

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДНП «ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО»

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

БОРОВЕЦЬ ВСЕВОЛОД АНАТОЛІЙОВИЧ

УДК 614.2:616.89].008.6:658

ДИСЕРТАЦІЯ

ДЕТЕРМІНАНТИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ОБҐРУНТУВАННЯ
МОДЕЛІ МОНІТОРИНГУ ЙОГО СТАНУ В МЕНЕДЖЕРІВ СИСТЕМИ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Галузь знань: 022 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 222 «Медицина»

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

_____ Боровець В.А.

Науковий керівник:
Любінець Олег Володимирович,
доктор медичних наук, професор

Львів – 2025

АНОТАЦІЯ

Боровець В.А. Детермінанти психічного здоров'я та обґрунтування моделі моніторингу його стану в менеджерів системи охорони здоров'я. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 «Медицина» (022 – Охорона здоров'я). – ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», Львів, 2025.

Дисертація присвячена вирішенню важливого науково-практичного завдання щодо визначення детермінант психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я та науковому обґрунтуванню і розробці моделі моніторингу його стану в умовах сучасних викликів системи охорони здоров'я України.

Для досягнення поставленої мети та виконання завдань відповідно до дизайну дослідження, робота виконувалась у п'ять послідовних етапів із застосуванням комплексу методів: бібліосемантичного, статистичного, епідеміологічного, соціологічного, медико-статистичного, методів системного підходу та аналізу, концептуального моделювання та експертних оцінок.

На першому етапі проведено ґрунтовний аналіз міжнародної та української наукової літератури щодо психічного здоров'я працівників системи охорони здоров'я, що дозволило визначити основні теоретичні підходи до ідентифікації детермінант психічного здоров'я менеджерів у контексті реформування галузі, пандемії COVID-19 та повномасштабної війни на території України, сформулювати вибір напрямку дисертаційного дослідження, визначити його мету, завдання, програму, методи та обсяг (усього було опрацьовано 190 джерел, включно з науковими публікаціями, нормативно-правовими актами, аналітичними звітами та стратегічними документами).

Аналіз показав, що існує потреба в розробці системної багаторівневої моделі моніторингу психічного здоров'я у менеджерів системи охорони здоров'я, яка враховує високий рівень професійного стресу та емоційного навантаження, з якими

стикаються менеджери в системі охорони здоров'я, задля забезпечення здорового способу життя та їх благополуччя, а, як наслідок, і продуктивності праці, що можливе лише через комплексне розуміння різних детермінант психічного здоров'я.

На другому етапі здійснено ідентифікацію статусу «Менеджер охорони здоров'я» на основі міжнародних дефініцій та адаптації поведінкової моделі управлінських компетенцій менеджера системи охорони здоров'я з урахуванням міжнародного досвіду та специфіки української системи охорони здоров'я. Здійснено якісну характеристику слухачів програм підвищення кваліфікації за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я», які проходили навчання на кафедрі громадського здоров'я факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (ЛНМУ) з 2020 по 2024 роки як показової вибірки для оцінки кадрового резерву менеджерів системи охорони здоров'я. Сформовано детальний соціально-демографічний і професійний портрет українських менеджерів системи охорони здоров'я, що стало емпіричною базою для подальших досліджень.

Розроблено методологічні інструменти дослідження, а саме: «Опитувальник з визначення та оцінки рівня впливу окремих детермінант на стан психічного здоров'я» (Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №131282 від 12.11.2024 р.); здійснено переклад та адаптацію українською мовою стандартизованого психометричного інструменту «Опитувальник оцінки стану психічного здоров'я та якості життя MHQoL», який складається із описової системи (MHQoL-7D), що охоплює сім доменів (самооцінка, незалежність, настрої, стосунки, повсякденна діяльність, фізичне здоров'я, майбутнє), та візуально-аналогової шкали (MHQoL-VAS) для самооцінки загального психологічного благополуччя респондента.

На цьому ж етапі проведено аналіз медико-демографічного середовища, в якому функціонують менеджери системи охорони здоров'я, а саме висвітлено динаміку і структуру смертності за класами причин смерті в Україні у 2008, 2013, 2018 та 2021 роках, в т. ч. від розладів психіки та поведінки з урахуванням

територіальних особливостей.

Третій етап дослідження включав проведення соціологічного опитування з використанням стандартизованого адаптованого інструменту для оцінки стану психічного здоров'я та якості життя – анкети MHQoL. Опитування було проведено серед 281 медичного працівника та менеджерів Волинської, Львівської та Рівненської областей, організаторів охорони здоров'я, що проходили навчання на факультеті післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Встановлено, що домен «щоденна діяльність» є критично заниженим як у чоловіків, так і у жінок (у чоловіків – $0,47 \pm 0,06$; у жінок – $0,45 \pm 0,05$), а також що саме цей домен має найсильніший позитивний кореляційний зв'язок із загальним рівнем психологічного самопочуття ($r=0,49$, $p<0,001$). Крім того, доведено, що менеджери мають достовірно нижчі оцінки щоденної діяльності, аніж медичний персонал ($1,89 \pm 0,04$ проти $2,01 \pm 0,04$; $t=-1,97$, $p<0,05$), що є індикатором потенційної вразливості у контексті професійного вигорання. Дослідженням підтверджено наявність гендерних особливостей у структурі зв'язку між окремими доменами якості життя та оцінкою загального психологічного благополуччя, зокрема, серед жінок сильніший кореляційний зв'язок спостерігається для доменів «Настрій» ($r=0,53$, $p<0,001$), «Щоденна діяльність» ($r=0,46$, $p<0,001$) та «Самооцінка» ($r=0,41$, $p<0,001$). У чоловіків же найбільш значущими є домени «Щоденна діяльність» ($r=0,49$, $p<0,001$), «Відносини» ($r=0,47$) та «Майбутнє» ($r=0,43$, $p<0,001$).

На четвертому етапі дослідження було проаналізовано вплив основних детермінант на стан психічного здоров'я, опитавши 389 респондентів за особисто розробленим «Опитувальником з визначення та оцінки рівня впливу окремих детермінант на стан психічного здоров'я». Оцінка впливу глобальних детермінант на стан психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я показала, що найвищий рівень впливу мають воєнні події на теренах України ($4,44 \pm 0,05$ бали з 5 можливих). Наступні позиції за ступенем дії мали: пандемія COVID-19 ($2,77 \pm 0,08$ бали) та глобальні економічні зміни ($2,76 \pm 0,08$).

Встановлено, що на стан психічного здоров'я населення України

найбільшою мірою впливають такі соціальні детермінанти, як наявність корупції в державі ($3,71 \pm 0,07$ бали з 5 максимальних), інфляційні процеси ($3,58 \pm 0,07$ бали) та політичне становище в Україні ($3,54 \pm 0,07$ балів). Керівники ж закладів охорони здоров'я в першу чергу вказали на дію таких соціальних факторів, як наявність «Корупції в державі» ($3,81 \pm 0,14$), «Стан організації та доступності послуг у системі охорони здоров'я» ($3,74 \pm 0,13$), «Політичне становище» і «Ефективність державного управління» ($3,54 \pm 0,14$ та $3,54 \pm 0,15$, відповідно).

Встановлено, що з 15 виділених особистісних детермінант стану психічного здоров'я, задоволеність умовами праці мала найбільше значення для менеджерів системи охорони здоров'я– ($3,84 \pm 0,16$ балів з 5 можливих). У загальній вибірці респондентів ця детермінанта також була серед найбільш значущих і отримала $3,53 \pm 0,07$ бали, разом із «Рівнем особистого доходу та його розподілом» ($3,49 \pm 0,07$), «Задоволеністю житловими умовами» ($3,41 \pm 0,08$), «Способом життя» ($3,37 \pm 0,08$) та «Якістю продуктів харчування» ($3,34 \pm 0,07$).

На п'ятому етапі дослідження науково обґрунтовано та розроблено концептуальну модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я на сучасному етапі її реформування, з урахуванням національного, регіонального та місцевого рівнів, і таких елементів у її побудові, як наявність компетенцій у сфері управління стресом та емоційної стійкості, формування навичок лідерства та підтримуючої комунікації, організації мультидисциплінарної служби психічного здоров'я на робочому місці, використання стандартизованих психометричних інструментів, впровадження інтерв'язійних та супервізійних механізмів. Ефективність моделі підтверджена методом експертних оцінок.

У процесі виконання дисертаційного дослідження було поставлено такі основні наукові завдання:

- провести аналіз міжнародних та вітчизняних наукових публікацій, чинних нормативно-правових актів, аналітичних звітів та стратегічних документів щодо детермінант психічного здоров'я та моделей моніторингу його стану;
- здійснити ідентифікацію статусу «Менеджер охорони здоров'я»;

- розробити методологічні інструменти дослідження – анкетні опитувальники фахівців з «Організації і управління охороною здоров'я», медичних працівників щодо визначення та оцінки рівня впливу окремих детермінант на стан психічного здоров'я;
- провести вибіркове опитування медичних працівників та менеджерів системи охорони здоров'я, щодо індивідуальної оцінки стану психічного здоров'я та якості життя;
- виявити сучасні особливості та тенденції впливу основних детермінант психічного здоров'я (за даними експертної вибірки);
- встановити рівень впливу основних глобальних економічних, суспільних та особистісних детермінант на стан психічного здоров'я медичних працівників та менеджерів системи охорони здоров'я;
- науково обґрунтувати та розробити концептуальну модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я на сучасному етапі її реформування.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні системно представлено необхідність розробки концептуальної моделі моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я на сучасному етапі її реформування; запропоновано структуровану систему управлінських компетентностей менеджера системи охорони здоров'я з урахуванням міжнародного досвіду та специфіки української системи охорони здоров'я, що включає визначення компетенцій та багаторівневу систему поведінкових індикаторів з диференціацією на завдання, процеси, імплементацію політик та стратегічну орієнтацію, а також уперше обґрунтовано застосування інтерв'ю, заснованого на поведінкових подіях (Competency-based interview) як ефективного інструменту оцінки та прогнозування професійної ефективності управлінців у сфері охорони здоров'я в Україні; розроблено «Опитувальник з визначення та оцінки рівня впливу окремих детермінант на стан психічного здоров'я» (Свідоцтво №131282 від 12.11.2024 р.) та адаптовано українською мовою стандартизований психометричний інструмент «Опитувальник оцінки стану психічного здоров'я та

якості життя MHQoL»; проведено комплексну оцінку стану психічного здоров'я медичних працівників та менеджерів, виявлено критичне зниження показника «щоденна діяльність» та доведено його високий кореляційний зв'язок із загальним психологічним благополуччям; виявлено вплив глобальних детермінант (війна з росією, пандемія COVID-19, економічні зміни) на психічне здоров'я менеджерів; встановлено ключові соціальні фактори (корупція, політична нестабільність) та особистісні детермінанти (умови праці, рівень доходу, житлові умови), що найбільше впливають на стан психічного здоров'я; науково обґрунтовано та розроблено концептуальну модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я на сучасному етапі її реформування, з врахуванням національного, регіонального й місцевого рівнів та таких елементів у її побудові, як наявність компетенцій у сфері управління стресом та емоційної стійкості, формування навичок лідерства та підтримуючої комунікації, організація мультидисциплінарної служби психічного здоров'я на робочому місці, використання стандартизованих психометричних інструментів, впровадження інтерв'язійних та супервізійних механізмів.

Запропоновано створення принципово нової структурної одиниці в системі закладів охорони здоров'я – мультидисциплінарна служба психічного здоров'я на робочому місці, яка формується з фахівців у сфері психічного здоров'я (соціальних працівників, медсестер, психологів, психіатрів), здійснює моніторинг кількісних та якісних індикаторів психічного здоров'я та благополуччя працівників з використанням стандартизованих психометричних інструментів, що забезпечить об'єктивне вимірювання стану психічного здоров'я та визначення детермінант, що впливають на благополуччя.

Ефективність запропонованої моделі значною мірою залежить від ресурсної бази, яка включає три основні компоненти: людський капітал, фінансове забезпечення та інфраструктуру підтримки. Для забезпечення сталого розвитку системи охорони здоров'я необхідно впроваджувати структуроване навчання менеджерів як на додипломному, так і на післядипломному етапах, яке має включати розвиток компетенцій у сфері управління стресом, емоційної стійкості, а

також формування навичок лідерства та підтримуючої комунікації.

У процесі впровадження моделі необхідним є застосування інтервізійних та супервізійних механізмів, що реалізуються під координацією відповідних департаментів охорони здоров'я, та спрямовані не лише на підтримку психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я, а й на підвищення ефективності їхньої професійної діяльності, оптимізацію управлінських процесів та зміцнення кадрового потенціалу медичних закладів. Інституціоналізація цих процесів дозволить не лише знизити рівень професійного вигорання серед керівників закладів охорони здоров'я, а й підвищити якість управлінських рішень, що безпосередньо впливає на ефективність функціонування всієї системи охорони здоров'я.

Центральним елементом концептуальної моделі є організація Національної комісії з питань психічного здоров'я з функцією стратегічного керівництва та координації діяльності на національному рівні щодо програм моніторингу та підтримки психічного здоров'я медичного персоналу на робочому місці.

Стратегічним напрямком даної моделі є отримання достовірної інформації про вплив на психічне здоров'я організаторів охорони здоров'я основних детермінант, а відтак організація заходів зі зменшення їх негативної дії.

Тактичним напрямком моделі є міжсекторальний підхід до вирішення проблеми з визначення детермінант та рівня їх впливу на стан психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я через організацію мультидисциплінарної служби психічного здоров'я на робочому місці. Служба виступатиме ключовим актором у організації та координації цього процесу на місцевому рівні, забезпечуючи процес безперервного моніторингу стану психічного здоров'я та коригувальних заходів, у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки на робочому місці.

Таким чином, розроблена з застосуванням теорії системності концептуальна модель моніторингу показників стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я на робочому місці з урахуванням медико-соціальних детермінант сприятиме формуванню стійкої та ефективної системи підтримки психічного

здоров'я на робочому місці, підвищенню професійної витривалості керівників, оптимізації управлінських процесів та інтеграції доказових підходів до психосоціальної підтримки в стратегії розвитку сектору охорони здоров'я України.

Особливістю розробленої концептуальної моделі з одного боку є інтеграція наявних спроможностей системи охорони здоров'я, залучених до організації моніторингу і оцінювання стану психічного здоров'я, з іншого – власне автоматизація процесу збору та обробки даних; включення якісно нових елементів у системи автоматизації збору та обробки даних моніторингу; інтеграція з електронною системою охорони здоров'я (ЕСОЗ) та використання сучасних аналітичних платформ для аналізу даних; укладення угод між закладами охорони здоров'я для забезпечення наступності передачі отриманих даних; залучення до процесу фахівців із соціології та інформаційних технологій із немедичною освітою, а також стандартизація функцій підрозділів, відповідальних за моніторинг та оцінювання психічного здоров'я. Усе це забезпечить гармонізацію нових компонентів із наявними структурами, підвищить організаційну ефективність та функціональну стійкість моделі, надавши їй нових якісних характеристик.

Експертна оцінки моделі склала $9,38 \pm 0,75$ бали із 10 можливих зі значним ступенем узгодженості думок (коефіцієнт варіації $C_v = 7,72\%$).

Тож враховуючи відповідність моделі потребі реформи системи медичної допомоги населенню й позитивну оцінку експертами, запропоновану модель моніторингу та оцінювання стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я з урахуванням медико-соціальних та економічних чинників можна рекомендувати для впровадження у систему охорони здоров'я України на національному, регіональному та місцевому рівнях.

Ключові слова: система охорони здоров'я, громадське здоров'я, психічне здоров'я, модель, менеджер системи охорони здоров'я, моніторинг, детермінанти, соціологічне дослідження, опитувальник, постраждалі від війни, стать, робоче місце, війна, стрес, Україна.

ABSTRACT

Borovets V.A. Determinants of Mental Health and Justification of a Monitoring Model for Its Status Among Healthcare System Managers. Qualification scientific work on the rights of the manuscript.

This qualifying research paper constitutes an original, unpublished manuscript submitted in partial fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in speciality 222 «Medicine» (022 – Health Care). – Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ministry of Health of Ukraine, Lviv, 2025.

The dissertation addresses an important scientific and practical task of identifying the mental health determinants among health care managers and providing a scientific rationale for the development of a model to monitor their mental health in the context of modern challenges of the health care system in Ukraine.

To achieve the research objectives and to meet the tasks defined by the research design, the work was carried out in five consecutive stages, using a set of the methods, including bibliosemantic, statistical, epidemiological, sociological, medical and statistical, methods of systematic approach and analysis, as well as conceptual modeling and expert assessments.

At the first stage, a thorough analysis of international and Ukrainian scientific literature on the mental health of healthcare workers was conducted. This enabled the identification of the main theoretical approaches to spot the mental health determinants among managers in the context of sector reform, the COVID-19 pandemic and the full-scale war in Ukraine. It also defined the dissertation's research direction, purpose, objectives, program, methods, and scope (a total of 190 sources were reviewed, including scientific publications, regulations, analytical reports, and strategic documents).

The analysis highlighted the need to develop a systematic multilevel model for monitoring mental health in health care managers, which considers the high level of occupational and emotional stress faced by health care system managers to ensure their healthy lifestyle and well-being, and, as a result, productivity. Achieving this requires a

comprehensive understanding of the various determinants of mental health.

At the second stage, the status of “health care manager” was identified based on international definitions and adaptation of the behavioural model of managerial competencies specific to health care managers, taking into account both international experience and the particularities of the Ukrainian health care system. As an indicative sample for assessing the personnel reserve of health care managers, a qualitative characterization of students enrolled in advanced training programs specializing in “Organization and Management of Health Care” studying at the Department of Public Health of the Faculty of Postgraduate Education of Danylo Halytsky Lviv National Medical University from 2020 to 2024 was conducted. Consequently, a detailed socio-demographic and professional portrait of Ukrainian health care managers was developed, providing the empirical basis for subsequent research.

Within the second stage, methodological research tools were developed, namely the author's questionnaire designed to determine and assess the level of influence of individual determinants on mental health (Certificate of copyright registration №131282 of 12.11.2024). Additionally, a standardised questionnaire for assessing mental health and quality of life (MHQoL) was translated and adapted into Ukrainian. The MHQoL consists of a descriptive system (MHQoL-7D) covering seven domains (self-esteem, independence, mood, relationships, daily activities, physical health, future) and a visual analogue scale (MHQoL-VAS) for respondents' self-assessment of the overall psychological well-being.

At the same stage, the medical and demographic environment in which health care managers operate was analysed. This included the dynamics and structure of mortality by classes of causes of death in Ukraine in 2008, 2013, 2018 and 2021, with particular attention to mental and behavioural disorders, considering regional disparities.

The third stage of the research involved a sociological survey using a standardised, adapted tool for assessing mental health and quality of life - the MHQoL questionnaire. The survey sample comprises 281 medical professionals and health care managers from Volyn, Lviv, and Rivne oblasts, as well as other health care managers who were studying at the Faculty of Postgraduate Education of Danylo Halytsky Lviv National Medical

University. It was found that the “Daily Activities” domain is rated critically low by both men and women (men - 0.47 ± 0.06 ; women - 0.45 ± 0.05), yet it demonstrates the strongest positive correlation with overall level of psychological well-being ($r=0.49$, $p<0.001$). Furthermore, managerial staff reported significantly lower “Daily Activity” scores than medical staff (1.89 ± 0.04 vs. 2.01 ± 0.04 ; $t=-1.97$, $p<0.05$), highlighting a potential vulnerability to professional burnout. The data revealed gender-specific patterns in the correlation between several quality-of-life domains and the overall psychological well-being. In women, stronger correlations were found in domains of “Mood” ($r=0.53$, $p<0.001$), “Daily activities” ($r=0.46$, $p<0.001$) and “Self-esteem” ($r=0.41$, $p<0.001$). For men, the most significant domains were “Daily Activities” ($r=0.49$, $p<0.001$), ‘Relationships’ ($r=0.47$), and “Future” ($r=0.43$, $p<0.001$).

The fourth stage of the study analysed the impact of the main determinants on mental health. A personally developed “Questionnaire for Identifying and Assessing the Level of Influence of Individual Determinants on Mental Health” was used to interview 389 respondents. The findings indicate that, among global determinants, military events exerted the greatest impact on the mental health of health care managers in Ukraine (4.44 ± 0.05 on a 5-point scale), followed by the COVID-19 pandemic (2.77 ± 0.08 points) and global economic changes (2.76 ± 0.08).

It was established that the state of mental health of the Ukrainian population is most influenced by social determinants such as the state-level corruption (3.71 ± 0.07 on a 5-point scale), inflationary processes (3.58 ± 0.07), and the political situation in Ukraine (3.54 ± 0.07). Healthcare facility managers specifically pinpointed the influence of social factors, including “Corruption in the state” (3.81 ± 0.14), “Organisation and accessibility of services in the health care system” (3.74 ± 0.13), “Political situation” (3.54 ± 0.14) and “Efficiency of public administration” (3.54 ± 0.15).

Among the 15 identified personal determinants of mental health, health care managers rated “Satisfaction with working conditions” as having the greatest impact (3.84 ± 0.16 out of 5). This aspect was also ranked among the most significant (3.53 ± 0.07) in the general respondent sample along with “Personal income and its distribution” (3.49 ± 0.07), “Satisfaction with housing conditions” (3.41 ± 0.08),

“Lifestyle” (3.37 ± 0.08), and “Food quality” (3.34 ± 0.07).

At the fifth stage of the study, a conceptual model for monitoring the state of mental health of health care managers during the ongoing reform was scientifically substantiated and developed. This model takes into account national, regional and local levels, and incorporates such competencies as stress management and emotional resilience, development of leadership skills and supportive communication, the organisation of a multidisciplinary mental health service in the workplace, the use of standardised psychometric tools, implementation of intervention and supervision mechanisms. The model’s effectiveness was confirmed through expert evaluation.

The main objectives of this dissertation were: to analyse international and domestic scientific literature on the determinants of mental health and models for monitoring its state; to clarify the definition and professional status of “Health care Manager”; to develop methodological research tools – questionnaires for managers in “Healthcare Organisation and Management” and medical professionals to define and assess the influence of individual determinants on mental health; to conduct a sample survey of individual assessment of mental health and quality of life among medical professionals and health care managers; to identify specific features and trends of the principal mental health determinants through expert sampling; to define the correlations between global economic, social and individual determinants and the mental health of medical professionals and health care managers; to provide a scientific rationale for and to develop the conceptual model for monitoring health care managers’ mental health in the context of an ongoing health care reform.

The scientific novelty of the obtained results lies in several key contributions made for the first time in Ukraine. Firstly, the research systematically presents the need to develop a conceptual model for monitoring the mental health of health care managers during the current phase of health care reform. A structured system of managerial competencies of a health care manager has been proposed, incorporating both international experience and the specifics of the Ukrainian healthcare system. This system includes the definition of competencies and a multilevel system of behavioural indicators differentiated across tasks, processes, policy implementation and strategic orientation.

Furthermore, the research substantiates, for the first time, the use of a behavioural event-based interview as an effective tool for assessing and predicting the professional effectiveness of health care managers in Ukraine. An original questionnaire to evaluate the impact of determinants on mental health was developed (Certificate No. 131282 dd 12 11.2024), and a standardised MHQoL questionnaire for assessing mental health and quality of life was adapted into Ukrainian. Within this study, a comprehensive assessment of medical professionals' and managers' mental health was conducted, identifying a critical decline in the "Daily Activities" indicator and proving its strong correlation with overall psychological well-being. The research identified the impact of global determinants (military events, the COVID-19 pandemic, economic changes) on the health care managers' mental health. It was found that mental health is highly influenced by a set of key social (corruption, political instability) and personal factors (working conditions, income, housing conditions). Thus, the study scientifically substantiated and developed a conceptual model for monitoring the mental health of health care managers amidst ongoing medical reform with national, regional and local considerations. The model also encompasses such elements as stress management competencies, emotional resilience, leadership skills and supportive communication, creation of a multidisciplinary mental health service in the workplace, the use of standardised psychometric tools, the implementation of intervention and supervision mechanisms.

In the dissertation, it is proposed to establish a fundamentally new structural unit within health care institutions – a multidisciplinary mental health service in the workplace. Such a unit would be composed of mental health professionals (social workers, nurses, psychologists, psychiatrists) and would monitor quantitative and qualitative indicators of employees' mental health and well-being. The application of standardised psychometric tools will provide an objective measurement of mental health status and define well-being determinants.

The effectiveness of the proposed model largely depends on the resource base, which includes three main components: human capital, finances, and support infrastructure. To ensure the sustainable development of the health care system, it is necessary to implement structured training for health care managers at both

undergraduate and postgraduate stages. Such training should focus on developing stress management, emotional stability, leadership, and supportive communication competencies.

As part of model's implementation, it is necessary to introduce intervention and supervision mechanisms coordinated by relevant health care departments and aimed not only at supporting the mental health of health care managers, but also at improving their professional activities efficiency, optimising management processes, and strengthening the human resource capacity of health care facilities. The institutionalisation of these processes will not only reduce the level of professional burnout among health care managers but also improve the quality of decision-making, which directly affects the overall efficiency of the national health care system.

The central element of the conceptual model is the establishment of the National Commission on Mental Health, tasked with strategic guidance and coordination of activities at the national level regarding programs for monitoring and supporting the mental health of medical staff in the workplace.

The strategic aim of this model is to obtain reliable information on the impact of key determinants on the mental health of health care managers and to ensure measures to mitigate their negative impact.

The tactical component of the proposed model relies on an intersectoral approach aimed at identifying mental health determinants of health care institution managers and assessing their impact. This approach relies upon a multidisciplinary mental health service in the workplace, which would be the key player in intersectoral cooperation and coordination of the necessary measures at the local level. This dedicated body would be in charge of implementing a system of continuous mental health monitoring, timely detection of signs of distress, and comprehensive psychosocial interventions in the work environment.

Thus, the conceptual model, developed using the systemicity theory for monitoring mental health indicators of health care managers in the workplace, takes into account medical and social determinants. It will contribute to the formation of a sustainable and effective system of mental health support in the workplace, increase the professional

endurance of managers, optimise management processes and integrate evidence-based approaches to psychosocial support into the development strategies of the health sector in Ukraine.

A distinctive feature of the conceptual model is its integration of existing health care capabilities involved in the organisation of mental health monitoring and evaluation, along with the inclusion of qualitatively new elements in the systems of automated collection and processing of monitoring data. In particular, it relies on automation of data collection and processing, integration with the electronic health care system and the use of modern analytical platforms for data analysis, and agreements between health care institutions to ensure the continuity of data transfer. This conceptual model would also involve specialists in sociology and information technologies with a non-medical background, as well as standardise the functions of units responsible for mental health monitoring and evaluation. These measures will harmonise new components with existing structures, increase organisational efficiency and functional stability of the model, while also enhancing it with new qualitative attributes.

The expert evaluation of the model yielded a score of 9.38 ± 0.75 out of 10, indicating a notable consistency of opinions (coefficient of variation $CV = 7.72\%$).

Thus, given the model's relevance to the need of the health care system reform and positive experts' assessment, the proposed model for monitoring and assessing the mental health of health care managers, which accounts for medical, social and economic factors, can be recommended for implementation within Ukraine's health care system at the national, regional and local levels.

Key words: healthcare system, public health, mental health, model, health care manager, monitoring, determinants, sociological research, questionnaire, war victims, gender, workplace, war, stress, Ukraine.

