагав лікувати військових, а військові допомагали лікувати цивільних. Так було довго. Аж поки Курахове не опинилося під загрозою окупації. Тоді лікарев і на тиждень довелося виїжджати, та він повернувся, щойно позиції росіян відбили. За лікарями поверталися медсестри.

Роботу організували так, аби працівникам було зручно: медсестри приїжджали на тиждень, жили, а потім мінялися. Сам лікар два місяці жив безпосередньо в лікарні. Остаточно увесь персонал поїхав, коли був Великдень 2024-го року.

Дмитро Олександрович пригадує, відповідно до звітів, які подавали до департаменту охорони здоров'я, із 2022-го по 2024-й рік він із колегами вилікували 700 поранених. Їх було так багато, бо зона відповідальності лікарні була велика

— Курахове в центрі від своєрідної дуги великих міст — Красногорівка, Мар'їнка, Вугледар, Велика Новосілка. Та й звідси пряма дорога на Дніпро.

Коли світ допомагає рятувати Донеччину

«Тих, що можна було за два тижні вилікувати, ми залишали в себе, ті, що були важкі, чи потребували серйозної допомоги, ми стабілізували і відправляли далі. Усі працювали дуже дружно і помагали нам».

Особливо підтримували колеги з «Лікарів без кордонів» та комітет Міжнародного Червоного Хреста.

«Допомагали медикаментами, обладнанням. Ми такого оснащення чи ліків не мали ніколи за весь час існування лікарні. Потім підключились і американські волонтери. Жили з нами, допомагали як фізично обробляти поранених, так і через благодійний фонд закупляли все, що було потрібно. Навіть ЕОП нам привезли. ЕОП — це електронно-оптичний перетворювач, щоб осколки шукати».

Квартира під ударом, лікарня під прицілом

Фронт рухався. Окупанти були дедалі ближче. Впала Мар'їнка, села.

Квартиру Дмитра Олександровича теж росіяни розбили. Лікар із дружиною були саме вдома, але врятувало правило двох стін. КАБів ще не було, але летіли С-300 та Іскандери. І після того, як три С-300 лягли поряд із лікарнею, а потім іще неподалік, працювати стало вкрай небезпечно. Та зрештою цивільних поранених навіть перестали привозити, бо вже нікому було це робити. Лікар вирішив виїжджати.

Опинився за 82 кілометри від фронту в Покровському Синельниківського району Дніпропетровської області. Здавалося, доволі далеко. Там пропрацював ще півтора роки. Потім і туди почали летіти шахеди та КАБи. Лікарню росіяни розбили авіабомбами.

На всіх цих етапах найбільше підтримувала родина, насамперед дружина Тетяна. І кіт. Сиділи разом під час обстрілів, обійнявшись. Подружжя має двох синів: один у Харкові, інший — на Західній Україні.

А ще, наголошує лікар, ментально значно легше, коли ти в роботі, у процесі, займаєшся порятунком пацієнтів. Дмитро Олександрович наголошує, що найкращою подякою від пацієнта є його одужання.

> ***Прооперувати пацієнта — це 30% успіху, а реабілітація — це 70***

Попри все — тільки Україна

«Я почав шукати собі посаду десь уже подалі».

Дмитро Олександрович розповідає, що побачив у соцмережах пост головного лікаря Тальнівської райлікарні. Хоч і не знав, що це за містечко. Головлікар якраз запрошував травматолога. Керівництво допомогло знайти квартиру для оренди, але обіцяють зрештою допомогти з житлом і виплатити підйомні гроші.

«Чому я мріяв тільки про маленьке містечко. Я хочу бути відомою людиною для свого міста», — жартує медик. І справді доволі швидко став відомим серед пацієнтів своїм талантом і легкою рукою.

«Я знаю багато. І от це мене і підтримує ментально. Медицина під час війни розвивається дуже стрімко. Вона змінилася в значно кращий бік. Підходи, що стосуються травматології, методики лікування ран, реабілітації. Все змінилося. І це стало краще для пацієнтів. От, наприклад, раніше можна було на ногу наступати через місяць, а зараз змушують робити це через три дні. А реабілітація дуже важлива. Прооперувати пацієнта — це 30% успіху, а реабілітація — це 70».

Додає, що, на жаль, попри все, належного ставлення і оцінки медиків у державі досі немає. І справа не лише в заробітній платі. Припускає, що ситуація буде погіршуватися, бо молоді фахівці, які знають іноземну мову, будуть виїжджати за кордон. Сам же Дмитро Олександрович хоче працювати виключно в Україні.

На сьогодні лише зі спеціальністю «травматолог» по Україні понад 90 вакансій. В усіх областях України.

За даними Міністерства охорони здоро'я України, від початку повномасштабного вторгнення росія пошкодила або зруйнувала понад 2,5 тисячі об'єктів медичної інфраструктури. Із них 327 медичних закладів знищено повністю.

Всесвітня організація охорони здоров'я задокументувала вже майже 2,9 тисячі атак на систему охорони здоров'я України, що є одним із найбільших випадків руйнування медичної інфраструктури у сучасній історії.



ВАЖЛИВІСТЬ БУТИ ПОЧУТИМИ: ЯК ПРАКТИКА АНГЛІЙСЬКОЇ З ВОЛОНТЕРОМ ENGIN СТАЄ ОПОРОЮ У ЧАСИ ВІЙНИ

Попри тривоги перших років великої війни, наші трагедії й перемоги досі потрапляють на сторінки іноземних видань і в порядок денний міжнародних самітів. Але бачити, що твою країну підтримують, — не те саме, що відчути, що комусь є діло до тебе особисто, до людини в цій війні. Це потреба, про яку говорять нечасто: щоб хтось вислухав твою історію цієї війни — велику чи маленьку. Не порадив, не врятував — просто вислухав і зрозумів. Інколи цю потребу несподівано закриває той, від кого зовсім її не чекаєш, — незнайомець за тисячі кілометрів.

Попри тривоги перших років великої війни, наші трагедії й перемоги досі потрапляють на сторінки іноземних видань і в порядок денний міжнародних самітів. Але бачити, що твою країну підтримують, — не те саме, що відчути, що комусь є діло до тебе особисто, до людини в цій війні. Це потреба, про яку говорять нечасто: щоб хтось вислухав твою історію цієї війни — велику чи маленьку. Не порадив, не врятував — просто вислухав і зрозумів. Інколи цю потребу несподівано закриває той, від кого зовсім її не чекаєш, — незнайомець за тисячі кілометрів.

Людина на твоєму боці

Олена демобілізувалася 2023 року — і взялася за англійську. Практика мови стала, за її словами, способом «виговоритися». Так вона потрапила в програму ENGin і почала щотижня спілкуватися онлайн з волонтером Скоттом — спершу просто як із партнером для розмовної практики.

За кілька місяців цивільного життя Олені стало скрутніше.

«Після армії почав проявлятися посттравматичний стрес, і я відчула апатію до своєї цивільної роботи», — згадує вона.

На той час Скотт уже був поруч: окрім допомоги з англійською, він став тим, з ким можна порадитися, — підтримував Олену, коли вона

шукала нову роботу. За пів року вона скаже, що почувається впевнено й вільно — і завдячує цим Скоттові. Олена влаштувалася в міжнародну організацію, де працює англійською. А згодом Скотт навіть приїхав в Україну з вантажівкою допомоги, зокрема для армії.

«Скотт — уже не просто волонтер, який допоміг мені з англійською, — каже Олена. — Тепер це мій друг і старший брат».

Подібним досвідом можуть поділитися сотні учасників ENGin. Їхні історії перегукуються з тим, що показують дослідження: соціальна підтримка значною мірою визначає, як людина проходить крізь травматичний досвід. Метааналіз британського психолога Кріса Бревіна та співавторів (Journal of Consulting and ClinicalPsychology, 2000) показав, що саме брак підтримки найтісніше пов'язаний із посттравматичним стресовим розладом. ENGin не є терапією і не претендує на цю роль — але може дати учасникам когось, хто на їхньому боці — і в англійській, і в інших сферах життя.

Година розмови на тиждень

Олена — одна з тисяч українців, для яких ENGin знайшов особистих співрозмовників-волонтерів. Ця некомерційна організація створена спеціально для підтримки українців — і аналогів такого масштабу у світі немає.

Історія ENGin розпочалася 2020 року, проте стрімке зростання сталося після початку великої війни 2022-го. За шість років до програми долучилося 70 тисяч учасників: понад 38 тисяч українців і близько 32 тисяч волонтерів зі 140 країн світу. Українських учасників програма називає «студентами», та долучитися можуть і діти (від 9 років), і дорослі без вікових обмежень. А 2025 року ENGin запустив окрему програму ENGin forDefenders для військових і ветеранів, до якої вже долучилися понад 500 захисників і захисниць.

Ідея ENGin несподівано проста — і водночас продумана до деталей: програма поєднує українців із волонтерами для щотижневих годинних відеозустрічей. До поєднань ставляться уважно: усі проходять співбесіду й тренінг, вказують інтереси та вільний час, і на цій основі команда утворює пари або міні-групи. Результат такої ретельності — 85% учасників урешті кажуть, що стали друзями зі співрозмовниками.

Формально ENGin — це практика розмовної англійської, і більшість українців приходить саме по неї. Але «побічний ефект» цих розмов часто важить більше, ніж покращення мовних навичок.

«Ми не програма з ментального здоров'я, — пише засновниця і CEO ENGin Катерина МАНОФФ, — і все ж учасники повідомляють про менший рівень стресу й більший оптимізм щодо майбутнього».

Англійська тут — привід почати; а те, чого не виміряти мовними тестами, — відчуття, що тебе почули, — нерідко стає головним результатом.

Коли тебе чують

Чому ж звичайна практика англійської перетворюється на опору? Тому що на цих зустрічах люди розповідають про своє життя — про роботу, страхи, втрати й плани, — і відчувають, що їх слухають. Американські психологи Гаррі Райс і Філіп Шейвер описали цей механізм ще 1988 року: стосунки міцнішають, коли після відвертості людина відчуває, що її розуміють, цінують і про неї дбають. Саме це відчуття — що тебе «вловили» — наука про стосунки вважає одним із головних джерел добробуту.

Працює воно в обидва боки. Метааналіз Ненсі Коллінз і Лінн Міллер (Psychological Bulletin, 1994) показав, що ми стаємо ближчими і до тих, хто відкривається нам, і до тих, кому відкрилися самі. У цьому й особливість зв'язку: ми всі хочемо, щоб нас знали, але по-справжньому близькими стаємо лише тоді, коли готові пізнавати іншого навзаєм. ENGin закладає цю взаємність у сам формат: волонтерові щиро цікаво дізнатися про життя свого українського студента й про Україну, а студентові цікаво дізнатися про життя волонтера та порівняти досвіди — тож зрештою «пізнають» обох.

Для тих, хто потребує структури, ENGin пропонує тематичні плани розмов, але 60% учасників, за опитуваннями, обирають вільні теми — як минув тиждень, робота, навчання, тривоги й плани. Саме така невимушена розмова й створює простір для відвертості.

Сила людських стосунків

Найдовше у світі дослідження дорослого життя — Гарвардське, що триває понад вісім десятиліть, — дійшло простого висновку: саме якість стосунків найкраще передбачає здоров'я й довголіття. Звісно, година на тиждень — не те саме, що десятиліття поруч. Але історія Олени і Скотта показує, що справжній зв'язок — і його позитивний вплив — може народитися навіть з онлайн-розмови.

ENGin, звісно, не вимірює тривалість чи якість життя — він запитує учасників про їхній досвід. За власною оцінкою студентів, він промовистий: 89% учасників кажуть, що відчувають сильніший зв'язок із людьми з інших країн і культур; 76% повідомляють, що завдяки зустрічам менше відчувають стрес; 66% — що оптимістичніше дивляться в майбутнє; а 55% — що розмова з волонтером допомагає давати раду складним емоціям.

