

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Острозька академія»
Навчально-науковий центр заочно-дистанційного навчання
Кафедра громадського здоров'я та фізичного виховання

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня магістра
на тему: **«СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ДО ПРОТИДІЇ ТА ЗАПОБІГАННЯ
НАДЗВИЧАЙНИМ СИТУАЦІЯМ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я»**

Виконала студентка 2 курсу, групи ЗМГз-2
спеціальності 229 Громадське здоров'я
освітньо-професійної програми
«ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»
другого (магістерського) рівня вищої освіти
Петрук Оксана Миколаївна

Керівник – кандидат наук з державного
управління, докторант
Вівсянник Олег Михайлович
Рецензент – доктор медичних наук, доцент
Мокієнко Андрій Вікторович

"РОБОТА ДОПУЩЕНА ДО ЗАХИСТУ"

**Завідувач кафедри громадського здоров'я
та фізичного виховання**

(підпис)

(проф., д.м.н. Гущук І.В.)

Протокол № ____ від « ____ » _____ 2026 р.

Острог, 2026

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	9
1.1. Поняття, ознаки та класифікація надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я	9
1.2. Наукові підходи до протидії та запобігання надзвичайним ситуаціям у сфері громадського здоров'я	19
1.3. Методичні засади оцінювання ризиків та наслідків надзвичайних ситуацій для здоров'я населення	27
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ПРОТИДІЇ ТА ЗАПОБІГАННЯ НАДЗВИЧАЙНИМ СИТУАЦІЯМ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ...	35
2.1. Інституційно-правове забезпечення реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я в Україні	35
2.2. Організація та методика анкетного опитування щодо готовності населення до надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я	44
2.3. Аналіз результатів анкетного опитування населення	52
2.4. Узагальнення проблем протидії та запобігання надзвичайним ситуаціям у сфері громадського здоров'я за результатами дослідження	70
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОТИДІЇ ТА ЗАПОБІГАННЯ НАДЗВИЧАЙНИМ СИТУАЦІЯМ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ...	78
3.1. Удосконалення системи раннього виявлення ризиків	78
3.2. Розвиток організаційної готовності закладів і служб громадського здоров'я до реагування на надзвичайні ситуації	85
3.3. Удосконалення кризової комунікації та формування готовності населення до дій в умовах надзвичайних ситуацій	93
ВИСНОВКИ	101
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ	106

ВСТУП

Актуальність теми дослідження зумовлена тим, що надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я в сучасних умовах набули комплексного характеру та перестали обмежуватися лише інфекційними спалахами або окремими медико-санітарними подіями. Вони дедалі частіше поєднують епідемічні, екологічні, техногенні, соціальні, воєнні, психологічні та управлінські ризики, які безпосередньо впливають на стан здоров'я населення, доступність медичної допомоги, роботу закладів охорони здоров'я, стійкість громад і довіру громадян до державних інституцій. Особливого значення ця проблема набуває для України в умовах воєнного стану, руйнування об'єктів критичної інфраструктури, переміщення населення, зростання навантаження на медичну систему, ризиків забруднення довкілля, порушення логістики лікарських засобів і необхідності швидкого реагування на загрози для санітарного та епідемічного благополуччя населення. У сфері громадського здоров'я надзвичайна ситуація має особливу природу, оскільки її наслідки можуть проявлятися не лише у вигляді одномоментного зростання захворюваності чи смертності, а й через поступове погіршення умов життя, зниження доступності профілактичних і лікувальних послуг, посилення соціальної нерівності, поширення дезінформації та зниження довіри населення до офіційних рекомендацій. Тому ефективна протидія таким ситуаціям потребує не тільки нормативного регулювання, а й дієвої системи раннього виявлення ризиків, епідеміологічного нагляду, лабораторної спроможності, міжсекторальної координації, кризової комунікації та практичної готовності населення до дій. Саме поєднання інституційної готовності держави і поведінкової готовності громадян визначає реальну стійкість системи громадського здоров'я. Проблематика протидії та запобігання надзвичайним ситуаціям у сфері громадського здоров'я має міждисциплінарний характер. Вона охоплює питання права, управління, епідеміології, соціальної медицини, кризового менеджменту, комунікації ризиків, організації охорони здоров'я та безпеки життєдіяльності. Це зумовлює необхідність комплексного дослідження,

у якому теоретико методологічний аналіз поєднується з оцінкою сучасного стану системи реагування та розробленням практичних напрямів її вдосконалення.

Наукове осмислення проблеми протидії та запобігання надзвичайним ситуаціям у сфері громадського здоров'я ґрунтується на поєднанні нормативно правових, епідеміологічних, управлінських, соціально медичних і комунікаційних підходів. Базове значення має Закон України «Про систему громадського здоров'я», який визначає організаційні та правові засади функціонування системи громадського здоров'я, профілактики хвороб, епідеміологічного нагляду, моніторингу небезпечних чинників і реагування на загрози для здоров'я населення [21]. Важливу методологічну основу становлять міжнародні документи ВООЗ, зокрема Міжнародні медико санітарні правила 2005 року, які визначають глобальну рамку виявлення, оцінювання, повідомлення та реагування на події, що можуть становити ризик для громадського здоров'я [49]. Рамка ВООЗ з управління ризиками надзвичайних ситуацій і катастроф у сфері здоров'я підкреслює значення профілактики, готовності, реагування, відновлення та міжсекторальної взаємодії, що є важливим для розуміння системи громадського здоров'я як сукупності узгоджених дій держав, медичних закладів, лабораторій, служб цивільного захисту, громад і населення [45].

Суттєвий внесок у дослідження стійкості систем охорони здоров'я зробили М. Крук, М. Маєрс, С. Варпілах і Б. Дан, які розглядали стійку систему як таку, що здатна зберігати основні функції під час кризи та після її завершення [52]. Близьким є підхід К. Бланше, С. Л. Нам, Б. Рамалінгама і Ф. Позо Мартіна, які пов'язують стійкість системи охорони здоров'я зі здатністю поглинати шоки, адаптуватися до змін і трансформуватися після кризових впливів [31]. Для цього дослідження такі підходи є важливими, оскільки дозволяють розглядати надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я не лише як зовнішні події, а і як перевірку внутрішньої організаційної спроможності системи виявляти ризики, координувати дії, підтримувати базові послуги та відновлюватися після навантаження. Методологічну основу емпіричної частини роботи посилює концепція доказового громадського здоров'я, обґрунтована Р. Браунсоном, Дж.

Філдінгом і К. Мейлан. Автори наголошують, що ефективна практика громадського здоров'я має спиратися на найкращі доступні докази, систематичне використання даних, оцінювання програм, залучення громади та поширення результатів [32]. У межах цієї роботи зазначений підхід обґрунтовує доцільність анкетного опитування населення, оскільки первинні дані про обізнаність, довіру, джерела інформації та готовність до дій дають змогу конкретизувати проблеми, які впливають на ефективність реагування.

Окремий напрям літератури становлять праці й документи з кризової комунікації та комунікації ризиків. ВООЗ визначає комунікацію ризиків як один із ключових інструментів готовності та реагування на надзвичайні ситуації у сфері здоров'я [56]. Настанова ВООЗ щодо комунікації ризиків підкреслює необхідність своєчасності, доказовості, зрозумілості, довіри та орієнтації повідомлень на потреби населення [33]. Практичні аспекти цього напрямку розкриваються також у матеріалах CDC щодо Crisis and Emergency Risk Communication, де кризова комунікація трактується як система засобів підтримання довіри, пояснення невизначеності та впливу на поведінку населення під час небезпечних подій [36]. Актуальним джерелом є рекомендації ECDC 2025 року щодо планування готовності до загроз громадському здоров'ю, які враховують уроки останніх криз і підкреслюють необхідність перетворення набутого досвіду на практичні рішення для майбутньої готовності [54].

Отже, аналіз наукової та нормативної літератури свідчить, що проблема протидії та запобігання надзвичайним ситуаціям у сфері громадського здоров'я має комплексний характер. Нормативні джерела формують правову основу функціонування системи, документи ВООЗ і ECDC визначають міжнародні стандарти раннього виявлення, готовності, реагування та комунікації ризиків, а наукові праці з питань стійкості систем охорони здоров'я і доказового громадського здоров'я обґрунтовують потребу в поєднанні теоретичного аналізу, емпіричного опитування та практичних рекомендацій.

Метою роботи є теоретичне обґрунтування та практичне визначення напрямів удосконалення протидії та запобігання надзвичайним ситуаціям у сфері громадського здоров'я з урахуванням сучасних медико соціальних, епідемічних, екологічних і воєнно зумовлених загроз.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини та організаційно управлінські процеси, що виникають у сфері протидії та запобігання надзвичайним ситуаціям у системі громадського здоров'я.

Предметом дослідження є теоретико методологічні засади, сучасний стан, проблеми та напрями вдосконалення протидії й запобігання надзвичайним ситуаціям у сфері громадського здоров'я.

Завдання дослідження:

1. Розкрити поняття, ознаки та класифікацію надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я.
2. Проаналізувати наукові підходи до протидії та запобігання надзвичайним ситуаціям у сфері громадського здоров'я.
3. Визначити методичні засади оцінювання ризиків та наслідків надзвичайних ситуацій для здоров'я населення.
4. Обґрунтувати організацію, методику та інструментарій анкетного опитування щодо готовності населення до надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я.
5. Провести аналіз результатів анкетного опитування 85 респондентів щодо рівня обізнаності, довіри та готовності населення до дій в умовах надзвичайних ситуацій.
6. Узагальнити основні проблеми протидії та запобігання надзвичайним ситуаціям у сфері громадського здоров'я за результатами емпіричного дослідження.
7. Обґрунтувати напрями удосконалення системи раннього виявлення ризиків та епідеміологічного нагляду.
8. Визначити шляхи розвитку організаційної готовності закладів і служб громадського здоров'я до реагування на надзвичайні ситуації.

9. Запропонувати заходи щодо удосконалення кризової комунікації та формування готовності населення до дій в умовах надзвичайних ситуацій.

Методи дослідження обрано відповідно до мети, завдань, об'єкта та предмета роботи. Метод аналізу і синтезу використано для розкриття змісту поняття надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я та визначення їх ключових ознак. Порівняльний метод застосовано для зіставлення національних і міжнародних підходів до управління ризиками, епідеміологічного нагляду та кризової комунікації. Системний метод дав змогу розглядати громадське здоров'я як сукупність взаємопов'язаних інституцій, ресурсів, процедур, комунікаційних механізмів і поведінкових чинників. Метод узагальнення використано для формування висновків щодо проблем і напрямів удосконалення системи реагування. Емпіричну частину дослідження здійснено за допомогою анкетного опитування, у якому взяли участь 85 респондентів. Для обробки результатів опитування застосовано кількісний аналіз, розрахунок часток відповідей у відсотках, а також якісну інтерпретацію отриманих даних.

Інформаційну базу становлять нормативно правові акти України у сфері громадського здоров'я, цивільного захисту та охорони здоров'я, міжнародні документи та рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я, матеріали Європейського центру з профілактики та контролю захворювань, наукові праці українських і зарубіжних дослідників, офіційні аналітичні матеріали, результати власного анкетного опитування населення щодо обізнаності, довіри та готовності до дій у разі надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я.

Наукова новизна роботи полягає в комплексному поєднанні теоретичного аналізу надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я з емпіричним оцінюванням готовності населення до дій у кризових умовах. У роботі уточнено зміст надзвичайної ситуації у сфері громадського здоров'я як багатофакторного явища, що охоплює не лише медичні наслідки, а й соціальні, екологічні, інформаційні та управлінські ризики. Узагальнено основні проблеми системи реагування з позиції населення, зокрема недостатню зрозумілість офіційних інструкцій, часткову недовіру до повідомлень органів влади, неповну побутову

готовність домогосподарств, ризик дезінформації та потребу в посиленні міжсекторальної координації. Обґрунтовано напрями вдосконалення раннього виявлення ризиків, організаційної готовності служб і кризової комунікації.

Практичне значення результатів полягає в тому, що сформульовані висновки та рекомендації можуть бути використані для вдосконалення місцевих і регіональних програм громадського здоров'я, підготовки інформаційних матеріалів для населення, розроблення алгоритмів дій під час інфекційних, хімічних, радіаційних, екологічних і воєнно зумовлених загроз, а також для підвищення готовності закладів охорони здоров'я, центрів контролю та профілактики хвороб, органів місцевого самоврядування і служб цивільного захисту до реагування на надзвичайні ситуації. Окреме практичне значення має запропонований інструментарій анкетного опитування, який може бути використаний для подальшого оцінювання рівня обізнаності та готовності населення в окремих громадах.

Структура роботи відповідає поставленій меті та завданням дослідження. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. У першому розділі розкрито теоретико методологічні засади дослідження надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я, зокрема їх поняття, ознаки, класифікацію, наукові підходи до протидії та методичні засади оцінювання ризиків. У другому розділі проведено емпіричний аналіз сучасного стану протидії та запобігання таким ситуаціям на основі анкетного опитування, визначено рівень обізнаності, готовності й довіри населення, а також узагальнено основні проблеми реагування. У третьому розділі обґрунтовано напрями вдосконалення системи раннього виявлення ризиків, організаційної готовності закладів і служб громадського здоров'я, кризової комунікації та формування готовності населення до дій в умовах надзвичайних ситуацій.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

1.1. Поняття, ознаки та класифікація надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я

Надзвичайна ситуація у сфері громадського здоров'я є складною правовою, медичною та управлінською категорією. Відповідно, зміст надзвичайної ситуації не можна зводити лише до факту масового захворювання або одномоментної небезпечної події. Її сутність полягає у виникненні такого стану суспільної небезпеки, за якого загроза здоров'ю населення виходить за межі звичайного функціонування системи охорони здоров'я, потребує посиленої міжвідомчої координації, швидкого обміну даними, мобілізації ресурсів і прийняття рішень в умовах підвищеної невизначеності. Відповідно до пункту 19 частини 1 статті 1 Закону України «Про систему громадського здоров'я» надзвичайна ситуація в системі громадського здоров'я пов'язується з фактичним настанням небезпечної події та безпосередньою загрозою її виникнення, якщо така подія може спричинити поширення інфекційних або масових неінфекційних хвороб, інші негативні наслідки для здоров'я людей та потребує скоординованих заходів реагування [21]. Зауважимо, що згадане положення законодавства вважаємо принциповим, адже воно дозволяє змістити акцент із реагування після заподіяння шкоди на раннє виявлення небезпеки, оцінювання ризику та своєчасне запобігання погіршенню показників здоров'я населення.

Закон України «Про систему громадського здоров'я» формує спеціальну галузеву основу для розуміння таких ситуацій. У статті 4 цього Закону до оперативних функцій системи громадського здоров'я віднесено епідеміологічний нагляд, оцінку, спостереження і контроль за показниками та чинниками, що впливають на здоров'я населення, а також моніторинг, готовність і своєчасність реагування на небезпечні чинники, події та надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я [21]. Отже, надзвичайна ситуація у цій сфері виступає результатом дії небезпечного чинника та перевіркою фактичної

спроможності системи виконувати свої основні функції. Якщо система своєчасно виявляє сигнал, проводить оцінку ризику, забезпечує лабораторне підтвердження, інформує населення і координує дії суб'єктів реагування, подія може бути локалізована до набуття кризового масштабу. У випадку, якщо ж ці функції порушуються, навіть відносно обмежена подія здатна швидко перерости у масштабну загрозу. Зауважимо, що поняття надзвичайної ситуації у сфері громадського здоров'я не існує окремо від загальної системи цивільного захисту. Кодекс цивільного захисту України у статті 5 встановлює, що надзвичайні ситуації класифікуються за характером походження, ступенем поширення, розміром людських втрат і матеріальних збитків, а залежно від характеру походження поділяються на надзвичайні ситуації техногенного, природного, соціального та воєнного характеру [48]. Для сфери громадського здоров'я згадана класифікація дозволяє визначити загальний тип події та рівень управлінського реагування. Проте її недостатньо для повного аналізу медико-санітарних наслідків. Наприклад, техногенна аварія може проявлятися руйнуванням інфраструктури, забрудненням питної води, повітря або харчових продуктів. Воєнна подія може спричинити окрім травматичних втрат, ще й погіршення вакцинації, переривання лікування хронічних хвороб, міграцію населення, психологічне виснаження та зростання ризику інфекційних спалахів.

Зважаючи на наведене, у межах дослідження надзвичайну ситуацію у сфері громадського здоров'я доцільно визначати як небезпечну подію або реальну загрозу її виникнення, що впливає на здоров'я значних груп населення, порушує звичайний режим роботи системи громадського здоров'я та охорони здоров'я, потребує скоординованих дій державних органів, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, лабораторної мережі, служб цивільного захисту і комунікаційних структур. Таке визначення поєднує три компоненти: джерело небезпеки, тобто біологічний, хімічний, радіаційний, кліматичний, техногенний, соціальний або воєнний чинник; наслідки для населення, зокрема захворюваність, смертність, інвалідизацію, психічне здоров'я, доступ до медичних послуг і нерівність уразливих груп; керованість

системи, тобто її здатність виявляти, аналізувати, повідомляти, реагувати і відновлюватися після шоку.

Особливе місце серед надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я займають інфекційні події. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» визначає правові, організаційні та фінансові засади діяльності, спрямованої на запобігання виникненню, поширенню і ліквідацію інфекційних хвороб [9]. У статті 10 згаданого Закону профілактика інфекційних хвороб розглядається через комплекс організаційних, медичних, санітарно-протиепідемічних та інших заходів. Як вбачається з аналізу ст. 11, організацію і проведення відповідних заходів покладено на органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, заклади охорони здоров'я, підприємства, установи, організації та громадян [9]. Відповідно, інфекційна надзвичайна ситуація має клінічний та суспільний характер. Вона залежить від поведінки населення, своєчасності звернення за медичною допомогою, якості епідеміологічного розслідування, доступності тестування, охоплення вакцинацією, довіри до офіційних повідомлень і здатності влади застосовувати пропорційні обмежувальні заходи.

Інфекційні події демонструють, що межа між індивідуальною хворобою і загрозою для населення є доволі гнучкою. Поодинокий випадок небезпечної інфекції може залишитися локальною медичною подією, якщо джерело зараження встановлено, контактні особи виявлені, лабораторні дані підтверджені, а медико-санітарні заходи проведені швидко. Натомість така сама хвороба може стати надзвичайною ситуацією, якщо виникає ланцюг передачі, недостатньо даних про походження випадків, населення активно переміщується, а система нагляду не встигає обробляти сигнали. Тому для класифікації інфекційних надзвичайних ситуацій важливими є вид збудника, механізм передачі, інкубаційний період, контагіозність, тяжкість перебігу, летальність, наявність вакцин або специфічного лікування, потреба в ізоляції, ризик поширення серед медичних працівників і можливість міжнародного поширення.

Міжнародний аспект таких подій закріплений у Міжнародних медико-санітарних правилах 2005 року. Документ утворює міжнародно-правову рамку для запобігання міжнародному поширенню хвороб, захисту від нього, контролю та реагування з урахуванням ризиків для громадського здоров'я і необхідності уникати невиправданих перешкод для міжнародного руху та торгівлі [48]. У логіці Правил надзвичайна ситуація у сфері громадського здоров'я, що має міжнародне значення, визначається за кількістю випадків, тяжкістю хвороби, ризиком транскордонного поширення та потребою у скоординованій міжнародній відповіді [48]. Згадане положення вважаємо важливим для України, оскільки воєнні ризики, міграційні процеси, переміщення внутрішньо переміщених осіб, транскордонна мобільність, пошкодження інфраструктури і залежність від міжнародної гуманітарної допомоги посилюють значення своєчасного повідомлення, обміну епідеміологічними даними та узгодження національних процедур із міжнародними стандартами.

За змістом Міжнародних медико-санітарних правил важливим є те, що подія оцінюється ретроспективно та прогностично. Для прикладу ст. 12 Правил передбачає врахування інформації, наданої державою, інструмента прийняття рішень, наукових принципів, наявних доказів, ризику для здоров'я людини, ризику міжнародного поширення та ризику обмежень для міжнародного руху [48]. Така модель відповідає сучасному розумінню громадського здоров'я як сфери, у якій управлінське рішення часто приймається до повної визначеності. Для національної системи, відповідно, актуальним питанням залишається необхідність мати сталі канали епідеміологічного нагляду, лабораторної діагностики, ризик-комунікації і міжсекторальної взаємодії, оскільки затримка на ранньому етапі може збільшити масштаб події значно швидше, ніж формальні механізми реагування встигнуть адаптуватися.

Важливою методологічною основою класифікації є підхід ВООЗ до управління ризиками надзвичайних ситуацій і катастроф у сфері здоров'я. Фахівці організації наголошують на поєднанні запобігання, готовності, готовності до негайної дії, реагування і відновлення, а також на тому, що

управління ризиками для здоров'я не може бути завданням одного сектору або однієї установи [45]. Такий підхід дозволяє розглядати надзвичайну ситуацію не як окремий момент порушення нормального стану, а, радше, як процес, що має передкризову, кризову і післякризову фази. У передкризовій фазі основними аспектами слугують моніторинг, оцінювання вразливостей, планування ресурсів і навчання персоналу. У кризовій фазі визначальними стають швидкість рішень, безперервність медичних послуг, лабораторне підтвердження, комунікація з населенням і захист медичних працівників. У післякризовій фазі значення мають відновлення, аналіз помилок, компенсація втрат, оновлення протоколів і зміцнення стійкості системи.

На нашу думку, класифікація надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я має починатися з джерела небезпеки. Біологічні загрози охоплюють інфекційні хвороби, зоонози, антимікробну резистентність, біологічні інциденти та ризики, пов'язані з лабораторною безпекою. Хімічні загрози пов'язані з аварійними викидами, промисловим забрудненням, потраплянням небезпечних речовин у воду, повітря, ґрунт або харчові продукти. Радіаційні події формують ризик зовнішнього або внутрішнього опромінення і потребують спеціального дозиметричного контролю. Кліматичні та природні загрози проявляються через екстремальну спеку, повені, посухи, пожежі, погіршення якості повітря, зміну ареалів переносників інфекцій і збільшення навантаження на служби охорони здоров'я. Воєнні та соціальні потрясіння впливають на громадське здоров'я через руйнування інфраструктури, переміщення населення, порушення доступу до води, житла, харчування, ліків і базових медичних послуг [45].

Окрема класифікаційна ознака пов'язана з темпом розвитку події. Раптові надзвичайні ситуації характеризуються коротким проміжком між виникненням небезпечного чинника і шкодою для здоров'я. До них належать вибухи, хімічні аварії, радіаційні інциденти, масові травматичні події, аварійне забруднення води або повітря. У таких випадках вирішальне значення мають алгоритми перших годин, готовність екстрених служб, сортування постраждалих, захист персоналу, маршрутизація пацієнтів і швидке інформування населення. Повільні або

кумулятивні надзвичайні ситуації розгортаються поступово. Вони можуть проявлятися зростанням захворюваності, накопиченням забруднення, поширенням резистентних патогенів, погіршенням психічного здоров'я, виснаженням медичних кадрів або збільшенням смертності серед вразливих груп. Саме повільні кризи часто складніше розпізнати, бо вони не завжди мають очевидний початок і можуть тривалий час сприйматися як сукупність окремих проблем. Ще одна ознака полягає у масштабі експозиції. Надзвичайна ситуація може бути локальною (небезпечний чинник обмежений однією громадою або закладом), регіональною (охоплює кілька територіальних громад або область), національною (впливає на значну частину країни), і транскордонною (створює ризики для інших держав). Проте для громадського здоров'я важливо оцінювати географічну площу та кількість людей, які реально зазнали впливу чинника. Невелика за територією подія може мати значні наслідки, якщо вона зачіпає густонаселений район, заклад довготривалого догляду, лікарню, пункт тимчасового розміщення, навчальний заклад або іншу спільноту з підвищеною концентрацією вразливих осіб. Тому територіальний масштаб має доповнюватися показниками експозиції, щільності населення, доступу до послуг і соціальної вразливості.

Окремої уваги заслуговує питання вразливості населення. Однакова небезпека не створює однакових наслідків для різних груп. Люди старшого віку, діти, вагітні жінки, особи з хронічними хворобами, люди з інвалідністю, внутрішньо переміщені особи, мешканці віддалених громад, бездомні особи, особи з низьким доходом і люди з обмеженим доступом до достовірної інформації можуть зазнавати значно більшої шкоди. Відповідно, надзвичайна ситуація у сфері громадського здоров'я повинна оцінюватися не лише через середні показники захворюваності або смертності, а й через розподіл ризику між групами населення. Такий підхід узгоджується з принципом справедливого доступу до послуг у сфері громадського здоров'я, закріпленим у Законі України «Про систему громадського здоров'я» [21]. Він також дозволяє уникнути

ситуації, коли формально контрольована подія фактично поглиблює нерівність у здоров'ї.

Додаткова класифікаційна ознака пов'язана з впливом події на функціонування системи. Надзвичайна ситуація у сфері громадського здоров'я може вважатися тяжкою через кількість постраждалих і те, наскільки вона порушує епідеміологічний нагляд, лабораторну діагностику, первинну медичну допомогу, спеціалізовану допомогу, екстрену допомогу, постачання лікарських засобів, кадрову спроможність і комунікацію з населенням. Саме цей аспект підкреслюють М. Крук, М. Маєрс, С. Варпілах і Б. Дан, які пов'язують стійкість системи охорони здоров'я зі здатністю готуватися до кризи, реагувати на неї, підтримувати основні функції і перебудовуватися після шоку [52]. Зауважимо, що у межах даного дослідження ми розділяємо підхід згаданих авторів, адже він дозволяє розглядати надзвичайну ситуацію як зовнішню подію та випробування внутрішньої організаційної спроможності системи.

К. Бланше, С. Л. Нам, Б. Рамалінгам і Ф. Позо-Мартін розвивають позицію через концептуальну рамку стійкості систем охорони здоров'я, у якій визнають пріоритетну роль здатності системи поглинати шок, адаптуватися до нових умов і трансформуватися після кризи [31]. Така «тріада» є корисною для класифікації надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я за рівнем керованості. Якщо система здатна поглинути вплив події без істотного порушення основних функцій, ідеться про контрольований ризик. У випадку, якщо для збереження послуг необхідна зміна маршрутів пацієнтів, перерозподіл персоналу, залучення додаткових лабораторій або зміна комунікаційної стратегії, подія набуває адаптивного характеру. Якщо ж криза виявляє структурні недоліки, наприклад нестачу кадрів, слабку цифрову інфраструктуру, недостатню міжвідомчу координацію або неготовність до довготривалого навантаження, вона потребує трансформаційних рішень після завершення гострої фази.