СПИСОК ОСОБИСТИХ ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

(* особистий внесок)

1. Любінець О. В., Качмарська М. О., Гржибовський Я. Л., Боровець В. А. (2021). Структура та динаміка смертності населення України внаслідок розладів психіки та поведінки. *Україна. Здоров'я Нації*, 1(3), 33–39. <https://doi.org/10.24144/2077-6594.3.1.2021.240807> (*проведення збору даних, їх статистична обробка та інтерпретація результатів).
2. Боровець, В. (2023). Менеджер системи охорони здоров'я: аналіз дефініцій та ключові компетенції. *Україна. Здоров'я нації*, (4), 71–77. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.4/11> (*ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка матеріалу та написання висновків).
3. Borovets, V. A., & Lyubinets, O. V. (2024). Social determinants of the impact on mental health during the war in ukraine (a study based on the assessment of medical professionals). *Clinical and Preventive Medicine*, 7, 131–137. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.7.2024.16> (*ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка матеріалу та написання висновків).
4. Borovets, V., & Lyubinets, O. (2024). Satisfaction with working conditions and mental health of healthcare workers according to their self-assessment. *Acta Medica Leopoliensia*, 30(1–2), 120–132. <https://doi.org/10.25040/aml2024.1-2.120> (*збір даних, обробка матеріалу та формування висновків).
5. Любінець, О., Боровець, В., & Качмарський, Д. (2024). Глобальні економічні зміни та стан здоров'я населення. *Україна. Здоров'я нації*, (4), 7–10. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.4/01> (*збір даних, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків).
6. Боровець, В. А., & Любінець, О. В. (2024). Модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я. *Вісник Соціальної Гігієни Та Організації Охорони Здоров'я України*, 4, 42–48. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2024.4.15217> (*ідея написання статті, збір інформації, обробка та узагальнення даних, матеріалу та написання висновків).

7. Suvalo, O., & Borovets, V. (2024). Ukrainian mental health in transition: from totalitarianism towards a modern mental health system. *The Lancet Psychiatry*, 11(11), 870–872. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(24\)00325-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(24)00325-0) (*ідея написання статті, збір інформації, написання висновків).

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

8. Kachmarska, M., Borovets V., & Lyubinets, L. (2022). Assessment of the impact of social stress on the mental health of medical workers and managers of health care facilities. In *Streszczenia Międzynarodowej konferencji naukowej: Dni medycyny społecznej i zdrowia publicznego. Polska 2022 - Ostatnie doświadczenia i obecne wyzwania* (pp. 102–103). Krakowska Wyższa Szkoła Promocji Zdrowia (*збір даних, аналіз матеріалу та написання тез).

9. Качмарська, М., Боровець, В., & Любінець, Л. (2022). Оцінка впливу соціальних стресів на стан психічного здоров'я медичних працівників, керівників закладів охорони здоров'я та студентів вищих медичних навчальних закладів. *Українські медичні вісті. Матеріали ХІХ конгресу СФУЛТ 27-29.10.2022 та історико-термінологічної конференції ВУЛТ 30.06.2022*. Т. 14, № 3-4 (92-93). С. 99 (*збір даних, аналіз і обробка матеріалу та написання тез).

10. Kachmarska, M., Liubinets, L., Śmiałko, D., Borowiec, V., & Shveda, H. (2023). Ocena poziomu lęku reaktywnego specjalistów pracujących z pacjentami na nowotwory [Assessment of the level of reactive anxiety of specialists working with cancer patients]. In *Streszczenia VIII Międzynarodowej onkologicznej konferencji naukowej: Choroby nowotworowe wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia i nauki* (pp. 57–58) (*збір даних, аналіз матеріалу та написання тез).

11. Боровець, В., & Любінець, О. (2024). Оцінка стану психічного здоров'я та якості життя медичних працівників на основі анкети MHQoL-7D (The Mental Health Quality of Life Questionnaire). <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/67447/1/%D0%9E%D0%A6%D0%86%D0%9D%D0%9A%D0%90%20%D0%A1%D0%A2%D0%90%D0%9D%D0%A3.pdf> (*ідея написання статті, збір інформації, обробка та узагальнення даних,

матеріалу та написання висновків).

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

12. Любінець О. В., Мілашовська В. О., Децик М. О., Зуб В. І., Боровець В. А. Концептуальні особливості побудови стратегічного плану організації медичної допомоги населенню. *Методичні рекомендації до занять із спеціалізації за фахом “Організація і управління охороною здоров’я” галузі знань 22 «Охорона здоров’я» спеціальності 222 «Медицина»*. Львів, 2023. 52 с. (Особистий внесок: формування вступної частини та значення розробки концептуальних моделей при реформуванні системи охорони здоров’я населення).

Зміст

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ, УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	22
ВСТУП	23
РОЗДІЛ 1. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ТА ЕКОНОМІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	35
1.1. Сучасний стан реформування системи охорони психічного здоров'я в Україні	35
1.2. Детермінанти психічного здоров'я.....	38
1.3. Обґрунтування та дослідження з моніторингу психічного здоров'я на робочому місці...	42
1.4. Невирішені питання та необхідність подальших досліджень	49
Висновки до розділу 1	52
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, ОБСЯГ І МЕТОДИ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	53
Висновки до розділу 2	58
РОЗДІЛ 3. ІДЕНТИФІКАЦІЯ СТАТУСУ «МЕНЕДЖЕР ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я» НА ОСНОВІ СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНИЧНОГО АНАЛІЗУ	61
3.1. Менеджер системи охорони здоров'я: компетентнісна характеристика та поведінкові патерни менеджера охорони здоров'я.....	61
3.2. Соціально-демографічний та професійний портрет слухачів програм підвищення кваліфікації за фахом «Організація і управління охороною здоров'я», як показової вибірки для оцінки управлінського кадрового резерву системи охорони здоров'я України	68
3.3. Психічне здоров'я і смертність в Україні: динаміка та територіальні диспропорції.....	71
Висновки до розділу 3.	75
РОЗДІЛ 4. САМООЦІНКА СТАНУ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МЕНЕДЖЕРАМИ ТА ЛІКАРЯМИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЛЬВІВСЬКОЇ, РІВНЕНСЬКОЇ ТА ВОЛИНСЬКОЇ ОБЛАСТЕЙ.....	78
Висновки до розділу 4	87
РОЗДІЛ 5. АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА РІВНЯ ВПЛИВУ ОСНОВНИХ ОСОБИСТІСНИХ, СУСПІЛЬНИХ ТА ГЛОБАЛЬНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА МЕНЕДЖЕРІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	90
5.1. Визначення та оцінка рівня впливу особистісних детермінант на стан психічного медичного персоналу та менеджерів системи охорони здоров'я.....	90
5.2. Суспільні детермінанти впливу на стан психічного здоров'я у час воєнних подій в Україні.....	96
5.3 Глобальні детермінанти та їх вплив на стан психічного здоров'я населення.....	100
Висновки до розділу 5	104
РОЗДІЛ 6 НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА РОЗРОБКА КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ МОНІТОРИНГУ ТА ОЦІНЮВАННЯ СТАНУ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МЕНЕДЖЕРІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	107

6.1. Теоретичне обґрунтування побудови концептуальної моделі моніторингу та оцінювання стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я	107
6.2. Концептуальна модель моніторингу показників стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я	118
6.3. Експертна оцінка обґрунтованих та розроблених інновацій концептуальної моделі моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів.....	125
Висновки до розділу 6.	129
ВИСНОВКИ.....	133
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	137
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ЛІТЕРАТУРИ.....	139
ДОДАТКИ.....	162

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ, УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ДОЗ	– Департамент охорони здоров'я
ЕСОЗ	– Електронна система охорони здоров'я
ЗОЗ	– Заклад охорони здоров'я
ЗУ	– Закон України
ЄС	– Європейський Союз
КМУ	– Кабінет Міністрів України
КНП	– Комунальне некомерційне підприємство
КЦПЗ	– Координаційний центр з психічного здоров'я Кабінету Міністрів України
ЛНМУ.	– Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я
НКПЗ	– Національна комісія з питань психічного здоров'я
НДР	– Науково-дослідна робота
НСЗУ	– Національна служба здоров'я України
ОВА	– Обласна військова адміністрація
ООН	– Організація Об'єднаних Націй
ПЗПСП	– Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка
СБ	– Світовий банк
СОТ	– Світова організація торгівлі
ФПДО	– Факультет післядипломної освіти
СВІ	– Competency-Based Interview
MHDQ	– The Mental Health Determinants Questionnaire
MHQoL-7d.	– The Mental Health Quality of Life Questionnaire
OECD	– Organisation for Economic Co-operation and Development
ROI	– Return on Investment

ВСТУП

Актуальність роботи. Дослідження стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я України набуває особливої актуальності в умовах масштабного реформування сфери, остання ітерація якої розпочалась в 2016 році та включає значні структурно-функціональні зміни, такі як автономізація закладів охорони здоров'я, децентралізація управління та трансформація фінансування [187]. Ці процеси суттєво підвищують вимоги до управлінського персоналу, який змушений адаптуватися до нових умов, балансувати операційні потреби із добробутом працівників і забезпечувати якісне надання медичних послуг. Водночас реформи ускладнюються зовнішніми факторами: пандемією COVID-19 у 2020 році, російським вторгненням у 2022 році та війною, що триває, які, за оцінками ВООЗ, можуть призвести до психічних розладів у 9,6 мільйонів українців, зокрема 3,9 мільйонів з розладами середнього та тяжкого ступеня [121].

Психічне здоров'я менеджерів є критично важливим елементом успіху системи охорони здоров'я, адже від їхнього благополуччя залежить ефективність управлінських рішень, продуктивність праці персоналу системи охорони здоров'я та якість медичного обслуговування [27]. Економічні наслідки нелікованих психічних розладів також є значними: втрата продуктивності, абсентеїзм і презентеїзм коштують глобальній економіці трильйони доларів щорічно, а в країнах Європейського Союзу (ЄС) складають 2–5% ВВП [85].

В Україні проблема психічного здоров'я населення досліджується активно [125, 143, 157, 180, 183, 184], однак комплексні роботи, присвячені впливу множинних факторів на стан психічного здоров'я медичних працівників та менеджерів системи охорони здоров'я, залишаються одиничними [89, 154, 182]. Відсутні адаптовані моделі моніторингу, які враховували би специфіку їхньої роботи, а низький рівень інформатизації медичних закладів ускладнює збір і аналіз даних. Крім того, стигма щодо звернення за психологічною допомогою перешкоджає ранньому виявленню проблем, що посилює потребу в систематичному підході до моніторингу [92].

Таким чином, моніторинг психічного здоров'я менеджерів є актуальним не

лише для підвищення їхнього добробуту, але й для забезпечення сталого розвитку системи охорони здоров'я. Це відповідає зобов'язанням України перед ЄС та Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року, що схвалена Кабінетом Міністрів України у 2017 році. Систематичний моніторинг дозволить своєчасно виявляти психосоціальні ризики, зменшувати економічні втрати, покращувати продуктивність і створювати здорове робоче середовище, що є ключовим для ефективного функціонування галузі в умовах сучасних викликів та є пріоритетним напрямком наукової та практичної діяльності в нашій державі.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами

Дисертаційна робота стала фрагментом комплексних науково-дослідних робіт (НДР) Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: «Детермінанти здоров'я сільського населення та тривалість життя» (№ держреєстрації – 0118U000099; термін виконання 2018-2022 рр.) та «Неінфекційні захворювання: основні детермінанти негативного впливу на стан громадського здоров'я в Україні» (№ держреєстрації – 0122U202003, термін виконання 2023-2027 рр.). Дисертант є виконавцем фрагментів НДР.

Тема дисертаційної роботи затверджена на засіданні Вченої ради факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, протокол № 02-10 від 20 жовтня 2021 року.

Мета дослідження – виявити сучасні особливості та тенденції впливу основних детермінант на стан психічного здоров'я та науково обґрунтувати і розробити концептуальну модель моніторингу його стану в менеджерів системи охорони здоров'я на сучасному етапі її реформування.

Для досягнення мети дослідження необхідним було вирішення ряду взаємопов'язаних дослідницьких задач:

1. Провести аналіз міжнародних та вітчизняних наукових публікацій, чинних нормативно-правових актів, аналітичних звітів та стратегічних

документів щодо детермінант психічного здоров'я та моделей моніторингу його стану;

2. Здійснити ідентифікацію статусу «Менеджер охорони здоров'я»;
3. Розробити методологічні інструменти дослідження – анкетні опитувальники з вивчення думки фахівців з «Організації і управління охороною здоров'я», медичних працівників щодо визначення рівня їх психічного здоров'я та основних детермінант психічного здоров'я;
4. Провести вибіркове опитування медичних працівників та менеджерів системи охорони здоров'я, щодо індивідуальної оцінки ними їхнього стану психічного здоров'я та якості життя;
5. Виявити сучасні особливості та тенденції впливу основних детермінант психічного здоров'я (за даними експертної вибірки);
6. Встановити рівень впливу основних глобальних економічних, суспільних та особистісних детермінант на стан психічного здоров'я медичних працівників та менеджерів системи охорони здоров'я;
7. Науково обґрунтувати та розробити концептуальну модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я на сучасному етапі її реформування.

Наукова база дослідження охоплювала дані держорганів статистики України, анкети анонімного опитування медичних працівників та менеджерів системи охорони здоров'я, що проходили спеціалізацію чи курси тематичного удосконалення на кафедрі громадського здоров'я факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, а також менеджерів системи охорони здоров'я Львівської, Рівненської та Волинської областей

Об'єкт дослідження: стан психічного здоров'я керівників та медичного персоналу закладів охорони здоров'я.

Предмет дослідження: детермінанти та оцінка рівня їх впливу на психічне здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я, самооцінка психічного здоров'я, модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я на сучасному етапі її реформування.

У роботі використані такі **методи наукового дослідження:**

- бібліосемантичний – для вивчення українського та міжнародного досвіду стосовно проблем психічного здоров'я на робочому місці та дефініції статусу «Менеджер охорони здоров'я», з точки зору управлінських та лідерських компетенцій;

- статистичний – для збору, обробки й аналізу отриманої під час дослідження інформації, щодо структури смертності населення за класом V «Розлади психіки та поведінки», стану психічного здоров'я та якості життя менеджерів системи охорони здоров'я залежно від статі, стажу роботи у системі охорони здоров'я та займаної посади, щодо впливу визначених глобальних економічних, суспільних та основних особистісних детермінант на стан психічного здоров'я, а також при експертному оцінюванні запропонованої концептуальної моделі та її складових;

- епідеміологічний – для проведення ретроспективного епідеміологічного аналізу показників смертності населення за класом V «Розлади психіки та поведінки», її структурою в Україні та областях у 2008, 2013, 2018 та 2021 роках;

- соціологічний – для дослідження самооцінки стану психічного здоров'я та якості життя медичними працівниками та менеджерами системи охорони здоров'я, виявлення сучасних особливостей та тенденцій впливу основних детермінант психічного здоров'я, встановлення рівня впливу основних глобальних, суспільних та особистісних детермінант на стан їх психічного здоров'я;

- медико-статистичний – для статистичного опрацювання отриманих результатів дослідження, визначення їх статистичної достовірності;

- системного підходу – для комплексного дослідження стану психічного здоров'я медичних працівників та менеджерів системи охорони здоров'я;

- системного аналізу – для кількісного та якісного опрацювання отриманих результатів наукового дослідження;
- концептуального моделювання – для розробки та обґрунтування концептуальної моделі моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я на сучасному етапі її реформування;
- експертних оцінок – для оцінки запропонованої концептуальної моделі та її складових.

Наукова новизна результатів дослідницької роботи полягає у тому, що вперше в Україні:

- системно представлено необхідність розробки концептуальної моделі моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я на сучасному етапі її реформування;
- здійснено ідентифікацію статусу «Менеджер охорони здоров'я» на основі міжнародних дефініцій та адаптації поведінкової моделі управлінських компетенцій менеджера системи охорони здоров'я з урахуванням міжнародного досвіду та специфіки української системи охорони здоров'я;
- запропоновано структуровану систему компетенцій, що включає їх визначення та багаторівневу систему поведінкових індикаторів з диференціацією з огляду на завдання, процеси, імплементацію політик та стратегічну орієнтацію в управлінні та лідерстві, а також уперше обґрунтовано застосування інтерв'ю, заснованого на поведінкових подіях (Competency Based Interview) як ефективного інструменту оцінки та прогнозування професійної ефективності управлінців у сфері охорони здоров'я в Україні;
- розроблено методологічні інструменти дослідження, а саме: «Опитувальник з визначення та оцінки рівня впливу окремих детермінант на стан психічного здоров'я» (Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №131282 від 12.11.2024 р.), здійснено переклад й адаптацію українською мовою стандартизованого психометричного інструменту «Опитувальник оцінки стану психічного здоров'я та якості життя MHQoL», що складається із описової системи

(MHQoL-7D), що охоплює сім доменів (самооцінка, незалежність, настрої, стосунки, повсякденна діяльність, фізичне здоров'я, майбутнє), та візуально-аналогової шкали (MHQoL-VAS) для самооцінки загального психологічного благополуччя респондента;

- здійснено комплексну оцінку стану психічного здоров'я та якості життя медичних працівників та менеджерів системи охорони здоров'я. Встановлено, що домен «щоденна діяльність» є критично заниженим як у чоловіків, так і у жінок (у чоловіків – $0,47 \pm 0,06$; у жінок – $0,45 \pm 0,05$), а також що саме цей домен має найсильніший позитивний кореляційний зв'язок із загальним рівнем психологічного самопочуття ($r=0,49$, $p<0,001$). Крім того, доведено, що менеджери оцінюють свою щоденну діяльність достовірно нижче, ніж медичний персонал ($1,89 \pm 0,04$ проти $2,01 \pm 0,04$; $t = -1,97$, $p<0,05$), що є індикатором їх потенційної вразливості до професійного вигорання;

- доведено наявність гендерних особливостей у зв'язку між окремими доменами якості життя та оцінкою загального психологічного благополуччя. Зокрема, серед жінок сильніший кореляційний зв'язок спостерігається для доменів «Настрої» ($r=0,53$, $p<0,001$), «Щоденна діяльність» ($r=0,46$, $p<0,001$) та «Самооцінка» ($r=0,41$, $p<0,001$). У чоловіків же найбільш значущими є домени «Щоденна діяльність» ($r=0,49$, $p<0,001$), «Відносини» ($r=0,47$) та «Майбутнє» ($r=0,43$, $p<0,001$);

- показано, що за оцінкою впливу глобальних детермінант на стан психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я найвищий рівень впливу мають воєнні дії на теренах України ($4,44 \pm 0,05$ бали за 5-ти бальною шкалою), а наступні позиції за ступенем дії мали: пандемія COVID-19 ($2,77 \pm 0,08$ бали) та глобальні економічні зміни ($2,76 \pm 0,08$);

- встановлено, що на стан психічного здоров'я населення України найбільше впливають такі соціальні фактори, як наявність корупції в державі ($3,71 \pm 0,07$ бали з 5 максимальних), інфляційні процеси ($3,58 \pm 0,07$ бали) та політичне становище в Україні ($3,54 \pm 0,07$ балів). Керівники ж закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) у першу чергу вказали дію таких соціальних факторів, як наявність «Корупції в державі»

($3,81 \pm 0,14$), «Стан організації та доступності послуг в системі охорони здоров'я» ($3,74 \pm 0,13$) та «Політичне становище» й «Ефективність державного управління» ($3,54 \pm 0,14$ та $3,54 \pm 0,15$, відповідно). Що ж до врахування стажу роботи, то такі дані переважали у керівників зі стажем 0-20 років, аніж у фахівців зі стажем роботи у системі охорони здоров'я понад 20 років;

- встановлено, що з 15 визначених особистісних детермінант стану психічного здоров'я, менеджери системи охорони здоров'я найвищу оцінку впливу надали задоволеності умовами праці — $3,84 \pm 0,16$ балів з 5 можливих. У загальній вибірці респондентів цей детермінант також був серед найбільш значущих і отримав $3,53 \pm 0,07$ бали разом із «Рівнем особистого доходу та його розподілом» ($3,49 \pm 0,07$), «Задоволеністю житловими умовами» ($3,41 \pm 0,08$), «Способом життя» ($3,37 \pm 0,08$) та «Якістю продуктів харчування» ($3,34 \pm 0,07$);

- науково обґрунтовано та розроблено концептуальну модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я на сучасному етапі її реформування з урахуванням національного, регіонального та місцевого рівнів, а також таких елементів у її побудові, як наявність компетенцій у сфері управління стресом та емоційної стійкості, формування навичок лідерства та підтримуючої комунікації, організація мультидисциплінарної служби психічного здоров'я на робочому місці, використання стандартизованих психометричних інструментів, впровадження інтерв'язійних та супервізійних механізмів. Ефективність моделі підтверджена методом експертних оцінок.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає в істотному розширенні наукових засад теорії соціальної медицини, громадського здоров'я та організації й управління системою охорони здоров'я в частині концепції побудови моделі моніторингу стану психічного здоров'я медичних працівників та менеджерів системи охорони здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що вони стали підставою для:

- впровадження результатів дослідження в систему охорони здоров'я України на галузевому, регіональному та місцевому рівнях, відповідно до Статті № 33, Закону № 4223-IX від 15 січня 2025 року про розробку програм психосоціальної підтримки на робочому місці;

- обґрунтування та розробки заходів, спрямованих на організацію мультидисциплінарної служби психічного здоров'я на робочому місці з урахуванням стандартизованих психометричних інструментів, якісних та кількісних індикаторів та сучасних систем автоматизації збору й обробки даних;

- проведення на регіональному рівні аналітичної оцінки стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я на робочому місці для своєчасної ідентифікації у них ризиків у сфері психічного здоров'я та благополуччя, що сприятиме покращенню їхнього добробуту та ефективності праці;

- удосконалення навчальних програм з підготовки керівників ЗОЗ, організаторів охорони здоров'я на до- та післядипломному рівнях, підвищенні рівня їх компетенцій у сфері управління стресом та емоційної стійкості, формування навичок лідерства та підтримуючої комунікації на кафедрах громадського здоров'я, організації охорони здоров'я та соціальної медицини;

- підвищення рівня знань слухачів циклів післядипломної освіти з питань удосконалення системи охорони здоров'я на основі впровадження концептуальних моделей у реформуванні окремих напрямків системи.

Впровадження результатів дослідження реалізовано:

а) *на галузевому рівні*: при дизайні та імплементації проєктів «Посилення спроможності закладів охорони здоров'я та формування стійкості працівників медичної сфери», які реалізовано Координаційним центром з психічного здоров'я Кабінету Міністрів України та ГО «Безбар'єрність», у співпраці з Міністерством охорони здоров'я України, Департаментами охорони здоров'я Харківської, Миколаївської, Запорізької, Сумської, Одеської, Чернігівської та Дніпропетровської областей, у межах Всеукраїнської програми ментального здоров'я "Ти як?", яка впроваджується за ініціативою Першої Леді України Олени

Зеленської (лист №162 КЦ-2024/в від 18.09.2024); при впровадженні у Центрі підвищення кваліфікації «Інституту післядипломної освіти» Державної наукової установи «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» Державного управління справами (акт впровадження від 17.01.2025 р.), а також у навчальний процес кафедр: Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (акти впровадження на кафедрі громадського здоров'я від 21.01.2025 р. та на кафедрі соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я від 21.01.2025 р.), Полтавського державного медичного університету (акт впровадження від 24.01.2025 р.), Ужгородського національного університету (акт впровадження від 13.02.2025 р.), Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського (акт впровадження від 21.02.2025 р.); Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (акт впровадження від 05.03.2025 р.).

б) *на регіональному рівні*: окремі елементи дисертаційної роботи впроваджено у практичну діяльність ДУ «Кіровоградський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України (акт впровадження від 03.03.2025 р.), КНП ЛОР «Львівський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики (акт впровадження від 10.03.2025 р.), Управління охорони здоров'я Волинської обласної державної адміністрації (акт впровадження від 12.03.2025 р.) та наукових відділів ДНУ «ЦІТОЗ» ДУС (акт впровадження від 14.01.2025 р.).

Всього 12 актів впровадження (додаток Г).

Особистий внесок здобувача.

Автором самостійно обрано мету та завдання дослідження, визначено методологічні підходи й обґрунтовано вибір методичного інструментарію для досягнення поставлених цілей. Здійснено розробку програми дослідження, проведено пошук, аналіз і узагальнення сучасних науково-інформаційних джерел вітчизняного та зарубіжного походження з обраної тематики, проведено збір, систематизацію та аналіз статистичних даних. Розроблено «Опитувальник з визначення та оцінки рівня впливу окремих детермінант на стан психічного

здоров'я» (Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №131282 від 12.11.2024 р.). Здійснено переклад та адаптацію українською мовою стандартизованого психометричного інструменту «Опитувальник оцінки стану психічного здоров'я та якості життя MHQoL». Анкетування респондентів здійснювалося за цими опитувальниками. Також було проведено статистичне опрацювання зібраного матеріалу, здійснено систематизацію й узагальнення отриманих результатів та обґрунтування наукових положень, розроблено та обґрунтовано концептуальну модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я на сучасному етапі її реформування, зроблено висновки, запропоновано практичні рекомендації, впроваджено результати дослідження в практику, що знайшло відображення в друкованих працях за темою дисертації. У дисертаційному дослідженні частково використано ідеї, результати та окремі розробки, представлені в колективних публікаціях у співавторстві з «іншими дослідниками». Всі фрагменти, що запозичені з таких праць, доопрацьовані, узагальнені та належно процитовані згідно з вимогами академічної доброчесності.

Апробація матеріалів дисертації.

Результати дослідження, що викладені у дисертації, доповідались та були обговорені:

а) на міжнародному рівні за участі іноземних спеціалістів: Konferencja Naukowa PTMSiZP «Dni medycyny społecznej i zdrowia publicznego «Polska 2022 - Ostatnie doświadczenia i obecne wyzwania» (Krakow, 13-15 października 2022 r.); XIX конгрес СФУЛТ (м. Ужгород, 27-29 жовтня 2022 року); Workshop "Mastering The Skills of Mental Health and Psychosocial Support Coordination and Interagency Support", Dnipro, 24–25 January 2023; 8 Międzynarodowa onkologiczna konferencja naukowa «Choroby nowotworowe wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia i nauki» (Sanok, 18-20 maja 2023); Всеукраїнська наукова конференція з міжнародною участю «Розвиток системи громадського здоров'я України в умовах війни та післявоєнної відбудови» (Ужгород, 5-6 жовтня 2023); International forum

“Psychosocial Interventions in Migration, Emergency and Displacement”, Pisa, 9–21 October 2023; Науково-практична конференція «Сучасні проблеми гігієни, епідеміології, мікробіології та туберкульозу» (Львів, 31 січня 2024); VI науковий симпозіум «Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики в умовах надзвичайних ситуацій та перспективи розвитку» (Тернопіль, 25-26 вересня 2024); Всеукраїнська наукова конференція з міжнародною участю «Роль системи громадського здоров'я в імплементації «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року» (Ужгород, 03-04 жовтня 2024);

б) на національному рівні: Науково-практична конференція «Малоінвазивні технології в урології» (Яремче, 08-10 лютого 2023); Конгрес Асоціації урологів України (Львів, 15-17 червня 2023); Науково-практична конференція «Новітні технології в урології і гінекології» (Львів, 15-16 вересня 2023); Науково-практична конференція за участю молодих вчених «Організаційно-прикладні аспекти клінічної та профілактичної медицини в умовах сучасних викликів і загроз: проблеми та перспективи інноваційного розвитку» (Київ, 30-31 жовтня 2024); Науково-практична конференція «Здоров'я нації та суспільства» (Київ, 28-29 листопада 2024).

Основні положення дисертації викладено у 12 наукових працях, з них 7 статей опубліковано у фахових виданнях, включених до наукометричних баз, затверджених МОН України, зокрема 1 стаття індексується у Scopus та 1 виконана у моноавторстві; 5 публікацій, що відображають апробацію результатів дослідження, серед них: 1 стаття у збірнику наукових праць та 3 тези доповідей, оприлюднених у матеріалах наукових конференцій і конгресів, в т. ч. 2 – міжнародні, опубліковані за кордоном; 1 методична рекомендація.

Крім того, отримано Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір «Опитувальник з визначення та оцінки рівня впливу окремих детермінант на стан психічного здоров'я», №131282 від 12.11.2024 року.

Структура та обсяг дисертації.

Дисертація викладена на 185 сторінках, із яких 158 сторінок становить основний текст. Робота містить: вступ, аналітичний огляд наукової літератури, опис програми дослідження та чотири розділи, присвячені власним дослідженням, їх аналізу та узагальненню результатів. Завершується робота висновками, практичними рекомендаціями та 7 додатками. Текст дисертації ілюстровано 17 таблицями та 13 рисунками.

Список використаних джерел включає 190 найменувань, з яких 125 – латиницею.

