

ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

КОРНЕТА ОЛЕКСАНДР МИКОЛАЙОВИЧ

УДК 614.2:61:355.01:005.591 (477-651.2:470=651.1)

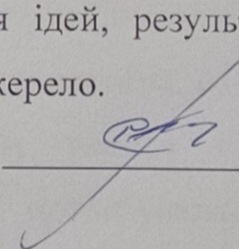
ДИСЕРТАЦІЯ

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ОПТИМІЗОВАНОЇ
ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ НАДАННЯ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВИМ В УМОВАХ РОСІЙСЬКО-
УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ**

22 «Охорона здоров'я»

222 «Медицина»

Подається на здобуття ступеня доктор філософії. Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.


О. М. Корнета

Науковий керівник:
Голованова Ірина Анатоліївна
доктор медичних наук,
професор

Полтава 2026

АНОТАЦІЯ

Корнета О. М. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовим в умовах російсько-української війни. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 «Медицина».

Дисертація виконана в Полтавському державному медичному університеті (Полтава).

Дисертація захищається в Полтавському державному медичному університеті (Полтава), 2026.

ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дисертаційне дослідження приурочене вирішенню актуальної проблеми вітчизняної соціальної медицини – **медичної допомоги військовим в умовах російсько-української війни**, медико-соціального обґрунтування, розробки та шляхів впровадження за окремими елементами моделі надання медичної допомоги.

Мета роботи полягала в медико-соціальному обґрунтуванні, розробці та експертній оцінці функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни.

З вторгненням Росії в лютому 2022 року система охорони здоров'я України раптово опинилася під величезним тиском і зіткнулася з безпрецедентними викликами. Особливої уваги потребували військові, які опинилися під обстрілами російських військ. Сучасна зброя завдала величезних проблем, оскільки мала наступні характеристики далекобійності, точності, наслідки цього визначалися у великій кількості політраум та летальності бійців. Російсько-українська війна стала першим у XXI столітті прикладом повномасштабного протистояння, де класичні стратегії державних армій поєдналися з нищівною потужністю новітніх військових технологій.

Вказані чинники вплинули на військову та цивільну системи охорони здоров'я в Україні.

Актуальність дослідження зумовлена ще й тим, що організація військової медицини трансформувалася паралельно з ескалацією конфлікту. Застосування новітніх зразків зброї поставило перед медиками безпрецедентні виклики, змушуючи розробляти нові протоколи допомоги та приймати управлінські рішення в умовах дефіциту часу.

Науковий пошук здійснювався у межах розробленої програми. Інформаційною базою дослідження обрано дані КП «Полтавський військовий госпіталь», підрозділ Кременчуцького обласного клінічного госпіталю для ветеранів.

На першому етапі аналізували вітчизняні та міжнародні сховища даних публікацій: Pubmed, Medscape, GoogleScholar, BOOZ, фахові наукові видання України за тематикою дослідження. Проведений бібліо-семантичний аналіз обраних матеріалів, показав необхідність обґрунтування оптимізованої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовим в умовах російсько-української війни.

На другому етапі розроблено програму дослідження з логічним обґрунтуванням усіх кроків, спрямованих на реалізацію визначеної мети. Окрему увагу приділено аргументації методів, сукупність яких забезпечила отримання достовірних результатів.

На третьому етапі встановили, що у період 2023–2026 рр. зафіксовано лінійну тенденцію до зростання чисельності учасників війни та осіб з інвалідністю внаслідок бойових дій. Зокрема, кількість останніх зросла на 39,33%. Статистичний аналіз підтверджує достовірне збільшення кількості УБД у 3,6 рази ($p < 0,0001$) протягом 2021–2026 рр. Динаміка має «зигзагоподібний» характер, із найбільш вираженими фазами зростання у квітні–липні 2023 року та з жовтня 2023 року по квітень 2024 року. За звітний період кількість пацієнтів, які проходили лікування в ЗОЗ, зросла на 14,75%

порівняно з 2022 роком і була найбільшою серед військовослужбовців, які проходять контрактну службу. Найбільша кількість пацієнтів була серед тих, хто проходить контрактну службу у хірургічному та травматологічному відділеннях: з 533 у 2022 році до 617 у 2023 році (темпи зростання 15,76). У травматології - з 289 до 671 (темпи зростання 132,18). Хірургічні захворювання займають провідні позиції в структурі захворюваності. Середня тривалість лікування пацієнтів у лікарні була найбільшою у неврологічному відділенні – 19,6 у 2023 році. Кількість пролікованих у госпіталі порівняно з 2022 роком зросла на 14,75% і була найбільшою у військових, які проходять контрактну службу. Провідні позиції в структурі захворюваності посідають хірургічні хвороби. Середня тривалість лікування хворих в стаціонарі була найбільшою в неврологічному відділенні – 19,6 у 2023 році.

На четвертому етапі вивчали нормативно-правову базу, присвячену наданню медичної допомоги військовослужбовцям на сайтах МОЗ, міністерство оборони України, МВС, КМУ, Міністерства соціальної політики України. Встановили, що стаціонарна допомога військовослужбовцям гарантується наказами МОЗ, МВС, МО, в яких визначається структура, функції роботи лікарень та алгоритм надання медичної допомоги в ЗОЗ.

На п'ятому етапі з'ясовували рівень задоволеності медичною допомогою у госпіталях та обізнаність населення щодо медичної допомоги військовослужбовцям. Опитування пацієнтів військового госпіталю показало, що основними компонентами факторного аналізу, які впливали на задоволеність пацієнтів з боку медичного персоналу були: «Деонтологія» і «Милосердя». В той же час з боку пацієнта - «Відповідальність за своє здоров'я» і «Прихильність до лікування». Запит користувачів Google населення України з початком війни змінився в бік життєвої безпеки, вибору військового госпіталю, перевага якому залежить від потужності, можливостей та етапу надання медичної допомоги – на початку евакуації обирається найближчий Військово-медичний клінічний центр Північного

регіону, і до лікування проводиться у більш віддалених від військових дій локаціях, таких, як Львівський обласний госпіталь ветеранів війн та репресованих ім. Ю. Липи. Високим попитом користується у населення надання домедичної допомоги, оскільки це питання стосується не лише військовослужбовців, але і цивільних жителів, які ризикують під час повітряної тривоги потрапити під ворожий обстріл і бути пораненими.

На шостому, підсумковому етапі, науково обґрунтовано функціонально-організаційну модель медичної допомоги військовослужбовцям у період російсько-української війни. В основу розділу покладено висновки та дані, що були напрацьовані на попередніх етапах дослідження. Визначені проблеми в наданні медичної допомоги військовослужбовцям за думкою лікарів, які в ній беруть участь: якість та тривалість, безперервність та узгодженість надання медичної допомоги, нестача ресурсів, доступність, прихильність до лікування. Обґрунтовано та розроблено функціонально-організаційної модель надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни, в якій концептуально вирішена проблема взаємодії між ЗОЗ, вплив суб'єкта управління – КМУ та ряду міністерств.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні:

- Здійснено медико-соціальне обґрунтування функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни, основними інноваційними елементами якої стали: наглядова рада, в яку входять ветерани, родичі військовослужбовців, меценати, які можуть інвестувати в ЗОЗ; здійснення опитування, що через МІС дозволять визначити задоволеність пацієнтів наданням медичної допомоги. Чітко прописані всі етапи надання медичної допомоги з визначенням ЗОЗ і дійових осіб, які виконують ту чи іншу функцію. Модель представлена

як одне ціле від евакуації пораненого військовослужбовця до лікування в кластерному/ надкластерному ЗОЗ.

- Запропоновано в посадові обов'язки фахівців із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб включити супровід пацієнта військовослужбовця на етапах надання медичної допомоги та підтримку з комунікацією з іншими немедичними установами – ТЦК та СП, соціальні служби. Така інновація дозволить збільшити прихильність до лікування пацієнтів військовослужбовців та задовольнить їх потребу в повазі та визнанні його служіння.
- З'ясовані регіональні особливості показників роботи військового госпіталю, а саме зростання потреби в хірургічній та травматологічній допомозі.
- Розкриті фактори задоволеності пацієнтів медичною допомогою, яка суб'єктивно виявляється в милосерді та притриманні деонтології з боку медичного персоналу. Водночас, пацієнти повинні бути відповідальними за своє здоров'я, прихильно ставитися до призначеного лікування.
- Виявлені зміни в запитах користувачів Google населення України з початком війни в бік життєвої безпеки, вибору військового госпіталю, перевага якому залежить від потужності, можливостей та етапу надання медичної допомоги та територіальної доступності. Висока зацікавленість населення у наданні домедичної допомоги,.
- Визначені основні розділи законотворчої бази, яка стосується стаціонарної, екстреної допомоги, діяльності військово-лікарської комісії, розподілення ролей виконання обов'язків, в той же час відсутні нормативно-правові документи, в яких би йшлося про амбулаторну допомогу, саме для військових, як продовження лікування на цьому етапі.

Здобули подальшого розвитку науково-методичні підходи до дослідження функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни.

Удосконалено:

- Методику покращення прихильності військових до медичної допомоги;
- Побудова логічної моделі показала шлях до імплементації функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни
- Доповнився новими елементами інтегральний підхід до організації функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни: наглядова рада з її функціями поліпшення якості медичної допомоги.

Уточнена кількість учасників бойових дій в Україні, яка достовірно зросла у 3,6 рази ($p < 0,0001$) за період 2021-2026 рр. із «зигзагоподібним» трендом за період з 01.20.2023 по 01.02.2024.

Теоретичне значення одержаних результатів дослідження полягає в доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про організацію медичної допомоги військовослужбовцям під час війни.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що:

- результати дослідження є підставою для створення якісно нового підходу до медичної допомоги військовослужбовцям під час війни;
- розробки інноваційного комплексу заходів медичної допомоги військовослужбовцям під час війни через введення наглядової ради, в складі якої є ветерани, меценати; фахівець із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб, в посадові обов'язки якого входить супровід військовослужбовця на етапах лікування.
- досягнення дисертаційної роботи дозволяють використовувати логічну модель імплементації моделі медичної допомоги військовослужбовцям

під час війни з визначенням її критеріїв та індикаторів з метою оцінки ефективності моделі;

- доповнення освітніх програм громадського здоров'я, соціальної медицини, сімейної медицини, військової медицини з питань тактичної медицини та організації надання допомоги постраждалим під час війни;
- введення питань з тактичної медицини, організації надання медичної допомоги військовослужбовцям до освітніх програм підготовки лікарів, медсестер, парамедиків на до- та післядипломному рівні.

Ключові слова: медична допомога, організація, модель, військовослужбовці, російсько-українська війна, медичне забезпечення, ветерани, військовий госпіталь.

ANNOTATION

Korneta O.M. Medical and social justification of an optimized functional and organizational model of providing medical care to military personnel in the conditions of the Russian-Ukrainian war. – Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

Dissertation for obtaining the scientific degree of Doctor of Philosophy in specialty 222 «Medicine».

The dissertation was completed at the Poltava State Medical University (Poltava).

The dissertation is defended at the Poltava State Medical University (Poltava), 2026.

THE MAIN RESULTS OF THE RESEARCH

The dissertation research is dedicated to solving the current problem of domestic social medicine - **medical care for military personnel in the conditions of the Russian-Ukrainian war**, medical and social justification, development and ways of implementation of individual elements of the medical care provision model.

The aim of the work was to provide a medical and social justification, development and expert assessment of a functional and organizational model for providing medical care to military personnel during the Russian-Ukrainian war.

With the Russian invasion in February 2022, Ukraine's healthcare system suddenly found itself under immense pressure and faced unprecedented challenges. Special attention was required by the military, who found themselves under fire from Russian troops. Modern weapons caused enormous problems, as they had the following characteristics: long range, accuracy, the consequences of which were determined by a large number of multiple injuries and fatalities of fighters. The Russian-Ukrainian war became the first example of a full-scale confrontation in the 21st century, where the classic strategies of state armies were combined with the

destructive power of the latest military technologies. These factors have affected the military and civilian healthcare systems in Ukraine.

The relevance of the study is also due to the fact that the organization of military medicine was transformed in parallel with the escalation of the conflict. The use of the latest weapons has posed unprecedented challenges to medics, forcing them to develop new care protocols and make management decisions under time constraints.

Scientific research was carried out within the framework of the developed program.

The information base for the study was selected from the data of the municipal enterprise “Poltava Military Hospital” and the municipal enterprise “Lubensk Regional Hospital for War Veterans of the Poltava Regional Council”.

At the first stage, domestic and international publication data repositories were analyzed: Pubmed, Medscape, Google Scholar, WHO, and professional scientific publications of Ukraine on the topic of the study. A bibliosemantic analysis of selected materials showed the need to substantiate an optimized functional and organizational model of providing medical care to military personnel in the conditions of the Russian-Ukrainian war.

At the second stage, a research program was developed with a logical justification of all steps aimed at implementing the defined goal. Special attention is paid to the argumentation of the methods, the combination of which ensured obtaining reliable results.

At the third stage, it was established that in the period 2023–2026, a linear trend towards an increase in the number of war participants and persons with disabilities as a result of hostilities was recorded. Thus, the number of the latter increased by 39.33%. Statistical analysis confirms a significant increase in the number of the number of combatants in Ukraine by 3.6 times ($p < 0.0001$) during 2021–2026. The dynamics has a “zigzag” nature, with the most pronounced growth phases in April–July 2023 and from October 2023 to April 2024. During the reporting period, the number of patients treated in health care facilities

increased by 14.75% compared to 2022 and was the largest among military personnel undergoing contract service. The largest number of patients was among those undergoing contract service in surgical and traumatology departments: from 533 in 2022 to 617 in 2023 (growth rate 15.76). In traumatology - from 289 to 671 (growth rate 132.18). Surgical diseases occupy leading positions in the structure of morbidity. The average length of stay for patients in the hospital was the longest in the neurological department – 19.6 in 2023. The number of people treated in the hospital increased by 14.75% compared to 2022 and was the largest among military personnel undergoing contract service. Surgical diseases occupy leading positions in the morbidity structure. The average duration of inpatient treatment was the longest in the neurological department – 19.6 in 2023.

At the fourth stage, we studied the regulatory framework dedicated to the provision of medical care to military personnel on the websites of the Ministry of Health, the Ministry of Defense of Ukraine, the Ministry of Internal Affairs, the Cabinet of Ministers of Ukraine, and the Ministry of Social Policy of Ukraine. It was established that inpatient care for military personnel is guaranteed by orders of the Ministry of Health, the Ministry of Internal Affairs, and the Ministry of Defense, which determine the structure, functions of hospitals, and the algorithm for providing medical care in health facilities.

At the fifth stage, the level of satisfaction with medical care in hospitals and the public's awareness of medical care for military personnel were investigated. A survey of patients at a military hospital showed that the main components of factor analysis that influenced patient satisfaction with medical staff were: "Deontology" and "Mercy." At the same time, on the part of the patient - "Responsibility for one's health" and "Commitment to treatment." Since the beginning of the war, the query of Google users of the Ukrainian population has changed towards life safety, the choice of a military hospital, the preference of which depends on the capacity, capabilities and stage of medical care provision - at the beginning of the evacuation, the nearest Military Medical Clinical Center of the Northern Region is chosen, and further treatment is carried out in locations more remote from military

operations, such as the Lviv Regional Hospital for War Veterans and Repressed Persons named after Yu. Lypa. The provision of home medical care is in high demand among the population, as this issue concerns not only military personnel, but also civilians who risk falling under enemy fire and being injured during an air raid.

At the sixth, final stage, a functional and organizational model of medical care for military personnel during the Russian-Ukrainian war was scientifically substantiated. The section is based on the conclusions and data developed in the previous stages of the study. Problems in the provision of medical care to military personnel, according to the opinions of the doctors participating in it, are identified: quality and duration, continuity and consistency of medical care, lack of resources, accessibility, adherence to treatment. A functional and organizational model of providing medical care to military personnel during the Russian-Ukrainian war has been substantiated and developed, in which the problem of interaction between health care institutions and the influence of the management entity - the Cabinet of Ministers of Ukraine and a number of ministries - is conceptually solved.

The scientific novelty of the results obtained lies in the fact that for the first time in Ukraine:

- A medical and social justification of the functional and organizational model of providing medical care to military personnel during the Russian-Ukrainian war was carried out, the main innovative elements of which were: a supervisory board consisting of veterans, relatives of military personnel, functions that will allow determining patient satisfaction with the provision of medical care through the medical information system. All stages of medical care are clearly defined, with the identification of health care institutions and actors who perform a particular function. The model is presented as a single whole, from the evacuation of a wounded serviceman to treatment in cluster/supracluster health care facilities.

- It is proposed that the job responsibilities of specialists in the support of war veterans and demobilized persons include accompanying a military patient at the stages of providing medical care and supporting communication with other non-medical institutions - the Center for Territorial Recruitment and Social Support, social services.
- Regional features of the military hospital's performance indicators were identified, namely the growing need for surgical and trauma care.
- The factors of patient satisfaction with medical care, which is subjectively manifested in compassion and adherence to deontology by medical personnel, are revealed. At the same time, patients must be responsible for their health and adhere to the prescribed treatment.
- Changes in Google user queries of the Ukrainian population since the beginning of the war have been identified, towards life safety, choice of a military hospital, the preference for which depends on the capacity, capabilities and stage of medical care provision and territorial accessibility. High interest of the population in the provision of home medical care.
- The main sections of the legislative framework have been identified, which concern inpatient and emergency care, the activities of the military medical commission, and the distribution of roles in the performance of duties. At the same time, there are no regulatory documents that would address outpatient care, specifically for the military, as a continuation of treatment at this stage.

Scientific and methodological approaches to the study of the functional and organizational model of providing medical care to military personnel during the Russian-Ukrainian war have been further developed.

Improved:

- Methodology for improving military adherence to medical care;
- The construction of a logical model showed the way to the implementation of a functional and organizational model of providing medical care to military personnel during the Russian-Ukrainian war

- The integrated approach to organizing the functional-organizational model of providing medical care to military personnel during the Russian-Ukrainian war has been supplemented with new elements: a supervisory board with its functions of improving the quality of medical care.

The number of combatants in Ukraine has been clarified, which significantly increased by 3.6 times ($p < 0.0001$) for the period 2021-2026 with a "zigzag" trend for the period from 01.20.2023 to 01.02.2024.

The theoretical significance of the obtained research results lies in supplementing the theory of social medicine in terms of the doctrine of organizing medical care for military personnel during war.

The practical significance of the results obtained is that:

- the results of the study are the basis for creating a qualitatively new approach to medical care for military personnel during war;
- development of an innovative set of measures for medical care for military personnel during the war through the introduction of a supervisory board consisting of veterans, a specialist in supporting war veterans and demobilized persons, whose job duties include supporting the military personnel during the stages of treatment;
- the achievements of the dissertation work allow using a logical model for implementing a model of medical care for military personnel during wartime with the definition of its criteria and indicators in order to assess the effectiveness of the model;
- supplementing educational programs in public health, social medicine, family medicine, and military medicine with issues of tactical medicine and organizing assistance to victims during war;
- introduction of issues of tactical medicine, organization of medical care for military personnel into educational programs for training doctors, nurses, and paramedics at the undergraduate and postgraduate levels.

Keywords: medical care, organization, model, military personnel, Russian-Ukrainian war, medical care, veterans, military hospital.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких публіковані основні наукові результати дисертації:

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Korneta O.M., Holovanova I.A., Bielikova I.V., Khorosh M.V. Analysis of changes in indicators of provision of medical care at Poltava military hospital Analysis in 2022–2023. Health of the Nation. 2025;3:100-107. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2025.3> *(Автором проведено аналіз нормативно-правових документів та наукової літератури, статистичний аналіз, узагальнення матеріалу, підготовлено текст статті)*
2. Korneta OM, Holovanova IA, Khorosh MV. Analysis of the work of the inpatient military hospital during the Russian-Ukrainian war. Pol Merkur Lekarski. 2025;53(4):495-501. doi:10.36740/Merkur202504109 **(Scopus, Q4)** *(Автором проведено аналіз наукової літератури, статистичний аналіз, узагальнення матеріалу, підготовлено текст статті)*
3. Корнета О. М. Аналіз нормативно-правової бази надання медичної допомоги військовослужбовцям та цивільному населенню підчас війни. Вісник проблем біології і медицини. 2025; 2 (177):452-465. <https://dx.doi.org/10.29254/2077-4214-2025-2-177-452-464> *(Автором проведено аналіз нормативно-правових документів та наукової літератури, статистичний аналіз, узагальнення матеріалу, підготовлено текст статті)*
4. Korneta O.M, Holovanova I.A, Khorosh M.V. Assessment of interpersonal communication between doctors and patients in a military hospital: factor analysis of the hcahps survey. Wiadomości Lekarskie 2026;(1):184-195. <https://doi.org/10.36740/WLek/213940> **(Scopus, Q4)** *(Автором проведено аналіз наукової літератури, статистичний аналіз, узагальнення матеріалу, підготовлено текст статті)*
5. Holovanova I, Havlovsky O., Wang S, Korneta O, Khorosh M, Kaydashev I, Robinson R, Haque U. Doctors' satisfaction with the rehabilitation system for anti-terrorist operation participants: A factor analysis. Heliyon.

2024;11(1):e40667.<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e40667> (Scopus, Q1)

(Автором проведено збір матеріалу дослідження шляхом анкетування, статистичний аналіз, узагальнення матеріалу, підготовлено текст статті)

6. Zhdan V, Holovanova I, Wang S, Obrevko N, Korneta O, Bielikova I, Kaidashev I, Haque U, Khorosh M, Popovich I. Analysis of behavioral factors and level of anxiety of schoolchildren in the conditions of the Russian-Ukrainian war. The Medical and Ecological Problems/ 2023;27(5-6):51-58.

<https://doi.org/10.31718/mep.2023.27.5-6.07> *(Автором проведено збір матеріалу дослідження, статистичний аналіз, узагальнення матеріалу, підготовлено текст статті)*

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

7. Плужнікова Т.В., Корнета О. М., Костріков А. В., Комар А. В. Кадрові зміни в системі екстреної медичної допомоги: парамедики та екстрені медичні техніки. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти», 24 лютого 2023 року. Полтава. 2023; с. 132-133 *(Автором проведено збір матеріалу дослідження, підготовлено текст до друку)*

8. Корнета О.М. Оцінка роботи стаціонару в умовах військового госпіталю. Матеріали VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я»; 30 травня 2025 року; Полтава: Полтавський державний медичний університет; 2025. 149-151 *(Автором проведено збір матеріалу дослідження, підготовлено текст до друку)*

9. Голованова І. А., Корнета О. М. Визначення думки лікарів щодо основних проблем надання медичної допомоги військовослужбовцям та можливих шляхах їх вирішення. Матеріали V Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи»; 3

жовтня 2025 року; Полтава: Полтавський державний медичний університет; 2025. 101-108 *(Автором проведено збір матеріалу дослідження, підготовлено текст до друку)*

10. Korneta O.M., Holovanova I.A., Khorosh M.V., Bielikova I.V. Conceptual model for optimizing the provision of medical care to military personnel during the Russian-Ukrainian war. VI All-Ukrainian scientific and practical conference with international participation «Emergency and urgent aid in Ukraine: Organizational, legal, clinical aspects». EmergMedServ. 2026; XIII(1): 55 *(Автором проведено збір матеріалу дослідження, підготовлено текст до друку)*

Наукові праці, що додатково висвітлюють зміст дисертації

11. Ждан В.М., Корнета О. М., Голованова І.А., Бугро В.І., Краснов О.Г. Аналіз нормативно-правової бази протезування та засобів реабілітації військовослужбовців під час війни в Україні. Редактори: Ждан В. М., Голованова І. А.. Громадське здоров'я в Україні: здобутки та виклики сьогодення: колективна монографія. Полтава; 2025. 247 с.: 13-15 *(Автором проведено збір матеріалу дослідження, підготовлено текст до друку)*

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ.....	21
ВСТУП.....	23
РОЗДІЛ 1	32
ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВИМ НА РІЗНИХ РІВНЯХ ЇЇ НАДАННЯ.....	32
1.1. Історія розвитку медичної допомоги під час воєн ХІХ-ХХ століть.....	32
1.2. Надання медичної допомоги військовим в сучасних умовах.....	36
1.3 Вплив війни на стан здоров'я військовослужбовців та їхня потреба в наданні медичної допомоги	43
1.4 Проблеми в організації медичної допомоги пораненим, які постають в ході російсько-української війни.....	47
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1	56
РОЗДІЛ 2	58
ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	58
2.1. Алгоритм дослідження	58
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 2	66
РОЗДІЛ 3	67
ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ СТАЦІОНАРУ ВІЙСЬКОВОГО ГОСПІТАЛЮ ПІД ЧАС РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ	67
3.1. Аналіз динаміки контингенту ветеранів, що потребують медичної допомоги	68
3.2. Аналіз роботи стаціонару військового госпіталю під час російсько-української війни.....	73
3.3. Аналіз контингенту пацієнтів в наданні медичної допомоги військовослужбовцям Полтавського військового госпіталю у 2022-2023 роках	82
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3	90
РОЗДІЛ 4	92

АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ТА ЦИВІЛЬНОМУ НАСЕЛЕННЮ ПІДЧАС ВІЙНИ	92
4.1. Нормативно-правова база надання стаціонарної допомоги військовослужбовцям	95
4.2. Нормативно-правова база про військово-лікарську комісію	101
4.3. Нормативно-правова база розподілення ролей виконання обов'язків щодо регіонів надання медичної допомоги військовослужбовцям	103
4.4. Нормативно-правова база надання екстреної допомоги.....	104
4.5. Аналіз нормативно-правової бази протезування та засобів реабілітації військовослужбовців під час війни в Україні	107
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 4	114
РОЗДІЛ 5	116
ЗАДОВОЛЕНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ ЯК КЛЮЧОВИЙ ПОКАЗНИК ЯКОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ТА РІВЕНЬ ПОІНФОРМОВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ	116
5.1. Оцінка задоволеності військовослужбовців наданою медичною допомогою у військовому госпіталі	116
5.2. Вплив війни на зростання запиту щодо медичної допомоги військовим	133
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 5	141
РОЗДІЛ 6	142
НАУКОВЕ ОБГРУНТУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНО- ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ПІД ЧАС РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ	142
6.1. Аналіз думки лікарів щодо медичної допомоги військовослужбовцям	143
6.2. Концептуальна модель оптимізації функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни.....	152
6.3. Моніторинг і оцінка моделі медичної допомоги	163
6.4. Експертна оцінка впровадження функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни.....	169
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 6	172
ВИСНОВКИ.....	174

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	177
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	179
ДОДАТКИ.....	207
Додаток А.....	207
Додаток Б.....	210
Додаток В.....	224
Додаток Г.....	227
Додаток Д.....	229

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ,
СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ**

AAPC	- Average Annual Percentage Change
ACS	- The American College of Surgeons
EDA	- European Defence Agency
GSM/GPRS	- Groupe Spécial Mobile/General Packet Radio Service
HCAHPS	- Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems
JTS	- Joint Trauma System
LSCO	- Large Scale Combat Operations
MMCC-E	- Multinational Medical Coordination Centre/European Medical Command
NPA	- Near-Peer Adversaries
SADT	- Structured Analysis and Design Technique
TCCC	- Tactical Combat Casualty Care
UKRSOF	- Special Operations Forces of Ukraine
АТО	- Антитерористична операція
ВЛК	- Військово-лікарська експертиза
ВМКЦ	- Військово-медичний клінічний центр
ВМС	- Військово-морські сили
ВООЗ	- Всесвітня організація охорони здоров'я
ДІ	- Довірчий інтервал
ДМД	- Домедична допомога
ЕКГ	- Електрокардіографія
ЕМД	- Екстрена медична допомога
ЗОЗ	- Заклад охорони здоров'я
ЗПСМ	- Загальна практика – сімейна медицина
ЗСУ	- Збройні сили України
КМО	- Кейзера-Мейера-Опкина
КМУ	- Кабінет міністрів України
КП	- Комунальне підприємство
МВС	- Міністерство внутрішніх справ
МВТ	- Мінно-вибухова травма
МД	- Медична допомога
МІО	- Моніторинг і оцінювання
МІС	- Медична інформаційна система
МКХ	- Міжнародна класифікація хвороб
МНС	- Міністерство надзвичайних ситуацій

МО	- Міністерство оборони
МОЗ	- Міністерство охорони здоров'я
МПБ	- Медичний пункт батальйону
МТБ	- Матеріально-технічна база
НАТО	- North Atlantic Treaty Organization, НАТО
НДР	- Науково-дослідна робота
НР	- Наглядова рада
НСЗУ	- Національна служба здоров'я України
ОЗ	- Охорона здоров'я
ООС	- Операція Об'єднаних сил
ОТРК	- Оперативно-тактичний ракетний комплекс
ПМК	- Первинна медична картка
ППМ	- Протипіхотна міна
СМК	- Служби медицини катастроф
США	- Сполучені штати Америки
СШМД	- Служби швидкої медичної допомоги
ТЦК та СП	- Територіальний центр комплектування та соціальної підтримки
УЗД	- Ультразвукова діагностика
ЦМДМП	- Центри медичної допомоги та медичних послуг
ШБО	- Широкомасштабні бойові операції
ШВЛ	- Штучна вентиляція легенів
ЯМД	- Якість медичної допомоги

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Повномасштабне вторгнення Росії в Україну розпочато 24 лютого 2022 року. До війни, населення України становило 41,6 мільйонів осіб [122]. Станом на 4 серпня 2022 року 7,1 мільйона людей залишили власні будинки через війну в Україні та 10,3 мільйона біженців було зареєстровано за межами країни [155, 196]. Охорона здоров'я України – система охорони здоров'я вже стикалася з такими труднощами, як недостатнє фінансування охорони здоров'я та нерівності розподілу ресурсів та лікарняних місць до початку в [156, 190, 191].

Тривала російсько-українська війна є першим прикладом широкомасштабних бойових операцій (ШБО) у 21 столітті, що поєднують збройні сили державних структур із летальністю сучасних технологій озброєння [156, 196].

Наразі, за оцінками, серед збройних сил України загинуло 450–500 000 осіб, причому російські військові втрати становили приблизно вдвічі більше [160, 165]. На відміну від попередніх війн, які вели США та інші члени Організації Північноатлантичного договору (НАТО), що сягають часів В'єтнаму, російсько-українська війна була затяжною, включала мобільну та статичну фази, бойові дії в міських та сільських умовах, а також засвідчила поширення безпілотників, барражуючих боєприпасів та спрямованих ракетних атак на додаток до звичайної військової тактики. Ці реалії в сукупності призвели до високої кількості тяжко поранених у бойових діях, що створило навантаження на військову та цивільну системи охорони здоров'я в Україні [165]. Обстріли були найбільш поширеними та становили основну причину смерті через вогнепальні травми [156].

Як зазначено на сайті Міністерства охорони здоров'я, станом на серпень 2022 року, окупанти пошкодили 884 медичних заклада, з яких 123 – повністю зруйнували. Обстрілами окупанти вивели з ладу 87 машин швидкої допомоги,

241 авто – захопили, а також пошкодили близько 450 аптек [53]. Таким чином, війна в Україні ускладнила доступ постраждалих військових до медичної допомоги [55].

Здатність швидко евакуювати пацієнтів та безпека медичних бригад, що реагують, знаходяться під загрозою через забезпечення противника великим запасом далекобійного озброєння. Здатність російських військ завдати точних ударів далеко за лінією фронту за допомогою зброї великої дальності, такої як крилаті ракети або безпілотники, означає, що загроза для пораненого персоналу зменшується лише тоді, коли пацієнт опиняється далеко від театру бойових дій [149]. Отже, надання медичної допомоги населенню України, військовим зокрема, перебуває в кризовій ситуації, коли медичні працівники, які надають допомогу на полі бою, знаходяться в зоні ризику, а частина інфраструктури ОЗ зруйнована противником, що ускладнює її виконання [22]. Вказані чинники будуть впливати на якість медичних послуг. Це проявляється у розриві традиційних ланцюгів постачання, руйнуванні інфраструктури, дефіциті кваліфікованих кадрів та ресурсів, а також у необхідності адаптації до нових викликів, таких як масові поранення, психоемоційні травми та епідеміологічні ризики. Водночас війна відкриває можливості для впровадження інновацій, реформування управлінських процесів та налагодження міжнародної співпраці [39]. Оскільки картина загальної захворюваності змінилася у бік вогнепальних травм (МКХ-10;S00-S99), то в організації медичної допомоги необхідно врахувати цілісну систему надання медичної допомоги військовослужбовцям, починаючи з евакуації з поля бою і закінчуючи тривалим лікуванням в цивільному/військовому стаціонарі ЗОЗ з подальшим його продовженням в амбулаторних умовах [121].

Таким чином, високий ріст захворюваності, обумовлений вогнепальними травмами, пов'язаними з війною в Україні, поклали необхідність наукового обґрунтування функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни та визначили нагальність теми, мету та завдання дисертаційного дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Наукова робота є фрагментом науково-дослідних робіт «Медико-соціальне обґрунтування оптимізації підходів до управління та організації різних видів медичної допомоги дорослому та дитячому населенню в період реформування галузі охорони здоров'я» (номер державної реєстрації – 0119U102926, термін виконання 2018-2022 рр.) та «Дослідження детермінант здоров'я та наукове обґрунтування підходів до організації медичної допомоги та обслуговування різних контингентів населення у період розвитку системи охорони здоров'я» (номер державної реєстрації – 0122 U 201336, термін виконання 2023-2027 рр.)

Мета – медико-соціальне обґрунтування й розробка функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни та впровадженні окремих елементів моделі в сферу охорони здоров'я України.

Завдання дослідження, що зумовлені поставленою метою, передбачали:

1. Провести бібліосемантичне вивчення вітчизняної та зарубіжної наукової літератури з проблем надання медичної допомоги.
2. Проаналізувати показники роботи Полтавського військового госпіталю в умовах війни.
3. Вивчити нормативно-правову базу щодо організації медичної допомоги військовим у воєнний час.
4. З'ясувати обізнаність населення щодо медичної допомоги військовим.
5. Дослідити задоволеність медичною допомогою військових, які знаходилися на лікуванні в Полтавському військовому госпіталі.
6. Студіювати думку лікарів щодо організації медичної допомоги військовослужбовцям.
7. Науково обґрунтувати та оцінити ефективність функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни.

Об'єкт дослідження: медична допомога військовослужбовцям.

Предмет дослідження:

- показники роботи стаціонару Полтавського військового госпіталю;
- показники, що характеризують задоволеність пацієнтів медичною допомогою;
- нормативно-правова база щодо надання медичної допомоги військовим;
- обізнаність населення про організацію надання медичної допомоги військовослужбовцям;
- думка лікарів про організацію медичної допомоги військовослужбовцям;
- функціонально-організаційна модель надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни;
- відповіді експертів щодо їхньої оцінки ефективності впровадження функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни.

База наукового дослідження. Полтавський військовий госпіталь, підрозділ Кременчуцького обласного клінічного госпіталю для ветеранів (м. Лубни).

Методи дослідження дисертаційної роботи – це комплекс медико-соціальних методів, які визначають напрямок наукового пошуку, його контент у рамках соціальної медицини.

У дослідженні безпосередньо та в різних комбінаціях використані наступні методи наукового дослідження:

- *бібліосемантичний* – для аналізу наукової літератури (вивчено сучасні принципи, світовий досвід і вітчизняні розробки щодо проблем медичної допомоги військовослужбовцям);
- *системного підходу та аналізу* – застосовувався на всіх етапах роботи для вивчення та аналізу аспектів організації медичної допомоги військовослужбовцям;
- *медико-статистичний* – для статистичної обробки матеріалів дослідження (методи описової та аналітичної статистики для визначення відносних середніх показників, їх похибок, вірогідності різниці

показників);

- *соціологічний* – для анкетування військовослужбовців, лікарів щодо організації та задоволеності медичною допомогою;
- *глибинного інтерв'ю* – для визначення думки лікарів щодо проблем, які існують в організації медичної допомоги військовослужбовцям;
- *концептуального моделювання* – для розроблення функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни;
- *моніторингу та оцінки* індикаторів процесу впровадження моделі;
- *експертних оцінок* – для визначення доцільності застосування запропонованої моделі в закладах, що надають медичну допомогу військовослужбовцям.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні:

- Здійснено медико-соціальне обґрунтування функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни, основними інноваційними елементами якої стали: наглядова рада, в яку входять ветерани, родичі військовослужбовців, меценати, які можуть інвестувати в ЗОЗ; здійснення опитування, що через МІС дозволять визначити задоволеність пацієнтів наданням медичної допомоги. Чітко прописані всі етапи надання медичної допомоги з визначенням ЗОЗ і дійових осіб, які виконують ту чи іншу функцію. Модель представлена як одне ціле від евакуації пораненого військовослужбовця до лікування в кластерному/ надкластерному ЗОЗ.
- Запропоновано в посадові обов'язки фахівців із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб включити супровід пацієнта військовослужбовця на етапах надання медичної допомоги та допомога з комунікацією з іншими немедичними установами – ТЦК та СП, соціальні служби. Така інновація дозволить збільшити прихильність до лікування

пацієнтів військовослужбовців та задовольнить їх потребу в повазі та визнанні його служіння.

- З'ясовані регіональні особливості показників роботи військового госпіталю, а саме зростання потреби в хірургічній та травматологічній допомозі.
- Розкриті фактори задоволеності пацієнтів медичною допомогою, яка суб'єктивно виявляється в милосерді та дотриманні деонтології з боку медичного персоналу. Водночас, пацієнти повинні бути відповідальними за своє здоров'я, прихильно ставитися до призначеного лікування.
- Виявлені зміни в запитах користувачів сервісів Google серед населення України з початком війни в бік запитів щодо життєвої безпеки, вибору військового госпіталю, перевага якого залежить від потужності, можливостей та етапу надання медичної допомоги та територіальної доступності. Висока зацікавленість населення у наданні домедичної допомоги.

- Визначені основні розділи законотворчої бази, яка стосується стаціонарної, екстреної медичної допомоги, діяльності військово-лікарської комісії, розподіленні ролей виконання обов'язків, в той же час відсутні нормативно-правові документи, в яких би йшлося про амбулаторну допомогу, саме для військових, як продовження лікування на цьому етапі.

- Уточнена кількість учасників бойових дій в Україні, яка достовірно зросла у 3,6 рази ($p < 0,0001$) за період 2021-2026 рр. із «зигзагоподібним» трендом за період з 01.20.2023 по 01.02.2024.

Здобули подальшого розвитку науково-методичні підходи до дослідження функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни.

Удосконалено:

- методику покращення прихильності військових до медичної допомоги;
- побудова логічної моделі показала шлях до імплементації функціонально-

організаційної моделі надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни.

Доповнився новими елементами інтегральний підхід до організації функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни: наглядова рада з її функціями поліпшення якості медичної допомоги.

Теоретичне значення одержаних результатів дослідження полягає в доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про організацію медичної допомоги військовослужбовцям під час війни.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що:

- результати дослідження є підставою для створення якісно нового підходу до медичної допомоги військовослужбовцям під час війни;
- розробки інноваційного комплексу заходів медичної допомоги військовослужбовцям під час війни через введення наглядової ради, в складі якої є ветерани, меценати; фахівець із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб, в посадові обов'язки якого входить супровід військовослужбовця на етапах лікування;
- досягнення дисертаційної роботи дозволяють використовувати логічну модель імплементації моделі медичної допомоги військовослужбовцям під час війни з визначенням її критеріїв та індикаторів з метою оцінки ефективності моделі;
- доповнення освітніх програм громадського здоров'я, соціальної медицини, сімейної медицини, військової медицини з питань тактичної медицини та організації надання допомоги постраждалим під час війни;
- введення питань з тактичної медицини, організації надання медичної допомоги військовослужбовцям до освітніх програм підготовки лікарів, медсестер, парамедиків на до- та післядипломному рівні.

Впровадження результатів дослідження в практику проводилося на етапах його виконання на:

а) *на галузевому рівні:*

- в освітньому процесі ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данили Галицького», Харківський національний медичний університет, Івано-Франківський національний медичний університет, Дніпровський державний медичний університет, Ужгородський національний університет.

б) *на регіональному рівні:*

Комунальне некомерційне підприємство Сумської обласної ради «Сумська обласна клінічна лікарня» (акти впровадження 6 од., додаток Д).

Особистий внесок здобувача. Автором сумісно з науковим керівником сформульовано тему дисертаційної роботи, окреслено мету, завдання, методи дослідження, здійснено аналіз наукової літератури щодо теми дослідження, розроблено програму дослідження з його етапами, обґрунтовано об'єкт дослідження, сформовано групи вивчення, проведено анкетування, глибинне інтерв'ю. Дисертанту належить ідея побудови, розробки функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни. Зібрані дані були ним систематизовані, після чого описані результати дослідження, виконано статистичний та інформаційний аналіз, після чого були викладені висновки та рекомендації.

Здобувачем не були використані результати досліджень та ідеї співавторів публікацій. Проведена статистична обробка була самостійно, виконана за допомогою програмного пакету IBM Statistical Package for the Social Science (IBM SPSS) версії 25.0.

Апробація результатів дисертації. Основні положення та результати дисертаційного дослідження оприлюднені та апробовані на конгресах, науково-практичних конференціях, зокрема:

- Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти» (Полтава, 24 лютого 2023 року).

- Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти», (Полтава, 28 лютого 2025 року).
- VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я» (Полтава, 30 травня 2025 року).
- V Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи» (Полтава, 3 жовтня 2025 року).
- VI Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти» (Полтава, 27 лютого 2026 року).

Публікації. Матеріали дисертації відображені у 11 наукових працях, з яких – 3 статті у вітчизняних наукових фахових виданнях, рекомендованих МОН України; 3 статті в іноземних наукових виданнях, індексованих наукометричною базою Scopus; 4 роботи у матеріалах науково-практичних заходів з міжнародною участю; 1 публікація у колективній монографії.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація складається із анотації, вступу, аналітичного огляду наукової літератури, програми досліджень та методичного апарату, чотирьох розділів власних досліджень з аналізом отриманих даних, узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел та додатків.

Дисертація викладена на 234 сторінках друкарського тексту, з них обсяг основного тексту – 155 сторінок; містить 29 таблиць, 21 рисунок, 5 додатків. Бібліографія включає 199 джерел, із них кирилицею – 127, латиницею – 72.

РОЗДІЛ 1

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВИМ НА РІЗНИХ РІВНЯХ ЇЇ НАДАННЯ

1.1. Історія розвитку медичної допомоги під час воєн XIX-XX століть

Взаємодія між військовими та цивільними системами охорони здоров'я сприяла розвитку медичної допомоги. Організована форма військової охорони здоров'я з'явилася під час Наполеонівських воєн на початку XIX століття. Використання машин швидкої допомоги під час бою (*ambulance volante*), введення сортування поранених та використання польових госпіталів за кілька миль від поля бою були важливими факторами у розвитку військової медицини [193, 197]. Необхідність підтримки військ великих відстанях сприяла розвитку медичної логістики. Впровадження нових систем евакуації та принципів реанімації та лікування травм із місця поранення є ще одним важливим кроком, який поступово збільшив показники виживання серед військовослужбовців [173]. Всі ці внески з того часу були успішно поширені в цивільній системі охорони здоров'я лікарями та іншими особами, багато з яких були лікарями-резервістами багатонаціональних миротворчих місіях [153, 162, 170, 199].

В Україні організація медичної допомоги пораненим розпочалася з Кримської війни, а її основоположником став Микола Пирогов, який запровадив організацію евакуації з поля бою до перев'язувальних пунктів та ініціював введення до штату військових частин спеціальних санітарів-носіїв (1869 р.), і завдяки цій новаторській методиці було врятовано тисячі і тисячі людських життів [40]. Він першим запропонував розподіл території країни та тилу діючої армії на евакуаційні райони, і у кожному рекомендував створити евакуаційну комісію [55]. З його ім'ям пов'язана практика медичного забезпечення війська, сортування поранених, медична евакуація. Надання допомоги пораненим і хворим ускладнювалося тим, що розгорнута в

Севастополі мережа перев'язувальних пунктів, лазаретів і госпіталів, що значно постраждали від безперервного бомбардування міста, зазнавали величезних труднощів у кадровому забезпеченні, забезпеченні медичним майном, перев'язковими засобами та медиками, тому що відповідних запасів і планової системи постачання не існувало до і протягом усієї війни. Коли Пирогов прибув до Севастополю, він побачив в лікувальних закладах безлад, казнокрадство, лихварство. Все це призводило до сильних страждань поранених, високої смертності, відсутності організації у черговості хірургічної допомоги, тощо [96].

Сортування поранених при їх надходженні – це і є та нова організаційна ідея, яка стала непорушною істиною військової медицини в наступні роки у всіх арміях світу. Найширше застосування сортування в Севастополі врятувало багато сотень життів і дозволило уникнути ампутацій поранених кінцівок у його захисників. Ґрунтуючись на особистому досвіді та науковій інтуїції військово-польового хірурга, Пирогов запропонував ділити потоки поранених на 4 групи: яким потрібен лише догляд та передсмертні втіхи (безнадійні, смертельно поранені); поранені, які потребують абсолютно невідкладної допомоги; поранені, яким операція може бути відкладена наступного дня або пізніше; легкопоранені, які потребують лише перев'язки з подальшим поверненням у частину. Цей принцип поділу поранених на потоки прийнято і сьогодні як найбільш доцільний метод початкового медичного сортування за масового вступу уражених на етапи евакуації. Таке сортування може запобігти безладдям і неминучому хаосу, коли за словами Пирогова «...бажаючи допомагати всім разом і без будь-якого порядку, перебігаючи від одного пораненого до іншого, лікар втрачає, нарешті, голову, вибивається з сил і не допомагає нікому» [116].

У роки першої світової війни, окрім Червоного Хреста, були засновані і діяли різноманітні гуманітарні організації, які допомагали солдатам. Не виключенням став і Південного-Західний обласний комітет допомоги хворим та пораненим воїнам при Всеросійському земському союзі. Основним завданням

організації була евакуація з поля бою та розміщення поранених солдатів у лазаретах та лікарнях [10].

У липні 1914 р. було створено Земський союз допомоги пораненим. Зібрання уповноважених земств було керівним органом цього союзу, який складався з 10 членів – постійний комітет та головного уповноваженого. Функції зібрання уповноважених стосувалися розробки загальних організаційних питань з організації, евакуації поранених і транспортування їх у вглиб губерній; облаштування госпіталів, центральних складів (інвентарного, продовольчого та аптечного) у різних губерніях; запрошення та підготовка персоналу для лікування та догляду за пораненими та хворими воїнами; фінансування губернських комітетів [20, 26].

Для роботи на передових позиціях було організовано 4 передових легких загони. На чолі загону стояв уповноважений, на якого було покладено керівництво усіма діями передового загону і піклування про забезпечення загону предметами медичного та господарського користування, вів усі зносини з військовим начальством по діяльності загону, вживав заходів для належної та своєчасної евакуації поранених та хворих, які потребували перев'язок. На уповноваженого також покладалося завдання організації перев'язувального пункту для поранених. Старший лікар загону під час битви керував усією лікарською діяльністю перев'язочного пункту, розподіляв обов'язки між персоналом пункту, приймав участь у наданні допомоги пораненим та хворим. Молодші лікарі загонів виконували ті обов'язки, які були покладені на них старшим лікарем. Зокрема вони спостерігали за зберіганням та відповідали за те майно, яке було передане їм у завідування. Один із молодших лікарів, за узгодженням старшого лікаря з уповноваженим загону, рахувався заступником старшого лікаря на випадок його відсутності, хвороби або смерті [26, 99].

Діяльність передового загону під час битви виражалася у:

- команди носіїв – у доставці поранених з поля бою або передових перев'язочних пунктів на перев'язочний пункт передового загону;

- перев'язочного пункту – в наданні лікарської допомоги пораненим та хворим, підготовці їх транспортування, наданні їм своєчасного догляду та прихистку до відправлення по призначенню;
- санітарного транспорту – в перевозці поранених та хворих з перев'язочного пункту в найближчі лікувальні заклади [26, 99].

У кінці грудня 1914 р. комітету були передані військовим відомством для завідування та утримування, розташовані у Києві три евакуаційні лазарети, з загальною кількістю ліжок – 2500 [26]. За наказом верховного начальника санітарної та евакуаційної служби принца Олександра Ольденбурзького від 14 грудня 1914 р. у всіх лікарняних закладах для поранених і хворих воїнів були уведені у дію наступні розпорядження: правила для хворих та поранених офіцерів; правила для хворих та поранених солдат; інструкція завідувачам лікарняними закладами. Згідно правил, офіцери та прості солдати повинні були строго дотримуватися встановленому лікарняному закладі порядку та підкорятися вимогам лікарняного персоналу [10].

Крім того, розгорнута ціла мережа благодійних лазаретів, госпіталів і патронатів для поранених і хворих військовослужбовців. Шпитали, розміщені на великих просторах імперії, були поєднані між собою із арміями залізничними та суходільними шляхами сполучення. Ці медичні заклади були організовані громадськими організаціями, непрофільними відомствами, релігійними установами та приватними благодійниками [10, 26].