Окремим критерієм є рівень невизначеності. На ранніх етапах надзвичайної ситуації у сфері громадського здоров'я часто бракує повних даних про джерело небезпеки, масштаби експозиції, групи ризику, ефективність

можливих заходів і соціальну реакцію населення. Подібна ситуація особливо характерна для нових інфекцій, комбінованих хімічних впливів, кліматичних явищ, руйнування інфраструктури або ситуацій, коли офіційні дані надходять із запізненням. В умовах невизначеності рішення мають спиратися на принцип обґрунтованості, пропорційності та найкращих доступних доказів. Для громадського здоров'я це означає, що очікування повної інформації не завжди є безпечним. Навпаки, затримка у реагуванні може посилити шкоду, тоді як гнучке оновлення заходів відповідно до нових даних дозволяє зменшити ризики і зберегти довіру населення.

Підхід «єдине здоров'я» (One Health) розширює поняття та класифікацію надзвичайних ситуацій, оскільки пов'язує здоров'я людей, тварин і довкілля. У Законі України «Про систему громадського здоров'я» комплексний підхід «єдине здоров'я» прямо згадується як один зі шляхів профілактики інфекційних та неінфекційних хвороб відповідно до епідемічної ситуації та прогнозу її змін [21]. М. Дж. Денте, Ф. Ріккардо, С. Декліх доводять, що готовність до глобальних загроз потребує переходу до скоординованих стратегій профілактики і готовності, які забезпечують ранню оцінку ризиків на стику людського здоров'я, ветеринарного нагляду, довкілля, продовольчої безпеки та інших секторів [45]. Звідси можна зробити висновок, що джерело надзвичайної ситуації може виникнути за межами медичної системи, однак її наслідки проявляться саме через здоров'я населення. Наприклад, зоонозна інфекція, забруднення харчового ланцюга або зміна середовища існування переносників можуть спочатку фіксуватися ветеринарними, екологічними або продовольчими службами, а вже потім перетворюватися на проблему медичного реагування.

Кліматичні загрози також потребують включення до класифікації надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я. ВООЗ підкреслює необхідність підготовки сектору охорони здоров'я до мінливого клімату, захисту громад у нестабільних кліматичних умовах і забезпечення якісної медичної допомоги з урахуванням екологічних викликів [53]. Для України зазначений аспект є важливим через глобальне потепління, поєднання кліматичних ризиків

із воєнними пошкодженнями інфраструктури, перебоями енергопостачання, проблемами водопостачання та переміщенням населення. Екстремальна спека, забруднення повітря, нестача безпечної води, пожежі, паводки або зміна сезонності інфекцій можуть не мати вигляду класичної катастрофи, однак створювати значне навантаження на систему громадського здоров'я.

Цікавим буде згадати і про звіт зарубіжних аналітиків Lancet Countdown, які звертають увагу, що кліматичні впливи на здоров'я населення вже мають характер зростаючої системної загрози, оскільки екстремальні температури, зміни поширення інфекцій, продовольча небезпека, погіршення умов праці і нерівномірний розподіл ризиків посилюють навантаження на системи охорони здоров'я [57]. Для понятійного апарату дослідження це означає, що надзвичайна ситуація у сфері громадського здоров'я може виникати внаслідок раптового інциденту та через накопичення кліматичних, екологічних і соціальних чинників. Тому класифікація має охоплювати події з чітким початком, однак і процеси, які поступово погіршують умови життя, підвищують ризик захворювань і зменшують доступність медичних послуг для окремих груп населення.

Отже, ознаками надзвичайної ситуації у сфері громадського здоров'я є наявність небезпечного чинника або реальної загрози його виникнення, можливість істотного впливу на здоров'я населення, потреба у скоординованих діях, ризик порушення основних функцій системи, підвищена невизначеність, нерівномірний вплив на різні групи населення і необхідність застосування спеціальних медико-санітарних, управлінських та комунікаційних заходів. Її класифікація повинна бути комплексною. За джерелом небезпеки можна виокремити біологічні, хімічні, радіаційні, кліматичні, техногенні, соціальні, воєнні та комбіновані ситуації. За темпом розвитку вони можуть бути раптовими або повільними. За масштабом експозиції вони можуть бути локальними, регіональними, національними або транскордонними. За рівнем керованості вони можуть бути контрольованими, адаптивними або трансформаційними. За впливом на систему вони можуть порушувати окремі функції або створювати загрозу безперервності всієї системи громадського здоров'я (див. Таблиця 1.1).

Таблиця 1.1

Критерії класифікації надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я

Критерій класифікації	Зміст критерію	Типові прояви	Аналітичне значення
Джерело небезпеки	Походження чинника, що створює ризик для здоров'я населення	Інфекційний спалах, хімічне забруднення, радіаційний інцидент, екстремальна спека, воєнне руйнування	Дозволяє визначити відповідальні сектори, первинні дані та профіль реагування
Темп розвитку	Швидкість переходу від сигналу небезпеки до шкоди для населення	Раптова аварія, поступове зростання захворюваності, накопичення кліматичного ризику	Визначає часові межі реагування і потребу в ранньому попередженні
Масштаб експозиції	Кількість людей, територій або спільнот, які зазнають впливу	Заклад, громада, область, кілька регіонів, транскордонний простір	Показує рівень координації та потребу в обміні інформацією
Вразливість населення	Наявність груп із підвищеним ризиком шкоди	Діти, люди старшого віку, особи з хронічними хворобами, люди з інвалідністю, ВПО	Дозволяє пріоритезувати захист і планувати адресні заходи
Вплив на функції системи	Порушення епідеміологічного нагляду, лабораторій, послуг, логістики або комунікації	Перевантаження лікарень, дефіцит тестування, нестача персоналу, збої постачання	Дає змогу оцінити шкоду для населення та спроможність системи реагувати
Рівень керованості	Можливість локалізувати подію наявними ресурсами	Контрольований спалах, подія з потребою в міжрегіональній підтримці, системна криза	Визначає масштаб управлінського рішення та потребу в мобілізації додаткових ресурсів
Міжнародний вимір	Імовірність транскордонного поширення або потреба в міжнародній координації	Нова інфекція, небезпечний харчовий продукт, переміщення населення, дефіцит медичних товарів	Пов'язує національне реагування з Міжнародними медико-санітарними правилами

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження

Таким чином, надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я доцільно розглядати як особливий різновид кризових подій, у яких медичні, правові, соціальні, екологічні та управлінські чинники поєднуються в єдиний ризиковий комплекс. Їхня специфіка полягає в тому, що шкода може проявлятися не одразу, а через зміну захворюваності, смертності, доступу до медичної допомоги,

поведінки населення, стану довкілля і стійкості інституцій. На відміну від класичного розуміння надзвичайної ситуації як події з очевидними руйнуваннями, у сфері громадського здоров'я критичним є ранній сигнал, який вказує на можливість масового або непропорційного впливу на населення. Тому поняття надзвичайної ситуації у цій сфері має охоплювати як фактичну шкоду, так і реальну загрозу її настання. Найбільш обґрунтованою є комплексна класифікація, що враховує джерело небезпеки, темп розвитку, масштаб експозиції, уразливість населення, рівень невизначеності, міжнародний вимір і . відповідальних суб'єктів, планувати ресурси, встановлювати пріоритети захисту, формувати комунікацію з населенням і оцінювати, чи здатна система громадського здоров'я не тільки реагувати на подію, а й зберігати основні функції в умовах тривалого навантаження. Підсумовуючи, надзвичайна ситуація у сфері громадського здоров'я слугує показником стійкості держави, громад, медичної інфраструктури, лабораторної мережі та системи управління ризиками.

1.2. Наукові підходи до протидії та запобігання надзвичайним ситуаціям у сфері громадського здоров'я

Наукові підходи до протидії та запобігання надзвичайним ситуаціям у сфері громадського здоров'я доцільно розглядати як систему уявлень про те, якими мають бути дії держави, професійної спільноти, місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я та населення для недопущення кризового розвитку подій. У межах даного підрозділу предметом аналізу є логіка попередження, стримування та подолання надзвичайної ситуації. Такий підхід дозволяє здійснити комплексну характеристику управлінських, правових, організаційних, комунікаційних і програмних механізмів, через які система громадського здоров'я здатна зменшувати шкоду для населення. А. Б. Берзіна слушно наголошує, що громадське здоров'я в Україні має розглядатися як система профілактичних заходів, пов'язаних з епідеміологічним наглядом, відстеженням показників здоров'я, оцінюванням ризиків та визначенням компетенції органів державної влади у цій сфері [1]. Отже, протидія

надзвичайним ситуаціям починається з постійного функціонування інституцій, здатних бачити ризики до того, як вони перетворюються на кризу.

У вітчизняній науковій думці важливе місце займає інституційний підхід, згідно з яким ефективність протидії визначається наявністю нормативних повноважень та фактичною спроможністю суб'єктів громадського здоров'я діяти узгоджено. А. Б. Берзіна підкреслює, що оновлення системи громадського здоров'я потребує розмежування компетенцій органів влади, визначення способів моніторингу, швидкого реагування на загрози, належного кадрового і фінансового забезпечення [1]. Якщо розглядати надзвичайні ситуації, згадана позиція означає, що слабким місцем може бути розрив між рівнями управління, дублювання функцій, нестача підготовлених фахівців або невизначеність відповідального суб'єкта. Тому запобігання має починатися з побудови сталої системи управління (національний рівень забезпечує політику і координацію, регіональний рівень організовує спроможності, а місцевий рівень підтримує контакт із населенням і швидко виявляє практичні потреби громад).

Важливим продовженням інституційного підходу є стратегічне бачення розвитку системи охорони здоров'я. У Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року, схваленій Кабінетом Міністрів України, особлива увага приділена спроможності системи, врядуванню, міжсекторальній взаємодії, використанню даних та готовності до надзвичайних ситуацій [22]. Відповідно, протидію доречно розглядати як довгостроковий напрям державної політики. І. С. Миронюк, Г. О. Слабкий, В. Й. Білак-Лук'янчук, В. В. Лопіт, Л. М. Савчук та І. В. Рожкова, аналізуючи місце громадського здоров'я у Стратегії до 2030 року, зазначають, що практична система громадського здоров'я має впроваджувати стратегічні завдання на всіх рівнях управління [7]. Згадана позиція дає змогу відмежувати стратегічну профілактику від разових заходів. Профілактика стає дієвою лише тоді, коли вона закладена у планування, фінансування, кадрову політику, цифрові системи, комунікацію і відповідальність інституцій.

У науково-практичному аспекті особливого значення набуває програмно-цільовий підхід. Він полягає у тому, що захист здоров'я населення має бути організований через регіональні та місцеві програми громадського здоров'я з визначеними цілями, ресурсами, виконавцями, індикаторами і механізмами оцінювання. В. Приходько, І. Сорока, Г. Глембоцька і В. Короленко стверджують, що такі програми мають враховувати міжсекторальну природу громадського здоров'я, оперативні функції системи та можливості фінансування заходів на рівні громад і регіонів [24]. Для протидії надзвичайним ситуаціям це має принципове значення, оскільки без локальних програм загальнонаціональна політика часто залишається декларативною. Громада повинна мати власні алгоритми дій щодо інформування населення, підтримки вразливих груп, забезпечення доступу до базових послуг, взаємодії з медичними закладами та швидкого передавання сигналів про загрози.

Програмно-цільовий підхід дозволяє уникнути фрагментарності реагування. Якщо заходи громадського здоров'я не включені до місцевих програм, вони залежать від випадкових управлінських рішень, наявності тимчасового фінансування або активності окремих посадових осіб. Натомість програма створює сталість, оскільки визначає пріоритети, джерела ресурсів, очікувані результати та відповідальних виконавців. На думку В. Приходька, І. Сороки, Г. Глембоцької і В. Короленка, регіональні та місцеві програми мають бути орієнтовані на поліпшення здоров'я громад, а також на узгодження дій органів влади, закладів охорони здоров'я, громадського сектору та інших учасників [24]. Таким чином, можна стверджувати, що профілактика має бути включена у місцеве планування до виникнення кризової події. Саме на цьому рівні можна завчасно визначити, які групи населення потребують першочергової підтримки, які канали комунікації є надійними, які заклади можуть бути перевантажені, а які ресурси потребують резервування.

Наукове осмислення протидії неможливе без підходу, заснованого на доказах. Р. К. Браунсон, Дж. Е. Філдінг і К. М. Мейлан визначають доказове громадське здоров'я як поєднання найкращих доступних наукових доказів,

систематичного використання даних, програмного планування, участі громади, оцінювання та поширення результатів [32]. У сфері надзвичайних ситуацій підхід має особливу цінність, оскільки управлінські рішення часто ухвалюються в умовах обмеженого часу, суспільної тривоги та неповної інформації. Доказовість не означає очікування абсолютної визначеності. Вона означає, що кожне рішення має спиратися на найкращі наявні дані, переглядатися відповідно до нових відомостей і оцінюватися за фактичним впливом на здоров'я населення. Відповідно, профілактичні заходи слід аналізувати за тим, чи зменшили заходи захворюваність, експозицію до небезпечного чинника, навантаження на медичну систему або нерівність доступу до допомоги.

Доказовий підхід також вимагає розмежування політично видимих і реально ефективних заходів. Під час кризи органи управління можуть віддавати перевагу рішенням, які демонструють швидку активність, але не завжди змінюють ризикову поведінку або медичні наслідки. Саме тому Р. К. Браунсон, Дж. Е. Філдінг і К. М. Мейлан звертають увагу не тільки на докази як таких, але й на використанні інформаційних систем, програмного планування та оцінювання [32]. Безперечно, протидія має включати вимірювані індикатори. Такими індикаторами можуть бути час виявлення сигналу, час лабораторного підтвердження, охоплення цільових груп повідомленнями, доступність медичної допомоги, рівень виконання рекомендацій, кількість попереджених випадків, зменшення госпіталізацій або відновлення послуг після гострої фази. Без таких індикаторів система може виглядати активною, але залишатися неефективною.

Питання перетворення доказів на практичні дії розкривається у програмній моделі Т. Р. Фрідена. На думку дослідника, ефективне впровадження програм громадського здоров'я потребує інновацій для формування доказової бази, технічного пакета пріоритетних втручань, управління виконанням, партнерств і коаліцій, комунікації та політичної підтримки [44]. Модель важлива тим, що показує: знання про правильний захід саме по собі не гарантує його реалізації. Наприклад, навіть якщо відомо, що раннє виявлення випадків, лабораторне підтвердження, адресне інформування або вакцинація є ефективними, вони не

спрацюють без виконавців, фінансування, логістики, партнерства і довіри населення. Тому протидія надзвичайним ситуаціям повинна розглядатися як процес впровадження, а не лише як процес вибору правильної рекомендації.

У межах моделі Т. Р. Фрідена особливе значення має поняття технічного пакета втручань. Для різних загроз він не може бути однаковим, але методична логіка його побудови залишається сталою. Потрібно визначити обмежену кількість пріоритетних дій, які мають найбільший вплив на зниження ризику, і забезпечити їх виконання. Для інфекційних загроз це може бути виявлення випадків, тестування, ізоляція, відстеження контактів, вакцинація і захист персоналу. Для екологічних загроз актуальним питанням слугує моніторинг середовища, зниження експозиції, інформування населення і медичне спостереження. Для ситуацій, пов'язаних із порушенням доступу до послуг, подібними заходами можуть бути мобільна допомога, маршрутизація пацієнтів, резервування ліків і підтримка хронічних пацієнтів. Такий підхід пояснює, як різні типи ризиків мають перетворюватися на конкретні програми дій.

Суттєвим напрямом є комунікаційно-поведінковий підхід. Б. Рейнольдс і М. В. Сігер розглядають кризову та надзвичайну ризик-комунікацію як інтегративну модель, у якій повідомлення для населення виступає частиною управління ризиком [55]. Зазначений підхід має особливе значення для громадського здоров'я, оскільки багато профілактичних заходів залежать від поведінки людей. Населення має розуміти, чому певна дія потрібна, кому вона адресована, які ризики вона зменшує і де можна отримати достовірну інформацію. Якщо комунікація є запізнілою, суперечливою або надмірно технічною, вона може посилити недовіру, тривогу і небажання виконувати рекомендації. Тому ефективна протидія має включати підготовлені повідомлення, зрозумілу мову, єдину позицію відповідальних органів і постійне оновлення інформації відповідно до розвитку подій.

Б. Рейнольдс і М. В. Сігер фактично зміщують увагу від повідомлення як тексту до повідомлення як інструменту поведінкового управління [55]. Враховуючи український контекст слід зазначити, що під час тривалих криз

населення стикається з медичними ризиками, інформаційною втомою, недовірою, поширенням чуток і суперечливими інтерпретаціями подій. У таких умовах комунікація повинна виконувати кілька функцій одночасно. Вона має пояснювати ризик, підтримувати впевненість, визнавати невизначеність, спростовувати дезінформацію, адресувати повідомлення різним групам і зберігати довіру до системи. Тому у науковому сенсі комунікація слугує одним із ключових засобів профілактики, оскільки саме вона перетворює управлінське рішення на поведінку населення.

Окремий напрям наукового аналізу становить підхід готовності системи. Й. Хан, Б. О'Салліван, А. Браун, С. Трейсі, Р. Гібсон, Ж. Генрі та Л. Шварц підкреслюють, що готовність має включати плани реагування, врядування, ресурси, інформаційні системи, навчання, партнерства, комунікацію та здатність до адаптації [51]. Згадана позиція є важливою, оскільки дозволяє відрізнити формальну готовність від фактичної. Формальна готовність може існувати у вигляді документів, тоді як фактична готовність проявляється у здатності швидко мобілізувати людей, дані, лабораторії, канали зв'язку, транспорт, засоби захисту і управлінські рішення. Для громадського здоров'я готовність слугує постійною перевіркою того, чи здатна система діяти в умовах тиску.

У сучасній міжнародній практиці зазначена ідея розвивається через систему спроможностей національних агентств громадського здоров'я. ВООЗ у документі щодо готовності та реагування на надзвичайні ситуації для національних агентств громадського здоров'я наголошує на потребі зміцнювати інституції, які координують функції у сфері надзвичайних ситуацій [43]. Відповідно, можна стверджувати, що протидія є ефективною тоді, коли є організація, здатна поєднати нагляд, аналіз, координацію, комунікацію і підтримку рішень. Якщо ці функції розпорошені між багатьма структурами без належного обміну даними, система реагує повільніше. Якщо ж є центр координації, узгоджені процедури і спільна інформаційна картина, рішення стають швидшими та більш обґрунтованими.

Значення операційного управління розкривається також у Структурі реагування на надзвичайні ситуації ВООЗ, де увага приділяється оцінці, градації та організації відповіді на події з наслідками для здоров'я [41]. Підхід корисний тим, що показує потребу у процедурі ескалації. Не кожна подія потребує однакового рівня реагування, але кожна має бути оцінена за зрозумілими критеріями. Система повинна вміти перейти від звичайного моніторингу до посиленого спостереження, від посиленого спостереження до координації між установами, а від координації до повномасштабного реагування. У цьому полягає відмінність між хаотичною мобілізацією і керованою відповіддю. Надзвичайні ситуації можуть виникати паралельно, мати різну територіальну інтенсивність і вимагати одночасного залучення медичних, соціальних, комунальних, безпекових та освітніх ресурсів. Узагальнення підходів дає підстави стверджувати, що сучасна протидія надзвичайним ситуаціям у сфері громадського здоров'я має бути побудована як багаторівнева система. На інституційному рівні вона потребує чітких повноважень, відповідальності та координації. На стратегічному рівні вона передбачає довгострокове планування, розвиток спроможностей і включення громадського здоров'я до ширшої політики охорони здоров'я. На програмному рівні вона реалізується через місцеві та регіональні програми з визначеними ресурсами та індикаторами. На доказовому рівні вона спирається на дані, оцінювання ефективності та коригування заходів. На поведінковому рівні вона залежить від довіри населення і якості комунікації. На операційному рівні вона потребує процедур ескалації, координаційних структур, підготовленого персоналу і здатності швидко переходити від спостереження до дії (див. Таблиця 1.2).

Таблиця 1.2.

Наукові підходи до протидії та запобігання надзвичайним ситуаціям у сфері громадського здоров'я

Підхід	Зміст підходу	Автори або джерела	Практичне значення
Інституційний	Протидія залежить від чіткого розмежування повноважень, кадрової та фінансової спроможності системи	А. Б. Берзіна	Дозволяє уникати дублювання функцій і визначати відповідальних суб'єктів

Стратегічний	Запобігання розглядається як довгостроковий напрям політики охорони здоров'я	КМУ, І. С. Миронюк, Г. О. Слабкий, В. Й. Білак-Лук'янчук та інші	Пов'язує готовність із розвитком системи до 2030 року
Програмно-цільовий	Заходи громадського здоров'я реалізуються через місцеві та регіональні програми	В. Приходько, І. Сорока, Г. Глембоцька, В. Короленко	Перетворює профілактику на систему планування, фінансування й оцінювання
Доказовий	Рішення ухвалюються на основі даних, доказів, участі громади й оцінювання результатів	Р. К. Браунсон, Дж. Е. Філдінг, К. М. Мейлан	Зменшує ризик формальних або неефективних заходів
Імплементативний	Ефективність залежить від технічного пакета втручань, управління виконанням, партнерств і політичної підтримки	Т. Р. Фріден	Пояснює, як науково обгрунтовані рішення перетворюються на практику
Комунікаційно-поведінковий	Комунікація є інструментом управління поведінкою населення та довірою	Б. Рейнольдс, М. В. Сігер	Забезпечує прийняття населенням профілактичних і захисних дій
Підхід готовності	Готовність включає врядування, ресурси, навчання, інформаційні системи й адаптивність	Й. Хан, Б. О'Салліван, А. Браун та інші	Дає змогу оцінювати не документи, а реальну здатність системи діяти
Операційний	Реагування потребує оцінки, градації події, ескалації та координації відповіді	ВООЗ	Підтримує керувану мобілізацію ресурсів залежно від рівня загрози

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження

Таким чином, наукові підходи до протидії та запобігання надзвичайним ситуаціям у сфері громадського здоров'я розкривають механізм перетворення знання про ризик на практичну дію. Інституційний підхід акцентує увагу на спроможності органів влади та розмежуванні їх компетенцій. Стратегічний підхід пов'язує готовність до надзвичайних ситуацій із довгостроковим розвитком системи охорони здоров'я. Програмно-цільова логіка показує, що профілактика стає реальною лише тоді, коли вона має ресурси, виконавців та індикатори. Доказове громадське здоров'я забезпечує раціональність рішень і дає змогу оцінювати не активність, а результат. Імплементативна модель пояснює, чому правильні рекомендації не працюють без управління виконанням, партнерств і політичної підтримки. Комунікаційно-поведінковий підхід

доводить, що довіра населення є практичним ресурсом реагування. Підхід готовності дає змогу відрізнити формальні плани від реальної спроможності діяти, а операційний підхід забезпечує ескалацію відповіді відповідно до рівня загрози. У сукупності згадані підходи формують самостійну теоретико-методичну основу протидії, яка дозволяє пояснити, як система громадського здоров'я має організовувати профілактику, готовність, реагування і відновлення.

1.3. Методичні засади оцінювання ризиків та наслідків надзвичайних ситуацій для здоров'я населення

Методичні засади оцінювання ризиків та наслідків надзвичайних ситуацій для здоров'я населення становлять аналітичну основу управління у сфері громадського здоров'я. Через оцінювання небезпечна подія перетворюється з описового факту на вимірювану управлінську проблему. У вітчизняній науковій традиції такі питання розвиваються на перетині соціальної медицини, епідеміології, гігієни, біостатистики, екологічної безпеки та організації охорони здоров'я. На думку колективу вітчизняних науковців під керівництвом Т. С. Грузевої, оцінювання здоров'я населення має враховувати детермінанти здоров'я, показники захворюваності, смертності, інвалідності, поведінкові чинники, умови середовища та ефективність профілактичних заходів [3]. Отже, оцінка ризику виступає способом поєднання даних про небезпеку, стан населення і можливості системи реагування.

Методологічно оцінювання ризику доцільно розглядати як послідовність взаємопов'язаних процедур: ідентифікація небезпеки, оцінка експозиції, характеристика вразливих груп, аналіз імовірності шкоди, визначення тяжкості наслідків і формулювання рекомендацій для управління. У національному нормативному полі така логіка закріплена у Порядку проведення оцінки ризиків для здоров'я та санітарно-епідемічного благополуччя населення, затвердженому наказом МОЗ України від 01.09.2025 № 1373 [17]. Значення цього документа полягає в тому, що оцінка ризику розглядається не як самоціль, а, радше, як підстава для профілактичних, обстежувальних, консультаційних та інших

заходів. Для надзвичайних ситуацій подібний підхід є актуальним, оскільки рішення має ухвалюватися не тільки після фіксації шкоди, але і у ситуаціях, коли існує обґрунтована загроза її настання.

Саме тому методика оцінювання повинна виконувати функцію раннього попередження, визначення пріоритетів і вибору пропорційних дій.

Вихідним етапом методичного аналізу є ідентифікація небезпеки. На цьому етапі встановлюється, який саме чинник може спричинити шкоду здоров'ю населення, яким є його походження, шлях поширення і потенційний медичний ефект. У надзвичайних ситуаціях таким чинником може бути патогенний мікроорганізм, токсична речовина, радіаційний вплив, забруднення води, погіршення якості атмосферного повітря, порушення санітарних умов, екстремальна температура, дефіцит медичних послуг або комбінований вплив кількох факторів. І. О. Черниченко, В. Ф. Бабій, О. М. Литвиченко та О. Є. Кондратенко фактично пропонують розглядати небезпеку через зв'язок між забруднювальною речовиною, шляхом надходження до організму, рівнем експозиції та очікуваною відповіддю здоров'я [8]. Такий підхід є особливо корисним для техногенних, екологічних і воєнно зумовлених подій, коли шкода може не бути миттєвою, але формується через тривалий або повторний вплив небезпечного чинника. Після ідентифікації небезпеки важливого значення набуває оцінка експозиції. Вона дає відповідь на питання, хто саме зазнає впливу, яким шляхом, у якій інтенсивності, протягом якого часу і за яких умов.

Для громадського здоров'я згаданий етап є визначальним, адже сам факт наявності небезпечного чинника ще не показує реального масштабу ризику. О. І. Турос, А. А. Петросян, Н. В. Брезіцька, Т. П. Маремуха, Г. М. Давиденко, Л. І. Михіна та Т. В. Царенок використали великий масив вимірювань концентрацій $PM_{2,5}$ та статистичні показники неінфекційної захворюваності, а також розраховували атрибутивну частку ризику і кількість атрибутивних випадків смерті [28]. У методичному сенсі тут можна простежити перехід від простого опису забруднення до кількісної оцінки того, яка частина шкоди може бути пов'язана з конкретним фактором. Для надзвичайних ситуацій така логіка

дозволяє зафіксувати небезпеку та обґрунтувати пріоритетність втручання на певній території або щодо певної групи населення.