РОЗДІЛ 1.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ТА ЕКОНОМІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

1.1. Сучасний стан реформування системи охорони психічного здоров'я в Україні

Розвиток кадрового потенціалу є однією з основних проблем системи охорони здоров'я в Україні. У той же час вітчизняна система охорони здоров'я є динамічною та характеризується швидкими структурно-функціональними змінами. Значно зростає запит на фахівців із навичками управління та лідерства на різних рівнях. Також зростає роль фахівців, що володіють компетенціями стратегічного управління [131]. Впровадження масштабних реформ у сфері охорони здоров'я є важливим і складним завданням у будь-якій країні в будь-який час. В Україні процес реформування системи охорони здоров'я був ускладнений спочатку пандемією COVID-19 у 2020 році, а потім російським повномасштабним вторгненням у 2022 році [139].

Поточний етап реформування системи охорони здоров'я (з 2016 року і дотепер) – це комплексні зміни системи охорони здоров'я з акцентом на перетворенні фінансування охорони здоров'я (пулінг ресурсів, контрактні взаємовідносини між платником і провайдером, використання ефективних методів оплати медичних послуг) [160]. Поточна реформа актуалізувала низку системних проблем, зокрема необхідність переосмислення підходів до управління сферою охорони здоров'я, створення конкурентного ринку медичних послуг, автономізації медичних закладів та їх ресурсного забезпечення, запровадження нового механізму фінансування медичних закладів, формування сучасної моделі компетенцій для керівників некомерційних медичних установ, модернізації внутрішньо-організаційного менеджменту закладів охорони здоров'я [187].

У 2017 р. було прийнято ряд нормативно-правових актів для забезпечення інституалізації реформи системи охорони здоров'я, зокрема: зміни до закону

України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [136] та методичні рекомендації щодо перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства [167].

Відбувся процес трансформації, що включає прийняття Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [137], запровадження Програми медичних гарантій та створення основних національних інституцій у сфері охорони здоров'я — Національної служби здоров'я України [145], Центру громадського здоров'я МОЗ [166] та ДП «Медичні закупівлі України» [168], та іншими істотними змінами, що включають реорганізацію Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) та підпорядкованих йому установ та автономізацію закладів охорони здоров'я [169].

Ефективне управління системою охорони здоров'я являє собою багатокомпонентний процес, що охоплює стратегічне планування, організацію, координацію та контроль, спрямовані на забезпечення раціонального функціонування галузі, оптимального використання наявних ресурсів і досягнення цільових показників якості та доступності медичних послуг. У межах автономізації закладів охорони здоров'я відбулися зміни у фінансово-господарській, управлінській, організаційній та інших видах діяльності цих закладів, де менеджери закладів охорони здоров'я отримали широкі владні повноваження, зокрема, свободу в розпорядженні активами, фінансами та формуванні кадрової політики закладу, у визначенні внутрішньої організаційної структури закладу, що докорінно змінило вимоги до менеджерів системи охорони здоров'я. Отже, децентралізація як процес інституційної перебудови системи управління охороною здоров'я передбачає передачу повноважень та відповідальності від центральних органів влади до місцевих, що повинно сприяти підвищенню ефективності та якості медичних послуг [178].

З моменту здобуття незалежності в 1991 році Україна реформує свою систему охорони психічного здоров'я, ухваливши Закон «Про психіатричну допомогу» у 2000 році [134] та здійснивши ратифікацію Конвенції Організації Об'єднаних Націй про права осіб з інвалідністю у 2009 році [135].

Набуття Україною статусу кандидата в члени Європейського Союзу призвело до того, що Уряд України взяв на себе зобов'язання до 2030 року забезпечити рівень системи охорони психічного здоров'я відповідно до стандартів Європейського Союзу, а також до Плану дій Всесвітньої організації охорони здоров'я з охорони психічного здоров'я на 2013-2030 роки [116]. Після Революції Гідності та початку російсько-української війни у 2014 році, докорінні зміни засад фінансування охорони здоров'я каталізували поступові зміни у сфері психічного здоров'я, кульмінацією яких стало прийняття у 2017 році Концепції розвитку системи охорони психічного здоров'я на 2018-2030 роки [144]. Попри труднощі та виклики під час пандемії COVID-19, український уряд затвердив Плани заходів у сфері охорони психічного здоров'я (на 2021-2023 роки та на 2024-2026 роки) [146, 149].

Згодом, в Україні сформувалося розуміння міжсекторального характеру та координації, необхідних у сфері охорони психічного здоров'я, зокрема, співпраці між такими сферами, як охорона здоров'я, соціальний захист, освіта та інші. У відповідь на зростаючу потребу у сфері психічного здоров'я та з огляду на оцінки Всесвітньої організації охорони здоров'я, згідно з якою 9,6 мільйона людей в Україні можуть мати психічні розлади внаслідок війни (3,9 мільйона з яких, ймовірно, матимуть захворювання середнього та тяжкого ступеня) [121], у 2022 році Кабінет Міністрів України (КМУ) створив Міжвідомчу координаційну раду з питань охорони психічного здоров'я та надання психологічної допомоги постраждалим від збройної агресії російської федерації [147] та Координаційний центр з питань психічного здоров'я (КЦПЗ) у 2023 році [148]. У такий спосіб було започатковано Всеукраїнську програму з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки «Ти як?», що ще раз підкреслило відданість уряду розв'язанню проблем психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. Сферу психічного здоров'я та психосоціальної підтримки також було включено до Плану післявоєнного відновлення України на 2022-2032 роки [106].

15 січня 2025 року Верховна Рада України ухвалила у другому читанні Закон № 4223-IX «Про систему охорони психічного здоров'я України» [138], що визначає

правові, організаційні, економічні та соціальні засади системи охорони психічного здоров'я в Україні. Згідно зі статтею №20, задля забезпечення наявності, доступності та прийнятності послуг у сфері психічного здоров'я, було передбачено утворення міжвідомчого координаційного органу – Національної комісії з питань психічного здоров'я при Кабінеті Міністрів України, постійно діючого колегіального органу, юридичної особи публічного права, що функціонує в організаційно-правовій формі державної установи та належить до сфери управління Кабінету Міністрів України і здійснює функції у сфері охорони психічного здоров'я.

Поза тим, відповідно до Статті № 33 “Охорона психічного здоров'я на робочому місці”, Закону № 4223-IX «Про систему охорони психічного здоров'я України», кожен роботодавець може розробити та затвердити програму психосоціальної підтримки на робочому місці.

Проте, незважаючи на постійні зусилля, сфера охорони психічного здоров'я на робочому місці стикається зі значними проблемами, що обмежують її здатність забезпечувати всебічну, інтегровану та науково обґрунтовану підтримку, у тому числі менеджерів системи охорони здоров'я. Низкою досліджень доведено, що майже 80% медичних працівників хоча б раз у своїй кар'єрі зазнають впливу травматичного стресу і визначають, що вони емоційно постраждали [182].

1.2. Детермінанти психічного здоров'я

З огляду на трансформації політичної, економічної та соціальної ситуації в Україні суттєво змінилися вимоги до керівників різних рівнів не лише у виробничій, а й у соціальній сфері. Зростає значення управлінських компетентностей, професійної підготовки, здатності до інновацій та креативного мислення. Це особливо актуально для системи охорони здоров'я, де питання формування ефективного кадрового потенціалу набуває ключового значення. Саме підготовлені управлінці мають стати основою для організаційно-правових та управлінських змін, необхідних для подальшого розвитку галузі [126].

Здатність людини вести повноцінне життя, включно з можливістю навчатися, працювати або займатися дозвіллям, а також здатність приймати щоденні особисті або побутові рішення щодо освіти, працевлаштування, житла або іншого вибору, значною мірою залежить від її психічного здоров'я або психологічного благополуччя [40]. Соціально-економічні умови та доступ до послуг охорони здоров'я мають прямий вплив на психічне здоров'я, яке є ключовою частиною загального добробуту [90].

Психічне здоров'я складається з двох окремих, але взаємозалежних компонентів: позитивного психічного благополуччя та наявності або відсутності психічних розладів [61], які визначаються як «клінічно значущі порушення когнітивної сфери, емоційної регуляції або поведінки» [117]. Таким чином, психічне здоров'я і психічні розлади не слід розглядати як протилежні полюси одного континууму — відсутність розладу ще не гарантує доброго психічного стану [60, 61].

Вивчення детермінант впливу на здоров'я населення на державному та міждержавному рівнях набуває нових реалій [140]. На психічне здоров'я впливають особистісні характеристики, а також соціальні, економічні, культурні, освітні, екологічні та політичні чинники. Однак соціально-економічні детермінанти не часто обговорюються в літературі. Середовище, у якому люди народжуються, живуть, працюють і старіють, а також їхній доступ до систем охорони здоров'я формуються під впливом більш широких соціально-економічних детермінант. Різні соціальні, економічні та фізичні фактори відіграють вирішальну роль на різних етапах життя, впливаючи на психічне здоров'я та сприяючи поширеності психічних розладів. Концепції соціально-економічних детермінант зосереджені на тому, як умови, в яких люди живуть і працюють, впливають на результати їхнього психічного здоров'я [70]. Як зазначає Dawid Majcherek [69], соціально-економічний статус є другою за значимістю детермінантою розладів психічного здоров'я через його вплив на соціальну взаємодію. Рівень доходу, професійні ролі та інші соціально-економічні атрибути сприяють комплексному розумінню проблем психічного здоров'я.

Хронічний стрес є значним фактором психічних розладів [103, 198]. Економічна нестабільність також є однією з основних причин тривожних розладів [174].

Окрім того, важливими соціальними детермінантами, що впливають на психічне здоров'я населення, є корупція в державі, інфляційні процеси та політична ситуація в Україні [14].

Детермінанти можуть чинити як позитивний, так і негативний вплив на психічне здоров'я. До сприятливих чинників належать глобальні управлінські структури, зокрема Всесвітня організація охорони здоров'я, Світовий банк, Світова організація торгівлі та інші. Водночас негативний вплив справляють такі глобальні детермінанти, як міжнародні конфлікти (зокрема війна між Україною та росією), економічна нестабільність, міжнародна торгівля, міграційні процеси, а також глобальні кліматичні зміни [161]. У контексті війни в Україні саме воєнні дії є головною причиною погіршення психічного стану населення та працівників, оскільки вони створюють екзистенційну загрозу, порушують стабільність життєвих процесів і знижують ефективність професійної діяльності. Тому важливим завданням управління організаціями та персоналом в умовах війни є розуміння змісту психічного здоров'я працівників та організації в цілому, можливих ризиків його зниження [150].

Проблема управління кадровими ресурсами у системі охорони здоров'я України в сучасних соціально-економічних реаліях є ключовою, оскільки управління персоналом будь-якої організації є одним з основних чинників її конкурентоспроможності. Сталий розвиток української системи охорони здоров'я тісно пов'язаний із діяльністю фахівців, які застосовують свої професійні навички, прагнуть до особистісного і професійного зростання та мають високу мотивацію до результативної роботи. Формування таких якостей є ключовим завданням сучасної системи управління персоналом у закладах охорони здоров'я. Раціональне та ефективне управління медичними кадрами є важливим чинником у підвищенні якості медичної допомоги населенню [52]. Проведення медичних послуг є командною роботою, отже, одним із основних завдань менеджера закладу охорони

здоров'я є організація та підтримання сприятливого робочого клімату та командного духу, задля формування згуртованого трудового колективу та підвищення продуктивності праці [133].

Freaney J. та Fellenz M. R. було доведено, що ефективне залучення до роботи медичного персоналу значною мірою залежить від підтримуючих управлінських відносин і добре спроектованих ролей [39]. Ефективна кадрова політика в галузі охорони здоров'я дозволяє підвищити результативність організації через адаптацію кваліфікацій персоналу до запитів пацієнтів [56], а, відповідно, ефективна командна робота в системі охорони здоров'я покращує результати для пацієнтів [94].

Часто, менеджери системи охорони здоров'я стикаються з інтенсивним тиском, щоб збалансувати добробут персоналу з операційними вимогами, що потребує жорстких практик управління людськими ресурсами [108]. У цьому випадку, ще більш важливим постає ведення здорового способу життя, що є одним із чинників, який визначає ефективність життєдіяльності та здатність людини виконувати обрані нею соціальні цілі [9, 41, 71, 81, 165].

Вплив економічних змін, які спостерігаються у світовому масштабі, зокрема пов'язаних із війною на теренах України, на стан здоров'я населення є глобальною детермінантою людства [161]. Так, переміщення, спричинене війною, значно підвищує поширеність серйозних психічних розладів серед постраждалих груп [36]. О. Partyka та співавтори у статті 2024 року «Міграційні виклики та їх вплив на систему первинної медичної допомоги - якісне дослідження», опублікованій у міжнародному науковому журналі «Healthcare», зазначають, що мігранти є потенційно вразливою групою населення з точки зору дискримінації, поганих житлових умов та недостатнього доступу до медичних послуг [86], що створює складні виклики для психічного здоров'я та потребує комплексної психосоціальної підтримки [98].

1.3. Обґрунтування та дослідження з моніторингу психічного здоров'я на робочому місці

У всьому світі поширені розлади психічного здоров'я пов'язані з прямими та непрямими втратами, у тому числі втратою продуктивності та зайнятості робочої сили; лише депресія та тривога оцінюються приблизно в 1 трильйон доларів США на рік [19]. Так, для прикладу, великий депресивний розлад створює значні витрати через відсутність на роботі та зниження продуктивності [47]. Депресія та тривожні розлади є основною причиною тривалої непрацездатності в більшості розвинених країн [55].

Усе частіше визнається згубний вплив психічних розладів на економіку, шляхом зниження продуктивності та збільшення витрат на лікування [62]. Непрямі витрати, пов'язані з психічними захворюваннями, також включають підвищений рівень короткочасної непрацездатності, інциденти з безпекою, абсентеїзм і презентеїзм (робота під час хвороби), низьку продуктивність і нереалізований обсяг виробництва, стрес для членів команди, неефективну понаднормову роботу й надлишковий персонал для заміщення відсутніх через хворобу, а також витрати на кадрове забезпечення, пов'язані з наймом і утриманням персоналу [44, 63]. У глобальному масштабі рентабельність інвестицій (Return on Investment - ROI) майже втричі перевищує економічні вигоди на кожен долар, витрачений на лікування розладів психічного здоров'я (2,3-3,0 до 1). Для країн із середнім рівнем доходу цей показник ще вищий: рентабельність інвестицій становить 5,4-5,7 економічної вигоди на кожен долар, витрачений на лікування [4].

Використовуючи оцінки Організації економічного співробітництва та розвитку, можна констатувати, що оціночні прямі та непрямі витрати на розлади психічного здоров'я серед країн варіюються від близько 2% ВВП у Румунії, Болгарії та Чеській Республіці до понад 5% у Данії, Фінляндії, Нідерландах та Бельгії [85]. Якщо проблеми психічного здоров'я, з якими стикаються працівники, не лікуються вчасно, це може призвести до зниження продуктивності бізнесу. У результаті зусилля, які уряди докладають для поліпшення економічних умов і здоров'я населення, можуть бути поставлені під загрозу [66].

Розвиток і вдосконалення служб охорони праці на національному рівні є ключовим чинником забезпечення сталого здоров'я, добробуту та трудової активності працюючого населення [54]. Соціально-економічні градієнти в психічному здоров'ї підкреслюють потребу в цільових інтервенціях громадського здоров'я [104].

Швидке ділове середовище та нові організації роботи підвищують ризики для психічного здоров'я, особливо професійний стрес і професійне вигорання [170]. Психічне здоров'я стає критично важливим аспектом безпеки та гігієни праці [78]. T.D.Shanafelt та співавтори підкреслюють: «Вигорання серед медичних працівників зросло, відображаючи тягар робочих вимог на психічне здоров'я» [96].

Дослідження засвідчують, що стан психічного здоров'я безпосередньо впливає на якість управлінських рішень [34].

Стрес на робочому місці є основною причиною зниження продуктивності – тому відповідно до рекомендацій Організації економічного співробітництва та розвитку [84], роботодавці мають розробити політики, які сприятимуть охороні психічного здоров'я на робочому місці та підтримці працівників, які мають проблеми з психічним здоров'ям. Таким чином, рекомендації закликають сприяти оцінюванню психосоціальних ризиків, підвищенню обізнаності та компетентності лінійних керівників у питаннях психічного здоров'я, а також на підтримку повернення до роботи працівників, які мають проблеми з психічним здоров'ям і перебувають на лікарняному. А оскільки більша частина життя припадає на трудову діяльність, робоче місце є ідеальним середовищем для реалізації ініціатив, що сприяють зміцненню психічного й поведінкового здоров'я та профілактиці захворювань. Для бізнесу покращення психічного здоров'я працівників може заощадити значні ресурси, зменшуючи тривожність, підвищуючи продуктивність і заохочуючи утримання персоналу, а також зменшуючи витрати на охорону здоров'я. Психічного здоров'я і благополуччя на робочому місці можна досягти, якщо роботодавці дотримуватимуться найкращих і перспективних практик, проте існує гостра потреба в централізованих, узгоджених зусиллях для створення доказової бази, підтримки інформації про найкращі практики, а також ефективного

поширення та впровадження політики і практик, які об'єднують академічні, державні, бізнесові та професійні медичні інституції [45].

Ефективне зміцнення психічного здоров'я на робочому місці потребує цілісної політики, яка забезпечує роботодавців та інших ключових учасників чіткими орієнтирами щодо їхньої ролі, доступом до необхідних інструментів і навчальних можливостей для раннього виявлення та реагування на проблеми психічного здоров'я. Такий підхід має ґрунтуватися на інтеграції систем охорони здоров'я та зайнятості для забезпечення кращої підтримки працівників [82].

Систематичний моніторинг стану психічного здоров'я на робочому місці, особливо в умовах високого стресу, як-от війна чи реформи в охороні здоров'я, є критично важливим для раннього виявлення проблем, зниження економічних втрат і підтримки продуктивності працівників [12, 28, 80].

Окрім того, медичні працівники мають бути проактивними в моніторингу стану психічного здоров'я та володіти навичками самодопомоги. Встановлення меж між особистими та професійними зобов'язаннями, а також залучення до позитивних практик здорового способу буття є життєво важливим для розвитку та підтримки благополуччя. Пам'ятати про негативні емоції та наявний доступ до підтримки, включно з медичними послугами, має вирішальне значення для самодопомоги [8]. Поганий добробут персоналу та вигорання пов'язані зі зниженням безпеки пацієнтів і якості догляду [50].

Відповідальність за сприяння здоров'ю та благополуччю на робочому місці лежить у площині як політики сфери охорони здоров'я, так і політики ринку праці. Законодавство про працю та робочі місця, а також характеристики системи охорони здоров'я створюють основу для низки політичних важелів, доступних урядам для сприяння здоров'ю на робочому місці. Важелі політики, виявлені в десяти країнах, які були детально досліджені (Австралія, Канада, Франція, Німеччина, Італія, Японія, Корея, Нова Зеландія, Велика Британія, США та Франція), включають (I) регулювання, (II) фінансові стимули, (III) поширення інформації та (IV) системи сертифікації та нагородження. Зусилля уряду щодо сприяння здоров'ю та благополуччю на робочому місці можуть бути посилені через

залучення інвесторів та приватних фондів, які прагнуть узгодити свої інвестиції з принципами сталого розвитку та суспільними цінностями, до інвестування в компанії, які надають пріоритет здоров'ю та благополуччю своїх працівників [83].

Всесвітня організація охорони здоров'я та Міжнародна організація праці у своєму політично-брифінговому документі зазначають, що необхідно «постійно відстежувати та оцінювати вплив законів, кодексів і політик на психічне здоров'я на робочому місці, включаючи ступінь їхньої реалізації. Також слід використовувати комбінацію варіантів правозастосування, включно з проактивними перевітками, а також реактивні розслідування після скарг або інцидентів [120]. Це підкреслює необхідність запровадження системного моніторингу психічного здоров'я на робочому місці, з акцентом на регулярну оцінку та адаптацію політик для своєчасного виявлення й ефективного управління психосоціальними ризиками, що є центральним напрямом сучасних досліджень у цій галузі.

Формування культури здоров'я на робочому місці має сприяти охороні психічного здоров'я, підвищувати продуктивність праці та зменшувати соціально шкідливу поведінку. Побудова культури здоров'я і благополуччя на робочому місці створює середовище, в якому працівники відчують, що їх цінують, підтримують і заохочують працювати з максимальною віддачею в роботі, яку вони вважають значущою [151].

Моніторинг психічного здоров'я на робочому місці є критичним для працівників сфери охорони здоров'я, які обслуговують соціально вразливі групи населення під впливом значного професійного стресу. V.N.Salgado de Snyder та співавтори у статті 2021 року «Occupational Stress and Mental Health Among Healthcare Workers Serving Socially Vulnerable Populations During the COVID-19 Pandemic», опублікованій у *Frontiers in Public Health*, зазначають: «Основними професійними чинниками стресу для медичних працівників були надмірне робоче навантаження, довгий робочий день та інституційні бар'єри щодо перенаправлення та супроводу пацієнтів до необхідних соціальних послуг» [95].

Проведені дослідження підкреслюють важливість систематичного моніторингу психічного здоров'я на робочому місці для запобігання факторам стресу, які впливають на добробут працівників. К. Chakraborty у своїй роботі 2024 року «Психічне здоров'я на робочому місці та його вплив на баланс роботи й життя та здоров'я», опублікованій у «International Journal of Creative Research Thoughts», зауважує, що лікування депресії працівників зменшило кількість прогулів і підвищило продуктивність праці майже на 40-60%. Існують помірні докази того, що ефективність роботи на робочому місці може підвищитися, якщо втручання поєднувати із заходами з охорони психічного та фізичного здоров'я як однієї зі стратегій вирішення проблеми [18]. Цей висновок підтверджує необхідність моніторингу психічного здоров'я на робочому місці, адже раннє виявлення та втручання, включно з моніторингом стану психічного здоров'я, можуть значно покращити продуктивність і зменшити відсутність працівників, що є ключовим завданням для організацій.

Наукові дослідження підкреслюють критичну потребу в систематичному моніторингу психічного здоров'я медичних працівників, зокрема медсестер, для забезпечення сталого управління на робочому місці. Lorber M. та Dobnik M. у своєму дослідженні зазначають, що моніторинг психологічного благополуччя та психічного здоров'я є важливим, оскільки обидва ці показники суттєво впливають на загальний стан здоров'я працівників [67]. Такі ж висновки висловлюють і інші наукові дослідники: «Медичні працівники повинні бути активними в моніторингу та вирішенні питань самодопомоги на робочому місці. Встановлення меж, а також залучення до позитивних практик здорового способу життя є життєво важливим для розвитку і підтримки благополуччя. Пам'ятати про негативні емоції та доступ до підтримки, включаючи медичні послуги, має вирішальне значення для самодопомоги» [21]. Отже, систематичний моніторинг психічного здоров'я на робочому місці є обґрунтовано необхідним, оскільки регулярне оцінювання психоемоційного стану та добробуту медичних працівників сприяє покращенню їхнього загального здоров'я й підвищенню продуктивності, що має вирішальне значення для ефективного функціонування організацій.

У дослідженні L.J.Anzion та співавт. акцентується на важливості трансформації ментальних моделей, зокрема серед керівників середньої ланки, як передумови успішного впровадження систем моніторингу психічного здоров'я. Автори підкреслюють, що саме зміна управлінського мислення є ключовим чинником для ефективної реалізації організаційних втручань, спрямованих на зміцнення психічного здоров'я працівників [5]. Відтак лідери відіграють ключову роль у моніторингу психічного здоров'я на робочому місці, допомагаючи підтримувати баланс між робочими задачами та ресурсами, щоб покращити добробут працівників та забезпечити ефективність організації. «Керівник може діяти, щоб збільшити позитивний ресурс, підтримуючи хорошу комунікацію, підтримку та коучинг працівника, а також зменшити вимоги, регулярно контролюючи робоче навантаження, емоційні вимоги та організаційні потоки» [53].

Отож, регулярний моніторинг менеджерами робочого навантаження та емоційних факторів сприяє зменшенню стресу, підвищує залученість працівників і підтримує їхнє психічне здоров'я на роботі. А тренування лідерів є ключовим інструментом для моніторингу та підтримки психічного здоров'я на робочому місці, спонукаючи працівників активніше використовувати доступні ресурси [30].

Моніторинг психічного здоров'я на робочому місці може значно покращити добробут працівників через своєчасне виявлення проблем і підтримку з боку лідерів. Менеджери, які розпізнають тривожні ознаки, мають більше шансів надати підтримку працівникам, які, можливо, відчувають труднощі або перебувають у скрутному становищі [58]. Цей висновок підкреслює важливість регулярного моніторингу лідерами поведінкових ознак, як от емоційний дистрес чи зниження продуктивності, щоб своєчасно надати ресурси та запобігти погіршенню стану психічного здоров'я працівників.

Систематичний огляд і метааналіз двадцять одного рандомізованого контрольованого дослідження щодо визначення ефективності професійних цифрових втручань щодо психічного здоров'я для покращення психологічного благополуччя працівників і підвищення ефективності роботи, зроблений S.Carolan

та співавторами й опублікований у журналі «Journal of Medical Internet Research», показав, що професійні цифрові втручання з охорони психічного здоров'я мали статистично значущий вплив після втручання, як на психологічне благополуччя, так і на ефективність [17].

Сучасні дослідження демонструють, як штучний інтелект може стати справжнім проривом у підтримці психічного здоров'я працівників, зокрема через моніторинг, який допомагає виявляти проблеми на ранніх стадіях і адаптувати підтримку до їхніх потреб. «Моніторинг на основі штучного інтелекту може полегшити безперервну та дистанційну оцінку психічного здоров'я, зменшуючи потребу пацієнтів відвідувати медичні заклади» [26]. Artificial intelligence in mental health care: a systematic review of diagnosis, monitoring, and intervention applications. *Psychological Medicine*, 55. <https://doi.org/10.1017/s0033291724003295>.

Сучасні технології відкривають нові можливості для ефективного моніторингу психічного здоров'я на робочому місці, використовуючи носимі сенсори та машинне навчання для відстеження стану працівників. Сенсори, що носяться, мають потенціал для постійного й ненав'язливого моніторингу психічних станів, а значить своєчасного вивлення стресу [42]. Моніторинг психічного здоров'я на робочому місці може бути ефективно реалізований, власне, через носимі сенсори та машинне навчання, які дозволяють своєчасно виявляти стрес [43]. Контроль психічного здоров'я на робочому місці також може бути значно покращений завдяки IoT-технологіям (Інтернет речей), які дозволяють виявляти перші ознаки психічних розладів у реальному часі. A.Rawat та S.Gochhait для раннього виявлення таких розладів були розроблені спеціальні датчики, які допомагають визначити стан психічного здоров'я за гормонами, зокрема, шляхом вимірювання рівня кортизолу та інших гормонів у поті або крові [93].

Доведено також, що моніторинг психічного здоров'я на робочому місці може бути ефективно реалізований з допомогою смартфонних додатків, які допомагають зменшувати депресивні симптоми. Firth, J. та співавтори в статті 2017 року «Ефективність втручань у сфері психічного здоров'я на основі смартфонів для лікування депресивних симптомів: метааналіз рандомізованих контрольованих

досліджень», опублікованій у часописі «World Psychiatry», зазначають: «Втручання з допомогою смартфонів мали помірний позитивний вплив на депресивні симптоми, без жодних ознак упередженості публікацій, що впливають на ці висновки» [37].

Поза тим, не менш важливою є контекстуалізація та локалізація інструментів моніторингу. Так, основна рекомендація G.-C.Ali та співавторів полягає в тому, що, коли це можливо, обраний інструмент скринінгу повинен бути валідизований на основі золотого стандарту діагностичної оцінки в конкретному контексті [2].

З огляду на наведені вище аргументи, ключовим аспектом досліджень сфері моніторингу психічного здоров'я на робочому місці є ретельний підбір та локальна валідизація скринінгових інструментів у різних контекстах їх використання.

1.4. Невирішені питання та необхідність подальших досліджень

Глибокі трансформації у сфері охорони здоров'я, а саме надання медичним закладам автономії в управлінні та можливість залучати фінансування з різних джерел, зумовлюють потребу в ефективному й повному використанні кадрового потенціалу медичних установ. У таких умовах особливої актуальності набуває розроблення дієвої державної політики у сфері підготовки управлінських кадрів для системи охорони здоров'я, що є невід'ємною частиною загальної стратегії управління медичними ресурсами.