Виходячи з вище викладеного, можна стверджувати, що з кожною наступною воєнною подією якість медичної допомоги та її організація поліпшувалася. Взаємодія між військовими та цивільними системами охорони здоров'я сприяла розвитку медичної допомоги ще в XIX–XX ст. Відмітили труднощі в кадровому забезпеченні, забезпеченні медичним майном, перев'язковими засобами та медикаментами, які були під час Кримської війни. тому що відповідних запасів і планової системи постачання не існувало.

1.2. Надання медичної допомоги військовим в сучасних умовах

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, опублікованими 9 серпня 2022 року, було зареєстровано понад 434 напади на заклади охорони здоров'я, включаючи 366 нападів на медичні заклади; 72 напади постраждали персонал та пацієнти, що призвело до загибелі та тяжких травм [196]. В таких умовах надання медичної допомоги військовослужбовцям стає викликом для всієї системи ОЗ України.

Водночас, НАТО організовує надання медичної допомоги військовослужбовцям через багаторівневу систему, яка охоплює догляд безпосередньо на полі бою (первинний, розширений і спеціалізований рівні) та загальне медичне обслуговування. Рівні медичної допомоги НАТО як: догоспітальна допомога/батальйонний пункт медичної допомоги (Роль 1), передова медична рота підтримки/невелика клініка допомоги без хірургічних можливостей (Роль 2), невідкладна/обмежена хірургічна допомога лише для стабілізації (Роль 2+), районна лікарня з деяким спеціалізованим доглядом/хірургічною допомогою з остаточним лікуванням (Роль 3) та третинна лікарня, спеціалізована допомога, реабілітація (Роль 4) [175]. Україна впроваджує стандарти НАТО, затверджуючи накази про нову модель медичної підтримки, що визначає чотири ролі медичної допомоги, від первинної до повної комплексної допомоги на тиловому етапі [7, 165].

Характер та особливості будь-якої війни визначаються не стільки способами, скільки засобами її ведення. Адже саме види зброї і ступінь досконалості військово-технічних систем безпосередньо впливають на величину та структуру як загальних, так і санітарних втрат особового складу військ. Зміни у співвідношенні безповоротних і санітарних втрат у той чи інший бік відображають саму якість організації медичного забезпечення збройних сил [6], насамперед якість надання домедичної допомоги (ДМД) на догоспітальному етапі. Тобто чим якісніше надана ДМД, тим більше тяжкопоранених надходить на госпітальний етап медичної евакуації. За

ствердженням деяких авторів, ефективність роботи медичної служби військової ланки в умовах ведення бойових дій, окрім організаційних складових, укомплектованості особовим складом медичних підрозділів, залежить від їх навченості та тренуваності, а також від забезпечення сучасними засобами медичного призначення [58].

Локальні війни та збройні конфлікти останніх десятиліть привели до змін у структурі втрат особового складу бойових підрозділів. Важливою проблемою залишається зниження рівня смертності на догоспітальному етапі. За даними аналізу американських дослідників, проведеного на 4596 летальних випадках за 2001–2011 рр. у війнах в Іраку та Афганістані, 87,3% поранених загинули до досягнення лікувальних закладів, із них 35,2% були миттєвими, 52,1% – гострими (від декількох хвилин до декількох годин) до досягнення лікувальних закладів (із наданням хірургічної допомоги). Важливим є те, що серед тих, хто помер до моменту госпіталізації, 24,3% могли б вижити [7]. Причинами летальних наслідків поранених була гостра крововтрата (90,9%), обструкція дихальних шляхів (8%) і напружений пневмоторакс (1,1%) [74, 76, 125].

Досвід ведення сучасних збройних конфліктів, основні причини смерті на полі бою стали підґрунтям для підготовки військовослужбовців з тактичної медицини, в основу якого покладено принципи надання ДМД у сучасних бойових умовах, що відображали першочергові заходи для збереження життя поранених: умови надання ДМД відповідно до тактичної обстановки; зупинка зовнішньої кровотечі за допомогою накладання джгута та використання гемостатичних засобів місцевої дії (особливо при пораненнях, де неможливо накласти джгут (QuikClot, Celox тощо); накладання пакета перев'язувального індивідуального (Ізраїльського компресійного биндажу) на відкриті рани, з метою профілактики розвитку інфекції; накладання оклюзивної самоклеючої плівки при проникаючих пораненнях грудної клітки; установка назофарингеального повітроводу у випадку порушення прохідності верхніх дихальних шляхів; – проведення адекватного знеболювання.

Для якісного надання ДМД, з урахуванням того, що перша лікарська допомога надається у кращому разі на медичному пункті батальйону (МПБ), яка орієнтовно може розпочатися не раніше ніж через 30 хв., авторами запропоновано розпочинати стабілізацію стану пораненого ще до надходження до цього пункту або інші етапи медичної евакуації, тобто на рівні механізованої (танкової) роти або батареї дивізіонів. За організацію надання ДМД у військових підрозділах (роті, батареї) відповідає санітарний інструктор, у функціональному підпорядкуванні якого перебувають санітари взводів.

Найбільшу частку серед можливих санітарних втрат роти становлять поранення кінцівок. Ці пошкодження супроводжуються зовнішньою кровотечею з тяжким ускладненням, як гіповолемічний (геморагічний) шок. За цих умов, відповідно до чинних керівних документів, необхідно якнайшвидше проводити інфузійну терапію [147]. Тому до наплічника медичного санітарного інструктора роти (батареї) було запропоновано внести плазмозамінник та дезінтоксикаційний засіб, кровозамінник та антифібринолітичний засіб, а для поранених із переломами до вмісту наплічника медичного вкладено шини типу SAM, шини типу Кендріка та косинки медичні (перев'язувальні) [188]. Важливою проблемою при наданні ДМД як у цивільній, так і у військовій медицині залишається надання допомоги при травмі хребта, зокрема, його шийного відділу. З метою іммобілізації ший пораненим із підозрою на травму хребта запропоновано вкласти до наплічника медичного комірець Шанца. У зв'язку з тим, що друге місце у структурі санітарних втрат займають поранення голови, які можуть супроводжуватися обструкцією верхніх дихальних шляхів, рекомендовано вкласти орофарингеальні та назофарингеальні повітроводи різних розмірів. Третє місце серед можливих ушкоджень займають поранення у грудну клітку, що можуть ускладнюватися напруженим пневмотораксом, отже необхідними стануть і оклюзивні самоклеючі плівки, і декомпресійні голки (табл. 1.1).

З метою попередження розвитку інфекції, та при ймовірності досить пізньої евакуації до МПБ, вкладають антибіотики широкого спектру дії двох

різних груп – пеніцилінів і фторхінолонів. Особливість ведення сучасних збройних конфліктів полягає у використанні значної кількості техніки, що впливає на специфіку роботи особового складу, а також на структуру санітарних втрат через зростання комбінованої травми (механічна (вогнепальна) травма в поєднанні з опіковою). Така патологія в сучасних умовах становить близько 3%. Для надання ДМД обпеченим, до складу наплічника медичного кладуть гідрогелеві пов'язки різного розміру, що мають охолоджуючу, знеболювальну та антисептичну дію. Важливою проблемою залишається зігрівання поранених, особливо у складних кліматичних і метеорологічних умовах - накидка медична (термоковдра) рятує від гіпотермії [7, 152].

Таблиця 1.1.

Медичне забезпечення наплічника медичного при різних видах патології постраждалого на полі бою

Вид патології	Ускладнення	Медичне забезпечення наплічника медичного
Поранення кінцівок	Зовнішня кровотеча з тяжким ускладненням, як гіповолемічний (геморагічний) шок	Плазмозамінник та дезінтоксикаційний засіб, кровозамінник та антифібринолітичний засіб.
Поранені із переломами		Шини типу SAM, шини типу Кендріка та косинки медичні (перев'язувальні).
Травми хребта, зокрема, його шийного відділу		Комірець Шанца
Поранення голови	Обструкція верхніх дихальних шляхів	Орофарингеальні та назофарингеальні повітроводи різних розмірів
Поранення грудної клітки	Напружений пневмоторакс	Оклюзивні самоклеючі плівки, декомпресійні голки
Розвиток інфекції.		Антибіотики широкого спектру дії: пеніцилінів і

<i>Продовження таблиці 1.1.</i>		
		фторхінолонів.
Обпіки		Гідрогелеві пов'язки
Переохолодження		Накидка медична (термоковдра)

Не дивлячись на запропоновані заходи щодо надання домедичної допомоги, все ж, опитування учасників процесу надання домедичної допомоги показало, що догоспітальна підготовка тривала від 4 до 30 днів, з яких найпоширенішою була тактична допомога пораненим у бойових умовах. Деякі респонденти не проходили жодної офіційної підготовки та зазначили, що не існує стандартної системи навчання медиків [46, 165].

Організаційні засади та методологічні основи розробки функціонування Служби медицини катастроф (СМК) і Служби швидкої медичної допомоги (СШМД) потребують у подальшому реформування для забезпечення взаємодії між ними та Військово-морськими силами (ВМС), збройними силами України (ЗСУ). Мета такої співпраці - ефективна спільна діяльність з організації та надання ЕМД населенню і військовослужбовцям в зоні бойових дій та локальних воєнних конфліктів [5, 45].

Поточна обстановка на полі бою в Україні перешкоджає швидкій евакуації поранених [165].Авіамедична евакуація поранених неможлива через суперечливий повітряний простір, а наземне пересування обмежене відстанню, деградованою інфраструктурою та ураженням медичних засобів [195].Тому медична евакуація здійснюється наземним транспортом поганими дорогами з використанням машин швидкої допомоги або транспортних засобів підвищеної складності (наприклад , військових транспортних засобів, транспортних засобів без розпізнавальних знаків, цивільних машин швидкої допомоги, поїздів),щопризводить до затримок від кількох годин до кількох днів до досягнення остаточного травматологічного пункту [7, 166].

Медична евакуація є ключовим компонентом системи військового медичного забезпечення, основною метою якої є зниження летальності серед

важкопоранених військовослужбовців [144, 195]. Реанімаційні пацієнти становлять 15–20 % від загальної кількості евакуйованих, а мінно-вибухова травма (МВТ) є найпоширенішим механізмом ураження (45 % випадків). Згідно з даними авторів 82,9 % пацієнтів із МВТ потребують штучної вентиляції легень, 68,3 % – медикаментозної аналгоседації, а 12,2 % – вазопресорної підтримки гемодинаміки [2, 194].

Під час евакуації пацієнтів в країнах НАТО використовується стратегічна медична евакуація, яка має три основні аспекти: медичний – забезпечення найвищого рівня допомоги в найкоротші терміни; матеріально-технічний – запобігання перевантаженню медичних структур у зоні бойових дій; психологічний – надання пораненим можливості швидшого повернення до родин та соціального середовища [151, 172]. Тактична та стратегічна медична евакуація мають чітко визначені завдання та критерії, що базуються на міжнародних стандартах (STANAG3204) [151].

STANAG 3204 визначає пріоритетність евакуації:

- P1 – термінова евакуація (<12 годин) для порятунку життя чи кінцівки;
- P2 – пріоритетна евакуація (<24 годин) для пацієнтів, які потребують спеціалізованого лікування;
- P3 – планова евакуація (>24 годин), якщо лікування можливе на місці [3, 4, 168].

Аеромедична евакуація залишається одним із найефективніших методів транспортування важкопоранених пацієнтів. Проте її застосування в умовах сучасної війни в Україні обмежене через активне використання противником засобів протиповітряної оборони та інтенсивність бойових дій. Наземна стратегічна евакуація, зокрема медичними потягами, є ефективною альтернативою для транспортування пацієнтів із бойовою травмою. Такий підхід забезпечує стабільність медичної допомоги та мінімізує ризики ускладнень під час транспортування [49].

Опитування медичного персоналу щодо проблем, які існують в наданні медичної допомоги постраждалим на полі бою, засвідчило, що респонденти

вказують на можливості для посилення медичної допомоги на довгостроковій перспективі, включаючи скоординоване та стандартизоване навчання медиків, покращення доступу до продуктів крові на довгостроковій перспективі, навчання з питань тривалої допомоги пораненим, покращення пересування пацієнтів та координацію медичної евакуації. Ранній доступ до хірургії з контролю пошкоджень та хірургічної допомоги вищого рівня є життєво важливим для виживання поранених [166].

Організація медичної допомоги в госпіталі вивчалася Бібік Т.А. із співавторами, які провівши аналіз недоліків медичної допомоги виявили, що ними були нерозпізнане основне захворювання та помилки ведення медичної документації; причинами визнаних дефектів є об'єктивні труднощі діагностики, недоліки в організації лікувального процесу та атиповий перебіг захворювань [9]. Війна в Ірані почалася в той час, коли Україна обороняється від збройних нападів Російської федерації, тому досвід надання медичної допомоги госпіталях, може бути корисною для нас [169]. Місія військових шпиталів полягає у покращенні здоров'я військовослужбовців шляхом надання медичної підтримки широкому колу військовослужбовців, що проходять службу [171]. Військові шпиталі відповідають за догляд за пораненими солдатами, а також за надання рутинної медичної допомоги військовослужбовцям, що проходять дійсну службу, їхнім сім'ям та пенсіонерам [182]. Через підвищення медичної грамотності пацієнтів та зміну потреб населення, реагування лікарень зазнало фундаментальних змін. Тому реагування лікарні має бути орієнтоване на пацієнта та враховувати пріоритети, потреби, цінності та клінічні рішення пацієнта під час надання медичних послуг [180]. Виходячи з цього та відповідно до рекомендації ВООЗ щодо центральної ролі пацієнтів у лікарні та залучення їх до процесів надання послуг, одним із важливих вимірів якості та безпеки військових шпиталів Ірану було визначено вимір, орієнтований на пацієнта.

Окрім багатьох подібностей, які військові шпиталі мають із цивільними лікарнями у наданні медичних послуг населенню, у деяких функціональних аспектах, через специфічне охоплення населення та конкретні місії, вони мають

мало відмінностей від цивільних лікарень[132].Тому для оцінки їх роботи, в тому числі, була важливою задоволеність пацієнтів.

1.3 Вплив війни на стан здоров'я військовослужбовців та їхня потреба в наданні медичної допомоги

Російсько-українська війна розпочалася у 2014 році та протягом перших восьми років була гібридним конфліктом. У 2022 році вона вступила в активну фазу, що супроводжувалася відкритими бойовими діями між збройними силами обох держав [16, 37]. У період гібридної війни (2014–2022) та в даний час спостерігається часте застосування збройними силами Росії різних видів зброї з високими вражаючими характеристиками, використання якої заборонено міжнародним правом [53, 101]. З огляду на цей факт, військові лікарі України порушили питання впливу цих видів зброї на тяжкість вогнепальних поранень, локалізацію уражень, а також на виживання поранених та особливості їх подальшого лікування. Отримані результати були використані для оновлення клінічних рекомендацій та модернізації військових госпіталів відповідного рівня для забезпечення готовності до надання медичної допомоги у разі застосування забороненої високоенергетичної зброї, зокрема куль з експансивною оболонкою [126].

Згідно з класифікацією, бойова хірургічна патологія включає вогнепальні та невогнепальні травми та травми від різних видів зброї та визначається як бойова хірургічна травма. Вогнепальні травми поділяються на вогнепальні, вибухові та вибухові травми [117]. Вогнепальні поранення викликаються дією вражаючих факторів вогнепальної зброї, включаючи стрілецьку зброю, осколкові та осколково-фугасні боєприпаси, протипіхотну зброю та вибухові боєприпаси [118].

Вогнепальна зброя – це зброя, призначена для механічного ураження цілі на відстані снарядом, який отримує спрямований рух у стволі завдяки енергії вибухових речовин і має достатню вражаючу здатність [105]. Вибух – це

швидко вивільнення значної кількості енергії внаслідок фізичних, хімічних або ядерних змін у вибуховій речовині та розширення об'єму речовини та продуктів її перетворення, в результаті чого виникає високий тиск, що викликає руйнування та переміщення об'єктів у навколишньому середовищі. Вибух завдає пошкодження організму, яке називається вибуховою травмою. У разі безпосереднього контакту з вибуховим пристроєм або його розташування на невеликій відстані на потерпілого діють усі можливі фактори вибуху. У цьому випадку виникають вибухові травми: руйнування та відрив частин тіла [105, 118]. Однак, якщо основним або навіть єдиним компонентом вибухової травми є осколкові поранення, їх доцільніше класифікувати як вогнепальні, оскільки механізм травми та характеристики дії ушкоджувальних факторів у цьому випадку подібні [106].

Використання Росією запальних боєприпасів спричиняє значні глибокі опіки, отруєння фосфорорганічними сполуками та інші токсичні ефекти від парів, пов'язаних з палаючими речовинами [154]. Догляд за постраждалими від опіків створює значний логістичний та медичний тягар через складність надання допомоги та необхідну реанімацію. Це підкреслює необхідність планування на випадок значних термічних/опікових травм у майбутніх бойових діях [149].

Сучасні протитанкові керовані ракети, які широко використовуються Росією, мають майже +75% смертності при застосуванні проти особового складу [178]. Здається, що вони трапляються набагато частіше в цьому конфлікті NPA (near-peeradversaries – майже рівноправний супротивник) [159]. Отримані травми були руйнівними, а рівень виживання значно нижчий, ніж у разі поранень від ненаправлених вибухів, таких як артилерія та міномети [174]. Крім того, російські війська в цьому конфлікті випускають майже 60 000 артилерійських пострілів на день. Це являє собою обсяг вогню, якого американські війська не бачили з часів Другої світової війни.

В Україні російські війська часто використовували боєприпаси для запобігання ураженню території, такі як протитанкові та протипіхотні міни. Ці

боєприпаси виготовляються за стандартизованими, узгодженими конструкціями, виробництво яких налагоджено у значно більших масштабах. Як такі, вони є більш доступними, надійними в експлуатації, ефективними та легко розгортаються.

Що стосується військових конфліктів, травми черепа, спричинені високошвидкісними кулями або осколками вибуху, створюють свій унікальний набір проблем, таких як складні структури переломів, коливальні/обертальні траєкторії, множинні вхідні та вихідні поранення, травматичні аневризми, кавітація та витік мозку [106].

Порівняно з часом антитерористичної операції у 2015 році, в умовах закладу охорони здоров'я Міністерства оборони України у військовій частині А 3309, 33,3% стаціонарних пацієнтів також були неврологічними пацієнтами. Крім того, протягом двох тижнів було зареєстровано понад 800 амбулаторних звернень до невролога [112].

Українські військові лікарі отримали завдання лікувати та реабілітувати військовослужбовців, поранених сучасною високоенергетичною зброєю, зокрема важкими травмами живота. Прикладом такої зброї є експансивна куля – спеціально розроблений боєприпас, який при попаданні розпадається на кілька менших снарядів, завдаючи значної шкоди м'яким тканинам та внутрішнім органам. Куля з експансивною кулею може пробити бронежилет високого класу [54]. Такі балістичні властивості можуть спричинити надзвичайно тяжкі травми живота, включаючи значні пошкодження внутрішніх органів, множинні розриви кишечника з масивним забрудненням черевної порожнини, а також критично високий ризик неконтрольованої кровотечі, геморагічного шоку та масивних ретроперитонеальних гематом [23]. Балістичні особливості експансивних куль призводять до утворення множинних вогнепальних поранень стінки товстої кишки на всю товщину, тоді як ізольовані дефекти трапляються вкрай рідко [18].

Така вогнепальна травма від експансивних куль може бути смертельною для бойових пацієнтів, навіть за умови «золотої години» та хірургічного

втручання з контролю пошкоджень. Балістичні характеристики експансивних куль передбачають розширення при ударі, а потім множинне фрагментування або грибоподібну форму кулі, що призводить до більшого пошкодження тканин [19].

Російсько-українська війна супроводжується численними випадками тяжких та небезпечних для життя травм як серед військовослужбовців, так і серед цивільного населення. Неконтрольоване використання високоенергетичної зброї призводить до катастрофічних травм, які суттєво ускладнюють надання медичної допомоги та часто роблять повноцінну реабілітацію неможливою [15, 23]. Травми грудної клітки та живота є одними з найпоширеніших вогнепальних травм у бойових діях та збройних конфліктах і часто розглядаються як комбіновані торакоабдомінальні травми.

Вибух протипіхотної міни (ППМ) під час детонації спричиняє комплексний вплив на організм людини через дію кількох фізичних, термічних та хімічних факторів. Одним із основних є ударна хвиля, що утворюється під час вибуху, здатна спричинити важкі травми. Крім того, серйозні пошкодження можуть бути викликані осколками та вторинними фрагментами, які розкидаються внаслідок вибуху [123]. Сучасна зброя призначена для завдання критичних та тяжких травм кількох органів, представлених окремими пораненнями грудної клітки або живота або комбінованими пораненнями, включаючи випадки травм черевної порожнини та торакоабдомінальної порожнини [15, 17, 52].

В українському конфлікті Росія використовувала спеціально створені боеприпаси в промислових масштабах, а також тривалі ракетні та артилерійські обстріли. Це збільшення вогневої потужності призвело до збільшення кількості травм. Статистика, оприлюднена українськими лікарями, показує, що понад 70% усіх бойових втрат України пов'язані з артилерійськими та ракетними обстрілами російських військ, що призвело до значних політравм багатьох систем органів. Для порівняння, у більшості нещодавніх конфліктів, не пов'язаних з НРА, солдати, які отримали поранення грудної та черевної

порожнин, могли вижити, якби супутні травми кінцівок та решти тіла були обмежені [148].

ВУкраїні російська зброя призвела до більш руйнівних травм більшої кількості солдатів під час будь-якої атаки. У ретроспективному аналізі 100 пацієнтів, яких лікували українські військові хірурги, що працювали в межах 5 км від лінії фронту, середній бал тяжкості травм перевищував 36 у жертв таких артилерійських та ракетних обстрілів. Поширені механізми травм включають множинні високошвидкісні проникаючі поранення, баротравму та тупі поранення від кидка під час вибуху, а також черепно-мозкові травми [149].

1.4 Проблеми в організації медичної допомоги пораненим, які постають в ході російсько-української війни

Повне вторгнення Російської Федерації в Україну у 2022 році надає унікальну можливість зрозуміти, як широкомасштабні бойові операції (ШБО) навантажують та дестабілізують інфраструктуру системи охорони здоров'я та травматології. Для обміну клінічними знаннями, отриманими в галузі догляду за пораненими в бойових діях, та вивчення досвіду ШБО в Україні, з червня 2023 року по червень 2024 року було проведено дев'ять симпозіумів, які зібрали міжнародних експертів з ключовими лідерами та медичним персоналом з України. Ці зусилля були підтримані Програмою дослідження бойових втрат Міністерства оборони США відповідно до вказівок Конгресу США щодо встановлення військово-медичних партнерств з Україною, зазначених у Законах про національні оборонні повноваження 2023 та 2024 років [157]. На кожному симпозіумі представники Міністерства оборони США, НАТО та України, Міністерства охорони здоров'я та інших фахівців зустрічалися для обміну актуальною інформацією з критичних питань у сфері лікування та досліджень військових травм. Були визначені головні проблеми в кожному окремому напрямку надання медичної допомоги та можливість їхнього вирішення (табл. 1.2).

Проблеми, які виникають в інфраструктурі системи охорони здоров'я та травматології внаслідок широкомасштабного вторгнення Росії в Україну.

Інфраструктура ОЗ	Проблема	Вирішення
Травматологія	Немає загальнонаціональної системи травматології, немає поточного реєстру чи бази даних випадків травм на догоспітальному етапі.	Розробити план дій щодо створення національного реєстру травматичних випадків у разі травматизму. Результати зустрічі з Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ) призвели до початкового схвалення робочої групи для розробки плану дій щодо національного реєстру травматизму в Україні. 22 січня 2025 року Міністерство оборони України схвалило створення реєстру військових травм.
Гемостатична реанімація	Потрібна більша доступність цільної крові, плазми, холоднозберігальних тромбоцитів та висушеної плазми, а також обладнання та витратних матеріалів для зберігання та переливання цих продуктів.	
Використання турнікета	Відсутні рекомендації щодо того, які рани потребують накладання джгута, та інструкції щодо виконання конверсії та заміни джгута.	Для всього персоналу необхідні стандартизовані інструкції та навчання з накладання та переобладнання джгута.

	<p>Крім того, необхідне визначення того, хто повинен виконувати конверсію та заміну джгута під час тривалої евакуації. Чіткі рекомендації щодо ролей немедичного персоналу, медиків, медсестер та лікарів на полі бою були обмеженими в Армії України; необхідне визначення ролей та обов'язків, щоб уникнути непотрібних обмежень для процедур та затримок у лікуванні; таким чином, перелік критично важливих навичок/обсяг практики для медиків, медсестер та лікарів є вкрай необхідним.</p>	
Евакуація	Тривала евакуація постраждалих у бойових діях	<p>Збільшити кількість броньованої техніки для забезпечення безпечнішої евакуації.</p> <p>Посилити програму медичної підготовки шляхом включення елементів принципів ТССС. Забезпечити час для відновлення персоналу, який служить на передовій, та надавати догоспітальну допомогу під час тривалої евакуації.</p>
Телемедицина	<p>Створення телемедицини дозволило б проводити міжнародні медичні консультації, але перебої з електропостачанням продовжують впливати на можливість заряджання та використання пристроїв. Розгортання ефективної програми телемедицини значною мірою залежить</p>	Навчання військових можливостям телемедицини.

	від ефективної програми навчання та інформації. Багато солдатів та медичного персоналу Збройних сил України не знають про її доступність, і всі вони потребують навчання.	
Реабілітація	Повинна бути якомога раніше	Розробляти та впроваджувати цілісні плани догляду, що включають одночасні реабілітаційні процедури під час перебування в лікарні. Збільшити ресурси для навчання та освіти фахівців з реабілітації. Стандартизувати протоколи для рекомендацій щодо харчування.
Дослідження	Додаткові етичні та регуляторні проблеми виникають під час проведення досліджень травм у невідкладних випадках, коли здатність пацієнтів надавати індивідуальну згоду обмежена. Інші перешкоди для ефективного дослідження виникають, коли зусилля проводяться в умовах активних бойових дій.	Виділити ресурси на розвиток дослідницької інфраструктури та програм, Розробляти безпечні реєстри даних.
Медична логістика	Медичний персонал визнає перешкоди, включаючи перебої в ланцюжку медичних поставок, неготовність до Large Scale Combat Operations (LSCO), недостатню підготовку, застаріле обладнання та атаки на інфраструктуру.	Рекомендується використовувати безпілотні літальні апарати для евакуації та поповнення запасів. У зонах конфлікту необхідне збільшення кількості броньованих машин швидкої допомоги та транспортних засобів.

Лікування військовослужбовців продовжується в цивільних закладах ОЗ. В той же час Російські напади на заклади охорони здоров'я порушують Декларацію Всесвітньої медичної асоціації про захист медичних працівників у ситуаціях насильства [196]. Окрім нападів на медичні заклади, російські війська порушили Женевську конвенцію щодо поводження з військовополоненими, захопивши українських військових та цивільних медичних працівників. Тільки в Маріуполі росіяни захопили близько сотні українських лікарів, які досі перебувають у полоні, не будучи включеними до звільнених списків полонених та не маючи можливості спілкуватися зі своїми родичами та Центральним агентством у справах військовополонених [136, 177, 192].

В XXI столітті російсько-українська війна перша. Мілітарні технології, які розвивалися під час воєн 20 століття були використані на полі бою у В'єтнамі та Афганістані. То ж досвід проведення лікування поранених і травмованих є найбільшим у США та бувшого Радянського Союзу. Ефективність допомоги багато в чому залежав від поєднання військової та цивільної медицини. Американський коледж хірургів (ACS) взяв на себе ініціативу в захисті американських систем травматології та в 1972 році опублікував документ «Рання допомога пораненим пацієнтам»[129], а в 1976 році – першу версію документа «Оптимальні ресурси для догляду за пораненими пацієнтами» [130]. У цих документах були викладені ресурси та практики для оптимального догляду за пораненими пацієнтами в усіх аспектах цивільної допомоги [136]. Розвиток можливостей надання допомоги пораненим у бойових діях під час поточних операцій на випадок надзвичайних ситуацій став революційною історією успішної адаптації та еволюції, що призвело до суттєвих покращень у догляді за пораненими на полі бою. Ця революція розпочалася у 2004 році зі створенням офіційної системи військової травматології – Системи травм суглобів (The Joint Trauma System, JTS) [189]. Метою JTS була розробка нового систематичного та інтегрованого підходу до організації та координації допомоги пораненим у бойових діях. Основні принципи системи травматології були засновані на чотирьох простих

принципах: правильний пацієнт, правильне місце, правильний час, правильна допомога, з провідним баченням, що кожен солдат, моряк, льотчик та морський піхотинець, поранений на полі бою, матиме оптимальні шанси на виживання та функціональне відновлення [146].

Офіційне впровадження системи травматології в театрі операцій відбулося в листопаді 2004 року завдяки спільним зусиллям трьох генеральних хірургів збройних сил США, Інституту хірургічних досліджень армії США та Комітету з травматології Американської колегії хірургів. Демографічні, механістичні, фізіологічні, діагностичні, терапевтичні дані та дані про результати були зібрані для 4700 постраждалих пацієнтів за допомогою Об'єднаного реєстру травм в театрі операцій. Впровадження системи виявило понад 30 системних проблем, що потребують розробки політики, досліджень, навчання, оцінки розподілу медичних ресурсів та змін у клінічній допомозі. Серед проблем були переміщення поранених з місця травми на найбільш відповідний рівень медичної допомоги, клінічні рекомендації щодо лікування травм, стандартні форми, профілактичні схеми антибіотикотерапії, звітність про захворюваність/смертність, регулювання онлайн-медичної евакуації, покращення збору даних для реєстру травм та впровадження програми підвищення ефективності.

В Україні локальна війна – антитерористична операція (АТО) нанесла величезної шкоди - за період з 14.04.2014 до 31.12.2019 кількість жертв сягнула приблизно 41–44 тис. осіб, з яких 13–13,2 тис. загиблих та 29–31 тис. поранених [124].

Із початком антитерористичної операції на сході України проведено аудит відомчих медичних служб, який продемонстрував у своєму висновку чималі проблеми як суто медичного, так і технічного характеру. Зокрема, військовослужбовці не були укомплектовані індивідуальними засобами медичного захисту, а наявні просто не вміли використовувати. Військові формування не мали броньованого транспорту для транспортування поранених з поля бою [100]. Медичне обладнання, низка автоматичних пристроїв та

електротехнічне устаткування морально та технічно застаріло, а лікарські бригади не забезпечувалися засобами життєдіяльності. При цьому навіть самі медики не були обізнані з особливостями перебігу бойових патологій, застосовували неправильну тактику лікування, мали проблеми із діагностикою, що надалі створювало проблему для тилових спеціалістів, провокувало ускладнення у пацієнтів [24]. На підставі Закону України «Про наукову і науково-технічну діяльність» та Постанови Кабінету Міністрів України від 31.10.2018 № 910 «Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України» в Україні при Національній академії медичних наук України Постановою НАМН України від 22.11.2018 р. № 8/3 «Про створення при Президії НАМН України позаштатного відділу військово-медичної науки» створено позаштатний відділ військово-медичної науки [93, 109]. Метою відділу було створення умов для організації та координації провадження спільної наукової діяльності та виконання сумісних проєктів, пов'язаних з науковим узагальненням досвіду медичної науки та практики при проведенні АТО/ООС на національному рівні [109]. Отже, підтримка медичних інновацій, зокрема – впроваджень від вітчизняних учених – набуло надважливого законодавчо затвердженого значення. На рівні суспільства в 2020 року в м. Луцьку було створено громадську організацію Технопарк «Центр медичних інновацій», який став креативним простором для медичних закладів, влади, представників бізнесу, інвесторів [120].

Інновації, які впроваджені в театрі бойових дій українськими вченими медиками :

1. Телемедичні системи. Доктор технічних наук Сокол Є. І., кандидат технічних наук Кіпенський А. В., кандидат технічних наук Шишкін М. А. та кандидат технічних наук Колісник К. К. запропонували використовувати новий метод електричних вимірювань – радіоканал GSM/GPRS-зв'язку для збору інформації від пацієнта – рівня артеріального тиску, температури тіла, рівня сатурації та даних автоматичних пристроїв ЕКГ – із запровадженням

модифікованого алгоритму усереднення, який базується на диференційованому підході до різних ділянок біологічного сигналу [100, 179].

2. Мобільний шпиталь. Результат роботи медичних бригад на полі бою є надзвичайно важливим з точки зору правильності та своєчасності надання медичної допомоги. Дванадцятиметровий автобус марки Mercedes-Benz, – мобільний шпиталь, забезпечений найсучаснішим електротехнічним устаткуванням. Медична інновація працює безпосередньо поряд із зоною бойових дій, та включає в себе: – два операційних крісла, п'ять місць для реанімації поранених, сім моніторів життєдіяльності, сім перфузорів, коагулятори, відсмоктувачі рідини, електровимірювальні прилади апарати УЗД та ШВЛ. Є навіть стоматологічне крісло для проведення втручань на щелепно-лицевому скелеті, а також потужна точка Wi-Fi для телемедицини [43].

3. Евакуаційні дрони. Медична евакуація є невід'ємною частиною безперервного процесу надання медичної допомоги. Вона здійснюється спеціально призначеними транспортними засобами відповідно до чинних медичних стандартів, забезпечуючи рівень медичної допомоги, не нижчий за той, що надавав підрозділ, який відправляє пацієнта [49]. Наземний, який так само, як і літальна модель, керується дистанційно. Ініціаторами такого винаходу стали бійці з підрозділу «Вовки да Вінчі». Автоматика має камери для відстеження місцевості, може перевозити на собі вагу двісті кілограмів та вирушає вглиб небезпечної зони на півтора кілометра за відеосигналом і на до 2,5 кілометрів за сигналом пристрою дистанційного управління. Особливість рятувальної електротехніки в тому, що вона рухається безшумно, її непомітно у траві, а перетинаючи місцевість із різним ландшафтом дрон успішно справляється із завданням завдяки гусеничним стрічкам. Працює автоматичний пристрій на акумуляторах. Людина, яка керує дроном, може, завдяки камерам з кутом огляду 120 градусів, бачити усе, що відбувається навколо [60].

Аналіз організації медичної допомоги в системі управління якістю медичних послуг через військові дії був проведений економістами, та виявив наступні проблеми. Інфраструктурні пошкодження, перебої з постачанням, кадровий дефіцит, перезавантаження системи, відсутність належного фінансування, проблеми з доступністю, психологічний стрес персоналу, порушення комунікацій, епідеміологічні ризики, юридичні та організаційні труднощі, соціальна.Співпраця з

міжнародними організаціями, такими як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) та Червоний Хрест, сприяє забезпеченню необхідних ресурсів, обладнання та медичних препаратів. Ця допомога також підтримує навчання медичного персоналу для роботи в умовах кризи [163, 185].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

1. Встановлено, що в ході історії медичної допомоги під час війни, були запроваджені інноваційні організаційні заходи медичної допомоги пораненим на полі бою, такі як – медичне забезпечення війська, сортування поранених, медична евакуація, які сприяли швидшому і повнішому одужанню військових.

2. З'ясовано наявність стандартів підготовки військовослужбовців, санітарів взводів та санітарних інструкторів рот домедичної допомоги на догоспітальному етапі та обґрунтовано вміст аптечки медичної загальновійськової індивідуальної, наплічника санітара взводу та наплічника санітарного інструктора роти (батареї), все ж навчання ДМД було недостатнім за тривалістю.

3. Виявлено, що медична евакуація є важливим елементом в структурі домедичної допомоги, оскільки впливає на перебіг і ефективність лікування постраждалих військовослужбовців.

4. Встановлено, що військовий госпіталь має мало відмінностей від цивільних лікарень, тому вимір орієнтований на пацієнта є стержневим у наданні медичної допомоги.

5. Вивчений вплив вогнепальної зброї на постраждалих, де особливо небезпечними є осколчасті поранення, глибокі опіки, отруєння фосфорорганічними сполуками, які виділяються з парів вибухів.

6. Окреслені проблеми в організації медичної допомоги військовослужбовцям, які позначаються на якості її надання.

Перераховані результати вивчення огляду літератури, задекларовані у висновках сприяють до пошуку оптимізованої холі стичної моделі надання медичної допомоги військовим під час російсько-української війни.

Результати досліджень розділу 1 наведено в публікаціях:

1. Irina Holovanova , Oleksandr Havlovsky , Shanshan Wang, Oleksandr Korneta, Maksym Khorosh, Igor Kaydashev, Renee Robinson, Ubydul Haque. Doctors' satisfaction with the rehabilitation system for anti-terrorist operation participants: A factor analysis. – Heliyon. 2025. – Том 11, Вип.1 – e40667doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e40667

2. Zhdan V, Holovanova I, Wang S, Obrevko N, Korneta O, Bielikova I, Kaidashev I, Haque U, Khorosh M, Popovich I. Analysis of behavioral factors and level of anxiety of schoolchildren in the conditions of the Russian-Ukrainian war. The Medical and Ecological Problems/ 2023;27(5-6):51-58. <https://doi.org/10.31718/mep.2023.27.5-6.07>

РОЗДІЛ 2

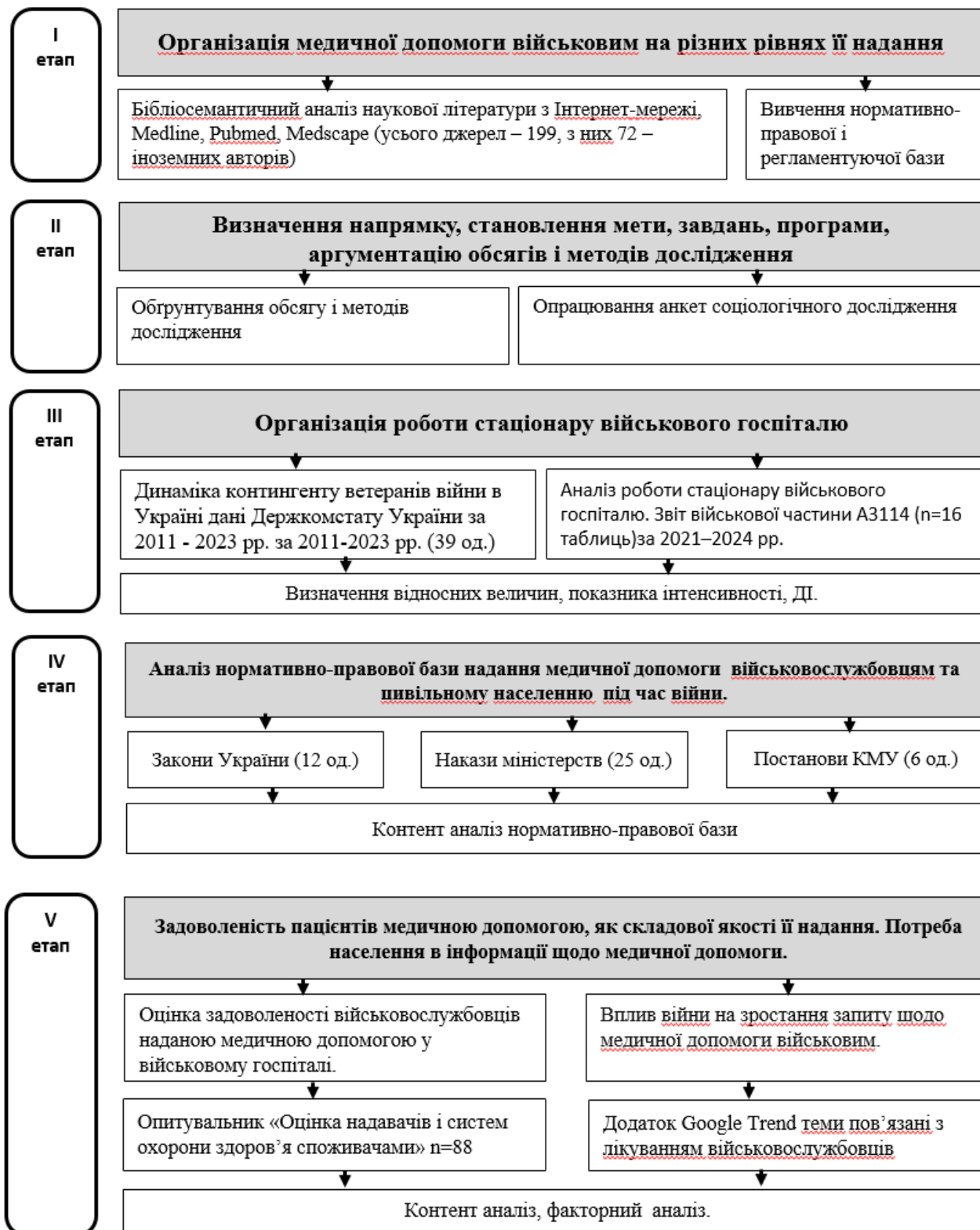
ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

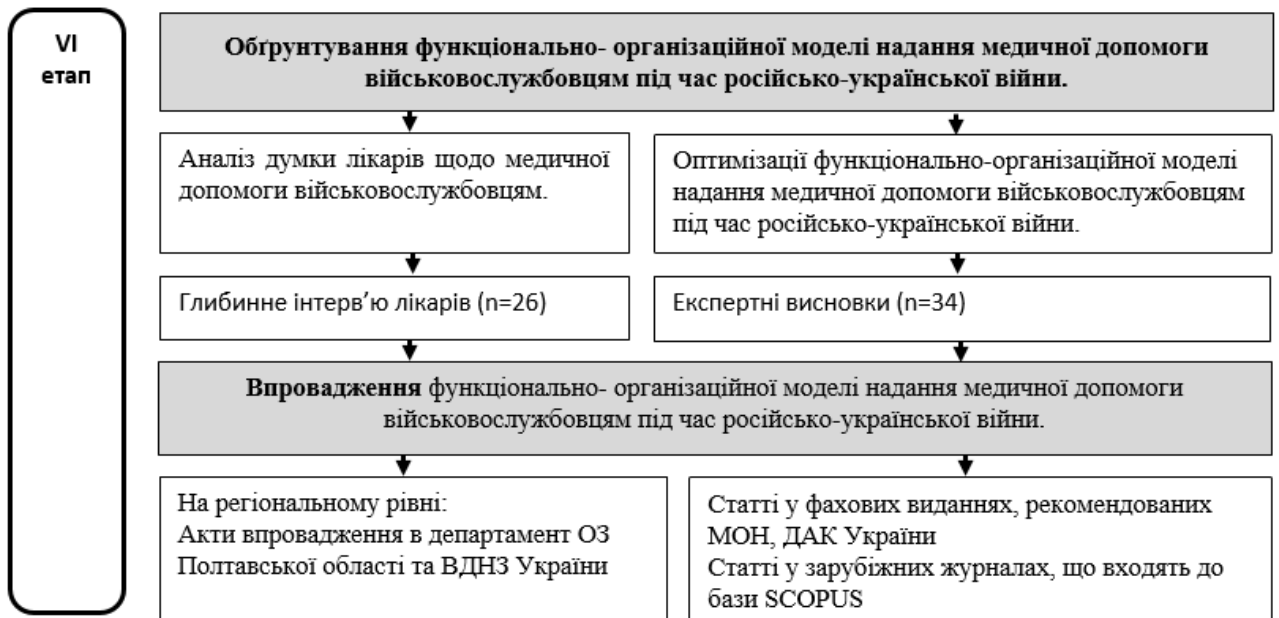
2.1. Алгоритм дослідження

Досягнення головної мети наукової праці – медико-соціального обґрунтування оптимізованої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовим в умовах російсько-української війни потребувало розробки спеціальної програми дослідження (рис. 2.1). Застосування системного підходу та адекватних методів, розподілених на шість етапів, забезпечило отримання репрезентативних результатів. Науковою базою дослідження був обраний Полтавський військовий госпіталь, підрозділ Кременчуцького обласного клінічного госпіталю для ветеранів, м. Лубни.

Дослідження проводилося у шість етапів згідно поставленій меті. На кожному з них визначали його методологічний апарат, де і застосували системний підхід й аналіз.

На *першому етапі* аналізували вітчизняні та міжнародні сховища даних публікацій: Pubmed, Medscape, Google Scholar, ВООЗ, фахові наукові видання України за тематикою дослідження. Проведений бібліо-семантичний аналіз обраних матеріалів показав необхідність обґрунтування оптимізованої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовим в умовах російсько-української війни. Таким чином, дослідили 199 джерел літератури, з яких 127 вітчизняних та 72 зарубіжних. Аналіз опрацьованих джерел дав змогу розмежувати вивчені аспекти проблеми та питання, що потребують оновлених методологічних підходів.





Методичне забезпечення дослідження			
МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	ЕТАПИ	МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	ЕТАПИ
1. Системного підходу	I-VI	6. Описового моделювання	VI
2. Бібліосемантичний	I-V	7. Експертних оцінок	VI
3. Статистичний	II-V	8. Організаційного експерименту	VI
4. Епідеміологічний	III-V	9. Економічний	VI
5. Демографічний	III-V		

Рис. 2.1 – Програма, матеріали, обсяг і методичний апарат дослідження

На *другому етапі* визначений вектор дослідження, об'єкт, предмет, мета, завдання, зміст і структура. Окреслено його обсяг, методологія, методичний апарат, розроблена відповідна програма.

На *третьій стадії* для кращого розуміння ситуації проводили аналіз динаміки кількості контингенту ветеранів, що потребують медичної допомоги: учасники бойових дій, особи з інвалідністю внаслідок війни, учасники війни. Контингент ветеранів у розрізі чисельності учасників бойових дій, учасників війни, осіб з інвалідністю внаслідок війни, інформація про яких внесена до Єдиного державного реєстру ветеранів війни, аналізували з офіційних даних

Державного підприємства «Дія» Міністерства цифрової трансформації України за 2021-2026 рр. (офіційного вебсайту за посиланням <https://data.gov.ua/dataset/034f43a4-133a-498f-8478-6076ed1013e4>). Вивчаючи динамічні ряди, з розрахунками показників наочності та темпу приросту, проводили аналіз роботи стаціонару військового госпіталю та вивчали контингент військовослужбовців, які знаходилися в госпіталі з 2021 по 2023рр. [143].

Матеріалами дослідження слугували матеріали Державної служби статистики України, звіт військової частини А3114 (n=16 таблиць) за 2021–2024 рр.

Завдання четвертого етапу були спрямовані на детальне вивчення нормативно-правової бази, яке проводилося за допомогою контент аналізу на сайтах МОЗ, міністерство оборони України, МВС, КМУ, Міністерства соціальної політики України.

П'ятий етап був присвячений вивченню задоволеності пацієнтів медичною допомогою, як складової якості її надання та потреби населення в інформації щодо медичної допомоги. Для вивчення цього питання було проведене опитування Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems - «Оцінка надавачів і систем охорони здоров'я споживачами лікарень» (HCAHPS) пацієнтів, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у військовому госпіталі. Опитування HCAHPS містить 29 запитань, 19 з яких є основними щодо критичних аспектів перебування пацієнтів у лікарні (спілкування з медсестрами та лікарями, чуйність персоналу лікарні, чистота та тиша в лікарняному середовищі, спілкування щодо ліків, інформація про виписку, загальна оцінка лікарні та готовність рекомендувати). Питання про «досвід перебування в лікарні» пропонують пацієнту варіанти відповідей за шкалою Лайкерта [135]. Опитування проводилося після виписки пацієнта в Google формі, лінк на який надсилався зручним месенджером, а також роздавали сформовані анкети (**Додаток Б**). До опитування допускалися пацієнти старше 18 років, які повинні мати принаймні одне нічне перебування в

стаціонарі, мати непсихіатричний діагноз на момент виписки та бути живими на момент виписки. Пацієнти, відібрані для участі, отримують опитування між 48 годинами та 6 тижнями після виписки. Дослідження проводилося у військових госпіталях Лубен і Полтави, за допомогою факторного аналізу, який дає можливість окреслити ряд внутрішніх причинно-наслідкових взаємозв'язків, структуру кореляційних залежностей в багатовимірному експериментальному матеріалі, що містить більше двох змінних. В результаті факторного аналізу визначають так звані чинники-причини, що дозволяють пояснити приватні (парні) кореляційні залежності (R), які, в свою чергу, утворюють факторну структуру, у якомусь просторі ідеальних математичних об'єктів (чинників), назване факторним простором (F). Математично фактор являє собою вектор, розмірність якого відповідає порядку кореляційної матриці.

Компонентами цього вектора є нормовані коефіцієнти лінійних регресій, що пов'язують даний фактор з усіма змінними кореляційної матриці (формула 2.1).

$$F_i = (a_{1i}, a_{2i}, a_{3i}, \dots, a_{Ni}) \quad (2.1)$$

де:

i – номер фактора;

N – порядок кореляційної матриці;

$a_{1i}, a_{2i}, \dots, a_{Ni}$;

i – компоненти, названі факторними зарядами (або вагами) змінних.

Факторні заряди змінюються в тих же межах, що й коефіцієнти кореляції. У змістовому сенсі фактор становить собою невідому або гіпотетичну причину спільної мінливості змінних, які корелюють. Вихідним математичним об'єктом для факторного аналізу є кореляційна матриця (R) [187]. Респондентам була запропонована анкета, де за 4-бальною шкалою вони робили оцінювання. (Додаток В).