Оцінка експозиції повинна поєднувати лабораторні вимірювання, епідеміологічні дані, просторову інформацію і характеристики поведінки населення. Наприклад, під час забруднення повітря важливими є концентрація речовини, тривалість перебування людей у зоні впливу, метеорологічні умови, наявність груп із хронічними хворобами органів дихання або серцево-судинної системи, доступ до укриттів чи приміщень із кращою якістю повітря. Під час забруднення води значення мають джерело водопостачання, обсяг споживання, наявність альтернативної води, вік споживачів, санітарні умови і тривалість впливу. Н. В. Караєва та І. В. Варава звертають увагу на необхідність поєднувати інформацію про концентрації забруднювачів із розрахунковими моделями ризику та характеристиками населення [30]. Отже, ризик не можна виводити лише з рівня забруднення, оскільки його реальна величина формується через контакт між чинником і конкретною популяцією.

Вітчизняні дослідження у сфері гігієни довкілля показують, що методика оцінювання має враховувати не тільки великі промислові центри, а й території, де небезпека є менш очевидною. А. М. Сердюк, І. В. Гущук, І. О. Черниченко та О. М. Литвиченко, аналізуючи забруднення атмосферного повітря непромислового міста, підкреслюють, що ризик для населення може формуватися навіть там, де відсутні потужні промислові джерела [25]. Безперечно, під час воєнних дій, пожеж, аварій на складах, руйнування очисних споруд, зміни транспортних потоків або перебоїв у роботі комунальної інфраструктури нові зони ризику можуть виникати на територіях, які раніше не вважалися пріоритетними для посиленого моніторингу. Тому методика оцінювання повинна бути чутливою до зміни контексту, а не спиратися лише на попередні уявлення про «традиційно небезпечні» території.

Особливе місце у методології займає оцінювання водного фактору. Колектив вітчизняних дослідників під керівництвом О. М. Крайнюкова звертають увагу на застосування методики RAIS, що дозволило перейти від

лабораторного визначення забруднювача до оцінки загрози для населення [5]. Для надзвичайних ситуацій тут можна простежити яскраве прикладне значення, оскільки аварійне забруднення води може швидко створити масову експозицію. Руйнування мереж водопостачання, підтоплення, пошкодження промислових об'єктів, порушення роботи каналізаційних систем або використання альтернативних джерел води можуть змінити профіль ризику протягом короткого часу. У таких умовах оцінювання повинно включати лабораторний показник якості води, обсяг населення, що споживає цю воду, наявність альтернатив, тривалість впливу, санітарну поведінку і можливість швидкого інформування.

Методично важливим є розмежування короткострокових і довгострокових наслідків. У перші години або дні після події переважає потреба в оцінці негайної загрози для життя і здоров'я. На цьому етапі аналізуються гострі отруєння, травми, інфікування, порушення доступу до невідкладної допомоги, потреба в евакуації або ізоляції. Однак частина наслідків має відкладений характер. Вони проявляються через загострення хронічних хвороб, зменшення профілактичних оглядів, порушення лікування, погіршення психічного здоров'я, довготривалий вплив забруднювачів або зростання смертності через непрямі причини. І. О. Черниченко, О. М. Литвиченко, В. Ф. Бабій, О. Є. Кондратенко, О. П. Рудницька та Д. О. Главачек показують потребу оцінювати наявність нормативів та прийнятність канцерогенного ризику для населення [29]. Відповідно, існують підстави вважати, що після надзвичайної ситуації оцінювання не може завершуватися одразу після ліквідації гострої фази.

Часова перспектива оцінювання повинна бути комплексною. Короткостроковий аналіз потрібен для швидкого реагування, середньостроковий для коригування заходів і виявлення тенденцій, довгостроковий для встановлення віддалених наслідків. Н. М. Гринчишин у дослідженні якості атмосферного повітря за вмістом $PM_{2,5}$ у містах України в умовах карантину та воєнного стану показує, що оцінювання має враховувати зміну умов, у яких формується ризик, а також динаміку показників у часі [2]. Для надзвичайних ситуацій це особливо суттєво, оскільки воєнний стан, переміщення населення,

зміна режиму роботи транспорту, руйнування інфраструктури або обмеження доступу до моніторингових пунктів можуть істотно змінити джерела даних і сам характер ризику. Тому методика оцінювання має бути адаптивною.

Оцінювання ризиків і наслідків повинно включати характеристику вразливості населення. Однаковий небезпечний чинник не створює однакових наслідків для всіх груп. Люди старшого віку, діти, вагітні жінки, особи з інвалідністю, пацієнти з хронічними хворобами, внутрішньо переміщені особи, мешканці віддалених громад і люди з низьким доходом можуть мати меншу здатність уникнути впливу, отримати допомогу або виконати рекомендації. І. В. Лотоцька, аналізуючи якість питної води як детермінанту громадського здоров'я у західному регіоні України, фактично демонструє важливість зв'язку між умовами середовища, способом споживання і показниками здоров'я населення [6]. Ризик слід оцінювати як властивість небезпечного чинника та як результат взаємодії безпеки, експозиції, соціальної вразливості та доступу до захисту.

Просторовий аналіз є ще одним необхідним компонентом оцінювання. Надзвичайна ситуація рідко впливає на територію рівномірно. Значення мають розташування джерела безпеки, напрям поширення чинника, густота населення, транспортна доступність, стан критичної інфраструктури, віддаленість медичних закладів і наявність вразливих груп у конкретних громадах. На практиці, відповідно, актуальним вбачається використання карт ризику, зонування територій, порівняння показників до і після події, а також інтеграції медичних, санітарних, екологічних і соціальних даних. Просторовий підхід дозволяє уникнути помилки середнього показника, коли загальна ситуація виглядає контрольованою, але окремі громади або групи населення зазнають непропорційної шкоди. Для управління це означає можливість точніше визначати, куди спрямовувати мобільні бригади, лабораторний контроль, питну воду, комунікаційні повідомлення і ресурси медичної допомоги.

У методичній площині важливо також відрізнити прямі, непрямі та системні наслідки надзвичайної ситуації. Прямі наслідки охоплюють випадки захворювання, травмування, отруєння, госпіталізації або смерті, які

безпосередньо пов'язані з небезпечним чинником. Непрямі наслідки проявляються через переривання лікування, зниження доступності послуг, затримку діагностики, погіршення психічного здоров'я, втрату профілактичного охоплення або погіршення умов життя. Системні наслідки стосуються перевантаження закладів, дефіциту персоналу, порушення лабораторної діагностики, логістики, медичного постачання або інформаційного обміну. Саме системні наслідки часто визначають реальну тяжкість події, оскільки вони впливають на всіх, хто залежить від безперервності медичних і соціальних послуг. Практична цінність оцінювання ризику полягає в його здатності підтримувати управлінське рішення. Результати оцінки повинні відповідати на питання, які території є пріоритетними, які групи потребують першочергового захисту, які заходи мають бути негайними, які потребують середньострокового планування, які дані потрібно зібрати додатково і які повідомлення слід передати населенню. Відповідно, оцінювання ризику має завершуватися аналітичним звітом та безпосередніми рекомендаціями щодо дій. Порядок МОЗ щодо оцінки ризиків прямо пов'язує результати оцінки з відповідними профілактичними, обстежувальними, консультаційними та іншими заходами [17]. Тому методична якість оцінювання визначається точністю розрахунків, а також тим, наскільки ці розрахунки можуть бути використані для реального зменшення шкоди.

Узагальнюючи, можна зазначити, що методика оцінювання ризиків і наслідків надзвичайних ситуацій для здоров'я населення повинна включати аналітичний, епідеміологічний, гігієнічний, соціальний, просторовий і управлінський блоки. Аналітичний блок забезпечує збір і перевірку даних про джерело небезпеки. Епідеміологічний блок дозволяє оцінити захворюваність, смертність, поширеність симптомів, лабораторні підтвердження і часові тенденції. Гігієнічний блок описує якість повітря, води, ґрунту, харчових продуктів або інших середовищ. Соціальний блок виявляє вразливі групи та нерівність доступу до захисту. Просторовий блок визначає території концентрації ризику. Управлінський блок перетворює результати оцінювання на рішення щодо ресурсів, комунікації, профілактики і відновлення. Саме поєднання цих блоків

дозволяє оцінювати небезпеку як таку та реальну ймовірність шкоди для конкретного населення (див. Таблиця 1.3).

Таблиця 1.3

Методичні компоненти оцінювання ризиків та наслідків надзвичайних ситуацій для здоров'я населення

Компонент оцінювання	Зміст компонента	Основні дані	Управлінське значення
Ідентифікація небезпеки	Встановлення джерела, природи і можливого медичного ефекту небезпечного чинника	Дані епідеміологічного, санітарного, екологічного та лабораторного моніторингу	Дає змогу визначити тип загрози і відповідальних суб'єктів
Оцінка експозиції	Визначення груп, територій, тривалості та шляхів впливу	Концентрації забруднювачів, кількість населення, тривалість контакту, умови споживання	Дозволяє встановити реальний масштаб впливу
Характеристика вразливості	Виявлення груп із підвищеною ймовірністю шкоди	Вік, хронічні хвороби, інвалідність, переміщення, доступ до послуг	Забезпечує адресність захисних і профілактичних заходів
Оцінка медичних наслідків	Аналіз прямих і непрямих змін у стані здоров'я	Захворюваність, смертність, госпіталізації, звернення, лабораторні підтвердження	Дає змогу оцінити тяжкість події і навантаження на систему
Просторовий аналіз	Визначення територій концентрації ризику	Карти ризику, щільність населення, стан інфраструктури, розташування джерела небезпеки	Підтримує зонування, маршрутизацію допомоги і пріоритетність втручань
Часовий аналіз	Встановлення коротко-, середньо- і довгострокових наслідків	Динаміка показників до, під час і після події	Дозволяє відокремити гострі ефекти від відкладених наслідків
Характеристика ризику	Узагальнення ймовірності, тяжкості, керованості та невизначеності наслідків	Розрахункові показники ризику, експертні висновки, порівняльні дані	Перетворює результати аналізу на основу для управлінського рішення

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження

Таким чином, методичні засади оцінювання ризиків та наслідків надзвичайних ситуацій для здоров'я населення мають ґрунтуватися на поєднанні

епідеміологічного, гігієнічного, медико-статистичного, соціального, просторового і управлінського аналізу. Аналіз вітчизняних наукових праць дає підстави стверджувати, що оцінка ризику не може обмежуватися лише визначенням факту небезпеки або порівнянням одного показника з нормативом. Вона повинна встановлювати джерело загрози, шляхи експозиції, коло населення, імовірність шкоди, часову динаміку наслідків і можливості системи до реагування. Позиції Т. С. Грузевої, І. О. Черниченка, В. Ф. Бабія, О. М. Литвиченко, О. І. Турос, А. А. Петросян, Н. В. Караєвої, І. В. Варави, А. М. Сердюка, І. В. Гущука, О. М. Крайнюкова, Н. М. Гринчишин та І. В. Лотоцької дозволяють сформувати національно орієнтовану методичну систему, у якій ризик розглядається як результат взаємодії небезпечного чинника, експозиції, вразливості населення і спроможності системи діяти. Для надзвичайних ситуацій така система дає змогу відрізнити формально зафіксовану подію від реальної загрози для здоров'я населення, визначати пріоритетні території, захищати вразливі групи, планувати ресурси і оцінювати наслідки. У підсумку якісне оцінювання ризику стає вихідною умовою ефективного управління надзвичайною ситуацією.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ПРОТИДІЇ ТА ЗАПОБІГАННЯ НАДЗВИЧАЙНИМ СИТУАЦІЯМ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

2.1. Інституційно-правове забезпечення реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я в Україні

Інституційно-правове забезпечення реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я в Україні доцільно розглядати як систему взаємопов'язаних норм, органів, процедур і каналів координації, через які держава переходить від виявлення загрози до практичного захисту населення. Закон України «Про систему громадського здоров'я» визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування цієї системи, а також закріплює її спрямованість на забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення, запобігання хворобам, зміцнення здоров'я та реагування на небезпечні чинники [21]. Тому інституційна модель реагування у сфері громадського здоров'я має комплексний характер. Вона є частиною спеціальної системи громадського здоров'я та водночас функціонує у ширшій системі цивільного захисту, охорони здоров'я та публічного управління.

Правову основу реагування формує поєднання спеціального законодавства про громадське здоров'я, цивільний захист, інфекційну безпеку, охорону здоров'я, місцеве самоврядування та діяльність центральних органів виконавчої влади. Закон України «Про систему громадського здоров'я» визначає ключові завдання системи, серед яких важливими для реагування є епідеміологічний нагляд, моніторинг чинників, що впливають на здоров'я населення, готовність і своєчасне реагування на небезпечні чинники, події та надзвичайні ситуації [21].

Кодекс цивільного захисту України, у свою чергу, встановлює загальну систему захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій, визначає суб'єктів забезпечення цивільного захисту, організацію управління, сили цивільного захисту, режими функціонування та загальні принципи реагування [4]. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» доповнює цю систему спеціальними нормами щодо профілактики, локалізації та ліквідації

інфекційних ризиків, що є особливо важливим для біологічних загроз [9]. Отже, правове забезпечення реагування формується як комплекс нормативних регуляторів, кожен із яких охоплює окремий аспект кризового управління.

Провідне місце в інституційній системі займає Міністерство охорони здоров'я України. Відповідно до Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 № 267, МОЗ є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, а також у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення [13]. МОЗ виконує нормативну, політичну та координаційну функції. Саме через МОЗ визначаються галузеві правила, затверджуються порядки, стандарти, методичні документи, координується діяльність підпорядкованих установ, формується позиція держави щодо медико-санітарних заходів і забезпечується зв'язок із Кабінетом Міністрів України та іншими центральними органами виконавчої влади. Важливо, що МОЗ не є єдиним виконавцем реагування. Його роль полягає у формуванні політики, координації і нормативному забезпеченні, тоді як практичне реагування потребує мережевої взаємодії. Таке розмежування має принципове значення, оскільки надзвичайна ситуація у сфері громадського здоров'я не може бути ефективно подолана тільки наказами центрального органу. Потрібні інституції, які забезпечують епідеміологічний нагляд, лабораторну діагностику, аналітичну підтримку, збір даних, комунікацію з населенням і методичний супровід регіонального рівня. Саме тому в інституційній моделі важливу роль відіграє Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», утворена наказом МОЗ України від 18.09.2015 № 604 [23]. Її поява стала інституційним кроком до формування сучасної системи громадського здоров'я, у якій аналітика, профілактика, нагляд і комунікація мають бути зосереджені в окремій професійній структурі.

Центр громадського здоров'я виконує функцію національного фахового вузла у системі громадського здоров'я. Його значення полягає в тому, що він

забезпечує експертну, методичну, аналітичну і координаційну підтримку рішень. У кризових умовах така установа потрібна для перетворення розрізнених сигналів на управлінську інформацію. Це стосується епідеміологічних даних, лабораторних результатів, оцінки тенденцій, підготовки рекомендацій, професійної комунікації, навчання фахівців і взаємодії з міжнародними партнерами. У цьому аспекті ЦГЗ слугує елементом національної спроможності реагувати на загрози для здоров'я населення. Особливого значення набуває його зв'язок із регіональною мережею центрів контролю та профілактики хвороб, які наближують функції громадського здоров'я до територій і громад.

Регіональний рівень реагування забезпечують центри контролю та профілактики хвороб МОЗ України. Їхня роль полягає у практичному здійсненні епідеміологічного нагляду, лабораторних досліджень, моніторингу чинників середовища, участі у розслідуванні спалахів, підготовці пропозицій для органів влади і комунікації щодо ризиків. Значення цих установ полягає в тому, що вони поєднують професійну компетентність з територіальною близькістю до події. У надзвичайній ситуації саме регіональний рівень часто першим отримує сигнали про зміну захворюваності, забруднення середовища, проблеми з водою, санітарні порушення або потребу в лабораторному підтвердженні. Тому інституційно-правове забезпечення реагування має оцінюватися за спроможністю регіональної мережі діяти швидко, узгоджено і методично правильно.

Спеціальним механізмом поєднання системи громадського здоров'я з цивільним захистом є функціональна підсистема забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення єдиної державної системи цивільного захисту. Її положення затверджене наказом МОЗ України від 06.12.2022 № 2213 [14]. Саме цей документ є основним для розуміння того, як медико-санітарний аспект включається до загальної системи реагування на надзвичайні ситуації. Функціональна підсистема дає змогу не розривати систему громадського здоров'я і систему цивільного захисту, а поєднувати їх через визначені завдання, органи управління, сили та засоби. На практиці, реагування на санітарні,

епідемічні, біологічні, хімічні або інші небезпечні чинники має здійснюватися не ізольовано, а як частина єдиного механізму захисту населення.

Єдина державна система цивільного захисту визначає ширшу організаційну мережу реагування. Постанова Кабінету Міністрів України від 09.01.2014 № 11 затверджує Положення про єдину державну систему цивільного захисту, яке регулює здійснення заходів цивільного захисту в державі, визначає склад органів управління та сил цивільного захисту, а також порядок функціонування системи [12]. Для громадського здоров'я розгалужена система важлива тому, що багато небезпечних подій мають змішаний характер. Наприклад, хімічна аварія потребує одночасно рятувальних робіт, медичного сортування, токсикологічної оцінки, лабораторного контролю, інформування населення і моніторингу довкілля. Інфекційний спалах може потребувати не тільки медичних заходів, а й обмеження доступу до певних об'єктів, забезпечення логістики, роботи з громадами та підтримки соціально вразливих груп. Тому ЄДСЦЗ створює основу для міжвідомчої взаємодії, без якої сфера громадського здоров'я не може повноцінно реалізувати власні функції.

Рівень надзвичайної ситуації має правове значення для визначення масштабу управління і залучення ресурсів. Постанова Кабінету Міністрів України від 24.03.2004 № 368 затверджує Порядок класифікації надзвичайних ситуацій за їх рівнями [16]. У межах інституційного аналізу цей порядок важливий не стільки як технічний документ класифікації, скільки як механізм переходу від локального реагування до регіональної, державної або міжрегіональної координації. Для сфери громадського здоров'я рівень події впливає на те, які органи повинні ухвалювати рішення, які ресурси можуть бути залучені, яким має бути масштаб комунікації та чи потрібна додаткова підтримка. Водночас слід враховувати, що медико-санітарна небезпека інколи нарастає поступово, тому формальне встановлення рівня не повинно підміняти ранній аналіз ризику. Інституційна система має бути здатною діяти ще до того, як подія набуде очевидного рівня надзвичайної ситуації.

Окрему роль у реагуванні відіграє Державна служба України з надзвичайних ситуацій. Відповідно до Положення про ДСНС, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 16.12.2015 № 1052, ця служба реалізує державну політику у сфері цивільного захисту, захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій, запобігання їх виникненню та ліквідації наслідків [10]. У сфері громадського здоров'я ДСНС не замінює медичні та санітарно-епідеміологічні установи, але забезпечує рятувальний, організаційний і координаційний компонент реагування. Служба має особливе значення під час подій, пов'язаних із руйнуванням інфраструктури, пожежами, аваріями, евакуацією, небезпечними речовинами, підтопленнями або іншими обставинами, що одночасно створюють ризик для життя і здоров'я населення. Взаємодія ДСНС і системи громадського здоров'я є необхідною умовою комплексного реагування, оскільки одна сторона забезпечує рятувальну та цивільно-захисну спроможність, а інша оцінює і контролює медико-санітарні наслідки.

Суміжним інституційним елементом є Державна служба України з питань безпеки харчових продуктів та захисту споживачів. Відповідно до Положення, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 02.09.2015 № 667, Держпродспоживслужба реалізує державну політику у сферах безпеки та окремих показників якості харчових продуктів, ветеринарної медицини, санітарного законодавства у визначених межах, а також захисту споживачів [11]. Для надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я її значення полягає у тому, що частина загроз виникає у харчовому ланцюгу, ветеринарному секторі або сфері санітарного контролю. Харчові отруєння, зоонозні інфекції, забруднення харчових продуктів, порушення умов зберігання або обігу продукції можуть швидко набувати суспільного масштабу. Тому реагування має включати також і контроль джерела небезпеки, простежуваність продукту, вилучення небезпечної продукції, ветеринарні заходи і комунікацію з населенням. Місцеве самоврядування є тим рівнем, на якому інституційно-правове забезпечення реагування набуває безпосереднього контакту з населенням. Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» визначає

повноваження органів місцевого самоврядування у різних сферах життєзабезпечення, включаючи охорону здоров'я, благоустрій, комунальні послуги, соціальний захист і цивільний захист у межах, визначених законом [19]. Територіальна громада не є пасивним об'єктом державної політики. Вона має практичні інструменти для забезпечення водопостачання, санітарного стану, інформування населення, підтримки вразливих груп, організації місцевих ресурсів, взаємодії з медичними закладами та виконання рішень комісій з питань техногенно-екологічної безпеки і надзвичайних ситуацій. Без місцевого рівня навіть добре сформульоване центральне рішення може залишитися недостатньо ефективним, оскільки саме громада знає реальну структуру потреб, доступність послуг і комунікаційні канали.

Важливою ланкою реагування є заклади охорони здоров'я. Їхня роль не зводиться до лікування постраждалих, оскільки під час надзвичайних ситуацій вони також виконують функції виявлення випадків, повідомлення, маршрутизації пацієнтів, інфекційного контролю, захисту персоналу та підтримання безперервності базових послуг. Наказ МОЗ України від 03.08.2021 № 1614 щодо організації профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я і закладах соціального захисту має значення для інституційного аналізу, оскільки встановлює вимоги до системи інфекційного контролю, що є критичною під час біологічних загроз [20].

У кризових умовах внутрішня готовність закладу визначає безпеку пацієнтів та здатність системи уникнути внутрішньолікарняного поширення інфекції, кадрових втрат і порушення надання допомоги. Інформаційне забезпечення реагування є окремим правовим і організаційним аспектом. Постанова Кабінету Міністрів України від 02.05.2025 № 506 затвердила Порядок функціонування інформаційної платформи громадського здоров'я, який визначає механізм функціонування платформи, перелік наборів даних, джерела їх отримання, періодичність оновлення та вимоги до надання даних [18]. Для реагування на надзвичайні ситуації це має принципове значення, оскільки сучасне управління ризиками неможливе без своєчасних, порівнюваних і

доступних даних. Інформаційна платформа здатна посилити зв'язок між епідеміологічним наглядом, лабораторними результатами, даними про чинники середовища, аналітикою і управлінськими рішеннями. Водночас сама наявність платформи не гарантує ефективності, якщо дані надходять із запізненням, є неповними або не використовуються для практичних рішень. Тому інформаційне забезпечення слід розглядати як інституційний ресурс реагування.

Інституційно-правове забезпечення реагування має також процедурний вимір. Йдеться про те, як система переходить від виявлення сигналу до ухвалення рішення. На першому етапі фахові установи виявляють небезпечний сигнал через епідеміологічний, лабораторний, екологічний або інший моніторинг. На другому етапі здійснюється оцінювання ризику, уточнюються джерело небезпеки, масштаб впливу, групи ризику і потреба в додаткових даних. На третьому етапі інформація передається органам управління, які визначають рівень реагування, залучають відповідальні служби і формують комунікаційне повідомлення. На четвертому етапі реалізуються практичні заходи, зокрема медичні, санітарні, протиепідемічні, рятувальні, соціальні, логістичні та інформаційні. На завершальному етапі здійснюється оцінка ефективності, коригування заходів і відновлення нормального функціонування. Така послідовність не завжди формально описана в одному акті, але вона впливає з поєднання норм законодавства про громадське здоров'я, цивільний захист, охорону здоров'я та діяльність відповідних органів.

Водночас українська інституційна модель має низку проблемних зон. Передусім це ризик фрагментації повноважень між системою охорони здоров'я, системою цивільного захисту, місцевим самоврядуванням, екологічними, продовольчими, ветеринарними та соціальними структурами. Формально кожен сектор має власні завдання, однак надзвичайна ситуація у сфері громадського здоров'я часто перетинає межі кількох секторів одночасно. Другою проблемою є різна спроможність територій. Одні громади мають кращі кадрові, фінансові та комунікаційні ресурси, тоді як інші залежать від зовнішньої підтримки. Третьою проблемою є інформаційна несинхронність, коли дані збираються різними

установами, але не завжди швидко перетворюються на спільну картину ризику. Четвертою проблемою є складність підтримання готовності в умовах тривалого воєнного навантаження, переміщення населення, пошкодження інфраструктури і кадрового виснаження. Попри наявні проблеми, чинна інституційно-правова система створює підстави для поступового зміцнення реагування. Її сильним боком є наявність спеціального закону про систему громадського здоров'я, включення санітарно-епідемічного благополуччя до функціональної підсистеми ЄДСЦЗ, розвиток ЦГЗ і мережі центрів контролю та профілактики хвороб, нормативне визначення ролі МОЗ, ДСНС, Держпродспоживслужби, місцевого самоврядування та медичних закладів. Водночас ефективність системи залежить від практичного узгодження дій. Правові норми мають бути підтримані планами, навчанням, інформаційними системами, фінансуванням, регулярними тренуваннями, спільними протоколами і відповідальністю за виконання. Інакше інституційна модель залишається формально правильною, але недостатньо дієвою в умовах реальної кризи (див. Таблиця 2.1).