Сучасні глобальні соціально-економічні виклики, загострення міжнародної конкуренції та курс України на євроінтеграцію висувають перед системою охорони здоров'я нові вимоги, з-поміж яких важливе місце посідає посилення ролі управлінського персоналу. Саме від професіоналізму менеджерів залежить ефективне використання ресурсів установ, задоволення потреб пацієнтів і створення позитивного впливу на суспільство загалом.

У цьому контексті управлінські компетенції персоналу набувають вирішального значення для досягнення успіху, а управління ними стає центральним елементом розробки та реалізації стратегії розвитку організацій.

Компетентність, зі свого боку, розглядається як поєднання психологічних характеристик і психічного стану, що забезпечують здатність особи діяти відповідально, самостійно й ефективно виконувати професійні функції.

У сучасній дефініції категорія «професійне здоров'я працівника» розглядається як економічна цінність разом з прибутковістю підприємства, як необхідна умова високого трудового потенціалу, показник культури і вагомий чинник ефективного управління установами та організаціями. Зв'язок між психічним здоров'ям і соціально-економічними факторами є очевидним, а стан психічного здоров'я менеджера є елементом його успіху. Модель моніторингу психічного здоров'я на робочому місці є ключовим підходом для підвищення добробуту працівників, особливо через своєчасне виявлення проблем і використання організаційних ресурсів. Раннє ж виявлення та втручання покращує прогноз щодо проблем із психічним здоров'ям [59]. Цей висновок підкреслює важливість регулярного моніторингу психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я, щоб забезпечити доступ до таких ресурсів, як програми підтримки, і запобігти погіршенню психічного стану на робочому місці.

Не менш важливим для промоції та превенції психічних розладів на робочому місці, є подолання стигми, яка перешкоджає працівникам, і, більшою мірою, керівникам закладів охорони здоров'я звертатися по допомогу: стигма виступає значною перешкодою для звернення за медичною допомогою та участі в ній [24]. Цей висновок підкреслює необхідність глибокого дослідження детермінант психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я, щоб зменшити вплив стигми, та сприяти доступу до послуг психічного здоров'я та психосоціальної підтримки на робочому місці.

Як підсумок, політика охорони здоров'я повинна бути націлена на виявлення та постійний моніторинг детермінант психічного здоров'я кадрового менеджменту галузі. Тож вирішувати задане питання необхідно застосовуючи моделі моніторингу психічного здоров'я у менеджерів системи охорони здоров'я.

Аналіз інформаційно-дослідницьких наукових джерел продемонстрував, що, загалом, в Україні проблемі психічного здоров'я населення надається значна увага,

однак, під час оцінювання стану психічного здоров'я, дослідники, в основному, зосереджуються на вивченні його проявів у населення, пов'язуючи їх тільки з окремими чинниками. Роботи ж, у яких би висвітлювався вплив комплексу факторів на формування стану психічного здоров'я керівників, менеджерів закладів охорони здоров'я з урахуванням особливості їх роботи, є поодинокими.

Особливо важливим у процесі організації системи моніторингу психічного здоров'я медичних працівників, зокрема управлінського персоналу, є належна організація збору й аналізу даних. Опрацювання отриманої інформації має здійснюватися з допомогою автоматизованих систем, як це прийнято в багатьох країнах світу. Однак, низький рівень цифровізації закладів охорони здоров'я в Україні залишається одним із ключових бар'єрів для повноцінного розвитку напрямів моніторингових досліджень у цій сфері.

Проблемою на сьогодні є і забезпечення необхідною освітою управлінських кадрів системи охорони здоров'я, досягнення в них нових якісних характеристик, приведення навчальних програм із підготовки керівних кадрів до світових стандартів [142, 163, 176]. Керівник майбутнього повинен бути гнучким, добре освіченим, мати професійні знання, уміти мислити системно й аналітично, орієнтуватися на результати, управляти ресурсами, бути відкритим до нових знань та навичок [155, 172], а відтак зберігати психологічну стійкість і функціональну ефективність у складних умовах щоденної діяльності.

Аналіз наукової літератури підтверджує високу актуальність проблеми психічного здоров'я, що потребує подальших комплексних досліджень. Водночас існує суттєва наукова прогалина у вивченні психічного здоров'я саме менеджерів системи охорони здоров'я. З'ясовано, що кількість досліджень присвячених аналізу чинників, які критично впливають на психічне здоров'я в умовах сучасних викликів, а також ідентифікації груп підвищеного ризику, є обмеженою. Так, постає нагальна потреба у створенні науково обґрунтованої моделі моніторингу стану психічного здоров'я медичних управлінців, що передбачає розробку ефективного методичного підходу. У свою чергу, це дозволить сформувати цілісну систему заходів, спрямованих на профілактику та підвищення якості психічного

здоров'я серед менеджерів системи охорони здоров'я в Україні.

Висновки до розділу 1

Аналіз міжнародних та вітчизняних наукових джерел показав, що існує потреба в розробці системної багаторівневої моделі моніторингу психічного здоров'я в менеджерів системи охорони здоров'я, яка враховує високий рівень професійного стресу та емоційного навантаження, з якими стикаються менеджери в системі охорони здоров'я, задля забезпечення здорового способу життя та їх благополуччя, а, як наслідок, і продуктивності праці, що можливо лише через комплексне розуміння різних детермінант впливу на стан психічного здоров'я.

З огляду на аналітичну характеристику даних наукової літератури та аналіз невирішених проблем, проведення наукового дисертаційного дослідження з обґрунтування концептуальної моделі моніторингу та оцінювання стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я має загострену актуальність.

Матеріали розділу викладенні у наступних публікаціях:

1. Боровець, В. (2023). Менеджер системи охорони здоров'я: аналіз дефініцій та ключові компетенції. *Україна. Здоров'я нації*, (4), 71–77. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.4/11>.

2. Borovets, V. A., & Lyubinetz, O. V. (2024). Social determinants of the impact on mental health during the war in ukraine (a study based on the assessment of medical professionals). *Clinical and Preventive Medicine*, 7, 131–137. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.7.2024.16>.

3. Любінець, О., Боровець, В., & Качмарський, Д. (2024). Глобальні економічні зміни та стан здоров'я населення. *Україна. Здоров'я нації*, (4), 7–10. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.4/01>.

4. Suvalo, O., & Borovets, V. (2024). Ukrainian mental health in transition: from totalitarianism towards a modern mental health system. *The Lancet Psychiatry*, 11(11), 870–872. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(24\)00325-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(24)00325-0).

РОЗДІЛ 2.

ПРОГРАМА, ОБСЯГ І МЕТОДИ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Програма дослідження, сформована на засадах системного підходу, передбачала реалізацію п'яти послідовних організаційних етапів із застосуванням відповідних наукових методів. Така структура дозволила отримати комплексну та достатню інформацію для всебічної оцінки об'єкта дослідження. Поставлені завдання забезпечували цілісність і логічну побудову роботи, адже результати кожного етапу слугували підґрунтям для подальших узагальнень і наукового обґрунтування досягнення мети дослідження. Застосовані методи, матеріали, структура програми та обсяг дослідження відображено на рисунку 2.1.

Результати, отримані на першому етапі дослідження, дали змогу узагальнити напрацювання попередніх наукових досліджень, присвячених реформуванню системи охорони здоров'я України, проблемам управління персоналом у медичній сфері, впливу детермінант на психічне здоров'я медичних працівників, а також соціально-економічним перевагам інвестування у сферу психічного здоров'я. Окрему увагу було приділено сучасному стану системи охорони психічного здоров'я в Україні, особливо в контексті робочого середовища. Це дало змогу обґрунтувати вибір тематики дисертаційного дослідження, визначити його мету, завдання, програму, методологію та обсяг. У межах етапу було опрацьовано 190 джерел, включно з науковими публікаціями, нормативно-правовими актами, аналітичними звітами та стратегічними документами. Завдання виконувалося із застосуванням структурно-логічного аналізу та бібліосемантичного методу (табл. 2.1).

Для реалізації другого етапу дослідження із застосуванням бібліосемантичного методу було розкрито дефініції та статус менеджерів у системі охорони здоров'я. На основі даних Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького за 2020-2024 роки вироблено якісну характеристику слухачів програм підвищення кваліфікації за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я», які проходили навчання на кафедрі громадського здоров'я факультету післядипломної освіти, як показової вибірки для

оцінки кадрового резерву менеджерів системи охорони здоров'я. Сформовано детальний соціально-демографічний і професійний портрет українських менеджерів системи охорони здоров'я, що стало емпіричною базою для подальших досліджень.

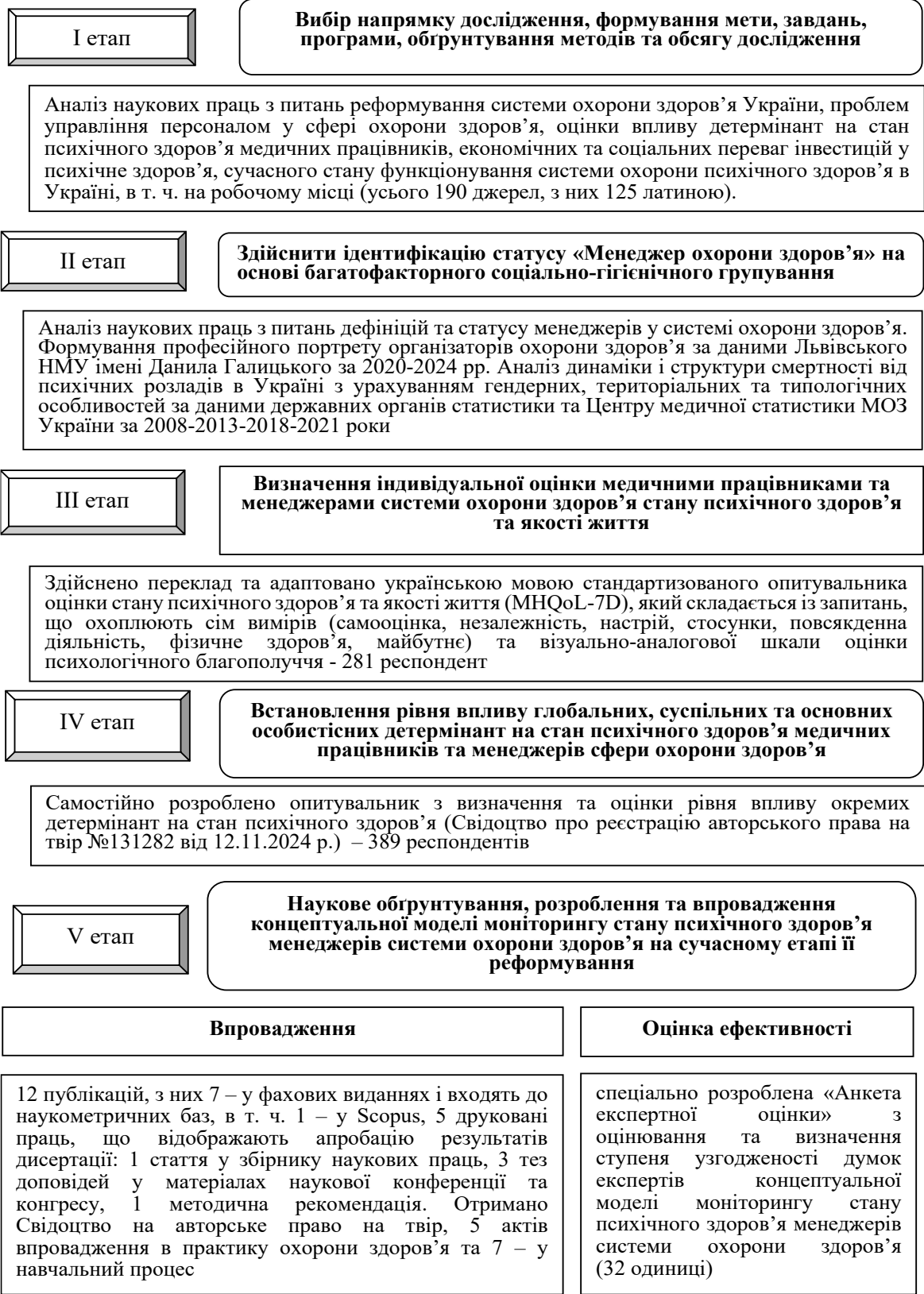


Рис. 2.1. Програма, матеріали та обсяги дослідження

Методичне забезпечення дослідження.

Методи дослідження	Етапи
Системного підходу та аналізу	I-V
Бібліосемантичний	I-IV
Епідеміологічний	II
Статистичний	II-IV
Медико-статистичний	II-IV
Соціологічний	III-IV
Психологічний	III
Концептуального моделювання	V
Експертних оцінок	V

З огляду на те, що офіційні статистичні дані за останні роки є недоступними, на цьому етапі дослідження нами було здійснено оцінку динаміки смертності за класом «Розлади психіки та поведінки» в Україні та визначених 5 її регіонах: Південно-Східному, Південному, Північно-Східному, Центральному та Західному з використанням даних державних органів статистики та Центру медичної статистики МОЗ України за 2008-2013-2018-2021 роки.

Для досягнення мети дослідження на третьому та четвертому етапах дослідження проведено соціологічні опитування. Метою третього етапу стало визначення індивідуальної оцінки медичними працівниками та менеджерами системи охорони здоров'я стану психічного здоров'я та якості життя. Для цього здійснено переклад та адаптовано українською мовою описову частину (MHQoL-7D) стандартизованого опитувальника оцінки стану психічного здоров'я та якості життя (MHQoL), який складається із семи запитань, що охоплюють сім доменів: самооцінка, незалежність, настрої, стосунки, повсякденна діяльність, фізичне здоров'я, майбутнє (Додаток В-1). Опитуванням охоплено 281 особу, якісна характеристика яких (розподіл за статтю, віком, місцем проживання, рівнем освіти, соціальним станом, тощо) представлена у четвертому розділі дисертації.

Під час виконання четвертого організаційного етапу наукового дослідження методом соціологічного опитування було вивчено самооцінку лікарів, в т. ч. за

фахом «Організація і управління охороною здоров'я» щодо рівня впливу глобальних, суспільних та основних особистісних детермінант на стан психічного здоров'я. Для дослідження було самостійно розроблено та отримано свідоцтво на право власності на твір «Опитувальник з визначення та оцінки рівня впливу окремих детермінант на стан психічного здоров'я» (Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №131282 від 12.11.2024 р). В опитувальнику були запитання щодо впливу глобальних (глобальних структур управління, пандемії COVID-19, змін у міжнародній торгівлі, змін клімату, глобальних економічних змін), суспільних (війни України з росією, міграційних процесів в Україні та світі, змін у статеві-віковому складі населення України, впливу рівня демократії в Україні, наявності корупції, впливу інфляційних процесів, ефективності державного управління та впливу політичного становища в Україні, впливу організації соціального захисту населення, соціальних конфліктів та рівня злочинності) та основних особистісних детермінант (способу життя, рівня освіти, особистого доходу та його розподілу, зайнятості, задоволеності умовами праці та житла та ін.) (Додаток В-2). Всього було поставлено 39 запитань, відповіді для яких пропонувалися за п'ятибальною шкалою Лайкерта. Когорта дослідження включала 389 респондентів. Характеристика респондентів (розподіл за віком, статтю, стажем роботи в системі охорони здоров'я, місцем праці та посадою тощо) наводиться в п'ятому розділі дисертації. Анкетування проводилося серед респондентів під час проходження циклів спеціалізації та тематичного удосконалення у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького в 2022-2024 роках методом соціологічного опосередкованого опитування з допомогою створеної Google-form.

Анкети були розроблені з урахуванням сучасних біоетичних принципів та вимог до проведення соціологічних досліджень, із забезпеченням конфіденційності інформації про респондентів і гарантією їхнього права на відмову від участі в опитуванні у будь-який момент.

Анкети були рецензовані та затверджені на засіданні кафедри громадського здоров'я ЛНМУ імені Данила Галицького, а також погоджені рішенням етичної

комісії університету (протокол № 7 від 29.12.2022 р.).

Кожну заповнену анкету було перевірено на відповідність критеріям, необхідним для подальшої статистичної обробки. Анкети, що містили порушення інструкцій щодо заповнення, неповні дані або взаємовиключні відповіді, визнавалися непридатними для аналізу. Дані з валідних анкет вносилися до відповідних статистичних таблиць, створених у програмному середовищі Microsoft Excel. Для збору інформації застосовувалася безповоротна випадкова вибірка — кожен респондент заповнював анкету лише один раз.

Первинні дані оброблялися з використанням програмного забезпечення «R», ліцензованого за GNU General Public License. Для порівняння відносних величин застосовувався критерій χ^2 , а для оцінки достовірності різниці середніх значень у порівнюваних групах використовувалися коефіцієнти рангової кореляції Стюдента. Кореляційний зв'язок результатів дослідження проводили за розрахунком коефіцієнта кореляції Спірмена та розрахунком коефіцієнта кореляції Пірсона.

Розрахунки вибіркової сукупності для респондентів склала кількість, яка забезпечила репрезентативність отриманих даних (додаток Б).

П'ятому, завершальному етапу дисертаційного дослідження відповідало завдання наукового обґрунтування, розробки та оцінювання концептуальної моделі моніторингу психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я в умовах сучасного етапу реформування галузі. З метою визначення прийнятності запропонованої моделі було створено спеціалізований опитувальник (Додаток В-3), що включав 14 запитань. Під час аналізу враховувалося, що експертне оцінювання є дієвим методом дослідження об'єкта, який дозволяє виявити його якісні характеристики та практичну значущість. Рівень досягнення цілей моделі експерти оцінювали за бальною шкалою від 0 (повна невідповідність) до 10 (повна відповідність). Окрім того, експерти визначали ймовірний вплив моделі на попередження професійного вигорання та підвищення ефективності управління системою охорони здоров'я за шістьма показниками, обираючи один із трьох варіантів: покращиться/зросте, не зміниться, погіршиться/знизиться. Оцінка моделі

проведена із залученням 32 кваліфікованих незалежних експертів. До їх складу увійшли 14 спеціалістів за фахом «Організація і управління охороною здоров'я», 9 професорів та 9 доцентів, кандидатів наук, докторів філософії кафедр соціальної медицини та громадського здоров'я закладів вищої освіти України.

Під час опитування було дотримано ключової умови проведення експертних оцінювань – попереднє інформаційне забезпечення експертів. Соціологічне дослідження методом експертного опитування здійснювалося одноразово за попередньої відкритої дискусії. Отримані результати підлягали статистичній обробці, а також подальшому аналізу та інтерпретації.

Структура дослідження включала: систематизовану подачу та опис первинної інформації, виявлення соціальних фактів і закономірностей, узагальнення результатів у формі висновків, а також розроблення практичних рекомендацій на їх основі.

Методологічну основу дисертаційного дослідження становили системний підхід і системний аналіз. Системний аналіз застосовувався як інструмент реалізації системного підходу для вирішення прикладних та практичних завдань. У межах дослідження системний підхід розглядався одночасно як метод і процес пізнання досліджуваного явища.

На основі зазначеної методології, із використанням принципів системного підходу та системного аналізу, було науково обґрунтовано концептуальну модель моніторингу психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я в умовах сучасного етапу реформування галузі.

Висновки до розділу 2

Для досягнення поставленої мети було розроблено дослідницький дизайн, що включає п'ять взаємопов'язаних етапів та передбачає використання дев'яти дослідницьких методів. Такий підхід забезпечив логічну послідовність виконання роботи, дав змогу опрацювати результати власних емпіричних досліджень, провести їх систематизацію та сформулювати обґрунтовані висновки.

Інформаційну основу дослідження склали наукові джерела та дані, отримані

в результаті власних дослідницьких процедур. Програма дослідження та її методичний інструментарій були орієнтовані на розв'язання визначених завдань і отримання достовірних результатів, які стали підґрунтям для побудови концептуальної моделі моніторингу психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я в умовах сучасного реформування галузі.

Предмет та методи наукового дослідження відображені у наступних публікаціях:

1. Любінець О. В., Качмарська М. О., Гржибовський Я. Л., Боровець В. А. (2021). Структура та динаміка смертності населення України внаслідок розладів психіки та поведінки. *Україна. Здоров'я Нації*, 1(3), 33–39. <https://doi.org/10.24144/2077-6594.3.1.2021.240807>.
2. Боровець, В. (2023). Менеджер системи охорони здоров'я: аналіз дефініцій та ключові компетенції. *Україна. Здоров'я нації*, (4), 71–77. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.4/11>.
3. Borovets, V. A., & Lyubinetz, O. V. (2024). Social determinants of the impact on mental health during the war in ukraine (a study based on the assessment of medical professionals). *Clinical and Preventive Medicine*, 7, 131–137. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.7.2024.16>.
4. Borovets, V., & Lyubinetz, O. (2024). Satisfaction with working conditions and mental health of healthcare workers according to their self-assessment. *Acta Medica Leopoliensia*, 30(1–2), 120–132. <https://doi.org/10.25040/aml2024.1-2.120>.
5. Любінець, О., Боровець, В., & Качмарський, Д. (2024). Глобальні економічні зміни та стан здоров'я населення. *Україна. Здоров'я нації*, (4), 7–10. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.4/01>.
6. Боровець, В. А., & Любінець, О. В. (2024). Модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я. *Вісник Соціальної Гігієни Та Організації Охорони Здоров'я України*, 4, 42–48. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2024.4.15217>.
7. Suvalo, O., & Borovets, V. (2024). Ukrainian mental health in transition: from

totalitarianism towards a modern mental health system. *The Lancet Psychiatry*, 11(11), 870–872. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(24\)00325-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(24)00325-0).

8. Kachmarska, M., Borovets V., & Lyubinetz, L. (2022). Assessment of the impact of social stress on the mental health of medical workers and managers of health care facilities. In *Streszczenia Międzynarodowej konferencji naukowej: Dni medycyny społecznej i zdrowia publicznego. Polska 2022 - Ostatnie doświadczenia i obecne wyzwania* (pp. 102–103). Krakowska Wyższa Szkoła Promocji Zdrowia.

9. Качмарська, М., Боровець, В., & Любінець, Л. (2022). Оцінка впливу соціальних стресів на стан психічного здоров'я медичних працівників, керівників закладів охорони здоров'я та студентів вищих медичних навчальних закладів. *Українські медичні вісті. Матеріали ХІХ конгресу СФУЛТ 27-29.10.2022 та історико-термінологічної конференції ВУЛТ 30.06.2022*. Т. 14, № 3-4 (92-93). С. 99.

10. Kachmarska, M., Liubinetz, L., Śmiałko, D., Borowiec, V., & Shveda, H. (2023). Ocena poziomu lęku reaktywnego specjalistów pracujących z pacjentami na nowotwory [Assessment of the level of reactive anxiety of specialists working with cancer patients]. In *Streszczenia VIII Międzynarodowej onkologicznej konferencji naukowej: Choroby nowotworowe wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia i nauki* (pp. 57–58).

11. Боровець, В., & Любінець, О. (2024). Оцінка стану психічного здоров'я та якості життя медичних працівників на основі анкети MHQoL-7D (The Mental Health Quality of Life Questionnaire). <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/67447/1/%D0%9E%D0%A6%D0%86%D0%9D%D0%9A%D0%90%20%D0%A1%D0%A2%D0%90%D0%9D%D0%A3.pdf>.

РОЗДІЛ 3.

ІДЕНТИФІКАЦІЯ СТАТУСУ «МЕНЕДЖЕР ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я» НА ОСНОВІ СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНІЧНОГО АНАЛІЗУ

3.1. Менеджер системи охорони здоров'я: компетентнісна характеристика та поведінкові патерни менеджера охорони здоров'я

Роль базису у розробці моделі моніторингу стану психічного здоров'я менеджера системи охорони здоров'я виконує характеристика об'єкта оцінювання – стереотипу, де зібрані всі його особливості, у нашому випадку ключові компетенції, умови праці, якість життя, детермінанти впливу на психічне здоров'я [130].

Використання терміну «компетентність» для опису визначеної поведінки, пов'язаної з успіхом у конкретній роботі чи посаді, походить із кінця 1960-х років, коли вчені-біхевіористи почали сумніватися в достовірності традиційного тестування IQ як точного показника успіху в роботі. Біхевіористи на чолі з D. McClelland, припустили, що поведінка в минулому була єдиним справжнім провісником майбутньої поведінки і що саме поведінка – те, що люди роблять – є справжнім чинником успіху на роботі. А отже, згідно з наступним припущенням біхевіористів, якщо за успішними людьми досить уважно спостерігати на роботі, їхню поведінку можна було б об'єднати в споріднені групи, і цим групам поведінки можна було б дати значущі категорії, які вони назвали компетенціями. Перше практичне застосування цієї теорії відбулося, коли D. McClelland на замовлення Державного департаменту США розробив метод відбору кандидатів-дипломатів, який мав би бути менш культурно упередженим і більш передбачуваним щодо майбутньої успішності, ніж письмовий іспит, який тоді використовувався й переважно вимірював знання абітурієнта та розуміння таких культурних аспектів, як історія, мистецтво, музика, література тощо [73].

Поняття «компетенція» поєднує в собі знання, навички та ставлення. Компетенції представляють ті моделі поведінки, які найчастіше демонструють високоякісні виконавці для досягнення суттєвих професійних результатів. Вони

забезпечують міцну основу для послідовних і об'єктивних стандартів ефективності, створюючи спільну мову про те, що потрібно для організації, та що очікується від кандидата. Індикатори поведінки роблять компетенції доступними для спостереження та вимірювання іншими. Вони допомагають визначити деякі (але не всі) способи демонстрації компетенції та надають цінні критерії відбору для найму, оскільки їх можна використовувати для оцінки кандидатів із різним професійним становищем. Окрім того, поведінкові показники є дуже корисними для підвищення ефективності особистості, оскільки їх легко перевести в інструменти оцінювання, а також в ініціативи навчання та розвитку.

Найкращим прогнозом того, як людина поводитиметься в майбутньому, є те, якою була її поведінка у схожій ситуації в минулому, а інструментом для такої оцінки слугує «поведінкове інтерв'ю», або CBI [91].

Під час проведення співбесіди на основі компетенцій конкретною метою комісії з відбору є зрозуміти та оцінити минулу поведінку кандидата, щоб побачити, як ним/нею було продемонстрував компетенції, необхідні для посади, що розглядається. Інтерв'юери ставлять запитання, щоб отримати докази того, наскільки добре знання та досвід використовувалися на попередніх посадах, а отже наскільки добре ці кандидати виконали роботу. У такий спосіб, інтерв'юери намагаються отримати об'єктивні «докази» для прогнозування майбутніх результатів. Під час інтерв'ю на основі компетенцій інтерв'юери ставлять цілеспрямовані досліджувані запитання, намагаючися зрозуміти минулу роботу, досягнення та внесок кандидата. Вони попросять навести приклади реальних ситуацій із досвіду, коли кандидат продемонстрував компетенції, визначені як необхідні для посади, на яку проходить співбесіда. Потім комісія повинна прийняти обґрунтоване рішення про те, наскільки компетенції кандидата відповідають завданням і компетенціям, які необхідні для вакансії, і наскільки успішною може бути робота претендента на майбутній посаді. Якщо узагальнити, то комісії в інтерв'ю ставлять запитання систематичним способом так, щоб скласти картину відносних сильних і слабких сторін кандидата порівняно з оцінюваною

компетентністю. Відповіді оцінюються за кожною компетентністю за рейтинговою шкалою.

Процес становлення менеджера системи охорони як лідера можна розділити на три етапи: усвідомлення керівної позиції, прийняття ролі менеджера та набуття досвіду в цій діяльності [156].

На сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я України спостерігається значний запит на фахівців із навичками управління та лідерства на різних рівнях системи здоров'я (Табл. 3.1., Табл. 3.2.). У цьому контексті доцільним визнається раннє залучення мотивованих фахівців до управлінської діяльності, що дозволяє зменшити частку випадкових призначень, сформувати чіткі кар'єрні траєкторії та своєчасно забезпечити належну управлінську підготовку, уникаючи неефективної практики «навчання на ходу» [11]. З огляду на важливість компетентнісного підходу, особливого значення набуває освіта і підготовка майбутніх керівників системи охорони здоров'я на основі розвитку та оцінювання ключових управлінських компетенцій, що підтверджується описаними McClelland, D. C. узагальненнями [74]:

1. Минулі показники є показником майбутніх результатів. Якщо люди схильні продовжувати робити у майбутньому те, що робили у минулому, то те, чого вони не зробили в минулому, навряд чи буде зроблено майбутньому. Отож, якщо відомо, що люди повинні робити, щоб досягти успіху на конкретній посаді, потрібно визначити, якою мірою претенденти на роботу продемонстрували таку поведінку у своєму попередньому досвіді.