Враховували значення помірної і сильної (r):

- $0.3 \leq |r| < 0.7$: Помірний або середній зв'язок.
- $0.7 \leq |r| < 1$: Сильний або високий зв'язок.

Для визначення обсягу вибірки використовували формулу 2.2:

$$n = \frac{t^2 pqN}{N\Delta^2 + t^2 pq} (2.2),$$

де:

n – обсяг вибіркової сукупності;

t – коефіцієнту нормованого відхилення (у дослідженнях такого характеру дорівнює 2);

p – імовірність наявності ознаки (табличне значення - 0,5);

q – імовірність відсутності ознаки (табличне значення - 0,5);

N – обсяг генеральної сукупності;

Δ – припустима помилка, у соціологічних дослідженнях максимальна величина припустимої помилки становить $\pm 5\%$.

При цьому обсяг генеральної сукупності становить: $3181 \pm 477,2$ пролікованих пацієнтів у госпіталі:

$$n = \frac{1,96^2 * 0.5 * 0.5 * 3181}{3181 * 0.0025 + 1,96^2 * 0.5 * 0.5} = 339,2$$

Потребу населення в інформації щодо лікування військовослужбовців визначали за допомогою додатку GoogleTrend. Вивчали частоту запитів за пошуком наступних лексем протягом 2022-2024 рр:

- Війна
- Поранені у бою
- Госпіталь
- Військовий госпіталь Запоріжжя
- Військовий госпіталь Винники

- Військовий госпіталь Харків
- Військовий госпіталь Київ
- «Надання домедичної допомоги + "російсько-українська війна"»

Вивчення запитів населення, що стосувалися медичної допомоги військовослужбовцям, дозволили в такий спосіб охопити ширшу аудиторію і вивчити тенденції що пов'язані з цим питанням.

Шостий, заключний етап, був спрямований на наукове обґрунтування функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни. В основу цього розділу були покладені результати, отримані на його попередніх параграфах.

З'ясовували думку лікарів щодо надання медичної допомоги військовослужбовцям. Для цього проводили інтерв'ю, яке складалося з двох частин: перша, де були закриті і друга – відкриті відповіді, таким чином було організоване якісне дослідження, проведене дисертантом. Опитано було 26 лікарів, тих, які надавали медичну допомогу військовим (**Додаток В**).

Методологія побудови моделі ґрунтувалася на системному аналізі, окремі аспекти якого висвітлено в попередніх розділах.

Функціонально-організаційну модель надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни створювали згідно до критеріїв методики SADT (Structured Analysis and Design Technique) і її підмножини IDEF0. Схему надання медичної допомоги розділили на укрупнені модулі.

Модульна структура моделі сформована на основі аналізу вхідних та вихідних ресурсів, керуючих впливів і механізмів реалізації (згідно з методологією SADT/IDEF0). Використовуючи інструментарій VPwin 4.0, загальну функціональну модель було декомпозовано на окремі діаграми. Процес побудови починається з контекстної (Top-level) діаграми, що містить єдиний блок, який послідовно деталізується на дочірні рівні. Кожна наступна діаграма є логічним розкриттям (декомпозицією) конкретної активності (Activity) батьківського рівня [139,140,164].

Використання цієї системи в охороні здоров'я дозволить виявити проблеми й указати шляхи їх розв'язання. Для цього необхідно визначити загальні категорії (характерні для будь-якої існуючої в рамках дослідження системи) і притаманні лише моделі надання медичної допомоги військовослужбовцям, що описують тільки конкретну систему, – тоді можна буде зробити висновок про те, що з них притаманне системі взагалі, а що характеризує середовище медичної допомоги постраждалим унаслідок бойових дій.

Запропоновану модель надання медичної допомоги військовослужбовцям надіслали фахівцям охорони здоров'я, які оцінювали її складові за 10-бальною шкалою, використовуючи запитання анкети (Додаток Г). Опис та схему розробленої моделі було підготовлено та надано лікарям для ознайомлення. Експертні висновки на функціонально-організаційну модель надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни надали 34 фахівці у галузі соціальної медицини та громадського здоров'я, серед яких:

- 14 (41,18%) докторів наук з вченим званням професора;
- 12 (35,29%) кандидатів наук з вченим званням доцента;
- 6 (17,65%) кандидатів наук та докторів філософії;
- 1 (2,94%) кандидатів наук з вченим званням професора;
- 1 (2,94%) фахівець без наукового ступеня.

Для оцінки ступеня узгодженості висновків двох експертів використовували коефіцієнт рангової кореляції Кендалла [133, 138]. Процедура передбачає порівняння всіх можливих пар об'єктів для встановлення конкордантності (узгодженості) експертних оцінок. Для цього використовували коефіцієнт конкордації Кендала за формулами 2.3, 2.4:

$$K_k = \frac{12 P_c}{n^2 m(m^2 - 1)} \quad (2.3)$$

$$P_c = \sum_{j=1}^m \left(\sum_{i=1}^n r_{ij} - \frac{n(m+1)}{2} \right)^2 \quad (2.4)$$

де:

n – число експертів,

m – число оцінюваних параметрів,

r_{ij} – ранг j -го елемента, присвоєний i -м експертом [183].

Статистична обробка отриманих даних проведена з використанням пакетів прикладних програм «Excel», «GraphPad Prism 8.0» та SPSS 6.1.

Нормальність розподілу визначали з допомогою тесту Д'Агостіно-Пірсона. Для аналізу динаміки контингенту ветеранів використовували використовували ранговий критерій Краскела-Уолліса. Інтегральне порівняння динаміки контингенту використовували непараметричний множинний t -тест. Всі дані зберігалися у форматі ".csv", що дозволяло гнучко керувати даними з використанням Microsoft Excel 2013 (Microsoft Corporation 2013).

Відмінності вважали статистично значимими при $p < 0,05$.

Отже, визначені обсяги роботи, реалізована програма дисертаційного дослідження та обраний методологічний інструментарій дозволили розв'язати поставлені завдання й отримати репрезентативні та об'єктивні результати, що стали підґрунтям для розробки медико-соціального обґрунтування оптимізованої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовим в умовах російсько-української війни.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 2

1. Опрацьовано програму дослідження, яка складалася з шести послідовних, логічних етапів, розроблено відповідний, релевантний його меті, методологічний апарат, для доцільного виконання поставлених завдань.

2. Дібрано достатній обсяг релевантних джерел — наукової, нормативної та довідкової літератури, а також валідних стандартизованих опитувальників, що забезпечило надійність отриманих результатів.

РОЗДІЛ 3

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ СТАЦІОНАРУ ВІЙСЬКОВОГО ГОСПІТАЛЮ ПІД ЧАС РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ

Під час антитерористичної операції та операції Об'єднаних сил (АТО/ООС) медична служба Збройних Сил України пройшла складний шлях бойового становлення, набула необхідних можливостей для медичного забезпечення військ (сил) в бойових умовах та надання медичної допомоги пораненим, травмованим, травмованим та хворим військовослужбовцям [48]. Водночас оцінка стану медичної служби Збройних Сил України до початку антитерористичної операції, а також аналіз стану системи медичного забезпечення Збройних Сил України на початку її впровадження дають підстави стверджувати, що військово-медична служба не була повністю готова до виконання покладених на неї завдань в умовах бойових дій, не мала необхідної нормативної бази, організаційної структури та сучасного комплектного і своєчасного оснащення [56]. Теоретичні розробки щодо медичного забезпечення Збройних Сил України не відповідали характеру застосування військ під час антитерористичної операції, яка мала ознаки гібридної війни і включала відкриті бойові дії різної інтенсивності, диверсійно-розвідувальні операції, сепаратизм, інформаційну війну та економічне протистояння на регіональному та міжнародному рівнях [87].

В Україні російські війська використовували сучасні переносні протитанкові керовані ракети з вдосконаленими подвійними кумулятивними або термобаричними боеголовками, а також залпові удари термобаричною ракетною артилерією. Ця термобарична зброя завдає тупих і проникаючих поранень, ампутації кінцівок та значних термічних ушкоджень [111].

Використання Росією запалювальних боєприпасів призводить до значних глибоких опіків, отруєння фосфорорганічними сполуками та інших токсичних ефектів від парів, пов'язаних із горінням речовин [115]. Догляд за жертвами

опіків накладає значне логістичне та медичне навантаження через складність догляду та інтенсивну реанімацію. Це підкреслює необхідність планування на випадок значних термічних/опікових травм у майбутніх бойових діях [149, 198].

У зв'язку з цим навантаження на систему охорони здоров'я в Україні збільшилося. Сьогодні велике значення має допомога в стаціонарі військового госпіталю, куди приймають поранених солдат. Окрім травм, трапляються захворювання внутрішніх органів, нервової системи та шкіри.

Отже, обсяг медичної допомоги військовослужбовцям в госпіталі збільшується, тому необхідно було спочатку вивчити контингент, який потребує медичної допомоги, а потім проаналізувати роботу стаціонару військового госпіталю, на прикладі діяльності Полтавського військового госпіталю (м. Полтава, Україна) за період 2021-2023 рр.

3.1. Аналіз динаміки контингенту ветеранів, що потребують медичної допомоги

Загальний аналіз даних щодо кількості ветеранів в Україні, дозволяє стверджувати, що їх загальна кількість – в усій структурі зростає (рис. 3.1 А, Б). Станом на 20.03.2026 до Єдиного державного реєстру ветеранів війни, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 14.08.2019 № 700, внесена інформація про 412 862 учасника бойових дій, 5998 учасників війни, 47668 осіб з інвалідністю внаслідок війни, яким надано відповідний статус з 2011 по 2020 роки.

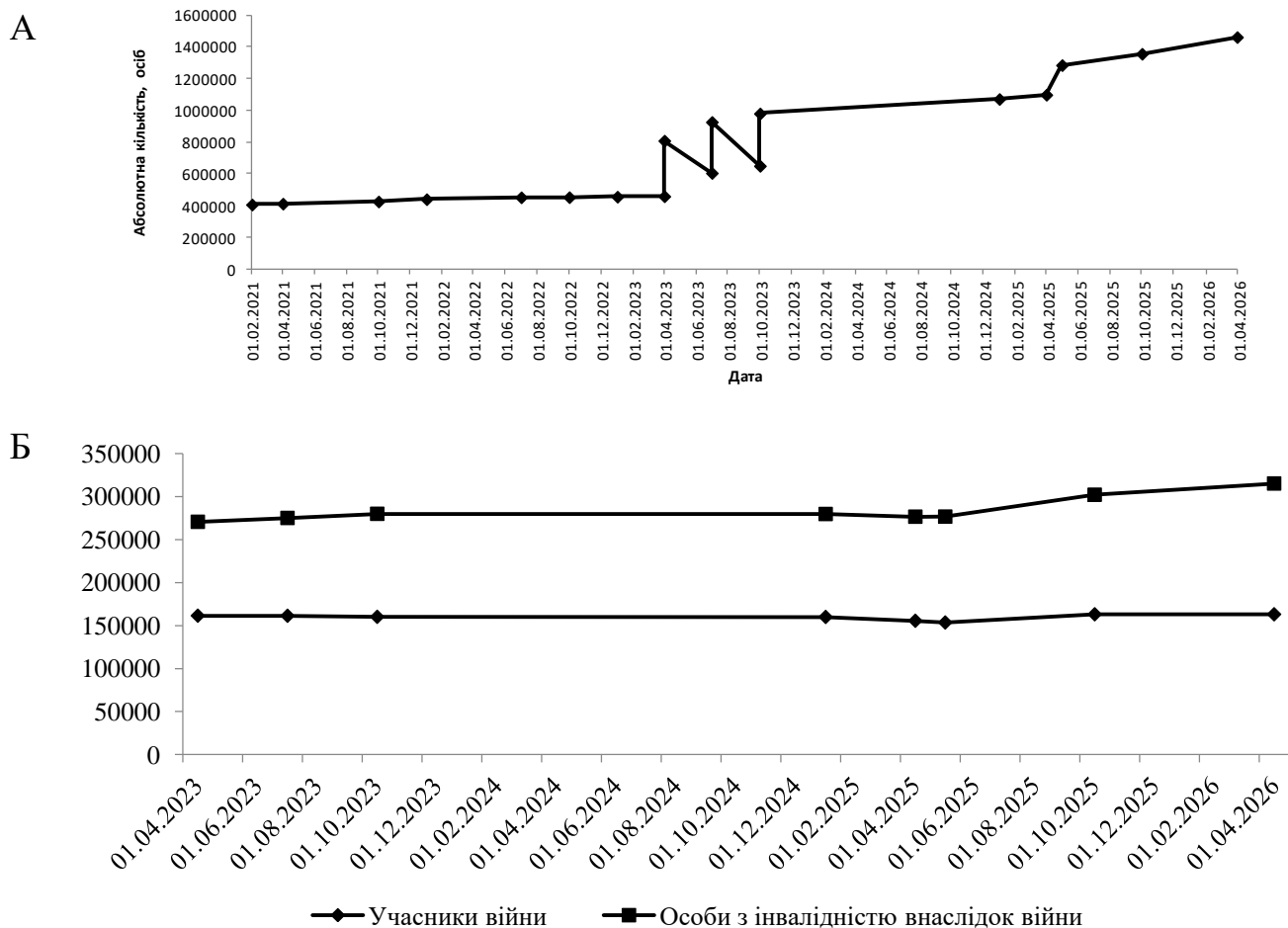


Рис. 3.1 – Динаміка контингенту ветеранів війни в Україні за 2021-2026 рр. за даними Міністерства у справах ветеранів України

Протягом 2023-2026 рр. спостерігається лінійне зростання кількості учасників війни та осіб з інвалідністю внаслідок війни, враховуючи відсутність та уривчастість офіційної статистичної інформації. За вказаний період встановлено зростання числа учасників війни на понад 1000 осіб, осіб з інвалідністю внаслідок війни – на 39,33%.

Аналіз динаміки учасників бойових дій в Україні показав їх достовірне збільшення у 3,6 рази ($p < 0,0001$) за період 2021-2026 рр. із «зигзагоподібним» трендом за період з 01.10.2023 по 01.02.2024.

Особливе зростання кількості учасників бойових дій спостерігається протягом усього періоду спостереження, стрімке зростання відмічено з квітня

по липень 2023 року, з жовтня 2023 по квітень 2024 року, що може свідчити про масове залучення людей до бойових дій та проблеми, пов'язані з проходженням бюрократичних процедур оформлення статусів (таблиця 3.1).

Таблиця 3.1

Аналіз динаміки числа учасників бойових дій, внесених до Єдиного державного реєстру ветеранів війни протягом 2021-2026 рр.

Дата	Кількість, осіб	Абсолютний приріст, осіб	Темп росту або зменшення, %	Темп приросту або зменшення, %	Значення 1 % приросту
01.02.2021	405711	–	–	–	–
01.04.2021	411303	5592	101,38	1,38	4057,11
01.10.2021	424990	13687	103,33	3,33	4113,03
01.01.2022	439377	14387	103,39	3,39	4249,9
01.07.2022	451390	12013	102,73	2,73	4393,77
01.10.2022	452196	806	100,18	0,18	4513,9
01.01.2023	455228	3032	100,67	0,67	4521,96
01.04.2023	458020	2792	100,61	0,61	4552,28
01.07.2023	604883	146863	132,06	32,06	4580,2
01.10.2023	649843	44960	107,43	7,43	6048,83
01.04.2024	808874	159031	124,47	24,47	6498,43
01.07.2024	926793	117919	114,58	14,58	8088,74
01.10.2024	980193	53400	105,76	5,76	9267,93
01.01.2025	1071499	91306	109,32	9,32	9801,93
01.04.2025	1098522	27023	102,52	2,52	10714,99
01.05.2025	1285484	186962	117,02	17,02	10985,22
01.10.2025	1356890	71406	105,55	5,55	12854,84
01.04.2026	1462323	105433	107,77	7,77	13568,9

Стрімке зростання числа учасників бойових дій у вищевказані періоди може також свідчити про масове оформлення статусу після демобілізації/поранень.

На рисунку 3.2. показано динаміку контингенту учасників бойових дій в Україні за 2021-2025 рр., яка базується на даних за січень, квітень та жовтень кожного року, за даними Міністерства у справах ветеранів України.

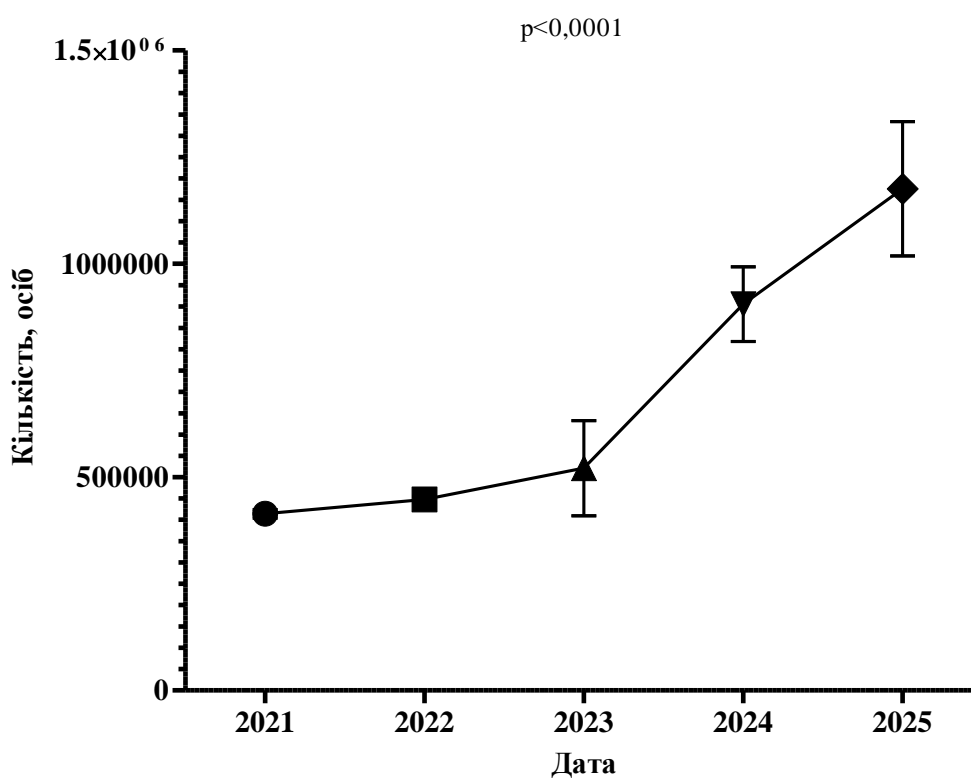


Рис. 3.2 – Динаміка контингенту учасників бойових дій в Україні за 2021-2025 рр. за даними Міністерства у справах ветеранів України

Аналіз рисунка 3.2 дає змогу стверджувати, що відбувається стабільне зростання числа учасників бойових дій і у 2025–2026 роках, що свідчить про тривале накопичення статусів попередніх років воєнного стану. Така ситуація спричинює зростання соціального навантаження на державу.

На рисунку 3.3 показано результати інтегрального порівняння кількості учасників бойових дій, учасників війни, осіб з інвалідністю внаслідок війни протягом 2021-2025 рр.

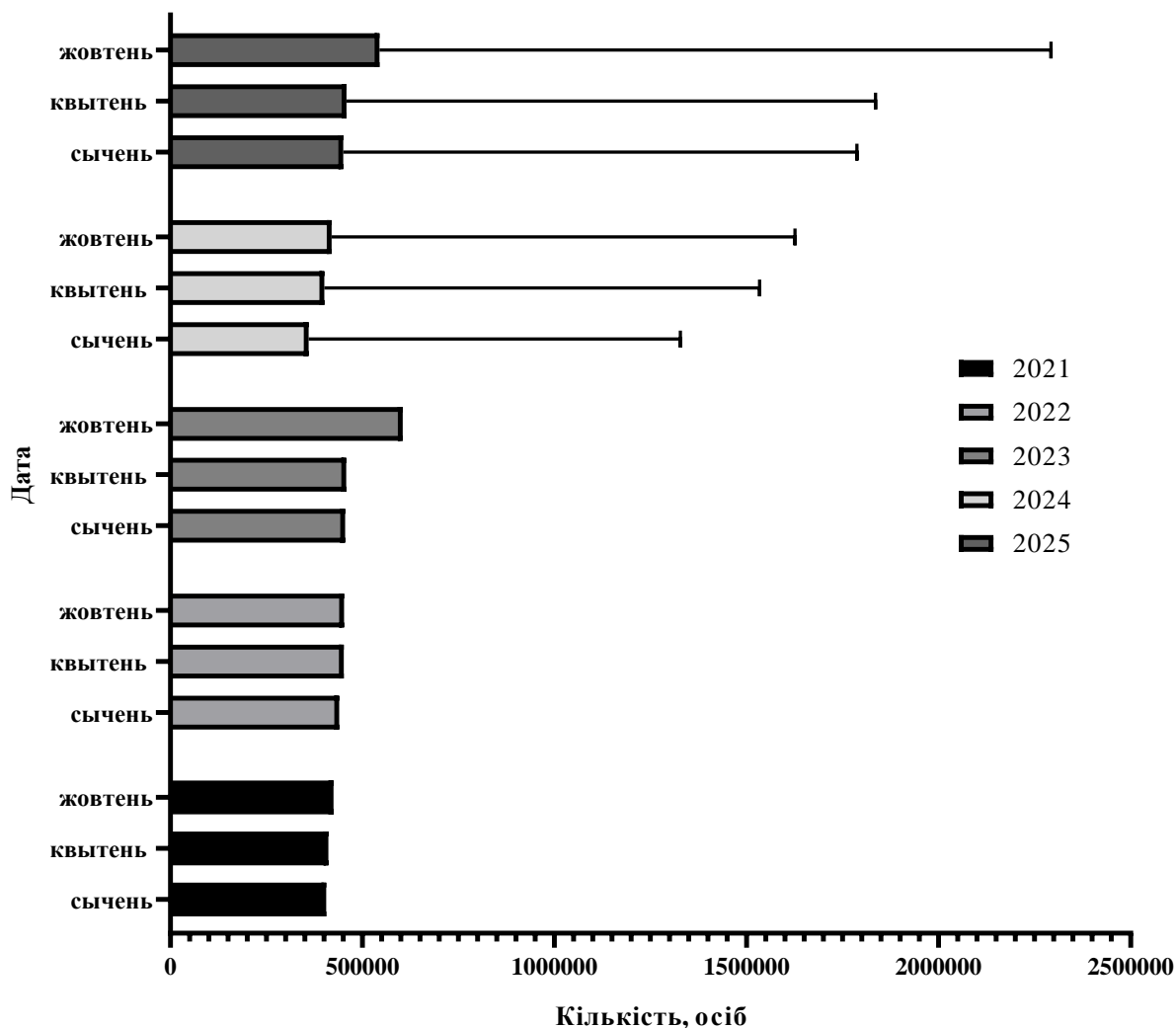


Рис. 3.3 – Інтегральне порівняння за показниками кількості учасників бойових дій, учасників війни, осіб з інвалідністю внаслідок війни протягом 2021-2025 рр.

Інтегральне порівняння кількості учасників бойових дій, учасників війни, осіб з інвалідністю внаслідок війни протягом 2021-2025 рр. не показує достовірного зростання числа ветеранів ($p > 0,05$). Це, у свою чергу, може пояснюватися неоднорідністю числа учасників бойових дій, учасників війни та осіб з інвалідністю внаслідок війни, затриманням процедур оформлення

статусів, хвилеподібними масовими стрибками оформлення статусу після демобілізації/поранень, відсутністю та уривчастістю офіційної статистичної інформації.

3.2. Аналіз роботи стаціонару військового госпіталю під час російсько-української війни

Медична допомога військовослужбовцям у Полтавській області надається в стаціонарних умовах у всіх закладах охорони здоров'я Полтавської області, зокрема, реабілітаційну допомогу постраждалі можуть отримати в 19 стаціонарах закладів охорони здоров'я та амбулаторну – в 22. Усі ці ЗОЗ уклали договори з НСЗУ [98].

Коли військовослужбовець отримує поранення, його направляють до військового медичного закладу, а якщо такого поблизу немає, то до цивільного медичного закладу.

Уже під час АТО було сформовано два основні евакуаційні маршрути з розгорнутими на них етапами медичної евакуації (рівнями медичної допомоги): один – переважно з Луганської області до Харкова; інший – переважно з Донецької області до Дніпра. Під час повномасштабного вторгнення військовослужбовці з травмами, пораненнями та захворюваннями направляються до військових госпіталів: з Чернігівського напрямку бойових дій до Києва, з Сумського, Луганського та Харківського напрямків до Харкова, частково до Полтави, з Донецького напрямку до Дніпро та Запоріжжя, з Миколаївського та Херсонського напрямків до Одеси та Миколаєва [38].

Таким чином, стаціонарна медична допомога військовослужбовцям після евакуації з Харківського та Сумського напрямків надається в Полтавському військовому госпіталі. Відділення госпіталю організовані таким чином, щоб задовольнити різні потреби військовослужбовців у галузі охорони здоров'я. Якщо є поранення або травми, то пацієнта направляють в хірургічне або

травматологічне відділення. Частка постраждалих при певних потребах госпіталізується в неврологічне, терапевтичне, дерматовенерологічне відділення.

Як показано в таблиці 3.9, середня кількість укомплектованих ліжок у лікарні в цілому зростає. Так, порівняно з 2021 роком, у 2023 році цей показник зріс на 200% (темп приросту 100%). Окремо, у відділеннях, ситуація була такою (табл. 3.10-3.11.): середня кількість ліжок у хірургії збільшилася на 160% (темп приросту 60%), у травматології — на 250% (темп приросту 150%), у відділенні інфекційних хвороб — на 300% (темп приросту 200%), у терапії — на 183,33% (темп приросту 83,33%), у неврології – на 166,7% (темп приросту 66,7%), а в дерматології – на 200% (темп приросту 100%). Аналогічні зміни відбулися в середній кількості фактично задіяних ліжок. Загалом кількість пацієнтів, які отримали лікування під час війни, зросла на 162,7% (темп приросту 62,7%) порівняно з 2021 роком, завдяки таким відділенням, як хірургія – на 58,8% (темп приросту 158,85%), травматологія – на 290,1% (темп приросту 190,1%), терапії – на 154,45% (темп приросту 54,45%), неврології – на 183,45% (темп приросту 83,45%). І лише у відділенні інфекційних хвороб відбулося зменшення кількості пролікованих пацієнтів на 55,56% (темп приросту -44,44%).

Укомплектоване ліжко в стаціонарі — це функціональне медичне ліжко, повністю оснащене необхідною постільною білизною, матрацом, а також, за потреби, спеціальним захисним покриттям для матраца та додатковими функціями для комфорту й безпеки пацієнта (наприклад, регулювання висоти та нахилу, поручні). Таке ліжко готове до прийому пацієнта та відповідає стандартам медичного закладу. Отож, зайнятість ліжка в 2022 році, як укомплектованого (67,29%), так і фактично розгорнутого (47,93%) було неефективним, а під час війни воно досягло достатнього рівня - 89,27% і 63,84,8% відповідно. Це збільшення головним чином пов'язане з хірургічними та травматологічними відділеннями, де воно сягає 110,46/76,45% та

197,2/81,08% для укомплектованих ліжок, відповідно, та 78,99/54,46% та 141/57,75% для фактично задіяних ліжок.

Показник простою ліжка визначається як інтервал між випискою попереднього пацієнта та госпіталізацією наступного. Оптимальним (технологічно необхідним) терміном для санітарно-гігієнічної підготовки ліжкового фонду вважається період у дві доби.

Як показано в таблиці 3.9, коефіцієнт завантаження ліжок у всіх відділеннях лікарні становив 7,7-7,3. Найвищий коефіцієнт завантаження ліжок спостерігається в інфекційному та терапевтичному відділеннях, де він у 2023 році досяг 68,8 та 11,6 відсотка відповідно. Водночас найнижчий показник спостерігається у відділеннях травматології та дерматології – відповідно -4,4 та 1 (табл. 3.10-3.11). Проте цей показник все ще перевищує норму простою.

Динаміка середнього коефіцієнта завантаження ліжок показує, що у 2022 та 2023 роках цей показник знизився до – 1,98% (темп приросту – 98,02%).

Відповідно, такі ж коливання (зниження) можна відзначити при аналізі коефіцієнта обігу ліжка, який зріс на – 26,12% (73,88% темп приросту) головним чином за рахунок інфекційних та терапевтичних відділень. Водночас травматологічне відділення зросло на 15,9%, а неврологічне — на 10,15%. Загалом ці дані свідчать про збільшення як кількості пацієнтів, так і середньої тривалості перебування пацієнта в стаціонарному ліжку для поранених військовослужбовців у 2023 році. Таким чином, як показано в таблиці 3.9, середня тривалість перебування збільшилася на 181,7% (темп приросту 81,7%) за рахунок хірургічного відділення – 11, 6 у 2023 році (темп зростання 63,38%), травматологічного відділення – 15,5 (темп зростання 93,59%), неврологічного відділення – 13,3 (темп зростання 17,7%), але найвищий темп був у дерматовенерологічному відділенні – 21,5 (темп зростання 90,27%) (табл. 3.10-3.11).

Таблиця 3.2.

**Динаміка показників діяльності стаціонару Полтавського
військового госпіталю за 2021-2023 роки (абсолютні величини)**

Показники діяльності стаціонару	Полтавський військовий госпіталь				
	2021	2022	2023	Темпи зростання (до 2021 року)	Темпи приросту (до 2021 року)
Середня кількість штатних ліжок	100	150	200	200,00	100,00
Середня кількість фактично розгорнутих ліжок	100	150	200	200,00	100,00
Кількість пролікованих пацієнтів	2228	3692	3625	162,70	62,70
Зайнятість укомплектованих ліжок	-	67,29%	89,27%	132,66*	32,66*
Зайнятість фактично використовуваних ліжок	-	47,93%	63,84%	133,19*	33,19*
Час простою ліжка	69,8	7,7	7,3	10,46	-89,54
Середня кількість зайнятих ліжок	-	10,1	9,9	98,02*	-1,98*
Середня тривалість перебування на ліжку	-	7,1	12,9	181,69*	81,69*
Обіг ліжка	-	24,5	18,1	73,88*	-26,12*
Середня кількість днів зайнятості ліжок	-	175	233	133,14*	33,14*

* - показники відносно 2022 року

Таблиця 3.3.

**Динаміка показників діяльності хірургічного та травматологічного
відділення Полтавського військового госпіталю за 2021-2023 роки
(абсолютні величини)**

Показники діяльності стаціонару	Хірургічне відділення				
	2021	2022	2023	Темпи зростання (до 2021 року)	Темпи приросту (до 2021 року)
Середня кількість штатних ліжок	25	33	40	160,00	60,00
Середня кількість фактично розгорнутих ліжок	25	33	40	160,00	60,00
Кількість пролікованих пацієнтів	627	1003	996	158,85	58,85
Зайнятість укомплектованих ліжок	54,30%	76,45%	110,46%	203,43	103,43

<i>Продовження таблиці 3.3.</i>					
ліжок					
Зайнятість фактично використуваних ліжок	49,10%	54,46%	78,99%	160,88	60,88
Час простою ліжка	7,4	5,4	3,1	41,89	-58,11
Середня кількість зайнятих ліжок	12,3	2,7	2,7	21,95	-78,05
Середня тривалість перебування на ліжку	7,1	6,5	11,6	163,38	63,38
Обіг ліжка	25,1	30,8	24,9	99,20	-0,80
Середня кількість днів зайнятості ліжок	179,2	198,8	288,3	160,88	60,88
Травматологічне відділення					
Середня кількість ліжок для персоналу	10	18	25	250,00	150,00
Середня кількість фактично використуваних ліжок	10	18	25	250,00	150,00
Кількість пролікованих пацієнтів	294	462	853	290,14	190,14
Зайнятість укомплектованих ліжок	69,10%	81,08%	197,20%	285,38	185,38
Зайнятість фактично використуваних ліжок	62,50%	57,75%	141,01%	225,62	125,62
Час простою ліжка	5	5,9	-4,4	-88,00	-188,00
Середня кількість зайнятих ліжок	6,2	1,3	2,3	37,10	-62,90
Середня тривалість перебування на ліжку	7,8	8	15,1	193,59	93,59
Обіг ліжок	29,4	26,3	34,1	115,99	15,99
Середня кількість днів зайнятості ліжок	228,1	210,8	514,7	225,65	125,65

Таблиця 3.4.

Динаміка показників діяльності інфекційного, терапевтичного, неврологічного та дерматологічного відділення Полтавського військового госпіталю за 2021-2023 роки (абсолютні величини)

Показники діяльності стаціонару	Інфекційне відділення				
	2021	2022	2023	Темпзростання (до 2021 року)	Темпприросту (до 2021 року)
Середня кількість штатних ліжок	15	30	45	300,00	200,00
Середня кількість фактично розгорнутих ліжок	15	30	45	300,00	200,00
Кількість пролікованих пацієнтів	396	395	220	55,56	-44,44

Продовження таблиці 3.4.

Зайнятість укомплектованих ліжок	86,10%	34,46%	11,03%	12,81	-87,19
Зайнятість фактично використовуваних ліжок	77,90%	24,55%	7,88%	10,12	-89,88
Час простою ліжка	3,1	21	68,8	2219,35	2119,35
Середня кількість зайнятих ліжок	11,7	1,1	0,6	5,13	-94,87
Середня тривалість перебування на ліжку	10,8	6,8	5,9	54,63	-45,37
Обіг ліжка	26,4	13,1	4,9	18,56	-81,44
Середня кількість днів зайнятості ліжок	284,3	89,6	28,8	10,13	-89,87
Терапевтичне відділення					
Середня кількість штатних ліжок	30	43	55	183,33	83,33
Середня кількість фактично розгорнутих ліжок	30	43	55	183,33	83,33
Кількість пролікованих пацієнтів	551	886	851	154,45	54,45
Зайнятість укомплектованих ліжок	56,50%	56,59%	71,06%	125,77	25,77
Зайнятість фактично використовуваних ліжок	51,10%	40,31%	50,81%	99,43	-0,57
Час простою ліжка	9,7	10,5	11,6	119,59	19,59
Середня кількість зайнятих ліжок	15,5	2,4	2,3	14,84	-85,16
Середня тривалість перебування на ліжку	10,4	7,1	12	115,38	15,38
Обіг ліжка	18,4	20,8	15,5	84,24	-15,76
Середня кількість днів зайнятості ліжок	186,6	147,1	185,5	99,41	-0,59
Неврологічне відділення					
Середня кількість штатних ліжок	15	20	25	166,67	66,67
Середня кількість фактично розгорнутих ліжок	15	20	25	166,67	66,67
Кількість пролікованих пацієнтів	296	871	543	183,45	83,45
Зайнятість укомплектованих ліжок	69,10%	119,27%	110,74%	160,26	60,26
Зайнятість фактично використовуваних ліжок	62,40%	84,96%	79,19%	126,91	26,91
Час простою ліжка	0,9	1,3	3,5	388,89	288,89
Середня кількість зайнятих ліжок	9,4	2,4	1,5	15,96	-84,04
Середня тривалість перебування на ліжку	11,3	7,1	13,3	117,70	17,70
Обіг ліжка	19,7	43,5	21,7	110,15	10,15
Середня кількість днів зайнятості ліжок	221,9	310,1	289	130,24	30,24

<i>Продовження таблиці 3.4.</i>						
Дерматологічне відділення						
Середня кількість штатних ліжок	5	8	10	200,00	100,00	
Середня кількість фактично розгорнутих ліжок	5	8	10	200,00	100,00	
Кількість пролікованих пацієнтів	10	65	162	1620,00	1520,00	
Зайнятість укомплектованих ліжок	7,30%	45,67%	133,33%	1826,44	1726,44	
Зайнятість фактично використовуваних ліжок	1,80%	32,53%	95,34%	5296,67	5196,67	
Час простою ліжка	43,7	28,5	1	2,29	-97,71	
Середня кількість зайнятих ліжок	0,3	0,2	0,4	133,33	33,33	
Середня тривалість перебування на ліжку	11,3	13,7	21,5	190,27	90,27	
Обіг ліжка	2,4	8,6	16,2	675,00	575,00	
Середня кількість днів зайнятості ліжок	22,6	118,7	348	1539,82	1439,82	

Військові дії, що відбуваються на території України, пов'язані з втратою людського потенціалу, що накладає додаткове навантаження на систему охорони здоров'я. Відповідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про надання медичної допомоги в умовах воєнного стану військовослужбовцям, які беруть участь в операції Об'єднаних сил» від 25.02.2022 № 379, медична допомога всім пораненим та постраждалим надається цілодобово в обов'язковому порядку, а поранені та постраждалі госпіталізуються до найближчих закладів охорони здоров'я, які мають можливість надати допомогу відповідно до профілю поранення [84]. Рівень медичного обслуговування у військовому шпиталі в Полтаві значно зріс під час війни, а також зросла потреба в матеріально-технічних умовах для лікування солдатів, на що адміністрація закладу своєчасно відреагувала. При аналізі стаціонарного відділення шпиталю було відзначено збільшення кількості як укомплектованих, так і розгорнутих ліжок у всіх відділеннях, що свідчить про повне задоволення потреби в ліжках у межах наявної площі в закладі. Коефіцієнт використання ліжок зріс до 89,27%, причому найбільший внесок у цей показник зробили хірургічне та травматологічне відділення. Такі цифри

можуть свідчити про розміщення спеціалізованих хірургічних та травматологічних ліжок в інших відділеннях. Тобто навантаження на шпиталь зростає, в тому числі щодо кваліфікованого медичного персоналу, матеріально-технічних ресурсів та площ для хірургічних ліжок. Все це вимагає оптимізації та переорієнтації медичної допомоги з акцентом на хірургічну та травматологічну допомогу [47].

Значення «простою ліжка» для військового шпиталю є занадто високим і вимагає аналізу матеріально-технічної бази, рівня кваліфікації персоналу та своєчасних управлінських рішень, що призводять до оптимізації діяльності закладу.

Водночас, динаміка середнього показника зайнятості ліжка знижується, що може свідчити про недостатній відбір пацієнтів для стаціонарного лікування, або про переведення важких пацієнтів до ЗОЗ вищого рівня: регіональних та державних. Крім того, згідно з чинним законодавством, військовослужбовці могли проходити лікування або реабілітацію за кордоном [83, 94, 95]. Зростання такого показника, як «обіг ліжок», особливо у травматологічному та неврологічному відділеннях, свідчить про значний рух пацієнтів за цими профілями, і можливо, що використовувалися ліжка в інших відділеннях, які були менш завантажені. Загалом, ці дані свідчать про збільшення кількості пацієнтів та середньої тривалості перебування пацієнта на ліжку стаціонарного догляду для поранених військовослужбовців у 2023 році, що свідчить про тяжкість процесу.

Таким чином, наші дані демонструють збільшення кількості пацієнтів, що свідчить про збільшення кількості випадків звернення військовослужбовців за медичною допомогою, водночас недостатньо ліжок для задоволення цієї потреби в хірургічній травматологічній допомозі [41].

В українському конфлікті Росія використовувала спеціально виготовлені боєприпаси в промислових масштабах та регулярно застосовувала ракетний та артилерійський обстріл. Це збільшення вогневої потужності призвело до збільшення кількості травм. Статистика, надана українськими лікарями,

показує, що понад 70% усіх бойових втрат українців були спричинені артилерійським та ракетним обстрілом російських військ, що призвело до значної політравми кількох систем органів [42]. Для порівняння, у більшості останніх конфліктів солдати, які отримали поранення грудної клітки та живота, могли б вижити, якби пов'язані з цим травми їхніх кінцівок та інших частин тіла були обмеженими.

До поширених механізмів травмування належать множинні високошвидкісні поранення, баротравма та травма від тупого предмета внаслідок кидка під час вибуху, а також черепно-мозкова травма [51].

За оцінками, від 5% до 10% українських солдатів, розгорнутих на театрі військових дій, будуть поранені або загинуть у бою. Таким чином, загалом, планування медичної евакуації, тривала польова допомога та інші втручання, що плануються медичним персоналом, повинні враховувати масивну політравму, значно більшу кількість пацієнтів одночасно, а ресурси, необхідні на одного пацієнта, будуть значно більшими [44].

Хірурги UKRSOF повідомляли про одночасне отримання кількох пацієнтів з численними потенційно смертельними травмами. Пацієнтам часто потрібно кілька екстрених втручань для контролю пошкоджень, перш ніж лікарі зможуть почати лікувати наступного пацієнта [150]. Протягом 3-тижневого періоду постійного артилерійського вогню один український хірург пролікував понад 200 пацієнтів, з яких 36 перенесли лапаротомію, а 20 - торакотомію. Проникаючі поранення живота та грудної клітки траплялися латерально до бронежилетів приблизно у 60% випадків та нижче бронежилетів у 30% випадків. За оцінками, 10% мали або матеріал, що проникав крізь бронежилет, або не носили бронежилет. Травматичні проникаючі поранення черепа майже завжди були смертельними та лікувалися вичікувальною тактикою. Потреба в спеціалізованій медичній допомозі зростає для лікування солдатів з травмами хребта та периферичної нервової системи. Ця війна вдарила по країні, система охорони здоров'я якої все ще далека від західних стандартів через недостатнє державне фінансування, надмірну централізацію та

загалом застаріле обладнання [103]. Наприклад, існує великий дефіцит операційних мікроскопів, необхідних для хірургічного лікування пошкоджень периферичних нервів [21].

Одне хірургічне відділення Полтавського військового шпиталю не може задовольнити всі потреби пацієнтів із проникаючими пораненнями грудної клітки, живота, хребта та черепа.

За словами дослідників, це показало недостатню логістичну складову у наданні нейрохірургічної допомоги, а саме те, що нейрохірурги були змушені проводити операції поза своїм нейрохірургічним спектром. Цей факт опосередковано відображає нестачу українського медичного персоналу, а також зростаюче навантаження на пацієнтів, спричинене бойовими діями.

3.3. Аналіз контингенту пацієнтів в наданні медичної допомоги військовослужбовцям Полтавського військового госпіталю у 2022-2023 роках

З огляду на вище сказане, простежується важлива роль спеціалізованих медичних закладів, які надають медичну допомогу пораненим військовослужбовцям як на етапі негайного лікування, так і для подальшої реабілітації.

Загалом, кількість пацієнтів у лікарні зросла на 4,97% з 2022 року та була найвищою серед військовослужбовців, які проходять службу за контрактом (табл. 3.12). Таким чином, ця кількість зросла на 14,75% з 2047 у 2022 році до 2349 у 2023 році. Відповідно, кількість ліжко-днів також зросла з 19736 до 32396, що склало збільшення на 64,15%. На другому місці опинилися офіцери, кількість яких зросла з 414 до 436 у 2023 році (темпи зростання 5,31%), кількість ліжко-днів також зросла з 3724 до 5402 (темпи зростання 45,06%). Ці показники, навпаки, зменшилися у військовослужбовців, кількість яких коливалася від 148 до 24 (темп зменшення -83,78%) та ліжко-днів від 1801 до 295 (темп зменшення -83,62%) та курсантів від 77 до 27 та ліжко-днів від 567 до

227 (темп зменшення -59,96%). Такі категорії військовослужбовців, як працівники Міністерства оборони України, Служби безпеки України, МНС, МВС, та військослужбовці строкової служби, у зазначений період у лікарні не лікувалися. Ліжка експлуатувалися на контрактній основі. У 2023 році був лише один пацієнт - член сім'ї військовослужбовця. У 2022 році в поліклініці було відкрито денний стаціонар, де могли лікуватися десять пацієнтів офіцерського складу та пенсіонерів, які не потребували постійного цілодобового нагляду. У 2023 році, через зміщення акценту на тяжкохворих, стаціонарний цілодобовий догляд виходить на перше місце.

Таблиця 3.5

Динаміка використання ліжок у стаціонарі військового госпіталю за 2022-2023 роки

	2022		2023		Темпи зростання	
	Кількість	Використання ліжок	Кількість	Використання ліжок	Кількість	Використання ліжок
Залишено з певними наслідками	2777	26315	2915	38730	4,97	47,18
Офіцери	414	3724	436	5402	5,31	45,06
Контрактники	2047	19736	2349	32396	14,75	64,15
Солдати	148	1801	24	295	-83,78	-83,62
Курсанти	77	567	27	227	-64,94	-59,96
Інші категорії	91	487	79	410	-13,18	-15,81
Переведені	915	6900	710	7871	-22,40	14,07

Якщо розглянути використання ліжкового фонду з початку війни в Україні за категоріями військовослужбовців, можна відзначити, що найбільша кількість пацієнтів була серед тих, хто служив за контрактом у хірургічних та травматологічних відділеннях: з 533 у 2022 році до 617 у 2023 році (темпи зростання 15,76) (табл. 3.13). У травматології – з 289 до 671 (темпи зростання 132,18). Подібні зміни відбулися і з таким показником стаціонарного лікування,

як ліжко-дні. На другому місці за кількістю пацієнтів у відділенні було неврологічне та терапевтичне відділення. Хоча, як видно з таблиці, вже у 2023 році кількість пацієнтів у неврологічному відділенні зменшилася з 534 до 339 (темпи зростання -36,52). У терапії спостерігаються незначні коливання, що коливаються від 414 до 394 (темпи зростання -4,83).

На другому місці серед категорій військовослужбовців, які перебували на стаціонарному лікуванні, були офіцери, кількість яких у лікарні в цілому дещо зросла з 414 до 436 осіб (темпи зростання 5,31%), ліжко-дні збільшилися на 45,06%. Найбільша частка офіцерів була в терапевтичному відділенні і становила 153 у 2022 році та 142 у 2023 році (темпи зменшення – відділенні кількість пролікованих збільшилася на 39,6% (табл. 3.13).

Найменшу кількість пролікованих у лікарні становили солдати. 148 у 2022 році та 24 у 2023 році (темпи зменшення – -83,7%). Відповідно, ліжко-дні зменшилися на 83,6%.

Таблиця 3.6

Динаміка використання ліжкового фонду хірургічного (хірургічного, травматологічного) профілю та терапевтичного (інфекційного, терапевтичного, неврологічного, дерматовенерологічного) профілю військового шпиталю за 2022-2023 роки

	2022		2023		Темпи зростання		2022		2023		Темпи зростання	
	Кількість	Використання ліжок	Кількість	Використання ліжок	Кількість	Використання ліжок	Кількість	Використання ліжок	Кількість	Використання ліжок	Кількість	Використання ліжок
Залишено з певними наслідками	717	6472	841	10034	17,29	55,04	350	3702	734	11342	109,71	206,37
Офіцери	106	895	148	1589	39,62	77,54	51	470	60	945	17,65	101,06

Продовження таблиці 3.б.

Контрактники	533	4806	617	8040	15,76	67,29	289	3163	671	10375	132,18	228,01
Солдати	25	546	7	88	-72	-83,88	3	36	1	15	-66,67	-58,33
Курсанти	13	82	14	126	7,69	53,66	1	5	0	0	-100	-100
Інші категорії	40	143	53	180	32,5	25,87	6	28	2	7	-66,66	-75
Переведені	286	1824	155	1498	-45,8	-17,87	112	1092	119	1525	6,25	39,65
	Інфекційне відділення						Терапевтичне відділення					
Залишено з певними наслідками	388	2699	206	1235	-46,91	-54,24	613	6268	555	7015	-9,46	11,92
Офіцери	25	171	14	83	-44	-51,46	153	1403	142	1808	-7,19	28,87
Контрактники	224	1490	180	1080	-19,64	-27,52	414	4431	394	5011	-4,83	13,09
Солдати	86	673	6	37	-93,02	-94,5	17	209	5	57	-70,59	-72,73
Курсанти	53	365	6	35	-88,68	-90,41	6	84	3	33	-50	-60,71
Інші категорії	0	0	0	0	0	0	23	141	11	106	-52,17	-24,82
Переведені	7	29	14	60	100	106,9	273	2194	296	3186	8,42	45,21
	Неврологічне відділення						Дерматовенерологічне відділення					
Залишено з певними наслідками	637	6215	423	5684	-33,59	-8,54	62	893	156	3420	151,61	282,98
Офіцери	73	705	66	867	-9,59	22,98	5	71	6	110	20	54,93

<i>Продовження таблиці 3.6.</i>												
Контрактні	534	5060	339	4590	- 36,5 2	-9,29	53	786	148	3300	179,25	319,85
Солдати	14	308	5	98	- 64,2 9	- 68,1 8	3	29	0	0	-100	-100
Курсанти	3	24	2	23	- 33,3 3	-4,17	1	7	2	10	100	42,86
Інші категорії	13	118	11	106	- 15,3 8	- 10,1 6	0	0	0	0	0	0
Переведені	234	1707	120	1542	- 48,7 2	-9,67	3	54	6	60	100	11,11

Загалом, найбільша кількість пацієнтів у лікарні протягом двох років війни була у хірургічному відділенні – 27% (рис. 3.8).

На другому місці знаходиться кількість пацієнтів терапевтичного відділення – 24% (рис. 3.8). Очевидно, що той факт, що найбільша кількість пацієнтів була саме у цьому відділенні, свідчить про те, що військовослужбовці також страждають на хронічні захворювання, крім того, військовослужбовці, які пройшли службу в лавах Збройних Сил України, також лікуються у цьому медичному закладі.