У країні, яка живе в умовах війни, це не дрібниці: люди, які відчувають підтримку, витриваліші, а витриваліші люди — це і є стійке суспільство. ENGin показує, що інколи ця стійкість починається не з великих рішень, а з онлайн-зустрічі щосуботи о сьомій і розуміння, що тебе хтось готовий почути.

Любов ВОЙТОВИЧ
директорка із залучення учасників ENGin,
учасниця програми

ОЛЕКСАНДР ФОЗЗІ СИДОРЕНКО: «ХТО ЗУПИНИТЬСЯ, ТОГО З'ЇДЯТЬ!»



Олександр ФОЗЗІ СИДОРЕНКО — без перебільшення одна з ключових постатей сучасної української культури. Музикант, письменник, автор пісень, які ще у 1990-х ламали уявлення про українську мову як «нефор-мат». Він упродовж десятиліть послідовно формував якісний україно-мовний культурний простір — для дітей, підлітків і дорослих.

Після початку повномасштабного вторгнення росії музикант активно займається волонтерством. А благодійні концерти ТНМК в Україні та за кордоном перетворилися на платформу підтримки армії та збору ко-штів.

У розмові ФОЗЗІ говорить про волонтерство й емоційне виснаження, концерти під час війни, українців за кордоном та про те, чому сьогодні культура стала не лише простором творчості, а й питанням націонал-ного виживання.

— У 2014 і у 2022 році волонтерський рух ві-діграв одну із ключових ролей у протистоянні з агресором. Тепер часто благодійні організації спрямовують свою діяльність за конкретними напрямками. Що спонукало вас обрати меди-цину?

— На початках займалися, як і всі, одразу всім.

Тобто в нас на той момент четверо з групи були задіяні в ТРО. Один мобілізувався, і треба було їм буквально ну все: каски, наколінники, протигази. А потім гітарист спитав (а це був квітень 22-го року), чи зможемо ми зібрати тактичні аптечки для його роти ТРО. Це було в Івано-Франківську, в одному з хабів волонтерських. І ми запросили лікаря, який мав досвід в АТО. Він зібрав нам одну аптечку, і далі ми за цими лекалами збирали на роту. І вже в процесі цих зборів люди, які заходи-ли, бачили, що в нас відбувається збір аптечок, і почалися замовлення далі. І так сталося, що ми зосередилися саме на такмеді, бо інші напрям-ки якось відпадали один за одним. І отже, чотири роки вже ми займаємося виключно такмедом.

— Часто чуємо, що люди дедалі менше долу-чаються до зборів, донати зменшуються. Чи був момент, коли ви відчували емоційне виснажен-ня?

— Так воно ж перманентне. Це в творчої мо-лоді вигорання буває. Ми то шо, полаялися, по-билися і погнали далі. Тому жодних таких «кардіо-логічних» змін не ставалося...

Так, в деякі періоди таки здавалося, що ми не зможемо далі збирати кошти. Бо ми зрозуміли, що просто отримувати донати — це вже давно не працює. Але знаходили якісь нові напрямки, нові лоти. І люди допомагали.

Тому на даний момент функціонуємо. Горизонт планування маленький. Хочемо до кінця року продовжувати цю діяльність. Що буде потім, ніхто не знає. А якщо скаже вам, що знає, то він трин-дить.

— Маєте якусь історію, яка вас особливо на-дихнула?

— Та їх купа. Особливо надихають історії, коли військові тобі пишуть, що дякуємо за аптечку, врятувала життя. Бо там надсилають фото пора-неного, якого врятувала аптечка. Такі випадки трапляються, і вони страшенно додають мотива-ції.

— У суспільстві часто спалахують суперечки щодо доцільності проведення концертів, дис-котек, інших розважальних заходів у воєнний час. Як визначити межу між ментальним розван-таженням і втратою моральних орієнтирів?

— Я не можу ставитися до цього об'єктивно, оскільки я є учасником групи «Танок на майдані Конґо», і ми залежимо від концертної діяльності. Просто під час повномасштабного вторгнення головна мета — це кошти, донати.

Ми проїхали 21 країну, вже, мабуть, під 300 благодійних концертів. І зараз плануємо Амери-ку, восени, можливо, Європу і тур по Україні, бо в нас ювілейний рік. І там головна складова — це аукціони.

Також спочатку повномасштабної війни ми весь прибуток з мерчу пускаємо на тактич-ні аптечки від фонду «Згуртовані». Я думаю, що ми виходимо зараз десь на 8 мільйонів гривень прибутку за ці чотири роки по футболках, бей-сболках і так далі. І цього стало десь на дві з по-ловиною тисячі аптечок. Комусь це й допомогло. Тому я не можу об'єктивно оцінити, чи треба ска-сувати всі футболи і концерти.

— Чи можна музику вважати формою психіч-ного відновлення?

— Це треба питати в тих, хто відновлюється. Знов-таки, я ж не можу об'єктивно до цього ста-витися. Ти виступаєш десь там перед пораненими, тобі здається, що ти якось допоміг, і тобі про це кажуть, але ти поїхав, а вони лишилися.

— Під час благодійних концертів ви спілкуєтеся з українцями за кордоном. Який емоційний стан найчастіше бачите, про що розмовляєте?

— Та неможливо тримати напругу на рівні квітня 2022 року. Зрозуміло, що більшість якось асимілюється і вимикається, але більшість вона і не активна. Активна якраз меншість, яка рухає усілякі заходи на підтримку України. Є міста в Європі, в яких щотижня виходять від лютого 2022 року. Тому не можна очікувати людей більше, ніж вони можуть дати.

Всі ті, хто займається благодійними зборами, зрозуміло, що переймаються через те, що вони падають, але слід вигадувати якісь нові форми і продовжувати діяльність. Як я завжди кажу на концертах: «Хто зупиниться, того з'їдять!».

— Чого найбільше бракує українцям далеко від дому?

— Та я важко можу уявити, щоб я десь жив. І коли приміряю на себе життя біженців, мені дуже страшно стає. Тому що ми тут розуміємо для чого ми діємо, а вони подекуди — ні. Тому іноді складається враження, що їм морально важче, що їх гризе, що вони там в безпеці, а тут родичі. І це складно.

— Багато людей живуть між двома реальностями — фізично в іншій країні, але емоційно в Україні. Як ви це відчуваєте під час зустрічей і концертів?

— На початках це були переважно жінки і діти, і ми грали вуличні концерти, концерти по Європі. І я це називав, що перші 40 хвилин «в пісочок все йшло». Тому що на нас вони дивилися очима Бембі. А потім ми їх якось розсмикували жартами, якимись піснями і вони вже починали вмикатися. Тому зараз трошечки легше. Тобто їх стало менше, але працювати з ними стало легше. Адаптувалися.

— Кажуть, що далі наші співгромадяни перебувають від України, то менше переймаються ситуацією на війні і тому нижча ймовірність їх повернення на Батьківщину після завершення військових дій. Як нам не втратити своїх за кордоном?

— Мені здається, що давно вже зрозуміло, що щороку знижується відсоток тих, хто повернеться, бо і вони адаптуються, діти швидко адаптуються. Тому на даний момент я не думаю, що слід розраховувати, що десь більше 30% з тих, хто перебуває за кордоном, повернуться.

Але тут є ще більше завдання, головне зберегти їхню підтримку. Щоб вони докладалися до підтримки інтересів України там, де вони є. Гроші нам виділяють саме там.

Є такий проєкт «Strichka» — це додаток для українців за кордоном. Я є одним з його амбасадорів і ми постійно наголошуємо, що все одно, де ви. Ви всі дорослі люди і рожеві окуляри давно зняли. Але не вимикайтеся, продовжуйте.

Є теми, які треба підсвічувати власною присутністю, власними соцмережами, розмовами з місцевим населенням. Тому що наш ворог російська федерація сподівається на те, що хоча б в Європі, але їхні маріонетки повернуться до влади і тоді припиниться підтримка. Тому ті, хто в Європі, від них теж багато чого залежить.

БУТИ ПОРУЧ: КОМУНІКАЦІЯ ЯК РЕСУРС МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС ВІЙНИ

Повномасштабна війна змінила не лише міста, інфраструктуру чи економіку. Вона змінила людей. Змінила наші звички, спосіб мислення, ставлення до життя та спілкування. Українці навчилися жити під звуки сирен, працювати під час повітряних тривог, будувати плани попри невизначеність. Але разом із цим ми дедалі більше усвідомлюємо ще одну важливу річ: війна залишає не лише фізичні, а й психологічні рани.

За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, люди, які пережили збройні конфлікти, значно частіше потребують підтримки у сфері психічного здоров'я. В українських реаліях це не просто факт. Це наші військові, їхні родини, медики, волонтери, рятувальники, люди, які втратили свої домівки або рідних, і зрештою — кожен із нас, хто вже багато років живе в умовах постійної тривоги.

Найбільший психологічний тягар, безумовно, несуть військовослужбовці. Тривале перебування на передовій, бойові втрати, виснаження, постійний ризик для життя залишають глибокий слід. Але не менш складний шлях проходять і їхні сім'ї. Щоденне очікування дзвінка, хвилювання, невизначеність, необхідність самостійно вирішувати побутові проблеми також виснажують психологічно.

Водночас дедалі більше викликів постає перед системою охорони здоров'я. Медичні працівники у прифронтових регіонах рятують життя

в умовах постійної небезпеки. Лікарі й медичні сестри у тилу все частіше працюють із пацієнтами, чиї проблеми мають не лише фізичний, а й психологічний вимір. Стрес, тривожність, порушення сну, емоційне виснаження стали звичними супутниками багатьох захворювань. При цьому самі медики також живуть у тих самих реаліях війни, переживаючи втому, професійне вигорання та емоційне перенапруження.

Саме тому ментальне здоров'я сьогодні є не лише питанням роботи психологів чи психіатрів. Це питання громадського здоров'я, яке стосується кожної громади, кожного трудового колективу і кожної родини.

Однак говорячи про психологічну підтримку, ми часто думаємо насамперед про фахову допомогу. Вона справді необхідна. Але є ще один ресурс, доступний кожному з нас, — комунікація.

Уміння уважно слухати, не знецінювати переживання іншої людини, не поспішати з порадами, не відповідати шаблонними фразами «тримайся» чи «все буде добре» іноді має дуже велике значення. Людині, яка переживає складний період, часто потрібне не готове рішення, а впевненість у тому, що вона не залишилася наодинці зі своїми переживаннями.

Сьогодні ми дедалі більше говоримо й про інформаційне середовище, яке також впливає на ментальне здоров'я. Щодня українці отримують величезний потік повідомлень про обстріли, втрати, руйнування, читають емоційні дискусії у соціальних мережах, стикаються з дезінформацією та інформаційними маніпуляціями. Такий інформаційний тиск виснажує не менше, ніж фізична втома. Саме тому відповідальна комунікація — це не лише вміння підтримати співрозмовника, а й відповідальність за слова, які ми поширюємо, за достовірність інформації та повагу до людської гідності.

Особливого значення в умовах війни набуває безпосереднє спілкування. За роки повномасштабної війни нам неодноразово доводилося бувати у військових підрозділах із волонтерськими поїздками. Ці зустрічі завжди підтверджують, що підтримка вимірюється не лише кількістю переданої допомоги.

Після того, як автомобіль розвантажений, обладнання передане, а всі організаційні питання вирішені, починається найважливіше — звичайна людська розмова. Про сім'ю, дітей, роботу, рідне місто, плани після перемоги. Саме тоді військові нерідко говорять про речі, які не напишуть у повідомленні й не скажуть телефоном.

Майже під час кожної такої зустрічі звучала одна й та сама думка: особисті приїзди людей із тилу надзвичайно важливі. Перебуваючи місяцями на позиціях, військові іноді починають відчувати, що фронт і тил живуть різними життями. З'являється відчуття віддаленості, ніби про них поступово забувають. Саме тому жива розмова має особливу цінність. Вона повертає відчуття єдності, нагадує, що країна пам'ятає, підтримує і щиро вдячна своїм захисникам.