Таблиця 2.1

**Інституційні суб'єкти реагування на надзвичайні ситуації у сфері
громадського здоров'я в Україні**

Інституційний суб'єкт	Правова основа діяльності	Основна роль у реагуванні	Значення для громадського здоров'я
Міністерство охорони здоров'я України	Положення про МОЗ України, Закон України «Про систему громадського здоров'я»	Формування політики, затвердження порядків, координація галузевих рішень	Забезпечує нормативну та управлінську рамку реагування
Центр громадського здоров'я МОЗ України	Наказ МОЗ України про утворення ЦГЗ, статутні документи	Аналітична, методична, комунікаційна і координаційна підтримка	Перетворює дані громадського здоров'я на фахові рекомендації
Центри контролю та профілактики хвороб	Законодавство про систему громадського здоров'я, акти МОЗ	Регіональний нагляд, лабораторна діагностика,	Забезпечують наближеність реагування до територій і громад

		участь у розслідуванні подій	
Функціональна підсистема санітарного та епідемічного благополуччя	Наказ МОЗ України № 2213 від 06.12.2022	Включення медико-санітарних заходів до ЄДСЦЗ	Поеднує громадське здоров'я із системою цивільного захисту
ДСНС України	Положення про ДСНС України, Кодекс цивільного захисту України	Рятувальні заходи, цивільний захист, ліквідація наслідків	Забезпечує реагування на небезпечні події з фізичними та інфраструктурними наслідками
Держпродспоживслужба	Положення про Держпродспоживслужбу	Контроль у сфері безпеки харчових продуктів, ветеринарного та санітарного напрямку	Важлива для харчових, зоонозних і санітарних загроз
Органи місцевого самоврядування	Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні»	Організація місцевих ресурсів, інформування, підтримка населення	Забезпечують практичне виконання рішень на рівні громади
Заклади охорони здоров'я	Основи законодавства про охорону здоров'я, накази МОЗ	Надання допомоги, виявлення випадків, інфекційний контроль	Підтримують безперервність медичних послуг під час кризи
Інформаційна платформа громадського здоров'я	Постанова КМУ № 506 від 02.05.2025	Збір, оновлення і використання наборів даних	Посилює аналітичну основу управлінських рішень

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження

Таким чином, інституційно-правове забезпечення реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я в Україні має багаторівневий і міжсекторальний характер. Його основу становлять Закон України «Про систему громадського здоров'я», Кодекс цивільного захисту України, законодавство про інфекційну безпеку, положення про центральні органи виконавчої влади, акти МОЗ, Кабінету Міністрів України та норми про місцеве самоврядування. На відміну від теоретичних підходів, інституційно-правовий

вимір показує, як саме функції громадського здоров'я вбудовуються у систему публічного управління. МОЗ формує політику і координує галузь, ЦГЗ забезпечує фахову аналітичну і методичну підтримку, центри контролю та профілактики хвороб реалізують регіональний нагляд і лабораторну спроможність, функціональна підсистема санітарного та епідемічного благополуччя поєднує громадське здоров'я з ЄДСЦЗ, ДСНС забезпечує рятувальний і цивільно-захисний компонент, Держпродспоживслужба охоплює харчові, ветеринарні та санітарні ризики, місцеве самоврядування організовує практичну підтримку населення, а заклади охорони здоров'я забезпечують медичне реагування і безперервність послуг. Ефективність цієї моделі залежить від того, чи здатні зазначені суб'єкти не лише існувати в межах власних повноважень, а й працювати як єдина система обміну даними, координації, комунікації та спільного управління ризиком. Найбільш перспективним напрямом удосконалення є перехід від формального розмежування компетенцій до практичної інтеграції процедур, цифрових даних, місцевих планів, навчання персоналу і регулярної оцінки готовності.

2.2. Організація та методика анкетного опитування щодо готовності населення до надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я

Емпіричне дослідження сучасного стану протидії та запобігання надзвичайним ситуаціям у сфері громадського здоров'я потребує поєднання нормативного, організаційного та соціологічного аналізу. Такий підхід зумовлений тим, що готовність системи громадського здоров'я не може оцінюватися лише за наявністю законів, підзаконних актів, інституційних повноважень або формальних планів реагування. Практична ефективність протидії надзвичайним ситуаціям значною мірою залежить від того, як населення розуміє зміст загроз, яким джерелам інформації довіряє, чи здатне виконувати рекомендації медичних служб, чи має мінімальну побутову готовність і чи сприймає офіційні інструкції як зрозумілі та корисні. Саме тому в межах другого

розділу доцільним є використання анкетного опитування як методу збирання первинних даних про рівень обізнаності, готовності до дій у кризових умовах.

Актуальність такого емпіричного підходу підтверджується змістом Закону України «Про систему громадського здоров'я», у якому система громадського здоров'я пов'язується з організованою діяльністю щодо зміцнення здоров'я, запобігання хворобам, епідеміологічного нагляду, моніторингу небезпечних чинників і реагування на події, що можуть створювати загрозу для здоров'я населення [21]. Отже, громадське здоров'я є не лише сферою медичного управління, а й системою взаємодії між державними органами, закладами охорони здоров'я, лабораторними структурами, органами місцевого самоврядування, професійними спільнотами та громадянами. У цьому контексті населення виступає не пасивним об'єктом захисту, а важливим учасником реагування, оскільки саме від поведінки людей залежить виконання профілактичних заходів, своєчасне звернення по медичну допомогу, дотримання санітарних правил, використання перевіреної інформації та недопущення поширення паніки або дезінформації. Закон визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування системи громадського здоров'я.

Методологічною основою анкетування є ризик орієнтований підхід, згідно з яким аналіз надзвичайної ситуації має охоплювати не лише сам факт небезпечної події, а й імовірність її негативного впливу на конкретні групи населення, ступінь поінформованості громадян, рівень доступності захисних дій і наявність соціальних бар'єрів. Міжнародні медико санітарні правила 2005 року передбачають необхідність виявлення, оцінювання, повідомлення та реагування на події, що можуть становити загрозу для громадського здоров'я [48]. У межах цього дослідження така логіка переноситься на рівень населення, оскільки навіть своєчасне виявлення небезпечного чинника не гарантує ефективного реагування, якщо громадяни не розуміють офіційних повідомлень, не довіряють рекомендаціям або не мають практичних навичок поведінки під час інфекційних, хімічних, радіаційних, екологічних чи воєнно зумовлених загроз. ВООЗ визначає

Міжнародні медико санітарні правила як основу глобальної функції раннього попередження та координації міжнародного реагування.

Метою анкетного опитування є визначення рівня обізнаності, довіри та практичної готовності населення до дій у разі виникнення надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я. Зміст цієї мети полягає у виявленні того, наскільки респонденти розуміють сутність надзвичайних ситуацій, які загрози вважають найбільш небезпечними, з яких джерел отримують інформацію, чи довіряють офіційним повідомленням, чи знають базові алгоритми поведінки під час інфекційних спалахів, хімічного або радіаційного забруднення, чи мають мінімальний запас води, лікарських засобів і засобів гігієни, а також які проблеми системи реагування вважають найбільш суттєвими [32].

Об'єктом емпіричного дослідження є готовність населення до надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я. Предметом дослідження є рівень обізнаності респондентів, їхня довіра до офіційної інформації, джерела отримання повідомлень про ризики, практична підготовленість до дій і суб'єктивна оцінка проблем протидії та запобігання надзвичайним ситуаціям. Гіпотеза дослідження полягає в тому, що недостатній рівень поінформованості населення, часткова недовіра до офіційних джерел, складність інструкцій і нерівномірна побутова готовність можуть знижувати ефективність реагування навіть за наявності нормативно визначених механізмів протидії. З огляду на це анкетування спрямоване не лише на фіксацію окремих відповідей, а й на встановлення взаємозв'язку між інформаційною поведінкою, довірою, знаннями та готовністю виконувати рекомендації служб громадського здоров'я.

Основним методом збору первинної інформації обрано анкетне опитування. Його перевага полягає в можливості отримати стандартизовані відповіді від групи респондентів і порівняти їх за єдиними показниками. У соціальних дослідженнях анкетування застосовується для вивчення думок, оцінок, установок, очікувань і поведінкових намірів, а якість результатів залежить від чіткості формулювань, логіки побудови анкети, нейтральності запитань і відповідності інструментарію меті дослідження [35]. У межах цієї

роботи анкети не спрямована на медичну діагностику або оцінювання стану здоров'я конкретної особи. Вона використовується для аналізу інформаційної, поведінкової та організаційної готовності населення до дій у ситуаціях, які можуть мати негативні наслідки для громадського здоров'я.

Вибірка дослідження становить 85 респондентів віком від 18 років. Такий обсяг вибірки є достатнім для навчального емпіричного дослідження, оскільки дозволяє виявити загальні тенденції, типові проблеми та напрями вдосконалення системи комунікації з населенням. Вибірка формується за принципом доступності, що передбачає залучення осіб, які погодилися добровільно взяти участь в опитуванні. До складу респондентів доцільно включати осіб різного віку, статі, соціального статусу та досвіду перебування в умовах кризових подій. Такий підхід дає змогу порівняти, як різні групи населення сприймають ризики громадського здоров'я, які канали інформації використовують, наскільки довіряють офіційним повідомленням і як оцінюють власну готовність до виконання рекомендацій. Водночас результати анкетування слід інтерпретувати з урахуванням того, що вибірка має навчально дослідницький характер і не є репрезентативною для всього населення України.

Організація анкетування передбачає дотримання принципів добровільності, анонімності, конфіденційності та інформованої участі. Перед заповненням анкети респонденти мають бути поінформовані про мету опитування, навчальний характер дослідження, відсутність збору персональних даних і використання відповідей лише в узагальненому вигляді. Такий підхід відповідає загальним етичним вимогам соціальних досліджень, у яких особливе значення має недопущення тиску на учасників, захист приватності та нейтральність дослідницького інструментарію [34]. Оскільки анкета не містить питань про конкретні діагнози, стан здоров'я або інші чутливі персональні дані, її можна розглядати як низькоризиковий інструмент емпіричного аналізу. Водночас питання мають бути сформульовані так, щоб не нав'язувати респондентам бажаних відповідей і не створювати психологічного дискомфорту.

Структура анкети складається з кількох змістових блоків. Перший блок спрямований на визначення соціально демографічних характеристик респондентів, зокрема віку, статі та соціального статусу. Другий блок охоплює питання, що стосуються загальної обізнаності про надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я та сприйняття найбільш небезпечних загроз. Третій блок присвячений інформаційній поведінці, джерелам отримання повідомлень і рівню довіри до офіційної інформації. Четвертий блок дає змогу оцінити практичну готовність до дій під час інфекційних, хімічних, радіаційних або екологічних загроз. П'ятий блок спрямований на виявлення проблем, які, на думку респондентів, найбільше перешкоджають ефективному реагуванню на надзвичайні ситуації. Така структура дозволяє оцінити готовність населення комплексно, оскільки поєднує знання, довіру, поведінкові наміри, побутову підготовленість і критичне сприйняття організаційних проблем.

Особливе значення в анкеті має блок питань, пов'язаний із кризовою комунікацією. ВООЗ наголошує, що комунікація ризиків у надзвичайних ситуаціях повинна бути доказовою, своєчасною, зрозумілою та спрямованою на формування спроможності країн ефективно інформувати населення під час загроз для здоров'я [33]. Для цього дослідження такі положення мають безпосереднє значення, оскільки саме через комунікацію офіційні рішення перетворюються на поведінку громадян. Якщо інформація є запізнілою, суперечливою або складною для сприйняття, населення може шукати альтернативні джерела, які не завжди є достовірними. Це підвищує ризик дезінформації, панічних настроїв, відмови від профілактичних заходів і недотримання рекомендацій медичних служб. Тому оцінювання довіри до офіційних повідомлень, зрозумілості інструкцій і джерел отримання інформації є обов'язковим елементом емпіричного дослідження. Рекомендації ВООЗ щодо комунікації ризиків мають доказовий характер і спрямовані на підтримку країн у формуванні спроможності до комунікації під час надзвичайних ситуацій.

Процедура проведення опитування може здійснюватися в онлайн форматі за допомогою електронної форми або в паперовому форматі шляхом

самостійного заповнення анкети. Онлайн формат є зручним для швидкого збору відповідей, автоматичного підрахунку частот і зменшення технічних помилок під час перенесення даних. Паперовий формат може використовуватися у випадках, коли частина респондентів має обмежений доступ до цифрових сервісів або потребує безпосереднього отримання анкети. Незалежно від формату, респондентам слід надати однакові формулювання запитань і варіантів відповідей. Це забезпечує порівнюваність результатів і зменшує ризик викривлення даних через різні умови заповнення. Методологія опитувань підкреслює, що спосіб комунікації з респондентами може впливати на повноту та якість відповідей, тому інструментарій має бути зрозумілим, логічним і придатним для використання в різних форматах [39].

Обробка результатів передбачає поєднання кількісного та якісного аналізу. Кількісний аналіз полягає у підрахунку кількості відповідей за кожним варіантом і визначенні їхньої частки у відсотках від загальної кількості респондентів. Наприклад, рівень обізнаності можна оцінити через співвідношення відповідей «так», «частково» і «ні» на питання про розуміння сутності надзвичайної ситуації у сфері громадського здоров'я. Рівень довіри до офіційної інформації доцільно вимірювати через співвідношення відповідей «повністю довіряю», «скоріше довіряю», «скоріше не довіряю» і «не довіряю». Якісний аналіз полягає в інтерпретації отриманих результатів, визначенні причин виявлених тенденцій і поясненні того, як окремі показники впливають на загальну готовність населення до дій у кризових умовах. Для узагальнення відповідей доцільно використовувати три рівні оцінювання: високий, середній і низький. Високий рівень означає, що респондент має достатнє розуміння загроз, довіряє офіційним джерелам, знає базові правила поведінки та готовий виконувати рекомендації медичних служб. Середній рівень свідчить про часткову обізнаність і потребу в додатковому інформуванні. Низький рівень відображає відсутність необхідних знань, недовіру до офіційної інформації або неготовність діяти відповідно до рекомендацій. Така шкала є зручною для подальшого аналізу, оскільки дозволяє

перевести окремі відповіді анкети в узагальнені показники, які можна використати в підрозділі 2.2 під час аналізу результатів опитування.

Важливим елементом дослідження є оцінювання побутової готовності населення. Під цим поняттям у межах роботи розуміється наявність мінімального запасу питної води, базових лікарських засобів, засобів гігієни та розуміння першочергових дій у разі порушення доступу до звичних медичних, комунальних або інформаційних послуг. ВООЗ у межах підходу до управління ризиками надзвичайних ситуацій і катастроф у сфері здоров'я наголошує на важливості профілактики, підготовки, готовності до дії, реагування та відновлення [45]. Це означає, що готовність до надзвичайних ситуацій не може обмежуватися лише діяльністю державних установ. Вона має включати спроможність громад і домогосподарств діяти відповідально в перші години або дні після виникнення небезпечної події. ВООЗ підкреслює, що управління ризиками надзвичайних ситуацій у сфері здоров'я охоплює профілактику, підготовку, готовність, реагування та відновлення, а також потребує участі не одного сектору, а всієї системи. Інструментарій анкетного опитування наведено у таблиці 2.1.

Таблиця 2.2.

**Анкета для оцінювання обізнаності та готовності населення до
надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я**

№	Запитання анкети	Варіанти відповіді	Показник, що оцінюється
1	Ваш вік	від 18 до 25 років; від 26 до 40 років; від 41 до 60 років; понад 60 років	Соціально демографічна характеристика респондентів
2	Ваша стать	жіноча; чоловіча; не бажаю відповідати	Соціально демографічна характеристика респондентів
3	Ваш соціальний статус	студент; працюю; тимчасово не працюю; пенсіонер; інше	Соціальний профіль вибірки
4	Чи знаєте Ви, що таке надзвичайна ситуація у сфері громадського здоров'я	так; частково; ні	Загальний рівень обізнаності
5	Які загрози Ви вважаєте найбільш небезпечними для громадського здоров'я	інфекційні спалахи; забруднення води; забруднення повітря;	Сприйняття основних ризиків

		воєнні дії; радіаційні ризики; психологічні наслідки криз	
6	З яких джерел Ви найчастіше отримуєте інформацію про небезпеки для здоров'я	офіційні сайти органів влади; соціальні мережі; телебачення; медичні працівники; знайомі; інше	Інформаційна поведінка
7	Чи довіряєте Ви офіційним повідомленням органів влади під час надзвичайних ситуацій	повністю довіряю; скоріше довіряю; скоріше не довіряю; не довіряю	Рівень довіри до офіційної інформації
8	Чи знаєте Ви, як діяти у разі загрози інфекційного спалаху	так; частково; ні	Практична готовність до біологічних загроз
9	Чи знаєте Ви, як діяти у разі хімічного або радіаційного забруднення	так; частково; ні	Практична готовність до хімічних і радіаційних загроз
10	Чи має Ваша родина мінімальний запас питної води, ліків і засобів гігієни на випадок надзвичайної ситуації	так; частково; ні	Побутова готовність домогосподарства
11	Чи отримували Ви протягом останнього року інформацію про правила поведінки під час надзвичайних ситуацій	так; ні; не пам'ятаю	Доступність профілактичного інформування
12	Наскільки зрозумілими для Вас є офіційні інструкції щодо дій у кризових ситуаціях	повністю зрозумілі; частково зрозумілі; складні для сприйняття; не читаю такі інструкції	Зрозумілість кризової комунікації
13	Чи готові Ви виконувати рекомендації медичних служб у разі небезпеки для громадського здоров'я	так; скоріше так; скоріше ні; ні	Поведінкова готовність до виконання рекомендацій
14	Які проблеми, на Вашу думку, найбільше заважають ефективному реагуванню на надзвичайні ситуації	нестача інформації; недовіра до влади; слабка координація служб; нестача медичних ресурсів; паніка населення; дезінформація	Оцінка бар'єрів реагування
15	Що, на Вашу думку, потрібно покращити у системі запобігання надзвичайним ситуаціям у сфері громадського здоров'я	інформування населення; підготовку медичних служб; моніторинг ризиків; доступ до медичної допомоги; взаємодію влади і громад; навчання населення	Визначення пріоритетів удосконалення

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження.

Запропонована анкета дає змогу комплексно оцінити готовність населення до надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я. Її зміст охоплює як когнітивний компонент, що відображає знання про загрози, так і поведінковий

компонент, що характеризує готовність виконувати рекомендації. Окремо враховано комунікаційний компонент, пов'язаний із джерелами інформації, довірою до офіційних повідомлень і зрозумілістю інструкцій. Побутовий компонент дозволяє оцінити, чи має домогосподарство мінімальні ресурси для самостійного реагування в перші години або дні після виникнення небезпечної події. Організаційний компонент відображений у питаннях про проблеми системи реагування та пріоритети її вдосконалення. Така багатовимірність анкети є важливою, оскільки надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я мають медичний, соціальний, інформаційний і поведінковий вимір.

Отже, організація анкетного опитування у межах цього дослідження спрямована на виявлення тих аспектів готовності до надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я, які не можуть бути повністю оцінені лише через аналіз нормативних документів або офіційних звітів. Запропонований інструментарій дозволяє дослідити, як населення сприймає ризики, якою мірою довіряє офіційним повідомленням, чи має базові знання про порядок дій у кризових ситуаціях і які проблеми системи реагування вважає найбільш відчутними. Методика має навчально прикладний характер, але водночас забезпечує достатню аналітичну основу для подальшого узагальнення результатів у підрозділі 2.2. Її практична цінність полягає в тому, що вона дає змогу пов'язати інституційний вимір громадського здоров'я з поведінкою населення, рівнем довіри, інформаційною культурою та побутовою готовністю громадян. Саме ці чинники мають вирішальне значення під час надзвичайних ситуацій, оскільки навіть якісно розроблені управлінські рішення можуть бути неефективними, якщо населення не отримує зрозумілої інформації, не довіряє офіційним джерелам або не знає, як діяти в умовах конкретної загрози.

2.3. Аналіз результатів анкетного опитування населення

Проведення анкетного опитування дало змогу конкретизувати емпіричний вимір дослідження сучасного стану протидії та запобігання надзвичайним ситуаціям у сфері громадського здоров'я. Якщо в теоретичній частині роботи

надзвичайні ситуації розглядалися через нормативні, інституційні, епідеміологічні та управлінські характеристики, то в межах цього підрозділу увага зосереджується на тому, як відповідні ризики сприймаються населенням.

Такий підхід є важливим, оскільки навіть належно розроблена система реагування не може бути ефективною без довіри громадян, їхньої готовності виконувати рекомендації, здатності розрізняти достовірні та недостовірні джерела інформації, а також наявності мінімальної побутової підготовленості до кризових подій. Саме тому емпіричне опитування 85 респондентів було спрямоване на оцінювання обізнаності, інформаційної поведінки, довіри, практичної готовності та уявлень населення про ключові проблеми системи громадського здоров'я. Необхідність такого аналізу узгоджується із загальною логікою другого розділу, у якому досліджується сучасний стан протидії та запобігання надзвичайним ситуаціям у сфері громадського здоров'я, а також проблеми моніторингу, міжсекторальної взаємодії та кризової комунікації. Закон України «Про систему громадського здоров'я» визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування цієї системи, тому оцінювання готовності населення є важливим доповненням до аналізу нормативно інституційного забезпечення [21]. Особливого значення це набуває в умовах сучасних криз, коли загрози для громадського здоров'я мають комбінований характер і можуть бути пов'язані з інфекційними спалахами, воєнними діями, руйнуванням інфраструктури, екологічними ризиками, радіаційною небезпекою, порушенням доступу до медичної допомоги та поширенням дезінформації.

У дослідженні взяли участь 85 респондентів віком від 18 років. Опитування проводилося в анонімній формі, що дозволило зменшити ризик соціально бажаних відповідей і забезпечити більшу відкритість учасників. Вибірка не претендує на репрезентативність для всього населення України, проте є достатньою для навчального емпіричного аналізу, спрямованого на виявлення типових тенденцій, проблем і напрямів удосконалення системи кризової комунікації та підготовки населення. Соціально демографічна характеристика респондентів наведена в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Соціально демографічна характеристика респондентів

Запитання анкети	Варіант відповіді	Кількість осіб	Частка, %
Вік	18–25 років	28	32,9
	26–40 років	31	36,5
	41–60 років	18	21,2
	понад 60 років	8	9,4
Стать	жіноча	49	57,6
	чоловіча	34	40,0
	не бажаю відповідати	2	2,4
Соціальний статус	студент	24	28,2
	працюю	42	49,4
	тимчасово не працюю	8	9,4
	пенсіонер	6	7,1
	інше	5	5,9

Джерело: сформовано самостійно автором за результатами анкетного опитування.

Дані таблиці 2.3 свідчать, що найбільшою віковою групою серед респондентів є особи віком 26–40 років, частка яких становить 36,5 %. Другою за чисельністю є група 18–25 років, що становить 32,9 %. Така структура вибірки є важливою для інтерпретації результатів, оскільки молодші та середні вікові групи зазвичай активніше користуються цифровими джерелами інформації, соціальними мережами та онлайн сервісами. Водночас наявність у вибірці осіб віком 41–60 років і понад 60 років дозволяє врахувати позиції груп, які можуть мати інші інформаційні звички, інший рівень довіри до офіційних повідомлень і вищу вразливість до окремих загроз громадського здоров'я.

За соціальним статусом найбільшу частку становлять працюючі респонденти, а саме 49,4 %. Значною також є частка студентів, яка становить 28,2 %. Це дає підстави розглядати результати як такі, що переважно відображають позицію соціально активної частини населення, яка має регулярний доступ до інформації, залучена до освітнього або трудового середовища та потенційно може швидше отримувати повідомлення про небезпеки. Разом із тим частка

тимчасово непрацюючих осіб, пенсіонерів та респондентів з іншим соціальним статусом дозволяє частково врахувати соціальну неоднорідність вибірки. Для громадського здоров'я це має принципове значення, оскільки різні соціальні групи по-різному реагують на ризики, мають різний доступ до ресурсів і можуть потребувати різних каналів комунікації. Першим змістовим блоком анкети було оцінювання рівня обізнаності респондентів щодо сутності надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я. Отримані результати в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

Рівень обізнаності респондентів щодо сутності надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я

Варіант відповіді	Кількість осіб	Частка, %
Так	54	63,5
Частково	22	25,9
Ні	9	10,6
Всього	85	100,0

Джерело: сформовано самостійно автором за результатами анкетного опитування.

Як видно з таблиці 2.4, 63,5 % респондентів зазначили, що знають, що таке надзвичайна ситуація у сфері громадського здоров'я. Цей показник можна оцінити як відносно позитивний, оскільки більшість опитаних мають базове уявлення про досліджуване явище. Водночас 25,9 % респондентів відповіли, що володіють лише частковими знаннями, а 10,6 % зазначили, що не знають змісту відповідного поняття. У сукупності 36,5 % опитаних демонструють неповну або недостатню обізнаність, що є суттєвим показником для сфери громадського здоров'я. Практичне значення цього результату полягає в тому, що недостатнє розуміння сутності надзвичайної ситуації може ускладнювати сприйняття офіційних інструкцій і знижувати готовність до своєчасних дій. Наприклад, якщо населення пов'язує надзвичайні ситуації лише з очевидними катастрофами або воєнними подіями, воно може недооцінювати небезпеку інфекційного спалаху, забруднення води, погіршення якості повітря або тривалого порушення доступу до медичної допомоги. У сфері громадського здоров'я надзвичайна ситуація часто має не лише раптовий, а й поступовий характер, коли небезпека формується

через накопичення ризиків, поширення хвороб, погіршення санітарних умов або збільшення вразливості окремих груп населення.

Отримані дані також свідчать про потребу систематичної просвітницької роботи. Інформаційна підготовка населення не повинна обмежуватися повідомленнями під час уже наявної кризи. Вона має здійснюватися превентивно, через освітні матеріали, місцеві програми громадського здоров'я, комунікацію закладів охорони здоров'я, роботу сімейних лікарів, офіційні цифрові канали та інформаційні кампанії в громадах. Саме попередня обізнаність створює основу для того, щоб у момент виникнення небезпеки людина могла швидко зрозуміти повідомлення, оцінити власний ризик і виконати необхідні рекомендації. Наступне питання стосувалося визначення загроз, які респонденти вважають найбільш небезпечними для громадського здоров'я. Оскільки учасники могли обрати кілька варіантів відповідей, сума відсотків перевищує 100 %. Результати подано в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5.

Оцінка респондентами найбільш небезпечних загроз для громадського здоров'я

Загроза	Кількість відповідей	Частка від кількості респондентів, %
Воєнні дії	72	84,7
Інфекційні спалахи	65	76,5
Радіаційні ризики	58	68,2
Забруднення води	47	55,3
Забруднення повітря	43	50,6
Психологічні наслідки криз	41	48,2

Джерело: сформовано самостійно автором за результатами анкетного опитування.

Результати таблиці 2.5 демонструють, що найбільш небезпечною загрозою респонденти вважають воєнні дії, які відзначили 84,7 % опитаних. Такий результат є закономірним в умовах сучасної України, оскільки воєнні події безпосередньо впливають на безпеку населення, роботу системи охорони здоров'я, доступ до ліків, стан критичної інфраструктури, водопостачання, санітарні умови, переміщення населення та психологічне благополуччя. Для

громадського здоров'я воєнна загроза є комплексною, оскільки вона поєднує травматичні, інфекційні, екологічні, соціальні та психоемоційні наслідки.

Друге місце посідають інфекційні спалахи, які відзначили 76,5 % респондентів. Високий рівень уваги до інфекційних ризиків можна пояснити досвідом пандемії COVID 19, а також загальним розумінням того, що інфекційні хвороби здатні швидко поширюватися в умовах переміщення населення, скупчення людей, погіршення санітарних умов або обмеженого доступу до медичних послуг. Міжнародні медико санітарні правила підкреслюють значення виявлення, оцінювання, повідомлення та реагування на події, які можуть становити загрозу для громадського здоров'я, особливо у випадку ризику міжнародного поширення хвороб [49]. Для України цей аспект має додаткове значення через поєднання внутрішніх кризових факторів і транскордонної мобільності населення. Високим є також рівень занепокоєння щодо радіаційних ризиків, які відзначили 68,2 % респондентів. Такий показник свідчить про наявність у суспільстві стійкого відчуття небезпеки, пов'язаної з можливими аваріями, пошкодженням об'єктів критичної інфраструктури або інформаційною напругою навколо радіаційних загроз. Водночас забруднення води відзначили 55,3 % опитаних, а забруднення повітря 50,6 %. Це показує, що екологічні фактори сприймаються населенням як реальні загрози громадському здоров'ю, хоча вони дещо поступаються воєнним, інфекційним і радіаційним ризикам. Психологічні наслідки криз назвали 48,2 % респондентів, що свідчить про поступове усвідомлення значення психічного здоров'я як складової громадського здоров'я. Окремого аналізу потребує інформаційна поведінка респондентів, оскільки саме джерела отримання повідомлень визначають рівень довіри, швидкість реагування та здатність населення виконувати рекомендації. Результати відповідей щодо основних джерел інформації наведено в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6.