Третю позицію в структурі нозологій пацієнтів займають неврологічні захворювання – 20%. Таке місце в цій питомій вазі неврологічних захворювань можна пояснити тим, що окрім хронічних, до лікарні евакуюються пацієнти з черепно- та спино-мозковими травмами.

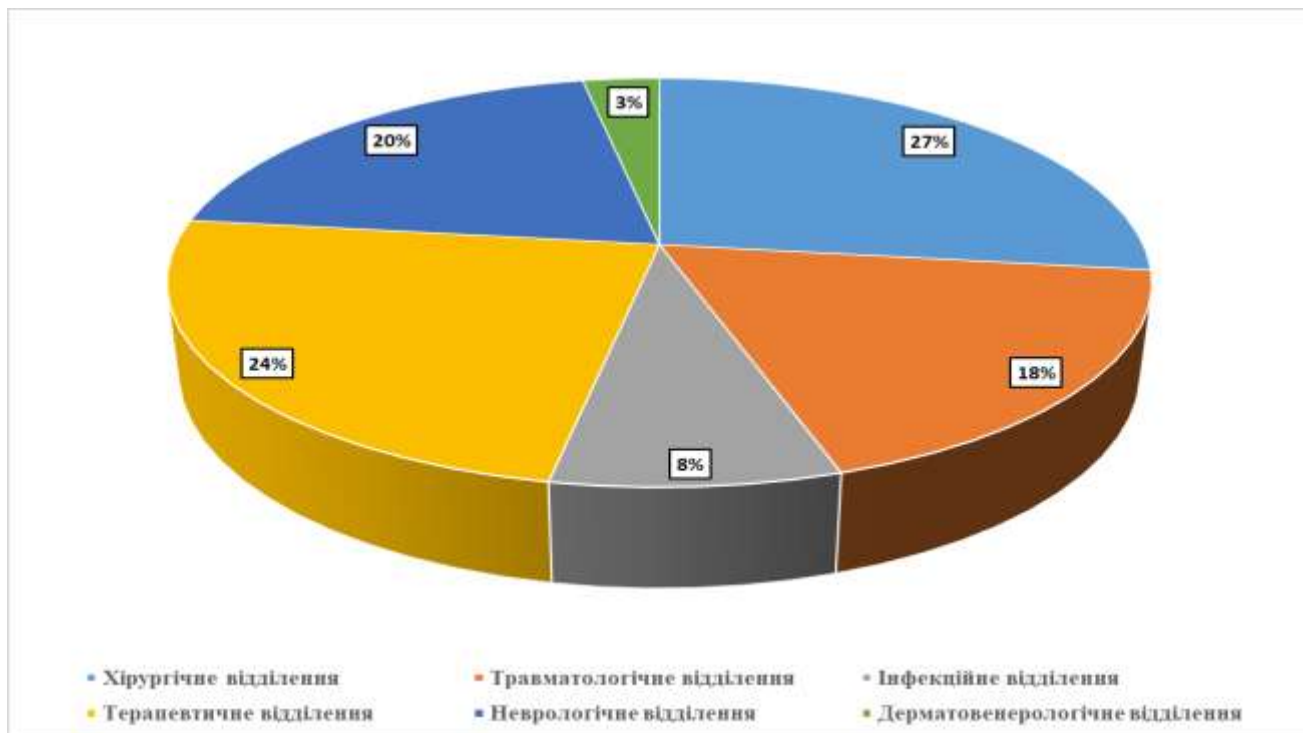


Рис. 3.4 – Питома вага пацієнтів Полтавського військового госпіталю за профілями відділень

Аналізуючи середню тривалість лікування у Полтавському військовому шпиталі за період 2022-2023 років, було виявлено, що протягом звітної періоду спостерігалось збільшення тривалості лікування військовослужбовців за контрактом (на 47,78%), офіцерів (на 35,96%) та курсантів (на 8,11%), тоді як тривалість лікування військовослужбовців строкової служби показала зменшення на 8,26% (табл. 3.14).

Таблиця 3.7.

**Динаміка середньої тривалості лікування в стаціонарному стаціонарі
за персоналом за 2022-2023 роки**

	2022	2023	Темпи зростання
Середня тривалість лікування солдатів та сержантів за призовом	12,1	11,1	-8,26
Середня тривалість лікування курсантів	7,4	8	8,11
Середня тривалість лікування офіцерів	8,9	12,1	35,96
Середня тривалість лікування військовослужбовців за контрактом	9	13,3	47,78

Середня тривалість лікування у хірургічному відділенні становила 10,8 у 2022 році, але зменшилася до 10,25 (на 14,3%) у 2023 році. Інша картина спостерігалася у травматологічному відділенні: у 2022 році середній показник по відділенню становив 9,25, а у 2023 році він збільшився на 22,1% і вже становив 11,3. Що стосується терапевтичних відділень, то спостерігається зменшення середньої тривалості лікування в інфекційному відділенні (на 17%) та шкірно-венерологічному відділенні (на 1,74%), а також збільшення тривалості лікування в терапевтичному (на 6,4%) та неврологічному (на 23,6%) відділеннях (табл. 3.15).

Така динаміка може свідчити про зміни в організації роботи лікарні, коли хірургічна допомога була розподілена між іншими закладами охорони здоров'я Полтавської області.

Таблиця 3.8.

**Динаміка середньої тривалості лікування у відділеннях хірургічного та
терапевтичного профілю за особовим складом за 2022-2023 роки**

Показник	2022	2023	Темпи зростання	2022	2023	Темпи зростання
	Хірургічне відділення			Травматологічне відділення		
Середня тривалість лікування солдатів та сержантів за призовом	20,6	9,3	-54,85	11,7	15	28,21

<i>Продовження таблиці 3.8.</i>						
Середня тривалість лікування курсантів	6,5	8,5	30,77	5	0	-100
Середня тривалість лікування офіцерів	7,9	10,8	36,71	9,8	15,1	54,08
Середня тривалість лікування військовослужбовців за контрактом	8,2	12,4	51,22	10,5	15,1	43,81
Середня тривалість лікування всіх військовослужбовців	10,8	10,25	-14,35	9,25	11,3	22,16
	Інфекційне відділення			Терапевтичне відділення		
Середня тривалість лікування солдатів та сержантів за призовом	7,8	6,2	-20,51	11,9	11,4	-4,2
Середня тривалість лікування курсантів	6,9	5,4	-21,74	12,8	11	-14,06
Середня тривалість лікування офіцерів	6,8	5,8	-14,71	9,4	12,1	28,72
Середня тривалість лікування військовослужбовців за контрактом	6,6	5,9	-10,61	9,6	12	25
Середня тривалість лікування всіх військовослужбовців	7,025	5,825	-17,08	10,925	11,625	6,4
	Неврологічне відділення			Дерматовенерологічне відділення		
Середня тривалість лікування солдатів та сержантів за призовом	20,5	19,6	-4,39	9,7	0	-100
Середня тривалість лікування курсантів	8	11,5	43,75	7	5	-28,57
Середня тривалість лікування офіцерів	9,1	13	42,86	14,2	18,3	28,87
Середня тривалість лікування військовослужбовців за контрактом	8,9	13,4	50,56	15	21,8	45,33
Середня тривалість лікування всіх військовослужбовців	11,625	14,375	23,65	11,475	11,275	-1,74

Шпиталь надає допомогу пораненим та травмованим внаслідок війни, а хірургічна допомога є одним з найважливіших її видів. Якщо врахувати всі види травм, то першорядне значення хірургії стає очевидним.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

1. Встановлено достовірне збільшення у 3,6 рази ($p < 0,0001$) учасників бойових дій в Україні за період 2021-2026 рр. та лінійне зростання кількості учасників війни та осіб з інвалідністю внаслідок війни за 2023-2026 рр.

2. З'ясовано, що за звітний період кількість пацієнтів, які проходили лікування в лікарні, зросла на 14,75% порівняно з 2022 роком і була найбільшою серед військовослужбовців, які проходять контрактну службу.

3. Виявлено, що найбільша кількість пацієнтів була серед тих, хто проходить контрактну службу у хірургічному та травматологічному відділеннях: з 533 у 2022 році до 617 у 2023 році (темпи зростання 15,76). У травматології - з 289 до 671 (темпи зростання 132,18).

4. Уточнено, що хірургічні захворювання займають провідні позиції в структурі захворюваності. Середня тривалість лікування пацієнтів у лікарні була найбільшою у неврологічному відділенні – 19,6 у 2023 році.

5. Доведено, що протягом звітного періоду кількість пролікованих у госпіталі порівняно з 2022 роком зросла на 14,75% і була найбільшою у військових, які проходять контрактну службу. Провідні позиції в структурі захворюваності посідають хірургічні хвороби. Середня тривалість лікування хворих в стаціонарі була найбільшою в неврологічному відділенні – 19,6 у 2023 році.

Результати досліджень розділу 3 наведено в публікаціях:

1. Korneta O.M., Holovanova I.A., Bielikova I.V., Khorosh M.V. Analysis of changes in indicators of provision of medical care at Poltava military hospital in 2022–2023. Україна. Здоров'я нації. 2025; 3:100-107. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2025.3>
2. Korneta OM, Holovanova IA, Khorosh MV. Analysis of the work of the inpatient military hospital during the Russian-Ukrainian war. Pol Merkur Lekarski. 2025;53(4):495-501 doi: 10.36740/Merkur202504109.
3. Корнета О.М. Оцінка роботи стаціонару в умовах військового госпіталю. Матеріали VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я»; 30 травня 2025 року; Полтава: Полтавський державний медичний університет; 2025. 149-151

РОЗДІЛ 4

АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ТА ЦИВІЛЬНОМУ НАСЕЛЕННЮ ПІДЧАС ВІЙНИ

Збройне вторгнення Російської Федерації в Україну, здійснене із залученням як регулярних сухопутних військ, так і нерегулярних збройних формувань, розпочалося у другій половині лютого 2014 року. [36]. Український парламент офіційно визнав 20 лютого 2014 року початком російсько-української війни, а також першим порушенням Росією погоджених правил пересування військ у Криму [13, 32].

Застосування військової сили проти України в 2022 році, коли противник використовував масові обстріли зі ствольної та реактивної артилерії, прями бойові зіткнення, запроваджував високоточну зброю спричинило зростання частки санітарних втрат та зміни її структури [12, 68]. В той же час, з моменту повномасштабного російського вторгнення лікарні в Україні були змушені закриватися або працювати зі зниженою потужністю через недостатнє постачання, пошкодження або руйнування, спричинені війною [155]. Аналіз законодавчої діяльності Міністерства охорони здоров'я показав швидке його реагування та високу активність у перші два тижні війни. Накази якісно охоплювали всі важливі питання, проблеми охорони здоров'я такі, як надання медичної допомоги, обіг медичних виробів, ведення медичної документації тощо. Війна в Україні триває. Нормативно-правова база адаптується до змін, які відбуваються. Тож, важливо було провести аналіз документів уряду, які стосуються медичної допомоги.

Отже, важливо було вивчити повноту нормативно-правової бази основних процесів надання медичної допомоги в Україні під час війни.

Під час АТО/ООС було розроблено та введено в дію низку документів, важливих для національної безпеки держави, зокрема Військову доктрину

України, Концепцію розвитку сектору безпеки і оборони України та Стратегічний оборонний бюлетень України, що стало передумовою та основою для розробки Програми розвитку Збройних Сил України на період до 2020 року з відповідним розділом про розвиток системи медичного забезпечення ЗС України на зазначений період. У новій редакції Військової доктрини України визначено, що головну роль у забезпеченні військової безпеки, державного суверенітету та територіальної цілісності держави відіграють Збройні Сили України [104]. Пріоритетним завданням Збройних Сил України є досягнення повної сумісності з відповідними силами держав-членів НАТО до 2020 року, а одним із напрямків їх реформування та розвитку є модернізація системи військово-медичного забезпечення з максимальною інтеграцією її з цивільною системою охорони здоров'я [25, 29, 30].

Ці завдання стали особливо актуальними під час повномасштабного вторгнення Росії в лютому 2022 року.

Надання медичної допомоги військовослужбовцям регламентується законами України, зокрема:

1. Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» щодо вдосконалення порядку надання медичної допомоги військовослужбовцям в умовах воєнного стану» від 20.12.1991 №2011-ХІІ [33].

2. Закон України «Про внесення зміни до статті 11 Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» щодо вдосконалення порядку надання медичної допомоги військовослужбовцям в умовах воєнного стану» від 01.04.2022 №2171-ІХ [28].

3. Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» надає військовослужбовцям права на соціальний, правовий захист, гарантує медичне, в тому числі, членів їхніх сімей, матеріальне, житлове забезпечення, захищає у разі загибелі або втрати працездатності військовослужбовця [33].

Під час війни що б гарантувати належне лікування бійців, Верховна Рада України 1 квітня 2022 року ухвалила зміни до статті 11 Закону «Про соціальний

і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей». Ці зміни набули чинності 13 квітня 2022 року [28].

Завдяки оновленню закону створено можливості для лікування українських військових за кордоном під час дії воєнного стану. Також держава гарантує безкоштовну медико-психологічну реабілітацію у спеціалізованих центрах, включаючи компенсацію витрат на проїзд до місця лікування.

Право на лікування або реабілітацію за кордоном мають військовослужбовці, які безпосередньо брали участь у бойових діях чи обороні країни, за умови висновку військово-лікарської комісії. Вартість проїзду та медичних послуг або медико-психологічної реабілітації для військовослужбовців за кордоном оплачується з державного бюджету України. Виняток — коли ці витрати бере на себе приймаюча сторона.

Відповідно до статті 11 Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», військові мають гарантоване право на медичне обслуговування. Це право поширюється як на військовослужбовців, так і на військовозобов'язаних та резервістів, які призвані на навчальні, перевірочні або спеціальні збори. Усі вони мають отримувати безкоштовну кваліфіковану медичну допомогу у військових медичних закладах.

Отже, чинне законодавство гарантує військовослужбовцям такі права:

- Безкоштовна психологічна реабілітація.
- Щорічне медичне обстеження та диспансеризація із залученням необхідних фахівців.
- Безкоштовне забезпечення ліками.
- Стоматологічна медична допомога.
- Санаторно-курортне лікування.
- Оздоровлення дітей військовослужбовців у порядку, визначеному законодавством України.

Узагальнена нормативно-правова база, спрямована на регуляцію надання медичної допомоги військовослужбовцям представлена в таблиці 4.1.

**Нормативно-правова база регуляції надання медичної допомоги
військовослужбовцям.**

Нормативно-правова база, яка стосується безпосередньо військово-службовців	Стислий контент аналіз документу
Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» від 20.12.1991 №2011-ХІІ.	Вдосконалення порядку надання медичної допомоги військовослужбовцям під час війни
Наказ МОЗ України від 25.02.2022 № 379 "Щодо надання медичної допомоги в умовах воєнного стану військовослужбовцям, які беруть участь в операції об'єднаних сил".	Організація медичного та ресурсногоснабезпечення,
Закон України «Про внесення зміни до статті 11 Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» від 01.04.2022 №2171-ІХ.	Вдосконалення порядку надання медичної допомоги військовослужбовцям в умовах воєнного стану.

4.1. Нормативно-правова база надання стаціонарної допомоги військовослужбовцям

Організація медичної допомоги військовослужбовцям в госпіталі виконується в умовах стаціонару. Стаціонар закладів охорони здоров'я є найбільш ресурсним сектором, діяльність його роботи обумовлена наказом МОЗ № 752 від 28.09.2012 «Про організацію надання стаціонарної медичної допомоги в Україні» [85]. Основні положення задекларовані в цьому документі визначають структуру, функції та порядок роботи лікарень та встановлює класифікацію рівнів медичної допомоги, порядку направлення пацієнта до стаціонару; види госпіталізації: планова, екстрена, самозвернення; оптимізація структури лікарняних ліжок, введення денного стаціонару. Важливим аспектом

є управління якістю, а саме використання клінічних протоколів і стандартів, аудит, співпраця із закладами медичної допомоги. Отже, цим наказом реалізується принцип безперервності лікувального процесу — від амбулаторного етапу до стаціонарного й назад, здійснюється перехід до ефективної моделі госпітальної мережі, орієнтація на потреби пацієнта, скорочення непотрібних госпіталізацій (табл. 4.2).

В той же час в структурі захворюваності з'являються травми, поранення, які вимагають нормативної регламентації.

Формується необхідність створення наказу про госпіталь. Відповідно до вимог статті 4 Закону України "Про правовий режим воєнного стану" [31], з метою забезпечення надання кваліфікованої медичної допомоги військовослужбовцям та цивільному населенню в умовах воєнного стану, організовується розгортання госпіталю з урахуванням вимог чинного законодавства та нормативно-правових актів, зокрема Положення про військовий госпіталь Національної гвардії України, затвердженого наказом Міністерства внутрішніх справ України від 29.07.2015 № 916 [68]. Положення визначає структуру, функції та організацію діяльності військових госпіталів. Як неприбутковий державний медичний заклад Національної гвардії України, військовий госпіталь призначений для надання кваліфікованої лікувально-профілактичної допомоги, спрямованої на збереження життя та охорону здоров'я військовослужбовців та резервістів. [89]. Основними завданнями військового госпіталю є медична діяльність, яка полягає в здійсненні медичної практики та надання кваліфікованої допомоги цілій групі осіб, включаючи як військовослужбовців та резервістам, ветеранів і звільненим зі служби (за віком, хворобою, вислугою), членам сімей військовослужбовців (крім строковиків). Оскільки під час війни навантаженість на ЗОЗ значно збільшилася, то ж комунікація між медичними працівниками також потребувала взаємодії і цей наказ передбачає цю можливість через завдання «Консультації та методична допомога іншим медустановам». Міжнародна співпраця та розвиток вітчизняної науки вплинули на формування задач:

«Впровадження новітніх досягнень науки й техніки» та «Організація навчань, семінарів, конференцій».

Накази про госпіталь під час війни можуть охоплювати різні аспекти його функціонування, зокрема: забезпечення комплектування госпіталю необхідним медичним та допоміжним персоналом, відповідно до штатного розпису а також про оплату праці обґрунтовано в наказі Міністерства оборони України 23.06.2021 № 173 «Про затвердження Умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я в системі Міністерства оборони України» [62]. Спрямований на покращення мотивації медичного персоналу у військовій системі охорони здоров'я через матеріальне заохочення – доплати, надбавки, премії за особливі умови праці, за вислугу років, за складність та напруженість роботи тощо.

Були впроваджені нормативні зміни, які дозволили організувати безперебійну роботу всіх закладів охорони здоров'я у підпорядкуванні, щоб забезпечити цілодобове надання медичної допомоги. Згідно з Наказом МОЗ України №379 від 25 лютого 2022 року «Щодо надання медичної допомоги в умовах воєнного стану військовослужбовцям, які беруть участь в операції об'єднаних сил», який регулює надання цієї послуги військовослужбовцям в умовах воєнного стану, усі поранені та постраждалі мають отримувати допомогу без зволікань, цілодобово та безвідмовно [78]. Їх госпіталізують у найближчі медичні заклади, які можуть її надати залежно від характеру травм чи ушкоджень (табл. 4.2).

Госпіталізацію організовано таким чином, щоб пацієнтів доставляли до найближчих лікарень, які можуть надати необхідну допомогу залежно від характеру поранення. Водночас тимчасово призупинено планове надання вторинної та третинної медичної допомоги військовослужбовцям ЗСУ — до стабілізації ситуації в країні [12]. У наказі підкреслюється, що медична допомога пораненим і постраждалим військовослужбовцям має надаватись у найближчих доступних закладах охорони здоров'я, які здатні забезпечити необхідне лікування відповідно до характеру травм [78].

Вимоги військового часу потребують максимальної ефективності в наданні медичної допомоги, тому було прийнято наказ МОЗ, який дозволяє здійснювати її лікарями та іншими медичними працівниками-іноземцями та особами без громадянства, які перебувають в Україні на законних підставах, за умови наявності в них документів, що підтверджують відповідну освіту та професійну кваліфікацію у добровільному порядку постраждалим, які надходять до закладів охорони здоров'я (табл. 4.2) [79].

Зміни в рівнях надання стаціонарної допомоги, були відображені в наступних нормативно-правових документах:

1. Постанова Кабінету Міністрів України № 174 від 28 лютого 2023 року “Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я”: визначає порядок організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я, включаючи поділ лікарень на загальні, кластерні та надкластерні [92].

Законотворці врахували в цій постанові такий важливий принцип охорони здоров'я, як територіальна доступність, через зміну самої структури первинної медичної допомоги та розширення її послуг серед населення. Особлива увага приділяється фінансуванню місцевих програм спрямованих на розвиток, підтримку комунальних закладів охорони здоров'я; поліпшення транспортної доступності до ЗОЗ, що входять до певної мережі; розвитку авіамедичної евакуації в усіх регіонах; розвитку кадрового потенціалу через постійне удосконалення професіоналізму шляхом навчання, формування мультидисциплінарних команд з різних медичних фахівців в госпітальному окрузі.

Вводиться поняття «надкластерний заклад охорони здоров'я» - багатопрофільні ЗОЗ для дорослих, окремо для дітей, згідно чого, не більше одного на госпітальний округ. Ці ЗОЗ виконують функцію головного центру з організації і надання медичної і реабілітаційної допомоги за такими спеціальностями: онкологія; кардіологія; психіатрія; фтизіопульмонологія, інфекційний фах; перинатологія.

Кластерні лікарні є частиною госпітальних округів і забезпечують надання медичної та реабілітаційної допомоги при найбільш поширених захворюваннях і станах на території відповідного госпітального кластера.

Для поранених та постраждалих під час бойових дій такі зміни в організації ОЗ мали велике значення, оскільки потужність військових госпіталів не здатна була взяти на себе таку кількість поранених.

2. Наказ Міністерства внутрішніх справ України № 142 від 6 березня 2024 року «Про внесення змін до Переліку закладів охорони здоров'я Міністерства внутрішніх справ України»:вносить зміни до переліку закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу військовослужбовцям, включаючи військові госпіталі [63]. Цей наказ є частиною заходів, спрямованих на вдосконалення системи медичного забезпечення в структурі Міністерства внутрішніх справ України (табл. 4.2).

Таблиця 4.2.

**Нормативно-правова база регуляції надання стаціонарної допомоги
військовослужбовцям і цивільному населенню**

Нормативно-правова база, яка стосується безпосередньо військово-службовців	Нормативно-правова база, яка стосується військовослужбовців і цивільного населення	Стислий контент аналіз документу
	Наказ МОЗ № 752 від 28.09.2012 «Про організацію надання стаціонарної медичної допомоги в Україні».	Визначає структуру, функції та порядок роботи лікарень. Встановлює класифікацію рівнів медичної допомоги.
Стаття 4 Закону України "Про правовий режим воєнного стану" 2015 рік. Редакція від 08.02.2025.		Утворення військових адміністрацій, де введено воєнний стан, які — забезпечують дію Конституції, законів України, впроваджують та здійснюють правовий режим воєнного стану, оборони, цивільного захисту, громадської безпеки і порядку, а також охорону

<i>Продовження таблиці 4.2.</i>		
		прав, свобод і законних інтересів громадян.
Наказ Міністерства внутрішніх справ України від 29.07.2015 № 916. «Положення про військовий госпіталь Національної гвардії України».		Визначає структуру, функції та організацію діяльності військових госпіталів. В документі визначені призначення та завдання госпіталю.
	Наказ 23.06.2021 № 173 «Про затвердження Умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я в системі Міністерства оборони України».	Спрямований на покращення мотивації медичного персоналу у військовій системі охорони здоров'я
Наказ МОЗ України №379 від 25 лютого 2022 року «Про надання медичної допомоги в воєнний стан для військовослужбовців, які беруть участь в операції об'єднаних сил».		Регулює надання цієї послуги військовослужбовцям в умовах воєнного стану.
	Постанова Кабінету Міністрів України № 174 від 28 лютого 2023 року. «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я»	Визначає порядок організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я, включаючи поділ лікарень на загальні, кластерні та надкластерні.
Наказ Міністерства внутрішніх справ України № 142 від 6 березня 2024 року «Про внесення змін до Переліку закладів охорони здоров'я Міністерства внутрішніх справ України».		Вносить зміни до переліку закладів охорони здоров'я.

4.2. Нормативно-правова база про військово-лікарську комісію

Війна тривала і мобілізація нових призовників вимагала створення кваліфікованих військово-лікарських комісій, що було передбачено в наступному завданні «Проведення військово-лікарської експертизи».

Наказ Міністерства оборони України №402 від 14 серпня 2008 року регламентує положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України, в якому зазначений алгоритм проведення військово-лікарської експертизи (ВЛК) у Збройних Силах України [64]. В наказі визначено мета ВЛК: визначення придатності громадян до військової служби за станом здоров'я; хто є суб'єктами експертизи: призовники, військовозобов'язані, резервісти, військовослужбовці, а також кандидати на військову службу за контрактом. процедура проведення ВЛК, яка включає медичний огляд, аналіз медичної документації, вирішення щодо ступеня придатності до військової служби, категорії придатності: визначаються відповідно до встановлених критеріїв та включають повну придатність, обмежену придатність або непридатність до військової служби.

Положення періодично оновлюється для врахування змін у законодавстві та практиці медичного забезпечення. Наприклад, наказом Міністерства оборони України №262 від 27 квітня 2024 року було внесено зміни до Положення, які набрали чинності 4 травня 2024 року [67]. Ці зміни включають уточнення критеріїв придатності до військової служби та процедури проведення ВЛК [21] (табл. 4.3).

Нормативно-правова база регуляції роботи військово-лікарської комісії

Нормативно-правова база, яка стосується безпосередньо військово-службовців	Нормативно-правова база, яка стосується військовослужбовців і цивільного населення	Стислий контент аналіз документу
Наказ Міністерства оборони України № 402 від 14 серпня 2008 року та внесеними змінами 2025 року. Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України, затверджене		Регламентує порядок проведення військово-лікарської експертизи (ВЛК) у Збройних Силах України.
Наказ Міністерства оборони України № 262 від 27 квітня 2024 року було внесено зміни до Положення.		Уточнення критеріїв придатності до військової служби та процедури проведення ВЛК.
Нормативно-правова база розподілення ролей виконання обов'язків.		
Наказ Міністерства оборони України № 389 від 18 липня 2019 року «Про внесення змін до наказу Міністерства оборони України від 16.11.2016 №608».		спрямований на вдосконалення системи медичного забезпечення Збройних Сил України. Зокрема, він уточнює адміністративно-територіальні зони відповідальності.
Нормативно-правова база надання екстреної допомоги		
	Наказ МОЗ України від 24.02.2022р. №368 про затвердження стандарту екстреної медичної допомоги "Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі".	Уніфікація та оптимізація процесу медичного сортування пацієнтів у ситуаціях, коли кількість постраждалих значно перевищує звичайні можливості медичної системи
	Наказ МОЗ України від 10.01.2025 № 69 "Про утворення та затвердження складу робочої групи з питань діяльності мобільних медичних бригад гуманітарних організацій" від 10 січня 2025 № 69.	Створення експертної групи, яка займається питаннями, пов'язаними з діяльністю мобільних медичних бригад, гуманітарних організацій.

4.3. Нормативно-правова база розподілення ролей виконання обов'язків щодо регіонів надання медичної допомоги військовослужбовцям

Організація медичної допомоги військовослужбовцям потребувала чіткого розподілення ролей виконання обов'язків. В липні 2019 року виходить наказ Міністерства оборони України № 389 від 18 липня 2019 року «Про внесення змін до наказу Міністерства оборони України від 16.11.2016 №608» [66], який вносить зміни до попереднього наказу щодо адміністративно-територіальних зон відповідальності військово-медичних клінічних центрів (ВМКЦ) та медичного забезпечення військових частин. Згідно цього документу ці зони залежать від розподілу на військово-адміністративні ділянки території України, затвердженого Указом Президента України від 5 лютого 2016 року № 39/2016 [113]. Кожен ВМКЦ відповідає за медичне забезпечення військових частин, дислокованих у певному регіоні. Зони відповідальності визначаються начальниками ВМКЦ з урахуванням територіального розташування військових частин та медичних закладів Збройних Сил України. Це забезпечує ефективну організацію медичної допомоги та логістику в межах відповідних регіонів (табл. 4.4).

Таблиця 4.4

Нормативно-правова база розподілення ролей виконання обов'язків

Нормативно-правова база, яка стосується безпосередньо військово-службовців	Нормативно-правова база, яка стосується військовослужбовців і цивільного населення	Стислий контент аналіз документу
Наказ Міністерства оборони України № 389 від 18 липня 2019 року «Про внесення змін до наказу Міністерства оборони України від 16.11.2016 №608».		Спрямований на вдосконалення системи медичного забезпечення Збройних Сил України. Зокрема, він уточнює адміністративно-територіальні зони відповідальності.

Як показано в таблиці 4.5, Полтавська область була в підпорядкуванні Національного військово-медичного клінічного центру “ГВКГ” (місто Київ).

Таблиця 4.5

Перелік адміністративно-територіальних зон відповідальності військово-медичних клінічних центрів за медичне забезпечення військових частин (закладів) Збройних Сил України [113]

№ з/п	Найменування військово- медичних клінічних центрів	Адміністративно-територіальна зона відповідальності
1	Національний військово-медичний клінічний центр “ГВКГ” (місто Київ)	Області: Київська, Чернігівська, Полтавська, Сумська, Черкаська, Житомирська
2	Військово-медичний клінічний центр Західного регіону (місто Львів)	Області: Волинська, Львівська, Закарпатська, Івано-Франківська, Чернівецька, Тернопільська, Рівненська, Хмельницька
3	385 військовий госпіталь (місто Дніпро) до формування Військово-медичного клінічного центру Східного регіону	Області: Харківська, Запорізька, Дніпропетровська, Донецька, Луганська
4	Військово-медичний клінічний центр Південного регіону (місто Одеса)	Області: Вінницька, Кіровоградська, Миколаївська, Одеська, Херсонська

4.4. Нормативно-правова база надання екстреної допомоги

В умовах широкомасштабної війни підходи до організації медичної допомоги зазнали суттєвих змін — акцент змістився з планового, рутинного лікування на принципи медицини катастроф, коли необхідно рятувати велику кількість постраждалих при обмежених ресурсах і можливостях. У відповідь на це Міністерство охорони здоров’я ще в перший день війни видало наказ, який дозволяє впровадити пріоритетність у наданні допомоги.

Ключовим у цьому процесі став Стандарт екстреної медичної допомоги під назвою «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі». Цей документ вводить чіткий алгоритм дій для медичних працівників у відділеннях екстреної допомоги, щоб оперативно

оцінювати стан пацієнтів і розподіляти їх за групами в залежності від тяжкості (табл. 4.6).

Таблиця 4.6

**Нормативно-правова база надання екстренної допомоги
військовослужбовцям і цивільному населенню**

Нормативно-правова база, яка стосується військовослужбовців і цивільного населення	Стислий контент аналіз документу
Наказ МОЗ України від 24.02.2022р. №368 про затвердження стандарту екстреної медичної допомоги “Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі”.	Уніфікація та оптимізація процесу медичного сортування пацієнтів у ситуаціях, коли кількість постраждалих значно перевищує звичайні можливості медичної системи
Наказ МОЗ України від 10.01.2025 № 69 "Про утворення та затвердження складу робочої групи з питань діяльності мобільних медичних бригад гуманітарних організацій" від 10 січня 2025 № 69.	Створення експертної групи, яка займається питаннями, пов'язаними з діяльністю мобільних медичних бригад, гуманітарних організацій.

Алгоритм побудований на аналізі ключових клінічних показників: свідомість, дихання, серцева діяльність, частота дихання, кровообіг. Завдяки цьому медики можуть швидко і точно визначити, у якому стані перебуває постраждалий, і вирішити, яка допомога йому потрібна в першу чергу, а також куди його направити для подальшого лікування з урахування наявних ресурсів і можливостей закладу охорони здоров'я [77].

Створення мобільних медичних груп базується на статті 4 Закону України "Про правовий режим воєнного стану", Наказу Генерального штабу Збройних Сил України від 11.02.2019 року № 60 «Про затвердження Настанови з медичного забезпечення Збройних Сил України на особливий період» [12, 31, 61] з метою забезпечення оперативного надання медичної допомоги військовослужбовцям та цивільному населенню в умовах воєнного стану, наказ МОЗ України від 10.01.2025 № 69 "Про утворення та затвердження складу робочої групи з питань діяльності мобільних медичних бригад гуманітарних організацій"[73].

Наказ Генерального штабу Збройних Сил України № 60 від 11 лютого 2019 року затверджує Настанову з медичного забезпечення Збройних Сил України на особливий період. Цей документ є ключовим нормативним актом, який регламентує організацію та функціонування системи медичного забезпечення ЗСУ в умовах воєнного стану або збройного конфлікту. Основними положеннями Настанови є організація медичного забезпечення, що визначає структуру та функціональні обов'язки медичних підрозділів, закладів охорони здоров'я та органів управління медичним забезпеченням на всіх рівнях. Лікувально-евакуаційні заходи: описує порядок проведення медичної евакуації поранених і хворих, включаючи етапи надання медичної допомоги та взаємодію між підрозділами. Медичне сортування та евакуація: Встановлює принципи медичного сортування, критерії пріоритетності евакуації та методи транспортування поранених. Роль медичних підрозділів: Розкриває завдання та відповідальність медичних служб військових частин, з'єднань та ЗОЗ Міністерства оборони України [61, 73].

Контент аналіз нормативно-правової бази Законів України, Постанови кабінету міністрів, наказів Міністерства охорони здоров'я, Міністерства внутрішніх справ, Міністерства оборони України, дозволив встановити координаційну діяльність державних органів спрямованих на організацію медичної допомоги військовослужбовцям під час війни показав, що юриспруденція цієї тематики має вертикальну скерованість, яка відштовхується від законів до постанов і наказів відповідних відомств. Зміна в організації стаціонарної допомоги відбувалася під егідою 4 Статті Закону України "Про правовий режим воєнного стану" 2015 рік. Редакція від 08.02.2025.. Важливим було включення МОЗ до участі надання медичної допомоги пораненим бійцям, коли своїм наказом вони відкрили двері потужних ЗОЗ, які призначені були для цивільних. Цей документ розширив можливості для лікування поранених та постраждалих військовослужбовців, в тому числі. Положення про військовий госпіталь, дозволило впорядкувати етапи евакуації та лікування визначивши спроможності цього закладу. Продовження війни передбачало, що бійці які

повертатимуться з фронту, а також мобілізовані, потребуватимуть експертизи придатності до військової служби, тож важливим було внесення змін до наказу про ВЛК. Розмежування території щодо розподілення обов'язків між регіонами, дозволило скеровувати бійців під час евакуації до належних пунктів призначення. Створення мобільних груп, медичне сортування, надало можливості наблизити медичну допомогу і зробити її більш доступною [31].

4.5. Аналіз нормативно-правової бази протезування та засобів реабілітації військовослужбовців під час війни в Україні

За оцінками, від 5% до 10% українських військових, які перебувають на театрі бойових дій, будуть або поранені, або вбиті в бою. У зв'язку з цим, планування медичної евакуації, тривалої медичної допомоги та інших втручань, запланованих медичним персоналом, потребуватимуть передбачити масивну політравму, значно більше пацієнтів одночасно, а ресурси, необхідні для одного пацієнта, будуть значно більшими [149].

Хірурги UKRSOF (Special Operations Forces of Ukraine) повідомили про прийом кількох пацієнтів одночасно з множинними потенційно смертельними травмами. Пацієнти часто потребують декількох екстрених втручань з контролю пошкоджень, перш ніж клініцисти зможуть почати доглядати за наступним пацієнтом. Медична евакуація до госпіталю також може бути небезпечною, оскільки, незважаючи на явне порушення норм міжнародного права, передбачених Женевською конвенцією, російські війська цілять, зокрема, і по каретах швидкої допомоги та закладам охорони здоров'я. За даними Українського кризового медіа-центру, з початку конфлікту було пошкоджено або зруйновано близько 1100 закладів охорони здоров'я [131, 137, 149].

Статистика, опублікована українськими медиками, показує, що понад 70% усіх українських бойових втрат спричинені артилерійськими та ракетними

обстрілами російських військ, що призвело до значних політрам багатьох систем органів [13, 32].

Отже, в госпіталь з поля бою надходять поранені у важкому стані, що вимагає інтенсивного лікування, в тому числі і протезування пацієнтів з ампутованими кінцівками. Тому важливим було вивчити повноту нормативно-правової бази реабілітації, протезування в Україні в умовах воєнного часу.

Державна програма безоплатного протезування в Україні реалізується з 2012 року. Її основою стала Постанова Кабінету Міністрів України № 321 від 5 квітня 2012 року, яка затвердила Порядок забезпечення осіб з інвалідністю допоміжними засобами реабілітації. Цей документ визначив механізм надання протезно-ортопедичних виробів, включаючи високофункціональні протези, для осіб з інвалідністю, зокрема військовослужбовців, які отримали поранення під час виконання службових обов'язків [8].

Регламентацию щодо заміни кінцівок за допомогою протезів, встановлено в наказі від 29.09.2015 № 974 Про затвердження Типового положення про стаціонарне (реабілітаційне) відділення первинного і складного протезування та ортезування. Призначення відділення – стаціонарне (реабілітаційне) відділення створюється для проведення індивідуальних заходів реабілітації осіб з вадами опорно-рухового апарату, які потребують первинного або складного протезування та ортезування. Це включає впровадження новітніх досягнень науки і техніки у сфері протезування та відновлення працездатності [82]. Завданнями відділення стали Реалізація заходів медичної, фізичної реабілітації та соціально-побутової адаптації пацієнтів.

Варто зазначити, що наказ втратив чинність 1 травня 2024 року на підставі Наказу Міністерства соціальної політики України № 140-Н від 2 квітня 2024 року [80].

Відповідно до національного законодавства України, Закону України «Про статус ветеранів військової служби, ветеранів органів внутрішніх справ, ветеранів Національної поліції і деяких інших осіб та їх соціальний захист» [34], засобами реабілітації мають забезпечуватися основні категорії осіб з

інвалідністю: діти з інвалідністю, особи, на яких поширюється дія Закону України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту" [35] – зокрема: учасники бойових дій, особи з інвалідністю внаслідок війни, члени сімей загиблих (померлих) захисників України, особи, які постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій, зокрема збройної агресії РФ, військовослужбовці, які втратили функції органів або кінцівок та потребують технічних чи інших засобів реабілітації.

Так, відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані такі засоби, їх переліку» [91], особи з інвалідністю, діти з інвалідністю та інші особи забезпечуються засобами реабілітації в порядку черговості.

Першочергово забезпечуються засобами реабілітації та отримують компенсацію діти з інвалідністю, наступними – учасники бойових дій, постраждалі, жінки, дівчата після мастектомії, секторальної резекції молочної залози, квадрантектomie, з порушеннями розвитку молочних залоз, особи з інвалідністю у разі первинного забезпечення засобами реабілітації.

Крім зазначеного наказу, в Україні діє Постанова Кабінету Міністрів України від 1 жовтня 2014 року № 518 «Деякі питання протезування та ортезування виробами підвищеної функціональності за новітніми технологіями та технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, та/або спеціальними виробами для занять спортом окремих категорій громадян, які втратили функціональні можливості кінцівки або кінцівок» [90]. Цей документ затверджує порядок забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення. Він визначає механізм надання протезно-ортопедичних виробів, включаючи високофункціональні протези, військовослужбовцям, які отримали поранення під час виконання службових обов'язків. Наказ

Міністерства соціальної політики України від 25 травня 2022 року № 158 «Про затвердження Граничних цін на вироби підвищеної функціональності за новітніми технологіями та/або спеціальні вироби для занять спортом для окремих категорій громадян, які отримали поранення, контузію, каліцтво або захворювання внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України, участі в антитерористичній операції чи у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, перебуваючи безпосередньо в районах та у період проведення воєнних (бойових) дій, і втратили функціональні можливості кінцівки або кінцівок» [69], де встановлено граничні ціни на високофункціональні протези для учасників бойових дій. Залежно від рівня ампутації, гранична вартість протеза верхньої кінцівки може досягати майже 4,3 млн гривень, а нижньої кінцівки — до 3,8 млн гривень, що дозволяє забезпечити військовослужбовців сучасними протезами безоплатно [114]. Наказ Міністерства соціальної політики України від 11 жовтня 2024 року № 464-н. «Про внесення зміни до наказу Міністерства соціальної політики України від 11 жовтня 2024 року № 464-Н» [81]. Цим наказом підвищено граничні ціни на високофункціональні протези для військових — учасників бойових дій. Це рішення дозволяє забезпечити військовослужбовців, які втратили кінцівки, сучасними протезами безоплатно [75].

Станом на 2022 рік, військова агресія в країні була вже 8 років. Тому необхідно було забезпечити відновне лікування. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 495 від 16 березня 2022 року має назву «Про організацію надання відновного лікування та реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я військовослужбовцям сил оборони» [90]. Основні принципи на яких побудований наказ: затверджено перелік медичних установ, які надають відновне лікування та реабілітаційну допомогу військовослужбовцям сил оборони після отримання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги у військово-медичних та цивільних закладах охорони здоров'я. Обов'язки керівників закладів охорони здоров'я, які зобов'язані вжити

необхідних заходів для забезпечення відновного лікування та реабілітаційної допомоги військовослужбовцям сил оборони. Цей наказ був виданий у відповідь на потребу в організації ефективної системи реабілітації військовослужбовців в умовах воєнного стану, спричиненого повномасштабним вторгненням Російської Федерації в Україну 24 лютого 2022 року.

З початком повномасштабної агресії Росії у 2022 році програма, затверджена в 2012 році була суттєво розширена та оновлена. Зокрема, Постанова Кабінету Міністрів України № 518 від 1 жовтня 2014 року була оновлена для забезпечення високофункціональними протезами виключно учасників бойових дій[59]. У 2024 році уряд ухвалив зміни, які дозволили пораненим військовим з ампутаціями швидше отримувати високофункціональні протези й ортези від держави [8].

У 2025 році Міністерство соціальної політики України та Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю запустили онлайн-платформу protez.msp.gov.ua, яка містить всю актуальну інформацію про державну програму протезування. На платформі можна знайти покроковий алгоритм дій для отримання протезів, інформацію про види засобів реабілітації та як їх отримати, можливість отримати компенсацію за самостійно придбаний виріб, а також деталі щодо ремонту та обслуговування протезів [92].

**Нормативно-правова база регуляції протезування та засобів реабілітації
військовослужбовців під час війни в Україні**

Нормативно-правова база надання реабілітації		
Нормативно-правова база, яка стосується безпосередньо військово-службовців	Нормативно-правова база, яка стосується цивільного населення	Стислий контент аналіз документу
	Постанова Кабінету Міністрів України № 321 від 5 квітня 2012 року «Про затвердження Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані такі засоби, їх переліку».	Механізм надання протезно-ортопедичних виробів, включаючи високофункціональні протези, для осіб з інвалідністю, зокрема військовослужбовців, які отримали поранення під час виконання службових обов'язків.
	Наказ від 29.09.2015 № 974 «Про затвердження Типового положення про стаціонарне (реабілітаційне) відділення первинного і складного протезування та ортезування».	Забезпечення реабілітації осіб з вадами опорно-рухового апарату, включаючи осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю, шляхом надання послуг з первинного та складного протезування та ортезування. Наказ втратив чинність.
	Наказ Міністерства соціальної політики України № 140-Н від 2 квітня 2024 року.	Наказ втратив чинність 1 травня 2024 року.
	Постанова Кабінету Міністрів України від 1 жовтня 2014 року №518 «Деякі питання протезування та ортезування виробами підвищеної функціональності за новітніми технологіями та технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, та/або спеціальними виробами для занять спортом	Затверджує порядок забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення.

	окремих категорій громадян, які втратили функціональні можливості кінцівки або кінцівок».	
Наказ Міністерства соціальної політики України від 25 травня 2022 року № 158 «Про затвердження Граничних цін на вироби підвищеної функціональності за новітніми технологіями та/або спеціальні вироби для занять спортом для окремих категорій громадян, які отримали поранення, контузію, каліцтво або захворювання внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України, участі в антитерористичній операції чи у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, перебуваючи безпосередньо в районах та у період проведення воєнних (бойових) дій, і втратили функціональні можливості кінцівки або кінцівок».		Встановлено граничні ціни на високофункціональні протези для учасників бойових дій.
Наказ Міністерства соціальної політики України від 11 жовтня 2024 року № 464-н. «Про внесення зміни до наказу Міністерства соціальної політики України від 11 жовтня 2024 року № 464-Н».		Забезпечити військовослужбовців, які втратили кінцівки, сучасними протезами безоплатно.
Наказ Міністерства охорони		Затверджено перелік

<i>Продовження таблиці 4.7.</i>		
здоров'я України № 495 від 16 березня 2022 року має назву «Про організацію надання відновного лікування та реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я військовослужбовцям сил оборони».		медичних установ, які надають відновне лікування та реабілітаційну допомогу військовослужбовцям сил оборони після отримання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги у військово-медичних та цивільних закладах охорони здоров'я.

Як показано в таблиці 4.7, організація протезування та засобів реабілітації військовослужбовців законодавчо регламентована і оснований на нормативно-правовій базі Кабінету міністрів України та Міністерства соціальної політики України стосується як цивільних так і військових, але проблеми останніх вирішуються в першу чергу.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 4

Таким чином, надання медичної допомоги військовослужбовцям законодавчо регламентоване і включає різні аспекти її надання: стаціонарну, екстрену допомогу, діяльність військово-лікарської комісії, розподілення ролей виконання обов'язків, в той же час відсутні нормативно-правові документи, які б стосувалися амбулаторної допомоги, саме для військових.

1. Встановлено, що стаціонарна допомога військовослужбовцям гарантується наказами МОЗ, МВС, МО, в яких визначається структура, функції роботи лікарень та алгоритм надання медичної допомоги в ЗОЗ.

2. Визначено, що військові дії приносили людські втрати, і в той же час потребували мобілізованих та відновлених бійців для виконання поставлених завдань, для цього Міністерством оборони був створений наказ про військово-лікарську комісію.

3. З'ясовано, що для рівномірного навантаження на заклади охорони здоров'я, МОУ регламентує наказом розподілення ролей виконання обов'язків надання медичної допомоги військовослужбовцям.

4. Виявлено, що медичне сортування пацієнтів у ситуаціях, коли кількість постраждалих значно перевищує звичайні можливості медичної системи, підпорядкована наказу МОЗ України.

Результати досліджень розділу 4 наведено в публікаціях:

1. Корнета О. М. Аналіз нормативно-правової бази надання медичної допомоги військовослужбовцям та цивільному населенню під час війни. Вісник проблем біології і медицини. 2025; 2 (177):452-465. <https://dx.doi.org/10.29254/2077-4214-2025-2-177-452-464>.

2. Ждан В.М., Корнета О. М., Голованова І.А., Бугро В.І., Краснов О.Г. Аналіз нормативно-правової бази протезування та засобів реабілітації військовослужбовців під час війни в Україні. Редактори: Ждан В. М., Голованова І. А.. Громадське здоров'я в Україні: здобутки та виклики сьогодення: колективна монографія. Полтава; 2025. 247 с.: 13-15

РОЗДІЛ 5

ЗАДОВОЛЕНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ ЯК КЛЮЧОВИЙ ПОКАЗНИК ЯКОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ТА РІВЕНЬ ПОІНФОРМОВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ

Система якості медичної допомоги (ЯМД) вивчалася багатьма українськими вченими, такими, як Степаненко А., Горачук В., Сміянов В.. Система ЯМД базується на фундаментальній концепції А.Донабедіана, що включає в себе структуру, процес, результат. Структура вміщає в себе ресурси: матеріально-технічну базу, кадри, що мають кваліфікацію, організаційні та управлінські методи [145]. Процес охоплює характеристики медичної допомоги, що надається, тобто її обґрунтованість, адекватність за обсягом, компетентність персоналу у обранні методів. Обмеження оцінки процесу пов'язані з тим, що недостатньо знань про оптимальний процес надання медичної допомоги і вплив відхилень від стандартів на результати лікування. Саме результати лікування є принциповою мірою якості надання медичної допомоги, оскільки вони мають значення для пацієнтів, платників за медичні послуги і медичних працівників. Результати оцінюються за станом здоров'я населення і задоволеністю потреб і очікувань пацієнта. Тому для вивчення обґрунтування медичної допомоги військовослужбовцям, на наступному етапі вивчали задоволеність військовослужбовців медичною допомогою, яка надається їм у госпіталі [107].

5.1. Оцінка задоволеності військовослужбовців наданою медичною допомогою у військовому госпіталі

Починаючи з 2008 року щоб оцінити погляди пацієнтів на лікування Центри медичної допомоги та медичних послуг (ЦМДМП) опитують пацієнтів за допомогою анкети «Оцінка надавачів і систем охорони здоров'я

споживачами лікарень» (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems – HCAHPS) [135, 186]. Проведення такого дослідження в Україні дозволить оцінити комунікації з медичним персоналом та якість надання медичної допомоги в умовах повномасштабного вторгнення росії в країну, що суттєво змінить доступ та організацію надання медичної допомоги населенню. Опитувальник HCAHPS дозволяє оцінити результат складної людської поведінки, який завершується спілкуванням між постачальником послуг – медичним працівником та його споживачем – пацієнтом [11, 141].