2. Різниця між відмінним виконавцем і середнім виконавцем більш очевидна, коли вони мають справу зі складними ситуаціями, ніж коли вони виконують рутинну роботу. Згідно з висновками, що були підтверджені досвідом широкого кола організацій, які використовували моделі компетенцій, середні та найкращі виконавці, як правило, демонструють однакову поведінку під час виконання рутинної роботи. Це означає, що завдання системи відбору, заснованої на компетенціях, – зрозуміти поведінку, яку демонструють кандидати саме у складних робочих ситуаціях.

Табл. 3.1.

Управлінські компетенції менеджера системи охорони здоров'я

Визначення компетенції та поведінкові показники			Орієнтованість на завдання	Орієнтованість на процеси	Орієнтованість на імплементацію політик	Стратегічна орієнтація
Ведення ЗОЗ до успішного майбутнього	Демонструє широке розуміння зростаючої складності проблем системи здоров'я. Створює переконливе бачення спільних цілей і розробляє дорожню карту для успішного досягнення реальних успіхів ЗОЗ	Конструктивний стиль керівництва	N/A	Використовує всі відповідні процеси для досягнення результатів, які приносять користь ЗОЗ; бере активну роль через зразкову поведінку, таким чином зміцнюючи ідентичність ЗОЗ	Розробляє плани, які підтримують місію, бачення та пріоритети ЗОЗ; використовує управлінський стиль співпраці для зміцнення іміджу ЗОЗ	Розробляє дорожню карту для успішного досягнення реального прогресу, включно з консультаціями з основними зацікавленими сторонами; демонструє шанобливу, гідну довіри, прозору та підзвітну поведінку з метою розвитку надійної та узгодженої репутації ЗОЗ
		Вміння мислити системно		Слідкує за структурними змінами в ЗОЗ; демонструє добре розуміння ключових чинників успіху ЗОЗ	Передбачає нові тенденції та використовує інформацію, щоб принести користь ЗОЗ; пропонує рішення щодо вдосконалення планування роботи ЗОЗ	Визначає можливості просування довгострокових цілей ЗОЗ; створює організаційні ініціативи для просування місії ЗОЗ, спираючись на існуючі можливості
		Формулювання бачення		Демонструє здатність генерувати нові ідеї; підтримує обізнаність про зміни в організаційній структурі	Здатний пояснити бачення цілей ЗОЗ іншим й заручитися їхньою підтримкою	Створює узгоджене організаційне бачення спільних цілей; розвиває культуру бачення та довгострокових цілей, визнаючи та винагороджуючи зусилля
Сприяння інноваціям та організаційному навчанню	Активізує ЗОЗ шляхом створення культури, яка заохочує навчання та розвиток. Заохочує інноваційні підходи та рішення	Заохочування навчання	Бере участь у неформальних і формальних навчальних заходах для особистого та професійного розвитку. Сприймає конструктивний відгук і діє на його основі для подальшого покращення власної продуктивності	Проводить неформальну та формальну навчальну діяльність і заохочує інших робити те саме, щоб залишатися актуальними на поточній роботі та для майбутніх кар'єрних прагнень	Створює можливості для навчання та розвитку у власній команді та взаємодії з іншими організаційними підрозділами, визнаючи, що навчання є ключовим мотиватором для підтримки продуктивності; заохочує членів власної команди вчитися один в одного, підвищуючи формування команди та ефективність	Гарантує, що знання та навчання поширюються в усьому ЗОЗ, передаючи почуття відповідальності та розширення повноважень в ЗОЗ; створює культуру, яка заохочує навчання та розвиток, навчаючи та наставляючи інших

Лідерські компетенції менеджера системи охорони здоров'я

Визначення компетенції та поведінкові індикатори			Орієнтованість на завдання	Орієнтованість на процеси	Орієнтованість на імплементацію політик	Стратегічна орієнтація
Забезпечення ефективного використання ресурсів ЗОЗ	Визначає пріоритети відповідно до стратегічних напрямків ЗОЗ. Розробляє та реалізує плани дій, організовує необхідні ресурси та контролює результати	Стратегування та чітке визначення цілей	N/A	Встановлює конкретні, вимірювані, досяжні, реалістичні та своєчасні цілі й уживає заходів для їх досягнення	Встановлює конкретні, вимірювані, досяжні, реалістичні та своєчасні цілі; передбачає пріоритети та забезпечує необхідні дії для їх реалізації; ефективно керує використанням фінансових і людських ресурсів	Встановлює конкретні, вимірювані, досяжні, реалістичні та своєчасні цілі; систематично аналізує та передбачає пріоритетні проекти для команди та виділяє необхідні ресурси для їх досягнення; визначає міжорганізаційні ресурси, необхідні для великомасштабних проектів відповідно до ключових організаційних цілей
		Відстежування прогресу та ефективне використання ресурсів		Змінює пріоритети у відповідь на несподівані обставини; застосовує заходи для моніторингу ресурсів і прогресу згідно з планом; шукає економічно ефективні рішення; визначає ресурси – фінансові, людські й технологічні – необхідні для виконання робочого плану	Передбачає та усуває ситуаційні труднощі команди; використовує існуючі часові рамки для моніторингу власного прогресу та прогресу команди щодо кінцевих термінів і етапів; пропонує економічно ефективні рішення для власної роботи та роботи команди	Прогнозує передбачувані зміни та адаптує власні проекти та проекти команди з огляду на непередбачені обставини та/або виклики; створює заходи та критерії для моніторингу прогресу загальних проектів щодо ключових цілей ЗОЗ; створює економічно ефективні рішення для ЗОЗ
Створення та сприяння партнерству в рамках ЗОЗ	Розвиває та зміцнює внутрішні та зовнішні партнерства	Розвиток мережі партнерства та заохочення до співпраці	Допомагає колегам у спільній роботі над виконанням завдань; створює та підтримує хороші робочі стосунки з колегами всередині та за межами ЗОЗ, щоб полегшити власну роботу та роботу команди	Ефективно та легко налагоджує партнерства та сприяє взаємовигідним робочим стосункам для створення синергії в усьому ЗОЗ та з зовнішніми зацікавленими сторонами	Будує та обговорює стратегічні партнерства та альянси з широким колом ключових зацікавлених сторін для забезпечення організаційних результатів та успіху	
			Демонструє відкритість у вивченні нових методів та інструментів з метою полегшення роботи. Прагне зрозуміти внутрішню синергію ЗОЗ	Сприяє синергії між роботою ЗОЗ та роботою зовнішніх партнерів з метою покращення результатів	Створює інноваційні можливості для сприяння синергії всередині та за межами ЗОЗ для покращення успіху ЗОЗ	

Лідерські компетенції менеджера системи охорони здоров'я (продовження)

Визначення компетенції та поведінкові показники			Орієнтованість на завдання	Орієнтованість на процеси	Орієнтованість на імплементацію політик	Стратегічна орієнтація
Просування позиції ЗОЗ в лідерстві системи здоров'я	Позиціонує ЗОЗ, як лідера у галузі охорони здоров'я. Отримує підтримку для ЗОЗ. Координує, планує та спілкується так, щоб приваблювати підтримку цільової аудиторії	Розуміння та просування ЗОЗ	N/A	Демонструє довіру у спілкуванні всередині ЗОЗ	Демонструє довіру та авторитет у спілкуванні всередині та поза ЗОЗ	Налагоджує міцні стосунки та партнерство, створюючи позитивний імідж, серед іншого, з міжнародними та національними партнерами, донорами та партнерами з розвитку
			Ефективно впливає на думку інших, формуючи підтримку та залученість	Скеровує бесіди до бажаних кінцевих точок; ефективно веде переговори, вивчаючи низку можливостей	Ефективно веде переговори з людьми всередині та поза ЗОЗ, використовуючи широкий спектр підходів і підтримуючи стосунки з усіма сторонами в будь-який час	
			Готує та проводить внутрішні презентації та повідомлення, використовуючи широкий спектр відповідних методів	Планує, розробляє та повідомляє організаційні стратегії таким чином, щоб залучити підтримку цільової аудиторії	Представляє ЗОЗ всередині та ззовні, готуючи та доносячи повідомлення високого рівня, використовуючи широкий спектр відповідних методів	
			Активно сприяє інтеграції власної сфери відповідальності з іншими підрозділами ЗОЗ	Враховує широкий спектр проблем, що стосуються ЗОЗ загалом	Отримує згоду інших щодо бажаного курсу дій, який має позитивний вплив на ЗОЗ	
			Поважає та підтримує «бренд» ЗОЗ; успішно просуває місію та програми ЗОЗ	Здобуває підтримку місії ЗОЗ та згоду інших щодо бажаного курсу дій	Позиціонує ЗОЗ як лідера в галузі системи здоров'я завдяки успішному просуванню місії та програм ЗОЗ	

3. Незважаючи на те, що компетенції суцільно є найвищою репрезентацією поведінки видатного виконавця, жодна особа не зобов'язана демонструвати кожную з форм поведінки саме на такому рівні. Набір моделей поведінки або компетенцій, пов'язаних з успіхом у певній роботі, ролі чи навіть організації слід розглядати як сукупність того, що визнані виконавці демонструють як група. А отже одна особа не має обов'язку максимально відповідати усім визначеним компетенціям .

4. Моделі компетенцій представляють моделі поведінки, найбільш тісно пов'язані з видатною продуктивністю, а не з базовими компетенціями: вони не включають усе, що людина повинна вміти робити, щоб досягти успіху на роботі. Процес відбору радше має дати змогу використовувати підготовку та досвід самих фахівців для визначення базової компетенції: співбесіда на основі компетенцій повинна використовуватися, щоб визначити, хто з різних кандидатів, найімовірніше, виходить за рамки простої компетенції та досягає справжнього успіху в роботі.

5. Компетенції вимірюються з урахуванням того, що люди насправді роблять. Поведінка – це єдина реальна інформація про те, наскільки людина має компетентність. Джерелом компетентності є дуже складна суміш знань, навичок, рис характеру, переконань, мотивів та/або цінностей. Важливо зауважити, що хоча ярлик, який ми використовуємо на позначення компетенції, здається, нагадує навичку, рису характеру чи цінність, він завжди виражається в термінах поведінки, а тому і має вимірюватися в термінах поведінки.

Однак, у системі охорони здоров'я в Україні менеджерські посади обіймають не завжди в результаті цілеспрямованої управлінської підготовки. Лікарі нерідко призначаються на адміністративні посади без прояву власної ініціативи — через зовнішні обставини чи фінансові мотиви; водночас відзначається недостатня підготовленість до зміни характеру діяльності, що супроводжується підвищеним психоемоційним навантаженням і зумовлює потребу у розвитку навичок делегування та залучення підтримки більш досвідчених колег [38, 51, 57, 107].

3.2. Соціально-демографічний та професійний портрет слухачів програм підвищення кваліфікації за фахом «Організація і управління охороною здоров'я», як показової вибірки для оцінки управлінського кадрового резерву системи охорони здоров'я України

Щоб перейти від узагальненого образу менеджера системи охорони здоров'я до конкретних, емпірично верифікованих даних, було проведено узагальнення соціально-демографічних та професійних характеристик 552 слухачів циклу підвищення кваліфікації за фахом «Організація і управління охороною здоров'я», які проходили навчання на кафедрі громадського здоров'я факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького з 2020 по 2024 роки як показової вибірки для оцінки кадрового резерву менеджерів системи охорони здоров'я. Сформовано детальний соціально-демографічний і професійний портрет українських менеджерів системи охорони здоров'я, що стало емпіричною базою для подальших досліджень.

Професійна структура респондентів свідчить про наявність широкого спектру посадових ролей, які включають не лише адміністративну, але й клінічну, освітню та аналітичну компоненти. Така мультифункціональність менеджерів системи охорони здоров'я може бути додатковим фактором психоемоційного навантаження, особливо за умов нестабільного середовища, постійного браку ресурсів та реформи системи охорони здоров'я, що триває.

Результати аналізу розподілу посад за статтю виявили суттєві особливості у професійній структурі респондентів (Рис. 3.1). Серед жінок переважають керівні посади (38,8%) та клінічні посади лікарів (35,2%), при цьому 16,0% займають посади керівників підрозділів або голів комісій. Також майже 8% жінок обіймають позиції, пов'язані з освітньою або науковою діяльністю (лікар-статистик, освітянин, науковець).

Для чоловіків картина подібна, однак із деякими відмінностями: частка лікарів вища (38,4%), тоді як керівних посад (керівник/заступник) дещо менше – 35,7%. Питома вага чоловіків на посадах керівників відділів/голів комісій становить 18,0%, що дещо перевищує жіночі показники. Частка немедичних

працівників серед чоловіків була незначною (0,3%), тоді як серед жінок – 0,9%.

Ці результати свідчать про певний гендерний паритет у сфері охорони здоров'я на керівних та клінічних позиціях.

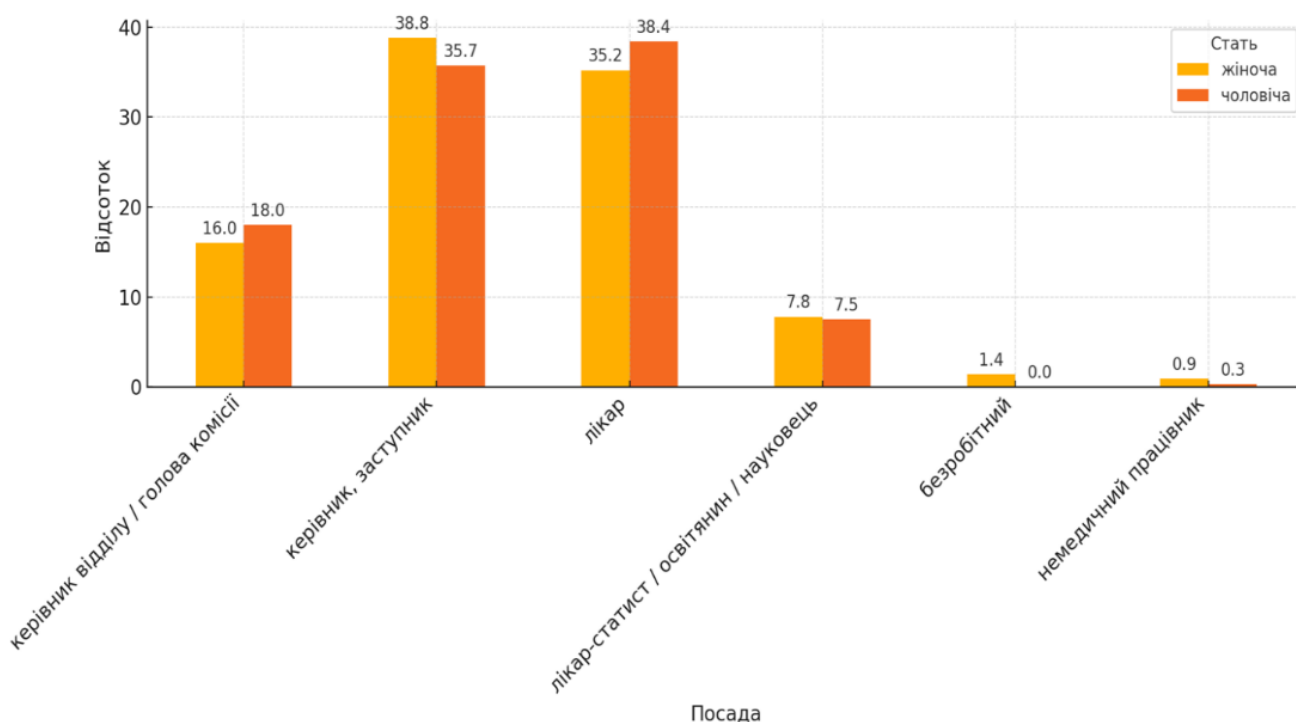


Рис. 3.1. Розподіл посад за статтю серед слухачів програм підвищення кваліфікації за фахом «Організація і управління охороною здоров'я» (n = 552)

Примітка: сума відсотків може не дорівнювати 100% через округлення.

Аналіз гендерних особливостей розподілу за тривалістю професійного стажу засвідчив переважання фахівців із високим рівнем досвіду як серед жінок, так і серед чоловіків (рис. 3.2). Зокрема, понад 20 років стажу мали 47,4% жінок та 53,6% чоловіків. У категорії 11–20 років спостерігався відносний паритет — 39,4% серед жінок та 37,5% серед чоловіків, відповідно.

Водночас частка осіб із професійним стажем менше 11 років була дещо вищою серед жінок (13,2%) порівняно з чоловіками (лише 8,9%). Це може свідчити про залучення до системи охорони здоров'я більшої кількості жінок молодшого віку або про більшу мобільність жінок на ранніх етапах кар'єри.

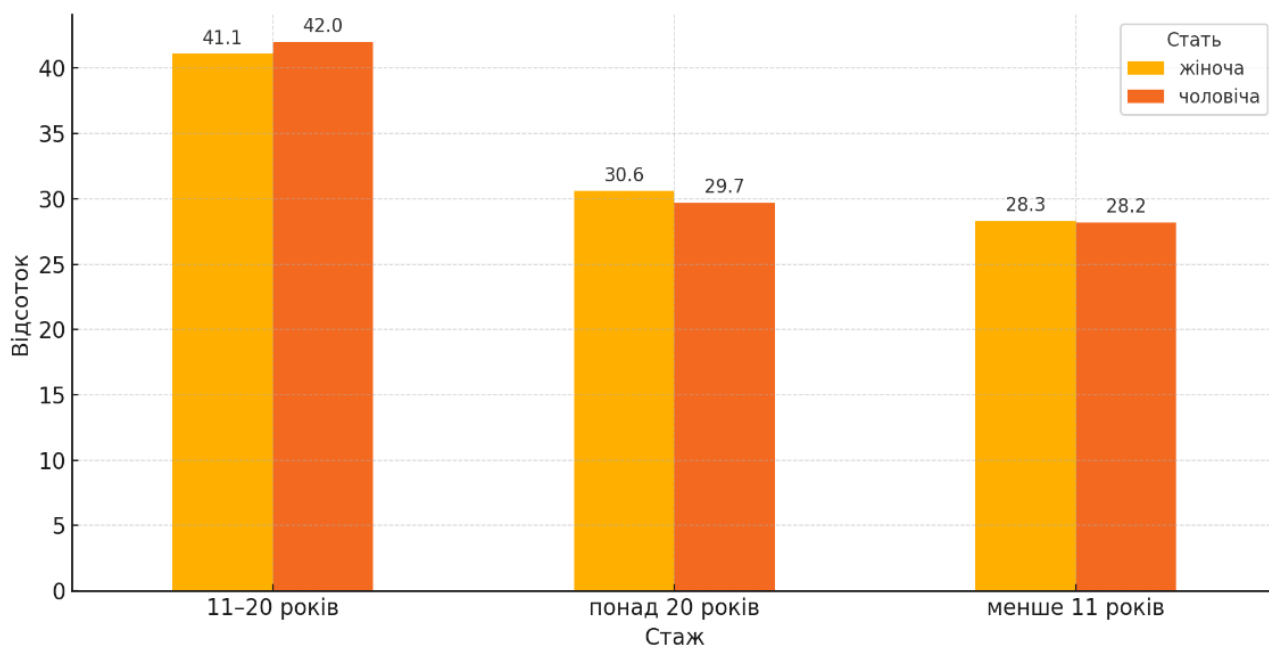


Рис. 3.2. Гендерний розподіл тривалості професійного стажу серед слухачів програм підвищення кваліфікації за фахом «Організація і управління охороною здоров'я» (n = 552)

Аналіз середнього віку слухачів програм підвищення кваліфікації дозволив виявити специфіку вікової структури у розрізі посадових категорій (рис. 3.3). Найстаршими виявилися респонденти, які обіймають посади «керівник відділу / голова комісії» — середній вік цієї групи становив 44,4 роки. Працівники на посадах «керівник / заступник» мали середній вік 41,7 роки, що також свідчить про значний досвід управлінської діяльності.

Середній вік осіб, які займають освітні, наукові або статистичні посади, склав 42,4 роки, що відображає високий поріг входу в академічне та аналітичне середовище у сфері охорони здоров'я, а також потребу в накопиченні професійного досвіду. Практикуючі лікарі мали дещо нижчий середній вік — 40,0 роки, що, ймовірно, пов'язано із швидшим професійним зростанням у клінічній сфері.

Наймолодшою групою виявилися немедичні працівники, середній вік яких становив лише 29,5 роки, що може бути зумовлено меншою тривалістю кар'єрного шляху або специфікою посадових обов'язків, який не потребує тривалого професійного становлення.

Розподіл за віком і стажем засвідчує переважання осіб з високим рівнем досвіду, що, з одного боку, свідчить про значний потенціал системи, а з іншого – про можливі ризики хронічного професійного вигорання.

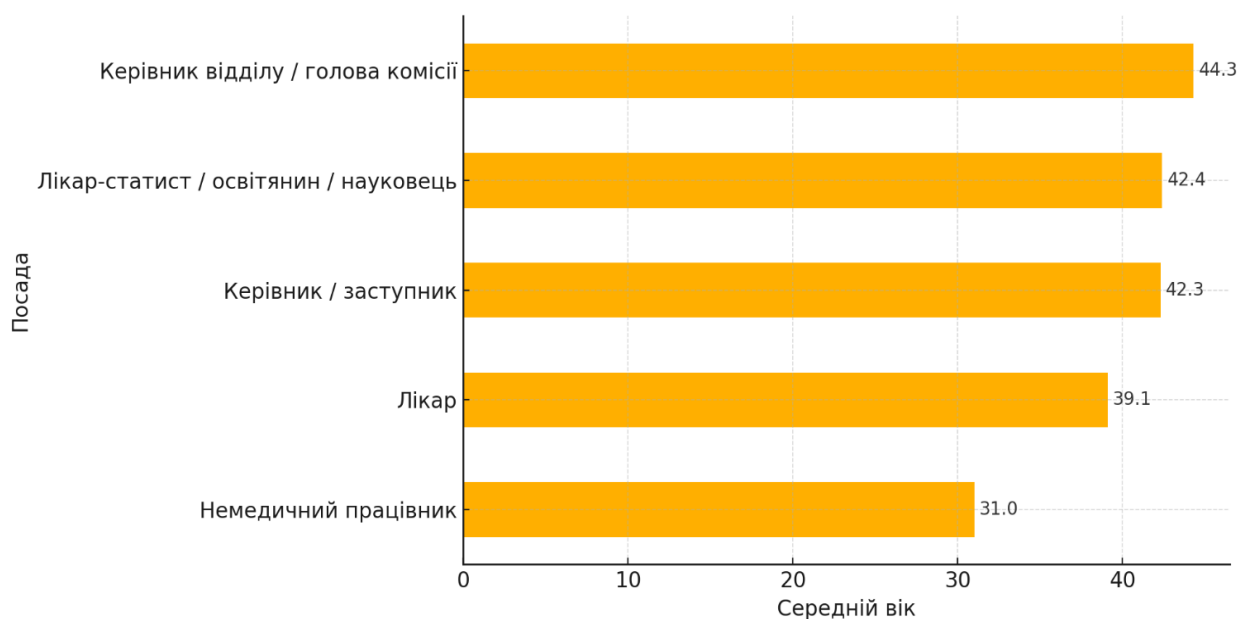


Рис. 3.3. Середній вік слухачів програм підвищення кваліфікації за фахом «Організація і управління охороною здоров'я» (n = 552)

3.3. Психічне здоров'я і смертність в Україні: динаміка та територіальні диспропорції

Для глибшого розуміння соціально-гігієнічного середовища, в якому функціонують менеджери системи охорони здоров'я, доцільним є аналіз динаміки і структури смертності від психічних розладів в Україні з урахуванням гендерних, територіальних та типологічних особливостей. Такий аналіз дозволяє не лише виявити загальні тенденції у сфері громадського здоров'я, а й окреслити специфічні психоемоційні ризики для менеджерів системи охорони здоров'я.

Вага динаміки смертності населення надзвичайно велика: за її показниками можна виводити статистичні та прогностичні моделі, які можуть слугувати інструментом для кількісної та якісної оцінки роботи системи охорони здоров'я в деяких населених пунктах, і в окремо взятих регіонах країни [162].

Упродовж тривалого часу суспільна ситуація в Україні залишалася несприятливою для формування відповідального ставлення громадян до

збереження власного здоров'я. Це значною мірою зумовлено тим, що у попередній період національна система охорони здоров'я, яка забезпечувала безоплатне надання медичних послуг і гарантовану оплату лікарняних, функціонувала як складова розгалуженої державної системи соціального захисту. Така модель, однак, не сприяла утвердженню сучасних стандартів здорового способу життя, що передбачають активну особисту зацікавленість у підтриманні і зміцненні власного здоров'я [159, 186].

Структура смертності за причинами смерті в Україні у 1991–2019 роках залишалася незмінною порівняно зі структурою до набуття Україною незалежності. У 2020-2021 роках із виникненням та поширення пандемії COVID-19 у структурі причин смерті відбулися зміни – на першому місці за кількістю смертних випадків у 1991-2021 роках стояли хвороби системи кровообігу, за ними до 2021 року йшли новоутворення, які за показником смертності у 2021 році поступилися особливим причинам смерті (COVID-19). Зовнішні причини смерті, хвороби органів травлення, дихання та деякі інфекційні та паразитарні хвороби займали наступні позиції у структурі основних класів причин смерті (табл. 3.3).

Окремо необхідно зазначити зміни, які відбулися в рівнях смертності через розлади психіки та поведінки позаяк психічне здоров'я є невід'ємною частиною і найважливішим компонентом здоров'я. Як йдеться у Статуті ВООЗ: "Здоров'я є станом повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів". Динаміка психічних розладів у містах та регіонах залежить від безлічі причин і характеристик, що впливають на варіабельність, взаємозв'язок і мінливість патології, як результат на рівень смертності населення.

Смертність за V класом хвороб «Розлади психіки та поведінки» в Україні у 2008 році складала 6,9 випадків на 100 тис. населення і до 2021 року вона зменшилась утричі і складала вже 2,3 випадки.

Табл. 3.3.

Структура смертності за класами причин смерті в Україні у 2008, 2013, 2018 та 2021 роках на 100000 населення
 (*власні розрахунки за даними Державної служби статистики України)

Класи причин смерті	Показник смертності*				Рейтингове місце*			
	2008	2013	2018	2021	2008	2013	2018	2021
Роки								
КЛАС I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	37,3	27,9	22,7	16,4	6	6	6	7
КЛАС II. Новоутворення	192,4	202,7	200,3	194,1	2	2	2	3
КЛАС III. Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	0,69	0,5	0,6	0,5	15	15	15	16
КЛАС IV. Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну	6,14	5,3	5,7	5,9	10	9	9	10
КЛАС V. Розлади психіки та поведінки	6,9	3,6	3,3	2,3	8	12	10/11	13
КЛАС VI. Хвороби нервової системи	13,95	13,1	12	11,5	7	7	7	8
КЛАС VII. Хвороби ока та його придаткового апарату	0,003	0,0	0	0	17/18	18	18	18/19
КЛАС VIII. Хвороби вуха та соскоподібного відростка	0,008	0,1	0,1	0	17/18	16/17	16/17	18/19
КЛАС IX. Хвороби системи кровообігу	1037,9	968,2	996,6	1110,1	1	1	1	1
КЛАС X. Хвороби органів дихання	50,3	36,1	33,2	66,6	5	5	5	5
КЛАС XI. Хвороби органів травлення	76,1	61,5	61,2	63,9	4	4	4	6
КЛАС XII. Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	1,12	1,1	1,4	1,6	14	14	13	14
КЛАС XIII. Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	1,66	1,3	1,2	0,9	13	13	14	15
КЛАС XIV. Хвороби сечостатевої системи	6,6	6,7	6,4	6,8	9	8	8	9
КЛАС XV. Вагітність, пологи та післяпологовий період	0,16	0,1	0,1	0,3	16	16/17	16/17	17
КЛАС XVI. Окремі стани, що виникають в перинатальному періоді	5,29	4,7	3,3	2,9	11	10	10/11	12
КЛАС XVII. Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	4,71	3,7	3,2	3,4	12	11	12	11
КЛАС XX. Зовнішні причини смертності	132,7	87,0	79,2	75,7	3	3	3	4
КЛАС XXII. Коди для особливих цілей (COVID-19)	-	-	-	228,4				2

Аналіз смертності населення за регіональним поділом України продемонстрував суттєві коливання (табл. 3.4). У 2008 році максимальний рівень у 10,48 на 100 тис. осіб спостерігався у Західному регіоні й перевищував середньо-український показник у 1,5 рази.