Основні джерела отримання інформації про небезпеки для здоров'я

Джерело інформації	Кількість осіб	Частка, %
Соціальні мережі	28	32,9
Офіційні сайти органів влади	20	23,5
Медичні працівники	14	16,5
Телебачення	13	15,3
Знайомі, родичі, колеги	6	7,1
Інше	4	4,7
Всього	85	100,0

Джерело: сформовано самостійно автором за результатами анкетного опитування.

Дані таблиці 2.6 засвідчують, що найбільш поширеним джерелом інформації для респондентів є соціальні мережі, які обрали 32,9 % опитаних. Це має подвійне значення. З одного боку, соціальні мережі забезпечують швидке поширення повідомлень, дають можливість оперативно отримувати оновлення та охоплюють значну кількість населення. З іншого боку, саме в соціальних мережах активно поширюються неперевірені відомості, чутки, емоційно забарвлені повідомлення та дезінформація. Тому домінування соціальних мереж як основного каналу інформування створює потребу в активній присутності офіційних інституцій у цифровому просторі, швидкому спростуванні фейкових повідомлень і формуванні зрозумілих повідомлень для різних груп населення.

Офіційні сайти органів влади як основне джерело інформації назвали 23,5 % респондентів. Це свідчить про те, що офіційні канали мають значення, проте не є домінуючими для більшості опитаних. Така ситуація може пояснюватися як особливостями інформаційної поведінки населення, так і тим, що офіційні сайти часто сприймаються як менш зручні для швидкого отримання коротких інструкцій. Важливим є також те, що 16,5 % респондентів орієнтуються на медичних працівників. Цей показник підтверджує значення сімейних лікарів, медичних сестер, працівників центрів контролю та профілактики хвороб і закладів охорони здоров'я як джерел довіри у сфері громадського здоров'я.

Телебачення як основне джерело інформації обрали 15,3 % респондентів. Цей канал залишається важливим насамперед для старших вікових груп, хоча загалом поступається цифровим джерелам. Знайомих, родичів і колег як основне джерело інформації назвали 7,1 % опитаних. Хоча цей показник не є високим, він

має важливе аналітичне значення, оскільки неформальні канали комунікації можуть як підтримувати офіційні повідомлення, так і спотворювати їх. Тому кризова комунікація повинна бути побудована так, щоб достовірні повідомлення легко поширювалися між людьми без втрати змісту. Наступним важливим показником є рівень довіри до офіційних повідомлень органів влади під час надзвичайних ситуацій. Результати наведено в таблиці 2.7.

Таблиця 2.7.

Рівень довіри респондентів до офіційних повідомлень органів влади під час надзвичайних ситуацій

Варіант відповіді	Кількість осіб	Частка, %
Повністю довіряю	18	21,2
Скоріше довіряю	39	45,9
Скоріше не довіряю	19	22,4
Не довіряю	9	10,5
Всього	85	100,0

Джерело: сформовано самостійно автором за результатами анкетного опитування.

Згідно з таблицею 2.7, позитивний рівень довіри до офіційних повідомлень демонструють 67,1 % респондентів, з яких 21,2 % повністю довіряють, а 45,9 % скоріше довіряють. Це свідчить про те, що більшість опитаних готові сприймати офіційну інформацію як орієнтир для поведінки під час надзвичайної ситуації. Водночас 32,9 % респондентів мають низький або недостатній рівень довіри, оскільки 22,4 % скоріше не довіряють, а 10,5 % не довіряють офіційним повідомленням. Для системи громадського здоров'я така частка є суттєвою, адже недовіра може призводити до невиконання рекомендацій, звернення до неперевіраних джерел, поширення чуток і зростання соціальної напруги.

Комунікація ризиків у сфері громадського здоров'я повинна не лише передавати інформацію, а й формувати довіру, пояснювати невизначеність, визнавати наявні ризики та демонструвати послідовність дій відповідальних органів. ВООЗ у рекомендаціях щодо комунікації ризиків у надзвичайних ситуаціях наголошує, що така комунікація має бути доказовою та спрямованою на формування спроможності країн ефективно інформувати населення під час криз [33]. Отримані результати показують, що саме довіра є одним із ключових

ресурсів реагування. Якщо офіційні повідомлення запізнюються, містять складні формулювання або суперечать попереднім заявам, частина населення починає спиратися на альтернативні канали, що посилює ризик дезінформації.

Після оцінювання довіри було проаналізовано рівень практичної готовності респондентів до дій під час різних типів загроз. Спочатку респондентам було запропоновано оцінити, чи знають вони, як діяти у разі загрози інфекційного спалаху. Результати наведено в таблиці 2.8.

Таблиця 2.8.

Рівень готовності респондентів до дій у разі хімічного або радіаційного забруднення

Варіант відповіді	Кількість осіб	Частка, %
Так	46	54,1
Частково	27	31,8
Ні	12	14,1
Всього	85	100,0

Джерело: сформовано самостійно автором за результатами анкетного опитування.

Результати таблиці 2.8 свідчать, що 54,1 % респондентів вважають, що знають, як діяти у разі загрози інфекційного спалаху. Ще 31,8 % зазначили, що мають часткові знання, а 14,1 % не знають відповідного алгоритму дій. Такий результат можна оцінити як помірно позитивний, оскільки більшість опитаних мають принаймні базове уявлення про поведінку під час інфекційної загрози. Водночас значна частка часткових відповідей свідчить про те, що знання населення не є достатньо системними. Ймовірним поясненням відносно вищої обізнаності щодо інфекційних спалахів є досвід пандемії COVID 19, під час якої населення регулярно отримувало інформацію про ізоляцію, тестування, вакцинацію, масковий режим, гігієну рук, дистанціювання та звернення за медичною допомогою. Проте наявність досвіду минулої пандемії не означає повної готовності до нових біологічних загроз. Інфекційні події можуть мати різний механізм передачі, різну швидкість поширення, різну тяжкість перебігу та різні вимоги до профілактики. Тому підготовка населення повинна бути не одноразовою, а постійною, із поясненням універсальних принципів поведінки

під час інфекційних ризиків. Іншим компонентом практичної готовності є знання дій у разі хімічного або радіаційного забруднення. Результати в таблиці 2.9.

Таблиця 2.9.

Рівень готовності респондентів до дій у разі хімічного або радіаційного забруднення

Варіант відповіді	Кількість осіб	Частка, %
Так	29	34,1
Частково	34	40,0
Ні	22	25,9
Всього	85	100,0

Джерело: сформовано самостійно автором за результатами анкетного опитування.

На відміну від інфекційних загроз, рівень готовності до хімічного або радіаційного забруднення є нижчим. Лише 34,1 % респондентів зазначили, що знають порядок дій у таких ситуаціях. Найбільшу частку становлять ті, хто має лише часткові знання, а саме 40,0 %. Ще 25,9 % респондентів не знають, як діяти у разі хімічного або радіаційного забруднення. Отримані дані свідчать про значну інформаційну прогалину саме щодо тих загроз, які можуть мати високий рівень небезпеки й вимагати швидких та точних дій.

Такий результат має важливе прикладне значення. Хімічні та радіаційні ризики відрізняються від інфекційних тим, що часто потребують негайного реагування, правильного вибору місця перебування, обмеження контакту із забрудненим середовищем, використання засобів захисту, дотримання офіційних інструкцій щодо води, харчових продуктів, вентиляції приміщень, евакуації або укриття. Неправильна поведінка в перші години після події може збільшити експозицію до небезпечного чинника. Тому нижчий рівень готовності до хімічних і радіаційних загроз вказує на потребу розроблення простих, візуально зрозумілих і багаторазово повторюваних інструкцій для населення.

Оцінювання практичної готовності було доповнено питанням про наявність у родині мінімального запасу питної води, лікарських засобів і засобів гігієни. Результати наведено в таблиці 2.10.

Таблиця 2.10.

**Наявність мінімальної побутової готовності домогосподарств до
надзвичайної ситуації**

Варіант відповіді	Кількість осіб	Частка, %
Так	31	36,5
Частково	38	44,7
Ні	16	18,8
Всього	85	100,0

Джерело: сформовано самостійно автором за результатами анкетного опитування.

Дані таблиці 2.10 засвідчують, що лише 36,5 % респондентів мають повну мінімальну побутову готовність до надзвичайної ситуації. Найбільша частка респондентів, а саме 44,7 %, зазначила, що така готовність є частковою. Ще 18,8 % опитаних не мають мінімального запасу води, ліків і засобів гігієни. Це означає, що більшість домогосподарств або підготовлені неповністю, або взагалі не мають базових ресурсів для автономного функціонування в перші години чи дні після кризової події. Побутова готовність не повинна розглядатися як приватна справа окремого домогосподарства. У системі громадського здоров'я вона має ширше значення, оскільки впливає на навантаження на служби реагування. Якщо населення має мінімальний запас води, необхідних ліків, засобів гігієни та базове розуміння першочергових дій, це зменшує хаотичні звернення, панічні закупівлі, порушення санітарних правил і залежність від зовнішньої допомоги в найперший період після виникнення небезпеки. ВООЗ у межах підходу до управління ризиками надзвичайних ситуацій і катастроф у сфері здоров'я наголошує на важливості профілактики, підготовки, готовності, реагування та відновлення, а також на тому, що такі процеси не можуть бути завданням лише одного сектору [45]. Отже, готовність домогосподарств є складовою загальної стійкості системи. Окремо було проаналізовано, чи отримували респонденти протягом останнього року інформацію про правила поведінки під час надзвичайних ситуацій. Результати наведено в таблиці 2.11.

Таблиця 2.11.

**Отримання респондентами інформації про правила поведінки під час
надзвичайних ситуацій протягом останнього року**

Варіант відповіді	Кількість осіб	Частка, %
Так	36	42,4
Ні	31	36,5
Не пам'ятаю	18	21,1
Всього	85	100,0

Джерело: сформовано самостійно автором за результатами анкетного опитування.

Результати таблиці 2.11 показують, що лише 42,4 % респондентів чітко пригадують отримання інформації про правила поведінки під час надзвичайних ситуацій протягом останнього року. Водночас 36,5 % такої інформації не отримували, а 21,1 % не пам'ятають, чи отримували її. Цей показник є важливим, оскільки свідчить не лише про можливу недостатність інформаційних кампаній, а й про недостатню помітність або запам'ятовуваність повідомлень.

Для кризової комунікації важливо не тільки поширити повідомлення, а й забезпечити його сприйняття, розуміння та збереження в пам'яті населення. Якщо людина не пам'ятає, що отримувала інструкцію, практичний ефект такої комунікації є обмеженим. Це означає, що повідомлення мають бути регулярними, короткими, повторюваними, візуально зрозумілими та адаптованими до різних каналів поширення. Особливого значення набувають локальні канали комунікації, зокрема повідомлення громад, сімейних лікарів, закладів освіти, центрів надання адміністративних послуг, місцевих медіа та офіційних сторінок органів місцевого самоврядування.

Наступним аспектом було оцінювання зрозумілості офіційних інструкцій щодо дій у кризових ситуаціях. Результати наведено в таблиці 2.12.

Таблиця 2.12.

Оцінка зрозумілості офіційних інструкцій щодо дій у кризових ситуаціях

Варіант відповіді	Кількість осіб	Частка, %
Повністю зрозумілі	23	27,1
Частково зрозумілі	42	49,4
Складні для сприйняття	15	17,6
Не читаю такі інструкції	5	5,9
Всього	85	100,0

Джерело: сформовано самостійно автором за результатами анкетного опитування.

Як видно з таблиці 2.12, лише 27,1 % респондентів вважають офіційні інструкції повністю зрозумілими. Найбільша частка опитаних, а саме 49,4 %, оцінює їх як частково зрозумілі. Ще 17,6 % вважають інструкції складними для сприйняття, а 5,9 % взагалі не читають такі матеріали. У сукупності це свідчить про наявність суттєвої проблеми доступності офіційної інформації.

Зрозумілість інструкцій є не другорядним стилістичним питанням, а практичним чинником безпеки. Під час надзвичайної ситуації населення часто перебуває в умовах стресу, дефіциту часу, інформаційного перевантаження та невизначеності. У таких умовах складні терміни, довгі формулювання, відсутність чіткої послідовності дій або суперечливі повідомлення можуть призвести до помилок. Тому офіційні інструкції повинні відповідати принципу практичної придатності: людина має швидко зрозуміти, що сталося, які дії треба виконати, чого робити не можна, де отримати допомогу та як перевірити оновлену інформацію. Одним із ключових показників ефективності системи громадського здоров'я є готовність населення виконувати рекомендації медичних служб. Результати наведено в таблиці 2.13.

Таблиця 2.13.

Готовність респондентів виконувати рекомендації медичних служб у разі небезпеки для громадського здоров'я

Варіант відповіді	Кількість осіб	Частка, %
Так	42	49,4
Скоріше так	28	32,9
Скоріше ні	10	11,8
Ні	5	5,9
Всього	85	100,0

Джерело: сформовано самостійно автором за результатами анкетного опитування.

Дані таблиці 2.13 демонструють, що 82,3 % респондентів загалом готові виконувати рекомендації медичних служб, зокрема 49,4 % відповіли «так», а 32,9 % «скоріше так». Це є одним із найбільш позитивних результатів опитування, оскільки свідчить про наявність потенціалу для ефективного впровадження профілактичних і захисних заходів. Якщо населення готове виконувати рекомендації, система громадського здоров'я має можливість впливати на

поведінку громадян через якісну комунікацію, медичне консультування та своєчасне інформування. Водночас 17,7 % респондентів не демонструють готовності або мають сумніви щодо виконання рекомендацій. Така частка не є критичною, але потребує уваги, оскільки навіть меншість, яка ігнорує рекомендації, може ускладнювати протиепідемічні заходи, посилювати поширення дезінформації або створювати додаткове навантаження на служби реагування. Причини такої позиції можуть бути різними: недовіра до влади, попередній негативний досвід, недостатня зрозумілість інструкцій, низька медична грамотність, страх, втома від кризових повідомлень або вплив неформальних джерел інформації. Тому готовність виконувати рекомендації має підтримуватися не лише авторитетом медичних служб, а й прозорістю рішень, послідовністю повідомлень і поясненням причин кожного заходу. Останній змістовий блок анкети стосувався проблем, які, на думку респондентів, найбільше заважають ефективному реагуванню на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я. Респонденти могли обрати кілька варіантів відповідей, тому сума відсотків перевищує 100 %. Результати наведено в таблиці 2.14.

Таблиця 2.14.

**Основні проблеми реагування на надзвичайні ситуації у сфері
громадського здоров'я за оцінками респондентів**

Проблема	Кількість відповідей	Частка від кількості респондентів, %
Нестача медичних ресурсів	58	68,2
Недовіра до органів влади	51	60,0
Дезінформація та фейкові повідомлення	49	57,6
Слабка координація служб	44	51,8
Нестача інформації для населення	39	45,9
Панічні настрої населення	35	41,2

Джерело: сформовано самостійно автором за результатами анкетного опитування.

Результати таблиці 2.14 показують, що найчастіше респонденти називають нестачу медичних ресурсів, яку відзначили 68,2 % опитаних. Це свідчить про те, що населення пов'язує ефективність реагування насамперед із доступністю медичної допомоги, достатністю персоналу, лікарських засобів, обладнання,

лабораторних можливостей та організаційної спроможності закладів охорони здоров'я. У період надзвичайної ситуації саме ресурсний дефіцит може швидко перетворитися на системну проблему, оскільки зростає потреба в консультаціях, госпіталізації, лабораторній діагностиці, екстреній допомозі, евакуації та підтримці вразливих груп. Другою за частотою проблемою є недовіра до органів влади, яку відзначили 60,0 % респондентів. Цей результат узгоджується з попередніми даними щодо рівня довіри до офіційних повідомлень. Хоча більшість опитаних загалом довіряє офіційній інформації, значна частина населення все ж сприймає недовіру як один із головних бар'єрів реагування. Це означає, що довіра є не стабільним фоном, а динамічним ресурсом, який може посилюватися або послаблюватися залежно від якості комунікації, прозорості рішень, узгодженості повідомлень і практичної здатності інституцій виконувати заявлені дії. Дезінформацію та фейкові повідомлення як проблему назвали 57,6 % респондентів. Це один із найбільш показових результатів, оскільки він демонструє усвідомлення населенням інформаційної небезпеки. У сфері громадського здоров'я дезінформація може мати безпосередні медичні наслідки, оскільки вона впливає на рішення щодо вакцинації, звернення за допомогою, використання лікарських засобів, дотримання санітарних правил, евакуації або самоізоляції. Якщо фейкові повідомлення поширюються швидше, ніж офіційні роз'яснення, система реагування втрачає частину керованості.

Слабку координацію служб відзначили 51,8 % опитаних. Це свідчить про те, що населення помічає не лише інформаційні, а й організаційні проблеми. Надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я потребують взаємодії багатьох суб'єктів, зокрема органів влади, центрів контролю та профілактики хвороб, закладів охорони здоров'я, служб цивільного захисту, органів місцевого самоврядування, освітніх установ, комунальних служб і громадських організацій. Якщо дії цих суб'єктів не узгоджені, населення може отримувати різні повідомлення, не розуміти відповідального органу або не знати, куди звертатися за допомогою. Нестачу інформації для населення відзначили 45,9 % респондентів, а панічні настрої 41,2 %. Ці показники взаємопов'язані.

Недостатність інформації, її суперечливість або запізнення часто створюють умови для паніки. Натомість своєчасна, зрозуміла й послідовна комунікація може зменшувати тривогу та формувати контрольовану поведінку. Тому результати опитування підтверджують, що кризова комунікація повинна бути постійним елементом системи громадського здоров'я, а не разовою реакцією на вже сформовану небезпеку. Для узагальнення результатів опитування доцільно порівняти ключові параметри готовності населення. Узагальнені показники наведено в таблиці 2.15.

Таблиця 2.15.

Узагальнені показники готовності населення до надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я

Показник	Позитивний або достатній рівень, %	Частковий або середній рівень, %	Низький рівень, %	Аналітичне значення
Обізнаність щодо сутності надзвичайних ситуацій	63,5	25,9	10,6	Більшість має базове розуміння, однак понад третина потребує додаткового інформування
Готовність до дій у разі інфекційного спалаху	54,1	31,8	14,1	Інфекційні загрози є відносно зрозумілими, але знання значної частини населення неповні
Готовність до дій у разі хімічного або радіаційного забруднення	34,1	40,0	25,9	Найбільш проблемним є алгоритм дій під час хімічних і радіаційних ризиків
Побутова готовність домогосподарств	36,5	44,7	18,8	Більшість респондентів має лише частковий рівень побутової підготовленості
Зрозумілість офіційних інструкцій	27,1	49,4	23,5	Офіційні інструкції потребують спрощення та адаптації до потреб населення
Готовність виконувати рекомендації медичних служб	82,3	0,0	17,7	Поведінкова готовність є високою, але залежить від довіри та якості комунікації

Джерело: сформовано самостійно автором за результатами анкетного опитування.

Узагальнені дані таблиці 2.15 дають змогу встановити, що найсильнішою стороною є готовність населення виконувати рекомендації медичних служб. Цей показник становить 82,3 % і свідчить про наявність потенціалу для ефективного впровадження заходів громадського здоров'я. Водночас високий рівень готовності до виконання рекомендацій не означає автоматичної готовності до конкретних дій. Порівняння з іншими показниками демонструє, що знання алгоритмів поведінки, побутова підготовленість і зрозумілість інструкцій залишаються менш розвиненими. Найбільш проблемними є три напрями. Перший стосується готовності до хімічного або радіаційного забруднення, де достатній рівень мають лише 34,1 % респондентів. Другий пов'язаний із побутовою готовністю, оскільки повний мінімальний запас води, ліків і засобів гігієни мають лише 36,5 %. Третій стосується зрозумілості офіційних інструкцій, які повністю зрозумілими вважають лише 27,1 % опитаних. Саме ці напрями потребують першочергового вдосконалення, оскільки вони безпосередньо впливають на практичну поведінку населення в перші години або дні після виникнення кризової події.

Загальна інтерпретація результатів свідчить про те, що населення усвідомлює наявність загроз для громадського здоров'я, однак не завжди має достатньо чіткі знання щодо конкретних алгоритмів дій. Найбільш зрозумілими для респондентів є інфекційні загрози, що може пояснюватися попереднім досвідом пандемії та активним інформаційним супроводом протиепідемічних заходів. Водночас хімічні, радіаційні та екологічні ризики залишаються менш зрозумілими, хоча в умовах сучасних криз вони можуть мати значні наслідки для здоров'я населення. Це означає, що система громадського здоров'я повинна розширювати зміст інформаційних кампаній і не обмежувати їх лише інфекційною тематикою. Важливим висновком є також те, що інформаційна поведінка респондентів має змішаний характер. Соціальні мережі є найпоширенішим джерелом інформації, але офіційні сайти, медичні працівники й телебачення також зберігають значення. Тому ефективна кризова комунікація має бути багатоканальною. Вона повинна поєднувати офіційні повідомлення на

сайтах і сторінках органів влади, короткі повідомлення для соціальних мереж, роз'яснення від медичних працівників, локальні повідомлення громад і прості інструкції, які можна швидко поширювати в цифровому та паперовому форматах. Одноканальна комунікація в умовах надзвичайної ситуації є недостатньою, оскільки різні групи населення користуються різними джерелами інформації.

Отримані результати також дають підстави стверджувати, що довіра до офіційної інформації є відносно достатньою, але не стабільною. Більшість респондентів демонструють довіру, однак майже третина має сумніви або не довіряє офіційним повідомленням. У практичному вимірі це означає, що комунікація повинна бути не лише інформативною, а й довіроутворювальною. Для цього повідомлення мають бути послідовними, чесними щодо рівня невизначеності, зрозумілими для неспеціалістів, однаково узгодженими між різними органами та підкріплені реальними діями. Якщо населення бачить розрив між офіційним повідомленням і практичною доступністю допомоги, рівень довіри може швидко знижуватися. Результати анкетного опитування 85 респондентів свідчать, що система протидії та запобігання надзвичайним ситуаціям у сфері громадського здоров'я має оцінюватися не лише за інституційними та нормативними параметрами, а й за рівнем готовності населення до практичної участі в реагуванні. Найбільш позитивними результатами є загальна обізнаність більшості опитаних про надзвичайні ситуації та високий рівень готовності виконувати рекомендації медичних служб. Водночас проблемними залишаються часткова довіра до офіційної інформації, домінування соціальних мереж як джерела повідомлень, недостатня зрозумілість офіційних інструкцій, неповна побутова готовність домогосподарств і низький рівень знань щодо дій у разі хімічного або радіаційного забруднення. Отримані дані створюють підстави для подальшого аналізу проблем організації моніторингу, міжсекторальної взаємодії та кризової комунікації, а також для розроблення практичних рекомендацій щодо підвищення стійкості системи громадського здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій.

2.4. Узагальнення проблем протидії та запобігання надзвичайним ситуаціям у сфері громадського здоров'я за результатами дослідження

Результати анкетного опитування 85 респондентів дають підстави розглядати сучасний стан протидії та запобігання надзвичайним ситуаціям у сфері громадського здоров'я як такий, що має одночасно позитивні та проблемні характеристики. З одного боку, більшість опитаних демонструє базову обізнаність щодо сутності надзвичайних ситуацій, усвідомлює небезпечність воєнних, інфекційних, радіаційних та екологічних загроз, а також загалом декларує готовність виконувати рекомендації медичних служб. З іншого боку, отримані дані засвідчують наявність суттєвих розривів між загальним усвідомленням ризиків і реальною практичною готовністю населення до конкретних дій у кризових умовах. Саме тому узагальнення результатів опитування є необхідним для виявлення ключових проблем, які потребують подальшого вирішення у системі громадського здоров'я та можуть бути покладені в основу практичних рекомендацій третього розділу роботи.

Першою проблемою, виявленою за результатами емпіричного дослідження, є нерівномірний рівень обізнаності населення щодо надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я. Хоча 63,5 % респондентів зазначили, що знають зміст відповідного поняття, 25,9 % мають лише часткове уявлення, а 10,6 % не володіють необхідними знаннями. У сукупності це означає, що понад третина опитаних не має достатньо сформованого розуміння природи таких ситуацій. Для громадського здоров'я ця обставина є суттєвою, оскільки надзвичайна ситуація не завжди має вигляд очевидної катастрофи. Вона може проявлятися через інфекційний спалах, забруднення води, погіршення якості повітря, порушення доступу до медичної допомоги, психологічне виснаження населення або накопичення екологічного ризику. Закон України «Про систему громадського здоров'я» пов'язує діяльність цієї системи з моніторингом небезпечних чинників, епідеміологічним наглядом і реагуванням на події, що можуть створювати загрозу для здоров'я населення [21]. Отже, недостатня обізнаність населення ускладнює реалізацію зазначених функцій на практичному

рівні. Ще одною проблемою є домінування загального сприйняття небезпеки над знанням конкретних алгоритмів дій. Респонденти досить чітко ідентифікують основні загрози: 84,7 % назвали воєнні дії, 76,5 % інфекційні спалахи, 68,2 % радіаційні ризики, 55,3 % забруднення води, 50,6 % забруднення повітря, 48,2 % психологічні наслідки криз. Ці результати свідчать, що населення усвідомлює багатофакторний характер сучасних ризиків для громадського здоров'я. Водночас інші відповіді демонструють, що усвідомлення загрози не завжди переходить у практичну готовність. Наприклад, лише 34,1 % респондентів зазначили, що знають порядок дій у разі хімічного або радіаційного забруднення, тоді як 40,0 % мають лише часткові знання, а 25,9 % не знають відповідного алгоритму. Це свідчить про те, що інформаційні кампанії мають бути зорієнтовані не лише на повідомлення про існування небезпеки, а й на формування чітких, простих і повторюваних інструкцій щодо поведінки населення під час конкретних типів надзвичайних ситуацій.