Не менш важливими такі зустрічі є і для цивільних. Вони допомагають краще зрозуміти потреби військових, руйнують стереотипи, формують повагу до ветеранів та їхніх родин. А це вже питання не лише людських взаємин, а й успішної адаптації тих, хто після війни повертатиметься до мирного життя.

Ми повинні усвідомлювати, що психологічні наслідки війни є зараз і ще більшими будуть у майбутньому. Попереду тривалий шлях відновлення, який вимагатиме не лише сучасної медицини чи роботи психологів. Він вимагатиме зрілого суспільства, здатного приймати людей із різним досвідом, чути їх і підтримувати без осуду чи упереджень.

Громадське здоров'я — це не лише профілактика захворювань, вакцинація чи сучасні лікарні. Це ще й довіра між людьми, готовність бути поруч, культура взаємоповаги та відповідального спілкування. Адже саме з таких, на перший погляд, простих речей починається психологічна стійкість суспільства.

Ми не обирали жити у час війни. Але можемо обрати, яким буде наше ставлення одне до одного. Добре слово, уважна розмова, особиста зустріч чи готовність вислухати не замінять професійної психологічної допомоги там, де вона необхідна. Проте саме вони дуже часто стають першим кроком до відновлення внутрішньої рівноваги людини. І якщо ми хочемо після перемоги побудувати сильну, здорову та згуртовану Україну, то вже сьогодні маємо вчитися не лише говорити, а й чути одне одного.

Руслан САВЧУК

голова правління Всеукраїнської асоціації фахівців з громадського здоров'я, генеральний директор ДУ «Івано-Франківський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України»

Володимир ДЖИГІТА

політолог, журналіст, директор департаменту комунікацій Всеукраїнської асоціації фахівців з громадського здоров'я

ЯКЩО ВІДІБРАТИ У ПІДЛІТКА ТЕЛЕФОН — ЦЕ НЕ ДАСТЬ ЖОДНОГО ЕФЕКТУ

Інтроверт. Ми часто чуємо цей термін зараз. Йдеться про замкнених у собі, не надто комунікабельних людей, а надто — підлітків або й дорослих.

У цій статті спробуємо розібратися — хто такі інтроверти? Спадковість це чи набуте протягом життя і чи не маніпулюють нами підлітки, прикриваючись цим терміном, а насправді марнуючи час у соцмережах. А також з'ясуємо, чому інтроверсію зараз, у час війни, згадують багато, зокрема, і дорослих.



Ольга КАЛАПУЗЯК

клінічна психологиня для дітей, підлітків і дорослих, спеціалістка з КПТ терапії

Я, клінічна психологиня для дітей, підлітків і дорослих, яка працює у КПТ терапії, вважаю, що найважливіше питання зараз — як нам усім наявну енергію розподілити на всі галузі життя. Адже під час війни люди живуть у постійному стресі. А коли стрес стосується базової безпеки — виживання — вона є первинною у пріоритеті. І наступні обов'язки: бо ми маємо за щось жити, робити свою роботу, підлітки мають вчитися. Відповідно, спілкування у цій таблиці пріоритетів зсувається вниз і оскільки спілкування є енергоємним, то природньо, що зараз спостерігається звуження соціальної комунікації у людей дуже суттєво через втому — ми не хочемо спілкуватися. Тому те, що зараз люди називають інтроверсією — «я — інтроверт» — часто слід розуміти як «в мене немає сил на якісь базові речі, не те — що спілкування». Бо в спілкуванні треба бути активним. Спілкуватися – це дієслово. Якщо сил на це немає, називати себе інтровертом дуже зручно.

Але інтроверт — це стійка риса темпераменту з народження. Це характеристика нашої нервової системи. У когось вона така, що швидко збуджується на подразник, наприклад — почув музику і одразу підтанцьовує. А комусь треба трохи часу прислухатися – подобається чи не подобається. А когось взагалі ця музика буде дратувати. Так само типовою характеристикою нервової системи буде вміння загальмувати відповідні імпульси. Бо знову ж таки, хтось хоче зараз і негайно, а хтось хоче почекати. І з такими можливостями мозку ми народжуємося. Тож якщо говорити про інтроверсію як характеристику, то вона є вроджена і не змінюється протягом життя.

В уяві пересічних людей інтроверт — це людина, яка зачинилася від усіх і ні з ким не спілкується, сидить у навушниках, у темній кімнаті, уникає людей. Але це не характеристика інтроверсії. Інтроверти — це люди, які мають невелику кількість друзів — до трьох, і від спілкування вони швидше втомлюються через свою нейробіологію. Бо кора головного мозку швидше збуджується і до цього оптимального рівня стимуляції вона доходить швидше, ніж у екстравертів. Тому інтроверт — це той, хто має меншу соціальну ємність: він поспілкувався і йому треба час відпочити і побути самому. При цьому ця людина має добре розвинуті соціальні навички і вона не страждає, навпаки: задоволена життям. Хтось із нас їсть більше, а хтось — меншими порціями, хтось хоче солодкого, а хтось — гіркого.

Коли дитину віддають до дитсадка — можна побачити, хто з малят інтроверт, а хто — ні. Бо діти до трьох років загалом розвиваються схоже. Вони зорієнтовані на дорослих, які їх виховують. Ці діти також дуже егоцентричні: на дитмайданчиках ми бачимо, що вони взагалі між собою не граються, а співіснують в одному просторі і кожен займається своїми справами. І тільки десь у три-чотири роки дитина починає переналаштовуватись на соціум. І в цьому віці ми починаємо помічати — дитині подобається бути у великій групі людей, де багато шуму-гаму, розмов, чи дитина переважно стоїть осторонь і спостерігає і не поспішає долучитися. Якраз оцей процес, як вона це робить, буде визначальним. Наскільки вона швидко насичується: якщо після свята проситься додому — значить дитина взяла собі все, що вона хотіла, їй досить.

Інша справа, що багатьом батькам це не подобається. Бо вони можуть мати інший темперамент, і їх починає насторожувати така поведінка дитини, яку вони можуть сприймати з тривожністю. Батьки хочуть бачити своїх дітей успішними, а комунікабельність є частиною цієї успішності. Діти, які менш екстраверсійні, — більше здатні фокусуватися на чомусь, бути наполегливими природньо. Їх менше відволікають різні стимули. Відповідно, їхні успіхи досить високі.

Якщо у великій родині, де є представники старшого покоління, вимагають від дитини-інтроверта говорити, відповідати на питання чемності і не тільки — це яскраво демонструє несприйняття інакшості дитини дорослими. Зазначу, що це точно буде мати вплив і залежатиме від інших характеристик нервової системи. Бо інтраверсія і екстраверсія — це одна шкала. Але ми ще маємо дізнатися, наскільки дитина має чутливий темперамент, чи витривала вона. Є багато факторів, що матимуть вплив у подальшому. Людина є біо- психо-соціальною. Щось нам дається від природи, але великий плив матимуть дорослі, які виховують дитину. І тут треба, щоб у родині обов'язково був «здоровий дорослий» — людина, яка задовольняє потреби свої і дитячі, і вміє конструктивно вирішувати проблеми. Цей дорослий має підтримувати дитину і давати їй можливість почуватися «ок». Якщо ми багато критикуємо, але мало підтримуємо — то дитина буде закриватися або маскуватися. Тоді вона буде перевтомлюватися і страждатиме імунітет, а це впливає на роздратування.

Я як клінічна психологиня наполягаю на важливості розпізнання трьох блоків інтровертності:

1. Діти, які мало спілкуються.

2. Діти, які мають у рисах інтровертність. Ключовою відмінністю тут є незадоволеність життям. Їм вистачає спілкування з одним двома однолітками, де вони реалізують всі свої потреби.

3. Тривожні розлади — соціальна тривога, що може доходити до соціальної фобії. Це діти, які страждають через неспілкування. Вони хочуть спілкуватися, але їм страшно. Соціальна тривога — це страх зганьбитися перед іншими. Що в цьому випадку ми можемо помічати: ці діти соромляться їсти поміж інших людей, не можуть подзвонити і когось про щось запитати. Уникають вечірок і гучних компаній. Такі діти відчувають дуже сильні фізичні прояви тривоги — тремтить голос, позиви в туалет, спазми живота, сильне серцебиття, важко дихати. Такі діти можуть годинами прокручувати у голові: шо я сказав, як я сказав? Вони реально виснажуються, погано сплять, можуть погано засинати. Оце є соціальна тривога. Якщо вона активно проявляється — дитині потрібна допомога фахівця — навчитися витримувати свою тривогу і навчитися перевіряти свої думки.

Чим старша дитина — тим вона більше потребує незалежності і самостійності. І водночас, вона повністю залежна від батьків і це її може дратувати. Маленькі діти — 3-5 років — зважаємо, як дитина долучається до групи. Якщо дитина категорично відмовляється спілкуватися з однолітками і це системно — то ми можемо тут дивитися у бік сепараційної тривоги, бо дитина має чутливий тривожний темперамент. Тут можна звернутися до фахівця, щоб поспостерігати. Це може мати вплив: у сім'ї щось відбувається — батьки розлучаються або дитина чогось додатково налякалась. У 5 років ще є багато інших природних страхів: дитина усвідомлює, що не всім подобається, може дізнатися про існування смерті.

Коли дитина йде в школу — тут не можна робити висновки перших півроку чи рік, бо є великий період адаптації. Але ми спостерігаємо і маємо фідбек від учителя про стан поведінки дитини. Якщо взагалі спілкування не складається, тут варто досліджувати. На початку навчання початкової школи ми можемо помітити нейровідмінність, особливо РДУГ, бо академічне навантаження, потреба посидючості дуже проявиться і спектр аутизму буде більш явний.

У підлітковому віці стає все складніше. Бо природно підлітки в принципі можуть зачинитися у кімнаті і не хотіти нікого бачити. Але тривожні дзвіночки проявляться тоді, коли дитина взагалі не виходить з кімнати, багато плаче або навпаки: вибухає злістю. Якщо мала друзів, і раптом перестала дружити. Тобто різка зміна — починає боятися, відмовляється робити те, що раніше робила і не може пояснити причину.

Варто окремо виділити болюче для багатьох батьків питання ролі гаджетів у житті, зокрема, підлітків. Адже завдяки сучасним технологіям діти рано починають занурюватися у віртуальний світ. І вони можуть маніпулювати – прикриватися інтровертністю, щоб їх не чіпали дорослі.

Тут важливо розуміти, що для дітей у підлітковому віці батьки не просто перестають бути авторитетами, а взагалі не є соціально значущими фігурами. Завдання підлітка — знайти свою референтну групу, бути як всі і водночас бути не

таким, як всі. І вони у цьому заглиблені. Тобто якщо дитина спілкувалася і мала друзів до цього, то справжній інтроверт має кількох друзів і щоб весь час не спілкуватися очно — вони якраз дуже вдало використовують телефони. Частину комунікації листуються і таким чином підтримують зв'язок і не виснажуються. Бо листування передбачає паузи: хочу — відповідаю, хочу — ні. Така дитина не буде щовечора гуляти по чотири години. Справжній інтроверт краще посидить удома — подивиться фільм.

А чи хоче дитина в цей час спілкуватися з батьками це не показник інтроверсії, це показник якості стосунків. І момент власне підліткового віку. У підлітковому віці стосунки для батьків обнуляються. Відтак, їх треба вибудовувати заново. Особливо це важливо для батьків.

Важливо розуміти, якщо відібрати у підлітка-інтроверта телефон — це не дасть жодного ефекту. Якщо ваша дитина постійно сидить в телефоні і ви його заберете — вона нічого робити так і не почне. Про це робилася маса досліджень. Причина завжди криється в чомусь іншому. Підліток буде ще більше ненавидіти батьків, якщо вони відберуть гаджет. Телефон це їхній місток у сучасній комунікації. Раніше ми йшли до під'їзду і говорили між собою, а зараз кожен знаходиться у себе в комфортних умовах і спілкується онлайн. Також через КОВІД і війну — це питання безпеки. Для дитини телефон — це її реальна частина. Зараз чи не у кожної дитини є два репетитори, гурток, навчання — діти перевантажені, майже не мають вільного часу. І тому телефон дає можливість не випадати із соціуму. Адже потреба у спілкуванні для дитина — основна. І проблема може виникнути якраз тоді, коли дитина ні з ким не комунікує, коли має таку можливість.