В результаті такої комунікації виявляються почуття і потреби з обох сторін. З боку пацієнта це може бути прогноз захворювання, його важкість, вартісність, емоційна підтримка, побічні ефекти лікування, збереження автономності та поваги. Саме спілкування містить процес, контекст, мету зустрічі. Оскільки медичний персонал в силу своїх професійних знань і навичок володіє ситуацією, то він є суб'єктом в цих стосунках. З одного боку - це дає право ведення пацієнта і призначення лікування. З іншого боку - пацієнт виступає об'єктом і теж має право на лікування з виявом поваги та емпатії медичного персоналу до своєї особи [110].

Потреби постачальника можуть бути клінічними, матеріально-технічними або ресурсними через дефіцит. Часто потреби пацієнта та медичного працівника збігаються, але можуть також і суперечити. Крім того, потреби часто є складними і значно відрізняються між пацієнтами [135]. В решті решт, необхідно прийняти спільне рішення, пропозиція якого на початку надходить від медичного працівника. Необхідно врахувати, що спілкування відбувається в поточному режимі, тобто під час знаходження в стаціонарі, а також і після виписки. Отже, важливо враховувати всі компоненти контексту розмови. Успіх у лікуванні буде залежати від того наскільки пацієнт погодиться виконувати призначення лікаря. Тому порозуміння в стосунках пари лікар-пацієнт, медична сестра-пацієнт, мають надзвичайно велике значення [88].

Метою дослідження було проведення оцінки міжособистісних комунікацій між лікарями та пацієнтами на прикладі військового госпіталю за допомогою факторного аналізу анкети HCAHPS.

Медико-демографічні характеристики респондентів представлені в таблиці 5.1., і як в ній зазначено, то більшість пацієнтів були одружені (60,2%), проживали у сільській місцевості (19,3%), чоловічої статі (94,3%), більшість з них військові (43,2%) (тут вказана професія, яка була до війни). Середній вік пацієнтів складав $39,5 \pm 8,7\%$ (max -59,0%; min- 24,0%).

Таблиця 5.1.

Соціально-демографічний профіль військовослужбовців, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в госпіталі

Демографічні характеристики	Кількість опитаних n=352	
	абс.	%
Стать		
Чоловік	332	94,3
Жінка	20	5,7
Всього	352	100,0
Сімейний стан		
Самотній	56	15,9
В постійних стосунках	36	10,2
Одружений	212	60,2
Розлучений	44	12,5
Вдівець/вдова	4	1,1
Всього	352	100,0
Місце проживання		
Місто	272	77,3
Село	67	19,3
Селище міського типу	13	3,4
Всього	352	100,0
Рівень освіти		
Середня	64	18,2
Середня спеціальна	153	43,2
Вища	135	38,6

<i>Продовження таблиці 5.1.</i>		
Всього	352	100,0
Професія		
Будівельник	36	10,2
Військовий	153	43,2
Водій	44	12,5
Вчитель	8	2,3
Економіст	15	4,5
Електрогазозварник	15	4,5
Інженер	12	3,4
Медичний працівник	23	6,8
Механік	15	4,5
Робітник	15	4,5
Юрист	12	3,4
Всього	352	100,0
Статус військовослужбовця		
Військовослужбовець стокової служби	15	4,5
Військовослужбовець за контрактом	48	13,6
Професійний військовий	32	9,1
Мобілізований	256	72,7
Всього	352	100,0
Військове звання		
Курсант	4	1,1
Рядовий	152	43,2
Сержант	92	26,1
Офіцер	40	11,4
Інше	64	18,2
Всього	352	100,0
Місцезнаходження госпіталю		
м.Полтава	120	34,1
м.Лубни	232	65,9
Всього	352	100,0

Як показано в таблиці 5.2 величина КМО (Кейзера-Мейера-Опкина) демонструє прийнятну адекватність вибірки для факторного аналізу. Критерій сферичності Бартлера показує статистично значимий результат ($p < 0,00$). Отже, виділена кількість факторів є достатньою для пояснення вибірових коефіцієнтів [108].

Величина Кейзера-Мейера-Опкина та критерій Барлетта

Показник	Значення
Міра адекватності вибірки Кайзера-Майєра-Олкіна (КМО)	0,762
Критерій сферичності -приблизна Хі-квадрат	901,132
Критерій Барлетта(ст.св.)	171
Значення р	<0,001

За замовчуванням в процедурі факторного аналізу кожна змінна має одиничне значення спільності. Цей показник дорівнює долі дисперсії змінної, обумовленої сукупним впливом факторів. В даному випадку, «Розуміння відповідальності за своє здоров'я» – 0,923 вносить найбільший вклад в спільноту інших змінних. «Розуміння відповідальності за своє здоров'я» - це гарант того, що пацієнт після виписки продовжить лікування пов'язане з основним захворюванням (табл. 5.3).

Таблиця 5.3.

Матриця компонент та спільності

Питання	Початкова	Вилучення
I. Комунікація медсестер (Nurses)		
Ввічливе ставлення	1,000	0,661
Уважне слухання	1,000	0,551
Зрозуміле пояснення	1,000	0,577
II. Комунікація лікарів (Docs)		
Ввічливе ставлення	1,000	0,852
Уважне слухання	1,000	0,766
Зрозуміле пояснення	1,000	0,791
III. Чуйність постачальників (Responsive)		
Отриманнядопомоги відразу після виклику	1,000	0,494
Чи потрібнадопомогадійти до туалету	1,000	0,733
Чи допомагали дійти до туалету чи	1,000	0,814

<i>Продовження таблиці 5.3.</i>		
скористатися підліжним судном		
IV. Чистота лікарняного середовища (Clean) тиша лікарняного середовища (Chiet)		
Чистота ванної кімнати	1,000	0,440
Тишавночі	1,000	0,549
V. Комунікація про ліки (Meds)		
Давали ліки кріаніше не приймали	1,000	0,490
Пояснення про вживання нових ліків	1,000	0,821
Пояснення про побічні ефекти	1,000	0,864
VI. Інформація про виписку		
Чи розмовляли лікарі медсестри про отримання допомоги після виписки	1,000	0,454
Чи отримували ви рекомендації після виписки	1,000	0,845
Враховування особистих потреб в медичному обслуговуванні	1,000	0,742
Розуміння відповідальності за своє здоров'я	1,000	0,923
Розуміння мети прийому кожного з ліків	1,000	0,875
VII. Загальна задоволеність лікарнею (Overall)		
Загальна оцінка перебування в лікарні	1,000	0,677
Рекомендація лікарні знайомим		

Відсоток дисперсії найбільший у першому факторі – 36,566%. Чим більший відсоток дисперсії, тим більшу вагу має цей фактор. Отже, перший фактор має найбільший відсоток навантаження. Кумулятивний відсоток, який накопичений до останнього фактору становить 69,351, що говорить про відповідне факторне рішення (табл. 5.4; рис.5.1).

Дисперсна характеристика виявлених факторів

Компонент	Початкові власні значення			Суми квадратів навантажень вилучення			Суми квадратів завантажень обертання		
	Всього	% дисперсії	Сумарний %	Всього	% дисперсії	Сумарний %	Всього	% дисперсії	Сумарний %
1	6,947	36,566	36,566	6,947	36,566	36,566	3,731	19,636	19,636
2	1,836	9,665	46,231	1,836	9,665	46,231	2,887	15,196	34,833
3	1,815	9,553	55,784	1,815	9,553	55,784	2,383	12,540	47,373
4	1,539	8,098	63,882	1,539	8,098	63,882	2,267	11,933	59,306
5	1,039	5,469	69,351	1,039	5,469	69,351	1,909	10,045	69,351

Графік власних значень

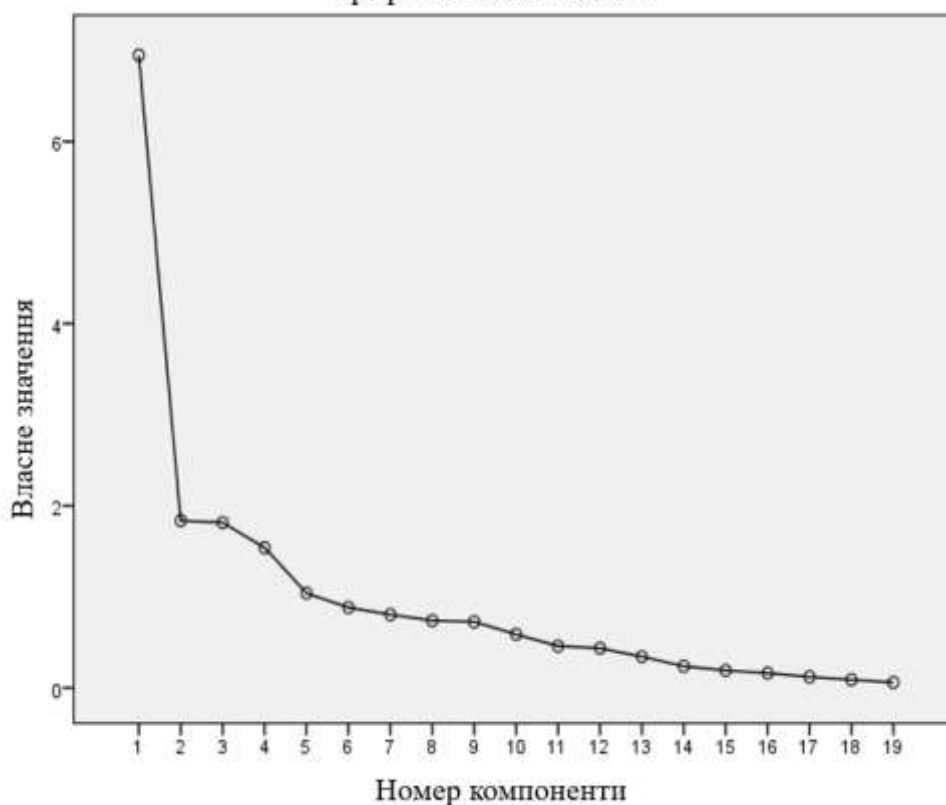


Рис. 5.1 – Розподіл значущих факторів задоволеності комунікацією

Кореляційна матриця створена для визначення зв'язків між відповідями респондентів, щоб оцінити якість комунікації медичного персоналу з пацієнтами – військовослужбовцями. Кореляційна матриця відповідей представлена в таблиці 5.5.

Таблиця 5.5.

Кореляційна матриця основних показників.

№		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1	Ввічливе ставлення медсестер	1,000																				
2	Уважне слухання медсестер	0,501	1,000																			
3	Зрозуміле пояснення медсестер		0,318	1,000																		
4	Ввічливе ставлення лікарів	0,567	0,678	0,370	1,000																	
5	Уважне слухання лікарів	0,289	0,409	0,184	0,661	1,000																
6	Зрозуміле пояснення лікарів	0,547	0,590	0,408	0,850	0,637	1,000															
7	Отримання допомоги відразу після виклику	0,312	0,326	0,207	0,390	0,203	0,325	1,000														
8	Чи потрібна допомога дійти до туалету	0,164	0,117	0,163	0,155	0,172	0,144	0,216	1,000													
9	Чи допомагали дійти до туалету чи скористатися підліжним судном	0,252	0,231	-0,023	0,220	0,267	0,153	0,309	0,666	1,000												
10	Чистота ванноїкімнати	0,244	0,348	0,212	0,491	0,410	0,424	0,382	0,176	0,261	1,000											

Продовження таблиці 5.5.

11	Тиша вночі	0,526	0,305	0,328	0,597	0,332	0,530	0,394	0,126	0,183	0,358	1,000										
12	Давали ліки краще не приймали	0,082	0,010	0,030	0,119	0,119	0,137	0,049	0,202	0,153	0,089	0,185	1,000									
13	Пояснення про вживання нових ліків	0,333	0,216	0,175	0,295	0,180	0,141	0,161	0,212	0,253	0,231	0,384	0,376	1,000								
14	Пояснення про побічні ефекти	0,368	0,263	0,313	0,440	0,320	0,363	0,172	0,212	0,227	0,243	0,406	0,393	0,860	1,000							
15	Чи розмовляли лікарі/медсестри про отримання допомоги після виписки	-0,359	-0,208	-0,164	-0,408	-0,415	-0,423	-0,397	-0,204	-0,252	-0,244	-0,213	0,028	-0,120	-0,126	1,000						
16	Чи отримували ви рекомендації після виписки	-0,005	0,019	0,021	0,043	0,026	0,016	0,032	0,130	0,060	-0,016	0,060	-0,092	-0,017	-0,005	-0,041	1,000					
17	Враховування особистих потреб в медичному обслуговуванні	0,309	0,287	0,155	0,465	0,331	0,491	0,162	0,190	0,237	0,324	0,327	0,190	0,232	0,381	-0,395	-0,083	1,000				
18	Розуміння відповідальності за своє здоров'я	0,390	0,191	0,181	0,422	0,268	0,481	0,199	0,163	0,239	0,283	0,370	0,180	0,176	0,274	-0,390	0,093	0,841	1,000			
19	Розуміння мети прийому кожного з ліків	0,395	0,198	0,187	0,359	0,221	0,433	0,172	0,128	0,276	0,242	0,377	0,163	0,177	0,226	-0,303	0,070	0,754	0,862	1,000		
20	Загальна оцінка перебування в лікарні	0,517	0,447	0,322	0,648	0,561	0,586	0,321	0,120	0,106	0,470	0,418	0,107	0,412	0,547	-0,311	-0,063	0,428	0,412	0,248	1,000	
21	Рекомендація лікарні знайомим	0,561	0,601	0,558	0,587	0,337	0,508	0,305	0,230	0,182	0,280	0,336	0,081	0,408	0,481	-0,296	0,004	0,311	0,412	0,248	1,000	1,000

При визначенні кореляційних зв'язків між відповідями щодо комунікації медичного персоналу, можна відмітити, що середній рівень зв'язку є між (табл. 5.6):

- ✓ «Ввічливе ставлення медсестер» мало зв'язок з «Уважним слуханням медсестер», «Ввічливим ставленням лікарів», «Зрозумілим поясненням медсестер» і «Зрозумілим поясненням лікарів», «Тишею вночі» та «Чи отримували ви рекомендації після виписки».
- ✓ «Уважне слухання медсестер» корелювало з «Ввічливим ставленням лікарів», «Уважним слуханням лікарів» та «Зрозумілим поясненням лікарів».
- ✓ «Зрозуміле пояснення медсестер» асоціювалося з «Зрозумілим поясненням лікарів» $r=0,408$.
- ✓ «Ввічливе ставлення лікарів» пов'язане з «Уважним слуханням лікарів», зі «Зрозумілим поясненням лікарів», «Чистотою ванної кімнати», «Тишею вночі», «Поясненням про побічні ефекти», «Враховуванням особистих потреб в медичному обслуговуванні», «Розумінням відповідальності за своє здоров'я». Зворотна кореляція була виявлена з «Чи розмовляли лікарі медсестри про отримання допомоги після виписки». Очевидно, що ця опція не залежить від «Ввічливого ставлення лікарів», допомога після виписки надається незалежно від вихованості лікаря.
- ✓ «Уважне слухання лікарів» відноситься до «Зрозумілого пояснення лікарів», «Чистоти ванної кімнати», «Загальної оцінки перебування в лікарні». «Зрозуміле пояснення лікарів» – з «Чистотою ванної кімнати», «Тишею вночі», «Враховуванням особистих потреб в медичному обслуговуванні», «Розумінням відповідальності за своє здоров'я», «Розумінням мети прийому кожного з ліків», «Загальною оцінкою перебування в лікарні», «Рекомендацією лікарні знайомим».
- ✓ «Чи допомагали дійти до туалету чи скористатися підліжним судном» корелює із «Загальною оцінкою перебування в лікарні».

- ✓ «Чистота ванної кімнати» з «Поясненням про побічні ефекти», «Загальною оцінкою перебування в лікарні».
- ✓ «Тиша вночі» корелює з «Поясненням про побічні ефекти», «Загальною оцінкою перебування в лікарні».
- ✓ «Пояснення про вживання нових ліків» з «Поясненням про побічні ефекти», «Загальною оцінкою перебування в лікарні», «Рекомендацією лікарні знайомим».
- ✓ «Пояснення про побічні ефекти пов'язано з «Загальною оцінкою перебування в лікарні», «Рекомендацією лікарні знайомим».
- ✓ «Враховування особистих потреб в медичному обслуговуванні» корелювало з «Розумінням відповідальності за своє здоров'я», «Розумінням мети прийому кожного з ліків», «Загальною оцінкою перебування в лікарні».
- ✓ «Розуміння відповідальності за своє здоров'я» з «Розумінням мети прийому кожного з ліків», «Загальною оцінкою перебування в лікарні».
- ✓ «Загальна оцінка перебування в лікарні» з «Рекомендацією лікарні знайомим».

Факторний аналіз дозволив виділити 4 головні компоненти, що визначають основні риси задоволеності пацієнтів медичною допомогою (Табл.5.6).

Перша компонента була найбільшою і включала в себе наступні складові, які мали найбільше значення:

- ✓ «Ввічливе ставлення медсестер»
- ✓ «Уважне слухання медсестер»
- ✓ «Зрозуміле пояснення медсестер»
- ✓ «Ввічливе ставлення лікарів»
- ✓ «Уважне слухання лікарів»
- ✓ «Зрозуміле пояснення лікарів»
- ✓ «Отримання допомоги відразу після виклику»
- ✓ «Чи потрібна допомога дійти до туалету»
- ✓ «Чи допомагали дійти до туалету чи скористатися підліжним судном»

- ✓ «Тиша вночі»
- ✓ «Пояснення про вживання нових ліків»
- ✓ «Пояснення про побічні ефекти»
- ✓ «Чи розмовляли лікарі медсестри про отримання допомоги після виписки»
- ✓ «Врахування особистих потреб в медичному обслуговуванні»
- ✓ «Розуміння відповідальності за своє здоров'я»
- ✓ «Розумів мету прийому кожного з ліків»
- ✓ «Загальна оцінка перебування в лікарні»
- ✓ «Рекомендація лікарні знайомим»

Друга компонента:

- ✓ «Уважне слухання медсестер»
- ✓ «Зрозуміле пояснення медсестер»
- ✓ «Врахування особистих потреб в медичному обслуговуванні»,
- ✓ «Розуміння відповідальності за своє здоров'я»
- ✓ Розумів мету прийому кожного з ліків

Третя компонента:

- ✓ «Зрозуміле пояснення лікарів»
- ✓ Чи потрібна допомога дійти до туалету
- ✓ Чи допомагали дійти до туалету чи скористатися підліжним судном
- ✓ Давали ліки які раніше не приймали
- ✓ «Пояснення про вживання нових ліків»
- ✓ «Пояснення про побічні ефекти»

Четверта компонента:

- ✓ «Чи потрібна допомога дійти до туалету»
- ✓ Отримання допомоги відразу після виклику
- ✓ «Чи допомагали дійти до туалету чи скористатися підліжним судном»

Матриця компонентів

	Компонент				
	1	2	3	4	5
Ввічливе ставлення медсестер	0,702	-0,133	-0,070	-0,036	0,298
Уважне слухання медсестер	0,638	-0,330	-0,225	0,109	0,026
Зрозуміле пояснення медсестер	0,480	-0,326	-0,087	-0,100	0,479
Ввічливе ставлення лікарів	0,855	-0,183	-0,232	-0,002	-0,124
Уважне слухання лікарів	0,635	-0,096	-0,178	0,124	-0,436
Зрозуміле пояснення лікарів	0,810	-0,066	-0,324	-0,054	-0,093
Отримання допомоги відразу після виклику	0,488	-0,083	-0,074	0,402	-0,021
Чи потрібна допомога дійти до туалету	0,334	0,162	0,424	0,638	0,120
Чи допомагали дійти до туалету чи скористатися підліжним судном	0,400	0,262	0,368	0,655	-0,050
Чистота ванної кімнати	0,564	-0,042	-0,077	0,166	-0,355
Тиша вночі	0,659	-0,056	0,033	-0,097	0,102
Давали ліки які раніше не приймали	0,248	0,117	0,591	-0,198	-0,216
Пояснення про вживання нових ліків	0,505	-0,189	0,693	-0,207	0,014
Пояснення про побічні ефекти	0,626	-0,189	0,585	-0,282	0,001
Чи розмовляли лікарі медсестри про отримання допомоги після виписки	- 0,520	-0,198	0,244	-0,273	0,070
Чи отримували ви рекомендації після виписки	0,029	0,088	-0,042	0,282	0,498

<i>Продовження таблиці 5.6.</i>					
Врачування особистих потреб в медичному обслуговуванні	0,663	0,568	-0,044	-0,244	-0,052
Розуміння відповідальності за своє здоров'я	0,637	0,673	-0,099	-0,217	0,114
Розуміння мету прийому кожного з ліків	0,583	0,669	-0,078	-0,206	0,197
Загальна оцінка перебування в лікарні	0,750	-0,221	-0,042	-0,168	-0,188
Рекомендація лікарні знайомим	0,690	-0,402	0,017	-0,007	0,263

Розглядаючи кореляції які були значимими, можна стверджувати, що порозуміння медичного персоналу на всіх рівнях впливає на те, як вони комунікують з пацієнтами, як можуть ефективно пояснити, що потрібно притримуватися режиму тиші, надати рекомендації, пояснити про важливість прийому ліків, врахування побажань і відповідальності пацієнтів. Увага і шанобливе ставлення до пацієнтів таке, як дістатися до вбиральні, впливає на рейтинг лікарні та рекомендації лікарні для споживачів.

Базуючись на результатах факторного аналізу, виявили, що перша компонента була найбільшою і включала в себе інгредієнти, які говорили про ставлення медичного персоналу до пацієнта, а саме, як комунікація між лікарями та медсестрами здатна впливати на те, щоб пацієнт почувався комфортно, не дивлячись на умови стаціонару. Усі ці змінні говорять про притримання етичних правил в межах комунікації в моделі «лікар-медсестра – пацієнт- лікар» про моральний обов'язок, етичні обов'язки і етичні норми поведінки медичного персоналу, що забезпечують оптимальну якість та результативність його роботи з відновлення і збереження здоров'я людей [86]. Отже, ця компонента дістала назву «**Деонтологія**». За словами німецького філософа Іммануїла Канта, деонтологія — це етичний підхід, зосереджений на правилах і професійних обов'язках [176]. Деонтологічна філософія Канта

впливає з його віри в те, що люди мають здатність міркувати та розуміти універсальні моральні закони, які вони можуть застосовувати в будь-яких ситуаціях. На відміну від багатьох інших етичних теорій, деонтологія не фокусується на наслідках окремих дій [181]. Особисті емоції, що стоять за вчинками, також не мають значення в кантіанській деонтології, оскільки Кант вважав, що люди не завжди мають раціональний контроль над своїми почуттями. Натомість намір, що стоїть за обраними діями, має набагато більше значення. Тому прихильники деонтології судять про вчинки на основі того, що більшість людей вважає морально правильним, незалежно від фактичних наслідків [134].

Друга компонента включала змінні, які свідчили про зворотній зв'язок від пацієнта, як реакцію на деонтологічне відношення медичного персоналу до нього. Очевидно, що кожна особа, яка потрапляє до стаціонару має безліч питань щодо свого здоров'я і ці всі питання є складовими тривоги, яку відчуває людина, яка захворіла чи була поранена. Коли людині пояснюють ці речі, то виявляють до неї піклування, запрошуючи до довіри. Якщо медичний персонал поводить себе саме таким чином, розповідаючи про ліки, пояснюючи які можуть бути побічні ефекти, і в той же час допомагає пацієнту вирішити нагальні, в тому числі, і фізіологічні потреби - дістатися до туалету, то цю компоненту можна назвати **«Відповідальність за своє здоров'я»**.

В третій компоненті йдеться про ліки і надання допомоги при фізіологічних потребах. Пацієнти звернули увагу, що їм давали ліки, які вони раніше не приймали і тут же показник, який вказує на інформацію щодо побічних ефектів, то це говорить про їх відповідальне відношення до лікування. Отже третя компонента отримала назву **«Прихильність до лікування»**.

Лише про відгук медичного персоналу на звернення пацієнтів про допомогу йшлося в останній – четвертій компоненті. Людині, яка почала одужувати, відчувати прилив сил, все ж потрібна допомога в елементарних речах, щоб медичний персонал почув заклик, прохання і прийшов підтримати постраждалого. Можна спостерігати, а можна діяти – допомагати. Тут йдеться

більше про покликання медичного працівника, тому ця компонента дістала ім'я «Милосердя», адже такою була перша назва медичних сестер – сестра милосердя.

В нашій роботі ми розглядали міжособистісну комунікацію між пацієнтами і медичним персоналом через анкету HCAHPS. Факторний аналіз дозволив виявити компоненти, які стосувалися відношення медичного персоналу до пацієнтів: «Деонтологія» і «Милосердя» а також у вигляді зворотнього зв'язку відгук пацієнтів - «Відповідальність за своє здоров'я» і «Прихильність до лікування». Своїм відношенням через притримання деонтологічних правил та милосердям лікарі формують задоволеність. Задоволеність пацієнтів є одним з найважливіших показників результатів якості в оцінці продуктивності систем охорони здоров'я та персоналу [176]. Як сформульовано у звіті Інституту медицини, комунікація лежить в основі задоволеності пацієнтів і має основне значення для надання орієнтованої на пацієнта допомоги, яка поважає індивідуальні особливості, потреби та цінності окремої людини. [167, 181]. Задоволеність послугами, комунікація між пацієнтом та надавачем послуг пов'язані з важливими результатами охорони здоров'я, такими як: прихильність до лікування, помилки в прийомі ліків та повторні госпіталізації [135, 142, 149, 161]. Більше того, ефективна комунікація є життєво важливою для значущого обміну інформацією, такого як отримання повної та точної історії хвороби для встановлення діагнозу та планів лікування [181]. Задоволеність завжди орієнтована на пацієнта, обумовлена відношеннями між пацієнтом і медичним працівником, і, яка, в решті-решт, впливає на результати лікування [167]. Хоча результати та задоволеність пов'язані, у саме поняття «задоволеність» входить більше, ніж просто результати. При визначенні своєї задоволеності отриманою допомогою пацієнти, швидше за все, фокусуватимуться на своєму поточному стані здоров'я, ніж на рівні поліпшення, яке вони отримали [135, 161]. Задоволеність пацієнтів медичним обслуговуванням розглядається як вимір якості лікування. Паско визначив

задоволеність пацієнта як «реакцію одержувача медичної допомоги на важливі аспекти контексту, процесу та результату».

Показники задоволеності пацієнтів зосереджені на звітах пацієнтів або оцінках лікування, відображають точку зору пацієнта та цільові параметри догляду, який пацієнти можуть оцінити (тобто пацієнтоцентровані компоненти догляду).

З точки зору лікарні, клінічний персонал та менеджери повинні цікавитися думкою пацієнтів щодо догляду, тому що діагноз і лікування залежать від чіткої, зрозумілої комунікації з пацієнтами та надання їм необхідної інформації, а також від участі пацієнтів в процесі лікування. Задоволеність пацієнта доглядом є предиктором майбутньої поведінки (наприклад, притримання призначень лікаря та наміру повернутися в цей же стаціонар).

Побажання та задоволеність пацієнтів можуть бути використані надавачами послуг, щоб допомогти зробити вибір відносно способів організації і надання допомоги (наприклад, планування візитів і виписки), задоволеність пацієнта може бути прямою або непрямою мірою результату (наприклад, наскільки добре пацієнт функціонує/діє в напрямку до свого здоров'я) та, як зазначив Донабедян, «досягнення і отримання здоров'я та задоволення, є основним валідатором якості медичної допомоги» [135]. Розвиток медичних знань, особливо реабілітаційні послуги, історично пов'язані з часами війни [181, 134]. Дисципліни фізіотерапії, фізичної та ерготерапії, інженерії реабілітації та професійної реабілітації були в основному сформовані у відповідь на потреби поранених солдат, які поверталися з першої та другої світових війн [142, 161, 181].

З точки зору пацієнта, який в нашому випадку є військовослужбовцем, який постраждав внаслідок бойових дій та потребує особливої уваги притримання деонтології та вияву милосердя з боку медичних працівників має велике значення, оскільки, як зазначили хірурги UKRSOF, постраждали поступують з одночасно декілька з множинними потенційно смертельними

травмами, потребують декількох екстрених втручань з контролю пошкоджень, перш ніж клініцисти зможуть почати доглядати за наступним пацієнтом [142, 149].

Статистика, опублікована українськими медиками, показує, що понад 70% усіх українських бойових втрат спричинені артилерійськими та ракетними обстрілами російських військ, що призвело до значних політраум багатьох систем органів [135]. Отже, в госпіталь з поля бою надходять поранені у важкому стані, що вимагає інтенсивного лікування, та догляду з дотриманням деонтології та вияву милосердя. Як знак досягнутої мети в задоволеності буде проявлена пацієнтами **«Відповідальність за своє здоров'я»** та **«Прихильність до лікування»** [158, 184].

5.2. Вплив війни на зростання запиту щодо медичної допомоги військовим

Початок війни в лютому 2022 року змінив інтерес населення щодо інформаційного поля, оскільки питання безпеки, екзистенції виходило на перше місце і було життєво важливим. На початку дослідження в систему Google Trends було введено пошуковий запит «війна», термін дослідження останні 5 років (рис.5.2). Як видно з таблиці 5.7 найбільша частота запитів була саме до 22 лютого і відразу після. Країни, які проявляли інтерес: Україна, Іран, Болівія, Росія, Боснія і Герцоговина. Власне країна агресор – Росія і країни, які в своїй історії мали боротьбу за незалежність – Болівія, Боснія і Герцоговина та Іран в якому війна набуває перманентного стану.

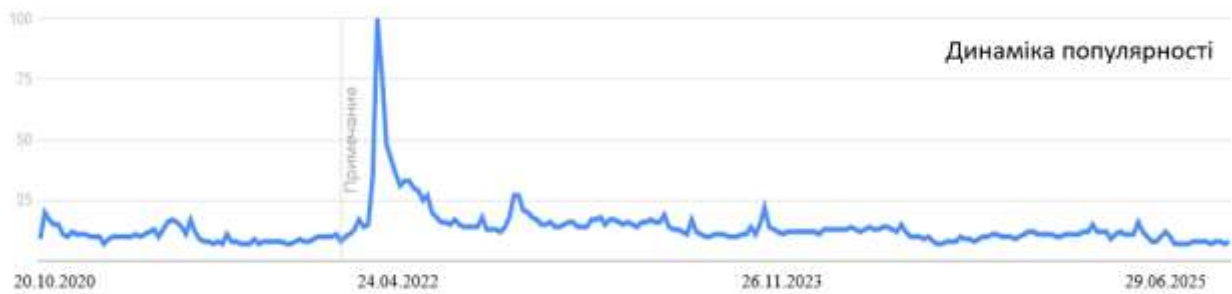


Рис. 5.2 – Динаміка запитів населення всього світу за темою «Війна» з 2020 по 2025 рік

Якщо провести пошук за один день – ми обрали 15-16 вересня, і визначити географічно Україну, то можна відмітити, що найбільший попит відбувається в між третьою та четвертою годинами ранку, як відомо, в цей час найбільша кількість тривог. За регіонами: Запорізька, Херсонська, Харківська, Чернігівська, Сумська – саме ті області, 16 вересня були обстріляні російськими найманцями, про що і йдеться в новинах: «За минулу добу ворог обстрілював Чернігівську, Сумську, Харківську, Дніпропетровську, Херсонську, Миколаївську, Запорізьку, Донецьку та Луганську області. Звечора росіяни вкотре атакували Україну безпілотниками» [1]. Схожими запитами на тему війни, якими цікавилось населення були: «який день війни» ця тема може свідчити про те, що в популяції відчувається втома, що може проявлятися нехтуванням безпекою і прагненням як найшвидшого припинення конфлікту. «Техніка війни» - говорить про інтерес до правил її ведення, до зброї, а отже до поранень, які можуть виникнути. Як бачимо, дотичні теми найбільше стосуються людського життя, власне, екзистенції.

Наступною темою, яку ми досліджували за останні 5 років, була «поранені у бою» (рис. 5.3). Найбільше число запитів припадає на 19-25 березня 2023 року. Хронологія російського вторгнення в Україну (березень 2023): «Росіяни наступали на Лиманському, Бахмутському, Авдіївському, Мар'їнському та Шахтарському напрямках. Протягом доби ЗСУ відбили 69 атак противника на зазначених напрямках. Епіцентром бойових дій залишається

Бахмут» [119]. Звісно, що такі «гарячі події» призведуть до збільшення числа поранених.

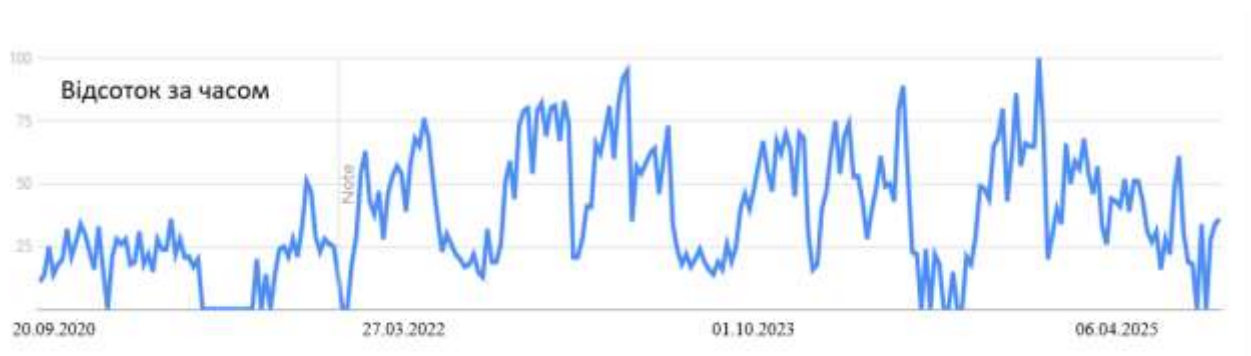


Рис. 5.3 – Динаміка запитів населення України за темою «Поранені у бою» з 2020 по 2025 рік

Далі перевіряли запити пов'язані з лікуванням, а саме «госпіталь». До 2022 року число запитів з цієї теми коливалося не більше 25 і починаючи з 2022 року – стрімко зростає, в певних моментах досягаючи 100 балів. Інтерес за субрегіонами виявився наступним: м. Севастополь, Одеська область, Крим, Харківська, Луганська області. Дотичними темами є «Військовий госпіталь», «Ранений», «Поліклініка військового госпіталю» (рис. 5.4).

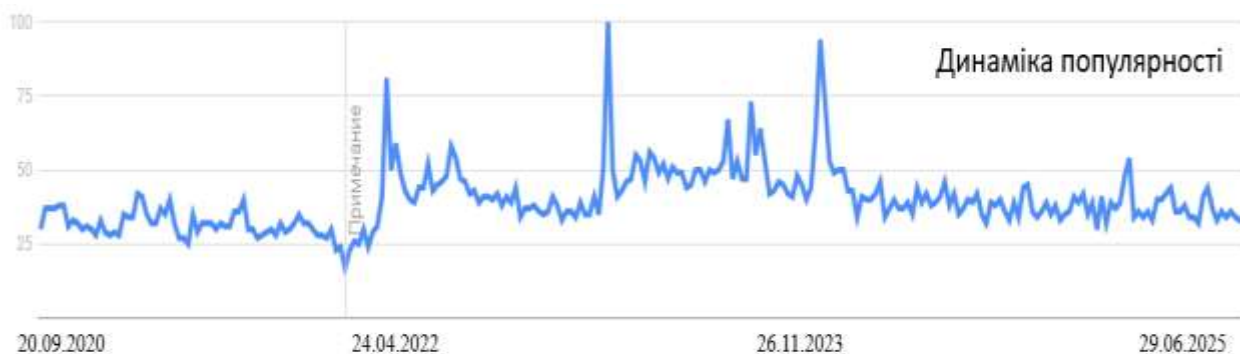


Рис. 5.4 – Динаміка запитів населення України за темою «Госпіталь» з 2020 по 2025 рік

Для розуміння вибору постраждалими закладів ОЗ, поглибили свій пошук щодо запитів виду госпіталю. водили повну назву «Військовий госпіталь». З березня 2022 року запити починають стрімко зростати. Відмітили, що при вводі запиту «Госпіталь» найбільшу зацікавленість виявили окуповані і Східні

регіони, водночас при введенні українською літерацією «Військовий госпіталь» топ-інтересу був у західних областях України (рис. 5.5, табл. 5.7).

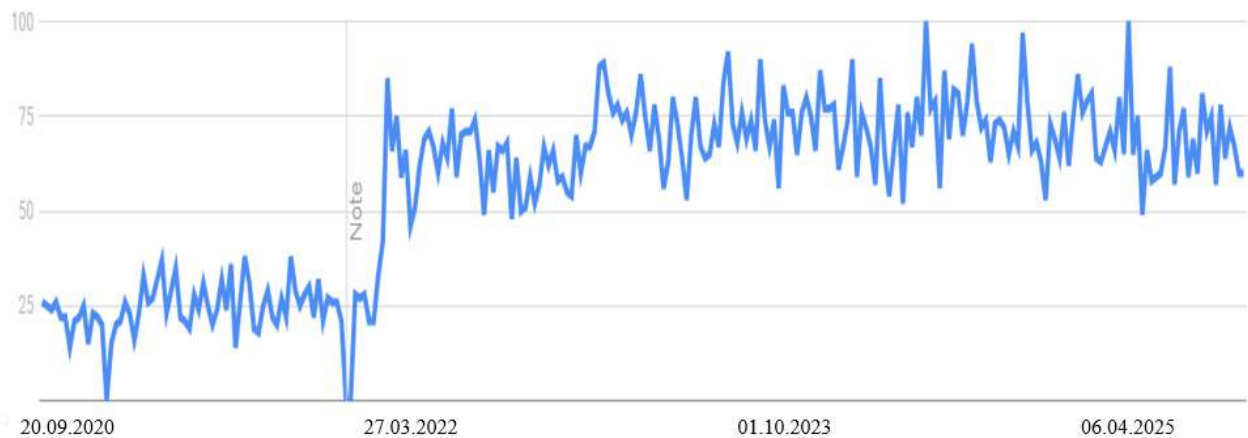


Рис. 5.5 – Динаміка запитів населення України за темою «Військовий госпіталь» з 2020 по 2025 рік

Дотичними темами до «Військовий госпіталь» були регіональні ЗОЗ: «Травматологічне відділення Хмельницького військового госпіталю», «Госпіталь Київ», «Винники, Госпіталь», «госпіталь Запоріжжя» «госпіталь Кременчук», «госпіталь Харків». Отже, запити населення пов'язані з військовим госпіталем шукають локальний заклад МО України, який би підходив як за місцем розташування так і за потужністю закладу. Звертає увагу, що, наприклад госпіталем наближеним до військових дій в Запоріжжі цікавилися на початку війни – в 2022 році, тоді як інтерес до найбільш західного закладу - Львівський обласний госпіталь ветеранів війн та репресованих ім. Ю. Липи, м. Винники – зростає з 2023 року. Помітно, що у Львові діє «Програма Interreg NEXT Польща – Україна 2021-2027 була затверджена Європейською Комісією 30 листопада 2022 року. На її реалізацію Європейський Союз виділив 235,9 млн євро (з яких щонайменше 214,4 млн євро на проєкти), а загальний бюджет становить понад 262 млн євро. На ці кошти були придбане сучасне обладнання, лікарі пройшли навчання в університетській клінічній лікарні ім. Фридеріка Шопена в Жешуві (рис. 5.6, 5.7) [97].

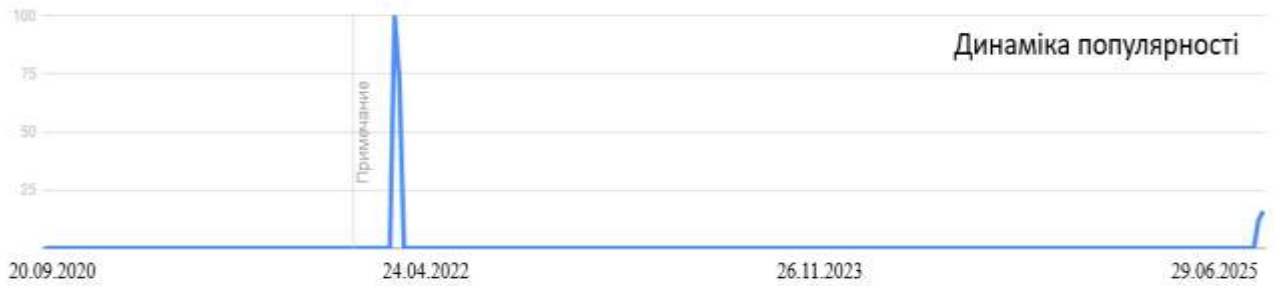


Рис. 5.6 – Динаміка запитів населення України за темою «Військовий госпіталь Зпоріжжя» з 2020 по 2025 рік

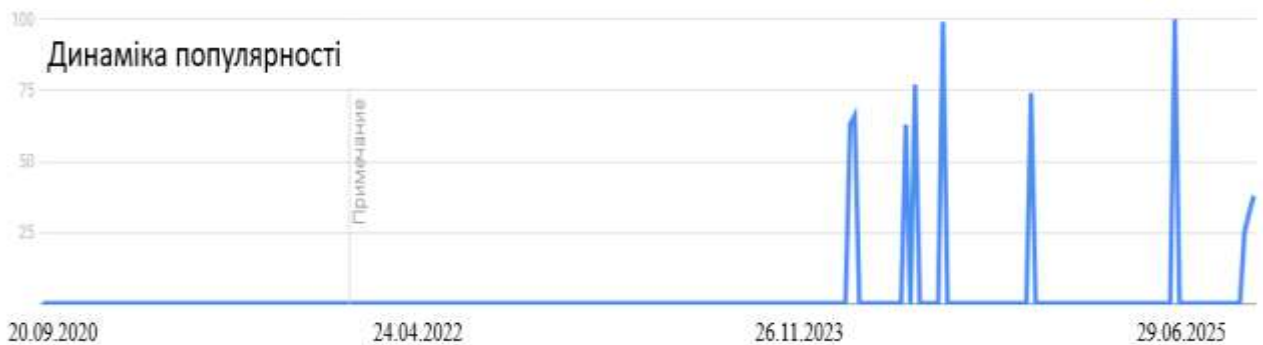


Рис. 5.7 – Динаміка запитів населення України за темою «Військовий госпіталь Винники» з 2020 по 2025 рік

Військово-медичний клінічний центр Північного регіону ще з 2014 року приймає поранених з Донецького та Луганського напрямків але з 2023 по 2024 роки попитом населення не користувався (рис. 5.8). Можливо це пов'язано з регулярною евакуацією в госпіталь, а з іншого боку, більшим вибором ЗОЗ для пацієнтів.

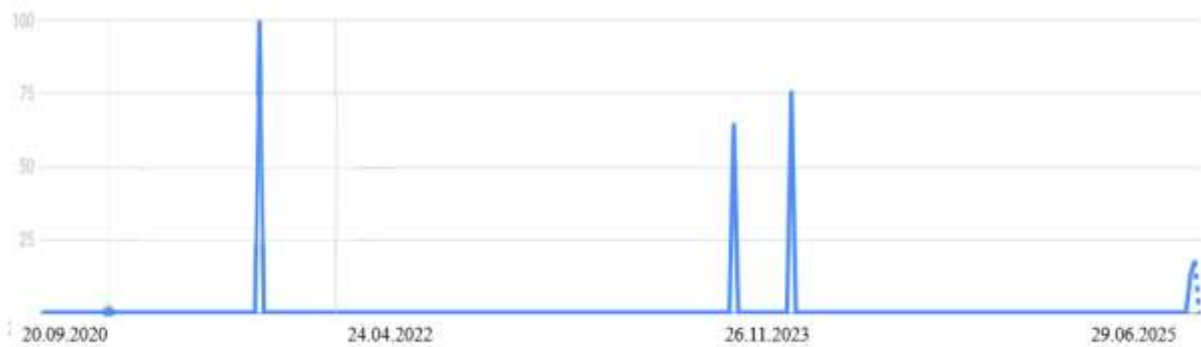


Рис. 5.8 – Динаміка запитів населення України за темою «Військовий госпіталь Харків» з 2020 по 2025 рік

В той же час, Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь» займає лідируючі позиції, оскільки, є фарватером медичної допомоги (рис. 5.9). Області, які найбільше цікавляться цим закладом – прилеглі до київської області – Чернігівська, Черкаська, Житомирська, саме м. Київ і область.

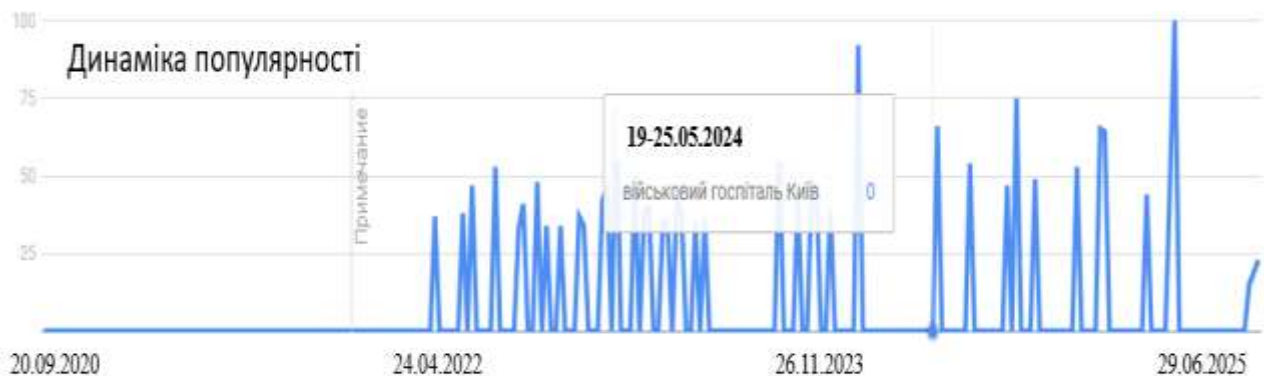


Рис. 5.9 – Динаміка запитів населення України за темою «Військовий госпіталь Київ» з 2020 по 2025 рік

Для кращого розуміння надання медичної допомоги на всіх її етапах, ми досліджували запити які стосувалися надання домедичної допомоги в умовах російсько-української війни. Була введена тема для пошуку «надання домедичної допомоги + "російсько-українська війна"». Як показано на рисунку 5.10, таблиці 5.7 запити щодо цієї теми високі, особливо в наступних областях: Рівенська, Миколаївська, Тернопільська, Кіровоградська, Хмельницька області. Від надання домедичної допомоги буде залежати перебіг клінічного процесу,

тому в Україні на всіх рівнях відбувається навчання, що обґрунтовано нормативно-правовою базою: Закон «Про екстрену медичну допомогу» (стаття 12), накази МОЗ України: № 1627 від 04.08.2021 «Про удосконалення підготовки з надання домедичної допомоги осіб, які не мають медичної освіти» та № 441 від 09.03.2022 «Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах».

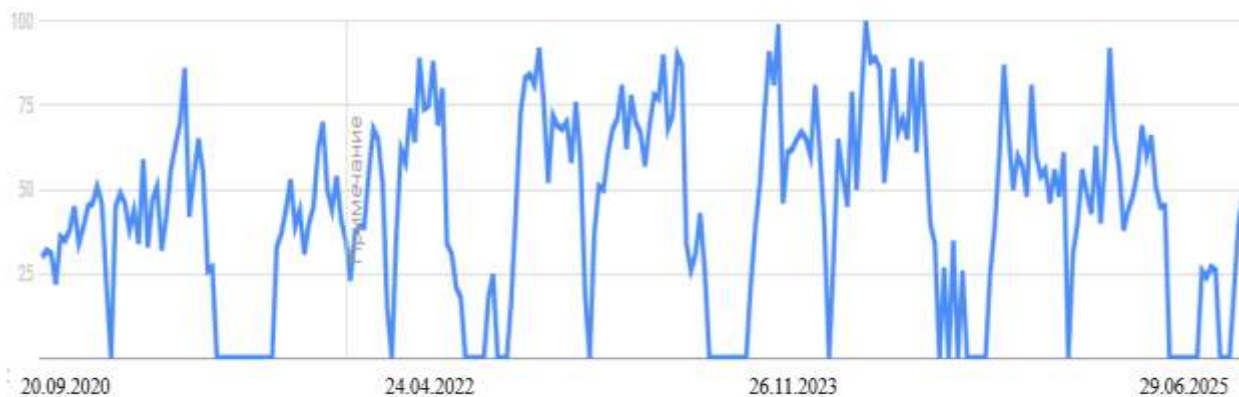


Рис. 5.10 – Динаміка запитів населення України за темою «надання домедичної допомоги + "російсько-українська війна"» з 2020 по 2025 рік

Таблиця 5.7.