Незнання конкретних алгоритмів дій безпосередньо позначається на практичній та побутовій готовності домогосподарств до кризових подій. За результатами опитування лише 36,5 % респондентів зазначили, що їхня родина має мінімальний запас питної води, ліків і засобів гігієни на випадок надзвичайної ситуації. Ще 44,7 % мають такий запас лише частково, а 18,8 % не мають його взагалі. Це означає, що значна частина населення може бути вразливою у перші години або дні після виникнення небезпечної події, коли доступ до магазинів, аптек, медичної допомоги, водопостачання або транспорту може бути обмежений. У межах підходу ВООЗ до управління ризиками надзвичайних ситуацій і катастроф у сфері здоров'я готовність охоплює не лише реагування державних структур, а й підготовку громад, домогосподарств і окремих осіб до дій у кризових умовах [45]. Отже, побутова готовність населення повинна розглядатися як елемент загальної стійкості системи громадського здоров'я, а не як виключно приватна відповідальність громадян. Наступною проблемою є суперечливість інформаційної поведінки населення. Найпоширенішим джерелом інформації про небезпеки для здоров'я серед

респондентів є соціальні мережі, які обрали 32,9 % опитаних. Офіційні сайти органів влади назвали 23,5 %, медичних працівників 16,5 %, телебачення 15,3 %, знайомих, родичів і колег 7,1 %. Така структура джерел інформації свідчить про те, що населення дедалі більше орієнтується на швидкі цифрові канали, однак саме ці канали можуть бути середовищем поширення неперевіраних відомостей, фейкових повідомлень і панічних інтерпретацій. Відповідно, офіційна комунікація має бути не лише формально доступною, а й конкурентною в інформаційному просторі. Якщо органи влади та установи громадського здоров'я не забезпечують швидкого, зрозумілого і візуально простого інформування, населення заповнює інформаційний вакуум неофіційними джерелами. Також важливою проблемою є нестабільність довіри до офіційних повідомлень. За результатами опитування 21,2 % респондентів повністю довіряють офіційним повідомленням органів влади під час надзвичайних ситуацій, 45,9 % скоріше довіряють, 22,4 % скоріше не довіряють, а 10,5 % не довіряють. Отже, позитивний рівень довіри демонструють 67,1 % опитаних, проте майже третина респондентів має сумніви або не довіряє офіційній інформації. Для системи громадського здоров'я така ситуація є ризиковою, оскільки довіра виступає передумовою виконання рекомендацій.

Комунікація ризиків, відповідно до рекомендацій ВООЗ, повинна бути своєчасною, доказовою, зрозумілою та орієнтованою на потреби населення [33]. Це означає, що офіційні повідомлення мають не лише інформувати про небезпеку, а й пояснювати причини управлінських рішень, визнавати рівень невизначеності, уникати суперечностей і демонструвати узгодженість між різними суб'єктами реагування.

Нестабільність довіри пов'язана і з недостатньою зрозумілістю офіційних інструкцій. Лише 27,1 % респондентів вважають офіційні інструкції щодо дій у кризових ситуаціях повністю зрозумілими. Найбільша частка опитаних, а саме 49,4 %, оцінює їх як частково зрозумілі. Ще 17,6 % вважають такі інструкції складними для сприйняття, а 5,9 % взагалі не читають їх. Цей результат має особливе практичне значення, оскільки під час надзвичайної ситуації людина

часто перебуває в умовах стресу, дефіциту часу, емоційного напруження і надлишку суперечливої інформації. У таких умовах складні формулювання, надмірно довгі тексти, спеціальна термінологія або відсутність покрокового алгоритму знижують імовірність правильного виконання рекомендацій. Тому інструкції для населення мають бути короткими, структурованими, візуально зрозумілими, адаптованими до різних вікових груп і поширеними через кілька каналів одночасно.

Незрозумілість інструкцій значною мірою зумовлена недостатньою регулярністю профілактичного інформування. Лише 42,4 % респондентів зазначили, що протягом останнього року отримували інформацію про правила поведінки під час надзвичайних ситуацій. Водночас 36,5 % не отримували такої інформації, а 21,1 % не пам'ятають про її отримання. Ці дані свідчать про те, що інформаційна робота або має недостатнє охоплення, або не є достатньо помітною та запам'ятовуваною для населення. У сфері громадського здоров'я профілактична комунікація повинна бути системною, а не ситуативною. Населення має отримувати практичні інструкції до виникнення кризи, оскільки в момент небезпеки часу на засвоєння нової інформації може бути недостатньо. Регулярність повідомлень також підвищує довіру, адже громадяни сприймають інституції як послідовні, передбачувані та здатні до підготовки.

Брак профілактичного інформування посилює відчуття ресурсної обмеженості системи реагування. Найчастіше респонденти називали нестачу медичних ресурсів як бар'єр ефективного реагування, цей варіант обрали 68,2 % опитаних. Такий результат свідчить про те, що населення пов'язує готовність системи громадського здоров'я з наявністю лікарів, медичного обладнання, лікарських засобів, лабораторних можливостей, транспортної доступності, ліжкового фонду та організаційної спроможності закладів охорони здоров'я. В умовах надзвичайних ситуацій ресурсний дефіцит може швидко перерости у системну проблему, оскільки одночасно зростає потреба в екстреній допомозі, лабораторному підтвердженні, амбулаторному спостереженні, психологічній підтримці, евакуації та забезпеченні вразливих груп. Отже, підвищення

готовності населення повинно супроводжуватися реальним зміцненням ресурсної бази системи охорони здоров'я та громадського здоров'я.

Ресурсна обмеженість посилюється сприйняттям населенням недостатньої координації між службами. Слабку координацію служб як перешкоду ефективному реагуванню відзначили 51,8 % респондентів. Це свідчить про те, що для громадян важливою є не лише наявність окремих інституцій, а й узгодженість їхніх дій. Надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я потребують взаємодії центрів контролю та профілактики хвороб, закладів охорони здоров'я, органів місцевого самоврядування, служб цивільного захисту, комунальних підприємств, освітніх установ, соціальних служб і правоохоронних органів. Якщо повідомлення різних суб'єктів не узгоджені, населення не розуміє, кому довіряти і до кого звертатися. У таких умовах навіть правильні управлінські рішення можуть втрачати ефективність через слабку координацію виконання.

Брак координації створює сприятливе середовище для поширення дезінформації та панічних настроїв. Дезінформацію та фейкові повідомлення як бар'єр реагування назвали 57,6 % респондентів, а панічні настрої населення 41,2 %. Ці показники є взаємопов'язаними, оскільки дефіцит достовірної інформації та недовіра до офіційних джерел створюють сприятливі умови для поширення чуток. У сфері громадського здоров'я дезінформація може мати безпосередні наслідки для здоров'я населення, оскільки вона впливає на рішення щодо вакцинації, самоізоляції, використання лікарських засобів, звернення по медичну допомогу, евакуації, споживання води або харчових продуктів. Тому протидія дезінформації повинна розглядатися як складова системи громадського здоров'я, а не лише як завдання інформаційної політики.

Узагальнення виявлених проблем дозволяє встановити, що вони мають не ізольований, а взаємопов'язаний характер. Недостатня обізнаність посилює залежність населення від випадкових джерел інформації. Нечіткі або складні інструкції знижують готовність виконувати рекомендації. Низька довіра створює умови для поширення дезінформації. Неповна побутова готовність збільшує навантаження на служби реагування. Ресурсні обмеження системи охорони

здоров'я послаблюють довіру до офіційних повідомлень. Недостатня координація між службами ускладнює формування єдиної інформаційної позиції. Вирішення зазначених проблем потребує комплексного підходу, що поєднує інформаційні, організаційні, ресурсні та освітні заходи.

Таблиця 2.16.

Узагальнення основних проблем протидії та запобігання надзвичайним ситуаціям у сфері громадського здоров'я за результатами анкетного опитування

Виявлена проблема	Емпіричний прояв	Можливі наслідки для системи громадського здоров'я	Напрямок подальшого вдосконалення
Нерівномірна обізнаність населення	36,5 % респондентів мають часткові або відсутні знання про надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я	Помилкове сприйняття ризиків, несвоєчасне реагування, недотримання рекомендацій	Системне профілактичне інформування населення
Недостатнє знання алгоритмів дій	Лише 34,1 % знають, як діяти у разі хімічного або радіаційного забруднення	Зростання ризику неправильної поведінки під час небезпечної події	Розроблення простих інструкцій для різних типів загроз
Неповна побутова готовність	44,7 % мають лише часткову готовність, 18,8 % не мають мінімального запасу	Підвищення залежності від зовнішньої допомоги у перші години кризи	Популяризація стандартів готовності домогосподарств
Домінування соціальних мереж як джерела інформації	32,9 % отримують інформацію переважно із соціальних мереж	Ризик впливу неперевіраних повідомлень і фейків	Активна офіційна комунікація у цифровому середовищі
Часткова недовіра до офіційної інформації	32,9 % не довіряють або скоріше не довіряють офіційним повідомленням	Невиконання рекомендацій, звернення до неофіційних джерел	Підвищення прозорості, послідовності та доказовості повідомлень
Складність офіційних інструкцій	Лише 27,1 % вважають інструкції повністю зрозумілими	Неправильне виконання рекомендацій під час стресу	Адаптація інструкцій до потреб населення
Недостатня регулярність інформування	36,5 % не отримували інформації протягом року, 21,1 % не пам'ятають про її отримання	Низька готовність до дій до моменту виникнення кризи	Регулярні інформаційні кампанії в громадах

Відчуття нестачі медичних ресурсів	68,2 % назвали нестачу ресурсів проблемою реагування	Зниження довіри та перевантаження системи під час кризи	Зміцнення кадрового, матеріального й лабораторного потенціалу
Слабка координація служб	51,8 % вказали на недостатню координацію	Суперечливість повідомлень, дублювання функцій, затримка рішень	Розвиток міжсекторальної взаємодії та єдиних протоколів
Дезінформація та панічні настрої	57,6 % назвали дезінформацію, 41,2 % паніку	Соціальна напруга, ризик небезпечної поведінки	Система швидкого спростування фейків і кризова комунікація

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження.

Узагальнюючи результати, слід зазначити, що ключовою особливістю виявлених проблем є їхній системний характер. Вони не можуть бути усунені лише шляхом збільшення кількості інформаційних повідомлень або формального оновлення нормативних документів. Потрібне поєднання регулярної просвітницької роботи, підвищення зрозумілості інструкцій, зміцнення довіри до офіційних джерел, удосконалення цифрової комунікації, розвитку місцевих програм готовності та посилення міжсекторальної взаємодії. Особливо важливо, щоб населення отримувало не абстрактні заклики до обережності, а конкретні алгоритми дій для різних типів загроз: інфекційних, хімічних, радіаційних, екологічних, воєнних і соціально психологічних.

Отримані результати також свідчать, що громадське здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій має розглядатися як сфера спільної відповідальності держави, місцевого самоврядування, медичних служб, професійних спільнот і громадян. Держава повинна забезпечити нормативну, організаційну, ресурсну та інформаційну основу реагування. Місцеві громади мають адаптувати загальні інструкції до конкретних умов території. Медичні працівники повинні виступати не лише надавачами допомоги, а й джерелами довіри та роз'яснення. Населення, у свою чергу, має володіти базовими знаннями, мати мінімальну побутову готовність і користуватися перевіреними каналами інформації. Лише за умови такої взаємодії можливо підвищити стійкість системи громадського здоров'я до надзвичайних ситуацій. Емпіричне дослідження засвідчило, що найбільш

проблемними напрямками протидії та запобігання надзвичайним ситуаціям у сфері громадського здоров'я є недостатня глибина знань населення щодо конкретних алгоритмів дій, неповна побутова готовність домогосподарств, нестабільна довіра до офіційних повідомлень, домінування соціальних мереж як джерела інформації, недостатня зрозумілість інструкцій, відчуття нестачі медичних ресурсів, слабка координація служб і поширення дезінформації. Водночас позитивною передумовою є високий рівень готовності більшості респондентів виконувати рекомендації медичних служб. Це означає, що система громадського здоров'я має важливий ресурс для підвищення ефективності реагування, однак цей ресурс потребує підтримки через якісну комунікацію, прозорі рішення, доступні інструкції, регулярне навчання населення та реальне зміцнення організаційної спроможності служб реагування.

РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОТИДІЇ ТА ЗАПОБІГАННЯ НАДЗВИЧАЙНИМ СИТУАЦІЯМ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

3.1. Удосконалення системи раннього виявлення ризиків

Удосконалення системи раннього виявлення ризиків та епідеміологічного нагляду є одним із ключових напрямів підвищення спроможності системи громадського здоров'я до протидії надзвичайним ситуаціям. Результати емпіричного дослідження, проведеного у другому розділі, показали, що населення загалом усвідомлює наявність воєнних, інфекційних, радіаційних та екологічних загроз, однак має недостатній рівень практичних знань щодо конкретних алгоритмів дій. Це означає, що система громадського здоров'я повинна працювати не лише на етапі реагування, а й на етапі раннього виявлення небезпечних чинників, прогнозування їх можливого впливу та своєчасного інформування відповідальних суб'єктів. ЗУ «Про систему громадського здоров'я» визначає систему громадського здоров'я як комплекс інструментів і заходів, спрямованих на захист і зміцнення здоров'я населення, запобігання хворобам та забезпечення санітарного і епідемічного благополуччя [21].

Відповідно, раннє виявлення ризиків має розглядатися як базова управлінська функція, без якої неможливе своєчасне реагування на надзвичайні ситуації. У сучасних умовах система раннього виявлення не може обмежуватися фіксацією вже підтверджених випадків захворювань або наслідків небезпечної події. Вона повинна охоплювати постійне спостереження за індикаторами, що можуть свідчити про формування загрози. До таких індикаторів належать зростання захворюваності, незвичні клінічні прояви, збільшення кількості звернень по медичну допомогу, сигнали лабораторної мережі, дані про якість води та повітря, інформація про переміщення населення, порушення роботи критичної інфраструктури, дані ветеринарного й екологічного нагляду, а також повідомлення з місцевого рівня. Міжнародні медико санітарні правила, актуальна редакція яких із поправками 2014, 2022 і 2024 років є чинною з 19 вересня 2025 року для більшості держав учасниць, зобов'язують країни мати

спроможності для виявлення, оцінювання, повідомлення та реагування на події, що можуть становити ризик для громадського здоров'я [49]. Тому українська система нагляду має розвиватися відповідно до міжнародної логіки раннього попередження, у якій швидкість виявлення події є такою ж важливою, як і якість подальшого реагування. Відправною точкою цього процесу є посилення інтегрованого епідеміологічного нагляду. Мова про перехід від фрагментованого збору даних за окремими хворобами або окремими установами до єдиної системи, у якій медичні, лабораторні, санітарні, екологічні та соціальні дані можуть оперативно зіставлятися. Такий підхід особливо важливий для України, оскільки надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я часто мають комбінований характер. Воєнні дії можуть спричиняти переміщення населення, порушення водопостачання, погіршення санітарних умов, зростання ризику інфекційних захворювань, погіршення психічного здоров'я та збільшення навантаження на заклади охорони здоров'я. Якщо ці дані аналізуються окремо, система може втрачати ранні сигнали. Якщо ж вони поєднуються в єдиній інформаційній картині, органи громадського здоров'я отримують можливість швидше визначати території підвищеного ризику та спрямовувати ресурси до виникнення масштабних наслідків.

Наступним є модернізація цифрової інфраструктури епідеміологічного нагляду. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року, схвалена Урядом у 2025 році, визначає цифровізацію, спроможність системи та використання даних серед важливих передумов удосконалення охорони здоров'я [27]. Для сфери громадського здоров'я це означає необхідність розвитку електронних інструментів збору, передавання, обробки та візуалізації даних про ризику. Цифрова система раннього попередження має забезпечувати швидке надходження повідомлень від первинної ланки, лікарень, лабораторій, центрів контролю та профілактики хвороб, місцевих органів влади і служб реагування. Водночас цифровізація не повинна зводитися лише до технічного оновлення програмного забезпечення. Вона має передбачати стандартизовані форми повідомлень, єдині критерії тривожних сигналів, автоматизовану перевірку

незвичних відхилень, інтеграцію з географічними інформаційними системами та захист персональних даних. Ще одним напрямом є розвиток подієвого нагляду, який доповнює традиційний індикаторний епідеміологічний нагляд.

Індикаторний нагляд ґрунтується на регулярному збиранні стандартизованих показників, наприклад кількості випадків захворювання, госпіталізацій або лабораторних підтверджень. Подієвий нагляд орієнтований на швидке виявлення незвичних сигналів, які можуть надходити з медичних закладів, громад, медіа, соціальних мереж, екологічних служб або гуманітарних організацій. Його значення полягає в тому, що на ранніх етапах надзвичайної ситуації офіційні статистичні показники можуть ще не демонструвати різкого погіршення, тоді як окремі сигнали вже вказують на формування ризику. Саме тому подієвий нагляд доцільно використовувати як інструмент попереднього виявлення аномалій, які потребують швидкої перевірки.

Невід'ємним елементом удосконаленої системи є запровадження чітких часових стандартів для виявлення, повідомлення та початкового реагування. У міжнародній практиці все більшого значення набуває підхід 7-1-7, який передбачає, що спалах має бути виявлений протягом 7 днів від появи, повідомлення органам громадського здоров'я має відбутися протягом 1 дня після виявлення, а ранні дії реагування мають бути завершені протягом 7 днів [40]. Для України така логіка може бути корисною як інструмент управлінської самооцінки. Вона дає змогу не просто констатувати факт реагування, а вимірювати, на якому саме етапі виникає затримка. Якщо подія пізно виявляється, потрібно посилювати первинну ланку, лабораторну діагностику і місцеве повідомлення. Якщо затримується передавання інформації, необхідно вдосконалювати цифрові канали та регламенти повідомлення. Якщо повільно починаються практичні дії, проблемою є координація, ресурси або управлінська відповідальність. (ВООЗ)

Часові стандарти реагування безпосередньо залежать від розвитку лабораторної спроможності. Раннє виявлення ризику неможливе без швидкого лабораторного підтвердження або виключення небезпечного чинника. У сфері

громадського здоров'я лабораторії виконують не лише діагностичну, а й епідеміологічну функцію, оскільки їхні дані дозволяють підтвердити спалах, встановити збудника, визначити джерело небезпеки, оцінити поширення та обґрунтувати управлінські рішення. Для України в умовах воєнних ризиків важливим є забезпечення безперервності роботи лабораторної мережі, резервних маршрутів доставки зразків, наявності реагентів, підготовленого персоналу та можливості швидкого обміну результатами між регіонами. Окремо слід розвивати спроможність щодо виявлення хімічних, радіаційних і екологічних чинників, оскільки результати опитування показали нижчу готовність населення саме до таких загроз.

Лабораторна спроможність реалізує свій потенціал повністю лише за умови посилення міжсекторального обміну даними. Надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я часто формуються поза межами власне медичної системи. Джерело ризику може виникати у водопостачанні, харчовому ланцюгу, навколишньому середовищі, ветеринарному секторі, транспортній системі, сфері соціального захисту або внаслідок воєнних пошкоджень інфраструктури. Тому раннє виявлення має ґрунтуватися на принципі «єдине здоров'я», який передбачає узгоджене спостереження за здоров'ям людей, тварин і довкілля. Практично це означає необхідність регулярного обміну даними між закладами охорони здоров'я, центрами контролю та профілактики хвороб, лабораторіями, Державною службою з надзвичайних ситуацій, органами місцевого самоврядування, екологічними та ветеринарними службами. Без такого обміну система бачить лише частину ризику, що ускладнює своєчасне реагування.

центрів контролю та профілактики хвороб. Збір даних має сенс лише тоді, коли він перетворюється на аналітичний висновок для управлінського рішення. Центри контролю та профілактики хвороб повинні мати не лише технічну можливість накопичувати інформацію, а й кадрову спроможність аналізувати тенденції, виявляти відхилення, оцінювати ризики для різних груп населення, готувати прогнози та надавати рекомендації органам влади. На офіційному порталі Центру громадського здоров'я епідеміологічний нагляд визначається як

систематичний і безперервний процес виявлення, збирання, аналізу, тлумачення та поширення даних про здоров'я населення, захворювання і показники середовища життєдіяльності [26]. Це визначення підкреслює, що нагляд завершується не збиранням інформації, а її поширенням серед тих суб'єктів, які мають ухвалювати рішення. Аналітичні висновки, своєю чергою, перевіряються в реальних умовах через впровадження регулярних оцінок готовності та навчань на основі сценаріїв. ECDC у рекомендаціях 2025 року щодо планування готовності до загроз громадському здоров'ю наголошує на необхідності вдосконалення готовності до майбутніх надзвичайних ситуацій на національному і регіональному рівнях, з урахуванням уроків попередніх криз [54]. Для України це означає потребу регулярних тренувань, симуляційних вправ і післядійних оглядів, під час яких перевіряється не лише наявність планів, а й фактична здатність системи виявити сигнал, передати повідомлення, провести оцінку ризику, мобілізувати лабораторії, поінформувати населення та координувати дії різних служб. Такі вправи дозволяють заздалегідь виявляти слабкі місця, які в умовах реальної надзвичайної ситуації можуть призвести до затримки або помилкових рішень.

Водночас жодна з перелічених інституційних заходів не матиме достатнього охоплення без удосконалення системи раннього попередження на рівні громад. Саме місцевий рівень часто першим стикається з практичними ознаками небезпеки: збільшенням звернень до амбулаторій, скаргами населення на якість води, зростанням кількості респіраторних симптомів, погіршенням санітарних умов у місцях тимчасового проживання, труднощами з доступом до ліків або появою локальних екологічних інцидентів. Тому громади мають бути включені в систему раннього виявлення не як пасивні отримувачі рішень, а як джерело первинних сигналів. Для цього потрібні зрозумілі канали повідомлення, відповідальні особи на місцевому рівні, взаємодія із сімейними лікарями, закладами освіти, соціальними службами і представниками критичної інфраструктури. Такий підхід також посилює довіру населення, оскільки люди бачать, що їхні повідомлення про ризики враховуються.

Залучення громад до системи нагляду набуває повного сенсу лише у поєднанні раннього виявлення з кризовою комунікацією. Система нагляду не повинна існувати окремо від системи інформування населення. Якщо ризик виявлений рано, але інформація не передана населенню зрозуміло й своєчасно, практична цінність такого виявлення зменшується. ВООЗ у рекомендаціях щодо комунікації ризиків у надзвичайних ситуаціях підкреслює важливість доказової, своєчасної та зрозумілої комунікації для формування спроможності країн ефективно інформувати населення під час криз [33]. Отже, результати епідеміологічного нагляду мають трансформуватися в конкретні повідомлення: що сталося, кого це стосується, які дії треба виконати, де отримати допомогу і коли чекати оновлення інформації.

Узагальнені напрями вдосконалення системи раннього виявлення ризиків та епідеміологічного нагляду наведено в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

Напрями вдосконалення системи раннього виявлення ризиків та епідеміологічного нагляду

Напрямок удосконалення	Зміст заходу	Очікуваний результат
Інтегрований епідеміологічний нагляд	Поєднання медичних, лабораторних, екологічних, соціальних і місцевих даних	Формування цілісної картини ризиків для громадського здоров'я
Цифровізація системи повідомлення	Використання електронних форм, автоматизованих сигналів і географічної візуалізації	Скорочення часу між появою сигналу та управлінським рішенням
Подієвий нагляд	Виявлення незвичних сигналів із медичних, громадських, інформаційних та екологічних джерел	Раннє виявлення подій до появи повної статистичної картини
Часові стандарти реагування	Використання логіки 7 1 7 для оцінки швидкості виявлення, повідомлення та початкової відповіді	Виявлення затримок і слабких місць у реальному циклі реагування
Посилення лабораторної спроможності	Забезпечення швидкого підтвердження інфекційних, хімічних, радіаційних та екологічних чинників	Підвищення точності оцінки ризику та обґрунтованості рішень
Міжсекторальний обмін даними	Взаємодія медичних, екологічних, ветеринарних, комунальних і безпекових служб	Виявлення комбінованих ризиків, що виникають поза межами медичної системи

Аналітична функція центрів контролю та профілактики хвороб	Підготовка прогнозів, карт ризику, аналітичних висновків і рекомендацій	Перетворення даних на практичні управлінські рішення
Сценарні навчання та оцінки готовності	Проведення симуляцій, тренувань і післядійних оглядів	Виявлення організаційних недоліків до реальної кризи
Місцеві канали раннього попередження	Залучення громад, сімейних лікарів, соціальних служб і місцевої інфраструктури	Прискорення передачі первинних сигналів із територій
Зв'язок нагляду з кризовою комунікацією	Перетворення аналітичних даних на зрозумілі повідомлення для населення	Підвищення довіри, готовності до дій і виконання рекомендацій

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження.

Таким чином, удосконалення системи раннього виявлення ризиків та епідеміологічного нагляду повинно мати комплексний характер. Його не можна звести лише до збільшення кількості звітів або технічного оновлення інформаційних систем. Йдеться про створення такої моделі, у якій сигнали про небезпеку швидко надходять із місцевого рівня, перевіряються лабораторно, аналізуються фахівцями громадського здоров'я, зіставляються з даними інших секторів і перетворюються на конкретні управлінські рішення. Особливо важливим є скорочення часу між появою небезпечного сигналу і початком реагування, оскільки саме рання фаза визначає масштаб можливих наслідків.

Проведене емпіричне дослідження показало, що населення готове виконувати рекомендації медичних служб, однак ця готовність потребує підтримки з боку системи раннього попередження. Якщо ризик виявляється пізно, офіційні повідомлення запізнюються або не містять зрозумілих інструкцій, довіра населення може знижуватися, а поведінка громадян стає менш керованою. Тому система раннього виявлення має працювати разом із кризовою комунікацією, місцевим самоврядуванням, медичною допомогою, лабораторною мережею та службами цивільного захисту. Саме така інтеграція дозволить підвищити стійкість системи громадського здоров'я до інфекційних, екологічних, радіаційних, хімічних, воєнних і комбінованих загроз.

3.2. Розвиток організаційної готовності закладів і служб громадського здоров'я до реагування на надзвичайні ситуації

Розвиток організаційної готовності закладів і служб громадського здоров'я до реагування на надзвичайні ситуації є одним із центральних напрямів підвищення стійкості системи громадського здоров'я. Якщо раннє виявлення ризиків дозволяє своєчасно зафіксувати небезпечну подію або її ймовірність, то організаційна готовність визначає, чи здатна система швидко перейти від виявлення сигналу до практичних дій. У контексті цього дослідження така готовність охоплює кадрову спроможність, матеріально технічне забезпечення, лабораторну та інформаційну інфраструктуру, маршрутизацію пацієнтів, міжсекторальну координацію, резервування ресурсів, безперервність надання медичних послуг і здатність служб громадського здоров'я діяти в умовах тривалого навантаження. Закон України «Про систему громадського здоров'я» визначає систему громадського здоров'я як сукупність суб'єктів і заходів, спрямованих на захист та зміцнення здоров'я населення, запобігання хворобам, епідеміологічний нагляд і реагування на небезпечні події [21]. Тому організаційна готовність має розглядатися не як допоміжний елемент, а як практична умова виконання базових функцій системи громадського здоров'я. Результати анкетного опитування, проведеного у другому розділі, підтвердили актуальність цього напрямку. 68,2 % респондентів назвали нестачу медичних ресурсів однією з головних проблем реагування на надзвичайні ситуації, а 51,8 % вказали на слабку координацію служб. Такі показники свідчать, що населення сприймає готовність системи не лише через наявність офіційних повідомлень, а й через реальну здатність закладів і служб надати допомогу, забезпечити доступ до ліків, організувати маршрутизацію, провести лабораторне підтвердження, підтримати вразливі групи та узгодити дії різних суб'єктів. Отже, організаційна готовність повинна бути спрямована на усунення розриву між формальними планами реагування і фактичною спроможністю діяти в умовах надзвичайної ситуації.