Важливо розрізняти: зараз є діти, які не мають можливості спілкуватися очно. І для них телефон — це можливість дізнатися новини, подивитися фільм — відпочити і переключити свою реальність. Телефон — це інструмент, який можна дуже по-різному використовувати. І проблема завжди не в телефоні.

ПІДЛІТКИ: ІНСТРУКЦІЯ ЗІ СПІЛКУВАННЯ ДЛЯ БАТЬКІВ

Підлітковий вік — це час інтенсивних змін, тому батькам буває складно зрозуміти, як знайти підхід до своїх дітей та підтримати їх у цей період. Розбираємось, що може допомогти.

1 Відкритість

Важливо створити комфортну атмосферу, в якій підліток почуватиметься безпечно. Діліться своїми історіями та переживаннями — і про невдачі, і про досягнення. Чим більше підлітки дізнаються про вас, тим легше їм буде вам довіряти. Батьки часто захоплені дисципліною та вихованням, і забувають про просте, але важливе спілкування. Якщо діти знають, що кожна розмова закінчується лекціями або настановами, вони можуть уникати розмов із вами. Починайте розмову з тем, що цікавлять підлітків: обговорюйте улюблені серіали, фільми або книжки. Такий підхід допоможе дітям розслабитися у вашій присутності.

Намагайтеся не лише висловлювати свою думку, а й поглянути на ситуацію очима підлітка. Поставте відкриті питання й уважно слухайте, не перериваючи й не критикуючи. Висловлювання на кшталт «Я знаю краще», «А я у твої роки» та інші порівняння з вами знецінюють досвід підлітків і відштовхують від спілкування.

Спілкуйтеся з підлітком за сніданком, у поїздках автомобілем, на прогулянці або під час будь-яких повсякденних справ. Плануйте спільні заняття родиною, наприклад, щосуботи дивіться фільми з обговоренням або грайте у настільні ігри. Це зблизить вас і створюватиме атмосферу затишку й довіри.

> ***Намагайтеся не лише висловлювати свою думку, а й поглянути на ситуацію очима підлітка***

2 Баланс контролю

Часом батьки реагують на сигнали тривоги від своїх дітей швидко й інтенсивно. Вони беруть ініціативу на себе, не даючи підліткам шансу завершити власну думку чи спробувати розв'язати проблему самотужки

Якщо ваша дитина ділиться з вами, що її запросили на побачення, це може стати слушною нагодою поговорити про здорові стосунки й сексуальну відповідальність. Проте замість цього батьки часто відповідають: «Тобі ще занадто рано ходити на побачення, я проти», позбавляючи себе і дитину можливості мати відкриту та важливу розмову.

Надмірна кількість уточнювальних запитань може здатися дитині спробою контролю. Використання GPS-трекера, перевірка телефону та слідкування за соцмережами не гарантує повного розуміння того, що відбувається. Варто побудувати чесні стосунки, де підліток не боятиметься розповісти, куди й з ким він планує піти ввечері. Чим більше ви демонструєте свою підтримку, тим ймовірніше вони звертатимуться до вас у складних ситуаціях.

3 Самовираження

Характерна риса підліткового періоду — це пошук ідентичності. Часто підлітки відчувають невизначеність стосовно гендерної ідентифікації або сексуальності. Важливо проводити відверті розмови про сексуальну освіту, менструацію та методи контрацепції. Порадьте книги або фільми на ці теми, чи зверніться до фахівця, який допоможе вам разом розібратися у цих питаннях. Надайте дітям право на вибір у тому, що є безпечним і прийнятним, навіть якщо вам це не подобається, наприклад, сережки у вусі, фарбоване волосся чи яскравий одяг.

> ***Характерна риса підліткового періоду — це пошук ідентичності***

4 Емоційність та почуття

Будьте відкритими, навіть коли вам здається, що діти не хочуть спілкуватися. Підлітки розвиваються, стають емоційними й дратівливими. Пам'ятайте: ви дорослі, тому відповідальні за тон розмови, особливо якщо дитина переживає сильні емоції. Стежте за собою й залишайтеся спокійними та зосередженими. Рекомендується зробити перерву в момент конфлікту й повернутися до нього, коли і ви, і ваша дитина будете готові до обговорення проблеми без емоційної напруги.

Батьки мають тенденцію применшувати рівень емоційності дитини у складних ситуаціях і не сприймати їх серйозно. Наприклад, після закінчення романтичних чи дружніх стосунків підліток відчуває себе збентеженим та розчарованим. У таких ситуаціях батьки можуть сказати: «Вони не підходили тобі» або «Це було не надовго і все одно б закінчилося», що ще більш загострить їхні почуття безпорадності та самотності.

Замість цього, варто показати дітям, що ви розумієте їхні почуття та співчуваєте їм. Висловлювання на кшталт «Це справді звучить складно» допоможуть дітям відчути, що їхня реакція на ситуацію є зрозумілою і прийнятною.

Заохочуйте дитину позитивним підкріпленням. Якщо вона поділилася, що переживає стрес чи сум, підтримайте її: «Ти молодець, що говориш про свої почуття» або «Не легко говорити про стрес. Дякую за довіру».

Використовуйте «Я-повідомлення», щоб висловити почуття та переживання щодо певної ситуації. Замість того, щоб сказати: «Ти завжди приходиш додому пізно і не виконуєш обіцянок», можна сказати: «Я відчуваю себе занепокоєним, коли ти приходиш додому пізно, оскільки я хвилююсь за твою безпеку».

5 Межі

Підліток відчуває потребу в самостійності та контролі над своїм життям. Пам’ятайте, що відмова від контакту з вами може бути не відмовою від близькості, а потребою у власному просторі. Намагайтеся віднайти баланс між дистанцією і близькістю. Підтримуйте підлітків у виборі власного шляху, поважайте особисту територію та надавайте поради тоді, коли вони цього просять.

> ***Пам’ятайте, що відмова від контакту з вами може бути не відмовою від близькості, а потребою у власному просторі***

6 Бути прикладом

Найефективніший спосіб навчити підлітків — це бути прикладом для них. Тож якщо ви бажаєте, щоб ваша дитина вміла визнавати свої помилки, почніть із себе. Будьте готові прийняти свою провину та попросити вибачення. Вам не потрібно завжди мати рацію; дозвольте собі не знати та шукайте відповіді разом з підлітками. Побудуйте справедливі правила, яких дотримуватимуться усі члени сім'ї. Навчіть свою дитину бути активним учасником сімейного життя. Залучайте її до прийняття рішень, дозволяйте брати участь у плануванні подій і розв'язанні питань, які стосуються всієї родини. Це розвиватиме відчуття власної важливості та значущості в колективі.

7 Допомагайте адаптуватися до умов війни

Згідно з результатами дослідження, яке проводилось у 15 країнах, ключовими особистими проблемами для дітей є турбота про своє ментальне здоров`я та сімейні проблеми, як-от сварки, хвороби, розлучення. За ними йдуть екологічні проблеми та зміна клімату, цькування в реальному житті й в інтернеті, негатив у соціальних мережах, відчуття безпеки в школі, війна, дружні стосунки, розлука із членами сім’ї, які перебувають в інших країнах.

За даними опитування, для 92 % батьків в Україні війна стала фактором, який найбільше вплинув на їхній ментальний добробут. Наприклад, лише третина респондентів, які безпосередньо чи опосередковано постраждали від війни, оцінюють своє ментальне здоров’я на 9-10 балів з 10. Серед тих дорослих, кого війна не торкнулася, таку оцінку дають вже 38 % опитаних. А серед дітей ці показники складають 33 %, 36 % і 42 % відповідно.

Кроки, які допоможуть підлітку краще адаптуватися під час війни:

Важливо говорити з підлітками про війну й надавати практичні поради для дій під час повітряної тривоги.

Допомагайте відновити соціальні зв’язки дітей, які вони могли втратити через від'їзд друзів або зміну школи. Пропонуйте їм приєднатися до гуртків, спортивних секцій або художніх студій, де підлітки зможуть знайти друзів та вписатися у новий колектив.

Навчіть дітей методик заспокоєння, а також порадьте книжку-практикум для регулювання емоцій.

Будьте уважним до індивідуальної реакції дітей на стрес. Дехто довго не може повернутися до навчання, інші можуть перезавантажувати себе. Допоможіть дітям відновити баланс між навчанням і відпочинком та разом з ними розробіть графік дня. Регулярність у щоденних діях надає відчуття стабільності й контролю над життям.

Демонструйте емоційну стійкість і турбуйтеся про власні ресурси, щоб мати сили підтримувати дітей.

Якщо близька людина дитини знаходиться на фронті або в іншій країні, важливо обговорювати цю ситуацію та почуття.

Якщо ви помітили тривожні ознаки поведінки або емоційного стану у підлітка, зверніться по психологічну допомогу.

Формування стосунків із підлітком вимагає терпіння та відкритості до їхнього світу й думок. Зусилля, вкладені в це спілкування, можуть допомогти батькам і підліткам зблизитись і краще зрозуміти одне одного.

За матеріалами https://howareu.com/

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ ЯК СТРАТЕГІЧНИЙ ПРІОРИТЕТ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я: ДОСВІД ПРОСВІТНИЦЬКОЇ ІНІЦІАТИВИ «НЕЙРОХАКІНГ: ЯК КЕРУВАТИ СВОЇМ МОЗКОМ»



Сергій ЧУМАК
генеральний директор ДУ «Київський МЦКПХ МОЗ України», головний державний санітарний лікар Києва



Тетяна КУЛИНИЧ
психологиня відділу епідеміологічного нагляду та профілактики неінфекційних хвороб ДУ «Київський МЦКПХ МОЗ України»



Олександр ШТИЛЬ
заступник генерального директора ДУ «Київський МЦКПХ МОЗ України»

У сучасних реаліях України, позначених наслідками повномасштабного вторгнення, питання ментальної стійкості набуло особливої гостроти. За даними дослідження 2024 року «Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни», проведеному соціологічною компанією Gradus Research у межах ініціативи першої леді Олени Зеленської зі створення Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як ?» українці оцінюють свій стан як середній — 50-51%. Водночас зростає частка респондентів, які визначають стан власного ментального здоров'я як незадовільний (з 9% у 2022 році до 13% у 2024 році). 77% опитаних українців переживали останнім часом стрес або сильну знервованість.

Ця статистика є критичною для підліткового віку, коли формуються базові поведінкові моделі, що безпосередньо впливають на ризик розвитку неінфекційних захворювань (НІЗ) у майбутньому.

Сучасні медико-біологічні дослідження підтверджують нерозривний зв'язок між станом ментальної сфери та функціонуванням систем організму. Психоемоційні розлади нерідко виступають коморбідними станами для низки соматичних патологій, що призводить до обтяження перебігу захворювань та значного підвищення показників смертності від НІЗ. Тривале перебування у стані стресу та соціальна дезадаптація стають тригерами для розвитку патологій серцево-судинної системи, ендокринних порушень та метаболічних зсувів. Таким чином, інтеграція психологічної підтримки в систему профілактичних заходів є обов'язковою умовою для запобігання соматизації стресу та збереження загального фізичного здоров'я нації.

У межах реалізації програм зі зміцнення ментального здоров'я ДУ «Київський МЦКПХ МОЗ України» з лютого по квітень 2026 року було проведено серію інтерактивних лекцій «Нейрохакінг: як керувати своїм мозком» для учнів 9-10 класів м. Києва. Метою проєкту було навчити підлітків розуміти біологічні механізми стресу та надати їм практичні інструменти саморегуляції.