Оцінка пошукового інтересу до термінів пов'язаних з війною у користувачів Google в Україні та світі за п'ять років

Країна та час дослідження	Термін дослідження	Дата найбільшого попиту	Регіони, які проявили найбільшу зацікавленість
Увесь світ (за 5 років)	Війна	13-22 лютого 2022	Україна, Іран, Болівія, Росія, Боснія і Герцоговина
	Російсько-українська війна	16-22 лютого 2022	Зімбабве, Уганда, Італія, Куба, Германія
Україна (5 років)	Поранені у бою	19-25 березня 2023 року	Рівенська, Волинська, Сумська, Вінницька, Хмельницька

Продовження таблиці 5.7.

			області
	Госпіталь	15-11 січня 2023 р.	г. Севастополь, Одеська область, Крим, Харківська, Луганська області
	Військовий госпіталь	2-8 червня 2024 року	Львівська, Вінницька, Хмельницька, Рівенська, Чернівецька області
	Надання домедичної допомоги + "російсько- українська війна"	15-21 жовтня 2023 рік	Рівенська, Миколаївська, Тернопільська, Кіровоградська, Хмельницька області

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 5

1. Опитування пацієнтів військового госпіталю показало, що основними компонентами факторного аналізу, які впливали на задоволеність пацієнтів з боку медичного персоналу були: «Деонтологія» і «Милосердя». В той же час з боку пацієнта – «Відповідальність за своє здоров'я» і «Прихильність до лікування».

2. Встановлено, що запит користувачів Google населення України з початком війни змінився в бік життєвої безпеки, вибору військового госпіталю, перевага якому залежить від потужності, можливостей та етапу надання медичної допомоги – на початку евакуації обирається найближчий Військово-медичний клінічний центр Північного регіону, і долікування проводиться у більш віддалених від військових дій локаціях, таких, як Львівський обласний госпіталь ветеранів війн та репресованих ім. Ю. Липи.

3. З'ясовано, що високим попитом користується у населення надання домедичної допомоги, оскільки це питання стосується не лише військовослужбовців, але і цивільних жителів, які ризикують під час повітряної тривоги попасти під ворожий обстріл і бути пораненими.

Результати досліджень розділу 5 наведено в публікаціях:

1. Korneta O.M, Holovanova I.A, Khorosh M.V. Assessment of interpersonal communication between doctors and patients in a military hospital: factor analysis of the hcahps survey. *Wiadomości Lekarskie* 2026;(1):184-195. <https://doi.org/10.36740/WLek/213940>

РОЗДІЛ 6

НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНО- ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ПІД ЧАС РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ

Для того щоб виробити концепцію моделі надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни, необхідно визначити з понятійним апаратом категорії «війна». Історики досліджуючи це питання приходять до висновку, що ключовими орієнтирами війни Росії проти України є гібридне протиборство [14]. Як уже було показано, що змінився сам характер ведення бою: залишаючись і наближеним він стає і дальнім, оскільки науково-технічний прогрес вплинув і на виробництво зброї, яка досягає цілей, так, наприклад російський оперативно-тактичний ракетний комплекс (ОТРК) "Іскандер-М", може набирати швидкість понад 500 кілометрів. Воєнно-стратегічні позиції представлені в роботі українського історика О. Лисенка, де він говорить про поєднання елементів війн четвертого, п'ятого і шостого поколінь. Про це свідчить, зокрема, застосування не лише звичайних видів озброєння. Використовуються: високоточна зброя з метою ураження державних, військових, економічних, комунікаційних об'єктів, транспортної мережі і систем управління; системи протиповітряної і протиракетної оборони; системи управління усіма видами і способами воєнних дій та інформаційного протиборства; сучасні системи акумуляції, обробки та використання інформації, навігації, управління й контролю за всіма сферами сектору оборони і державної безпеки, а також відбувається всебічне й неперервне забезпечення воєнних дій упродовж заданого періоду. Окремі риси воєн п'ятого покоління, на думку О. Лисенка, проявляються у застосуванні військами РФ хімічної зброї та постійних погрозах Кремля застосувати тактичну й інші види ядерної зброї [50].

Обґрунтування моделі буде базуватися на дослідженнях, які були проведені в попередніх розділах:

1. Аналіз роботи стаціонару госпіталю показав перенавантаженість травматологічного і хірургічного відділень.

2. Вірогідне зменшення ветеранів, учасників бойових дій, інвалідів війни, що може свідчити про постаріння, а також природні втрати – смерть людей цих категорій.

3. Вивчення нормативно-правової бази засвідчило про існування низки документів, що поліпшують організацію медичної допомоги військових шляхом їх переведення в потужні ЗОЗ МОЗ України.

4. Задоволеність пацієнтів виражається в милосерді та притриманні деонтології з боку медичного персоналу. А зі свого боку постраждалі повинні бути відповідальними за своє здоров'я, прихильно ставитися до призначеного лікування.

5. Запит користувачів Google населення України з початком війни змінився в бік життєвої безпеки, вибору військового госпіталю, перевага якому залежить від потужності, можливостей та етапу надання медичної допомоги та територіальної доступності. Висока зацікавленість населення у наданні домедичної допомоги.

Такі постулати були відправними точками для визначення нашої концепції. Але для повної картини необхідно було вивчити думку лікарів, які працювали з постраждалими військовослужбовцями.

6.1. Аналіз думки лікарів щодо медичної допомоги військовослужбовцям

Для розуміння погляду лікарів на процес лікування, діагностики в ЗОЗ, в якому вони працюють і мають відношення до військовослужбовців, ми створили анкету, як мала 2 блоки: кількісну, де ми пропонували відповіді на поставлені питання і якісну – тут фахівці висловлювали свою думку на поставлене питання. З числа опитаних лікарів найбільшу кількість становили

хірурги – 18 осіб (69,2%) і найбільший стаж в респондентів був понад 10 років. Серед респондентів не було тих, хто оцінив би рівень медичної допомоги як «низький» чи «дуже низький». Більшість вказала на «задовільний» і всього лише три особи – на «дуже високий». По-різному була дана оцінка рівню забезпечення медичної допомоги належним обладнанням: від «повністю вистачає» - 4 (15,4%) до «значна нестача» - 3 (11,5%). Водночас 13 (50%) відповіли, що «в основному вистачає». На нашу думку, такий важливий компонент, як матеріально-технічна база є важливим в наданні медичної допомоги, тому для розвитку концепції побудови функціонально-організаційної її моделі, ми будемо враховувати, хоч і менше число відповідей лікарів про цей брак. Оптимістично виглядає картина щодо кваліфікації медичного персоналу, яка має вигляд професійної команди – більшість респондентів вважають медичний персонал кваліфікованим – 18 (69,2%). Співставлення вкладених ресурсів в отриманий результат ми включили в наступне питання і виявили, що 50% лікарів припустили, що процес надання медичної допомоги військовослужбовцям достатньо ефективний. Бачимо, що 50% опитаних вважають нормативно-правову базу такою, що не повністю забезпечує повноцінне лікування військовослужбовців у госпіталі (табл. 6.1).

Таблиця 6.1.

Думка лікарів щодо надання медичної допомоги військовим

Змінна	Кількість лікарів, які дали відповідь на питання n=26, абс (%)
Фах	
Терапія	7 (26,9)
Хірургія	18 (69,2)
Травматологія	1 (3,8)
Стаж	
До 1 рокув	0
1–5 років	5 (19,2)
6–10 років	3 (11,5)
Більше 10 років	18 (69,2)
<i>Продовження таблиці 6.1.</i>	

Як Ви оцінюєте рівень медичної допомоги, що надається військовослужбовцям?	
Дуже високий	3 (11,5)
Високий	11 (42,3)
Задовільний	12 (46,2)
Низький	-
Дуже низьки	-
Чи достатньо ресурсів (обладнання, медикаментів) для якісного лікування пацієнтів?	
Так, повністю вистачає	4 (15,4)
В основному вистачає	13 (50,0)
Частково не вистачає	6 (23,1)
Відчувається значна нестача	3 (11,5)
Наскільки кваліфікованим Ви вважаєте медичний персонал, який працює з військовослужбовцями?	
Дуже кваліфікованим	7 (26,9)
Кваліфікованим	18 (69,2)
Посереднім	1 (3,8)
Недостатньо кваліфікованим	0
Чи вважаєте Ви процес медичної допомоги військовослужбовцям достатньо ефективним?	
Так	13 (50,0)
Частково	12 (46,2)
Ні	1 (3,8)
Чи забезпечує нормативно-правова база повноцінне лікування військовослужбовців у госпіталі?	
Так	10 (38,5)
Не повністю	13 (50,0)
Не забезпечує	3 (11,5)

При високій ефективності надання медичної допомоги – на думку лікарів – все ж кадрів не вистачає і такий погляд має 62% (рис. 6.1).

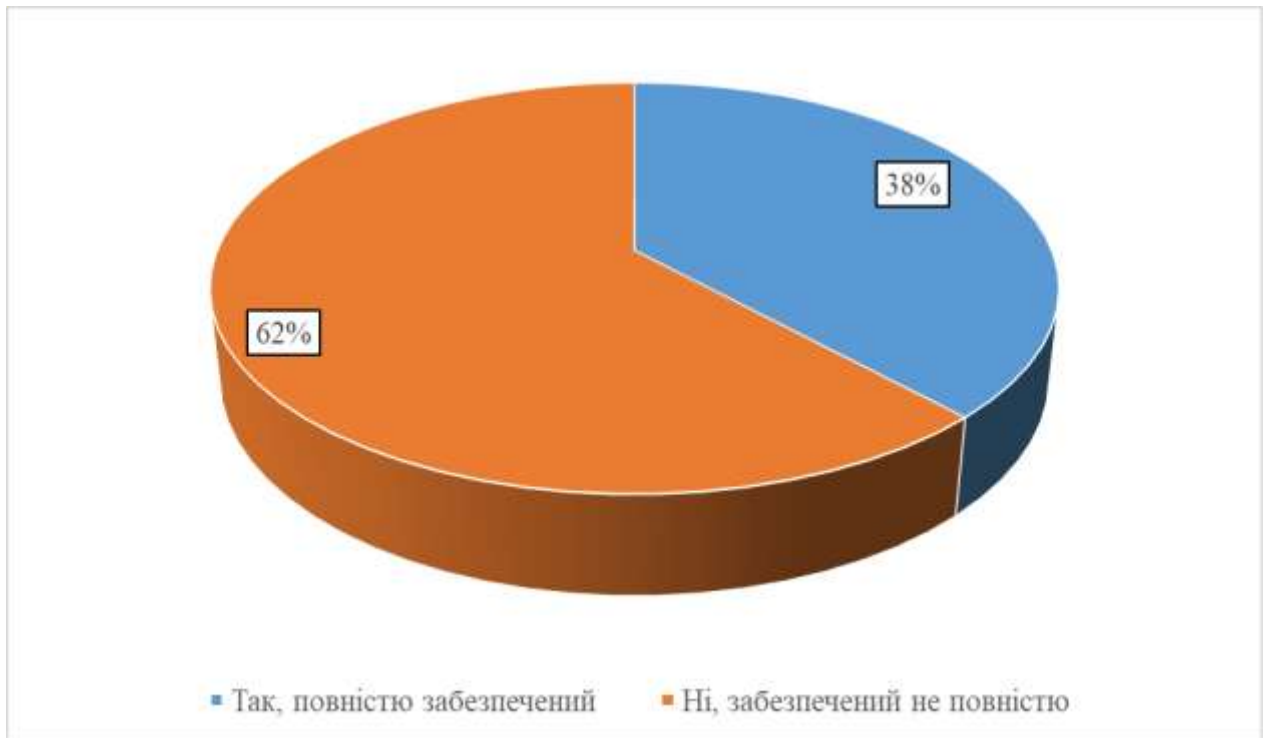


Рис. 6.1 – Думка лікарів щодо кадрового забезпечення для медичної допомоги військовим

Серед фахівців, яких не вистачає в закладах охорони здоров'я за судженням лікарів є велика потреба в хірургах – 58%, потім травматологи – 23%, медсестри – 15%, невропатологи – 4% (рис. 6.2).

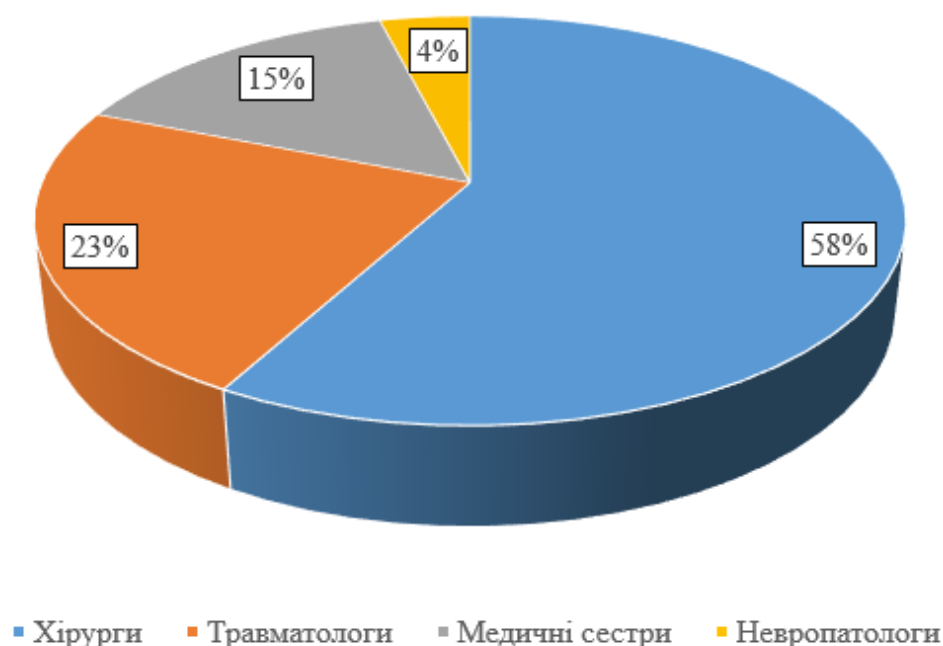


Рис. 6.2 – Думка лікарів щодо структури кадрового забезпечення

Підсумовуючи цей етап аналізу можна стверджувати, що при недостатчі кадрів, обмаль ресурсів – обладнання та ліків – все ж процес надання медичної допомоги є задовільний та ефективний. Отже ця «якість» медичної допомоги повністю лежить на плечах у того медперсоналу, який саме зараз працює в закладі і знаходить вихід із скрутної ситуації щодня. Таких фахівців мало, але вони надзвичайно цінні, адже на них можна покластися, вони відповідальні та обов’язкові. Але можна спрогнозувати про швидке вигорання, втому, і як наслідок зниження уваги, працездатності, що в свою чергу позначиться на якості.

Усвідомивши, що існує проблема в кадровому та ресурсному забезпеченні, ми заглибилися у проблеми надання медичної допомоги: відкриті питання анкети розширили можливості аналізу медичної допомоги з точки зору її безпосередніх надавачів (табл. 6.2).

Отримали чотири відповіді, в яких лікарі вказали на те, що проблем немає. Основні перешкоди, на думку лікарів, були в наступному: в етапах надання медичної допомоги (реабілітація, протезування), не налагоджена

безперервність та узгодженість, обмаль ресурсів (кадрові, лікарські засоби, обладнання), доступності, фінансуванні, прихильності до лікування.

Виділені складні в житті військового етапи надання медичної допомоги пов'язані з поверненням військовослужбовця до життя в суспільстві – це протезування і реабілітація. За думкою Олег Янчинського та його співавторів, які дослідили 16 наукових публікацій, що стосуються питань реабілітації пацієнтів після ампутації нижньої кінцівки, постраждалі мали центральні фізіологічно-ментальні проблеми, які є надзвичайно болісними у веденні такої особи [127]. Людина, яка захищала Батьківщину, очевидно і сподівається на відшкодування витрат задіяних на відновлення втраченої руки чи ноги. Система безперервності і узгодженості не здійснюється, оскільки пацієнт після реабілітації не повертається на продовження лікування в госпіталь, така «незлагодженість системи медичної допомоги» може призводити, що пацієнт губиться і не отримує належної медичної допомоги. Окрім того, не налагоджена координація медичної допомоги з особовим складом військової частини спричиняє погіршення стану військового: «Пацієнта зачасту не відпускають зі служби, хвороба переходить в хронічну форму і дає ускладнення».

Недостатні ресурси, яких вимагає система охорони здоров'я військовослужбовців, не лише фінансові, але і кадрові, матеріально-технічна база, ліки. Військові, як під час виконання службових обов'язків, так і під час поранення потребують підтримки психолога, яких в армії не вистачає. Основним є те, що не покривається медична допомога гарантованим пакетом НСЗУ.

Медичні працівники на кожному етапі надання медичної допомоги діють згідно прописаним інструкціям Міноборони України. Під час війни людський фактор має найважливіше, найцінніше значення, особливо військовий, який забезпечує оборону нашого суверенітету. Протягом відпустки він може поліпшити своє здоров'я, але бюрократичні перепони, які не дозволяють це зробити швидко та ефективно, оскільки у бійця повинно бути направлення до

сімейного лікаря від начальника медичної частини МП. Перелік поліклінік та амбулаторій, де він може отримати допомогу фіксований і невеликий. Якщо військовий отримує від сімейного лікаря направлення на лікування в стаціонарі, то він повинен звернутися в ТЦК та СП, яке б дало дозвіл, в іншому випадку вважатиметься, що він самовільно залишив свою частину. Великі черги до фахівців, недостатня комунікація між фахівцями на догоспітальному етапі, недостатня кількість військових шпиталів, неможливість звернутися в заклади ОЗ без направлення з госпіталю, роблять доступність отримання медичної допомоги обмеженою.

Мабуть найважче вплинути на самого пацієнта, який незацікавлений в своєму одужанні (табл. 6.2). В інтерв'ю брали участь лікарі, які працюють безпосередньо на медичних пунктах, приймають поранених і заповнюють первинну медичну картку (ПМК), а дані про кожного пацієнта заносять в МІС. Остання форма - № 001/о є більш зручною і структурованою. Водночас, є проблеми в її заповненні фахівцями, які мають значний стаж роботи в медицині, бо не мають навичок користуватися комп'ютером.

Таблиця 6.2.

**Думка лікарів щодо основних проблем в організації медичної допомоги
військовослужбовцям**

Назва загальної проблеми		Цитати з відповідей лікарів n=26
Які основні проблеми Ви бачите в організації медичної допомоги військовослужбовцям?		
Проблем немає		«Не бачу» «Складно сказати» «Проблем не бачу» «Проблем немає»
Етапи надання медичної допомоги	Протезування	«Протезування не в повному обсязі, відсутнє повне матеріальне державне забезпечення» «Не завжди відбувається за рахунок держави» «Відсутня психологічна підтримка»
<i>Продовження таблиці 6.2.</i>		
	Реабілітація	«Часу на реабілітацію теж не вистачає, бо його одразу забирають в частини»
Безперервність та узгодженість медичної	Координованість	«Незлагодженість системи медичної допомоги».

допомоги		
	Наступність	«Іноді відбувається неправильне скерування на етапі реабілітації їдуть за місцем проживання хоча повинні зразу в госпіталь ,що іноді приводить до конфлікту»
Ресурсне забезпечення медичної допомоги	Кадри медичні	«Неукомплектованість медичних підрозділів особовим складом» «Нестача кадрового потенціалу» «Велика потреба в лікарях вузької спеціалізації: окулісти, щелепно-лицьові хірурги, ЛОР»
	Кадри: психологи	«Військові, під час поранення потребують підтримки психолога, яких в армії не вистачає»
	Фінанси	«Низькій рівень оплати середньому і молодшому персоналу, які безпосередньо займаються доглядом за військовослужбовцями» «Недостатнє фінансування» «Не вистачає коштів на покриття медичної допомоги» «Медична допомога не прописана в пакеті НСЗУ»
	МТБ, медичні препарати	«Недостатня кількість медичних препаратів, обладнання»
Доступність		«Великі черги до фахівців» «Доступність в організації і комунікації на догоспітальному етапі» «Складність в отриманні допомоги (недостатня кількість військових шпиталів, та неможливість звернутись до цивільної медицини без направлення з госпіталю)» «Перелік поліклінік та амбулаторій, де він може отримати допомогу фіксований і невеликий.» «На стаціонарне лікування пацієнт повинен отримати дозвіл в ТЦК під час відпустки»
Інформаційна		«Недостатні навички в заповненні ПМК і відповідно введення даних в МІС»
Прихильність до лікування		«Незацікавленість більшості військовослужбовців в одужанні»

Логічно було перейти до наступного етапу і запитати респондентів щодо усунення проблем. Ті самі лікарі, які працюють безпосередньо з постраждалими військовослужбовцями, поділилися своїм баченням оптимізації медичної допомоги (табл 6.3). Аналізуючи таблицю, розуміємо, що в респондентів є пропозиції щодо вирішення труднощів, крім однієї – прихильності до лікування військовослужбовців.

**Думка лікарів щодо вирішення основних проблем в організації
медичної допомоги військовослужбовцям**

Назва загальної проблеми		Цитати з відповідей лікарів n=26
Етапи надання медичної допомоги	Протезування	«Якісне протезування в повному обсязі, матеріальне державне забезпечення» «За рахунок держави» «Психологічна підтримка»
	Реабілітація	«Збільшення термінів реабілітації»
Безперервність та узгодженість медичної допомоги	Координованість Наступність	«Правильно скеровувати на всіх етапах лікування»
Ресурсне забезпечення медичної допомоги	Кадри	«Збільшити кількість кваліфікованого персоналу» «Збільшити кількість кадрів для потрібного профілю - неврологи, травматологи» «Знизити навантаження на персонал військового госпіталю, шляхом збільшення кількості працівників» «Підвищення кваліфікації медичного персоналу»
	Фінанси	«Виділити пакет військовий» «Належне фінансування» «Укомплектувати штат, підвищити грошове забезпечення медичних працівників» «Додаткові джерела фінансування» «Підвищення рівня оплати праці медичного персоналу» «Участь у проектах , грантах для покращення фінансування галузі ОЗ»
	МТБ, медичні препарати	«Повне забезпечення медикаментами та медичним обладнанням» «Надати сучасне обладнання, ремонт приміщення» «Створення належних умов для пацієнтів і медичного персоналу»
Доступність		«Розробити чіткі алгоритми надання медичної допомоги зі зрозумілою й необтяжливою для військовослужбовців маршрутизацією»
Прихильність до лікування		-
Якість медичної допомоги		«Упорядкування і реальне застосування критеріїв якості надання медичної допомогипостійне»

6.2. Концептуальна модель оптимізації функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни

В основу концепції нашої моделі були покладені: нормативно-правова база, «Методичні рекомендації щодо етапності надання медичної допомоги пораненим та травмованим» міжнародні документи, Багатонаціонального медичного координаційного центру – Європа (ММСС-Е), як Європейське оборонне агентство (EDA) а також партнерства між цивільними та військовими у сфері охорони здоров'я. Хоча окремі країни надають медичну допомогу через військові шпиталі та клініки, такі організації, та ММСС-Е, працюють над покращенням координації, логістики та можливостей у всіх країнах для підвищення загальної готовності та підтримки військової медичної допомоги [71, 128].

Національні збройні сили кожної європейської країни відповідають за медичне обслуговування власного персоналу.

Як показало наше дослідження, а саме висновки третього розділу, де видно, що найбільш завантаженими відділеннями є хірургічне та травматологічне. Поранені бійці становлять основний контингент пацієнтів у госпіталях України та поза її межами. Охорона здоров'я до війни в Україні була націлена на реформу, яка передбачала зміну фінансування, з'являється такий вислів «гроші ходять за пацієнтом», що означало оплату кожного конкретного випадку, а не утримання медичної мережі. Держава (НСЗУ) закуповувала послуги у ЗОЗ за конкретний випадок або на основі капітаційної ставки на одного громадянина. Важливим було те, що кожна особа могла підписати декларацію з сімейним лікарем, що означало вільний вибір лікаря та підвищувало доступність до медичної допомоги. Запроваджувався електронний обіг медичної документації, що давало можливість через постійний моніторинг поліпшити якість медичної допомоги. Очікували, що такі дії вплинуть на кінцевий результат, а саме – знизиться смертність, підвищиться тривалість життя людей. Програма медичних гарантій спеціалізованої медичної

допомоги була націлена на захворювання, які є першими в причинах смертності - лікування гострого мозкового інсульту, гострого інфаркту міокарда та інструментальні обстеження для ранньої діагностики онкологічних захворювань [57].

Війна внесла свої вагомні корективи в пріоритети надання медичної допомоги. По-перше, змінився контингент пацієнтів – військові з важкими пораненнями та травмами, отже змінюється структура захворюваності. По-друге, численні атаки російської федерації призвели до руйнування медичної інфраструктури: «пошкоджено 2 489 будівель у 804 медзакладах, із яких 327 зруйновані повністю» [102]. Отже перед системою ОЗ постали нові виклики, які потребували негайного вирішення і була запроваджена низка нормативно-правових документів, які показали шляхи вирішення, про що йшлося в 4 розділі цієї роботи.



Рис. 6.3 – Схема етапності надання медичної допомоги пораненим та травмованим

На вимогу сьогодні був створений наказ Міністерства оборони України «Про затвердження Обсягів надання медичної допомоги на догоспітальному етапі, які надаються під час ведення воєнних (бойових) дій та підготовки сил безпеки і сил оборони до застосування за призначенням», від 03.09.2024 № 598 [72], де спираючись на досвід НАТО виводяться етапи та обсяг надання медичної допомоги у вигляді ролей:

Загалом він визначає чотири ролі медичної підтримки:

- роль 1 (R1) — первинна медична допомога, невідкладна допомога, базова діагностика,
- роль 2 (R2) — розширена допомога (реанімація, хірургічні втручання на догоспітальному етапі),
- роль 3 (R3) — спеціалізована допомога в госпіталях,
- роль 4 (R4) — повний обсяг допомоги (вузькоспеціалізовані послуги та реабілітація у тилкових госпіталях).

Те, що ми можемо побачити науковим поглядом, що доступне нам і що має публічний вихід у вигляді наукових статей і публікацій, в тому числі і наші дослідження, вкладається в оптимізовану функціонально-організаційну модель надання медичної допомоги військовослужбовцям.

На контекстній діаграмі (рис. 6.4) показана мета – повернення військовослужбовця в суспільство працездатним. Проаналізувавши результати нашого дослідження ми виявили недоліки в організації надання медичної допомоги і в запропонованій нами моделі прагнемо їх усунути.



Рис. 6.4 – Контекстна модель надання медичної допомоги військовослужбовцям під час військових дій

Погляд, оцінка моделі належить експерту, в ролі якого може виступати, як військовий, що пройшов успішне лікування, так і лікар, який працює на перших позиціях, так і МОЗ, яке координує медичну допомогу. Об'єктом розгляду моделі є забезпечення медичної допомоги постраждалим військовим на полі бою. Для виконання заданої функції необхідні особи, які постраждали – позначені стрілочками на вході. Стрілки-механізми, які забезпечують медичну допомогу це:

- Кваліфіковані медичні кадри, які навчалися в Українській військово-медичній академії. Новаторськими елементами тут будуть ті чесноти, які ми виявили в попередніх розділах цієї роботи - милосердя і деонтологія.
- МІС – забезпечує чітку послідовність збору інформації: від довідки про поранення (Ф.5, Ф.100) до занесення даних в інформаційну систему, які стануть в нагоді при МІО для поліпшення якості надання медичної

допомоги. МІС включає, як внутрішню – між медичним персоналом ЗСУ так і зовнішню систему – з цивільними ЗОЗ.

- Евакуація з поля бою до медичного пункту, далі до мобільного, військового госпіталю, цивільного ЗОЗ, лікування за кордоном.
- Наглядова рада (НР), яка обумовлена Постановою КМУ від 21 листопада 2023 р. № 1221 «Про наглядову раду закладу охорони здоров'я». Новий елемент, який ми вносимо в модель- це наявність в НР родичів військовослужбовців, військових, які успішно пройшли лікування.
- МТБ, лікарські засоби, кров.

З перерахованих компонентів, які забезпечують медичну допомогу військовослужбовцям основними є медичні кадри – людський фактор, які організовують як евакуацію постраждалих так і вчасне постачання, оновлення матеріально- технічної бази, лікарських, перев'язувальних засобів та крові для переливання.

Для розуміння подальших кроків, алгоритму надання медичної допомоги, виявлення проблемних місць, слугує МІС. Занесення даних про постраждалого, діагноз, локалізацію травми, рани, дозволить провести моніторинг накопичення даних, в результаті чого оцінити і прийняти правильні рішення, які б поліпшували медичну допомогу (МД). З тією ж метою створюються наглядова рада, яка знаходиться поза системою в ролі спостерігача для поліпшення якості МД.

В результаті виконання цих функцій проліковані пацієнти будуть повертатися в суспільство з відновленим станом здоров'я, що вплине на поліпшення як економічної, так і демографічної ситуації, оскільки входження в суспільство здорових людей сприятиме поліпшенню народного господарства і збільшенню числа населення та, відповідно, його відтворенню.

При розгортанні діаграми, бачимо, що вчасна евакуація з поля бою носить першочергове значення, бо при її вчасному та успішному виконанні буде залежати подальша ефективність лікування (рис. 6.5). Дійовими особами

тут виступають бойові медики і бійці-побратими – той, хто опинився поряд постраждалого. Важливо, щоб воїни пройшли навчання щодо надання домедичної допомоги, яку б могли надати і товаришу і собі. Медична допомога, а саме: первинна медична допомога, невідкладна допомога, базова діагностика надається на медичному пункті/центрі. На стабілізаційному пункті/сортувальний центр відбувається сортування пацієнтів, стабілізація їхнього стану надання медичної допомоги, яка відповідає R1 (первинна медична допомога, невідкладна допомога, базова діагностика). Задіяні лікарі – анестезіологи, хірурги, травматологи, терапевт і середній медичний персонал.

Постраждалі в стабільному стані надходять до мобільного госпіталю, або напряму – до госпіталю в тилу. На кожному з етапів відбувається сортування пацієнтів і направлення їх на подальший крок аж до надання високоспеціалізованої допомоги, в тому числі і за кордоном. Починаючи з евакуації з поля бою поранені, постраждалі підлягають обліку. Кожна одиниця заноситься медичним працівником в МІС (Medvac) внутрішнього користування для розуміння кількості і характеру травм, згодом ці дані ляжуть в основу планування медичної допомоги. При умові завершення війни, цей досвід стане в нагоді і для інших країн і для майбутніх поколінь, якщо така ситуація повториться в Україні. Лікування за кордоном спрямовує командування медичних сил. З іншого боку, медичним персоналом заповнюється Форма 100 для військовослужбовців. За своєю суттю це первинна медична картка (ПМК), яка є ключовим документом персонального медичного обліку поранених. ПМК забезпечує безперервність та послідовність лікування, адже в ній йдеться про обставини отримання поранення (травми, контузії, каліцтва), Надану допомогу на попередньому етапі, так, що лікар наступної стадії медичної допомоги може зорієнтуватися в своїх подальших діях. з початку 2025 року стару форму 100 було скасовано і замінено на форму №001/о [70].

В контекстній діаграмі зазначена нами мета нашої моделі: «повернення військовослужбовця в суспільство працездатним». Для реалізації цієї цілі медична допомога повинна бути якісною. В якість моделі ми заклали

виконання функцій, організацій, які безпосередньо беруть участь в медичній допомозі.

Суб'єктом управління в нашій моделі виступають, центральні органи виконавчої влади, які є гарантами державної політики у відповідних сферах суспільного життя (рис. 6.6). Найвищий орган виконавчої влади уряду — Кабінет Міністрів – в моделі займає керуючу і координуючу функцію, зокрема щодо медичної допомоги військовослужбовцям. У випадку надання медичної допомоги задіяні не лише, власне медичні робітники, але і ціла низка галузей, які беруть участь в цій життєво необхідній підтримці. Тому КМУ в нашій моделі займає лідируючу позицію. Для того, щоб медична допомога була повною, необхідна участь не лише МОЗ, МОН, Міноборони, але і Мінцифри, Мінфін, МЗС.

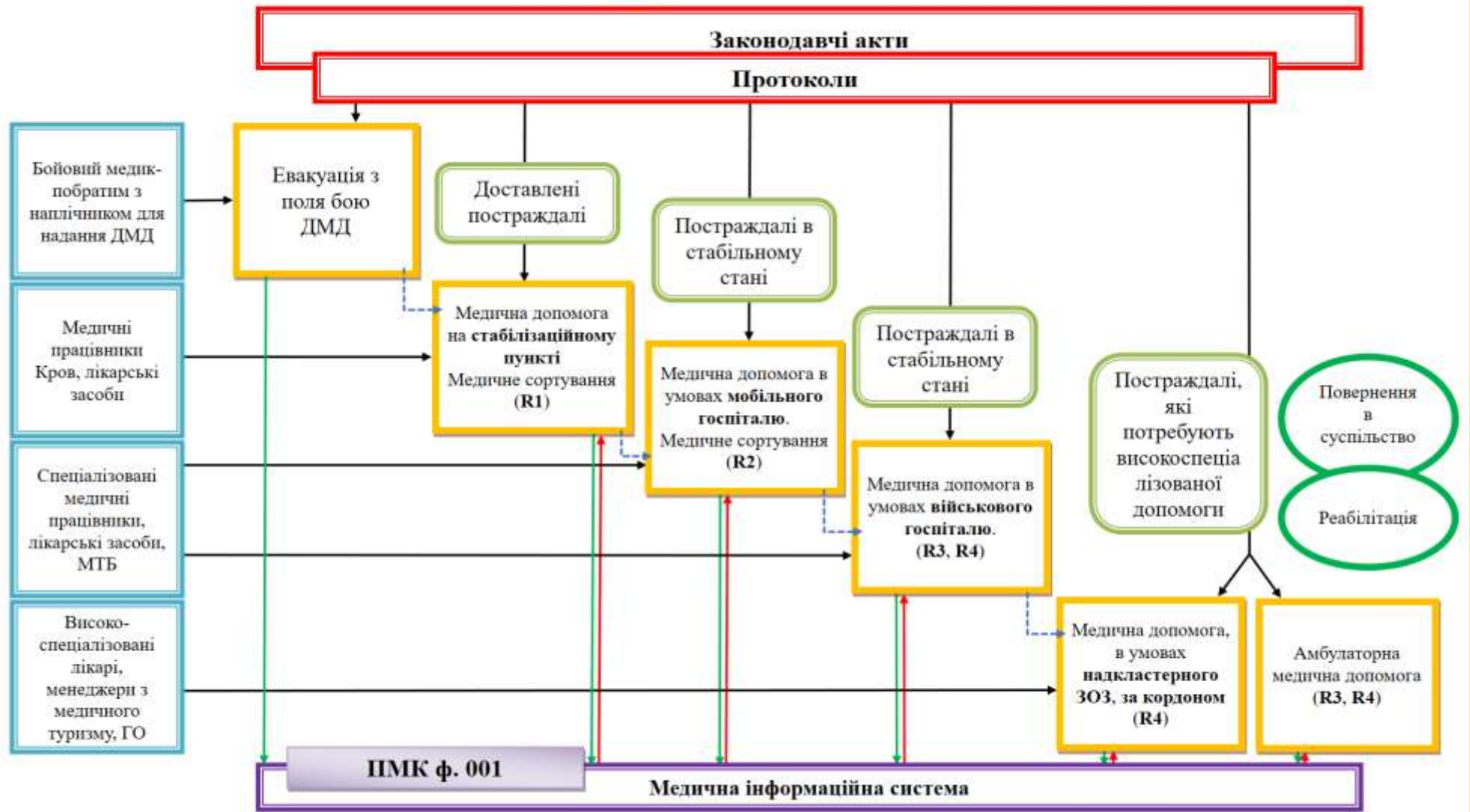


Рис. 6.5 – А0-діаграма виконання функцій при наданні медичної допомоги військовослужбовцям

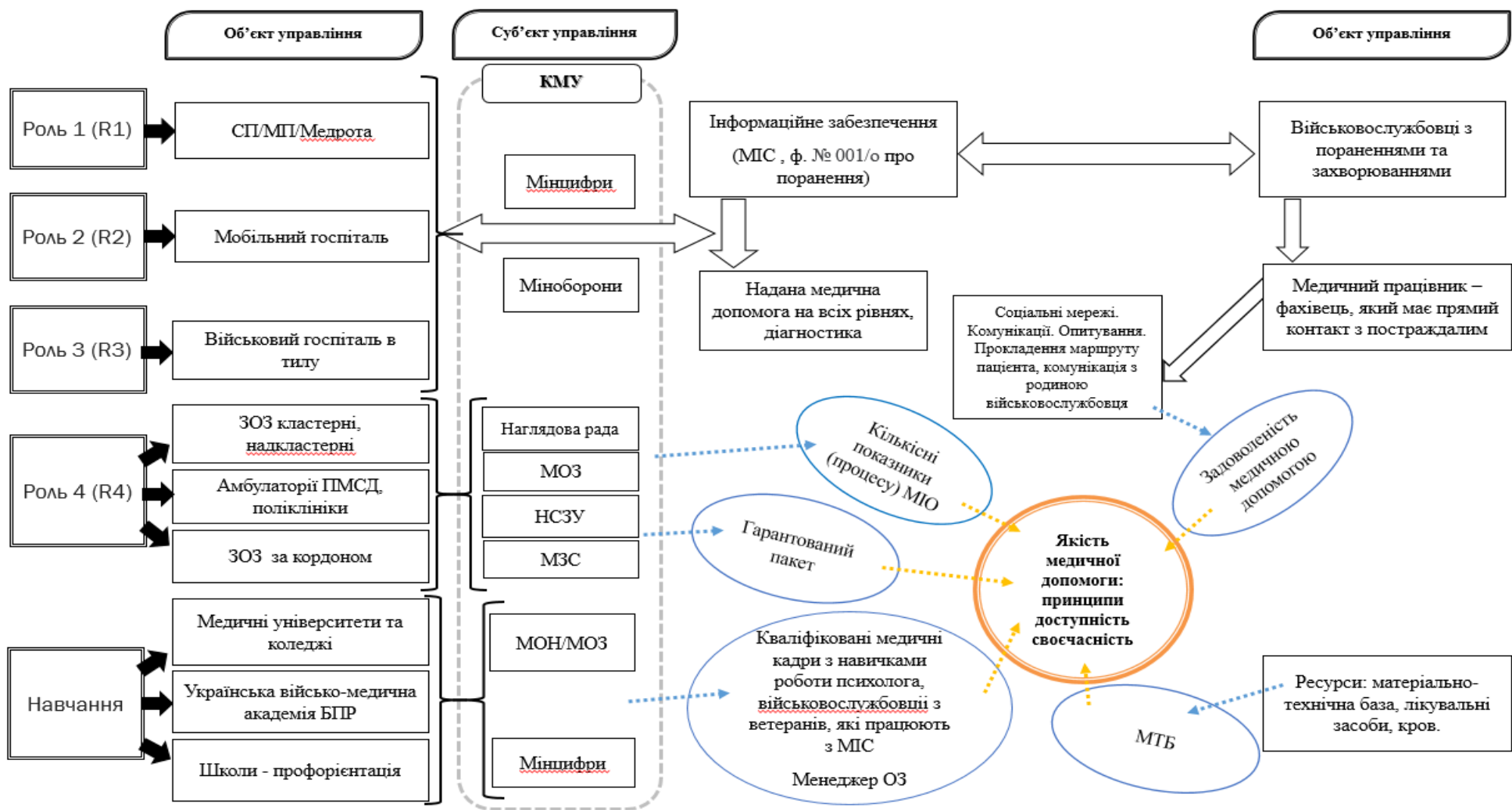


Рис. 6.6 – Оптимізована функціонально-організаційна модель надання медичної допомоги військовим в умовах російсько-української війни

Об'єктом управління, в першу чергу, є військовослужбовець з пораненням чи захворюванням. Евакуація з поля бою побратимом або сан інструктором до медичного пункту, де медичними працівниками здійснюється сортування, медична допомога при невідкладних станах на догоспітальному етапі, мінімально необхідна діагностика. Оскільки є проблеми у заповненні ПМК, відволікання часу, на цю функцію, то ж ми пропонуємо ввести до складу штату МП оператора комп'ютерного набору (код професії 4112) із складу військовослужбовців. На Мінцифри покладається організація безперервного зв'язку, а на МОН, МОЗ, Міноборони – навчання здобувачів вищої освіти з основами не лише медичної допомоги пораненим на усіх рівнях, але і включенням в освітні програми медиків ЗВО такої компоненти, як медична психологія. Особлива увага при цьому буде звернена на такі риси, як милосердя та деонтологія. Важливим компонентом суб'єкта управління є ресурси: МТБ, ліки, оснащення, кадри. Як висловилися наші респонденти – лікарі, про те, що не вистачає кваліфікованих кадрів, то ж пропонуємо силами медичних ЗВО профорієнтацію щодо медичного персоналу. Щодо оснащення ЗОЗ, то важливим впливом на наявність оновленої МТБ, достатньої кількості ліків, крові для гемотрасфузій будуть вчасно прийняті рішення організаторів ОЗ і їхня комунікація з необхідними галузями народного господарства, в тому числі і фармацевтичним комітетом.

На Міноборони покладається організація медичної допомоги на етапах Ролі 1-3, які спираються на законотворчу базу, виконання якої для медиків-військовослужбовців є обов'язковим. Об'єктом управління до цього міністерства належать і матеріальні ресурси, які є важливим чинником у забезпеченні медичної допомоги військовим. Ключовою фігурою тут виступає начальник медичної служби структурної одиниці, який вчасно повідомляє керівництво про необхідність його поповнення.

Виконання 4 ролі підпорядковане МОЗ, НСЗУ – виділення гарантованого пакета спрямованого на лікування військовослужбовця, а саме: інструментальні методи дослідження – КТ, МРТ, протезування зубів, оперативні втручання

малоінвазивні. МЗС разом з Міноборони та командуванням медичних сил, гарантують організацію медичної допомоги за кордоном. Для досягнення цілей лікування військовослужбовців необхідно забезпечити ЗОЗ всіх рівнів кваліфікованим медичним персоналом зі знаннями як невідкладної медичної допомоги, хірургічної а також психологічної підтримки, що МОЗ і МОН регулює законотворчою базою з введенням відповідних освітніх компонент в освітню траєкторію здобувача освіти. Введення спеціалізації з підготовки надання медичної допомоги пораненим в програму навчання до дипломного та післядипломного рівнів.

За словами наших респондентів, проблема полягає в тому, що навіть якщо військовий попадає на амбулаторне лікування, то число поліклінічних закладів, в які він може звернутися недостатнє, щоб забезпечити безперервне надання медичної допомоги. Тому важливого значення набирає КМУ – який виступає координуючою керівною одиницею між МОЗ, Міноборони, Мінцифри. Надходження інформації від МІС через Мінцифри дозволить провести МІО ситуації пов'язаної з амбулаторним лікуванням, а також виявити інші проблеми обговорити можливі шляхи вирішення через МОЗ і Міноборони та створити законотворчу базу для вирішення становища, в тому числі і пов'язану з розширенням переліку амбулаторій та поліклінік, де б військовий міг би пройти належне лікування. Опитування про задоволеність медичною допомогою військовослужбовців матиме ту ж функцію, що і МІО, а саме – вчасне реагування потреби в лікуванні. Істотно на процес організації лікування впливає ТЦК (Територіальні центри комплектування та соціальної підтримки), в обов'язки яких входить не лише мобілізація, але і соціальну підтримку військовослужбовців, виконуючи завдання в тилу ЗСУ. Військовий, який знаходиться у відпустці може звернутися до ТЦК аби отримати дозвіл на рекомендацію лікаря ЗПСМ на проходження лікування в стаціонарі. То ж важливим буде доступ ТЦК до МІС. Таким чином, інформація, яка надходить від МІС, результатів опитування бійців, дозволяє провести моніторинг, оцінку і прийняти правильне рішення пов'язане з тією чи іншою галуззю.

Оперативність з якою КМУ реагує на ситуацію через МІО буде впливати на вчасність задоволення потреб військовослужбовців. Продуктом, який буде впроваджуватися на кожному етапі реалізації нашої моделі – показник якості. Якість розглядаємо тут за Аведісом Донабедіаном: структура (матеріально-технічна база, кадри, фінанси), процес (технології, діагностика лікування, дотримання стандартів), результат (досягнення прийнятих клінічних показників). До структури в нашій моделі належить гарантований пакет, кваліфіковані кадри, МТБ; до процесу – лікування, діагностика, яку можна отримати з МІС. Задоволеність медичною допомогою дістаємо зі спеціально проведених опитувань силами командуванням медичних сил, наглядовими радами ЗОЗ до складу яких пропонуємо ввести родичів військовослужбовців, ветеранів а також меценатів, які зможуть інвестувати в ЗОЗ, для поліпшення його матеріально-технічної бази. Ці заходи пропонуємо прописати в статуті такої ради та проводити опитування через МІС. Рекомендовано розширити посадові обов'язки фахівців із супроводу ветеранів та демобілізованих осіб, додавши функції кейс-менеджменту військовослужбовців на всіх етапах лікування. Це включає координацію взаємодії з ТЦК та СП, а також соціальними службами. Впровадження цієї практики сприятиме підвищенню комплаєнсу (прихильності до терапії) та забезпечить належний рівень поваги до статусу захисника

6.3. Моніторинг і оцінка моделі медичної допомоги

Щоб зрозуміти етапи впровадження моделі, ми побудували логічну модель. Ресурсами в ній виступають кадри, комунікаційні системи, фізичні об'єкти, нематеріальні ресурси. В таблиці прописані всі дії, які покладаються на той чи інший фонд. Наслідками нашої моделі є, перш за все, ефективне лікування, зниження смертності, інвалідності, збільшення прихильності лікування (табл. 6.4).

**Логічна модель моніторингу і оцінки надання медичної допомоги
військовослужбовцям під час російсько-української війни.**

Ресурси	Дії	Короткотривалі наслідки	Довготривалі наслідки
Кадри			
Бойові медики, медичні сестри	Надання невідкладної допомоги. Медичне сортування поранених. Виконання лікарських призначень, догляд за пацієнтом. Введення даних в МІС. Постійне проведення занять з тактичної медицини військовослужбовців.	Стабілізація стану пацієнта. Моніторинг пошкоджень пацієнта.	Позитивний прогноз в одужанні. Зменшення смертності. Ефективне подальше лікування і реабілітація. Збільшення кількості пацієнтів прихильних до лікування.
Лікарі	Діагностика, лікування профілактика захворювань, надання невідкладної, первинної, спеціалізованої допомоги, спостереження за станом пацієнтів. Введення даних в МІС. Постійне проведення занять з тактичної медицини військовослужбовців.	Надання якісної медичної допомоги. Моніторинг.	Одужання пацієнта. Оцінка стану здоров'я військовослужбовців
Управлінський персонал	Взаємодія з іншими ЗОЗ, станцією переливання крові, ЕМД, територіальною громадою, ГО. Аналіз показників роботи ЗОЗ для виявлення прогалин. Організація науково-	Вчасна евакуація більшої кількості постраждалих бійців. Знаходження ресурсів для лікування, діагностики. Виявлення проблем в медичній допомозі. Впровадження	Надання медичної допомоги кваліфікованими кадрами. Покращення якості медичної допомоги. Оптимізація використання ресурсів.

	практичних конференцій. Сприяння підвищенню кваліфікації. Організація фінансово-економічної складової закладу. Забезпечення необхідними матеріальними ресурсами – ліки, кров, обладнання.	наукових інновацій у практику лікування пацієнтів.	Повернення до життя більшої кількості поранених та постраждалих військових. Зменшення смертності від поранень та травм військовослужбовців.
Комунікаційна система			
МІС (загальна/внутрішня).	Введення даних про пацієнта. Облік захворювань, травм військовослужбовців.	МІО (облік військовослужбовців за ступенем придатності до військової служби).	Прийняття управлінських рішень(перехід військовослужбовця з бойової в тилу частину за рішенням ВЛК).
Військово-службовці	Надають ДМД побратимам. Виносять з поля бою поранених бійців.	Збільшення числа військовослужбовців, які отримали вчасну медичну допомогу.	Зниження смертності та повернення до життя в суспільстві більшої кількості військовослужбовців, які зазнали поранення.
Фізичні об'єкти			
ЗВМО Фаховий вищий навчальний заклад	Навчання на до/після дипломному рівні студентів/слухачів невідкладної допомоги, медичної допомоги пораненим. Навчання керівників ОЗ на післядипломному рівні організації ОЗ в умовах війни. Включення в освітні програми модулю з тактичної медицини із	Збільшення кількості лікарів (медсестер), які можуть надавати та організувати медичну допомогу пораненим в умовах наближених до лінії фронту.	Зменшення смертності військовослужбовців.