Ключовою передумовою організаційної готовності є чітке визначення функцій і відповідальності суб'єктів реагування. Надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я не можуть ефективно вирішуватися силами лише одного закладу або одного органу управління. У процесі реагування одночасно залучаються заклади охорони здоров'я, центри контролю та профілактики хвороб, лабораторії, органи місцевого самоврядування, служби цивільного захисту, соціальні служби, освітні установи, комунальні підприємства, правоохоронні органи та громадські організації. Якщо між ними немає попередньо визначених ролей, виникає дублювання дій, затримка рішень і суперечливість повідомлень. Саме тому організаційна готовність повинна передбачати розроблення локальних і регіональних планів реагування, у яких чітко визначено відповідальних осіб, порядок передавання інформації, маршрути прийняття рішень, канали взаємодії та механізми ескалації події.

Організаційна готовність залежить також від зміцнення кадрового потенціалу. Надзвичайні ситуації створюють різке навантаження на персонал, особливо на працівників первинної медичної допомоги, екстреної медичної допомоги, інфекційних відділень, лабораторій, центрів контролю та профілактики хвороб і служб психологічної підтримки. У таких умовах важливо не лише мати достатню кількість працівників, а й забезпечити їхню підготовку до роботи в кризових сценаріях. Це передбачає навчання з епідеміологічного розслідування, інфекційного контролю, сортування пацієнтів, використання засобів індивідуального захисту, комунікації з населенням, роботи з уразливими групами, дій у разі хімічних або радіаційних загроз. У звіті ВООЗ щодо готовності та реагування на надзвичайні ситуації у сфері здоров'я наголошено на пріоритетності стійких систем охорони здоров'я, сильного інфекційного контролю та масштабованих медичних послуг, здатних безпечно обслуговувати населення під час криз [46]. Отже, кадрова готовність має оцінюватися не тільки через штатну чисельність, а й через практичну здатність персоналу виконувати функції в умовах нестандартного навантаження.

Поряд із базовою підготовкою персоналу необхідно формувати кадровий резерв і механізми взаємозаміщення. У разі надзвичайної ситуації частина персоналу може бути відсутньою через хворобу, евакуацію, сімейні обставини, психологічне виснаження або фізичну небезпеку. Тому заклади охорони здоров'я та служби громадського здоров'я повинні мати плани перерозподілу функцій, резервні списки працівників, алгоритми залучення фахівців з інших підрозділів, механізми дистанційного консультування та взаємодії з волонтерськими або гуманітарними структурами. Особливо важливим є захист самих медичних працівників, оскільки без безпечних умов праці, психологічної підтримки та належного забезпечення засобами захисту система швидко втрачає спроможність до довготривалого реагування.

Кадрова спроможність системи нерозривно пов'язана з матеріально-технічною готовністю закладів. Вона охоплює наявність резерву лікарських засобів, виробів медичного призначення, засобів індивідуального захисту, дезінфекційних засобів, тест систем, обладнання для лабораторної діагностики, джерел резервного електроживлення, запасів води, пального, транспортних можливостей і захищених каналів зв'язку. Організаційна готовність неможлива без попереднього планування мінімальних резервів, оскільки під час кризи звичайні логістичні ланцюги можуть бути порушені. Для України цей аспект має особливе значення через воєнні ризики, пошкодження інфраструктури, перебої електропостачання, транспортні обмеження та нерівномірне навантаження на регіони. ВООЗ у матеріалах щодо України підкреслює, що підтримка реагування та відновлення системи охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій є одним із ключових напрямів міжнародної допомоги [58].

Окремої уваги потребує забезпечення безперервності критично важливих медичних послуг. Під час надзвичайних ситуацій увага системи часто зосереджується на безпосередній загрозі, наприклад інфекційному спалаху, масовому травмуванні, хімічному забрудненні або евакуації населення. Водночас не можна припиняти надання послуг пацієнтам із хронічними хворобами, вагітним жінкам, дітям, людям старшого віку, особам з інвалідністю, пацієнтам,

які потребують діалізу, онкологічного лікування, психіатричної допомоги або постійного прийому лікарських засобів. Якщо ці послуги перериваються, непрямі наслідки надзвичайної ситуації можуть бути не менш значними, ніж прямі. Тому кожен заклад охорони здоров'я повинен мати план безперервності діяльності, який визначає мінімальний перелік послуг, порядок їх пріоритезації, альтернативні маршрути пацієнтів, резервні канали зв'язку та порядок взаємодії з іншими закладами.

Безперервність послуг безпосередньо залежить від якості маршрутизації пацієнтів. Під час надзвичайної ситуації різні категорії пацієнтів потребують різної допомоги. Частина потребує екстреної госпіталізації, частина амбулаторного спостереження, частина лабораторного тестування, частина евакуації, ізоляції або психологічної підтримки. Нечітка маршрутизація призводить до перевантаження приймальних відділень, затримки допомоги, зайвих переміщень і підвищення ризику інфекційного поширення. Тому необхідно завчасно визначати маршрути для пацієнтів із підозрою на інфекційні хвороби, постраждалих від хімічних або радіаційних подій, осіб із травмами, пацієнтів із хронічними захворюваннями та представників уразливих груп. Маршрутизація має бути зрозумілою не лише для медичних працівників, а й для населення, оскільки під час кризи люди повинні знати, куди звертатися і які дії виконувати першочергово.

Важливою складовою організаційної готовності є посилення лабораторної та діагностичної спроможності. Організаційна готовність служб громадського здоров'я залежить від того, наскільки швидко можна підтвердити або спростувати небезпечний чинник. Лабораторна мережа повинна бути здатною працювати з інфекційними, хімічними, радіаційними та екологічними ризиками, забезпечувати якісний відбір і транспортування зразків, мати резерв реагентів, обладнання, персоналу і канали оперативного передавання результатів. У разі руйнування або перевантаження однієї лабораторії система повинна мати резервні маршрути дослідження. Саме лабораторні дані дозволяють перейти від

припущень до обґрунтованих рішень, тому їхня швидкість і достовірність безпосередньо впливають на ефективність реагування.

Лабораторна спроможність підсилює свій ефект лише за умови розвинених координаційних механізмів між закладами, службами та рівнями управління. У Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року, схваленій КМУ у 2025 році, серед пріоритетів визначено розвиток спроможності системи, удосконалення врядування, використання даних і посилення готовності до надзвичайних ситуацій [22]. Для практичного рівня це означає, що координація не повинна починатися лише після виникнення кризи. Вона має бути відпрацьована заздалегідь через спільні протоколи, регулярні навчання, міжвідомчі робочі групи, обмін контактами відповідальних осіб і створення єдиної інформаційної картини. Без цього навіть добре забезпечені окремі заклади можуть діяти неузгоджено, що знижує загальну ефективність системи.

Координація між суб'єктами реагування може бути справді ефективною лише тоді, коли вона підкріплена регулярними сценарними навчаннями і симуляціями. Плани реагування мають реальну цінність лише тоді, коли вони перевірені на практиці. Сценарні навчання дозволяють змодельовати інфекційний спалах, аварійне забруднення води, масове надходження постраждалих, радіаційну загрозу, евакуацію медичного закладу або інформаційну кризу. Під час таких навчань можна оцінити швидкість повідомлення, готовність персоналу, роботу каналів зв'язку, наявність ресурсів, здатність до міжсекторальної взаємодії та якість комунікації з населенням. ECDC у рекомендаціях 2025 року щодо планування готовності до загроз громадському здоров'ю підкреслює важливість перетворення уроків попередніх криз, зокрема COVID 19 і трох, у конкретні рекомендації для майбутньої готовності [54]. Навчання повинні бути регулярними, міжвідомчими та орієнтованими на практичне виявлення слабких місць. Сценарні навчання дають результат лише тоді, коли за ними проводиться системний післядійний аналіз. Після кожної реальної надзвичайної ситуації або навчання необхідно проводити оцінку того, що спрацювало, що було недостатнім, де виникли затримки, які ресурси були критичними, як населення сприйняло повідомлення і чи були дотримані маршрути реагування. Післядійний аналіз не повинен бути формальною звітністю. Він має

перетворюватися на конкретні зміни в планах, навчальних програмах, запасах, каналах комунікації та протоколах взаємодії. Такий підхід забезпечує організаційне навчання системи, коли кожна подія стає джерелом удосконалення, а не предметом констатації.

Невід'ємною частиною організаційної готовності є підтримка первинної медичної допомоги як базової ланки реагування. У багатьох кризових ситуаціях саме первинна ланка першою отримує сигнали від населення, фіксує зростання звернень, консультує пацієнтів, пояснює рекомендації і підтримує хронічних хворих. Дослідження стійкості первинної медичної допомоги в Україні показує, що українська система первинної допомоги змогла витримати подвійний тиск пандемії та війни, однак її функціонування вимагає постійної підтримки й адаптації [37]. Для організаційної готовності це означає, що сімейні лікарі та амбулаторії повинні бути включені до планів реагування не формально, а як активні учасники раннього виявлення, комунікації та маршрутизації пацієнтів.

Первинна ланка особливо важлива для роботи з уразливими групами, що потребує окремої організаційної готовності. Надзвичайні ситуації непропорційно впливають на людей старшого віку, дітей, вагітних жінок, осіб з інвалідністю, внутрішньо переміщених осіб, людей із хронічними захворюваннями та мешканців віддалених громад. Організаційна готовність повинна включати реєстри потреб, механізми доставки ліків, мобільні медичні бригади, доступ до телемедичних консультацій, підтримку людей із порушеннями мобільності, адаптовані інформаційні матеріали та взаємодію із соціальними службами. Якщо плани реагування не враховують уразливість, система може формально працювати, але фактично залишати частину населення без достатнього захисту.

Ефективний захист уразливих груп, як і системи реагування загалом, неможливий без розвиненої логістичної готовності. У надзвичайних ситуаціях критичним стає не лише факт наявності ресурсів, а й здатність швидко доставити їх туди, де вони потрібні. Це стосується лікарських засобів, вакцин, тест систем, засобів індивідуального захисту, питної води, генераторів, пального, мобільного обладнання та інформаційних матеріалів. Логістика повинна враховувати можливість пошкодження доріг, перебоїв електропостачання, зміну безпекової

ситуації, евакуацію населення і нерівномірне навантаження на регіони. Тому доцільним є створення регіональних резервів, альтернативних маршрутів доставки, попередніх договорів із постачальниками та системи оперативного обліку наявних ресурсів. Логістичну спроможність системи доповнює інформаційна готовність закладів і служб. Йдеться не лише про комунікацію з населенням, а й про внутрішній обмін інформацією між суб'єктами реагування. Під час кризи управлінці повинні бачити кількість доступних ліжок, стан запасів, завантаженість лабораторій, потребу в персоналі, кількість звернень, географію ризику та доступність медичних послуг. Без оперативних даних рішення ухвалюються із запізненням або на основі неповної інформації. Тому цифрові системи управління ресурсами, захищені канали зв'язку та стандартизовані форми оперативної звітності мають бути частиною організаційної готовності.

Усі перелічені заходи матимуть обмежений ефект без формування культури готовності всередині закладів. Організаційна готовність не може бути лише документом, який зберігається в адміністрації. Вона повинна бути частиною повсякденної роботи. Працівники мають знати, де розміщені резерви, хто відповідає за повідомлення, як діяти під час евакуації, як організувати потоки пацієнтів, хто заміщує керівника у разі його відсутності, як користуватися резервними каналами зв'язку. Така культура формується через регулярні інструктажі, навчання, внутрішні перевірки, прості алгоритми і відповідальність керівництва. Якщо персонал не знає плану реагування, сам факт його існування не підвищує готовність закладу. Узагальнені напрями розвитку організаційної готовності закладів і служб громадського здоров'я наведено в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

Напрями розвитку організаційної готовності закладів і служб громадського здоров'я до реагування на надзвичайні ситуації

Напрямок удосконалення	Зміст заходу	Очікуваний результат
Розмежування функцій і відповідальності	Визначення ролей закладів, служб, органів влади та відповідальних осіб	Зменшення дублювання дій і затримок у прийнятті рішень
Кадрова готовність	Навчання персоналу діям під час інфекційних, хімічних, радіаційних і воєнних загроз	Підвищення практичної спроможності персоналу діяти в кризових умовах

Кадровий резерв	Формування механізмів взаємозаміщення та залучення додаткових фахівців	Збереження безперервності роботи під час тривалого навантаження
Матеріально технічні резерви	Накопичення запасів ліків, засобів захисту, тест систем, пального, води та обладнання	Зменшення залежності від нестабільної логістики під час кризи
Безперервність критичних послуг	Планування мінімального переліку медичних послуг, які не можуть бути припинені	Захист пацієнтів із хронічними хворобами та вразливих груп
Маршрутизація пацієнтів	Визначення маршрутів для різних категорій пацієнтів і типів загроз	Зменшення перевантаження закладів і прискорення надання допомоги
Лабораторна готовність	Забезпечення швидкого відбору, транспортування та дослідження зразків	Підвищення точності діагностики та обґрунтованості рішень
Міжсекторальна координація	Узгодження дій медичних, соціальних, комунальних, безпекових і місцевих структур	Формування єдиної системи реагування
Сценарні навчання	Проведення симуляцій інфекційних, екологічних, радіаційних і воєнних сценаріїв	Перевірка реальної готовності, а не лише наявності планів
Післядійний аналіз	Оцінка результатів навчань і реальних подій із подальшим оновленням планів	Організаційне навчання та усунення повторюваних помилок
Підтримка первинної допомоги	Включення сімейних лікарів і амбулаторій до планів раннього виявлення та комунікації	Посилення зв'язку між системою реагування і населенням
Робота з уразливими групами	Мобільні бригади, доставка ліків, адаптовані повідомлення, взаємодія із соціальними службами	Зменшення нерівності у доступі до захисту та допомоги
Логістична готовність	Регіональні резерви, альтернативні маршрути доставки, оперативний облік ресурсів	Швидке переміщення ресурсів до зон підвищеної потреби
Інформаційна готовність	Оперативні дані про ліжка, запаси, персонал, лабораторії та потреби	Прийняття рішень на основі актуальної інформації
Культура готовності в закладах	Регулярні інструктажі, прості алгоритми, внутрішні перевірки	Перетворення планів реагування на реальні навички персоналу

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження.

Отож, розвиток організаційної готовності закладів і служб громадського здоров'я до реагування на надзвичайні ситуації має бути комплексним і багаторівневим. Він повинен охоплювати не лише забезпечення ресурсами, а й управлінське планування, кадрову підготовку, лабораторну спроможність, маршрутизацію пацієнтів, логістику, цифрові дані, міжсекторальну координацію і роботу з уразливими групами. Особливе значення має перехід від формальної

готовності до фактичної. Формальна готовність означає наявність планів, наказів і протоколів. Фактична готовність означає, що персонал знає свої дії, ресурси доступні, маршрути працюють, зв'язок не переривається, лабораторії можуть підтвердити загрозу, а населення отримує зрозумілу інформацію.

Результати емпіричного дослідження показали, що населення очікує від системи громадського здоров'я не лише повідомлень про небезпеку, а й реальної здатності надати допомогу, скоординувати служби та забезпечити наявність ресурсів. Тому подальше вдосконалення організаційної готовності має спиратися на практичні потреби громад, закладів охорони здоров'я і служб громадського здоров'я. У сучасних умовах України така готовність є не тимчасовим антикризовим заходом, а постійною характеристикою стійкої системи громадського здоров'я, здатної працювати під час інфекційних, екологічних, хімічних, радіаційних, воєнних і комбінованих загроз.

3.3. Удосконалення кризової комунікації та формування готовності населення до дій в умовах надзвичайних ситуацій

Удосконалення кризової комунікації та формування готовності населення до дій в умовах надзвичайних ситуацій є завершальним і водночас одним із найбільш практично значущих напрямів підвищення стійкості системи громадського здоров'я. Результати анкетного опитування 85 респондентів, проаналізовані у другому розділі, показали, що населення загалом усвідомлює наявність загроз для громадського здоров'я та демонструє високий рівень готовності виконувати рекомендації медичних служб. Водночас було виявлено низку проблем, які безпосередньо стосуються комунікації та поведінкової готовності. Лише 27,1 % респондентів вважають офіційні інструкції повністю зрозумілими, 32,9 % отримують інформацію переважно із соціальних мереж, 32,9 % не довіряють або скоріше не довіряють офіційним повідомленням, 57,6 % назвали дезінформацію однією з головних перешкод ефективному реагуванню, а 44,7 % мають лише часткову побутову готовність до надзвичайної ситуації. Отже,

система громадського здоров'я потребує не лише організаційного та ресурсного посилення, а й формування сталої моделі взаємодії з населенням.

Кризова комунікація у сфері громадського здоров'я не може розглядатися як другорядний інформаційний супровід управлінських рішень. Вона є самостійним інструментом управління ризиком, оскільки саме через повідомлення, роз'яснення, інструкції та зворотний зв'язок управлінські рішення перетворюються на поведінку населення. ВООЗ визначає комунікацію ризиків як обмін інформацією, порадами та думками між експертами, посадовими особами і людьми, які стикаються із загрозою для життя, здоров'я або соціального добробуту, а її метою є надання людям можливості ухвалювати поінформовані рішення для зменшення наслідків небезпеки [56]. Це положення має принципове значення для теми дослідження, оскільки навіть найточніше епідеміологічне виявлення або найкращий план реагування не дадуть очікуваного результату, якщо населення не зрозуміє повідомлення або не довірятиме його джерелу. ВООЗ також підкреслює, що комунікація ризиків є критично важливим інструментом готовності та реагування на надзвичайні ситуації у сфері здоров'я.

Основоположною вимогою до кризової комунікації є забезпечення своєчасності офіційних повідомлень. Під час надзвичайної ситуації інформаційний вакуум виникає швидше, ніж офіційна система встигає підготувати повне роз'яснення. Якщо населення не отримує первинного повідомлення від уповноважених суб'єктів, цей простір заповнюється чутками, неофіційними припущеннями, фейковими повідомленнями або панічними інтерпретаціями. Саме тому перше повідомлення не обов'язково має містити всі деталі події, однак воно повинно швидко підтвердити, що ситуація відома відповідальним службам, триває її оцінювання, населення отримає наступне оновлення у визначений час, а першочергові рекомендації вже доступні. Такий підхід дозволяє зменшити невизначеність і підтримати довіру до офіційних джерел. Своєчасність повідомлення втрачає сенс, якщо воно не доповнюється зрозумілістю повідомлень. Результати опитування показали, що майже половина респондентів оцінює офіційні інструкції як частково зрозумілі, а частина взагалі

вважає їх складними для сприйняття. У кризових умовах це створює безпосередню небезпеку, оскільки людина перебуває під впливом стресу, дефіциту часу та суперечливих сигналів. Тому офіційні повідомлення повинні будуватися за принципом практичної дії. Вони мають відповідати на запитання, що сталося, кого це стосується, що потрібно зробити негайно, чого не можна робити, куди звертатися по допомогу і де перевірити оновлену інформацію. Складні медичні, епідеміологічні або радіаційні терміни мають пояснюватися простою мовою. Якщо інструкція містить кілька кроків, вони повинні бути короткими, послідовними та придатними для швидкого запам'ятовування.

Зрозуміле повідомлення залишається безрезультатним, якщо воно не адаптоване до різних груп населення. Універсальне повідомлення, розраховане на абстрактного середнього громадянина, не завжди ефективне. Люди старшого віку, діти, студенти, працівники підприємств, внутрішньо переміщені особи, люди з інвалідністю, мешканці віддалених громад, пацієнти з хронічними хворобами та особи з низьким рівнем цифрової грамотності мають різні інформаційні потреби. Наприклад, молодші групи швидше отримують інформацію через соціальні мережі, тоді як старші частіше орієнтуються на телебачення, медичних працівників або локальні повідомлення громади. Тому кризова комунікація повинна бути багатоканальною і диференційованою. Одна й та сама інформація має подаватися у різних форматах, зокрема у вигляді коротких текстів, інфографіки, відеопояснень, повідомлень через сімейних лікарів, локальних оголошень і друкованих пам'яток.

Адаптація повідомлень неможлива без активної присутності офіційних суб'єктів у соціальних мережах. За результатами опитування саме соціальні мережі стали найпоширенішим джерелом інформації про небезпеки для здоров'я. Це означає, що офіційна комунікація не може обмежуватися розміщенням повідомлень на сайтах органів влади. Офіційні сторінки закладів охорони здоров'я, центрів контролю та профілактики хвороб, місцевих рад, служб цивільного захисту і Міністерства охорони здоров'я мають працювати як оперативні канали комунікації. Вони повинні швидко публікувати короткі

інструкції, спростування фейків, оновлення ситуації, відповіді на типові запитання і посилання на перевірені джерела. Водночас така комунікація має бути професійно модерованою, оскільки в коментарях та обговореннях також можуть поширюватися неправдиві повідомлення.

Особливою загрозою для ефективної комунікації залишається дезінформація. У сфері громадського здоров'я дезінформація має особливу небезпеку, оскільки може спричинити відмову від вакцинації, неправильне використання лікарських засобів, ігнорування рекомендацій щодо ізоляції, поширення паніки, небезпечне споживання води або харчових продуктів, а також недовіру до медичних служб. Тому протидія фейковим повідомленням повинна бути системною. Вона має включати моніторинг інформаційного простору, швидке виявлення неправдивих повідомлень, коротке спростування, пояснення фактичних даних і регулярне повторення офіційної позиції. Важливо, щоб спростування не обмежувалося фразою про неправдивість повідомлення, а пояснювало, чому воно є небезпечним і які дії мають виконати громадяни.

Боротьба з дезінформацією буде неефективною без системної роботи з підвищення довіри до офіційних джерел. Довіра формується не лише змістом повідомлення, а й попереднім досвідом взаємодії населення з інституціями. Якщо громадяни бачать, що офіційні повідомлення своєчасні, узгоджені, чесні щодо невизначеності та підтверджуються реальними діями, рівень довіри поступово зростає. Якщо ж різні органи повідомляють суперечливу інформацію, інструкції змінюються без пояснення причин, а заявлена допомога фактично недоступна, довіра знижується. ВООЗ у настановах щодо комунікації ризиків у надзвичайних ситуаціях зазначає, що такі настанови мають доказовий характер і спрямовані на підтримку держав та партнерів у підготовці й реагуванні на кризи [33]. Отже, довіра повинна розглядатися як керований ресурс, який потребує постійного підтримання через прозорість, узгодженість і доказовість повідомлень. Довіра до офіційних джерел посилюється залученням медичних працівників як носіїв довіри. За результатами опитування частина респондентів отримує інформацію саме від медичних працівників. Це має важливе значення,

оскільки сімейні лікарі, медичні сестри, працівники амбулаторій і фахівці центрів контролю та профілактики хвороб можуть пояснювати рекомендації простішою мовою, відповідати на індивідуальні запитання і враховувати стан конкретних пацієнтів. У кризовій комунікації медичний працівник виконує не лише інформаційну, а й довіроутворювальну функцію. Тому доцільним є забезпечення медичних працівників короткими стандартизованими повідомленнями, алгоритмами відповідей на типові запитання, матеріалами для пацієнтів і каналами швидкого отримання оновленої інформації.

Медичні працівники ефективніше за умови розвиненої комунікації на рівні територіальних громад. Саме громади найкраще знають локальні особливості населення, місця проживання вразливих груп, доступність транспорту, стан укриттів, можливості водопостачання, роботу аптек, амбулаторій та соціальних служб. Тому загальнонаціональні повідомлення повинні адаптуватися до конкретного місцевого контексту. У громаді має бути визначений порядок інформування населення, відповідальні особи, офіційні канали повідомлень, механізми інформування людей без доступу до інтернету та способи швидкого поширення друкованих або усних інструкцій. Такий підхід відповідає рамці ВООЗ з управління ризиками надзвичайних ситуацій і катастроф у сфері здоров'я, де підкреслюється важливість участі громад і міжсекторальної взаємодії для зменшення наслідків надзвичайних ситуацій [45].

Громадська комунікація має практичний сенс лише тоді, коли вона сприяє формуванню побутової готовності населення. Результати опитування показали, що лише 36,5 % респондентів мають повний мінімальний запас води, ліків і засобів гігієни, тоді як більшість має лише часткову готовність або не має її взагалі. Це свідчить про потребу переходу від загальних закликів до конкретної моделі підготовки домогосподарств. Населенню потрібно пояснювати, які саме речі мають бути вдома, на який період вони розраховані, як зберігати ліки, воду та документи, як підготувати аптечку, що робити людям із хронічними хворобами, які мають постійно приймати препарати. Європейська комісія у Стратегії готовності Союзу 2025 року наголошує на необхідності практичних

заходів для населення, зокрема підтримання основних запасів щонайменше на 72 години в умовах надзвичайних ситуацій [42]. Для України така логіка є особливо актуальною через поєднання воєнних, енергетичних, екологічних і медико-санітарних ризиків. Побутова готовність домогосподарств потребує системної підтримки через включення підготовки до надзвичайних ситуацій у систему освіти та навчання дорослого населення. Кодекс цивільного захисту України передбачає організацію навчання населення діям у надзвичайних ситуаціях, а порядок такого навчання встановлюється Кабінетом Міністрів України [42]. Постанова Кабінету Міністрів України № 444 визначає механізм організації навчання населення діям у надзвичайних ситуаціях [15]. Ці норми створюють нормативну основу для того, щоб готовність населення формувалася не лише через ситуативні повідомлення під час небезпеки, а й через постійне навчання за місцем роботи, навчання, проживання та через місцеві програми безпеки. Для сфери громадського здоров'я доцільно доповнювати таке навчання тематикою інфекційних спалахів, санітарних правил, безпечної води, радіаційної та хімічної безпеки, психологічної підтримки і протидії дезінформації.