Аналіз анкетування 245 учасників віком 14-17 років дозволив отримати об'єктивну картину психоемоційного стану сучасної молоді. Результати показали, що підлітки мають високий рівень усвідомленості щодо роботи власної нервової системи: більшість опитаних — 78%, розуміють, що в стані стресу їхній мозок переходить у режим економії енергії задля виживання.

Однак дані щодо внутрішніх ресурсів викликають занепокоєння. Близько 56% опитаних продемонстрували значний дефіцит енергетичних ресурсів — вони оцінили їх на критичному рівні, описуючи стан як повну виснаженість. Не менш важливим показником є те, що 37% підлітків повідомили про постійне відчуття фізичного напруження в тілі (плечах, щелепі, животі) і це є проявом соматизації хронічного стресу. Аналіз емоційного фону показав, що

хоча понад половина підлітків зберігають стан відносного спокою та готовності до навчання (58%), решта респондентів повідомили про перебування у станах пригніченості, вираженої втоми (22%), або, навпаки, високого рівня тривожності та дратівливості (20%). Наявність виражених ознак апатії та роздратування є проявами психоемоційної дезадаптації та підтверджує необхідність систематичного навчання навичкам психологічної стійкості.

Практична частина лекцій була зосереджена на опануванні методик нейропсихологічної регуляції. Школярі навчалися технік вольового управління ритмом дихання, що дозволяє оперативно знижувати рівень збудження нервової системи та стабілізувати емоційний стан. Окрему увагу було приділено когнітивним вправам, спрямованим на перемикання уваги з неконтрольованих зовнішніх чинників на особисту сферу впливу та актуальні дії. Такий підхід допомагає мінімізувати відчуття безпорадності та відновлює суб'єктивний контроль над ситуацією. Також було опрацьовано методи м'язової релаксації, які сприяють вивільненню накопиченого напруження.

Більшість респондентів (89%) зазначили, що заходи допомогли їм відчути полегшення та отримати конкретні алгоритми дій у стресових ситуаціях. Це демонструє високу готовність до застосування навичок саморегуляції, що свідчить про свідомий підхід підлітків до підтримки власного ментального здоров'я.

Більш наочно результати самооцінки психофізіологічного стану та рівня стресостійкості підлітків наведено на діаграмі (Рис. 1).

Підсумовуючи, можна стверджувати, що система громадського здоров'я повинна включати багаторівневий підхід до психічного благополуччя молоді. Це передбачає не лише просвіту, а й створення безпечного середовища без стигматизації, де кожен підліток може отримати підтримку. Тільки через розвиток стресостійкості та культуру дбайливого ставлення до власного ментального стану ми можемо знизити ймовірність розвитку захворювань у майбутніх поколінь.



Рис. 1. Результати самооцінки психофізіологічного стану та рівня стресостійкості підлітків



ПРОЄКТ «СТЕЖКА ЗДОРОВ'Я» — ПРИКЛАД МІЖСЕКТОРАЛЬНОЇ СПІВПРАЦІ У ФОРМУВАННІ ДОСТУПНОЇ КОМУНІКАЦІЇ

Ментальне здоров'я — це не постійне щастя, а динамічна рівновага, що дозволяє реалізувати потенціал, долати негаразди та працювати на користь своєї громади і всієї країни. Психологічна стійкість — це навичка, яку можна і треба тренувати. А під час війни це особливо відчутно.

Для ефективної комунікації на тему ментального здоров'я важлива міжсекторальна співпраця. Це дозволяє розширювати поле діяльності, а також використовувати різні інструменти впливу. У 2025 році проєкт ініціативної групи фахівців ДУ «Вінницький ОЦКПХ МОЗ» став одним із переможців конкурсу «Твори добро», який проводила ГО «Ми — Вінничани». Проєкт називається «Стежка здоров'я». Отримані грантові кошти допомогли нашій установі створити на прилеглій території інформаційно-профілактичний маршрут. Він складається з семи міні-локацій, що охоплюють ключові аспекти добробуту.

Цей простір ми створювали, використовуючи інструменти людиноцентричного дизайну (human-centered design): орієнтувалися на інформаційні запити і робили кожну локацію зрозумілою для людей різних вікових категорій, привабливою та інтерактивною. У «Стежки здоров'я» є «гід» — Кіт, який «дає поради» й «показує приклад».

«Стежка здоров'я» — інтерактивний маршрут, елемент доступної комунікації. На кожному стенді розміщені QR-коди з відповідною тематичною інформацією, яка постійно оновлюється.

Сьогодні ми приділяємо увагу локації, що фокусується на ментальному здоров'ї та руховій активності. Ці дві теми не випадково об'єднані в одному стенді, адже такий підхід ілюструє тісний взаємозв'язок фізичного та ментального здоров'я.

Спочатку глядачеві пропонуються прості поради щодо ментального здоров'я: тренуйте свій мозок; розвивайте психологічну стійкість; знайдіть для себе справу, яка допомагає заспокоїтися й зосередитися на позитиві; достатньо спіть; дотримуйтеся режиму роботи й відпочинку; не соромтеся просити допомоги; звертатися до психолога або лікаря — це нормально й відповідально. А сканування QR-коду дозволяє отримати значно більше інформації — пропонує науково обґрунтовані, але прості й доступні вправи для саморегуляції:

- **дихальні практики:** інструкції з нормалізації дихання як найшвидшого способу зниження рівня кортизолу;
- **техніки заземлення:** вправи на відчуття опори та концентрацію на почуттях, що допомагають подолати напад тривоги.

Такий підхід дозволяє перехожому зробити необхідну паузу, усвідомити свій стан і отримати дієвий інструмент самодопомоги безпосередньо під час прогулянки.

Через інтеграцію психологічних технік у повсякденний маршрут містянина, Центр забезпечує не лише інформаційну підтримку, а й створює

простір для відновлення внутрішнього ресурсу та підвищення резистентності населення.

Безбар'єрність та психологічний комфорт

Додам, що проєкт створений в межах національної стратегії безбар'єрного простору. Це стосується фізичної доступності маршруту для всіх категорій населення, а також перекладу складних термінів на мову привабливих ілюстрацій та простих пояснень. Такий підхід допомагає донести важливі знання про здоров'я до найширшої аудиторії.

У контексті високого рівня фонового стресу, в якому перебуває українське суспільство, цей стенд є інструментом «першої психологічної допомоги» без прямого втручання фахівця. Це приклад непрямої підтримки, де шлях до психоемоційної стабілізації починається з м'якої пропозиції зазирнути всередину себе.

Важливо й те, що проєкт реалізовано за підтримки депутатів та громадської організації. Це ще раз доводить: громадське здоров'я — спільна відповідальність громади, влади та фахівців. Роль громадських організацій у таких ініціативах є ключовою для розвитку культури здоров'я. І це максимально відповідає гаслу Вінницького ОЦКПХ — «Формуємо культуру здоров'я разом!». А отримання Відзнаки за результативну міжсекторальну співпрацю у сфері психічного здоров'я (листопад 2025 р.) є офіційним підтвердженням того, що комунікаційна стратегія Центру ефективно об'єднує зусилля різних відомств.

Психологічне відновлення — життєва необхідність для кожного українця, адже війна та невизначеність виснажують нас.

Ігор МАТКОВСЬКИЙ
генеральний директор ДУ «Вінницький ОЦКПХ МОЗ України», головний державний санітарний лікар Вінницької області



Це твій знак: відкладай телефон хоч на 15 хвилин і зроби щось руками. Тобі точно сподобається! Так працюють аналогові хобі — заняття без екранів допоможуть перемкнути думки, відновити ресурс та й просто отримувати задоволення від того, що подобається.

https://howareu.com/

ПАВОДОК ТА ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я: ЯК ЗАПОБІГТИ ЕПІДЕМІЧНИМ УСКЛАДНЕННЯМ



Надія ОПЕРЧУК
генеральна директорка ДУ «Кіровоградський ОЦКПХ МОЗ України», головна державна санітарна лікарка Кіровоградської області

Паводки та підтоплення — це не лише стихійне лихо, що завдає матеріальних збитків, а й серйозний виклик для санітарно-епідемічного благополуччя регіону. Лютий 2026 року переконливо довів: навіть маловодна Кіровоградська область може стати епіцентром масштабної водної стихії. Ця ситуація стала своєрідним стрес-тестом для системи громадського здоров'я та її готовності до реагування на надзвичайні події, продемонструвавши як сильні сторони, так і напрями для подальшого вдосконалення.

Комплексний аналіз ефективності вжитих заходів

Кіровоградщина має специфічні гідрологічні та кліматичні умови. У літньо-осінній період регіон є одним із найменш забезпечених водними ресурсами в Україні, натомість у зимово-весняний період виникає ризик паводків. Зазвичай вони мають циклічний характер і не досягають критичних масштабів. Проте події 2026 року стали винятком, що засвідчив необхідність перегляду підходів до оцінки ризиків і підготовки до сезонних загроз.

Гідрологічний виклик: чому паводок 2026 року став екстремальним?

За оцінками фахівців, подібні паводки трапляються раз на 20–40 років і за масштабами можуть бути співставні з подіями 1941 та 1980 років. Востаннє значні підтоплення в області фіксувалися у 2010 році. Однією з ключових причин нинішньої ситуації стала зміна кліматичних умов: теплі зими, різкі відлиги з інтенсивними дощами, формування так званої «швидкої води», яку річкові русла не встигають пропускати. Географічне розташування області на Придніпровській височині також сприяє підтопленню прибережних зон, посилюючи вплив гідрологічних факторів.

Передумови стихійного лиха

На початку лютого не очікувалося вираженого весняного водопілля, однак уже в середині місяця погодні умови різко змінилися. Спостерігалися потепління, інтенсивні опади на рівні 15–26 мм, при цьому ґрунт був промерзлий на глибину 40–80 см і фактично втратив здатність вбирати воду. Це призвело до стрімкого стоку, особливо у басейнах Інгулу та Сугоклії, де витрати води сягали 11–21 м³/с. Рівень води у річках піднявся на 0,5–3,5 м, що спричинило масштабні підтоплення та різке збільшення навантаження на інфраструктуру.

Масштаби паводку

Паводок охопив усі чотири адміністративні райони області — Кропивницький, Олександрійський, Новоукраїнський і Голованівський. У зоні впливу опинилися 26 територіальних громад, 55 населених пунктів, 348 об'єктів, зокрема джерела нецентралізованого водопостачання, житлові будинки та присадибні ділянки. Постраждали близько 300 приватних домоволодінь, що потребувало оперативного реагування та координації дій на місцях.

Спектр загроз: від біологічного забруднення до техногенних ризиків

Паводки створюють цілий спектр загроз для громадського здоров'я. Серед них — біологічні ризики (гострі кишкові інфекції, шигельоз, вірусний гепатит А), природно-осередкові захворювання (лептоспіроз, туляремія), а також ризики забруднення води внаслідок



розмивання потенційно небезпечних об'єктів, зокрема скотомогильників. Додаються хімічні, техногенні, соціальні та екологічні фактори, що вимагають комплексного міжсекторального підходу до управління.

Заходи реагування

Реагування здійснювалося відповідно до обласного плану заходів щодо пропуску льодоходу, повені і паводків у 2026 році. Важливу роль відіграла міжвідомча взаємодія. Було налагоджено постійний обмін інформацією з ДСНС, гідрометеорологічною службою, водними ресурсами та органами місцевого самоврядування.

Фахівці здійснювали виїзди на підтоплені території, проводили оцінку ризиків і обстеження об'єктів. Забезпечено цілодобову готовність 10 груп епідеміологічного спостереження та 10 дезінфекційних бригад. Відбулося шість екстрених засідань Оперативного Центру реагування на НС, що дозволило швидко приймати управлінські рішення та координувати дії.

Дезінфекція

Одним із ключових напрямів стала дезінфекція води. Для забезпечення населення безпечною питною водою громадам передано 74 200 бактерицидних таблеток «Aquatabs». Це дало змогу оперативно організувати знезараження води у приватному секторі та мінімізувати ризики інфекційних захворювань.