Табл. 3.4.

Смертність за класом V «Розлади психіки та поведінки» в регіонах України у 2008 та 2021 роках
(*власні розрахунки за даними Державної служби статистики України).

Регіони / області	2008	2021	% зміни
Південно-Східний	5,63	1,41	74,91
Дніпропетровська	2,77	0,13	95,31
Запорізька	2,46	0,18	92,68
Кіровоградська	15,48	3,76	75,71
Харківська	1,82	1,58	13,19
Південний	8,12	1,79	77,91
Миколаївська	15,54	2,38	84,68
Одеська	1,59	0,3	81,13
Херсонська	7,22	2,7	62,60
Північно-Східний	9,37	4,66	50,27
Полтавська	2,69	0,37	86,25
Сумська	11,86	3,19	73,10
Чернігівська	13,56	10,42	23,16
Центральний	7,73	2,82	63,58
Вінницька	5,32	2,85	46,43
Житомирська	17,77	4,83	72,82
Київська	0,86	0,22	74,42
Хмельницька	18,51	8,06	56,46
Черкаська	3,72	0,86	76,88
м. Київ	0,18	0,07	61,11
Західний	10,48	4,14	60,47
Волинська	8,20	7,25	11,59
Закарпатська	33,72	7,47	77,85
Івано-Франківська	1,95	0,37	81,03
Львівська	6,06	3,71	38,78
Рівненська	5,12	2,72	46,88
Тернопільська	9,92	1,08	89,11
Чернівецька	8,40	6,40	23,81

Мінімальний рівень – 5,63 – у Південно-Східному регіоні був меншим за середньо-український у 1,2 рази. У той час як загальна позитивна динаміка цих даних фіксується у всіх регіонах та областях за період з 2008 по 2021 рік, у Північно-Східному та Західному регіонах вона була найнижчою, -50,27% та -60,47% відповідно.

За даними 2021 року в кожному регіоні України є окремі області з максимальними рівнями смертності і до них належать Закарпатська (7,47 випадків смерті на 100 тис. населення), Чернігівська (10,42) та Хмельницька (8,06). Разом з тим існує невелика група областей з мінімальними значеннями рівнів смертності – це Івано-Франківська (0,37), Київська (0,22), Дніпропетровська (0,13), Одеська (0,30), а також м. Київ (0,07). Щодо динаміки зміни рівня смертності з приводу розладів психіки та поведінки – у 2021 році найменше зниження показника встановлено у Чернігівській (-23,16%) та Чернівецькій (-23,81%) областях.

Зважаючи на те, що менеджери системи охорони здоров'я працюють в умовах підвищеної відповідальності, стресу та, часто, більш вразливі до професійного вигорання, високий рівень смертності від психічних розладів у регіонах додатково загострює важливість розробки цільових заходів підтримки їхнього психічного здоров'я. Потреба у розробці спеціалізованих моніторингових систем для управлінців стає ще більш нагальною, з огляду на те, що саме вони приймають стратегічні рішення, які впливають на формування здорового способу життя і поведінки населення.

Висновки до розділу 3.

Узагальнення результатів соціально-гігієнічного аналізу дає змогу стверджувати, що сучасний медичний менеджер функціонує у складному багаторівневому контексті – між зростаючими управлінськими викликами, неструктурованими кар'єрними траєкторіями, високою соціальною відповідальністю та об'єктивно несприятливим станом ментального здоров'я

населення. Такий аналітичний фон зумовлює потребу в обґрунтованій,

багатокомпонентній та науково вивірній моделі моніторингу психічного здоров'я фахівців управлінської ланки системи охорони здоров'я:

- у ході дослідження було доведено, що формування особистості менеджера відбувається поступово, часто в умовах нефіксованої мотивації та неповної готовності до виконання управлінських функцій, що потребує цілеспрямованого кадрового супроводу та розвитку;

- встановлено, що значна частка менеджерів у системі охорони здоров'я приходить до управлінської діяльності за сценарієм «path dependency» за браком належного рівня підготовки, а отже зазнають підвищеного ризику стресових станів і психоемоційного виснаження, особливо в перші роки адміністративної роботи;

- узагальнення поведінкових патернів та компетентнісних характеристик керівників дало змогу ідентифікувати перелік ключових управлінських і лідерських компетенцій релевантних до специфіки системи охорони здоров'я України;

- на підставі аналізу соціально-демографічного та професійного портрету керівників закладів охорони здоров'я встановлено, що управлінський корпус системи охорони здоров'я є досвідченим, але переважно сформованим з осіб середнього та старшого віку, що, з одного боку, свідчить про накопичений професійний капітал, а з іншого – створює ризики професійного вигорання та недостатнього оновлення управлінського складу;

- виявлено, що гендерна структура управлінців у системі охорони здоров'я демонструє умовний паритет, проте існують певні відмінності у розподілі посад та вікових характеристик, що вимагає подальшого гендерно-чутливого аналізу при формуванні політик розвитку управлінського персоналу;

- аналіз смертності в Україні за класом V «Розлади психіки та поведінки» допоміг ідентифікувати небезпечні тенденції, зокрема збереження високої частки смертності від алкоголь-індукованих психічних розладів. Цей чинник у поєднанні з високими навантаженнями, притаманними управлінцям у сфері охорони здоров'я, зумовлює необхідність розробки інструментів оцінки й моніторингу психічного здоров'я саме цієї професійної категорії;

- встановлено регіональні, статеві та типологічні диспропорції в показниках смертності від психічних розладів, що свідчить про потребу в диференційованому підході до формування системи профілактики, підтримки та моніторингу психічного здоров'я, із фокусом на керівний склад медичних закладів, з урахуванням соціально-гігієнічних чинників.

Сукупність отриманих результатів підтверджує актуальність створення науково обґрунтованої моделі моніторингу психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я, яка має спиратися на комплексний аналіз детермінант та рівня їх впливу на стан психічного здоров'я й благополуччя, специфічних для адміністративної діяльності менеджера в системі охорони здоров'я.

Матеріали розділу висвітлені в наступних наукових роботах:

1. Любінець О. В., Качмарська М. О., Гржибовський Я. Л., Боровець В. А. (2021). Структура та динаміка смертності населення України внаслідок розладів психіки та поведінки. *Україна. Здоров'я Нації*, 1(3), 33–39. <https://doi.org/10.24144/2077-6594.3.1.2021.240807>.
2. Боровець, В. (2023). Менеджер системи охорони здоров'я: аналіз дефініцій та ключові компетенції. *Україна. Здоров'я нації*, (4), 71–77. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.4/11>.

РОЗДІЛ 4.

САМООЦІНКА СТАНУ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МЕНЕДЖЕРАМИ ТА ЛІКАРЯМИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЛЬВІВСЬКОЇ, РІВНЕНСЬКОЇ ТА ВОЛИНСЬКОЇ ОБЛАСТЕЙ

Соціальні стреси в поточній ситуації в Україні (пандемія COVID-19, повномасштабна війна) ставлять перед системою охорони здоров'я України важливі завдання, серед яких вагоме місце належить підвищенню важливості ролі управлінського персоналу [132].

Професійна діяльність, особливо у сфері охорони здоров'я в поточних реаліях, зумовлює необхідність забезпечення витривалості й високого рівня працездатності фахівців [171].

Сучасні умови праці фахівців недостатньо зорієнтовані на збереження здоров'я та стану благополуччя працівника, підтримання здорового способу життя особистості. З огляду на великий тягар проблем психічного здоров'я як на індивідуальному, так і на суспільному рівні, та з огляду на обмеженість наявних ресурсів охорони здоров'я, важливо, щоб вони використовувалися ефективно [110].

Економічні оцінки у сфері охорони здоров'я використовуються для визначення найбільш ефективного способу використання наявних ресурсів і все частіше застосовуються для прийняття рішень щодо колективного відшкодування витрат на медичні втручання [32].

Один із найбільш поширених і рекомендованих методів економічної оцінки – це аналіз «витрати-корисність» (Cost-benefit analysis), у якому користь для здоров'я вимірюється в роках життя, скоригованих за якістю (QALY) [33]. Цей показник поєднує тривалість життя (тобто кількість років, що залишилися) з рівнем якості життя, пов'язаним зі здоров'ям. Найчастіше якість життя оцінюють за допомогою загальних інструментів, заснованих на перевагах, таких як 5-вимірний опитувальник EuroQol (EQ-5D) [31] чи 36-пунктова коротка форма опитування про стан здоров'я (SF-36) [112].

Проте постає питання, чи мають ці загальні інструменти для оцінки якості життя достатню чутливість до впливу проблем психічного здоров'я. У зв'язку з цим дослідником van Krugten F. та співавторами [109]. було розроблено опитувальник

якості життя, орієнтований на психічне здоров'я: «Опитувальник з оцінки стану психічного здоров'я та якості життя (MHQoL-7D)», для оцінки якості життя у дорослих, що стикаються з проблемами у сфері психічного здоров'я.

Дослідники Enzing та співавтори [35] провели психометричну оцінку інструменту "Якість життя з точки зору психічного здоров'я" (MHQoL) у семи європейських країнах, а саме у Данії, Франції, Німеччині, Італії, Португалії, Нідерландах та Великій Британії. Дослідження базувалося на аналізі міжнародних перехресних даних, отриманих від 7155 респондентів для оцінки надійності та валідності MHQoL у різних контекстах. Надійність інструменту перевіряли за допомогою розрахунку альфа Кронбаха для оцінки внутрішньої узгодженості семи вимірів якості життя, а також шляхом аналізу кореляції між загальними балами MHQoL та шкалою MHQoL-VAS. Для перевірки валідності конструкції використовували коефіцієнти рангової кореляції Спірмена, порівнюючи результати MHQoL з показниками EuroQol (EQ-5D, EQ-VAS) [7], індексом ICECAP-A (the ICEpop CAPability measure for Adults) [1] та шкалою PHQ-4 [64]. Результати дослідження підтвердили високу внутрішню узгодженість опитувальника в усіх країнах, а також сильну кореляцію між сумарними балами MHQoL та іншими наявними науково-обґрунтованими інструментами оцінки якості життя.

Висновки свідчать про те, що MHQoL має задовільні психометричні характеристики та може слугувати надійним інструментом для вимірювання якості життя, пов'язаної з психічним здоров'ям, у європейському контексті, хоча подальша валідація залишається важливою.

До анкети з оцінки стану психічного здоров'я та якості життя MHQoL входить описова частина (MHQoL-7D) із сімома вимірами (самооцінка, незалежність, настрій, стосунки, повсякденна діяльність, фізичне здоров'я, майбутнє). Кожен вимір має чотири рівні відповідей та візуальну аналогову шкалу загального психологічного благополуччя (MHQoL-VAS). Рівні опитувальника оцінюються в балах за таким принципом: загальна оцінка розраховується підсумовуванням відповідей на всі сім запитань. Оцінка може коливатися від 0 до

21, причому вищі показники свідчать про кращу якість життя.

Опитування з використанням стандартизованого інструменту для стану психічного здоров'я та якості життя – анкети MHQoL, було проведено серед 281 медичного працівника та менеджерів закладів охорони здоров'я Волинської, Львівської та Рівненської областей, а також організаторів охорони здоров'я, що проходили навчання на факультеті післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Методологічні підходи до застосування інструменту MHQoL були попередньо апробовані нами в межах наукової публікації «Оцінка стану психічного здоров'я та якості життя медичних працівників на основі анкети MHQoL-7D (The Mental Health Quality of Life Questionnaire)» [132], що забезпечило методичне підґрунтя для подальшого поглибленого аналізу отриманих даних.

Для оцінки вірогідності різниці отриманих результатів у порівнюваних групах використовувався непарний критерій Стьюдента. Кореляційний зв'язок результатів дослідження проводили за розрахунком коефіцієнта кореляції Спірмена та розрахунком коефіцієнта кореляції Пірсона. На основі проведеного з 20 квітня 2022 року по 28 вересня 2024 року опитування медичних працівників було сформовано якісну характеристику респондентів (табл. 4.1).

Табл. 4.1

Якісна характеристика респондентів у групах відповідно до стажу роботи у сфері охорони здоров'я (абс. / %)

Критерії	Всього (281 особа)	Стаж роботи	
		0 – 20 років (162 особи)	21 і більше років (119 осіб)
Стать			
Чоловіки	91 / 32,38%	54 / 59,34%	37 / 40,66%
Жінки	190 / 67,62%	108 / 56,84%	82 /43,16%
Обіймана посада			
Керівники ЗОЗ	130 / 46,26%	68 / 52.31%	62 / 47.69%
Лікарі	151 / 53,74%	94 / 62.25%	57 / 37.75%

Характеристика встановила, що середнє число суми балів за опитувальником MNQoL7D склало $14,48 \pm 0,14$ бали (табл. 4.2). Достовірну різницю у величині суми балів виявлено при оцінюванні респондентів залежно від посади, що обіймається

Табл. 4.2

Показники самооцінки стану психічного здоров'я та якості життя медичними працівниками та менеджерами системи охорони здоров'я залежно від статі, стажу роботи у системі охорони здоров'я та посади, що обіймається (в балах, $P \pm m$) та результати їх порівняння (t та p)

Критерії	Стать / n		Стаж роботи у сфері охорони здоров'я / n		Обіймана Посада / n		Середн я оцінка (N = 281)
	Чоловіки / 91	Жінки / 190	0 - 20 років / 162	21 і більше / 119	Керівний склад ЗОЗ / 130	Лікарі / 151	
САМООЦІНКА	$2,04 \pm 0,03$	$2,08 \pm 0,03$	$2,06 \pm 0,03$	$2,08 \pm 0,03$	$2,01 \pm 0,03$	$2,12 \pm 0,03$	$2,07 \pm 0,02$
	$t = -0.63$ $p = 0.26$		$t = -0.63$ $p = 0.27$		$t = -2.50$ $p = 0.01$		
НЕЗАЛЕЖНІСТЬ	$1,95 \pm 0,05$	$1,96 \pm 0,04$	$1,91 \pm 0,04$	$2,02 \pm 0,04$	$1,91 \pm 0,04$	$1,99 \pm 0,04$	$1,95 \pm 0,03$
	$t = -0.20$ $p = 0.42$		$t = -1.81$ $p = 0.04$		$t = -1.43$ $p = 0.08$		
НАСТРІЙ	$2,25 \pm 0,06$	$2,24 \pm 0,05$	$2,23 \pm 0,05$	$2,26 \pm 0,06$	$2,19 \pm 0,06$	$2,28 \pm 0,05$	$2,24 \pm 0,04$
	$t = 0.20$ $p = 0.42$		$t = -0.42$ $p = 0.34$		$t = -1.24$ $p = 0.11$		
ВІДНОСИНИ	$1,96 \pm 0,08$	$1,97 \pm 0,06$	$1,87 \pm 0,07$	$2,09 \pm 0,06$	$1,95 \pm 0,07$	$1,97 \pm 0,07$	$1,96 \pm 0,05$
	$t = -0.12$ $p = 0.45$		$t = -2.34$ $p = 0.01$		$t = -0.21$ $p = 0.42$		
ЩОДЕННА ДІЯЛЬНІСТЬ	$1,99 \pm 0,05$	$1,94 \pm 0,04$	$1,93 \pm 0,04$	$1,98 \pm 0,04$	$1,89 \pm 0,04$	$2,01 \pm 0,04$	$1,95 \pm 0,03$
	$t = 0.84$ $p = 0.20$		$t = -0.87$ $p = 0.19$		$t = -1.97$ $p = 0.02$		
ФІЗИЧНЕ ЗДОРОВ'Я	$2,21 \pm 0,06$	$2,22 \pm 0,04$	$2,31 \pm 0,04$	$2,08 \pm 0,04$	$2,19 \pm 0,05$	$2,24 \pm 0,04$	$2,22 \pm 0,03$
	$t = -0.18$ $p = 0.43$		$t = 3,76$ $p = 0,001$		$t = -0.74$ $p = 0.23$		
МАЙБУТНЄ	$2,05 \pm 0,05$	$2,08 \pm 0,04$	$2,15 \pm 0,04$	$1,97 \pm 0,04$	$2,02 \pm 0,05$	$2,12 \pm 0,04$	$2,08 \pm 0,03$
	$t = -0.45$ $p = 0.33$		$t = 2.84$ $p = 0.002$		$t = -1.57$ $p = 0.06$		
Загальна сума балів	$14,45 \pm 0,24$	$14,49 \pm 0,18$	$14,46 \pm 0,20$	$14,50 \pm 0,20$	$14,17 \pm 0,20$	$14,74 \pm 0,20$	$14,48 \pm 0,14$
	$t = -0.11$ $p = 0.46$		$t = -0.14$ $p = 0.45$		$t = -2.00$ $p = 0.02$		
ПСИХОЛОГІЧНЕ САМОПОЧУТТЯ	$7,56 \pm 0,15$	$7,45 \pm 0,11$	$7,44 \pm 0,12$	$7,54 \pm 0,11$	$7,45 \pm 0,13$	$7,52 \pm 0,12$	$7,48 \pm 0,09$
	$t = 0.61$ $p = 0.27$		$t = -0.53$ $p = 0.30$		$t = -0.41$ $p = 0.34$		

Середня оцінка у медичного персоналу виявилася достовірно вищою ($14,74 \pm 0,20$), аніж у опитаних керівників закладів охорони здоров'я ($14,17 \pm 0,20$; $t = -2,00$, $p < 0,05$).

Загалом найвищу оцінку отримали виміри «Настрій» ($2,24 \pm 0,04$ бали) та «Фізичне здоров'я» ($2,22 \pm 0,03$ бали). Порівняння цих двох вимірів опитувальника за статтю не встановило жодних достовірних відмінностей.

Оцінювання респондентами стану психічного здоров'я та якості життя залежно від стажу роботи у сфері охорони здоров'я достовірно засвідчило, що опитані з меншим стажем роботи (0 - 20 років) більший пріоритет надали критеріям «Фізичне здоров'я» ($2,31 \pm 0,04$ бали, проти $2,08 \pm 0,04$; $t = 3,76$, $p < 0,001$) та «Майбутнє» ($2,15 \pm 0,04$ бали, проти $1,97 \pm 0,04$; $t = 2,84$, $p < 0,002$).

На противагу цим даним, респонденти зі стажем роботи більше 20 років достовірно більшою кількістю балів оцінили виміри «Відносини» ($2,09 \pm 0,06$ балів проти $1,87 \pm 0,07$; $t = -2,34$, $p < 0,01$) та «Незалежність» ($2,02 \pm 0,04$ бали проти $1,91 \pm 0,04$; $t = -1,81$, $p < 0,05$).

Оцінювання семи доменів опитувальника респондентами залежно від займаної ними посади виявило достовірну різницю за такими показниками як «Самооцінка» (лікарі – $2,12 \pm 0,03$ бали проти даних керівників закладів охорони здоров'я – $2,01 \pm 0,03$; $t = -2,50$, $p < 0,01$) та «Щоденна діяльність» (відповідно, $2,01 \pm 0,04$ бали, проти $1,89 \pm 0,04$; $t = -1,97$, $p < 0,02$).

При оцінюванні респондентами психологічного самопочуття встановлено статистично значущий кореляційний зв'язок між середнім показником суми балів MHQoL-7D та оцінкою респондентами психологічного самопочуття за візуально-аналоговою шкалою (MHQoL-VAS) ($r = 0,63$, $p < 0,001$), (Рис. 4.1). Це свідчить про комплексний вплив різних складових суб'єктивного благополуччя — включно зі щоденною діяльністю, настроєм, фізичним здоров'ям, самооцінкою, міжособистісними відносинами тощо — на загальний стан психічного здоров'я. Підвищення інтегрованих показників якості життя може стати ефективною стратегією для покращення стану психічного здоров'я та благополуччя фахівців у сфері охорони здоров'я, особливо в умовах високого професійного навантаження та хронічного стресу.

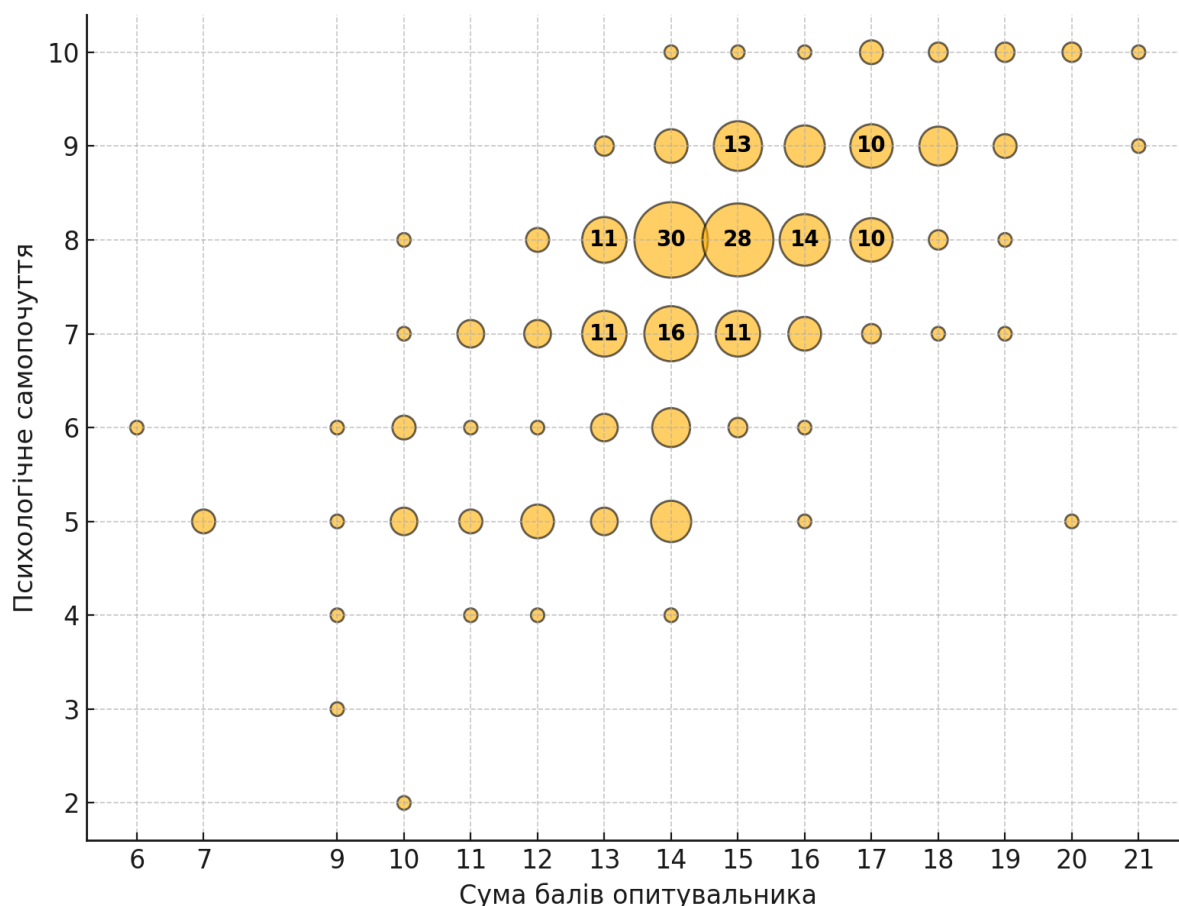


Рис. 4.1. Зв'язок між самооцінкою психологічного самопочуття та сумарним балом за шкалою MNQoL-7D. Розмір кругів відображає кількість респондентів із відповідним поєднанням оцінок

Результати кореляційного аналізу вказують на наявність сильного позитивного зв'язку між показником «Настрій» та самооцінкою психологічного самопочуття ($r=0,53$; $p<0,001$) (Рис. 4.2). Цей вимір виявився найтісніше пов'язаним із загальним відчуттям психологічного благополуччя в усіх доменах шкали MNQoL-7D. Високі показники настрою — як одного з основних афективних компонентів психічного стану — суттєво асоціюються з вищими оцінками психоемоційного самопочуття респондентів. Отримані дані підкреслюють значення емоційної регуляції як ключового чинника збереження та зміцнення психічного здоров'я, зокрема серед працівників сфери охорони здоров'я.

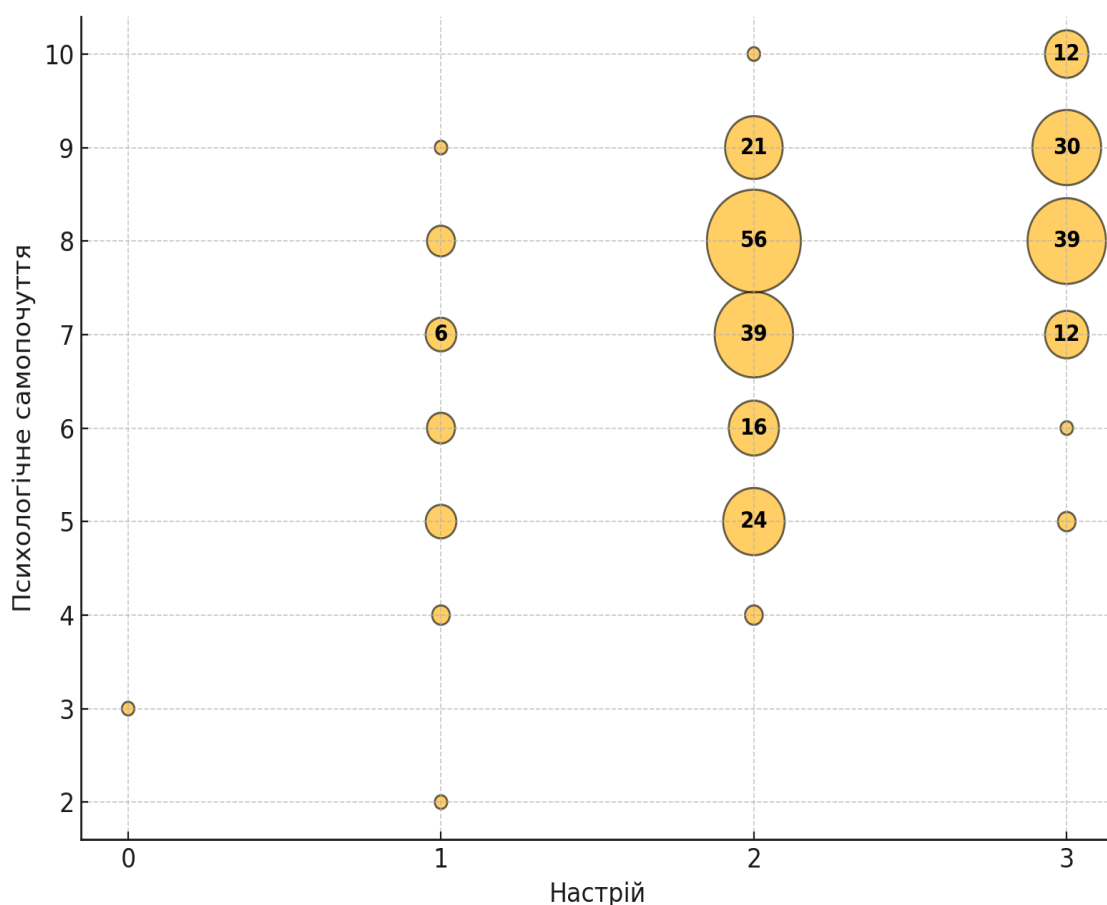


Рис. 4.2. Зв'язок між самооцінкою психологічного самопочуття та показником «Настрій» за шкалою MHQoL-7D. Розмір кругів відображає кількість респондентів із відповідним поєднанням оцінок

Аналіз кореляційного взаємозв'язку психологічного самопочуття з показником «Щоденна діяльність» (наприклад, робота, навчання, домашнє господарство, дозвілля) демонструє чітку позитивну залежність ($r=0,47$; $p<0,001$) (Рис. 4.3). Такий зв'язок може свідчити про важливість збереження функціональної активності (включно з працею, навчанням, дозвіллям) як буферного фактора, що сприяє зміцненню психологічної стабільності в умовах хронічного стресу або післякризових подій. Водночас низькі рівні залученості до щоденних активностей пов'язувалися з нижчими оцінками психоемоційного стану, що підтверджує значущість цього домену в системі підтримки благополуччя та хорошого стану психічного здоров'я працівників сфери охорони здоров'я.