	запрошенням міжнародних тренерів та військових медиків з бойовим досвідом.		
ЗСО	Навчання учнів (старшокласників) тактичної медицини. Навчання вчителів тактичної медицини.	Збільшення кількості вчителів/школярів, які зможуть надавати тактичної медицини.	Збереження життя постраждалих.
СП(МП)	Вчасна евакуація, надання ДМД первинна медична допомога, невідкладна допомога, базова діагностика.	Збільшення кількості поранених, постраждалих, яким надана вчасна медична і ДМД.	Зниження смертності поранених, постраждалих військовослужбовців. Вчасна реабілітація. Зменшення інвалідності.
Мобільний госпіталь	Розширена допомога (реанімація, хірургічні втручання на до госпітального етапі).	Направлення пацієнта для лікування за кордон.	
Військовий госпіталь в тилу	Спеціалізована допомога.		
ЗОЗ надкластерний/кластерний			
Виробництва лікарських засобів	Випуск вітчизняних якісних ліків необхідних пораненим і постраждалим військовослужбовцям	Надходження вітчизняних лікарських засобів в ЗОЗ, всіх рівнів що надають медичну допомогу військовослужбовцям.	Ефективне, безоплатне лікування
Нематеріальні ресурси			
Ліцензії, патенти, інноваційні розробки та медичні знання.	Дозвіл на роботу закладу всіх рівнів. Імплементация інноваційних розробок в систему надання медичної допомоги військовим і пораненим.	Збільшення впроваджених інновацій в практику охорони здоров'я	Зменшення смертності, інвалідності поранених військовослужбовців.
Програмне забезпечення (МІС)	Збір інформації про кожного постраждалого, пораненого військового.	МІО	Вчасне прийняття управлінських рішень

Індикаторами логічної моделі моніторингу і оцінки надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни стали:

Індикатори процесу стосується військових:

- Структура поранень:

$$\text{Структура поранень} = \frac{\text{Кількість пацієнтів з пораненнями певної локалізації}}{\text{Загальну кількість пацієнтів з пораненнями}} * 100$$

- Кількість пацієнтів, які виписалися зі стаціонару з покращенням стану:

Кількість пацієнтів, які виписалися зі стаціонару з покращенням стану =

$$= \frac{\text{Кількість пацієнтів з покращенням}}{\text{Середньорічна кількість пацієнтів}} * 1000$$

$$\text{Середньорічна кількість пацієнтів} = \frac{\text{кількість пацієнтів на початок року} + \text{кількість пацієнтів на кінець року}}{2}$$

- Частка пацієнтів, які отримали вчасну медичну допомогу:

$$\begin{aligned} & \text{Частка пацієнтів, які отримали вчасну медичну допомогу} = \\ & = \frac{\text{Кількість пацієнтів, які отримали вчасну медичну допомогу}}{\text{Середньорічна кількість пацієнтів}} * 1000 \end{aligned}$$

- Частка пацієнтів, евакуйованих з поля бою:

$$\begin{aligned} & \text{Частка пацієнтів, евакуйованих з поля бою} = \\ & = \frac{\text{Кількість пацієнтів евакуйованих з поля бою}}{\text{Середньорічна кількість пацієнтів}} * 1000 \end{aligned}$$

Індикатори процесу стосується організації медичної допомоги:

- Частка лікарів/медсестер, які закінчили навчання з військової медицини (військова кафедра, УМВА):

Частка лікарів(медсестер), які закінчили навчання з військової медицини =

$$= \frac{\text{Кількість лікарів(медсестер), які закінчили навчання}}{\text{Середньорічна кількість лікарів(медсестер)}}$$

- Частка вчителів/учнів, які закінчили навчання з тактичної медицини(військова кафедра, УМВА)

Частка вчителів(учнів), які закінчили навчання з тактичної медицини =

$$= \frac{\text{Кількість вчителів(учнів), які закінчили навчання ДМД}}{\text{Середньорічна кількість вчителів(учнів)}}$$

- Частка імplementованих в роботу ЗОЗ інновацій

Частка імplementованих в роботу ЗОЗ інновацій =

$$= \frac{\text{Кількість інновацій імplementованих в роботу ЗОЗ, які надають медичну допомогу військовим}}{\text{Число ЗОЗ, які надають медичну допомогу військовим в Україні}}$$

- Частка пацієнтів, які направлені на лікування за кордон

Частка пацієнтів, які направлені на лікування за кордон =

$$= \frac{\text{Кількість пацієнтів, які направлені на лікування за кордон}}{\text{Середньорічна кількість пацієнтів}} * 1000$$

Ступінь забезпечення ЗОЗ МІС = $\frac{\text{Кількість установлених програмних забезпечень МІС}}{\text{Число ЗОЗ, які надають медичну допомогу військовим в Україні}}$

Індикатори результату:

Якість надання медичної допомоги:

Структура:

- Частка лікарів/медсестер, які мають вищу кваліфікаційну категорію:

Частка лікарів(медсестер), які мають вищу кваліфікаційну категорію =

$$= \frac{\text{Кількість лікарів(медсестер), які мають вищу кваліфікаційну категорію}}{\text{Середньорічна кількість лікарів(медсестер)}}$$

- Ступінь закупки медичного обладнання (за категоріями) в ЗОЗ:

Ступінь закупки медичного обладнання(за категоріями)в ЗОЗ =

$$= \frac{\text{Закуплено одиниць медичного обладнання за певною категорією}}{\text{Число ЗОЗ, які надають медичну допомогу}}$$

- Частка задоволених пацієнтів:

Частка задоволених пацієнтів

$$= \frac{\text{Число задоволених пацієнтів}}{\text{Середньорічна кількість пацієнтів}}$$

- Частка правильно установлених діагнозів:

Частка правильно установлених діагнозів

$$= \frac{\text{Число правильно установлених діагнозів}}{\text{Середньорічна кількість пацієнтів}}$$

6.4. Експертна оцінка впровадження функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни

Для визначення доцільності впровадження моделі в практичну ОЗ, було запрошено експертів щоб надати їй належну оцінку. Питання запропоновані

лікарям стосувалися організації, ефективності , якості медичної допомоги та комунікації (табл. 6.5).

Таблиця 6.5

Оцінка експертами основних принципів функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни

Параметри оцінки	Бали
Можливість аналізу загальної захворюваності через моніторинг стану пацієнта	9,8±0,8
Впровадження холістичного принципу надання медичної допомоги	9,3±1,0
Взаємодія з ТЦК для безперервного лікування	
Вчасна евакуація пацієнта	9,6±0,9
Своєчасна діагностика	9,5±1,0
Своєчасне оновлення МТБ	9,8±0,7
Транспортна доступність та логістика	9,7±0,9
Ефективність медичної допомоги	9,4±0,8
Задоволеність пацієнтів медичною допомогою	9,7±0,9
Введення в посадові обов'язки фахівців із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб супровід пацієнта військовослужбовця на етапах надання медичної допомоги та підтримку з комунікацією з іншими немедичними установами – ТЦК та СП, збільшить прихильність до	9,9±0,8
<i>Продовження таблиці 6.5.</i>	
лікування та задовольнить потребу військового в повазі та визнанні його служіння	
Впровадження інноваційних елементів в систему надання медичної допомоги	9,2±1,0
Науково-технічний рівень запропонованих інноваційних	9,4±1,0

Експерти висловлювали, що модель забезпечить холістичний принцип надання медичної допомоги, яка врахує потреби як військовослужбовця, так і медичного працівника. В тому числі через МІС організатор охорони здоров'я може коригувати виконання поставлених задач, спираючись на отримані показники змін як в картині загальної захворюваності, так і в управлінських рішеннях. Комунікація з ТЦК через МІС, дозволить провести якісне лікування пацієнта, в тому числі, і всебічне з проходженням як санаторно-курортного так і стаціонарного лікування. Навчання медичного персоналу в умовах військово-медичної академії, у медичних ЗВО, фахових медичних коледжах дозволить поліпшити кваліфікацію медичного персоналу, самих військових для здійснення ними вчасної евакуації постраждалих з поля бою і подальшого лікування. Безперервний професійний розвиток, зокрема, управлінців ОЗ надасть можливість вчасно реагувати на потреби оновлення матеріально-технічної бази ЗОЗ, де надається допомога військовим. Взаємодія між ЗОЗ через МІС, де включений проведений об'єм лікування і планування подальшого його проведення дозволить поліпшити їхню комунікацію, що також вплине на транспортну доступність і логістику. Задеклароване в моделі поняття притримання деонтології та милосердя, оновлена МТБ, кваліфікаційний персонал впливатимуть на задоволеність пацієнтами отриманої медичної допомоги. Співпраця з медичними ЗВО призведе до впровадження інноваційних елементів в систему надання медичної допомоги.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 6

1. Визначені проблеми в наданні медичної допомоги військовослужбовцям за думкою лікарів, які в ній беруть участь: якість та тривалість, безперервність та узгодженість надання медичної допомоги, нестача ресурсів, доступність, прихильність до лікування.

2. Обґрунтовано та розроблено функціонально-організаційної модель надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни, в якій концептуально вирішена проблема взаємодії між ЗОЗ, вплив суб'єкта управління – КМУ та ряду міністерств.

3. Створена логічна модель для моніторингу та оцінки моделі надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни. Визначені основні її індикатори.

Результати досліджень 6 розділу наведено в публікаціях:

1. Плужнікова Т.В., Корнета О. М., Костріков А. В., Комар А. В. Кадрові зміни в системі екстреної медичної допомоги: парамедики та екстрені медичні техніки. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти», 24 лютого 2023 року. Полтава. 2023; с. 132-133

2. Голованова І. А., Корнета О. М. Визначення думки лікарів щодо основних проблем надання медичної допомоги військовослужбовцям та можливих шляхах їх вирішення. Матеріали V Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи», 3 жовтня 2025 року. [Текст] / ПДМУ; [ред..кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін..]. – Полтава, 2025. –С. 101-108.

3. Korneta O.M., Holovanova I.A., Khorosh M.V., Bielikova I.V. Conceptual model for optimizing the provision of medical care to military personnel during the Russian-Ukrainian war. VI All-Ukrainian scientific and practical conference with international participation «Emergency and urgent aid in Ukraine: Organizational, legal, clinical aspects». Emerg Med Serv. 2026; XIII(1): 55

ВИСНОВКИ

У дисертації наведено теоретичне узагальнення та розв'язано актуальну наукову задачу — оптимізацію медичної допомоги військовослужбовцям в умовах російсько-української війни. Розроблено та медико-соціально обґрунтовано функціонально-організаційну модель надання допомоги, що базується на аналізі ключових проблем як з боку медичного персоналу, так і пацієнтів.

1. Встановлено, що в процесі бойових дій в Україні організація медичної допомоги військовослужбовцям потребує постійної оптимізації через аналіз всіх видів медичної допомоги, вивчення роботи стаціонару госпіталю, удосконалення нормативно-правової бази, потреб населення, обізнаності населення щодо медичної допомоги.
2. Аналіз динаміки чисельності учасників бойовий дій показав достовірне їх збільшення у 3,6 рази за період 2021-2026 рр. ($p < 0,0001$), зростання числа учасників війни на понад 1000 осіб, осіб з інвалідністю внаслідок війни – на 39,33% з 2024 по 2025 рік.
3. Виявлено зростання госпіталізованих осіб контрактної служби протягом 2022–2023 рр. у хірургічному відділенні з 533 до 617 осіб (темپ приросту — 15,76%). Найбільш інтенсивне збільшення кількості пацієнтів спостерігалось у травматологічному відділенні, де показник зріс із 289 до 671 особи, що становить 132,18% приросту.
4. З'ясовано, що стаціонарна допомога військовослужбовцям гарантується наказами МОЗ, МВС, МО, в яких визначається структура, функції роботи лікарень та алгоритм надання медичної допомоги в ЗОЗ для рівномірного навантаження на заклади охорони здоров'я, МО регламентує наказом розподілення ролей виконання обов'язків надання медичної допомоги військовослужбовцям.
5. Уточнені основні компоненти, які були отримані в результаті проведеного факторного аналізу, впливу на задоволеність пацієнтів з боку медичного персоналу: «Деонтологія» і «Милосердя». В той же час з

боку пацієнта - «Відповідальність за своє здоров'я» і «Прихильність до лікування».

6. Доведено, що з початком повномасштабного вторгнення структура запитів українських користувачів у системі Google трансформувалася в бік пошуку безпекових рішень та спеціалізованої медичної допомоги. Встановлено, що критеріями вибору військового госпіталю є його потужність, ресурсні можливості та етапність евакуації: на первинному етапі пріоритет надається територіально наближеним закладам (зокрема, ВМКЦ Північного регіону), тоді як для етапу долікування обираються заклади у віддалених від зони бойових дій регіонах.
7. Згідно опитування лікарів 11 (42,3%) вважають рівень медичної допомоги, що надається військовослужбовцям, високим; забезпечення медичної допомоги належним обладнанням: від «повністю вистачає» - 4 (15,4%) до «значна нестача» - 3 (11,5%).), процес надання медичної допомоги військовослужбовцям достатньо ефективний - 13 (50,0%), 50% опитаних вважають нормативно-правову базу такою, що не повністю забезпечує повноцінне лікування військовослужбовців у госпіталі. Про нестачу медичних працівників заявили 16 (62%), фахівців, яких не вистачає в ЗОЗ: хірургів – 15 (58%), травматологів- 6 (23%), медсестер – 4 (15%), невропатологів – 1 (4%).
8. Визначені проблеми в наданні медичної допомоги військовослужбовцям та шляхи їх вирішення за думкою лікарів,: якість та тривалість – через лікування/протезування в повному обсязі, матеріальне державне забезпечення, збільшення термінів реабілітації безперервність та узгодженість надання медичної допомоги - правильно скеровувати пацієнта на всіх етапах лікування, нестача ресурсів - «Знизити навантаження на персонал військового госпіталю, шляхом збільшення кількості працівників», «Участь у проектах , грантах для покращення фінансування галузі ОЗ», доступність - розробити чіткі алгоритми

надання медичної допомоги зі зрозумілою й необтяжливою для військовослужбовців маршрутизацією», прихильність до лікування.

9. В процесі роботи проведене упорядкування і розроблені шляхи застосування критеріїв якості надання медичної допомоги військовослужбовцям.
10. У процесі дисертаційного дослідження розроблено оптимізовану функціонально-організаційну модель надання медичної допомоги військовим в умовах російсько-української війни, в основу якої покладено методологію моделі системи SADT (Structured Analysis and Design Technique) із урахуванням виявлених недоліків чинної форми медичної допомоги, кінцевою метою якої є повернення військовослужбовця в суспільство працездатним, яка включає суб'єкт та об'єкт управління з чітко встановленими функціями на кожному з етапів її надання, концептуально вирішена проблема взаємодії між ЗОЗ, вплив суб'єкта управління – КМУ та ряду міністерств. Експерти надали високу оцінку запровадження моделі на практиці, від $9,2 \pm 1,0$ до $9,9 \pm 0,8$, що в цілому сприятиме виконанню поставленої меті.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Міністерству охорони здоров'я України спільно з Національною службою здоров'я України ініціювати внесення змін до нормативно-правових актів, що регулюють медичну допомогу військовослужбовцям, зокрема щодо:

- виділення гарантованого пакета, спрямованого на лікування військовослужбовця, а саме: інструментальні методи дослідження – КТ, МРТ, протезування зубів, малоінвазивні оперативні втручання;
- забезпечення ЗОЗ всіх рівнів кваліфікованим медичним персоналом зі знаннями як невідкладної медичної допомоги, так і хірургічної, а також психологічної підтримки;
- створення законотворчої бази для розширення переліку амбулаторій та поліклінік, де б військовий міг би пройти належне лікування.
- в посадові обов'язки фахівців із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб включити супровід військовослужбовця на етапах надання медичної допомоги та підтримка в комунікаціях з немедичними установами – ТЦК, командування медичних сил, соціальні служби.

Міністерству оборони України, МВС України та МОЗ України:

Забезпечити координацію дій між відомчими ТЦК та цивільними закладами охорони здоров'я, що надають медичну допомогу військовослужбовцям через створення законотворчої бази, яка б регулювала ці питання через МІС:

Закладам вищої освіти, що здійснюють підготовку фахівців з громадського здоров'я та реабілітаційної медицини (зокрема за спеціальностями 229 «Громадське здоров'я», 222 «Медицина», 227 «Фізична терапія, ерготерапія»):

- введення освітніх компонент з невідкладної медичної допомоги пораненим та постраждалим в освітню траєкторію здобувача освіти.
- впровадження циклу спеціалізації з підготовки надання медичної допомоги пораненим в програму навчання післядипломного рівнів;

- науковий супровід – аналіз діяльності закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу військовослужбовцям з метою оптимізації їхньої роботи.

Регіональним органам управління охороною здоров'я:

- організація позаштатної одиниці в ЗОЗ наглядової ради з числа ветеранів, батьків, рідних, близьких військовослужбовців, меценатів в статуті якої, зокрема, є визначення задоволеності медичною допомогою пацієнтів за стандартизованою анкетною «Оцінка надавачів і систем охорони здоров'я споживачами лікарень»
- моніторинг і оцінка медичної допомоги з використанням індикаторів процесу та результату.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агенція інформації та аналітики "Гал-інфо". Обстріли території України. Ситуація за добу. 16 вересня 2025року. Режим доступу:https://galinfo.com.ua/news/obstrily_terytorii_ukrainy_sytuatsiya_za_dobu_439082
2. Бабій В. Порівняльна характеристика організації системи аеромедичної евакуації країн НАТО та України. Військ. Медицина України. 2019;19(4):15-8. <https://doi.org/10.32751/2663-0761-2019-04-025>
3. Бабій В.Ю. Історія розвитку та сучасна організаційна модель аеромедичної евакуації пацієнтів літаками. Військова медицина України. 2019;19(3): 30-37.
4. Бабій В.Ю. Організація аеромедичної евакуації пацієнтів вертольотами в умовах військових дій на сході України. UJMM. 2020;1(2):15-3. <https://ujmm.org.ua/index.php/journal/article/view/101>
5. Бадюк М.І. Військово-медична підготовка: підручник / М.І. Бадюк, В.П. Токарчук, В.В. Солярик та ін. / За ред. М.І. Бадюка. — К.: МП «Леся», 2007. — 484 с.
6. Бадюк М.І., Ковида Д.В. Спроможність своєчасного надання медичної допомоги на етапах медичної евакуації тактичних підрозділів сухопутних військ. Проблеми військової охорони здоров'я. – 2013. –Вип. 37. – С. 11–15
7. Бадюк М.І., Серета І.К., Микита О.О., та ін. Оптимізація медичної допомоги у військових підрозділах і частинах тактичного рівня Збройних Сил України в сучасних умовах. Україна. Здоров'я нації. 2016;4(1):13-17.
8. Безкоштовне протезування кінцівок та засоби реабілітації для військових та цивільних. Міністерство соціальної політики України. [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://protez.msp.gov.ua/>
9. Бібік Т.А., Гречаник О.І., Абдуллаєв Р.Я. Аналіз недоліків у наданні медичної допомоги військовослужбовцям у національному військово-медичному клінічному центрі "Головний військовий клінічний

- госпіталь". Міжнародний медичний журнал. 2020;26(2):77-80. URL: <http://jnas.nbuiv.gov.ua/article/UJRN-0001150437>
10. Біліченко Л.С. Діяльність південно-західного обласного комітету допомоги хворим та пораненим воїнам у період першої світової війни (1914–1918 РР.) Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Історичні науки. 2023. - Том 34(73), №3. – с.7-13. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5984/2023/3.2>
11. Бітюков Г.В. Стратегія людиноцентричного медичного середовища як основа політики надання медичних послуг на рівні громади. Кваліфікаційна робота в галузі «Публічне управління та адміністрування». Львів. 2024. 124с.
12. Верба А.В., Остащенко Т.М., Пліс І.Б., та ін. Досвід використання зведених медичних загонів у складі передової госпітальної бази в умовах збройного конфлікту високої інтенсивності. UJMM [інтернет]. 2023;4(1):13-20. doi: 10.46847/ujmm.2023.1(4)-013
13. Верховна Рада визначила дату початку тимчасової окупації Криму. Українська правда. 15.09.2015. Електронний доступ: <https://www.pravda.com.ua/news/2015/09/15/7081430/>
14. Галів М., Ільницький В. Характер Сучасної Російсько-Української Війни (2014–2023): Вітчизняний Історіографічний Дискурс. № 13/55 (2023): Проблеми гуманітарних наук: збірник наукових праць Серія Історія, Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка., Україна.
15. Гибало Р.В., Лурін І.А., Сафонов В., Дудла Д.І., Оклей Д.В., Дінець А. Затримка кулі в ший після вогнепальних поранень грудної клітки та руки в бойових умовах, у пацієнта, пораненого під час війни в Україні: клінічний випадок. Int J Surg Case Rep. 2022;99:107658. doi: 10.1016/j.ijscr.2022.107658.
16. Голованова І.А., Єрмакова А.О., Ляхова Н.О., Белікова І.В., Краснова О.І. Хорош М. В., та ін. Дослідження проявів посттравматичного стресового

- розладу у внутрішньо переміщених осіб та рекомендації щодо покращення їхнього психологічного стану. Україна. Здоров'я нації. 2023; 4: 14-20. doi: 10.32782/2077-6594/2023.4/02.
17. Головка С., Гибало Р., Лурін І., Тарабан І., Кобірніченко А., Ганюк В. та ін. Проникаючі вогнепальні поранення пеніса: клінічний випадок пацієнта, пораненого під час війни в Україні. *Int J Emerg Med.* 2023;16(1):5. doi: 10.1186/s12245-023-00481-5.
18. Гуменюк К., Лурін І., Цема І., Сусак Ю., Михайленко О., Негодуйко В. та ін. Ранова балістика пластичної деформації біологічної тканини на моделі балістичного пластиліну з використанням куль з порожнистим наконечником та формостійких куль. *JEduc Health Sport.* 2021;11:37–57. doi: 10.12775/JEHS.2021.11.11.003.
19. Гуменюк К., Лурін І.А., Цема І., Малиновська Л., Горобейко М., Дінець А. Вогнепальне поранення товстої кишки кулями, що розриваються, у бойових пацієнтів, поранених у гібридний період російсько-української війни 2014-2020 років. *VMC Surg.* 2023;23(1):23. doi:10.1186/s12893-023-01919-6.
20. Донік О.М. Союз міст - громадське об'єднання. Енциклопедія історії України. Інститут історії України. Електронний доступ: http://www.history.org.ua/?termin=Soiuzy_zemstv
21. Дубінський Д., Колесник В. Війна в Україні: нейрохірургічна перспектива. *Acta Neurochir (Відень).* 2022;164(12):3071-3074. DOI:10.1007/s00701-022-05388-3.
22. Дусяк О. С. Деякі аспекти тактичної медицини в службово-бойовій діяльності поліцейських в умовах дії правового режиму воєнного стану: проблемні питання в критичних ситуаціях та умовах ведення бою / О. С. Дусяк, Д. Г. Тінін // Науковий вісник Ужгородського національного університету: серія: Право / голов. ред. Ю. М. Бисага – Ужгород, 2024. – Т. 2. Вип. 83. – С. 11-17. URL <http://visnyk-pravo.uzhnu.edu.ua/article/view/309707/301137>

23. Ельфаеді О., Ельгазві К., Альшаріф Дж., Мансор С. Вогнепальні поранення товстої кишки: прогностичні фактори ризику розвитку післяопераційних ускладнень, досвід 172 випадків за 4 роки. ANZ J Surg. 2020;90(4):486–490. doi: 10.1111/ans.15575.
24. Жаховський В. О., Лівінський В. Г. Воєнно-медична доктрина України як інструмент державного управління у формуванні системи медичного забезпечення військ і цивільного населення у воєнний час. Інвестиції: практика та досвід. 2015. № 1. С. 158–159.
25. Жаховський В., Лівінський В. Концепція реформування та розвитку системи медичного забезпечення Збройних сил України: погляди на формування та реалізацію. Концепція реформування та розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил України: погляди на формування та реалізацію. Сучасні аспекти військової медицини. 2016; 23: 13-27. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Savm_2016_23_4
26. Загребельна Н.І., Коляда І.А. Велика війна: Українство і благодійність (1914-1917 рр.). Київ, 2006. 195 с.
27. Закон України № 848-VIII від 26.11.2015 (поточна редакція № 4695-IX від 03.12.2025) «Про наукову і науково-технічну діяльність». Доступ: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/848-19#Text>
28. Закон України від 01.04.2022 №2171-IX «Про внесення зміни до статті 11 Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей». [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2171-20>
29. Закон України від 06.06.2019 № 2742-VIII “Про внесення змін до деяких законів України щодо військових стандартів” [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2742-19#Текст>
30. Закон України від 06.12.1991 № 1932-XII «Про оборону України». [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1932-12#Текст>

31. Закон України від 10.11.2015 №389-VIII «Про правовий режим воєнного стану». [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/389-19#Text>
32. Закон України від 15.09.2015 № 685-VIII «Про внесення змін до деяких законів України щодо визначення дати початку тимчасової окупації» [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/685-VIII#Text>
33. Закон України від 20.12.1991 № №2011-XII «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей». [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12#Text>
34. Закон України від 20.12.2022 № 2822-IX «Про статус ветеранів військової служби, ветеранів органів внутрішніх справ, ветеранів Національної поліції і деяких інших осіб та їх соціальний захист» [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2822-20#Text>
35. Закон України від 22.10.1993 № 3551-XII «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#Text>
36. Каздобіна Юлія, Хеденског Якоб, Умланд Андреас. Чому російсько-українська війна почалася в лютому 2014 року. Українська правда. 26.03.2024. Електронний доступ: <https://www.pravda.com.ua/columns/2024/03/26/7447796/>
37. Казмірчук А., Ярмолюк Ю., Лурін І., Гибало Р., Бур'янов О., Деркач С. та ін. Досвід України з ліквідації наслідків бойових дій. Чотирирівнева програма НАТО «Змінюється за потреби» Система охорони здоров'я. World J Surg. 2022;46(12):2858-2862. doi: 10.1007/s00268-022-06718-3.
38. Касинець С.С., Голованова І.А., Паламарчук Д.В. та ін. Медико-соціальні аспекти експертизи учасників бойових дій у Полтавській області. Медико-соціальні аспекти обстеження учасників бойових дій у

- Полтавській області. Актуальні проблеми сучасної медицини. 2017;17(4):160–163.
- 39.Квасній Л.Г., Баланда Н.О. Сенах П.Н., Пецух А.О. Вплив війни на систему управління якістю медичних послуг. Філософія та управління. 2024;3-4:53-61. <https://www.eu-scientists.com/index.php/fag/article/view/64/57>
- 40.Кихтюк В., Пилипчук В. Військово-медична служба України: зародження та діяльність у роки другої світової війни в підрозділах ОУН–УПА. In: Лікарі та медсестринство–медичний фронт в Україні та світі: Матеріали I Міжнар. наук.-практ. конф., 11-12 травня 2023/КЗВО «Волинський медичний інститут», Луцьк, 2023. 235 с. с.70.
- 41.Клименко І.С. Медичний стан постраждалих внаслідок війни в Україні: фізичне здоров'я, медичні проблеми та їхній вплив на психічне здоров'я. Медичний стан жертв війни в Україні: фізичне здоров'я, медичні проблеми та їх вплив на психічне здоров'я. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. 2024;3:33-38. DOI: 10.32782/psy-visnyk/2024.3.6
- 42.Ключко Л., Бедрій Ю., Хабусєв Ю. Військовий урбіцид проти України. Географічний журнал людини. 2024;36:83-93. DOI:10.26565/2076-1333-2024-36-08
- 43.Командуванню Медичних сил ЗСУ передали мобільний шпиталь для допомоги пораненим захисникам України. Урядовий портал. Міністерство оборони України, 10 грудня 2022 року. Доступ: <https://www.kmu.gov.ua/news/komanduvanni-medychnykh-syl-zsu-peredaly-mobilnyi-shpytal-dlia-dopomohy-poranenym-zakhysnykam-ukrainy>
- 44.Комісаров С.А. Організаційно-правові та тактичні засади службово-бойової діяльності сил сектора безпеки та оборони на блокпостах : метод. рекомендації. [Організаційні, правові та тактичні засади військової служби сил сектору безпеки та оборони на контрольно-пропускних пунктах: методичні рекомендації] Дніпро: ДДУВС, 2023. 96 с.

45. Котуза А.С. Основи розробки концепції медичного забезпечення військ (сил) Збройних сил України на засадах ризикорієнтованого підходу / А.С. Котуза // Зб. наук. праць УВМА МО України. — К., 2006. — Вип. 16. — С. 365-374.
46. Кочін І. В. Особливості медико-санітарних втрат і організації екстреної медичної допомоги населенню та військовослужбовцям в зоні проведення антитерористичної операції / І. В. Кочін // Медицина неотложных состояний. - 2015. - № 6. - С. 16-23. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Medns_2015_6_5.
47. Краснова О.І., Голованова І.А., Плужнікова Т.В. та ін. Аналіз показників роботи медико-санітарної частини військового навчального закладу. Аналіз показників діяльності медико-санітарної частини військового навчального закладу. Україна. Здоров'я нації. 2022;1(1):55-59. DOI: 10.24144/2077-6594.1.1.2022.254639
48. Кризина Н., Кризина О. Державне управління сфери охорони здоров'я: механізми реалізації реформування військової медицини в умовах Євроатлантичної інтеграції України. Державне управління сферою охорони здоров'я: механізми реалізації реформи військової медицини в умовах євроатлантичної інтеграції України. Наукові перспективи. 2023; 8 (38): 157-169. DOI: 10.52058/2708-7530-2023-8(38)-157-169.
49. Кучин Ю. Л. Стратегічна медична евакуація тяжкопоранених в Україні: досвід та вивклики війни/Ю. Л. Кучин, А. Т. Слободянюк // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. -К., 2025, N 1.-С.24-30. [https://doi.org/10.25284/2519-2078.1\(110\).2025.325979](https://doi.org/10.25284/2519-2078.1(110).2025.325979).
50. Лисенко, О.Є. (2022). Феноменологія війни Росії проти України як об'єкт гуманітарних досліджень (за матеріалами доповіді на засіданні Президії НАН України 25 травня 2022 р.). Вісник Національної академії наук України, 7, 85–98.
51. Лоскутов О.А., Пилипенко М.М. Мужність українських госпіталів та реанімаційних відділень у перші місяці російсько-української війни.

- інтенсивної терапії мед. 2022;48(6):790–792. doi: 10.1007/s00134-022-06694-1.
- 52.Лурін І., Воровський О., Макаров В., Хорошун Е., Негодуйко В., Риженко А. та ін. Лікування вогнепальних поранень грудної порожнини за допомогою малоінвазивної хірургії в розгорнутих польових шпиталях ролі 2 в Україні. *BMC surgery*, 2024;24(1):183. doi: 10.1186/s12893-024-02475-3.
- 53.Лурін І.А., Хорошун Е.М., Негодуйко В.В., Макаров В.В., Клапчук Ю.В., Бучнева О.В. та ін. Міграція сторонніх тіл озброєного походження. *Український журнал клінічної хірургії*. 2023;90(4):36-41. doi: 10.26779/2786-832X.2023.4.36.
- 54.Лурін І.А., Цема Є.В., Гуменюк К.В., Сусак Я.М., Дубенко Д.Є., Цема Є.Є. Експериментальне моделювання залишкової ранової порожнини на куль. *Медична наука України*. 2021;17(4):10-17. doi: 10.32345/2664-4738.4.2021.02.
- 55.М.І. Пирогов – засновник військово-польової хірургії. Національна бібліотека України імені В. І. Вернадського. <http://nbuv.gov.ua/node/3250>.
- 56.Мартинюк О. Євроатлантичний вимір оборонного сектору України. [Євроатлантичний вимір оборонного сектору України]. Кваліфіковані магістри. Спеціальність 291: Міжнародні новини, громадські комунікації та регіональні студії. 2024 рік.
- 57.Медична реформа. Урядовий портал: Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>
- 58.Микита О. О. Комплексний аналіз управління якістю медичної допомоги на основі стандартизації медичногозабезпечення збройних сил і цивільної охорони здоров'я / О. О. Микита // *Екстрена медицина: від науки до практики*. – 2016. – № 1 (17). – С. 29–43

- 59.Музиченко, В. Реалізація державної програми щодо протезування цивільних і військових: виклики та досягнення. INVAK.INFO. – 2024. – 13 вересня. – Режим доступу: <https://invak.info/zakony-i-prava/realizaciya-derzhavnoyi-programi-shhodo-protezuвання-civilnikh-i-vijskovikh-vikliki-ta-dosyagnennya.html>
- 60.Наземний дрон для евакуації поранених воїнів розробили українські інженери. Міжнародний український телеканал FREEDOM. Доступ:<https://surl.li/joxhsx>
- 61.Наказ Генерального штабу Збройних Сил України від 11.02.2019 №60 «Про затвердження Настанов з медичного забезпечення Збройних Сил України на особливий період».
- 62.Наказ Міністерства оборони України від 23.06.2021 № 173 «Про затвердження Умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я в системі Міністерства оборони України». [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1031-21#Text>
- 63.Наказ Міністра внутрішніх справ України від 06.03.2024 № 142 «Про внесення змін до Переліку закладів охорони здоров'я Міністерства внутрішніх справ України» [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0390-24#Text>
- 64.Наказ Міністра внутрішніх справ України від 14.08.2008 № 402 «Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України» [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1109-08#Text>
- 65.Наказ Міністра внутрішніх справ України від 14.10.2024 № 686 «Про затвердження Змін до Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України» [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1674-24#Text>
- 66.Наказ Міністра внутрішніх справ України від 16.11.2016 № 608 «Про внесення змін до наказу Міністерства оборони України від 16.11.2016 № 608» [Електронний документ]. – Режим доступу:

<https://mod.gov.ua/diyalnist/normativno-pravova-baza/nakaz-ministerstva-oboroni-ukraini-n-389-vid-18-07-2019-pro-vnesennia-zmin-do-nakazu-ministerstva-oboroni-ukraini-vid-16-11-2016-n-608>

67. Наказ Міністра внутрішніх справ України від 27.04.2024 № 262 «Про затвердження Змін до Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України» [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0616-24#Text>
68. Наказ Міністра внутрішніх справ України від 29.07.2015 р. № 916 «Про деякі питання медичного забезпечення Національної гвардії України» [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1000-15#Text>
69. Наказ Міністра з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України від 24.06.2022 № 134 «Про внесення змін до наказу Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України від 25 квітня 2022 року № 75» [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0703-22#Text>
70. Наказ Міністра оборони України від 31.12.2024 р. № 879 «Про затвердження форм первинної облікової документації, що використовуються під час надання тактичної догоспітальної допомоги та медичної допомоги на догоспітальному етапі під час ведення воєнних (бойових) дій та підготовки сил безпеки і сил оборони до застосування за призначенням» [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0076-25#Text>
71. Наказ Міністра охорони здоров'я України від 02.03.2022 р. № 391 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо етапності надання медичної допомоги пораненим та травмованим» [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0391282-22#n11>
72. Наказ Міністра охорони здоров'я України від 03.09.2024 р. № 598 «Про затвердження Обсягів надання медичної допомоги на догоспітальному етапі, які надаються під час ведення воєнних (бойових) дій та підготовки

сил безпеки і сил оборони до застосування за призначенням» [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1359-24#Text>

73.Наказ Міністра охорони здоров'я України від 10.01.2025 № 69 «Про утворення та затвердження складу робочих груп з питань діяльності мобільних медичних бригад гуманітарних організацій» [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-10-01-2025-69-pro-utvorennya-ta-zatverdzhennya-skladu-robochoyi-grupi-z-pitan-diyalnosti-mobilnih-medichnih-brigad-gumanitarnih-organizacij>

74.Наказ Міністра охорони здоров'я України від 15.01.2014 р. № 34 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги» [Електронний документ]. – Режим доступу : <https://www.webcardio.org/nakaz-moz-ukrajiny-vid-15012014-r-34.aspx>.

75.Наказ Міністра охорони здоров'я України від 16.03.2022 р. № 495 «Про організацію надання відновного лікування та реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я військовослужбовцям сил оборони» [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-16032022--495-pro-organizacijju-nadannja-vidnovnogo-likuvannja-ta-reabilitacijnoi-dopomogi-u-sferi-ohoroni-zdorov%E2%80%99ja--vijskovosluzhbovcjam-sil-oboroni>

76.Наказ Міністра охорони здоров'я України від 16.06.2014 р. № 398 «Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах» [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0750-14#Text>

77.Наказ Міністра охорони здоров'я України від 24.02.2022 № 368 «Про затвердження Стандарту екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі»» [Електронний документ]. – Режим доступу:

<https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-24022022--368-pro-zatverdzhennja-standartu-ekstrenoi-medichnoi-dopomogi-medichne-sortuvannja-pri-masovomu-nadhodzhenni-postrazhdalih-na-rannomu-gospitalnomu-etapi>

- 78.Наказ Міністра охорони здоров'я України від 25.02.2022 р. № 379 «Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах» [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-25022022--379-schodo-nadannja-medichnoi-dopomogi-v-umovah-voennogo-stanu-vijskovosluzhbovcjam-jaki-berut-uchast-v--operacii-ob%E2%80%99ednanih-sil>
- 79.Наказ Міністра охорони здоров'я України від 26.02.2022 № 383 «Про залучення медичних працівників-іноземців до надання допомоги постраждалим в умовах воєнного стану» [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0383282-22#Text>
- 80.Наказ Міністра соціальної політики України від 02.04.2024 № 140-Н «Про визнання такими, що втратили чинність, деяких наказів Міністерства соціальної політики України» [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0554-24#Text>
- 81.Наказ Міністра соціальної політики України від 11.10.2024 № 464-Н «Про внесення змін до пункту 3 Граничних цін на вироби підвищеної функціональності за новітніми технологіями та/або спеціальні вироби для занять спортом для окремих категорій громадян, які отримали поранення, контузію, каліцтво або захворювання внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України, участі в антитерористичній операції чи у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, перебуваючи безпосередньо в районах та у період проведення воєнних (бойових) дій, і втратили функціональні

можливості кінцівки або кінцівок» [Електронний документ]. – Режим доступу:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1606-24#Text>

82.Наказ Міністра соціальної політики України від 29.09.2015 № 974 «Про затвердження Типового положення про стаціонарне (реабілітаційне) відділення первинного і складного протезування та ортезування» [Електронний документ]. – Режим доступу:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1357-15#Text>

83.Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.04.2022 №574 «Про затвердження Критеріїв направлення громадян України для лікування за кордон на період дії військового стану та Переліку закладів охорони здоров'я, які здійснюють координацію управління». громадян України для лікування за кордон на період дії військового стану» [Наказ МОЗ України від 05.04.2022 № 574 «Про затвердження Критеріїв направлення громадян України на лікування за кордоном у період воєнного стану та Перелік закладів охорони здоров'я, що координують направлення громадян України на лікування за кордон у період воєнного стану". URL:
<https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-05042022--574-pro-zatverdzhennja-kriteriiv-napravlennja-gromadjan-ukraini-dlja-likuvannja-za-kordon-na-period-dii-voennogo-stanu-ta-pereliku-zakladiv-ohoroni-zdorov%E2%80%99ja-jaki-zdijsnjut-koordinaciju-napravlennja>

84.Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25.02.2022 №379 «Щодо надання медичної допомоги в умовах військового стану військовослужбовцям, які беруть участь в операції об'єднаних сил» [Наказ МОЗ України від 25.02.2022 № № 379 «Про надання медичної допомоги в умовах воєнного стану військовослужбовцям, які беруть участь в операції Об'єднаних сил». URL:
<https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-25022022--379-schodona-dannja-medichnoi-dopomogi-v-umovah-voennogo-stanu-vijskovosluzhbovcjam-jaki-berut-uchast-v--operacii-ob%E2%80%99ednanihsil>

- 85.Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 № 752 «Про організацію надання стаціонарної медичної допомоги в Україні». [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text>
- 86.Оніпко В., Білаш С., Білаш В., Біланов О. Деонтологічні аспекти науково-дослідницької діяльності здобувачів вищої освіти в галузі охорони здоров'я. Українська професійна освіта. 2022;12:54–61. <https://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/20889>
- 87.Остапенко О. Методичні підходи до визначення рівнів мотивації громадян щодо вступу на військову службу або продовження служби в силах оборони України в умовах широкомасштабної війни / О. Остапенко, В. Яценко. Рівні мотивації громадян до вступу або продовження служби в Збройних Силах України в умовах широкомасштабної війни. Соціально-економічні проблеми сучасного періоду України. 2024; 165 (1): 16-28. DOI: 10.36818/2071-4653-2024-1-3.
- 88.Перепелюк Т.Д. Психологічна допомога жінкам, які страждають на безпліддя, в умовах медичної установи. Психологічні студії. 2023. - №3. – С.121-125.
- 89.Положення про військовий госпіталь Національної гвардії України (військову частину 3080). Затверджено наказом Міністерства внутрішніх справ України від 29.07.2015 № 916. [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1002-15#Text>
- 90.Постанова Кабінету міністрів України від 01.10.2014 № 518 «Деякі питання протезування та ортезування виробами підвищеної функціональності за новітніми технологіями та технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, та/або спеціальними виробами для занять спортом окремих категорій громадян, які втратили функціональні можливості кінцівки або кінцівок» [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/518-2014-п#Text>

- 91.Постанова Кабінету міністрів України від 05.04.2012 № 321«Про затвердження Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані такі засоби, їх переліку» [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-п#Text>
- 92.Постанова Кабінету міністрів України від 28.02.2023 р. № 174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text>
- 93.Постанова Кабінету Міністрів України від 31.10.2018 № 910 «Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України» Доступ: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/910-2018-%D0%BF#Text>
- 94.Постанова Кабінету міністрів України від 05.04.2022р. №411 «Про забезпечення організації управління особою із складових сил оборони та сил безпеки, постраждалих у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, на лікування за кордон» [Постанова КМУ від 05.04.2022 р. 411. «Про забезпечення організації направлення осіб сил оборони і сил безпеки, постраждалих у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, на лікування за кордон». URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zabezpechennya-organizaciyi-napravlennya-osib-iz-skladovih-sil-oboroni-ta-sil-bezpeki-postrazhdalih-u-411>
- 95.Постанова Кабінету міністрів України від 21.04.2023р. №361 «Про внесення змін до Порядку направлення осіб із складових сил оборони та сил безпеки, постраждалих у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, на лікування за кордон» [Постанова КМУ від 21.04.2023 р. 361. «Про внесення змін до Порядку направлення на лікування за кордон осіб із складу сил оборони і безпеки, які постраждали внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України». URL:

<https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-vnesennia-zmin-do-poriadku-napravlennia-osib-a361>

96. Постіл А.С. Микола Іванович Пирогов як геній Української та світової хірургії. Гуманітарний дискурс суспільних проблем: минуле, сучасне, майбутнє. Матеріали Міжвузівської наукової конференції молодих науковців, курсантів та студентів, 19 квітня 2017 р. Черкаси, 2017. 204 с. с. 121-122.
97. Програма Interreg NEXT Польща – Україна 2021-2027. Львівський обласний госпіталь ветеранів війн та репресованих ім. Ю. Липи. Режим доступу: <https://hospital-veterans.lviv.ua/programa-interreg-next-polshha-ukrayina-2021-2027/>
98. Реабілітація військових на Полтавщині: у скількох закладах можна протистояти відновленню. Реабілітація військових на Полтавщині: у скількох закладах можна пройти реабілітацію. Брифінг НСЗУ. Суспільне Полтава. 02.07.2024. URL: <https://suspilne.media/poltava/781921-reabilitacia-vijskovih-na-poltavsini-u-skilkoh-zakladah-mozna-projti-vidnovlenna/>
99. Ріпецький М. Медична опіка в УПА. Літопис УПА, Том 23. 1993. 483 с.
100. Робак І.Ю., Демочко Г.Л. Винахідництво на службі вітчизняної військової медицини в перше десятиліття сучасної Російсько-Української війни: історія розробок і впроваджень на догоспітальному етапі. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Історичні науки. 2025;36(75),№ 1:128-134. DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5984.2025/1.19>
101. Роговський В.М., Коваль Б., Лурін І.А., Гуменюк К., Горобейко М., Дінець А. Тимчасові артеріальні шунти у бойового пацієнта з судинними травмами кінцівок, поранених у російсько-українській війні: клінічний випадок. Int J SurgCase Rep. 2022;102:107839. doi: 10.1016/j.ijscr.2022.107839.
102. Розвиток системи охорони здоров'я в умовах війни: поточні виклики та ключові досягнення обговорили на форумі з міжнародного

медичного партнерства. МОЗ України. – Режим доступу:
<https://moz.gov.ua/uk/rozvitok-sistemi-ohoroni-zdorov-ya-v-umovah-vijni-potochni-vikliki-ta-klyuchovi-dosyagnennya-obgovorili-na-forumi-z-mizhnarodnogo-medichnogo-partnerstva>

103. Ромач М.К., Рутка Й.Т. Розбудова потенціалу охорони здоров'я в дитячій нейрохірургії та психіатрії в пострадянській системі: Україна. World Neurosurg. 2018;111:166–174. DOI: 10.1016/j.wneu.2017.11.178.
104. Русенко Н. Інститут забезпечення внутрішньополітичної безпеки України. Інституційне забезпечення внутрішньополітичної безпеки України. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування. 2023;34(73):60-68. DOI: 10.32782/TNU-2663-6468/2023.5/11.
105. Савоста В., Іваньков І., Іваньков О. Правове регулювання обігу цивільної вогнепальної зброї в Україні. Ерліхівський журнал. 2024;8:58-63. doi: 10.32782/ehrichsjournal-2024-8.08.
106. Сірко А., Берлін К., Цанг С., Найк Б.І., Армонда Р. Проникаюча черепно-мозкова травма передньої частини основи черепа воєнного часу із залученням навколоносових пазух: досвід моноцентрового дослідження першого року роботи в Дніпрі, Україна. Журнал нейрохірургії. 2024;142(3):829-838. doi: 10.3171/2024.6.JNS24852
107. Сміянов, В.А. Визначення якості медичної допомоги та концепції її розвитку. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2011. - № 1. - С. 86-95.
108. Сотніков ЮМ. Маркетинговідослідження з використанням пакету SPSS: навчальний посібник. Одеса: Атлант, 2016. 145 с.
109. Створення відділу військово-медичної науки при Президії НАМН України. Національна академія медичних наук України. 08.07.2019. Доступ: <https://amnu.gov.ua/stvorennya-viddiluvijskovo-medychnoyi-nauky-pry-prezydiy-namn-ukrayiny/>

110. Стефанишин Н. М. Договірне регулювання відносин у сфері надання медичних послуг // Актуальні проблеми вдосконалення чинного законодавства України. - Івано-Франківськ. - 2024. - № 64 - С. 147-160.
111. Теглер Е. Російський важкий вогнемет ТОС-1 здійснює жорстокий термобаричний вогонь з близької відстані. Forbes. 2 березня 2022 р. URL: <https://www.forbes.com/sites/erictegler/2022/03/02/russias-tos-1-heavy-flamethrower-lobbs-brutal-thermobaric-rockets-at-close-range/>.
112. Тещук В.Й., Тещук В.В., Чоп О.М. Неврологічні аспекти військової медицини в Україні. Бюллетень XV чтений им. В.В.Подвысоцкого, 26–27 травня 2016 р. Одеса, 2016. с.191-201.
113. Указ Президента України від 05.02.2016№39/2016 «Про затвердження військово-адміністративного поділу території України» [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/39/2016#Text>
114. Уряд розширив можливості для військових отримати високофункціональні протези. Міністерство соціальної політики, сім'ї та єдності України.28 грудня 2024 р. [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://www.msp.gov.ua/press-center/news/uryad-rozshyryv-mozhlyvosti-dlya-viyskovykh-otrymaty-vysokofunktsionalni-protezy>
115. Хамблінг Д. «Білий фосфор», який, як стверджується, використовувався в Україні, насправді може бути російською напалмовою зброєю. Forbes. 25 березня 2022 р. URL: <https://www.forbes.com/sites/davidhambling/2022/03/25/white-phosphorus-may-really-be-soviet-napalm-weapon/>
116. Хірургія : підручник / Б. П. Лисенко, В. Д. Шейко, С. Д. Хіміч [та ін.] ; за ред. проф. Б. П. Лисенка, В. Д. Шейка, С. Д. Хіміча. – Київ : ВСВ “Медицина”, 2010. – 712 с.
117. Хоменко І.П., Король С.О., Халік С.В., Шаповалов В.Ю., Єнін Р.В., Герасименко О.С. та ін. Клінічно-епідеміологічний аналіз структури бойової хірургічної травми при проведенні антитерористичної операції /

- операції об'єднаних сил на сході України. Ukrainian Journal Of Military Medicine. 2020;2:5-13. doi: 10.46847/ujmm.2021.2(2)-005.
118. Хорошун Е.М. Основні поняття та сучасна класифікація бойової хірургічної травми: методичні рекомендації. Харків, 2022. 40 с.
119. Хронологія російського вторгнення в Україну (з 2022). Вікіпедія-вільна енциклопедія. Режим доступу:[https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F_%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B9%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D0%B2%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%BD%D0%BD%D1%8F_%D0%B2_%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%83_\(%D0%B7_2022\)](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F_%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B9%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D0%B2%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%BD%D0%BD%D1%8F_%D0%B2_%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%83_(%D0%B7_2022))
120. Центр медичних інновацій. URL: <https://www.medtechnopark.com.ua>
121. Чабан О.С., Хаустова О.О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? Український медичний часопис. 2022;4(150):8-18. DOI:10.32471/umj.1680-3051.150.232297
122. Чисельність наявного населення України на 1 січня 2021 року. Державна служба статистики України. Київ, 2021. 50 с. http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2021/zb/05/zb_chuselnist%202021.pdf.
123. Чорна В.В., Коломієць В.В., Ангельська В.Ю., Поляруш В.В., Тимчук Є.В. Мета – аналіз структури бойової травми, виникнення інфекції ран під час військового конфлікту та соціальний, психологічний захист поранених. Перспективи та інновації науки. 2025;1(47):2562–2579. doi: 10.52058/2786-4952-2025-1(47)-2562-2579.
124. Шоста річниця початку АТО: цифри і факти. Слово і діло. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2020/04/14/infografika/bezpeka/shosta-richnycya-pochatku-ato-cyfry-fakty>

125. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. О. Квіташвілі; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». –Київ : МВЦ «Медінформ», 2016. – 508 с.
126. Яковенко Ю. Міжнародне право та використання заборонених засобів ведення війни. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції: СБУ в умовах війни в Україні: сучасні реалії та інноваційні стратегії забезпечення національної безпеки: матеріали міжнародної науково-практичної конференції; 4-5 липня 2024 року. Київ: Алерта, 2024. 81-85.
127. Янчинський О. Специфіка реабілітації осіб після ампутації нижніх кінцівок: огляд наукової літератури в період 2022–2024 років. Фізична активність, здоров'я і спорт. 2025. вип. 1. С. 55–64.
128. 20 years Promoting European Defence Cooperation. Medical Support. – Режим доступу: <https://eda.europa.eu/what-we-do/all-activities/activities-search/medical-support>
129. American College of Surgeons. Early Care of the Injured Patient. Chicago, IL: American College of Surgeons; 1972.
130. American College of Surgeons. Resources for the Optimal Care of the Injured Patient. Chicago, IL: American College of Surgeons; 1976.
131. Antonyshyn K, Teshima TL, Al-Shaqsi S, Enepekides D, Higgins K, Levis C, Sigurdson L, Phillips J, Antonyshyn O. A Mobile Craniofacial Surgery Unit: Reconstructing Casualties of War in Ukraine. J Craniofac Surg. 2025 Jan-Feb 01;36(1):156-161. doi: 10.1097/SCS.00000000000010802. Epub 2024 Nov 12. PMID: 39530685; PMCID: PMC11658018.
132. Bahadori MK, Abolghasemi K, Teymourzadeh E. Performance evaluation and ranking of selective wards in a military hospital using DEA and promethee method. J Military Med. 2017;18(4):325–34.
133. Ballabeni A. The definition of public health - where to shift the focus: prevention or population? Perspect Public Health. 2015;135(4):166.