Визначення потенційних зон ризику

Проведено ідентифікацію територій ризику. Визначено 45 населених пунктів потенційного підтоплення, де проживає 1675 осіб, нараховується 582 приватні будинки та 242 джерела нецентралізованого водопостачання. Також здійснено розрахунок необхідних сил і засобів реагування, що дозволило підвищити ефективність управлінських рішень.

Лабораторний контроль та профілактичні заходи

Із 16 лютого 2026 року досліджено 846 проб питної води, з них 570 — за мікробіологічними та 302 — за санітарно-хімічними показниками. Проведено дезінфекцію 290 приватних криниць, 246 громадських колодязів, виконано

21 дератизаційний захід та обробку територій після сходження води. Завдяки цьому епідемічна ситуація залишалася стабільною та контрольованою, без ускладнень.

Кризова комунікація: постійне інформування

Населення системно інформували через брифінги, телебачення, радіо та офіційні ресурси. Це дозволило підвищити обізнаність громадян, сформувати відповідальну поведінку та мінімізувати ризики поширення інфекцій у період паводку.

Формування управлінських рішень

Паводок 2026 року продемонстрував: навіть регіони з низьким рівнем водності можуть зіткнутися з масштабними викликами. Водночас він підтвердив, що системна, скоординована робота у сфері громадського здоров'я здатна ефективно протидіяти загрозам, забезпечуючи епідемічну безпеку населення навіть у найскладніших умовах.

Отриманий досвід стане основою для вдосконалення підходів до реагування та підвищення готовності до майбутніх надзвичайних ситуацій.

КОСТЯНТИН ГРУБИЧ: «ФІЗИЧНУ АКТИВНІСТЬ СУЧАСНИМ ЛЮДЯМ ТРЕБА НАБУВАТИ, ЦЕ ДОДАТКОВА ВАРТІСТЬ, НЕХАЙ ЧЕРЕЗ СИЛУ, АЛЕ ПОТРІБНО РУХАТИСЯ»



За останні два десятиліття українці стали уважніше ставитися до того, що опиняється на їхній тарілці. Але війна, стрес, економічні труднощі та нескінченний потік порад із соцмереж знову змінюють наші харчові звички.

Костянтин ГРУБИЧ одним із перших в Україні почав системно говорити про якість продуктів і культуру споживання. В інтерв'ю для «Акцентів громадського здоров'я» він пояснює, чому здорове харчування починається не з модних дієт, а зі здорового глузду, як розпізнати маніпуляції в соцмережах, чому небезпечно «заїдати» стрес і навіщо сучасній людині свідомо шукати час для фізичної активності.

— Ви одним із перших в Україні почали досліджувати тему якості продуктів. Як за цей час змінилося ставлення українців до вибору їжі?

— Якщо згадати 2007 рік, коли стартував «Знак якості», то зміни були кардинальні. Після перших випусків програми в магазинах стався переворот: люди почали уважно читати склад продуктів, навіть приходили з лупами. Тоді це було наче «увімкнули світло». Потім це стало звичкою. Сьогодні цим цікавиться той, у кого є культура або потреба дбати про своє харчування.

На жаль, повномасштабна війна внесла свої корективи: для декого головне, щоб було «аби щось» поїсти, я вже не говорю про якість харчування. Але загалом за двадцять років свідомість споживачів дуже змінилася. І це мають враховувати виробники.

Є трансформація на краще. Водночас варто на рік-два перестати говорити про якість, і знову з'являються фальсифікації. Виробник прагне здешевлення й прибутку, у людей меншає грошей, тому вони економлять. На жаль, дуже часто економлять на здоров'ї. Такий замкнутий цикл.

— Ви часто говорите про якість продуктів. Наскільки важливо сьогодні готувати їжу вдома, а не покладатися на готові страви чи заклади харчування?

— За дужками війна. Війна все псує. Це така токсична річ, яка зводить нанівець усі наші мирні розмови.

Але українцям у цьому сенсі пощастило, бо ми ще готуємо вдома. Молодь дедалі більше європеїзується, цивілізується, звикає до готової їжі, але домашнє приготування – це наше велике щастя. І я б радив цим не нехтувати. Бо ресторани й кафе – як пощастить, а купована їжа завжди певний компроміс.

Готувати вдома — це наш певний порятунок, адже вдома ти сам відповідаєш за якість харчування.

— Наскільки, на вашу думку, на харчові звички сьогодні впливають різні міфи? Наприклад, що овочі рятують від усього, а тваринний білок шкідливий...

— Міф — це уявна реальність із позитивним смислом, те, як начебто має бути і до чого люди прагнуть. Сама харчова поведінка, яка закладається з молоком матері, теж свого роду міф.

Наприклад, міф чи не міф, що найкращі страви з печі. Хоча більшість їх ніколи не куштувала, але в голові воно живе. Той, у кого піч є, хоче її розібрати, а той, у кого немає, про неї мріє. Така людська природа. Харчові міфи були, є і будуть.

Інша справа, наскільки вони відповідають дійсності. Якщо говорити про те, що овочі рятують, а білок шкодить, то треба шукати золоту середину. Бо потрібні і овочі, і білок. Не можна їсти лише клітковину так само, як шкідливо харчуватися тільки білком. Має бути баланс. Це вже питання освіти і харчової культури.

Більшість міфів усе ж таки правильні, бо базуються на досвіді поколінь. Якщо бабуся казала: «З'їж борщ — і будеш цілий день ситий». Дідусь казав, що чарка горілки з шматком хліба не зашкодить. У цьому теж є частка правди, якщо людина здорова і цих чарок не десять чи двадцять. Треба знати міру. Проблема починається тоді, коли цієї міри немає.

Міфи самі по собі не добрі й не погані, але вони працюють. Краще спиратися на здоровий глузд, ніж їсти лише для того, щоб задовольнити голод.

А от що не є міфом, і що я б порадив, так це обмежувати солодке. Цукор сьогодні додають навіть у солоні страви, бо він дає смак, але користі від цього мало. Це саме те, над чим треба працювати, щоб навчитися споживати менше.

Міфи самі по собі не добрі й не погані, але вони працюють. Краще спиратися на здоровий глузд, ніж їсти лише для того, щоб задовольнити голод

— У TikTok, Instagram та інших соцмережах дедалі більше порад про здорове харчування. На що варто звертати увагу, щоб не потрапити на маніпуляції?

— Насамперед треба верифікувати людину, яка говорить. Така вже людська природа: почув те, що тобі симпатичне і що підходить, то вже й людина начебто хороша. І хочеться її слухати. Але, знаєте, як ті сирени з міфів: заспівали, задурманили і згубили. Зараз багато шарлатанів.

Тому варто подивитися, чи має людина знання, кваліфікацію, досвід. Якщо це лікар, а ще краще не просто дієтолог, а ендокринолог чи фахівець, який справді займається харчуванням, тоді його можна слухати. А коли поради дає симпатична людина, якій 22 роки, десь щось прочитала чи пройшла короткий курс, у мене є великі сумніви щодо кваліфікації таких «порад».

Я більше радив би читати, ніж слухати TikTok. Купіть хорошу книжку про здорове харчування, подивіться, хто її автор. А ще краще, якщо є можливість, мати свого лікаря або фахівця, який знає саме ваш організм. Бо про організм треба дбати постійно, вчасно проходити чекапи. Сьогодні модно бездумно пити вітаміни чи повторювати поради із соцмереж, а це може тільки нашкодити.

Соцмережі можуть бути джерелом інформації, але найкращий вихід — особистий лікар або перевірена книжка про здорове харчування.

— Реклама харчових продуктів, особливо для молоді, дуже впливає на формування звичок. Чи потрібні обмеження на рекламу потенційно шкідливих продуктів?

— Моя думка, що все має бути збалансовано. Якщо доведено, що продукт прямо шкодить здоров'ю, то це не просто потрібно, а необхідно робити. Це питання національної безпеки. Так само, як свого часу дійшли до обмежень щодо сигарет.

Тут дуже тонка межа. Але обмеження на рекламу сумнівних продуктів повинні бути. У багатьох країнах вони існують.

У нас купа обмовок: війна, людей не вистачає. Будь-який закон починаєш розглядати через призму того, кому це потрібно, бо є клуби лобістів великого бізнесу. Але споживачі мають розуміти прості речі: усе, що дуже яскраве, дуже «хімічне», де надто багато складників, краще оминати. Особливо те, де багато цукру. Не варто заради моди чи цікавості потім пожинати плоди у вигляді серйозних проблем зі здоров'ям. Якщо коротко, то так, я за обмеження недобросовісної реклами.

— Ви часто показуєте українську традиційну кухню. Чи можна зберігати ці традиції й одночасно дотримуватися здорового харчування?

— Традиційна українська кухня насправді дуже різноманітна, просто ми її мало знаємо. А те, що на поверхні, галушки, сало, шкварки, борщ, існувало в ті часи, коли люди гарували з ранку до ночі. Прийшов із поля чи городу, з'їв шматок сала, борщу, картоплі, а м'ясо було лише на великі свята, і пішов далі працювати. Усе вигоріло.

Зараз стиль життя інший. Тому краще такі страви їсти не щодня, а інколи, додавати більше овочів. Якщо ж харчуватися лише мучним, салом і вуглеводами, це вже інша історія. Знову ж таки, дивлячись яке сало. Якщо воно свіже, від добре вигодованої свині, то це корисні жири й амінокислоти. Якщо ні, то тут уже шкода організму. Моя порада – дотримуватися міри. Якщо її дотримуватися, то все нормально.

— Наскільки важливою є фізична активність для сучасної людини?

— Звичайно, повинні бути фізичні навантаження, хоча б ходьба. Бо сучасна людина багато сидить, ну така робота, або в машині. А наші військові часто просто не можуть рухатися через умови служби.

Фізичну активність сучасним людям треба набувати. Це додаткова вартість. Нехай через силу, але потрібно рухатися.

> ***Їжа як задоволення має бути інколи, а не щодня. А зараз кожен день знаходиться причина щось жувати. Це вже не про голод, а про звичку***

— Багато людей під час стресу починають «заїдати» свої переживання. Чи справді їжа допомагає впоратися зі стресом?

— Це самообман. Це отрута. Якщо в стресі починаєш їсти, ти забуваєш, що жуєш. Це швидко переходить у звичку, а потім стає як наркотик: «мені це допомагає». А далі вже зайва вага, задишка, проблеми зі здоров'ям. Це така скринька Пандори, яку відкривати не варто.

Якщо близькі бачать, що людина почала заїдати горе, налягати на солодке чи алкоголь, бо в кожного своя «метода порятунку», то треба підказати, що це шлях до ще більшого горя. Бо ми не лише переживаємо стрес, а ще й запускаємо в організм нових ворогів. Психологічно це допоможе один раз, а далі?

Їжа як задоволення має бути інколи, а не щодня. Раніше м'ясо їли на Великдень чи Різдво, і це були свята. А зараз кожен день знаходиться причина щось жувати. Це вже не про голод, а про звичку. Я й сам такий, як усі.

Мені самому це дуже важко. Нещодавно був у Сумах: кав'ярні, кондитерські, очі розбігаються. У Києві я майже рік свідомо не їв морозива, а тут подумав: візьму одну кульку до кави. З'їв, а потім зрозумів, що порушив свою внутрішню заборону, і мені знову захотілося морозива. Я ж жива людина. Баланс сили волі і ступеня задоволення треба шукати. Якщо ж усе відпустити й жити за принципом «раз живемо», то покарання знайде: зайва вага, хвороби, зайві витрати на лікування. Або, якщо вам на це наплювати, то ви не будете читати цей журнал.


КОСТЯНТИН
ГРУБИЧ


Sich-1M
YUZHNOYE
YUZHMASH
CYCLONE-3
ЮЖНОЕ
ЮЖМАШ
8K69
ДНІПРО –
УКРАЇНСЬКИЙ
ФОРПОСТ!