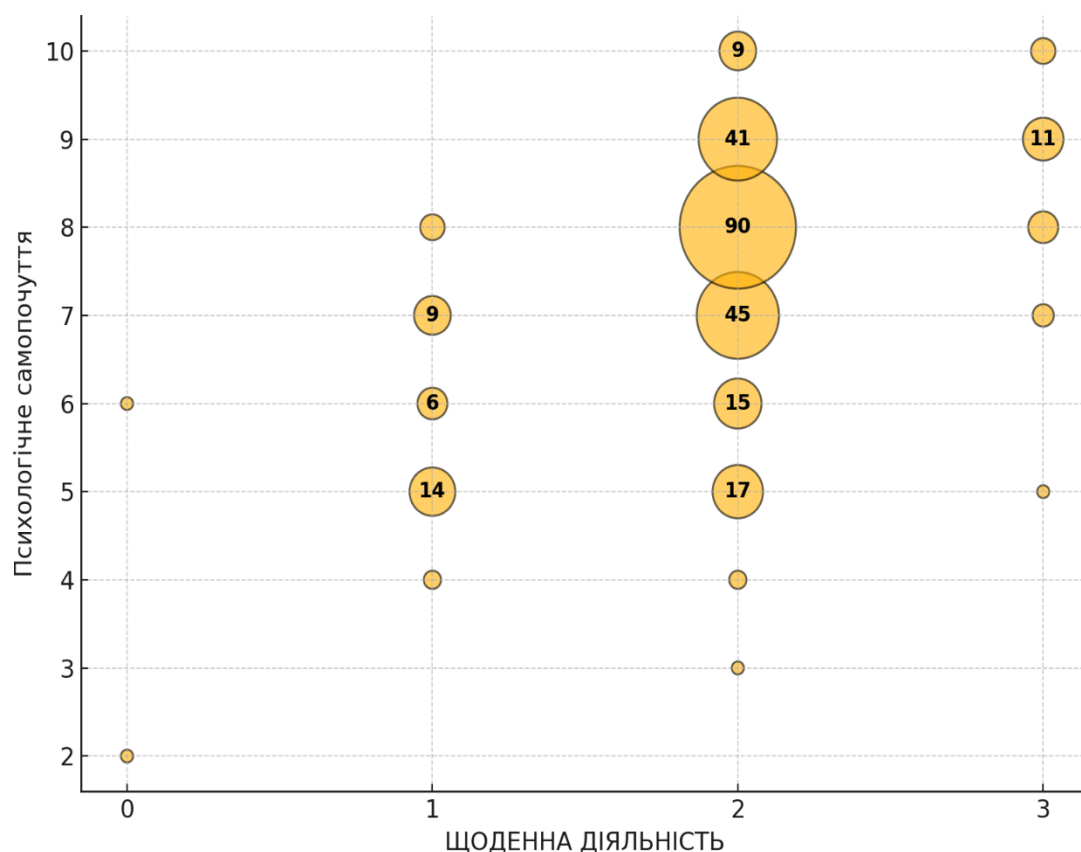


Рис. 4.3. Зв'язок між самооцінкою психологічного самопочуття та показником «Щоденна діяльність» за шкалою MHQoL-7D. Розмір кругів відображає кількість респондентів із відповідним поєднанням оцінок

За допомогою проведеного стратифікованого за статтю кореляційного оцінювання, продемонстровано відмінності у взаємозв'язку між психологічним самопочуттям та окремими доменами суб'єктивної якості життя за шкалою MHQoL-7D (Рис. 4.4). Зокрема, серед жінок найсильніший кореляційний зв'язок із психологічним самопочуттям був встановлений для таких вимірів як «Настрій» ($r=0,53$), «Щоденна діяльність» ($r=0,46$) та «Самооцінка» ($r=0,42$). Натомість у чоловіків найвищі кореляційні значення були характерні для таких доменів, як «Щоденна діяльність» ($r=0,49$), «Відносини» ($r=0,47$) та «Майбутнє» ($r=0,43$).

Важливим чинником є наявність суттєвих гендерних відмінностей у взаємозв'язку виміру «Самооцінка» з психологічним самопочуттям – у жінок цей показник був значно вищим ($r=0,42$), ніж у чоловіків ($r=0,10$), що може свідчити про диференційовану роль когнітивної самооцінки в структурі суб'єктивного

благополуччя. Разом із тим, загальна картина свідчить про вищу інтегрованість оцінок якості життя із суб'єктивним психічним станом саме серед жінок.

Загалом, для планування психосоціальних інтервенцій, а надто посткризової підтримки та програм психічного здоров'я, варто враховувати статево зумовлені патерни сприйняття якості життя, що підкріплюється отриманими результатами дослідження.

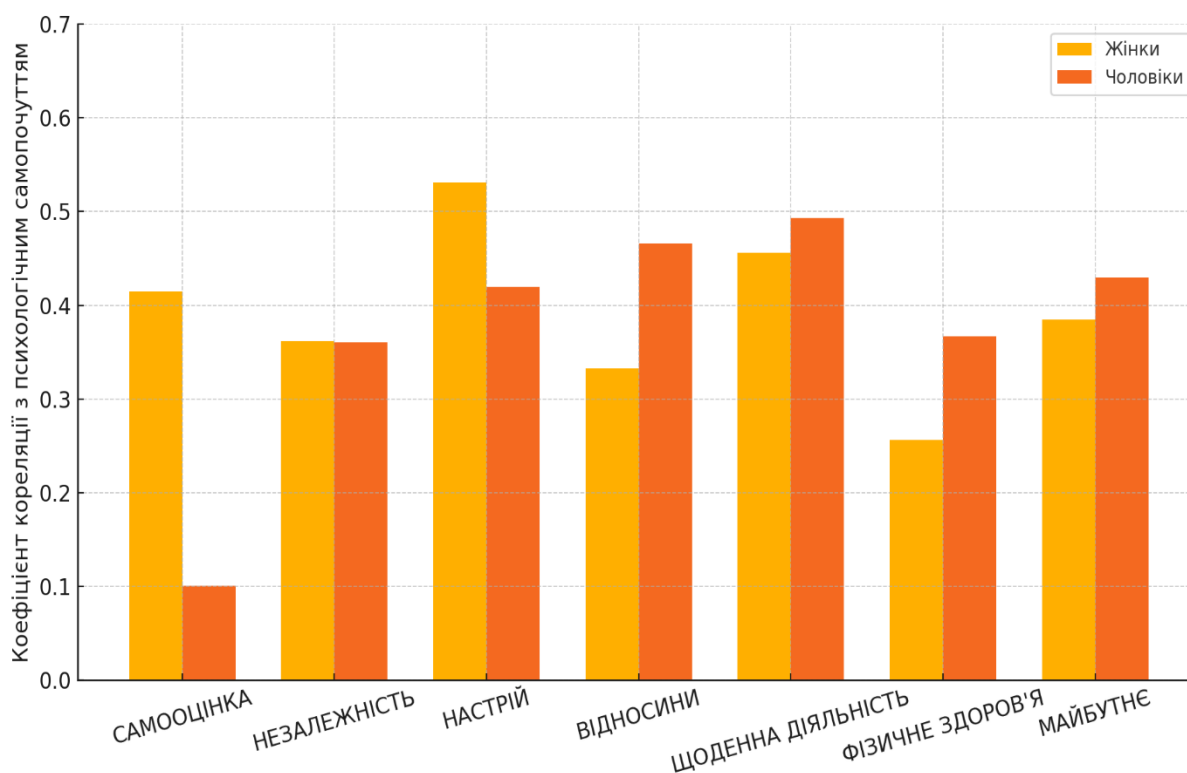


Рис. 4.4. Кореляційний аналіз між оцінками за шкалою MHQoL-7D та самооцінкою психологічного самопочуття в розрізі статі. Зображено значення коефіцієнтів кореляції Пірсона (r) для кожного з семи вимірів суб'єктивної якості життя окремо для чоловіків та жінок

F. van Krugten та співавтори [109] дослідили опитувальник MHQoL-7D з перспективи його психометричних властивостей у гетерогенній популяції користувачів послуг сфери психічного здоров'я та психосоціальної підтримки та представників загальної популяції. Працею було доведено, що MHQoL має сприятливі психометричні властивості та виступає як простий та ефективний інструмент для оцінки якості життя людей з проблемами зі сфери психічного здоров'я та психоемоційного благополуччя.

Дослідження стану психічного здоров'я та якості життя з використанням анкети MNQoL дає можливість комплексно оцінити стан психічного здоров'я та якості життя, включно з характеристиками залученості особистості в соціальну реальність, рівнем активності та характерологічними особливостями респондентів.

Використання MNQoL у цьому контексті дає змогу не лише оцінити поточний рівень психічного здоров'я та благополуччя, але й забезпечити розробку ефективних заходів для його покращення. Як наслідок, цесприятиме створенню умов для поліпшення якості умов праці та, а отже і професійної продуктивності спеціалістів системи охорони здоров'я.

Висновки до розділу 4

Дослідженням з'ясовано, що стан психічного здоров'я медичних працівників та менеджерів системи охорони здоров'я Львівської, Рівненської та Волинської областей формується під впливом комплексу суб'єктивних компонентів, відображених у семи доменах-вимірах опитувальника MNQoL-7D (самооцінка, незалежність, настрій, стосунки, повсякденна діяльність, фізичне здоров'я, майбутнє), які суттєво впливають на загальне психологічне самопочуття.

1. Встановлено статистично значущий позитивний кореляційний зв'язок між сумарним показником якості життя за опитувальником MNQoL-7D та самооцінкою психологічного самопочуття ($r=0,63$; $p<0,001$).

2. Аналіз середніх показників якості життя за шкалою MNQoL-7D показав, що найбільш позитивно медичні працівники та менеджери системи охорони здоров'я визначають виміри «Настрій» ($2,24\pm0,04$ бали) та «Фізичне здоров'я» ($2,22\pm0,03$ бали). Натомість нижчими є показники за такими доменами, як «Самооцінка» ($2,07\pm0,02$ бали), «Незалежність» ($1,95\pm0,03$ бали) та «Щоденна діяльність» ($1,95\pm0,03$ бали).

3. Виявлено наявність гендерних особливостей у структурі зв'язку між окремими доменами якості життя та психологічним самопочуттям. Зокрема, серед жінок сильніший кореляційний зв'язок спостерігається для доменів «Настрій»

($r=0,53$), «Щоденна діяльність» ($r=0,46$) та «Самооцінка» ($r=0,42$). Для чоловіків же найбільш значущими стали домени «Щоденна діяльність» ($r=0,49$), «Відносини» ($r=0,47$) та «Майбутнє» ($r=0,43$).

4. Встановлено, що професійна посада суттєво впливає на оцінку доменів MNQoL-7D. Лікарі оцінили себе у доменах «Самооцінка» ($2,12 \pm 0,03$ бали) та «Щоденна діяльність» ($2,01 \pm 0,04$ бали) достовірно вище, ніж оцінки у керівники закладів охорони здоров'я ($2,01 \pm 0,03$ і $1,89 \pm 0,04$ бали відповідно; $p < 0,02$).

5. Оцінювання за стажом роботи засвідчило, що молодші працівники (зі стажем до 20 років) вищою мірою оцінюють значення чинників «Фізичне здоров'я» ($2,31 \pm 0,04$ проти $2,08 \pm 0,04$; $p < 0,001$) та перспективи на «Майбутнє» ($2,15 \pm 0,04$ проти $1,97 \pm 0,04$) для свого благополуччя; $p < 0,002$), у той час як досвідченіші працівники (стаж понад 20 років) надають пріоритет доменам «Відносини» ($2,09 \pm 0,06$ проти $1,87 \pm 0,07$; $p < 0,01$) та «Незалежність» ($2,02 \pm 0,04$ проти $1,91 \pm 0,04$; $p < 0,05$).

6. Домен «Щоденна діяльність» виявився не лише одним із найсильніших предикторів суб'єктивного психологічного благополуччя як у чоловіків ($r=0,49$; $p < 0,001$), так і в жінок ($r=0,46$; $p < 0,001$), але й належить до трійки найнижче оцінених складників суб'єктивної якості життя в цільовій когорті медичних працівників. Крім того, як порівняти оцінки «щоденної діяльності», достовірно нижчі показники простежуються серед саме серед менеджерів системи охорони здоров'я ($1,89 \pm 0,04$ проти $2,01 \pm 0,04$; $p < 0,02$ у лікарського персоналу). Це свідчить про потенційно високий ризик їх вразливості до професійного вигорання та психоемоційної дестабілізації.

Отож проведене дослідження свідчить, що використання опитувальника MNQoL-7D дозволяє не лише кількісно виміряти рівень якості життя та психологічного стану респондентів, але й виявити релевантні фактори ризику та захисту, що мають важливе значення для формування програм моніторингу та підтримки психічного здоров'я медичних працівників та менеджерів системи охорони здоров'я.

Матеріали розділу висвітлені в наступних наукових роботах:

1. Боровець, В. А., & Любінець, О. В. (2024). Модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я. *Вісник Соціальної Гігієни Та Організації Охорони Здоров'я України*, 4, 42–48. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2024.4.15217>.
2. Боровець, В., & Любінець, О. (2024). Оцінка стану психічного здоров'я та якості життя медичних працівників на основі анкети MHQoL-7D (The Mental Health Quality of Life Questionnaire). <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/67447/1/%D0%9E%D0%A6%D0%86%D0%9D%D0%9A%D0%90%20%D0%A1%D0%A2%D0%90%D0%9D%D0%A3.pdf>.

РОЗДІЛ 5.

АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА РІВНЯ ВПЛИВУ ОСНОВНИХ ОСОБИСТІСНИХ, СУСПІЛЬНИХ ТА ГЛОБАЛЬНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА МЕНЕДЖЕРІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Люди, що працюють, заслуговують на невід'ємне право на найвищий досяжний рівень психічного здоров'я на робочому місці, незалежно від типу їхньої зайнятості.

В усьому світі технології, глобалізація, демографічні зрушення, надзвичайні ситуації та зміна клімату змінюють те, де і як ми працюємо. Пандемія COVID-19 порушила роботу ринків праці та прискорила темпи змін, особливо у сфері віддаленої роботи, електронної комерції та автоматизації. Деякі професії втрачають свою актуальність, деякі створюються і майже всі змінюються. Для багатьох ці зміни створюють новий тиск або посилюють існуючі стреси, пов'язані з роботою, що негативно впливає на психічне здоров'я працівників [119].

5.1. Визначення та оцінка рівня впливу особистісних детермінант на стан психічного медичного персоналу та менеджерів системи охорони здоров'я

З метою вивчення впливу на стан психічного здоров'я умов праці у медичних працівників та менеджерів системи охорони здоров'я за їх самооцінкою, проведено онлайн-анкетування, де взяли участь 389 медичних працівників. Якісна характеристика респондентів представлена в таблиці 5.1. До оцінювання було запропоновано такі особистісні детермінанти впливу на стан психічного здоров'я, а саме: задоволеність житловими умовами та умовами праці, трудова зайнятість (або ж безробіття), значення рівня освіти, расова та етнічна приналежність, релігія та традиції, рівень особистого доходу та його розподіл, спосіб життя, тютюнопаління та якість продуктів харчування, вживання алкоголю та наркотичних речовин, вплив процесу та рівня виховання, генетична схильність, сексуальне життя.

Табл. 5.1.

Якісна характеристика опитаних респондентів згідно з обійманою посадою
(абс. / %)

Критерії	Обіймана посада				
	Керівник ЗОЗ (69 осіб)	Заступник керівника ЗОЗ (106 осіб)	Завідувач відділення ЗОЗ (75 осіб)	Лікар (139 осіб)	Разом (389 осіб)
Чоловіки	33 (24,63%)	46 (34,33%)	20 (14,92%)	35 (26,12%)	134 (34,45%)
Жінки	36 (14,12%)	60 (23,53%)	55 (21,57%)	104 (40,78%)	255 (65,55%)
Місце праці					
Багатопрофільний ЗОЗ	18 (12,08%)	39 (26,17%)	33 (22,15%)	59 (39,60%)	149 (38,30%)
Спеціалізований ЗОЗ	11 (15,49%)	17 (23,94%)	14 (19,72%)	29 (40,85%)	71 (18,25%)
Центр ПМСД, амбулаторія ЗП/СМ	16 (22,54%)	18 (25,35%)	17 (23,94%)	20 (28,17%)	71 (18,25%)
ЗОЗ іншого профілю	24 (24,49%)	32 (32,65%)	11 (11,23%)	31 (31,63%)	98 (25,20%)
Стаж роботи					
До 11 років	16 (18,60%)	21 (24,42%)	9 (10,47%)	40 (46,51%)	86 (22,11%)
11-20 років	20 (16,26%)	33 (26,83%)	23 (18,70%)	47 (38,21%)	123 (31,62%)
Понад 20 років	33 (18,33%)	52 (28,89%)	43 (23,89%)	52 (28,89%)	180 (46,27%)

За результатами опитування встановлено три групи рівнів оцінки впливу цих детермінант на стан психічного здоров'я. До першої групи, з найвищим показниками впливу медичними працівниками віднесено «Задоволеність умовами праці» $3,53 \pm 0,07$ бали, «Рівень особистого доходу та його розподіл» $3,49 \pm 0,07$ бали, «Задоволеність житловими умовами» $3,41 \pm 0,08$ бали, «Спосіб життя» $3,37 \pm 0,08$ бали та «Якість продуктів харчування» $3,34 \pm 0,07$ бали (табл. 5.2). Групу з найменш впливовими детермінантами склали: «Генетична схильність» $2,10 \pm 0,09$ бали, «Вживання алкоголю» $1,92 \pm 0,09$ бали, «Тютюнопаління» $1,76 \pm 0,10$ бали, «Расова та етнічна приналежність» $1,59 \pm 0,08$ бали та «Вживання наркотичних речовин» $1,58 \pm 0,10$ бали.

Табл. 5.2.

Показники оцінки впливу визначених медичними працівниками та менеджерами системи охорони здоров'я основних особистісних детермінант на стан психічного здоров'я в залежності від статі, стажу роботи в системі охорони здоров'я та обійманої посади (в балах, $P \pm m$) та результати їх порівняння (t та p)

Критерії	Особистісн і детермінан ти	Спосіб життя	Якість продуктів харчування	Задоволеніс ть житловими умовами	Задоволеніс ть умовами праці	Вплив рівня особистого доходу та його розподілу
Разом	-	3.37±0.08	3.34±0.07	3.41±0.08	3.53±0.07	3.49±0.07
Стать	Чоловіки	3.16±0.13	3.09±0.11	3.26±0.12	3.46±0.11	3.28±0.12
	Жінки	3.47±0.10	3.47±0.09	3.49±0.10	3.57±0.09	3.60±0.09
		t= 1.93 p= 0.03	t= 2.55 p= 0.01	t= 1.39 p= 0.08	t= 0.74 p= 0.23	t= 2.17555 p= 0.02
Стаж роботи (років)	0-10	3.72±0.15	3.50±0.14	3.72±0.14	3.69±0,15	3.66±0.15
	11-20	3.41±0.14	3.31±0.12	3.58±0.13	3.62±0,12	3.47±0.12
	20	3.16±0.12	3.28±0.11	3.15±0.13	3.39±0,11	3.42±0.11
		t 1/2= 1.48 p1/2= 0.07 t 1/3= 2.77 p1/3= 0.003 t 2/3= 1.38 p2/3=0.08	t 1/2= 1.00 p1/2= 0.16 t 1/3= 1.20 p1/3= 0.12 t 2/3= 0.19 p2/3= 0.43	t 1/2= 0.76 p1/2= 0.22 t 1/3= 2.76 p1/3= 0.003 t 2/3= 2.29 p2/3= 0.01	t 1/2= 0.36 p1/2= 0.36 t 1/3= 1.52 p1/3= 0.06 t 2/3= 1.32 p2/3= 0.09	t 1/2= 1.00 p1/2= 0.16 t 1/3= 1.26 p1/3= 0.10 t 2/3= 0.30 p2/3= 0.38
Обіймана посада	Керівник ЗОЗ	3.51±0.17	3.41±0.14	3.65±0.17	3.84±0.16	3.51±0.16
	Заступник керівника	3.65±0.12	3.33±0.12	3.58±0.13	3.60±0.13	3.50±0.13
	Завідувач відділення	3.39±0.19	3.44±0.18	3.65±0.18	3.76±0.15	3.75±0.17
	Лікар	3.06±0.14	3.25±0.13	3.03±0.14	3.19±0.13	3,34±0.13
					t 1/2= 1.17 p1/2= 0.12 t 1/3= 0.36 p1/3= 0.36 t 1/4= 2.93 p1/4= 0.002 t2/3= 0.79 p2/3= 0.21 t 2/4= 2.18 p2/4= 0.015 t 3/4= 2.65 p3/4= 0.004	

З огляду на визнання медичними працівниками найбільшого впливу на

рівень свого психічного здоров'я саме задоволеності умовами праці, нами проведено аналіз відповідей респондентів залежно від їх статусу, а саме статі, стажу роботи у системі охорони здоров'я та обійманої посади (рис. 5.1).

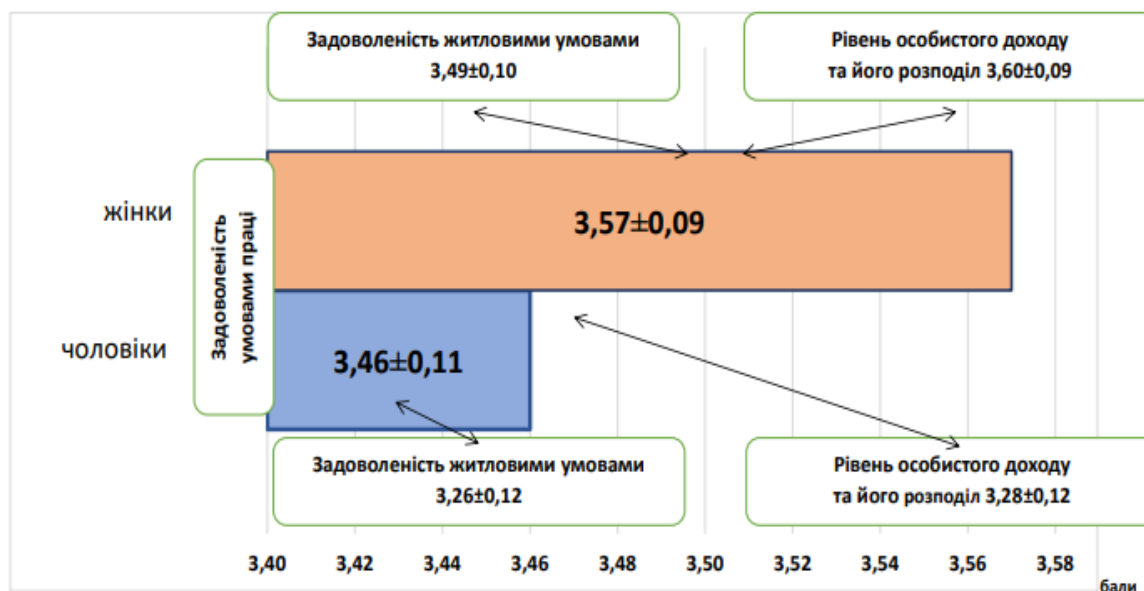


Рис. 5.1 Результати опитування медичних працівників щодо задоволеності виконуваною працею, задоволеністю житловими умовами та рівнем особистого доходу і його розподілу в залежності від статі

Достовірної різниці в оцінюванні задоволеності умовами праці за гендерною ознакою не встановлено.

Керівниками закладів охорони здоров'я дано найвищу оцінку значимості детермінанти «Задоволеність умовами праці» ($3,84 \pm 0,16$ балів) (табл. 5.2). Натомість група лікарів оцінила її найнижче ($3,19 \pm 0,13$ бали) і це виявилось достовірно нижчою оцінкою у порівнянні з результатами опитування в інших групах респондентів залежно від займаної посади ($p < 0,05$).

Розрахунок оцінки впливу задоволеності умовами праці респондентів залежно від стажу роботи у системі охорони здоров'я (табл. 5.2) показав, що нижчий рівень впливу зазначили фахівці зі стажем роботи понад 20 років ($3,39 \pm 0,11$ балів), аніж опитані з меншим стажем праці ($3,62 \pm 0,12$ – стаж 11-20 років, $3,69 \pm 0,15$ – стаж 0-10 років). Аналіз даних щодо займаної посади та стажу роботи (табл. 5.3)

засвідчив, що керівники ЗОЗ зі стажем роботи 0-10 років визначили, що робоче місце має найвищий рівень впливу на стан психічного здоров'я ($p < 0,05$).

Табл. 5.3.

Показники оцінки впливу робочого місця на стан психічного здоров'я в залежності від стажу роботи у системі охорони здоров'я та обійманої посади (в балах, $P \pm m$) та результати їх порівняння (t та p)

РОБОЧЕ МІСЦЕ	Стаж роботи		
	0-10 років	11-20 років	більше 20 років
Керівник ЗОЗ (1)	4,38±0,20*	4,10±0,32*	3,42±0,24*
Заступник керівника (2)	3,43±0,34	3,82±0,19	3,54±0,18
Завідувач відділення (3)	3,33±0,50	3,83±0,30	3,81±0,19
Лікар (4)	3,62±0,22*	3,17±0,20	2,88±0,25*
* $t_{1/2} = 0,69$; $p = 0,25$ * $t_{1/3} = 2,56$; $p < 0,01$ * $t_{2/3} = 1,72$; $p < 0,05$	$t_{1/2} = 1,20$ $p_{1/2} = 0,02$ $t_{1/3} = 2,28$ $p_{1/3} = 0,02$ $t_{1/4} = 2,04$ $p_{1/4} = 0,02$	$t_{1/2} = 0,82$ $p_{1/2} = 0,21$ $t_{1/3} = 0,63$ $p_{1/3} = 0,27$ $t_{1/4} = 2,52$ $p_{1/4} = 0,01$	$t_{1/2} = -0,39$ $p_{1/2} = 0,35$ $t_{1/3} = -1,30$ $p_{1/3} = 0,10$ $t_{1/4} = 1,46$ $p_{1/4} = 0,07$
Лікарі * $t_{1/3} = 2,14$; $p < 0,02$			

Примітка: * – достовірна різниця ($p \leq 0,05$) у порівнянні поміж даними у групах респондентів зі стажем роботи 0-20 років, з результатами опитування респондентів зі стажем роботи понад 20 років.

Примітка: ** – достовірна різниця ($p \leq 0,05$) у порівнянні поміж даними у групі респондентів зі стажем роботи 0-10 років, з результатами опитування респондентів зі стажем роботи більше 20 років.

У всіх опитаних групах встановлено позитивну кореляцію оцінок респондентів впливу на стан їх психічного здоров'я «Задоволеності умовами праці» з даними задоволеності житловими умовами, рівнем впливу особистого доходу та його розподілу і оцінкою способу життя (табл. 5.4).

Табл. 5.4.

Коефіцієнт кореляційного зв'язку оцінки медичними працівниками та менеджерами системи охорони здоров'я впливу на стан психічного здоров'я детермінанти «Задоволеність умовами праці» з визначеними особистісними детермінантами в залежності від стажу роботи у системі охорони здоров'я та обійманої посади (r та p)

Критерії	ЗАДОВОЛЕНІСТЬ УМОВАМИ ПРАЦІ		
	Задоволеність житловими умовами	Вплив рівня особистого доходу та його розподілу	Спосіб життя
Стаж роботи			
0-10 років	$r = 0,72^*$	$r = 0,61^*$	$r = 0,65^*$
11-20 років	$r = 0,80^*$	$r = 0,65^*$	$r = 0,56^*$
Понад 20 років	$r = 0,74^*$	$r = 0,59^*$	$r = 0,62^*$
Обіймана посада			
Керівник ЗОЗ	$r = 0,85^*$	$r = 0,65^*$	$r = 0,78^*$
Заступник керівника	$r = 0,75^*$	$r = 0,50^*$	$r = 0,64^*$
Завідувач відділення	$r = 0,71^*$	$r = 0,60^*$	$r = 0,67^*$
Лікар	$r = 0,72^*$	$r = 0,65^*$	$r = 0,50^*$
$*p < 0,001$			

Задоволеність умовами праці значною мірою асоціюється з рівнем особистого доходу та його розподілу, а також задоволеністю житловими умовами. Встановлено значний кореляційний зв'язок між задоволеністю умовами праці та житловими умовами серед жіночого контингенту опитаних ($r = 0,81$, $p < 0,001$). Помірна позитивна кореляція встановлена між задоволеністю умовами праці й рівнем особистого доходу ($r = 0,60$, $p < 0,001$) та задоволеністю власними житловими умовами ($r = 0,61$, $p < 0,001$) у чоловічого складу респондентів. Також така помірна кореляція спостерігалась у опитаних жінок щодо задоволеності працею і рівнем особистого доходу та його розподілу ($r = 0,62$, $p < 0,001$).