134. Barrow JM, Khandhar PB. Deontology. [Updated 2023 Aug 8]. In: StatPearls [Internet]. TreasureIsland (FL): StatPearlsPublishing. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459296/>
135. Belasen AT, Oppenlander J, Belasen AR, Hertelendy AJ. Provider-patient communication and hospital ratings: perceived gaps and forward thinking about the effects of COVID-19. *Int J Qual Health Care*. 2021;33(1):mzaa140. doi:10.1093/intqhc/mzaa140.
136. Blackbourne LH, Baer DG, Eastridge BJ et al. Military medical revolution: Military trauma system. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery* 73(6):p S388-S394, December 2012. | DOI: 10.1097/TA.0b013e31827548df
137. Bolton M. From minefields to minespace: an archeology of the changing architecture of autonomous killing in US Army field manuals on landmines, booby traps and IEDs. *Polit Geogr* 2015;46:41–53.
138. Boscarino JA, Boscarino JJ. Conceptualization of PTSD from the Vietnam War to Current Conflicts and Beyond. *Int J Emerg Ment Health*. 2015;17(3):661-663. doi:10.4172/1522-4821.1000278
139. Brackett J. W., McGowan C. L. *Applying SADT to Large System Problems*. – Softech Incorporated, 1977.
140. Bradley M. War and health care // *Journal of perioperative practice*. – 2018. – Vol. 28. – №. 11. – P. 288
Электронный доступ: doi: 10.1177/1750458918804495.
141. Brundage MD, Feldman-Stewart D, Tishelman C. How do interventions designed to improve provider-patient communication work? Illustrative applications of a framework for communication. *Acta Oncol*. 2010;49(2):136-143. doi:10.3109/02841860903483684.
142. Charles C, Gauld M, Chambers L, O'Brien B, Haynes RB, Labelle R. How was your hospital stay? Patients' reports about their care in Canadian hospitals. *CMAJ*. 1994 Jun 1;150(11):1813-22.

143. Clegg LX, Hankey BF, Tiwari R, Feuer EJ, Edwards BK. Estimating average annual per cent change in trend analysis. *Stat Med*. 2009 Dec 20;28(29):3670-82. doi: 10.1002/sim.3733.
144. Critical Care Transport with Navigate Advantage Access. Third Edition. American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS), 2023. 1050 pages. ISBN:9781284263114
145. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care / A. Donabedian //Milbank memorial Fund quarterly. – 1966. – Vol. 44. – p. 166-206
146. Eastridge BJ, et al. Trauma system development in a theater of war: experiences from Operation Iraqi Freedom and Operation Enduring Freedom. *J Trauma*. 2006;61:1366Y1372; discussion 1372Y1373.
147. Eastridge BJ, Hardin M, Cantrell J, et al. Died of wounds on the battlefield: causation and implications for improving combat casualty care. *J Trauma*. 2011;71(1 Suppl):S4-S8. doi:10.1097/TA.0b013e318221147b
148. Eastridge BJ, Mabry RL, Seguin P, et al. Death on the battlefield (2001-2011): implications for the future of combat casualty care. *J Trauma Acute Care Surg*. 2012;73(6 Suppl 5):S431-S437. doi:10.1097/TA.0b013e3182755dcc
149. Epstein A, Lim R, Johannigman J et al. Putting Medical Boots on the Ground: Lessons from the War in Ukraine and Applications for Future Conflict with Near-Peer Adversaries. *J Am Coll Surg*. 2023;237(2):364-373. doi: 10.1097/XCS.0000000000000707.
150. Fowler TJ, Howells NR, Blom AW, Sayers A, Whitehouse MR. Association between surgeon training grade and the risk of revision following unicompartmental knee replacement: An analysis of National Joint Registry data. *PLoS Med*. 2024;21(9):e1004445. Published 2024 Sep 10. doi:10.1371/journal.pmed.1004445
151. Frassini J, Tóth Z, Král P. Flight surgeons, aerospace medicine and NATO aeromedical doctrine: where is the alliance for flight safety?

- International Journal of Aviation Aeronautics and Aerospace. 2020;7(4). Available from: DOI:10.15394/ijaaa.2020.1541
152. Grillo R, Bottura L, Lima BC, de Oliveira NK, Melhem-Elias F, Zindel Deboni MC. The complex dynamics of maxillofacial trauma in blast and fragmentation injuries: Current understanding and gaps in scientific evidence. *J Craniomaxillofac Surg.* 2025;53(10):1762-1768. doi:10.1016/j.jcms.2025.07.017
153. Grissinger JW. The development of military medicine. *Bull N Y Acad Med.* 1927;3(5):301-356.
154. Hambling D. 'White Phosphorus' claimed to be used in Ukraine may really be Russian napalm weapon. *Forbes* March 25, 2022.
155. Haque U, Bukhari MH, Fiedler N, et al. A Comparison of Ukrainian Hospital Services and Functions Before and During the Russia-Ukraine War. *JAMA Health Forum.* 2024;5(5):e240901. doi:10.1001/jamahealthforum.2024.0901
156. Haque U, Naeem A, Wang S, Espinoza J, Holovanova I, Gutor T, et al. The human toll and humanitarian crisis of the Russia-Ukraine war: the first 162 days. *BMJ Glob Health.* 2022 Sep;7(9):e009550. doi: 10.1136/bmjgh-2022-009550.
157. Holcomb JB, Rauch TM, Dittlinger S et al. Assessment and training of Ukrainian trauma and combat casualty care via international symposia. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery* 2025;99(3S):S150-S156. DOI: 10.1097/TA.0000000000004722
158. Holovanova I, Havlovsky O, Wang S, Korneta O, Khorosh M, Kaydashev I, Robinson R, Haque U. Doctors' satisfaction with the rehabilitation system for anti-terrorist operation participants: A factor analysis. *Heliyon.* 2024 Nov 23;11(1):e40667. doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e40667. PMID: 39801953; PMCID: PMC11721236.
159. Horton A. Soleimani's legacy: the gruesome, advanced IEDs that haunted U.S. troops in Iraq. *The Washington Post* January 3, 2020.

160. How many Ukrainian soldiers have died? *The Economist*, 2024. <https://www.economist.com/graphic-detail/2024/11/26/how-many-ukrainian-soldiers-have-died>
161. Kane RL, Maciejewski M, Finch M. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Med Care*. 1997 Jul;35(7):714-30. doi: 10.1097/00005650-199707000-00005. PMID: 9219498.
162. Khorram-Manesh A, Robinson Y, Boffard K, Örténwall P. The History of Swedish Military Healthcare System and Its Path Toward Civilian-Military Collaboration From a Total Defense Perspective. *Mil Med*. 2020;185(9-10):e1492-e1498. doi:10.1093/milmed/usaa071.
163. Kvasnii L, Balanda N, Senakh P, Petsukh A. The impact of war on the quality management system of medical services. *Philosophy and Governance*. 2024;3-4:53–61. <https://doi.org/10.70651/3041-248X/2024.3-4.07>.
164. Lakhoua M. N. The need for systemic analysis and design methodology of medical equipments // *International Journal of Applied Systemic Studies*. – 2018. – Vol. 8. – №. 1. – P. 76-88. Электронный доступ: <https://www.inderscienceonline.com/doi/abs/10.1504/IJASS.2018.091846>
165. Lawry LL, Korona-Bailey J, Juman L, et al. A qualitative assessment of Ukraine's trauma system during the Russian conflict: experiences of volunteer healthcare providers. *Confl Health*. 2024;18(1):10. doi:10.1186/s13031-024-00570-z
166. Lawry LL, Korona-Bailey J, Kanagaratnam A, et al. Qualitative assessment of point of injury to Role 2+ combat casualty care in Ukraine. *Trauma Surg Acute Care Open*. 2025;10(2):e001674. Published 2025 Jun 25. doi:10.1136/tsaco-2024-001674
167. Lehavot K, Katon JG, Simpson TL, Shipherd JC. Transgender Veterans' Satisfaction With Care and Unmet Health Needs. *Med Care*. 2017;55 Suppl 9 Suppl 2(Suppl 9 2):S90-S96. doi:10.1097/MLR.0000000000000723

168. Mabry RL, Apodaca A, Penrod J, Orman JA, Gerhardt RT, Dorlac WC. Impact of critical care-trained flight paramedics on casualty survival during helicopter evacuation in the current war in Afghanistan. *J Trauma Acute Care Surg.* 2012;73(2 Suppl 1):S32-S37. doi:10.1097/TA.0b013e3182606001
169. Markazi-Moghaddam N, Mohammadimehr M, Nikoomanesh M, Rezapour R, Jame SZB. Developing a quality and safety assessment framework for Iran's military hospitals. *BMC Health Serv Res.* 2024 Jul 2;24(1):775. doi: 10.1186/s12913-024-11248-w.
170. McCallum JE. *Military Medicine: From Ancient Times to the 21st Century.* 2008. DOI:10.5040/9798400685927
171. Moradi R, Amiri M. Military hospitals efficiency evaluation: application of malmquist productivity index-data envelopment analysis. *Int J Data Envelopment Anal.* 2019;7(4):29–40.
172. NATO Standardization Office (NSO). NATO standard. AAMedP-1: Aerospace Medicine Doctrine. Edition A Version 1. 2016. <https://www.coemed.org/resources/stanag-search>
173. Ovcharenko I, Zvonko A, Tkachenko A, Yaroshenko A. Analysis of functioning of the restoration system armament and military equipment. *JSPSDS* [Internet]. 2021;11(4):177-88. Available from: <https://paperssds.eu/index.php/JSPSDS/article/view/376>
174. Overton I. A decade of global IED harm reviewed. Available at: <https://aoav.org.uk/2020/a-decade-of-global-ied-harm-reviewed/>. Accessed November 26, 2022
175. Pallis M, Gerlinger T. In: *Combat orthopedic surgery: lessons learned in Iraq and Afghanistan.* Owens BD, Belmont PJ, editors. Slack Incorporated Publishers; Thorofare NJ: 2011. Echelons of care; pp. 22–30.
176. Pasquina PF, Tsao JW, Collins DM, et al. Quality of medical care provided to service members with combat-related limb amputations: report of patient satisfaction. *J RehabilResDev.* 2008;45(7):953-960. doi:10.1682/jrrd.2007.10.0163

177. Poberezhets V. Healthcare crisis in Ukraine - worrying consequences of the Russian-Ukrainian war. *Croat Med J.* 2022 Aug 31;63(4):315-316. doi: 10.3325/cmj.2022.63.315.
178. Rayment S. MoD kept failure of best tank quiet. *The Telegraph* May 13, 2007.
179. Reducing the Risks of Medical Diagnosis in an Epidemic or Pandemic. *IEEE. KhPI Week on Advanced Technology (KhPIWeek).* 2020. P. 351–356.
180. Ree E, Wiig S, Manser T, Storm M. How is patient involvement measured in patient centeredness scales for health professionals? A systematic review of their measurement properties and content. *BMC Health Serv Res.* 2019;19:1–13. doi: 10.1186/s12913-018-3798-y.
181. Reed NS, Boss EF, Lin FR, Oh ES, Willink A. Satisfaction With Quality of Health Care Among Medicare Beneficiaries With Functional Hearing Loss. *MedCare.* 2021;59(1):22-28. doi:10.1097/MLR.0000000000001419
182. Ryu MY, Martin MJ, Jin AH, Tabor HK, Wren SM. Characterizing Moral Injury and Distress in US Military Surgeons Deployed to Far-Forward Combat Environments in Afghanistan and Iraq. *JAMA Netw Open.* 2023;6(2):e230484. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.0484
183. Sabgul A.A., Qattan A.M.N., Hashmi R., Al-Hanawi M.K. Husbands' Knowledge of Breast Cancer and Their Wives' Attitudes and Practices Related to Breast Cancer Screening in Saudi Arabia: Cross-sectional Online Survey. *J Med Internet Res.* 2021;23(2):e25404. doi:10.2196/25404.
184. Silvera GA, Clark JR. Patient evaluations of the interpersonal care experience (ICE) in U.S. hospitals: A factor analysis of the HCAHPS survey. *Patient Experience Journal.* 2016;3(1):101-109. doi: 10.35680/2372-0247.1136.
185. Slabkyi H.O., Nimchuk S.S. Impact of the war with Russia on the socio-economic determinants of public health formation in Ukraine. In *Scientific Research in the Modern World. Proceedings of the 4th International*

- Scientific and Practical Conference. 2023. 94–98. Perfect Publishing. Toronto, Canada. <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/47716>
186. Spasojevic N, Hrabac B, Huseinagic S. Patient's Satisfaction with Health Care: a Questionnaire Study of Different Aspects of Care. *Mater Sociomed.* 2015;27(4):220-224. doi:10.5455/msm.2015.27.220-224.
187. Strickland OL. Using factor analysis for validity assessment: practical considerations. *J Nurs Meas.* 2003 Winter;11(3):203-5. doi: 10.1891/jnum.11.3.203.61274.
188. Tactical Combat Casualty Care. Observations, Insights and Lessons // Handbook. – 2013. – № 3–21. – 102 p.
189. The Joint Trauma System. Available from: <https://jts.health.mil/>
190. Ukraine situation Flash Update #24. United Nations High Commissioner for Refugees, 2022. <https://data.unhcr.org/en/documents/details/94640>
191. Ukraine situation: Flash Update #15. United Nations High Commissioner for Refugees, 2022. <https://data.unhcr.org/en/documents/details/93271>
192. Ukrainian Helsinki Human Rights Union. About a hundred doctors from Mariupol remain in captivity. Available from: <https://helsinki.org.ua/en/articles/about-a-hundred-doctors-from-mariupol-remain-in-captivity>. Accessed: August 8, 2022.
193. Van Way C 3rd. War and Trauma: A History of Military Medicine. *Mo Med.* 2016;113(4):260-263.
194. Walrath BD., HarperSA.,RenoJL., et al. Interfacility Transport of Patients Between Theater Medical Treatment Facilities (CPG ID: 27). <https://tccc.org.ua/files/downloads/interfacility-transfer-enroute-en.pdf>
195. Walravens S, Zharkova A, De Weggheleire A, Burton M, Cabrol J-C, Lee JS. Characteristics of Medical Evacuation by Train in Ukraine, 2022. *JAMA Netw Open.* 2023;6:e2319726. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.19726.

196. World Health Organization Surveillance system for attacks on health care (ssa). 2024. <https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx>
197. Wynter R, Ewen, S. Choreographing urban ambulance in Britain, c.1870–1920: movement, gender, biological time and the city. *Social History*.2024;49(1):78–105. DOI:10.1080/03071022.2024.2281151.
198. Zhdan VM, Holovanova IA, Khorosh MV, Bielikova IV, Lyakhova NA. Analysis of the legislative activity of the Ministry of health of Ukraine in the conditions of the Russian-Ukrainian war in 2022. *Wiad Lek*. 2022;75(6):1425-1433. doi:10.36740/WLek202206101.
199. Zimble J. Military medicine: an operational definition. *Mil Med*. 1996;161(4):183-188.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких публіковані основні наукові результати дисертації:

1. Irina Holovanova , Oleksandr Havlovsky , Shanshan Wang, Oleksandr Korneta, Maksym Khorosh, Igor Kaydashev, Renee Robinson, Ubydul Haque. Doctors' satisfaction with the rehabilitation system for anti-terrorist operation participants: A factor analysis. - Heliyon. 2025. - Том 11, Вип.1 - e40667doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e40667 (*збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків).
2. Korneta O.M., Holovanova I.A., Bielikova I.V., Khorosh M.V. Analysis of changes in indicators of provision of medical care at Poltava military hospital in 2022–2023. Україна. Здоров'я нації. 2025; 3:100-107. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2025.3> (*збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків).
3. Korneta OM, Holovanova IA, Khorosh MV. Analysis of the work of the inpatient military hospital during the Russian-Ukrainian war. Pol Merkur Lekarski. 2025;53(4):495-501 doi: 10.36740/Merkur202504109(*збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків).
4. Korneta O. M. Analysis of the regulatory framework for providing medical care to military personnel and civilians during wartime. Вісник проблем біології і медицини – 2025 – Вип. 2(177). – С. 452-464 DOI 10.29254/2077-4214-2025-2-177-452-464.
5. Korneta OM, Holovanova IA, Khorosh MV. Assessment of interpersonal communications between doctors and patients in a military hospital: factor analysis of the hcahps survey. – Wiadomości Lekarskie 2026;(1):184-195. <https://doi.org/10.36740/WLek/213940>(*збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків).

Опубліковані праці апробаційного характеру:

1. Голованова І. А., Корнета О. М. Визначення думки лікарів щодо основних проблем надання медичної допомоги військовослужбовцям та можливих шляхах їх вирішення. Матеріали V Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи», 3 жовтня 2025 року. [Текст] / ПДМУ; [ред..кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін..]. – Полтава, 2025. – С. 101-108. (*збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків).
2. Korneta O.M., Holovanova I.A., Khorosh M.V., Bielikova I.V. Conceptual model for optimizing the provision of medical care to military personnel during the Russian-Ukrainian war. VI All-Ukrainian scientific and practical conference with international participation «Emergency and urgent aid in Ukraine: Organizational, legal, clinical aspects», February 27, 2026, Poltava, Ukraine. Emerg Med Serv, 2026; XIII, 1: 55. (*збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків).
3. Корнета О.М., Голованова І.А., Хорош М.В., Белікова І.В. Основи концептуальної моделі надання медичної допомоги військовослужбовцям в воєнний час. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти», 27 лютого 2027 року. [Текст] / ПДМУ; [ред..кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін..]. – Полтава, 2026. – 256 с. (*збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків).

Наукові праці, які додатково відображають результати дисертації:

1. Плужнікова Т.В., Корнета О. М., Костріков А. В., Комар А. В. Кадрові зміни в системі екстреної медичної допомоги: парамедики та екстрені медичні техніки. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти», 24 лютого 2023 року. – Полтава,

2023. – С. 132-133. (*збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків).
2. Zhdan V, Holovanova I, Wang S, Obrevko N, Korneta O, Bielikova I, Kaidashev I, Haque U, Khorosh M, Popovich I. Analysis of behavioral factors and level of anxiety of schoolchildren in the conditions of the Russian-Ukrainian war. *The Medical and Ecological Problems/* 2023;27(5-6):51-58. <https://doi.org/10.31718/mer.2023.27.5-6.07>. (*збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків).
 2. Holovanova I. A., Korneta O. M., Khorosh M. V. Analysis of the work of a military hospital in response to the beginning of the active phase of the Russian-Ukrainian war . V All-Ukrainian scientific and practical conference with international participation «Emergency and urgent aid in Ukraine: Organizational, legal, clinical aspects», February 28, 2025, Poltava, Ukraine. *Emerg Med Serv*, 2025; XII, 1: 50. (*збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків).
 3. Корнета О.М. Оцінка роботи стаціонару в умовах військового госпіталю. Матеріали VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я», 30 травня 2025 року. [Текст] / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. – Полтава, 2025. – С. 149-151.
 4. Ждан В.М., Корнета О. М., Голованова І.А., Бугро В.І., Краснов О.Г. Аналіз нормативно-правової бази протезування та засобів реабілітації військовослужбовців під час війни в Україні. Громадське здоров'я в Україні: здобутки та виклики сьогодення: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. – Полтава, 2025. – 247 с. (С. 3-15). (*збір інформації, обробка й узагальнення даних, написання висновків).

АНКЕТА ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЛІКУВАННІ У ГОСПІТАЛІ

Шановні респонденти, запрошуємо долучитися до анонімного опитування, що націлене на аналіз ЗАДОВОЛЕНОСТІ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЛІКУВАННІ У ГОСПІТАЛІ.

Контактні дані дослідників:

Аспірант кафедри громадського здоров'я з лікарсько-трудою експертизою
Полтавського державного медичного університету Корнета Олександр
Миколайович,
e-mail: oleksandrkorнета@gmail.com

Вам пропонується взяти добровільну участь у цьому науковому дослідженні. Перед прийняттям рішення про участь у дослідженні прочитайте, будь ласка, інформацію, наведену в даній формі.

Методом цієї форми є надання Вам інформації про це наукове дослідження, а після її підписання – надання Вам можливості брати участь у цьому дослідженні. У цій формі описуються мета дослідження, процедури, переваги, можливості ризику, дискомфорт і попередження, пов'язані з цим науковим дослідженням. Прочитайте, будь ласка, цю інформацію для респондентів і форму згоди і задайте всі запитання, які у Вас виникли дослідникам за електронною адресою, зазначеною вище.

Вступ і мета цього наукового дослідження:

Вам запропонували взяти участь у науковому дослідженні для того, щоб дослідити на скільки Ви особисто задоволені Вашим лікуванням у стаціонарі

Тривалість дослідження

Заповнення онлайн-форми буде вважатися за візит для відбору та проведення досліджень, в процесі якого Вам буде запропоновано заповнити анкету. Після перевірки вашої згоди на проведення дослідження, вам нададуть відбірковий номер, який буде використовуватися для вашої ідентифікації протягом усього періоду дослідження. Вам надається можливість прочитати форму згоди, задати цей запит, чи хочете Ви брати участь у дослідженні.

Відбір і початок обстежень

Під час анкетування Ви повинні заповнити відповідну анкету.

Можливі ризики і побічні ефекти

Дане дослідження включає анонімну анкету, у зв'язку з чим ризику виникнення побічних ефектів немає.

Можливі переваги

Ваша участь у цьому дослідженні може допомогти підвищити рівень якості медичної допомоги у стаціонарі.

Добровільна участь / або вихід із дослідження

Ваше рішення про участь у цьому дослідженні є добровільним. Ви можете не брати участі в дослідженні або припинити участь у будь-якому моменті. У разі відмови від подальшої участі в дослідженні Ви повинні повідомити про таке рішення досліднику.

Ви можете також виключити із дослідження, якщо дослідник визнає це необхідним. Дослідники, які висловилися на проведення цього дослідження (крізь які вказано на сторінці 1), можуть виключити Вас із дослідження без Вашої згоди.

Конфіденційність і дозвіл на використання і видачу вашої особистої медичної інформації

У цьому дослідженні буде збиратися і аналізуватися інформація про ваше особисте життя та вашу думку про лікування в стаціонарі. Ця інформація буде зібрана і об'єднана з відомостями про інших учасників дослідження. Записи, в яких містяться Ваші ідентифікаційні дані, будуть зберігатися дослідниками при дотриманні умов конфіденційності. Інформацію про це дослідження можна надавати в Міністерство охорони здоров'я України, в Комісію з питань етики з питань перевірки процедур і даних дослідження. У документах, які будуть видаватися цим співробітникам, відсутні ідентифікаційні дані користувачів. Результати цього наукового дослідження можуть доповідатися на конференціях або публікуватися, проте при цьому не будуть публікуватися дані, які можуть встановити Вашу особистість.

Зірочка (*) указує, що запитання обов'язкове

Електронна адреса *

Ваша електронна адреса

Я прочитав(ла) наведену вище інформацію, і у мене була можливість задати запитання, які допомогли мені зрозуміти, в чому саме полягає моя участь у цьому дослідженні. Наукові дані, отримані в цьому дослідженні, будуть використовуватись для отримання нової інформації про вікові, соціально-побутові, демографічні фактори вибору способу життя у вищій освіті.

Мені надали повну та вичерпну інформацію про це дослідження так, щоб я *
все зрозумів(ла).

Я даю добровільну згоду на участь в цьому дослідженні, і розумію, що можу змінити таке рішення.

Так

Ні

Загальні питання

Стать *

- Чоловіча
- Жіноча

Вік (повних років) *

Ваша відповідь _____

Сімейний стан *

- Самотній(я)
- В постійних стосунках
- Одружений(а)
- Розлучений(а)
- Вдівець/вдова

Місце проживання *

- Місто
- Село
- Селище міського типу

Рівень освіти *

- Середня
- Середня спеціальна
- Вища
- Науковий ступінь

Професія *

Ваша відповідь

Статус військовослужбовця *

- Військовослужбовець строкової служби
- Військовослужбовець за контрактом
- Професійний військовий
- Мобілізований(а)

Звання в збройних силах України *

- курсант
- рядовий
- сержант
- офіцер
- Інше:

Скільки часу перебуваєте в умовах бойових дій (цифрою в форматі: [роки/місяці])? *

Ваша відповідь _____

В якому місті знаходиться госпіталь, де ви зараз лікуєтеся? *

Ваша відповідь _____

З яким діагнозом були госпіталізовані? *

Ваша відповідь _____

Спілкування з медсестрами

Як часто під час перебування в лікарні медсестри ставилися до вас з ввічливістю та повагою? *

- Ніколи
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

Як часто під час перебування в лікарні медсестри уважно слухали вас? *

- Ніколи
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

Як часто під час перебування в лікарні медсестри пояснювали речі так, щоб ви могли їх зрозуміти? *

- Ніколи
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

Спілкування з лікарями

Як часто під час перебування в лікарні лікарі ставилися до вас з ввічливістю та повагою? *

- Ніколи
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

Як часто під час перебування в лікарні лікарі уважно слухали Вас? *

- Ніколи
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

Як часто під час перебування в лікарні лікарі пояснювали речі так, щоб ви могли їх зрозуміти? *

- Ніколи
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

Чуйність персоналу лікарні

Як часто під час перебування в лікарні після того, як ви натиснули кнопку виклику, ви отримували допомогу, як тільки ви її хотіли? *

- Ніколи
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

Чи потрібна вам під час перебування в лікарні допомога медсестер або іншого персоналу лікарні, щоб дістатися до туалету або скористатися підліжним судном? *

- Ніколи
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

Як часто вам допомагали дійти до туалету чи скористатися підліжним судном, як тільки ви хотіли? *

- Ніколи
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

Середовище лікарні

Як часто під час перебування в лікарні ваша кімната та ванна кімната були чистими? *

- Ніколи
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

Як часто під час перебування в лікарні навколо вашої кімнати було тихо вночі? *

- Ніколи
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди

Спілкування про лікування

Чи давали вам під час перебування в лікарні ліки, які ви раніше не приймали? *

- Так
- Ні

Перед тим, як дати вам будь-які нові ліки, як часто персонал лікарні розповідав вам, для чого ці ліки? *

- Ніколи
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди
- Невідомих ліків не призначали

Як часто персонал лікарні описував можливі побічні ефекти у зрозумілий для вас спосіб, перш ніж дати вам будь-які нові ліки? *

- Ніколи
- Іноді
- Зазвичай
- Завжди
- Невідомих ліків не призначали

Інформація про виписку

Чи розмовляли з вами під час перебування в лікарні лікарі, медсестри чи інший персонал лікарні про те, чи отримуєте ви необхідну допомогу, коли залишите лікарню? *

- Так
- Ні

Чи отримували ви під час перебування в лікарні письмову інформацію про те, на які симптоми чи проблеми зі здоров'ям слід звернути увагу після виписки з лікарні? *

- Так
- Ні

Під час перебування в лікарні персонал взяв до уваги мої вподобання та вподобання моєї родини або опікуна, коли вирішував, які будуть мої потреби в медичному обслуговуванні після моєї виписки *

- Категорично не згоден
- Не згоден
- Згоден
- Повністю згоден

Коли я залишив лікарню, я добре розумів речі, за які я відповідаю, керуючи своїм здоров'ям *

- Категорично не згоден
- Не згоден
- Згоден
- Повністю згоден

Коли я виходив із лікарні, я чітко розумів мету прийому кожного зі своїх ліків *

- Категорично не згоден
- Не згоден
- Згоден
- Повністю згоден

Загальний рейтинг лікарні

Ми хочемо знати вашу загальну оцінку вашого перебування в [Назва лікарні]. Це перебування, яке закінчилося близько [дата виписки]. Будь ласка, не вказуйте будь-яке інше перебування в лікарні у своїй відповіді *



Чи порекомендували б ви цю лікарню своїм друзям і родині? *

- Однозначно ні
- Напевно ні
- Напевно так
- Точно так

АНКЕТА ДЛЯ ЛІКАРІВ

Оцінка медичної допомоги військовослужбовцям у госпіталі

Шановний(а) лікарю!

Просимо Вас анонімно відповісти на запитання, щоб допомогти покращити якість медичної допомоги у госпіталі.

1. Яка ваша спеціальність?

- Терапія
- Хірургія
- Травматологія
- Реабілітація
- Інше (вказіть): _____

2. Скільки років ви працюєте у військовому госпіталі?

- До 1 року
- 1–5 років
- 6–10 років
- Більше 10 років

3. Як Ви оцінюєте рівень медичної допомоги, що надається військовослужбовцям у госпіталі?

- Дуже високий
- Високий
- Задовільний
- Низький
- Дуже низький

4. Чи достатньо ресурсів (обладнання, медикаментів) для якісного лікування пацієнтів?

- Так, повністю вистачає
- В основному вистачає
- Частково не вистачає
- Відчувається значна нестача

5. Наскільки кваліфікованим Ви вважаєте медичний персонал, який працює з військовослужбовцями?

- Дуже кваліфікованим
- Кваліфікованим
- Посереднім
- Недостатньо кваліфікованим

6. Чи вважаєте Ви процес реабілітації військовослужбовців достатньо ефективним?

- Так
- Частково
- Ні

7. Які основні проблеми Ви бачите в організації медичної допомоги військовослужбовцям?

(Відкрита відповідь)

8. Ваші пропозиції для покращення надання медичної допомоги у госпіталі:

(Відкрита відповідь)

9. Чи існує нормативно-правова база, яка забезпечила б повноцінне лікування військовослужбовців у госпіталі?

(Відкрита відповідь)

10. Чи повністю покриває нормативно-правова база лікування військових постраждалих у госпіталі?

(Відкрита відповідь)

11. Чи повністю забезпечений ЗОЗ медичними кадрами, які надають медичну допомогу військовим?

- Так
- Ні

12. Якщо відповіли в попередньому питанні «Ні», то яких фахівців бракує?

Лікарі:

- Хірурги
- Травматологи
- Терапевти
- Невропатологи

Медсестри:

- Маніпуляційна
- Постова
- Операційна

Інше (вказіть): _____

13. Чи існує чітко прописаний механізм для переводу пацієнта в більш потужний ЗОЗ? Назвіть який:

(Відкрита відповідь)

14. Обґрунтуйте, в яких випадках Ви переводите пацієнта в інший ЗОЗ:

(Відкрита відповідь)

15. Які приймаєте дії, якщо у пацієнта-військового хронічне захворювання і він продовжує службу в армії:

(Відкрита відповідь)

Полтавський державний медичний університет
Кафедра громадського здоров'я, менеджменту та медичної експертизи.

Експертне заключення на функціонально-організаційну модель надання медичної допомоги
військовослужбовцям під час російсько-української війни, що розроблена у дисертаційній
роботі аспірантом кафедри

Корнетою Олександром Миколайовичем

на здобуття наукового ступеня доктора філософії спеціальності 222 «Медицина», за темою
«Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої функціонально-організаційної моделі
надання медичної допомоги військовим в умовах російсько-української війни».

Шановний експерте!

Висловіть, будь-ласка свою думку щодо функціонально-організаційної моделі надання
медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни.

Дякуємо за співпрацю!

Прізвище, ініціали експерта _____ Вік _____
Місце роботи _____
Посада _____
Стаж роботи в медицині _____, в т.ч. по теперішній спеціальності _____
Кваліфікаційна категорія _____
Науковий ступінь _____
Вчене звання _____

1) В кожній клітинці рейтингової таблиці проранжуйте рівень досягнення завдань по кожному
із елементів системи. Використовуйте шкалу від 1 до 10. Високий рівень отримує високий бал.

<i>Параметри оцінки</i>	Функціонально-організаційна модель надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни
Профілактична спрямованість	
Доступність	
Відповідність сучасному міжнародному досвіду	
Дієвість	
Комплексність	
Системність.	
Науково-технічний рівень запропонованих інноваційних елементів	
Недоліки (вказіть прописом)	

2) Чи впровадження моделі в практику вплине на покращання показників і як саме:

<i>Назва показника</i>	<i>Імовірні зміни показника</i>
Кількість пацієнтів, які отримали вчасну медичну допомогу	
Кількість лікарів/медсестер, які закінчили навчання з військової медичної медицини	
Кількість вчителів/учнів, які закінчили навчання щодо тактичної медицини	
Кількість інновацій, імплементованих в роботу ЗОЗ, які надають медичну допомогу військовим	
Кількість пацієнтів, які направлені на лікування за кордон	
Забезпечення ЗОЗ МІС	
Закупка медичного обладнання в ЗОЗ	
Кількість лікарів/медсестер, які мають вищу кваліфікаційну категорію	
Число задоволених пацієнтів	
Число правильно установлених діагнозів	

3) В кожному рядочку проранжуйте зміни показника: як він може змінитися при впровадженні запропонованої нами моделі? Використовуйте шкалу від 1 до 10. Високий рівень отримує високий бал.

<i>Параметри оцінки</i>	<i>Функціонально-організаційна модель надання медичної допомоги військовослужбовцям під час російсько-української війни</i>
Можливість аналізу загальної захворюваності через моніторинг стану пацієнта	
Впровадження холістичного принципу надання медичної допомоги	
Взаємодія з ТЦК для безперервного лікування	
Вчасна евакуація пацієнта	
Своєчасна діагностика	
Своєчасне оновлення МТБ	
Транспортна доступність та логістика	
Ефективність медичної допомоги	
Задоволеність пацієнтів медичною допомогою	
Введення посади менеджера ОЗ збільшить прихильність до лікування та задовольнить потребу військового в повазі та визнанні його служіння	
Впровадження інноваційних елементів в систему надання медичної допомоги	
Науково-технічний рівень запропонованих інноваційних елементів	

Дата _____ Підпис _____



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Перший проректор з науково-педагогічної роботи
ДНП «Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького»

Ірина СОЛОНИНКО

2026 року

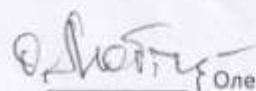
АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовим в умовах російсько-української війни.
2. **Установа-розробник, виконавці:** Кафедра громадського здоров'я, менеджменту та медичної експертизи Полтавського державного медичного університету, Україна, Полтава, вул. Шевченка, 23.
3. **Автори:** Корнета О.М., Голованова І.А.
4. **Джерела інформації:**
 - Korneta O. M. Analysis of the regulatory framework for providing medical care to military personnel and civilians during wartime. Вісник проблем біології і медицини. 2025. Вип. 2 (177). С. 452-464. DOI: 10.29254/2077-4214-2025-2-177-452-464.
 - Irina Holovanova , Oleksandr Havlovsky , Shanshan Wang, Oleksandr Korneta, Maksym Khorosh, Igor Kaydashev, Renee Robinson, Ubydul Haque. Doctors' satisfaction with the rehabilitation system for anti-terrorist operation participants: A factor analysis. Heliyon. 2025;11(1):e40667. DOI: 10.1016/j.heliyon.2024.e40667.
5. **Заклад, в якому впроваджено:** ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», кафедра громадського здоров'я ФПДО.
6. **Терміни впровадження:** 2025 р.
7. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень впроваджено у навчальний процес для методичного забезпечення та викладання на циклі спеціалізації «Організація і управління охороною здоров'я» та циклі тематичного удосконалення «Громадське здоров'я».
8. **Ефективність впровадження:** впровадження відповідає критеріям, які наведені у джерелах інформації.
9. **Зауваження та пропозиції:** зауважень немає, рекомендувати до впровадження у навчальний процес. Запропонована розробка щодо медико-соціального обґрунтування оптимізованої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовим в умовах російсько-української війни є ефективною і рекомендується до впровадження у навчальний процес за спеціальностями «Організація і управління охороною здоров'я» та «Громадське здоров'я».

Результати впровадження пропозиції в навчальний процес було обговорено і схвалено на засіданні кафедри громадського здоров'я ФПДО ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького» від 25.12.2025 р., протокол № 11.

Відповідальний за впровадження:

завідувач кафедри громадського здоров'я ФПДО
доктор медичних наук, професор

 Олександр ЛЮБІНЕЦЬ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозицій для впровадження:** Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовим в умовах російсько-української війни.
- 2. Установа-розробник, виконавці:** Кафедра громадського здоров'я, менеджменту та медичної експертизи Полтавського державного медичного університету, Україна, Полтава, вул. Шевченка, 23.
- 3. Автори:** Корнета О.М., Голованова І.А.
- 4. Джерела інформації:**
 - Korneta O. M. Analysis of the regulatory framework for providing medical care to military personnel and civilians during wartime. Вісник проблем біології і медицини – 2025 – Вип. 2 (177). – С. 452-464. DOI: 10.29254/2077-4214-2025-2-177-452-464.
 - Irina Holovanova , Oleksandr Havlovsky , Shanshan Wang, Oleksandr Korneta, Maksym Khorosh, Igor Kaydashev, Renee Robinson, Ubydul Haque. Doctors' satisfaction with the rehabilitation system for anti-terrorist operation participants: A factor analysis. Heliyon. 2025;11(1):e40667. DOI: 10.1016/j.heliyon.2024.e40667.
- 5. Заклад, в якому впроваджено:** Харківський національний медичний університет, кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я.
- 6. Терміни впровадження:** 2025 р.
- 7. Форма впровадження:** Результати наукових досліджень впроваджено у навчальний процес для методичного забезпечення та викладання предмету «Організація охорони здоров'я та якість медичного забезпечення населення» та « Основи громадського здоров'я».
- 8. Ефективність впровадження:** впровадження відповідає критеріям, які наведені у джерелах інформації.
- 9. Зауваження та пропозиції:** зауважень немає, рекомендувати до впровадження у навчальний процес. Запропонована розробка щодо медико-соціального обґрунтування оптимізованої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовим в умовах російсько-української війни є ефективною і рекомендується до впровадження у навчальний процес за спеціальностями «Публічне управління та адміністрування» та «Громадське здоров'я».

Результати впровадження пропозицій в навчальний процес було обговорено і схвалено на засіданні кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету від 19 грудня 2025 р., протокол №21.

Відповідальний за впровадження:

в.о. завідувача кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я
Харківського національного медичного університету,
доктор медичних наук, доцент

Валентина НЕСТЕРЕНКО

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовим в умовах російсько-української війни.
- 2. Установа-розробник, виконавці:** Кафедра громадського здоров'я, менеджменту та медичної експертизи Полтавського державного медичного університету, Україна, Полтава, вул. Шевченка, 23.
- 3. Автори:** Корнета О. М., Голованова І. А.
- 4. Джерела інформації:**
 - Korneta O. M. Analysis of the regulatory framework for providing medical care to military personnel and civilians during wartime. Вісник проблем біології і медицини – 2025 – Вип. 2 (177). – С. 452-464. DOI: 10.29254/2077-4214-2025-2-177-452-464.
 - Irina Holovanova, Oleksandr Havlovsky, Shanshan Wang, Oleksandr Korneta, Maksym Khorosh, Igor Kaydashev, Renee Robinson, Ubydul Haque. Doctors' satisfaction with the rehabilitation system for anti-terrorist operation participants: A factor analysis. Heliyon. 2025;11(1):e40667. DOI: 10.1016/j.heliyon.2024.e40667.
- 5. Заклад, в якому впроваджено:** Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра громадського здоров'я.
- 6. Терміни впровадження:** осінній семестр 2025-2026 н. р.
- 7. Форма впровадження:** результати наукових досліджень впроваджено в освітній процес для методичного забезпечення і викладання дисциплін «Соціальна медицина, громадське здоров'я» на додипломному та «Організація і управління охороною здоров'я» на післядипломному рівнях.
- 8. Ефективність впровадження:** поліпшення знань здобувачів освіти та слухачів курсів безперервного професійного розвитку з організації надання медичної допомоги військовим в умовах повномасштабної російсько-української війни.
- 9. Зауваження та пропозиції:** зауважень немає, рекомендувати до впровадження в освітній процес.

Результати впровадження пропозиції в освітній процес було обговорено і схвалено на засіданні кафедри громадського здоров'я Івано-Франківського національного медичного університету від 01 грудня 2025 р., протокол № 5.

Відповідальна за впровадження:

Завідувачка кафедри громадського здоров'я
Івано-Франківського національного медичного університету,
докторка медичних наук, професорка



Орина ДЕЦИК



«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Проректор з наукової роботи
Дніпровського державного медичного університету
професор Олександр ГУДАР'ЯН
2025 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовим в умовах російсько-української війни.
- 2. Установа-розробник, виконавці:** Кафедра громадського здоров'я, менеджменту та медичної експертизи Полтавського державного медичного університету, Україна, Полтава, вул. Шевченка, 23.
- 3. Автори:** Корнета О.М., Голованова І.А.
- 4. Джерела інформації:**
 - Korneta O. M. Analysis of the regulatory framework for providing medical care to military personnel and civilians during wartime. Вісник проблем біології і медицини – 2025 – Вип. 2 (177). – С. 452-464. DOI: 10.29254/2077-4214-2025-2-177-452-464.
 - Irina Holovanova , Oleksandr Havlovsky , Shanshan Wang, Oleksandr Korneta, Maksym Khorosh, Igor Kaydashev, Renee Robinson, Ubydul Haque. Doctors' satisfaction with the rehabilitation system for anti-terrorist operation participants: A factor analysis. Heliyon. 2025;11(1):e40667. DOI: 10.1016/j.heliyon.2024.e40667.
- 5. Заклад, в якому впроваджено:** Дніпровський державний медичний університет, кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я.
- 6. Терміни впровадження:** 2025 р.
- 7. Форма впровадження:** Результати наукових досліджень впроваджено у навчальний процес для методичного забезпечення та викладання предмету «Організація і управління охороною здоров'я» та «Громадське здоров'я».
- 8. Ефективність впровадження:** впровадження відповідає критеріям, які наведені у джерелах інформації.
- 9. Зауваження та пропозиції:** зауважень немає, рекомендувати до впровадження у навчальний процес. Запропонована розробка щодо медико-соціального обґрунтування оптимізованої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовим в умовах російсько-української війни є ефективною і рекомендується до впровадження у навчальний процес за спеціальностями «Організація і управління охороною здоров'я» та «Громадське здоров'я».

Результати впровадження пропозиції в навчальний процес було обговорено і схвалено на засіданні кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Дніпровського державного медичного університету від 11.11.2025 р., протокол №5.

Відповідальний за впровадження:

Завідувачка кафедри соціальної медицини,
громадського здоров'я та управління охороною здоров'я
Дніпровського державного медичного університету,
доктор медичних наук, професор

 Лілія КРЯЧКОВА



«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Проректор в науковій роботі Ужгородського
національного університету

професор

Іван МИРОНЮК

2025 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- Найменування пропозиції для впровадження:** Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовим в умовах російсько-української війни.
- Установа-розробник, виконавці:** Кафедра громадського здоров'я, менеджменту та медичної експертизи Полтавського державного медичного університету, Україна, Полтава, вул. Шевченка, 23.
- Автори:** Корнета О.М., Голованова І.А.
- Джерела інформації:**
 - Korneta O. M. Analysis of the regulatory framework for providing medical care to military personnel and civilians during wartime. Вісник проблем біології і медицини – 2025 – Вип. 2 (177). – С. 452-464. DOI: 10.29254/2077-4214-2025-2-177-452-464.
 - Irina Holovanova , Oleksandr Havlovsky , Shanshan Wang, Oleksandr Korneta, Maksym Khorosh, Igor Kaydashev, Renee Robinson, Ubydul Haque, Doctors' satisfaction with the rehabilitation system for anti-terrorist operation participants: A factor analysis. Heliyon. 2025;11(1):e40667. DOI: 10.1016/j.heliyon.2024.e40667.
- Заклад, в якому впроваджено:** Ужгородський національний університет, кафедра громадського здоров'я, епідеміології та інфекційних хвороб.
- Терміни впровадження:** 2025 р.
- Форма впровадження:** Результати наукових досліджень впроваджено у навчальний процес для методичного забезпечення та викладання предмету «Організація і управління охороною здоров'я» та «Громадське здоров'я».
- Ефективність впровадження:** впровадження відповідає критеріям, які наведені у джерелах інформації.
- Зауваження та пропозиції:** зауважень немає, рекомендувати до впровадження у навчальний процес. Запропонована розробка щодо медико-соціального обґрунтування оптимізованої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовим в умовах російсько-української війни є ефективною і рекомендується до впровадження у навчальний процес за спеціальностями «Організація і управління охороною здоров'я» та «Громадське здоров'я».

Результати впровадження пропозиції в навчальний процес було обговорено і схвалено на засіданні кафедри громадського здоров'я, епідеміології та інфекційних хвороб Ужгородського національного університету від 22 січня 2026 р., протокол № 5.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри громадського здоров'я,
епідеміології та інфекційних хвороб
Ужгородського національного університету,
доктор медичних наук, професор

Слабкий

Геннадій СЛАБКІЙ



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовим в умовах російсько-української війни.
2. **Установа-розробник, виконавці:** Кафедра громадського здоров'я, менеджменту та медичної експертизи Полтавського державного медичного університету, Україна, Полтава, вул. Шевченка, 23.
3. **Автори:** Корнета О.М., Голованова І.А.
4. **Джерела інформації:**
 - Korneta O. M. Analysis of the regulatory framework for providing medical care to military personnel and civilians during wartime. Вісник проблем біології і медицини – 2025 – Вип. 2 (177). – С. 452-464. DOI: 10.29254/2077-4214-2025-2-177-452-464.
 - Irina Holovanova , Oleksandr Havlovsky , Shanshan Wang, Oleksandr Korneta, Maksym Khorosh, Igor Kaydashev, Renee Robinson, Ubydul Haque. Doctors' satisfaction with the rehabilitation system for anti-terrorist operation participants: A factor analysis. Heliyon. 2025;11(1):e40667. DOI: 10.1016/j.heliyon.2024.e40667.
5. **Заклад, в якому впроваджено:** Комунальне некомерційне підприємство Сумської Обласної Ради "Сумська обласна клінічна лікарня".
6. **Терміни впровадження:** 2025 р.
7. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використані при плануванні організаційної діяльності та практичної роботи.
8. **Ефективність впровадження:** впровадження відповідає критеріям, які наведені у джерелах інформації.
9. **Зауваження та пропозиції:** Пропонується використання оптимізованої функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги військовим в умовах російсько-української війни є ефективною і рекомендується до застосування при плануванні організаційної діяльності та практичної роботи Департаментів охорони здоров'я України та лікувальних закладів, що надають лікувально-діагностичну та реабілітаційну допомогу військовослужбовцям. Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:
Заступник директора КНП СОР СОКЛ
з комунікативних зв'язків та
по роботі з ветеранами


Микола САВЧЕНКО