ДНІПРО.
ВЕЛИКА ВІЙНА У ВЕЛИКОМУ МІСТІ



Це майже мільйонне, одне з найбільших міст України, практично щодня у новинах через російські удари. Наприклад, протягом останніх семи днів травня 2026 року тривога у Дніпровському районі сумарно тривала понад 4 доби. Окупанти б'ють по Дніпру ракетами різного типу та безпілотниками. Була спроба атакувати реактивними КАБами. Від обласного центру до фронту, який з літа минулого року уже перемістився до Дніпропетровщини, приблизно 100 кілометрів. Тож місто залишається форпостом.

Тут відчули війну ще у 2014-му, коли добровольці пішли до військкоматів (так ще тоді називалися теперішні РТЦК) і з мінімальною зброєю та у цивільній одежі стали на захист країни. В той же час до Дніпра поїхали і перші поранені у російсько-українській війні та біженці з Донеччини та Луганщини. За 12 років опору Дніпро лишається центром фронтової та гуманітарної логістики країни. А з початком повномасштабного вторгнення понад чотири роки поспіль систематично потерпає від російських обстрілів.

БПЛА на Дніпро, «балістична балістика»...

Щоденні повідомлення моніторингових каналів про безпекову ситуацію у Дніпрі, а точніше, про небезпекову, для будь-кого не місцевого означали б одне: жити тут небезпечно, треба виїжджати. Втім, у місті немає і натяку на спустіння. Бізнес працює, дехто з перервами на тривогу. Діти навчаються очно у школах з дотриманням безпекових заходів. В будень у середмісті важко знайти місце для паркування авта. Втім, у кожному районі Дніпра знайдеться «рана», завдана російськими ракетою чи безпілотником.

В цьогорічному інтерв'ю одному з українських ЗМІ мер Дніпра Борис Філатов озвучив масштаби руйнувань у місті. Загалом йдеться про щонайменше 1400 зруйнованих або пошкоджених житлових будинків. З них понад 960 — це багатоповерхівки. А ще побиті чи зруйновані заклади освіти, медичні установи, об'єкти промисловості та критичної інфраструктури. Кожен приліт обходиться місту в десятки мільйонів гривень.

У дні особливо тяжких російських атак Дніпро, здається, раптово стає однією вулицею чи будинком, де постраждали люди. Бо туди стягується допомога не лише міста, але й небайдужих містян. Так було під час однієї з найбільших трагедій цієї російсько-української війни. Нею став удар росіян по житловому будинку на Перемозі. 14 січня 2023-го року окупанти поцілили по дев'ятиповерхівці протикорабельною ракетою Х-22, цілком зруйнувавши два під'їзди. Від удару загинуло 50 людей — це мешканці та перехожі. Серед вбитих — 7-ро дітей. Ще 92-ві людини зазнали поранень. Два під'їзди довелося демонтувати. На їхньому місці місцеві жителі хочуть облаштувати меморіал.

Окрім житла людей, ворог неодноразово цілить по об'єктах енергетичної системи міста.





Взимку це спричиняло тривалі відключення світла. Під ударами також — резервуари з паливом, залізнична інфраструктура, автовокзали та стоянки, промислові підприємства, логістичні склади, зокрема, поштових компаній, продовольчих магазинів та гуманітарних місій. Тільки цього травня російська армія двічі вдарила по розподільчому центру мережі супермаркетів «Варус» у Дніпрі. Внаслідок ворожої атаки загинули люди. А в останній день місяця російський дрон знову атакував великий бізнес — згоріли склади, вантажівки та відділення «Нової пошти». Люди вціліли. І концентрація таких атак не зменшується.

Прифронтове місто

Від початку 2025-го року російські окупанти почали розширювати зону ударів керованими авіабомбами на межі Донеччини та Дніпропетровщини. Тоді у зоні ризику опинилося 7 громад Дніпропетровської області. Одна з них — Новопавлівська — уже почала зазнавати кількох ворожих атак. А влітку того ж року бої йшли фактично на території Дніпропетровщини. Втім, про окупацію досі не йдеться. Згідно з даними ресурсу «Deepstate», нині від Дніпра до найближчої сірої зони на кордоні із Запорізькою та Донецькою областями — 90-100 кілометрів. І цей показник є динамічним.

З рухом фронту росія намагається атакувати Дніпро новим озброєнням. Так, торік у жовтні, за інформацією Повітряних сил, окупанти спрямували на місто крилату бомбу-ракету «Гром-Е1». І пізніше намагалися повторити такі удари, втім КАБи вдалося збити. Але це наразі поодинокі випадки такого застосування.

Хаб для впо

Із російською окупацією частини Донеччини та Луганщини до Дніпра та області ще з 2014-го року переїхало багато тамтешніх жителів. За роки люди осіли, знайшли роботу, відкрили бізнеси. І від 2022-го, з початком повномасштабного вторгнення, Дніпро знову став хабом для нової хвилі внутрішньо переміщених осіб. За даними Дніпровської міської ради, в обласному центрі станом на 1 квітня 2026-го року живуть близько 200 тисяч переселенців.

Люди обирають це місто, бо воно одне з найближчих до покинутих ними рідних домівок. Багато хто, доки була можливість, часто їздив з Дніпра додому. Як, наприклад, родина Горбачових з Торецька. Переселенці з Донеччини уже влітку 2022-го розпочали в обласному центрі пекарський бізнес. Спечений хліб родина кілька разів на тиждень возила на продаж додому у Торецьк. Там ще працювали власні торговельні точки, які пізніше, через безпекову ситуацію, таки довелося закрити.

Я пам'ятаю, як навесні 2022-го масово їхали маріупольці. Від Дніпра і не тільки організовували спеціальні колони з автобусів. Вони прямували до Запорізької області, аби забрати знесилених людей, які змогли вирватися з оточеного росіянами Маріуполя. Їхні історії були тяжкими та страшними. Хтось опісля зостався у Дніпрі, знайшов роботу і відкрив бізнес. Хтось поїхав далі. Дніпро став містом, де проживає одна з найбільших спільнот маріупольців. Тому саме тут були створені перші об'єкти соціального житла для понад 1000 переселенців з «міста Марії».

І зараз Дніпро лишається одним із центральних осередків для переселенців. Діють транзитні шелтери, з яких люди відправляються далі. Бо місць, де можуть прийняти переселенців у Дніпрі, уже практично немає.

Місто військових і військової шани

Дніпро є потужним волонтерським та логістичним хабом. Тут забезпечують військових дронами, квадроциклами, технікою та спорядженням. У місті діють сотні волонтерських ініціатив,



де задіяні тисячі дніпрян. Зокрема, і школярі, які у вільний від навчання час плетуть маскувальні сітки, роблять військовим смаколики та виготовляють окопні свічки.

Ще у 2016-му у Дніпрі розпочав роботу Музей АТО, який став однією з філій Дніпропетровського історичного музею ім. Дмитра Яворницького. Він складається з внутрішньої та вуличної експозиції — «Шляхами Донбасу». Також у Дніпрі є мережа меморіальних комплексів та місць для вшанування пам'яті захисників України. У середмісті створена центральна Алея пам'яті, а також кілька меморіалів у різних районах. На локаціях представлені банери з фото та описом бойового шляху загиблих захисників України.

Разом з тим Дніпро — осередок масштабної медичної допомоги та порятунку для поранених захисників. Від 2014-го року тутешні лікарі зіткнулися із небаченими раніше бойовими травмами і, здається, для них уже не існує непосильних завдань. Крім того, у Дніпрі працює низка спеціалізованих центрів для фізичного та психологічного відновлення військових. Вони надають послуги безоплатно, включаючи фізіотерапію, ерготерапію, психологічну підтримку та реадаптацію. За державною програмою працює і протезний завод, де безкоштовно поранені захисники отримують реабілітацію з подальшим заміщенням кінцівок мультифункціональними протезами.

Місто життя

10 років тому обласний центр Дніпропетровщини став Дніпром. 19 травня 2016-го за це проголосували депутати Верховної Ради. Це збіглося з Днем вишиванки, тому подія вийшла особливо урочистою.

Місто Дніпро відоме найдовшою в Європі набережною вздовж ріки Дніпро. Це понад 23 кілометри, які об'єднують три магістралі — Заводську набережну, Січеславську (яка є центральною частиною набережної) та набережну Перемоги. Там щороку квітнуть тюльпанові доріжки.

Дніпро — це про космос. У середмісті можна відкрито побачити повнорозмірні макети ракет, створених у різні роки на Південному машинобудівному заводі. Під час повномасштабної війни територія заводу десятки разів зазнавала найпотужніших російських ударів і постійно є під загрозою.

А ще 14 років тому у Дніпрі відкрився найбільший у світі єврейський громадський комплекс «Менора». До слова, місто має осередки різних релігійних конфесій.

Втім, серце будь-якого населеного пункту — це люди. Дніпряни, як і більшість українців, нині живуть складне життя, коли у будь-який момент тебе може застати російський удар, коли вночі ти не знаєш сну, втім, зранку збираєш себе докупи і «йдеш жити саме це життя». Бо іншого наразі немає.

Дніпро — це коли навіть у найважчі часи є миті для щасливих моментів. Коли по обіді у своєму районі ти щодня зустрічаєш активного пенсіонера пана Сергія, який доглядає за квітами на громадських клумбах. Коли водій місцевої маршрутки Леонід зустріне тебе на вулиці і питає, чому ти нечасто «заходиш» у гості. А продавчиня Світлана майже точно пам'ятає, скільки місяців твоїй другій дитині.

Дніпро — і річка, і місто — живі попри все, дякуючи жителям та нашим силам оборони. І хоча в Україні точно є більш спокійні місцини з меншою концентрацією російських атак, для дніпрян саме геовідмітка «Дніпро» є своєю та неповторною.

Софія БОГУЦЬКА
журналістка

ТРАНСФОРМАЦІЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ: ДОСВІД ДІЯЛЬНОСТІ ДУ «ДНІПРОПЕТРОВСЬКИЙ ОЦКПХ МОЗ УКРАЇНИ»



Дніпропетровська область протягом усього періоду воєнного стану залишається одним із ключових регіонів України, який забезпечує функціонування значної частини критичної інфраструктури держави, внутрішньо переміщених осіб, надає допомогу постраждалому населенню та водночас перебуває під постійним впливом воєнних ризиків. За таких умов особливого значення набуває ефективна діяльність регіональних центрів контролю та профілактики хвороб, здатних забезпечити своєчасне виявлення загроз, оцінку ризиків та інформаційно-аналітичну підтримку управлінських рішень.

Важлива роль у реалізації цих завдань належить ДУ «Дніпропетровський ОЦКПХ МОЗ України», який забезпечує здійснення епідеміологічного нагляду, лабораторного контролю, моніторингу факторів середовища життєдіяльності, профілактичної роботи, готовності до надзвичайних ситуацій та інформаційно-аналітичного супроводу органів державної влади і місцевого самоврядування.

Аналіз результатів діяльності Центру у 2022–2025 роках дозволяє не лише оцінити ефективність реалізованих заходів, а й визначити перспективні напрями подальшого удосконалення регіональної системи епідеміологічного нагляду, спрямовані на підвищення її стійкості, адаптивності та здатності реагувати на сучасні виклики.

Трансформація епідеміологічного нагляду в умовах воєнного стану

Дніпропетровська область є одним із найбільших регіонів України за площею та чисельністю населення. З початку повномасштабної війни область стала одним із ключових гуманітарних, медичних та логістичних центрів держави, прийнявши понад 400 тисяч внутрішньо переміщених осіб, серед яких близько 90 тисяч дітей.

Поряд із традиційними завданнями щодо спостереження за інфекційними та неінфекційними захворюваннями виникла необхідність постійного моніторингу ризиків, пов'язаних із масовим переміщенням населення, руйнуванням об'єктів критичної інфраструктури, порушенням роботи систем водопостачання та водовідведення, а також загрозами радіаційного, хімічного та біологічного характеру.