Навчання набуває оперативності за умови, коли система заздалегідь має стандартні комунікаційні пакети для різних типів загроз. До таких пакетів доцільно включити короткі повідомлення для соціальних мереж, розгорнуті інструкції для офіційних сайтів, відповіді на типові запитання, інфографіку, повідомлення для медичних працівників, пам'ятки для шкіл, підприємств і домогосподарств. Окремі пакети мають бути розроблені для інфекційного спалаху, забруднення води, погіршення якості повітря, хімічної аварії, радіаційної загрози, тривалого відключення електроенергії, порушення доступу до ліків і масового переміщення населення. Такий підхід дозволить не створювати повідомлення з нуля під час кризи, а швидко адаптувати готові матеріали до конкретної ситуації. Стандартні пакети працюють лише тоді, коли забезпечено зворотний зв'язок з населенням. Комунікація не повинна бути односторонньою. Під час надзвичайної ситуації громадяни не лише отримують інформацію, а й повідомляють про проблеми, скарги, локальні потреби, нестачу

ліків, порушення водопостачання, недоступність медичної допомоги або поширення чуток. Тому необхідно розвивати гарячі лінії, чат боти, офіційні форми звернень, локальні контактні центри та канали взаємодії із сімейними лікарями. Зворотний зв'язок дає змогу швидше виявляти інформаційні прогалини і коригувати повідомлення відповідно до реальних потреб населення.

Зворотний зв'язок залишається неефективним без налагодженої координації повідомлень між різними суб'єктами реагування. Однією з причин недовіри є суперечливість інформації, коли різні органи влади, заклади охорони здоров'я або служби поширюють несумісні рекомендації. Для запобігання цьому потрібен єдиний комунікаційний протокол, який визначає, хто є головним джерелом повідомлення щодо конкретної загрози, хто погоджує інформацію, хто оновлює її, як швидко поширюються зміни і як виправляються помилки. ECDC у рекомендаціях 2025 року щодо планування готовності до загроз громадському здоров'ю підкреслює, що уроки останніх криз мають бути перетворені на конкретні поради для посилення готовності на національному та регіональному рівнях [54]. Для України це означає необхідність завчасно відпрацювати комунікаційні ролі між органами охорони здоров'я, громадського здоров'я, цивільного захисту та місцевого самоврядування.

Координація повідомлень має цінність лише тоді, коли вона супроводжується системним оцінюванням ефективності кризової комунікації. Недостатньо лише зафіксувати факт поширення повідомлення. Потрібно оцінити, чи побачило його населення, чи зрозуміло зміст, чи довіряє джерелу, чи виконало рекомендації і які запитання залишилися невирішеними. Для цього можна використовувати короткі онлайн опитування, аналіз звернень на гарячі лінії, моніторинг соціальних мереж, фокусовані обговорення у громадах, дані сімейних лікарів і післядійні огляди. Таке оцінювання дозволяє виявляти, які повідомлення працюють, які формати є незрозумілими, які групи населення не охоплені та які теми потребують додаткового пояснення.

Усі ці заходи мають довгостроковий ефект лише за умови поєднання кризової комунікації з формуванням культури готовності. Культура готовності означає, що населення не сприймає надзвичайну ситуацію як повністю несподівану подію, а має

базові знання, ресурси і навички для перших дій. Це стосується не лише наявності запасів, а й уміння перевіряти джерела інформації, знання місцевих каналів оповіщення, розуміння поведінки під час інфекційного спалаху, забруднення води, хімічної або радіаційної небезпеки. Європейська стратегія готовності підкреслює потребу формувати готовність як спільну відповідальність інституцій, організацій і громадян, а також передбачає розвиток практичних навичок населення для дій у перші години кризової події [50]. Така логіка є важливою для України, оскільки довготривалі кризові умови потребують не разових кампаній, а сталої поведінкової культури.

Удосконалення кризової комунікації та формування готовності населення до дій в умовах надзвичайних ситуацій має бути спрямоване на подолання тих проблем, які були виявлені в емпіричному дослідженні. Йдеться про недостатню зрозумілість офіційних інструкцій, часткову недовіру до повідомлень органів влади, домінування соціальних мереж як джерела інформації, поширення дезінформації та неповну побутову готовність домогосподарств. Ключовим завданням є перетворення комунікації з формального інформування на практичний інструмент управління поведінкою населення. Для цього повідомлення мають бути своєчасними, простими, доказовими, повторюваними, адаптованими до різних груп і поширеними через кілька каналів одночасно. Підвищення готовності населення повинно відбуватися до виникнення надзвичайної ситуації. Саме в докризовий період формуються довіра, навички, побутова підготовленість і здатність відрізнити достовірну інформацію від дезінформації. Під час самої кризи ці якості лише перевіряються. Тому система громадського здоров'я має поєднувати регулярне навчання населення, локальні програми інформування, участь медичних працівників, активну цифрову комунікацію, стандартизовані інструкції та механізми зворотного зв'язку. У такій моделі громадянин виступає не пасивним отримувачем повідомлень, а активним учасником захисту власного здоров'я, родини та громади. Це створює передумови для підвищення стійкості системи громадського здоров'я до інфекційних, екологічних, радіаційних, воєнних та комбінованих загроз.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного дослідження встановлено, що надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я є складним багатофакторним явищем, яке не можна зводити лише до інфекційних спалахів або окремих медико санітарних подій. Їхня сутність полягає у виникненні або реальній загрозі виникнення таких небезпечних чинників, які можуть істотно вплинути на здоров'я населення, порушити звичайне функціонування системи охорони здоров'я, потребувати міжсекторальної координації, оперативного обміну інформацією, мобілізації ресурсів і застосування спеціальних управлінських рішень. До основних ознак таких ситуацій належать наявність небезпечного чинника, ризик масового або непропорційного впливу на населення, підвищена невизначеність, потреба у швидкому реагуванні, можливість порушення доступу до медичної допомоги та необхідність захисту вразливих груп. Проаналізовано класифікацію надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я та доведено, що вона має враховувати не лише джерело походження події, а й темп її розвитку, масштаб експозиції, рівень керованості, вплив на функції системи та ступінь уразливості населення. Найбільш значущими для сучасної України є воєнні, інфекційні, екологічні, хімічні, радіаційні, соціальні та комбіновані загрози. Особливість цих ризиків полягає в тому, що вони часто взаємопов'язані. Воєнні дії можуть спричиняти погіршення санітарних умов, перебої водопостачання, переміщення населення, руйнування медичної інфраструктури, зростання інфекційних ризиків і погіршення психічного здоров'я. Тому система громадського здоров'я повинна бути орієнтована не лише на реагування після настання події, а й на постійний моніторинг та раннє попередження. Визначено, що наукові підходи до протидії та запобігання надзвичайним ситуаціям у сфері громадського здоров'я охоплюють інституційний, стратегічний, програмно цільовий, доказовий, комунікаційно поведінковий, операційний та ризик орієнтований підходи. Інституційний підхід акцентує увагу на повноваженнях і відповідальності суб'єктів реагування. Стратегічний підхід пов'язує готовність до надзвичайних

ситуацій із довгостроковим розвитком системи охорони здоров'я. Доказовий підхід передбачає ухвалення рішень на основі даних, а комунікаційно поведінковий підхід доводить, що ефективність реагування залежить від довіри населення, зрозумілості повідомлень і готовності громадян виконувати рекомендації. У сукупності ці підходи формують комплексну основу для вдосконалення системи громадського здоров'я.

Розкрито методичні засади оцінювання ризиків і наслідків надзвичайних ситуацій для здоров'я населення. Встановлено, що оцінювання ризиків має включати ідентифікацію небезпечного чинника, аналіз експозиції, визначення вразливих груп, оцінку ймовірності та тяжкості наслідків, а також формування управлінських рекомендацій. Особливого значення набуває поєднання епідеміологічних, лабораторних, екологічних, соціальних і просторових даних. Це дозволяє виявляти не лише безпосередні наслідки події, а й віддалені ризики, пов'язані з перериванням лікування, зниженням доступності медичних послуг, погіршенням психічного здоров'я та зростанням нерівності у доступі до допомоги. У межах емпіричного дослідження проведено анкетне опитування 85 респондентів щодо рівня обізнаності, довіри та готовності населення до дій в умовах надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я. Результати засвідчили, що 63,5 % опитаних знають, що таке надзвичайна ситуація у сфері громадського здоров'я, 25,9 % мають лише часткове уявлення, а 10,6 % не володіють відповідними знаннями. Це свідчить про наявність базової обізнаності більшості респондентів, однак також вказує на суттєві інформаційні прогалини, оскільки понад третина опитаних потребує додаткового роз'яснення сутності таких ситуацій і правил поведінки під час них.

Встановлено, що найбільш небезпечними загрозами для громадського здоров'я респонденти вважають воєнні дії, які відзначили 84,7 % опитаних, інфекційні спалахи, які назвали 76,5 %, радіаційні ризики, що були обрані 68,2 %, забруднення води, яке вказали 55,3 %, забруднення повітря, яке відзначили 50,6 %, та психологічні наслідки криз, які назвали 48,2 %. Такі результати показують, що населення усвідомлює комплексний характер сучасних загроз.

Водночас виявлено розрив між загальним розумінням небезпеки та знанням конкретних алгоритмів дій. Зокрема, лише 34,1 % респондентів знають, як діяти у разі хімічного або радіаційного забруднення, що свідчить про потребу у спеціальних інформаційних кампаніях щодо таких загроз.

Проаналізовано рівень довіри населення до офіційних повідомлень і встановлено, що 67,1 % респондентів загалом довіряють офіційній інформації, тоді як 32,9 % мають сумніви або не довіряють їй. Така ситуація є важливою для системи громадського здоров'я, оскільки довіра виступає необхідною умовою виконання рекомендацій. Водночас 82,3 % опитаних висловили готовність виконувати рекомендації медичних служб у разі небезпеки для громадського здоров'я. Це є позитивним показником, який свідчить про наявність потенціалу для ефективного реагування. Однак цей потенціал може бути реалізований лише за умови своєчасної, зрозумілої, послідовної та доказової комунікації.

Виявлено, що однією з основних проблем є недостатня побутова готовність населення. Лише 36,5 % респондентів мають мінімальний запас питної води, ліків і засобів гігієни на випадок надзвичайної ситуації, 44,7 % мають такий запас частково, а 18,8 % не мають його взагалі. Це означає, що значна частина домогосподарств може бути вразливою у перші години або дні після виникнення кризової події. Також встановлено, що лише 27,1 % респондентів вважають офіційні інструкції повністю зрозумілими, тоді як більшість оцінює їх як частково зрозумілі або складні для сприйняття. Отже, удосконалення кризової комунікації має передбачати спрощення інструкцій, використання покрокових алгоритмів, візуальних матеріалів і багатоканального поширення інформації.

Узагальнення результатів емпіричного дослідження дозволило визначити основні проблеми протидії та запобігання надзвичайним ситуаціям у сфері громадського здоров'я. До них належать нерівномірна обізнаність населення, недостатнє знання алгоритмів дій під час хімічних і радіаційних загроз, неповна побутова готовність домогосподарств, часткова недовіра до офіційної інформації, домінування соціальних мереж як джерела повідомлень, поширення дезінформації, недостатня зрозумілість інструкцій, відчуття нестачі медичних

ресурсів і слабка координація служб. Ці проблеми мають взаємопов'язаний характер, оскільки недовіра посилює вплив дезінформації, складні інструкції знижують готовність до виконання рекомендацій, а нестача ресурсів зменшує впевненість населення у спроможності системи реагувати.

Обґрунтовано, що першим напрямом удосконалення має бути розвиток системи раннього виявлення ризиків та епідеміологічного нагляду. Така система повинна поєднувати медичні, лабораторні, екологічні, соціальні та місцеві дані, забезпечувати швидке виявлення небезпечних сигналів, їх аналітичну оцінку та передачу відповідальним суб'єктам. Особливого значення набуває цифровізація епідеміологічного нагляду, розвиток подієвого моніторингу, посилення лабораторної спроможності, міжсекторальний обмін даними та включення територіальних громад у систему раннього попередження. Це дозволить скоротити час між появою небезпечного сигналу та початком реагування.

Другим напрямом удосконалення визначено розвиток організаційної готовності закладів і служб громадського здоров'я. Йдеться про чітке розмежування функцій і відповідальності, підготовку персоналу, формування кадрового резерву, забезпечення матеріально технічних запасів, підтримання безперервності критичних медичних послуг, удосконалення маршрутизації пацієнтів, розвиток лабораторної готовності, логістики та координації між службами. Організаційна готовність повинна оцінюватися не лише за наявністю планів, а й за фактичною здатністю закладів і служб діяти в умовах тривалого навантаження, обмежених ресурсів і швидкої зміни ситуації.

Третім напрямом удосконалення є розвиток кризової комунікації та формування готовності населення до дій. Запропоновано посилити своєчасність офіційних повідомлень, підвищити зрозумілість інструкцій, адаптувати комунікацію до різних груп населення, активізувати присутність офіційних суб'єктів у соціальних мережах, створити систему швидкого спростування дезінформації, залучати медичних працівників як джерело довіри, розвивати локальні канали інформування в громадах і поширювати стандарти побутової готовності домогосподарств. Підготовка населення має здійснюватися до

виникнення надзвичайної ситуації, оскільки саме докризовий період є вирішальним для формування довіри, навичок і готовності до правильних дій.

Загалом результати дослідження підтвердили висунуту гіпотезу про те, що ефективність протидії та запобігання надзвичайним ситуаціям у сфері громадського здоров'я залежить не лише від нормативно правового забезпечення та інституційної структури, а й від рівня обізнаності населення, довіри до офіційних джерел, зрозумілості кризової комунікації та практичної готовності громадян. Система громадського здоров'я має бути стійкою не тільки на рівні документів і повноважень, а й на рівні реальної взаємодії з населенням, здатності швидко виявляти ризики, координувати служби, забезпечувати ресурси та формувати безпечну поведінку громадян. Саме поєднання раннього виявлення, організаційної готовності, довіри, комунікації та участі населення є ключовою передумовою ефективного реагування на сучасні надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ

1. Берзіна А. Б. До питання системи громадського здоров'я в Україні. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія Право. 2021. Вип. 69. С. 212–217. DOI: <https://doi.org/10.24144/2307-3322.2021.69.36>.
2. Гринчишин Н. М. Якість атмосферного повітря за вмістом твердих мікрочастинок PM_{2,5} у містах України в умовах карантину та воєнного стану. Вісник Львівського державного університету безпеки життєдіяльності. 2023. URL: <https://journal.ldubgd.edu.ua/index.php/Visnuk/article/download/2528/2463/> (дата звернення: 01.05.2026).
3. Громадське здоров'я : підручник / Т. С. Грузєва, В. М. Лехан, В. А. Огнєв та ін. ; за заг. ред. Т. С. Грузєвої. Вінниця : Нова Книга, 2023. 616 с. URL: <https://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/11903/1/%D0%93%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D0%B4%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B5%20%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%27%D1%8F%202023.pdf> (дата звернення: 01.05.2026).
4. Кодекс цивільного захисту України : Кодекс України від 02.10.2012 № 5403-VI. База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/5403-17> (дата звернення: 01.05.2026).
5. Крайнюков О. М. та ін. Оцінка ризику для здоров'я людей, обумовленого використанням забруднених нафтопродуктами питних вод за допомогою методики RAIS (US-EPA). Людина та довкілля. Проблеми неоекології. 2016. URL: https://journals.uran.ua/ludina_dov/article/view/87421 (дата звернення: 01.05.2026).
6. Лотоцька І. В. Якість питної води як одна з детермінант громадського здоров'я в західному регіоні України. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. URL:

<https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-gigieny/article/view/10278/9812>

(дата звернення: 01.05.2026).

7. Миронюк І. С., Слабкий Г. О., Білак-Лук'янчук В. Й., Лопіт В. В., Савчук Л. М., Рожкова І. В. Місце громадського здоров'я в стратегії розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2024. № 1. С. 39–48. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2024.1.14624>.
8. Оцінка канцерогенного та неканцерогенного ризику для здоров'я населення від хімічного забруднення атмосферного повітря : методичні рекомендації / І. О. Черниченко, В. Ф. Бабій, О. М. Литвиченко, О. Є. Кондратенко ; ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України». Затв. наказом МОЗ України від 18.10.2023 № 1811. URL: <https://amnu.gov.ua/metodychni-rekomendacziyi-oczinka-kancerogenного-ta-nekancerogenного-ryzyku-dlya-zdorov-ya-naselennya-vid-himichnogo-zabrudnennya-atmosfernogo-povitrya/> (дата звернення: 01.05.2026).
9. Про захист населення від інфекційних хвороб : Закон України від 06.04.2000 № 1645-III. База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/1645-14> (дата звернення: 01.05.2026).
10. Про затвердження Положення про Державну службу України з надзвичайних ситуацій : постанова Кабінету Міністрів України від 16.12.2015 № 1052. База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/1052-2015-%D0%BF> (дата звернення: 01.05.2026).
11. Про затвердження Положення про Державну службу України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів : постанова Кабінету Міністрів України від 02.09.2015 № 667. База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/667-2015-%D0%BF> (дата звернення: 01.05.2026).

12. Про затвердження Положення про єдину державну систему цивільного захисту : постанова Кабінету Міністрів України від 09.01.2014 № 11. База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/11-2014-%D0%BF> (дата звернення: 01.05.2026).
13. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України : постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 № 267. База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/267-2015-%D0%BF> (дата звернення: 01.05.2026).
14. Про затвердження Положення про функціональну підсистему забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення єдиної державної системи цивільного захисту та Змін до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України : наказ МОЗ України від 06.12.2022 № 2213. База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z1601-22> (дата звернення: 01.05.2026).
15. Про затвердження Порядку здійснення навчання населення діям у надзвичайних ситуаціях : постанова Кабінету Міністрів України від 26.06.2013 № 444. Верховна Рада України. Законодавство України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/444-2013-%D0%BF> (дата звернення: 03.06.2026).
16. Про затвердження Порядку класифікації надзвичайних ситуацій за їх рівнями : постанова Кабінету Міністрів України від 24.03.2004 № 368. База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/368-2004-%D0%BF> (дата звернення: 01.05.2026).
17. Про затвердження Порядку проведення оцінки ризиків для здоров'я та санітарно-епідемічного благополуччя населення та проведення за результатами такої оцінки відповідних профілактичних, обстежувальних,

- консультаційних та інших заходів : наказ МОЗ України від 01.09.2025 № 1373. База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z1341-25> (дата звернення: 01.05.2026).
18. Про затвердження Порядку функціонування інформаційної платформи громадського здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України від 02.05.2025 № 506. База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/506-2025-%D0%BF> (дата звернення: 01.05.2026).
19. Про місцеве самоврядування в Україні : Закон України від 21.05.1997 № 280/97-ВР. База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/280/97-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 01.05.2026).
20. Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах / закладах надання соціальних послуг / соціального захисту населення : наказ МОЗ України від 03.08.2021 № 1614. База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z1318-21> (дата звернення: 01.05.2026).
21. Про систему громадського здоров'я : Закон України від 06.09.2022 № 2573-ІХ. База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2573-20> (дата звернення: 01.05.2026).
22. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025–2027 роках : розпорядження Кабінету Міністрів України від 17.01.2025 № 34-р. База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/34-2025-%D1%80> (дата звернення: 01.05.2026).
23. Про утворення державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» : наказ МОЗ України від 18.09.2015 № 604. База даних «Законодавство України» / Верховна Рада

- України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/v0604282-15> (дата звернення: 01.05.2026).
24. Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я : операційний посібник / М. Брага, А. Рижкова, І. Нагорна, В. Приходько, І. Сорока, Г. Глембоцька, В. Короленко. Київ : Центр громадського здоров'я МОЗ України, U-LEAD with Europe, 2019. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Manual_Development%20and%20funding%20of%20regional%20and%20local%20public%20health%20programs_print_210x297%2B3mm.pdf (дата звернення: 01.05.2026).
 25. Сердюк А. М., Гушук І. В., Черниченко І. О., Литвиченко О. М. Особливості забруднення атмосферного повітря непромислового міста: ризик для населення. Медичні перспективи. 2019. Т. 24, № 4. С. 154–159. DOI: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2019.4.189609>.
 26. Статистика з ТБ. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/statistika-z-tb> (дата звернення: 03.06.2026).
 27. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/storage/uploads/3b12eed8-260c-46e5-baa7-b8418d7187ee/UKR-Strategy-2030-.pdf> (дата звернення: 03.06.2026).
 28. Турос О. І., Петросян А. А., Брезіцька Н. В., Маремуха Т. П., Давиденко Г. М., Михіна Л. І., Царенок Т. В. Оцінка впливу забруднення атмосферного повітря PM_{2,5} на здоров'я населення м. Києва. Довкілля та здоров'я. 2022. № 2. С. 44–50. URL: <https://dovkil-zdorov.kiev.ua/journal/uk/article/view/216> (дата звернення: 01.05.2026).
 29. Черниченко І. О., Литвиченко О. М., Бабій В. Ф., Кондратенко О. Є., Рудницька О. П., Главачек Д. О. Оцінка безпеки пріоритетних канцерогенних речовин на рівні гігієнічних регламентів для атмосферного повітря. Медичні перспективи. 2023. Т. 28, № 2. С. 170–175. DOI: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2023.2.283402>.

30. Караєва Н. В., Варава І. В. Методи і засоби оцінки ризику здоров'ю населення від забруднення атмосферного повітря : практикум : навч. посіб. Київ : КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2018. 56 с. URL: <https://ela.kpi.ua/items/89b63797-44f7-4f81-8ebf-69f90c39e073> (дата звернення: 01.05.2026).
31. Blanchet K., Nam S. L., Ramalingam B., Pozo-Martin F. Governance and Capacity to Manage Resilience of Health Systems: Towards a New Conceptual Framework. *International Journal of Health Policy and Management*. 2017. Vol. 6, No. 8. P. 431–435. DOI: <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.36>.
32. Brownson R. C., Fielding J. E., Maylahn C. M. Evidence-Based Public Health: A Fundamental Concept for Public Health Practice. *Annual Review of Public Health*. 2009. Vol. 30. P. 175–201. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.031308.100134>.
33. Communicating risk in public health emergencies: a WHO guideline for emergency risk communication policy and practice. Geneva : World Health Organization, 2017. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550208> (дата звернення: 03.06.2026).
34. Creswell J. W. Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. 4th ed. Thousand Oaks : SAGE Publications, 2014. URL: <https://collegepublishing.sagepub.com/products/research-design-4-237357> (дата звернення: 03.06.2026).
35. Creswell J. W., Creswell J. D. Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. 5th ed. Thousand Oaks : SAGE Publications, 2018. URL: <https://edge.sagepub.com/creswellrd5e> (дата звернення: 03.06.2026).
36. Crisis and Emergency Risk Communication. Centers for Disease Control and Prevention. URL: <https://www.cdc.gov/cerc/php/cerc-manual/index.html>. Дата звернення: 03.06.2026.

37. Dale E. et al. Resilience of Primary Health Care in Ukraine. Journal of Health Care for the Poor and Underserved. 2024. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2024.2352885> (дата звернення: 03.06.2026).
38. Dente M. G., Riccardo F., Declich S. et al. Strengthening preparedness against global health threats: A paradigm shift based on One Health approaches. One Health. 2022. Vol. 14. Article 100396. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2022.100396>.
39. Dillman D. A., Smyth J. D., Christian L. M. Internet, Phone, Mail, and Mixed-Mode Surveys: The Tailored Design Method. 4th ed. Hoboken : Wiley, 2014. URL: <https://www.wiley.com/en-fr/Internet%2C%2BPhone%2C%2BMail%2C%2Band%2BMixed%2BMode%2BSurveys%3A%2BThe%2BTailored%2BDesign%2BMethod%2C%2B4th%2BEdition-p-9781118456149> (дата звернення: 03.06.2026).
40. Early Action Reviews. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/emergencies/operations/emergency-response-reviews/early-action-review> (дата звернення: 03.06.2026).
41. Emergency Response Framework (ERF), Edition 2.1. Geneva : World Health Organization, 2024. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240058064> (date of access: 01.05.2026).
42. EU Preparedness Union Strategy to prevent and react to emerging threats and crises. European Commission, 2025. URL: https://commission.europa.eu/topics/preparedness_en (дата звернення: 03.06.2026).
43. Framework for Health Emergency Preparedness and Response Capabilities for National Public Health Agencies. Geneva : World Health Organization, 2026. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/B09726> (date of access: 01.05.2026)

44. Frieden T. R. Six Components Necessary for Effective Public Health Program Implementation. American Journal of Public Health. 2014. Vol. 104, No. 1. P. 17–22. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301608>.
45. Health Emergency and Disaster Risk Management Framework. Geneva : World Health Organization, 2019. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516181> (date of access: 01.05.2026).
46. Health emergency preparedness and response : Report by the Director-General. Geneva : World Health Organization, 2025. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_9-en.pdf (дата звернення: 03.06.2026).
47. How to stop the next pandemic: ECDC publishes guidance to strengthen public health preparedness in the EU/EEA. European Centre for Disease Prevention and Control, 2025. URL: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/how-stop-next-pandemic-ecdc-publishes-guidance-strengthen-public-health-preparedness> (дата звернення: 03.06.2026).
48. International Health Regulations (2005). 3rd ed. Geneva : World Health Organization, 2016. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496> (date of access: 01.05.2026).
49. International Health Regulations (2005), as amended in 2014, 2022 and 2024. Geneva : World Health Organization, 2025. URL: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/IHR_2014-2022-2024-en.pdf (дата звернення: 03.06.2026).
50. Joint Communication on the European Preparedness Union Strategy. European Commission, 2025. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:52025JC0130> (дата звернення: 03.06.2026).
51. Khan Y., O'Sullivan T., Brown A., Tracey S., Gibson J., G  n  reux M., Henry B., Schwartz B. Public Health Emergency Preparedness: A Framework to Promote

- Resilience. BMC Public Health. 2018. Vol. 18. Article 1344. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6250-7>.
52. Kruk M. E., Myers M., Varpilah S. T., Dahn B. T. What is a resilient health system? Lessons from Ebola. The Lancet. 2015. Vol. 385, No. 9980. P. 1910–1912. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3).
 53. Operational framework for building climate resilient and low carbon health systems. Geneva : World Health Organization, 2023. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081888> (date of access: 01.05.2026).
 54. Recommendations for preparedness planning for public health threats. Stockholm : European Centre for Disease Prevention and Control, 2025. URL: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/recommendations-preparedness-planning-public-health-threats> (дата звернення: 03.06.2026).
 55. Reynolds B., Seeger M. W. Crisis and Emergency Risk Communication as an Integrative Model. Journal of Health Communication. 2005. Vol. 10, No. 1. P. 43–55. DOI: <https://doi.org/10.1080/10810730590904571>.
 56. Risk communication and community engagement. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/emergencies/risk-communications> (дата звернення: 03.06.2026).
 57. Romanello M., Walawender M., Hsu S.-C., Moskeland A., Palmeiro-Silva Y., Scamman D. et al. The 2024 report of the Lancet Countdown on health and climate change: facing record-breaking threats from delayed action. The Lancet. 2024. Vol. 404, No. 10465. P. 1847–1896. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01822-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01822-1).
 58. Ukraine emergency. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/ukraine> (дата звернення: 03.06.2026).