За таких умов діяльність Центру була спрямована на забезпечення безперервного функціонування епідеміологічного нагляду та виконання основних функцій у сфері громадського здоров'я незалежно від безпекової ситуації на окремих територіях області.

Особливо складною залишалася ситуація в територіальних громадах, наближених до районів ведення бойових дій.

У Васильківській громаді зазнали руйнувань окремі адміністративні та лабораторні приміщення структурного підрозділу Центру. Водночас функціонування епідеміологічного нагляду





не припинялося. У Дніпрі попри влучання БПЛА у вакцинальний автобус та фактичну втрату спецтранспорту та обладнання, профілактичну роботу продовжили іншими механізмами.

В умовах війни діяльність Центру поступово трансформувалася від переважно реєстраційної моделі до моделі, орієнтованої на оцінку ризиків, прогнозування розвитку ситуації та інформаційно-аналітичну підтримку управлінських рішень.

Розвиток епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами

У 2025 році в Дніпропетровській області зареєстровано 446 228 випадків інфекційних та паразитарних захворювань, що на 16,7% більше порівняно з попереднім роком. Разом із тим зростання загальної захворюваності відбулося переважно за рахунок гострих респіраторних вірусних інфекцій та грипу. Після виключення цих нозологічних форм рівень інфекційної захворюваності знизився на 9,1%, що свідчить про стабілізацію епідемічної ситуації щодо більшості інфекційних хвороб.

У структурі захворюваності 97,9% усіх випадків становили гострі респіраторні вірусні інфекції та грип. Упродовж року зареєстровано 311 226 випадків ГРВІ, госпіталізовано 12 734 особи. Епідеміологічний нагляд за COVID-19 дозволив виявити 2040 випадків захворювання та 16 летальних випадків. За результатами вірусологічного моніторингу встановлено циркуляцію різних респіраторних вірусів із переважанням вірусу грипу типу А.

Особлива увага приділялася контролю за гострими кишковими інфекціями з урахуванням ризиків, пов'язаних із можливими порушеннями водопостачання. У 2025 році зареєстровано 2159 випадків гострих кишкових інфекцій встановленої етіології, що на 24,0% менше порівняно з попереднім роком. Захворюваність на ротавірусну інфекцію знизилася на 24,6%, на сальмонельоз — на 7,7%, а кількість гострих кишкових інфекцій невстановленої етіології зменшилася на 19,4%.

Упродовж року зареєстровано 8 спалахів інфекційних захворювань, унаслідок яких постраждала 41 особа, зокрема 22 дитини. Усі осередки були своєчасно виявлені та локалізовані в межах одного інкубаційного періоду.

Важливою складовою роботи залишався контроль за вакцинокерованими інфекціями. У 2025 році зареєстровано 28 випадків кору. Аналіз показав, що основною причиною захворювань була відсутність профілактичних щеплень або порушення календаря вакцинації.

Серед соціально значущих інфекцій особлива увага приділялася туберкульозу та ВІЛ-інфекції. У 2025 році зареєстровано 1882 випадки активного туберкульозу, що на 29,5% менше порівняно з попереднім роком. Захворюваність на туберкульоз органів дихання знизилася на 21,9% та становила 1126 випадків. Важливим досягненням стало впровадження сучасних методів виявлення латентної туберкульозної інфекції. Упродовж 2023–2025 років виконано 866 досліджень із застосуванням тестів на вивільнення гамма-інтерферону, позитивні результати отримано у 134 осіб.

У 2025 році зареєстровано 1435 нових випадків ВІЛ-інфекції, 541 випадок СНІДу та 209 смертей, пов'язаних із захворюванням. Водночас антиретровірусну терапію отримували понад 22 тисячі пацієнтів. Позитивна динаміка відзначалася щодо вірусних гепатитів: рівень захворюваності знизився на 22,5%, зокрема на хронічний гепатит С — на 22,6%, а на хронічний гепатит В — на 22,7%.

Важливим напрямом діяльності залишалося забезпечення інфекційного контролю та протидії антимікробній резистентності. У 2025 році



проведено моніторингові візити до 73 закладів охорони здоров'я області. Середній показник впровадження заходів інфекційного контролю за туберкульозом становив 79,7%, відділи інфекційного контролю функціонували у 95,9% закладів, а 82,2% працівників пройшли відповідне навчання.

Розвиток епідеміологічного нагляду за неінфекційними захворюваннями

У 2025 році діяльність Центру була спрямована на аналіз основних показників неінфекційної захворюваності та реалізацію профілактичних заходів відповідно до Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань.

Фахівцями Центру проведено комплексний аналіз онкологічної захворюваності, дорожньо-транспортного травматизму, розладів психіки та поведінки, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, а також показників репродуктивного здоров'я населення. Отримані результати використовувалися для визначення пріоритетних напрямів профілактичної роботи та подальшого удосконалення підходів до оцінки ризиків для здоров'я населення.

Спільно з 31 центром первинної медико-санітарної допомоги області проводилася інформаційно-комунікаційна робота щодо профілактики та раннього виявлення онкологічних захворювань. Особлива увага приділялася профілактиці раку шийки матки, молочної залози, колоректального раку та раку передміхурової залози.

Одним із пріоритетних напрямів залишався контроль над тютюном. У 2025 році підготовлено проєкт регіональної Стратегії контролю над тютюном на 2025–2030 роки. Питання профілактики тютюнокуріння та негативного впливу нікотиновмісної продукції систематично розглядалися на засіданнях Координаційної ради з питань громадського здоров'я.

Значна увага приділялася профілактиці травматизму, формуванню навичок безпечної поведінки та підтримці психічного здоров'я населення. У межах реалізації Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?» проведено 596 інформаційно-просвітницьких заходів, якими охоплено майже 11 тисяч мешканців області.

Важливим напрямом профілактичної роботи стало формування здорових харчових звичок серед дітей та підлітків. У межах проєкту «П'ять кроків до здорового харчування» охоплено 128 закладів освіти, близько 9 тисяч учнів та понад 2 тисячі працівників освітньої сфери.

Продовжувалася робота щодо збереження репродуктивного здоров'я населення, підтримки грудного вигодовування та профілактики вживання психоактивних речовин. Особлива увага приділялася молоді як групі, для якої формування здорової поведінки має довгострокове значення для збереження здоров'я населення.

Моніторинг факторів середовища життєдіяльності та лабораторне забезпечення

Повномасштабна війна суттєво розширила перелік факторів, які можуть впливати на здоров'я населення. Поряд із традиційними ризиками особливого значення набули наслідки руйнування об'єктів критичної інфраструктури, пожежі внаслідок ракетних обстрілів, забруднення атмосферного повітря, погіршення якості питної води, а також ризики виникнення надзвичайних ситуацій радіаційного та хімічного характеру.

У 2025 році лабораторними підрозділами виконано понад 233 тисячі досліджень факторів середовища життєдіяльності, з яких 5,6% не відповідали встановленим нормативам. У структурі досліджень найбільшу частку становив контроль якості питної води (61%), атмосферного повітря (15%), умов виробничого та житлового середовища (9%) та харчових продуктів (8%).

Одним із пріоритетних напрямів роботи за-

лишався моніторинг атмосферного повітря. Основними джерелами забруднення в умовах воєнного стану були пожежі, що виникли внаслідок руйнування промислових та інфраструктурних об'єктів, а також викиди промислових підприємств та транспорту. Для оперативного реагування лабораторії Центру оснащені сучасною системою моніторингу якості атмосферного повітря та портативним газоаналізатором SKY 8000.

Постійно здійснювався моніторинг якості та безпечності питної води з передачею результатів до інформаційних систем МОЗ України. У разі виникнення аварійних або надзвичайних ситуацій перелік контрольованих показників розширювався відповідно до характеру потенційних ризиків.

Особливого значення набув радіаційний контроль. З урахуванням близькості до Запорізької АЕС Центр забезпечує щоденний моніторинг радіаційного фону на території області, а також проводить інформаційно-роз'яснювальну роботу серед населення та навчання персоналу щодо дій у разі виникнення/загрози виникнення радіаційних або хімічних надзвичайних ситуацій.

Важливим напрямом розвитку лабораторного потенціалу стало впровадження сучасних аналітичних методів досліджень. Протягом останніх років освоєно визначення гормонів, нітрозамінів, кофеїну та консервантів у харчових продуктах методом високоефективної рідинної хроматографії, визначення бенз(а)пірену та йоду у питній воді, а також дослідження транс-ізомерів жирних кислот методом газової хроматографії.

Забезпечення безпеки питної води в умовах руйнування Каховської ГЕС

Одним із найсерйозніших викликів для Дніпропетровського ОЦКПХ та його підрозділів за весь період воєнного стану стали наслідки руйнування Каховської гідроелектростанції 6 червня 2023 року.

Для Криворізького та Нікопольського районів Дніпропетровської області ситуація мала особливе значення, оскільки до руйнування гідротехнічної споруди близько 70% потреб у водопостачанні забезпечувалося за рахунок ресурсів Каховського водосховища. Існуюча система водогонів, зокрема, забезпечувала питною водою близько 800 тисяч мешканців міста Кривого Рогу та прилеглих територіальних громад, а також заклади охорони здоров'я, освіти, промислові підприємства та інші об'єкти критичної інфраструктури.

У перші дні після катастрофи виникла реальна загроза порушення стабільного водопостачання, погіршення якості питної води та ускладнення санітарно-епідемічної ситуації. Було організовано безперервний моніторинг якості питної води, посилено лабораторний контроль за мікробіологічними та фізико-хімічними показниками, забезпечено щоденний аналіз отриманих результатів та інформаційно-аналітичний супровід управлінських рішень.

Одночасно здійснювався посилений епідеміологічний нагляд за гострими кишковими інфекціями та іншими захворюваннями, пов'язаними з водним фактором передачі. Важливою складовою роботи стала широка інформаційно-роз'яснювальна кампанія серед населення щодо правил використання завізної та бутильованої питної води, профілактики гострих кишкових інфекцій та дотримання санітарно-гігієнічних вимог в умовах надзвичайної ситуації.

Одним із найбільш вагомих результатів проведеної роботи стала відсутність спалахів інфекційних захворювань, пов'язаних із водним фактором передачі. Накопичений досвід підтвердив, що в умовах воєнного стану постійний моніторинг якості води, своєчасна оцінка ризиків та готовність до оперативного реагування є важливими складовими забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення.

Розвиток ризик-орієнтованих підходів та співпраці з територіальними громадами

У 2025–2026 роках у Центрі розроблено комплекс організаційних підходів, спрямованих на формування системи ризик-орієнтованого управління здоров'ям населення на регіональному та місцевому рівнях. Основу запропонованої моделі становлять профілі здоров'я населення, паспорти ризиків територіальних громад, меморандуми про співпрацю між Центром та органами місцевого самоврядування, а також алгоритми взаємодії між структурними підрозділами Центру, його відокремленими підрозділами та територіальними громадами.

Профілі здоров'я передбачають узагальнення та аналіз інформації про демографічні показники, інфекційну та неінфекційну захворюваність, фактори ризику, стан навколишнього середовища, особливості функціонування систем життєзабезпечення та інші чинники, які можуть впливати на здоров'я населення.

Паспорти ризиків територіальних громад розглядаються як інструмент систематизації інформації про потенційні загрози для здоров'я населення конкретної громади, визначення пріоритетних проблем та планування профілактичних заходів.

Важливим елементом запропонованої моделі стала **розробка меморандумів про співпрацю між Центром та територіальними громадами**, які визначають порядок інформаційного обміну, взаємодії під час оцінки ризиків, планування профілактичних заходів та підготовки спільних управлінських рішень.

Запропоновані підходи на момент підготовки статті перебувають на етапі впровадження та практичної апробації. Водночас отриманий досвід свідчить про доцільність подальшого розвитку таких механізмів як інструментів підвищення ефективності епідеміологічного нагляду, профілактичної роботи та управління ризиками для здоров'я населення.