Отже, з числа особистісних детермінант впливу на стан психічного здоров'я опитаними респондентами зроблено акцент на важливість такої детермінанти, як задоволеність працею, яку виконує особа.

Багатовимірною взаємодією між умовами праці, рівнем особистого доходу та його розподілу й умовами життя підтверджується результатами оцінювання важливості цих детермінант. До показників з найвищим впливом на стан психічного здоров'я за даними здійсненого нами опитування медичних працівників, окрім «Задоволеності умовами праці» $3,53 \pm 0,07$ бали, віднесено «Рівень особистого доходу та його розподіл» $3,49 \pm 0,07$ бали і «Задоволеність житловими умовами» $3,41 \pm 0,08$ бали. Оцінка лікарями впливу задоволеності умовами праці на стан психічного здоров'я виявилась достовірно найнижчою ($3,19 \pm 0,13$ бали, $p < 0,05$) у порівнянні з даними опитування у групах респондентів залежно від обійманої ними посади, а саме керівниками закладів охорони здоров'я, їх заступниками чи завідувачами відділень. Це деякою мірою зумовлено відсутністю або ж меншою необхідністю ухвалювати управлінські рішення у робочому процесі лікарів [13].

5.2. Суспільні детермінанти впливу на стан психічного здоров'я у час воєнних подій в Україні

Для вивчення ролі суспільних (соціальних) детермінант у впливі на стан психічного здоров'я населення під час війни в Україні було проведено опитування медичних працівників, зокрема фахівців за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» у період з 19 вересня 2022 р. по 18 травня 2024 р.

Базовим критерієм розподілу респондентів, результати опитування яких були використані для статистичної обробки, був стаж роботи в закладах охорони здоров'я. Було виділено три групи респондентів: 1-а – до 10 років стажу роботи, 2-а – 11-20 років, 3-я – понад 20 років стажу роботи (табл. 5.5).

Війна з росією наразі є найважливішим соціальним чинником, що впливає на психічне здоров'я населення України. З урахуванням цього, ми виділили конкретні

соціальні детермінанти, тісно пов'язані з цією подією. Це політична ситуація в країні, ефективність державного управління, рівень демократії, соціальні конфлікти, організація соціального захисту, інфляційні процеси, корупція, міграційні процеси, злочинність, організація та доступність системи охорони здоров'я.

Табл. 5.5.

Розподіл респондентів за групами згідно зі стажем роботи (абс. / %)

Критерії	Стаж роботи			
	I група, до 11 років (86 осіб)	II група, 11-20 років (123 особи)	III група, понад 20 років (180 особа)	Разом (389 осіб)
Стать				
Чоловіки	32 (23,88%)	34 (25,37%)	68 (50,75%)	134 (34,45%)
Жінки	54 (21,18%)	89 (34,90%)	112 (43,92%)	255 (65,55%)
Місце праці				
Багатопрофільний ЗОЗ	33 (22,15%)	44 (29,53%)	72 (48,32%)	149 (38,31%)
Спеціалізований ЗОЗ	10 (14,08%)	21 (29,58%)	40 (56,34%)	71 (18,25%)
Центр ПМСД, амбулаторія ЗП/СМ	20 (28,17%)	33 (46,48%)	18 (25,35%)	71 (18,25%)
ЗОЗ іншого профілю	23 (23,47%)	25 (25,51%)	50 (51,02%)	98 (25,19%)
Обіймана посада				
Керівник ЗОЗ	16 (23,19%)	20 (28,98%)	33 (47,83%)	69 (17,74%)
Заступник керівника ЗОЗ	21 (19,81%)	33 (31,13%)	52 (49,06%)	106 (27,25%)
Завідувач відділення ЗОЗ	9 (12,00%)	23 (30,67%)	43 (57,33%)	75 (19,28%)
Лікар	40 (28,78%)	47 (33,81%)	52 (37,41%)	139 (35,73%)

Результати оцінки медичними працівниками та менеджерами системи охорони здоров'я соціальних детермінант показали, що на стан психічного здоров'я найбільше впливають такі соціальні чинники, як корупція в державі ($3,71 \pm 0,07$ бала з 5 максимальних), інфляційні процеси ($3,58 \pm 0,07$ бала) та політична ситуація в Україні ($3,54 \pm 0,07$ бала) (рис. 5.2). Такі соціальні детермінанти, як «Ефективність державного управління» ($3,39 \pm 0,07$), «Організація та доступність охорони здоров'я» ($3,33 \pm 0,07$) та «Рівень злочинності» ($3,23 \pm 0,07$) також були оцінені вище 3 балів.

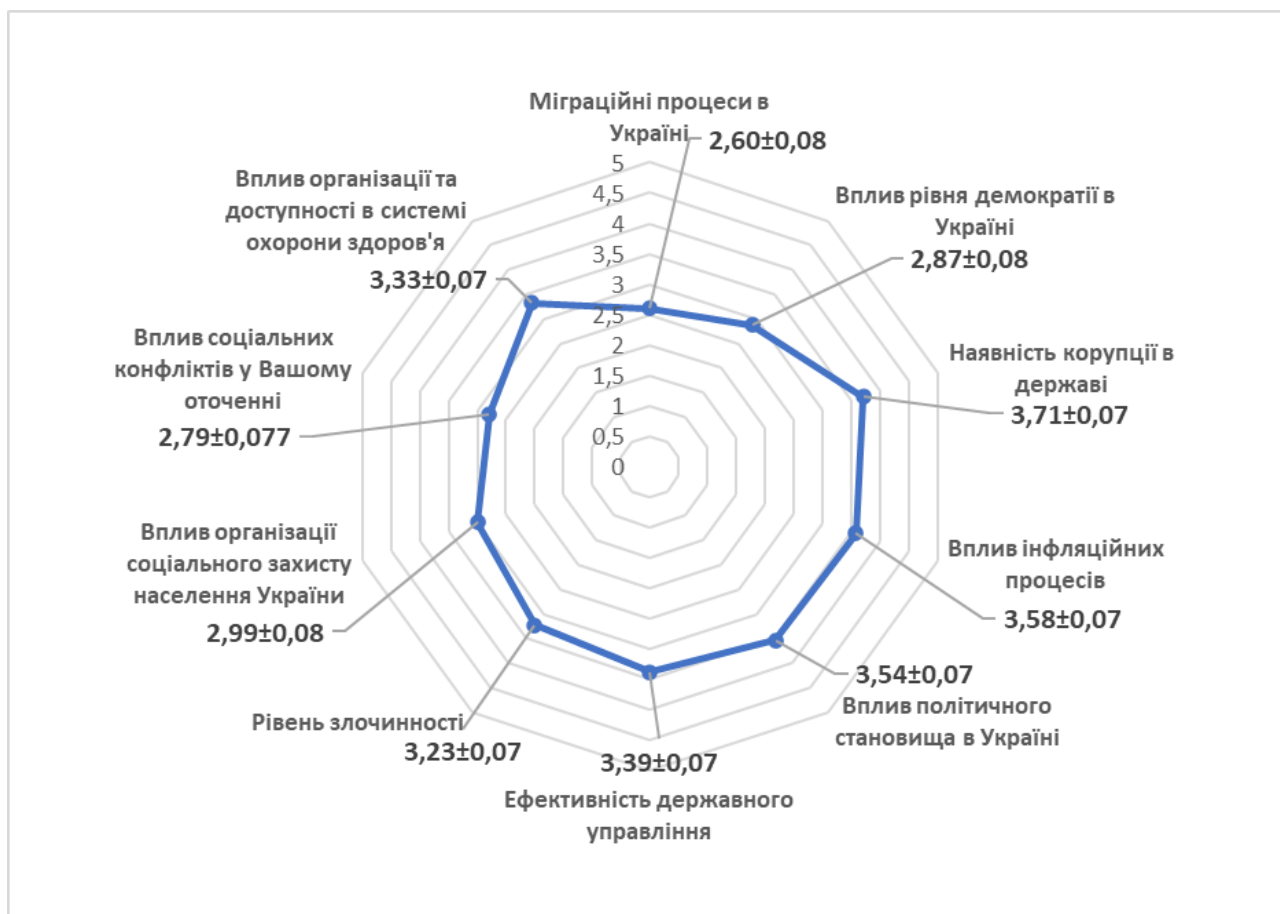


Рис. 5.2. Розподіл суспільних детермінант за рівнем впливу на стан психічного здоров'я населення, в балах ($P \pm m$)

Оцінювання респондентами рівня впливу соціальних детермінант на їхнє психічне здоров'я залежно від стажу роботи в системі охорони здоров'я показав, що найвищі бали за всіма виділеними факторами поставили респонденти зі стажем роботи 0-10 років (табл. 5.6). Другими за значимістю за всіма типами виділених детермінант виявилися дані респондентів 2-ї вікової групи: від 11 до 20 років. Натомість респонденти зі стажем роботи в системі охорони здоров'я понад 20 років найменшою мірою оцінили вплив цих детермінант на психічне здоров'я.

Визначення рівня статистичної значущості результатів продемонструвало, що такі соціальні детермінанти, як «Соціальні конфлікти в середовищі», «Організація соціального захисту населення», «Злочинність» та «Міграційні процеси», достовірно частіше згадувалися працівниками зі стажем роботи менше 20 років, ніж працівниками зі стажем понад 20 років.

Табл. 5.6.

Порівняння результатів впливу суспільних детермінант на стан психічного здоров'я населення медичними працівниками та менеджерами системи охорони здоров'я з урахуванням стажу їх роботи в системі охорони здоров'я ($P \pm m$)

Суспільні детермінанти	Стаж роботи			Порівняння між групами		
	I група, n - 86	II група, n - 123	III група, n - 180	I - II	I - III	II - III
Міграційні процеси в Україні	2,93±0,16	2,75±0,14	2,34±0,12	t=0,84; p=0,20	t=2,79; p=0,03*	t=2,17; p=0,02*
Вплив рівня демократії в Україні	3,02±0,17	2,92±0,14	2,77±0,11	t=0,47; p=0,32	t=1,29; p=0,10	t=0,85; p=0,20
Наявність корупції в державі /	3,94±0,14	3,79±0,12	3,55±0,11	t=0,81; p=0,21	t=2,12; p=0,02*	t=1,45; p=0,07
Вплив інфляційних процесів	3,76±0,14	3,59±0,12	3,48±0,10	t=0,86; p=0,20	t=1,52; p=0,07	t=0,67; p=0,25
Вплив політичного становища в Україні	3,69±0,14	3,63±0,12	3,41±0,11	t=0,32; p=0,37	t=1,50; p=0,07	t=1,31; p=0,10
Ефективність державного управління	3,48±0,16	3,41±0,12	3,32±0,11	t=0,31; p=0,38	t=0,81; p=0,21	t=0,57; p=0,29
Рівень злочинності	3,47±0,16	3,37±0,12	3,03±0,11	t=0,47; p=0,32	t=2,29; p=0,01*	t=2,09; p=0,02*
Вплив організації соціального захисту населення України	3,19±0,16	3,17±0,12	2,78±0,12	t=0,08; p=0,47	t=2,00; p=0,02*	t=2,22; p=0,01*
Вплив соціальних конфліктів у Вашому оточенні	3,13±0,15	3,04±0,13	2,46±0,12	t=0,44; p=0,33	t=3,37; p=0,001*	t=3,25; p=0,001*
Вплив організації та доступності в системі охорони здоров'я	3,48±0,15	3,45±0,12	3,17±0,11	t=0,16; p=0,44	t=1,60; p=0,06	t=1,65; p≥0,05

Примітка: * – достовірна різниця ($p \leq 0,05$) у порівнянні даних у 1 та 2 групах респондентів із результатами опитування респондентів 3 групи.

Оцінка респондентами детермінант впливу на психічне здоров'я залежно від посади показала, що керівники закладів охорони здоров'я насамперед вказували на вплив таких соціальних чинників, як «Корупція в державі» ($3,81 \pm 0,14$), «Стан організації та доступності послуг системи охорони здоров'я» ($3,74 \pm 0,13$), «Політична ситуація» та «Ефективність державного управління» ($3,54 \pm 0,14$ та $3,54 \pm 0,15$ відповідно). З огляду на стаж роботи, такі показники були вищими для керівників зі стажем менше 20 років, ніж для фахівців із досвідом роботи в системі охорони здоров'я понад 20 років.

Заступники керівників ЗОЗ, завідувачі відділень та група лікарів підкреслили першочерговий вплив таких детермінант, як «Корупція в державі» ($3,78 \pm 0,12$; $3,69 \pm 0,18$; $3,62 \pm 0,13$, відповідно), «Політична ситуація в країні» ($3,69 \pm 0,12$; $3,48 \pm 0,17$; $3,46 \pm 0,13$, відповідно) та «Вплив інфляційних процесів» ($3,61 \pm 0,12$; $3,60 \pm 0,17$; $3,58 \pm 0,13$, відповідно). Залежно від стажу роботи в системі охорони здоров'я, ці детермінанти вище оцінили заступники керівників ЗОЗ та лікарі зі стажем роботи менше десяти років. В оцінці завідувачів відділень залежно від стажу роботи особливостей не виявлено.

5.3 Глобальні детермінанти та їх вплив на стан психічного здоров'я населення

Найбільш віддаленими, на перший погляд, детермінантами, що впливають на стан психічного здоров'я окремої людини, є явища глобалізації – всесвітньої інтеграції технологічних, економічних, соціальних, культурних, інституційних, екологічних та інших механізмів. Зв'язок між глобалізацією і психічним здоров'ям є комплексним, тож глобалізація може вплинути на здоров'я незліченними способами. Наслідки її можуть бути прямими – на рівні населення загалом чи окремих осіб, або опосередкованими через економіку та інші детермінанти, як-от освіта, культура тощо [76].

Як і будь-які інші детермінанти психічного здоров'я, глобальні детермінанти можуть як негативно, так і позитивно впливати на стан психічного здоров'я

населення. Дослідженням доведено, що позитивний вплив притаманний таким детермінантам, як глобальні структури управління, включно з ВООЗ, Світовим банком (СБ), Світовою організацією торгівлі (СОТ) та ін. Протилежний вплив мають такі глобальні детермінанти, як глобальні конфлікти (в даному випадку війна України з росією) [179], економічні зміни, міжнародна торгівля, міжнародна міграція, глобальні зміни клімату тощо.

У результаті дослідження 389 респондентів з використанням авторського опитувальника з визначення та оцінки рівня впливу окремих детермінант на стан психічного здоров'я (Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №131282 від 12.11.2024 р.) визначено, що найвищий рівень впливу сьогодні мають військові події на території України, у зв'язку з російсько-українською війною ($4,44 \pm 0,05$ бали). Наступними за значущістю є вплив пандемії COVID-19 ($2,77 \pm 0,08$ бали) та глобальних економічних змін ($2,76 \pm 0,08$) (табл. 5.7). Реакція респондентів на важливість таких глобальних детермінант, як повномасштабна війна в Україні та згубний вплив на пандемії COVID-19 є цілком зрозумілою. Водночас висока оцінка глобальних економічних змін вказує на визнання опитуваними впливу на здоров'я населення таких економічних явищ, як спад народжуваності у розвинених країнах [100], постійне збільшення споживання незалежно від того, що споживається, і незалежно від впливу на навколишнє середовище та здоров'я [65], агресивні ринкові стратегії [114], екологічні фактори (нераціональна експлуатація природних ресурсів та забруднення землі, води і атмосфери) [99], глобальне потепління [29]. Очікується, що війна й економічна криза спричинять вторинні наслідки для психічного здоров'я, які можуть збільшити рівень самогубств і смертності від вживання психоактивних речовин [79].

Табл. 5.7.

Показники оцінки впливу на стан здоров'я населення визначених глобальних детермінант медичними працівниками та менеджерами системи охорони здоров'я залежно від стажу роботи у системі охорони здоров'я та обійманої посади (в балах, $P \pm m$) та результати їх порівняння (t та p)

Критерії		ГЛОБАЛЬНІ ДЕТЕРМІНАНТИ				
		Глобальні структури управління	COVID-19	Вплив глобальних конфліктів	Зміни клімату	Глобальні економічні зміни
		1,90±0,09	2,77±0,08	4,44±0,05	2,45±0,08	2,76±0,08
Стаж роботи	0-20 років	2,27±0,12	2,91±0,11	4,51 0,07	2,62±0,10	2,99±0,10
	21 і більше років	1,47±0,12	2,61±0,12	4,37 0,08	2,25±0,11	2,50±0,11
		t = 4,78 p = 0,0001	t = 1,80 p = 0,04	t = 1,35 p = 0,09	t = 2,39 p = 0,01	t = 3,29 p = 0,001
Обіймана посада	Керівники ЗОЗ	2,00±0,12	2,90±0,11	4,64 0,06	2,45±0,11	2,90±0,11
	Лікарі	1,82±0,12	2,67±0,12	4,28 0,08	2,45±0,11	2,65±0,11
		t = 1,06 p = 0,14	t = 1,33 p = 0,09	t = 3,50 p = 0,0003	t = 0,02 p = 0,49	t = 1,61 p = 0,05
Обіймана посада + стаж роботи	Керівники ЗОЗ / стаж 0-20 років	2,20±0,17	2,92±0,16	4,68 0,07	2,42±0,16	2,91±0,16
	Керівники ЗОЗ / стаж 21 і більше років	1,79±0,16	2,87±0,17	4,60 0,08	2,48±0,15	2,88±0,14
		t = 1,74 p = 0,04	t = 0,22 p = 0,41	t = 0,70 p = 0,24	t = -0,27 p = 0,39	t = 0,14 p = 0,45
	Лікарі / стаж 0-20 років	2,32±0,16	2,91±0,16	4,38 0,10	2,77±0,14	3,05±0,13
	Лікарі / стаж 21 і більше років	1,19±0,16	2,38±0,18	4,16 0,13	2,04±0,17	2,16±0,16
		t = 4,90 p = 0,0001	t = 2,21 p = 0,01	t = 1,35 p = 0,09	t = 3,40 p = 0,0004	t = 4,36 p = 0,0001

Результати оцінювання впливу глобальних детермінант, актуальних у сучасному світовому контексті (зокрема, збройних конфліктів та економічних трансформацій), на стан здоров'я населення засвідчили, що респонденти з меншим

стажем роботи у сфері охорони здоров'я надають цим чинникам вищий рівень значущості. Статистично достовірні відмінності в оцінках були виявлені серед лікарів зі стажем до 21 року. Здійснений аналіз відповідей із урахуванням тривалості професійної діяльності в медичній сфері також продемонстрував достовірно ($p < 0,001$) вищі рівні оцінки впливу на здоров'я економічних змін медичними працівниками та менеджерами системи охорони здоров'я зі стажем до 20 років включно ($2,99 \pm 0,10$ балів), аніж із більшим стажем роботи ($2,50 \pm 0,11$ бали).

Оцінка впливу глобальних економічних змін респондентами залежно від обійманої ними посади показала її важливість у групі керівників закладів охорони здоров'я ($2,90 \pm 0,11$ бали) проти оцінки загального лікарського персоналу ($2,65 \pm 0,11$ бали, $p = 0,05$). Результати опитування з урахуванням стажу роботи та займаної респондентами посади засвідчили, що достовірно найвищий рівень впливу на стан здоров'я населення економічних змін вказує лікарський персонал зі стажем роботи у сфері охорони здоров'я до 20 років ($3,05 \pm 0,13$ проти $2,16 \pm 0,16$ бали, $p < 0,001$). Така сама тенденція щодо рівня оцінки впливу економічних змін зазначена і керівниками закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) з меншим стажем роботи ($2,91 \pm 0,16$ проти $2,88 \pm 0,14$ балів), проте тут достовірної різниці не встановлено ($p \geq 0,05$).

Паралельно керівники ЗОЗ зі стажем роботи до 20 років оцінили (з достовірною різницею $p < 0,05$) дію на стан здоров'я глобальних структур управління як $2,20 \pm 0,17$ бали проти $1,79 \pm 0,16$ – оцінки цієї детермінанти керівниками з більшим стажем роботи.

Таким чином, у зібраних результатах простежується вплив глобальних детермінант, пов'язаних із війною на території України, економічними трансформаціями та дією глобальних структур управління, які мають системоутворювальне значення у впливі на стан здоров'я населення, в т. ч. психічного. Молодші за стажем роботи керівники ЗОЗ і медичний персонал у більшій мірі оцінюють важливість впливу економічних змін на стан здоров'я населення. Тому оцінювання рівня впливу економічної нестабільності на стан

здоров'я населення, у т. ч. медичного персоналу, сприятиме розробленню стратегій для покращення його стану в глобальному вимірі.

Висновки до розділу 5

Дослідженням встановлено, що стан психічного здоров'я медичних працівників та менеджерів системи охорони здоров'я України формується під впливом трьох основних груп детермінант – особистісних, суспільних та глобальних, які взаємодіють між собою, створюючи складну систему чинників ризику і захисту.

1. Опитування з'ясувало, що серед особистісних детермінант найбільший вплив на стан психічного здоров'я мають: задоволеність умовами праці ($3,53 \pm 0,07$ бали), рівень особистого доходу та його розподіл ($3,49 \pm 0,07$ бали), а також задоволеність житловими умовами ($3,41 \pm 0,08$ бали). Доведено наявність позитивного кореляційного зв'язку між задоволеністю умовами праці, рівнем особистого доходу та житловими умовами (r від 0,50 до 0,85; $p < 0,001$). У всіх підгрупах виявлено стійкий позитивний кореляційний зв'язок між оцінкою впливу задоволеності умовами праці та іншими детермінантами: задоволеністю житловими умовами (r до 0,85, $p < 0,001$), рівнем особистого доходу (r до 0,65, $p < 0,001$), способом життя (r до 0,78, $p < 0,001$). У жінок ці зв'язки виявилися більш вираженими, ніж у чоловіків.

2. Залежно від займаної посади, найвищу оцінку впливу задоволеності умовами праці визначають керівники ЗОЗ ($3,84 \pm 0,16$ бали), а найнижчу — лікарі ($3,19 \pm 0,13$ бали, $p < 0,05$). Найвищий вплив робочого місця на психічне здоров'я ($4,38 \pm 0,20$ бали) встановлено серед керівників ЗОЗ зі стажем до 10 років, що підтверджує зростання значущості професійного середовища для молодших управлінських кадрів ($p < 0,05$).

3. Найбільш значущими суспільними детермінантами, які негативно впливають на стан психічного здоров'я медичних працівників та менеджерів системи охорони здоров'я, визнано корупцію ($3,71 \pm 0,07$ бали), інфляційні процеси ($3,58 \pm 0,07$ бали) та політичну ситуацію в країні ($3,54 \pm 0,07$ бали). Оцінка впливу суспільних детермінант достовірно відрізняється залежно від стажу роботи:

працівники зі стажем до 10 років надають вищі оцінки негативного впливу зазначених вище, ніж фахівці з досвідом понад 20 років ($p < 0,05$ для більшості чинників). Керівники ЗОЗ вказали на ключову роль таких суспільних детермінант, як організація охорони здоров'я, корупція та ефективність державного управління, тоді як лікарі та заступники керівників частіше акцентували увагу на інфляційних процесах і політичній нестабільності — особливо серед тих, хто має менше 10 років стажу.

4. Серед глобальних детермінант найбільш вагомий негативний вплив на стан здоров'я, зокрема психічного, респонденти пов'язують із воєнними подіями в Україні ($4,44 \pm 0,05$ бали), а також з економічною нестабільністю ($2,76 \pm 0,08$ бали) та наслідками пандемії COVID-19 ($2,77 \pm 0,08$ бали). Медичні працівники зі стажем до 20 років, особливо лікарі та молодші керівники ЗОЗ, демонструють вищу чутливість до впливу глобальних економічних змін на здоров'я населення порівняно з колегами зі стажем понад 20 років ($p < 0,001$). Хоча вплив глобальних структур управління (як-от ВООЗ, Світовий банк тощо) оцінено загалом найнижче, він виявився статистично значущим серед керівників ЗОЗ зі стажем до 20 років ($2,20 \pm 0,17$ проти $1,79 \pm 0,16$ бали, $p < 0,05$), що свідчить про більшу орієнтацію на міжнародний контекст серед молодшого управлінського складу.

Отож проведене дослідження дає підстави стверджувати, що психічне здоров'я менеджерів та медичних працівників системи охорони здоров'я значною мірою визначається комплексом особистісних, суспільних та глобальних детермінант, серед яких, після детермінант, що пов'язані з повномасштабною війною на теренах України, превалюють детермінанти, що пов'язані з робочим місцем. Визначення та моніторинг цих детермінант необхідні для розробки ефективних стратегій підтримки психічного здоров'я на робочому місці персоналу сфери охорони здоров'я в умовах сучасних викликів і кризових ситуацій.

Матеріали розділу висвітлені в наступних наукових роботах:

1. Borovets, V. A., & Lyubinet, O. V. (2024). Social determinants of the impact on mental health during the war in ukraine (a study based on the assessment of medical

professionals). *Clinical and Preventive Medicine*, 7, 131–137.
<https://doi.org/10.31612/2616-4868.7.2024.16>.

2. Borovets, V., & Lyubinets, O. (2024). Satisfaction with working conditions and mental health of healthcare workers according to their self-assessment. *Acta Medica Leopoliensia*, 30(1–2), 120–132. <https://doi.org/10.25040/aml2024.1-2.120>.

3. Любінець, О., Боровець, В., & Качмарський, Д. (2024). Глобальні економічні зміни та стан здоров'я населення. *Україна. Здоров'я нації*, (4), 7–10.
<https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.4/01>.

4. Боровець, В. А., & Любінець, О. В. (2024). Модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я. *Вісник Соціальної Гігієни Та Організації Охорони Здоров'я України*, 4, 42–48.
<https://doi.org/10.11603/1681-2786.2024.4.15217>.

РОЗДІЛ 6

НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА РОЗРОБКА КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ МОНІТОРИНГУ ТА ОЦІНЮВАННЯ СТАНУ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МЕНЕДЖЕРІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

На підставі результатів проведеного дослідження з урахуванням міжнародного досвіду нами обґрунтовано та розроблено концептуальну модель моніторингу та оцінювання стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я з врахуванням медико-соціальних та економічних чинників, яка знайшла відображення в підготовлених нами та опублікованих наукових працях [дод. А-1]. Впровадження організаційних, управлінських, економічних, науково-освітніх підходів у рамках зазначеної моделі дасть змогу комплексно вирішувати проблему збереження психічного здоров'я організаторів сфери охорони здоров'я.

6.1. Теоретичне обґрунтування побудови концептуальної моделі моніторингу та оцінювання стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я

Психічне здоров'я нації є потенціалом розвитку держави, адже від психічного здоров'я залежать не тільки особливості життя конкретної людини, але й можливість та ефективність виконання нею соціальних ролей та функцій, її внесок у розвиток суспільства загалом [183].

Перша з десяти основних оперативних функцій для оцінювання потенціалу та послуг системи громадського здоров'я, а також дій, необхідних для їх покращення, які визначені у документі Європейського регіонального бюро ВООЗ «Європейський план дій з укріплення потенціалу та послуг громадського здоров'я», що став посібником у розвитку громадського здоров'я [115], передбачає «Епіднагляд та оцінювання стану здоров'я і благополуччя населення». А пункт 1.4. цієї функції визначає «Епіднагляд за станом соціального і психічного здоров'я» [152], що набуло надзвичайної актуальності в час війни в Україні.

У п. 26 Резолюції, яка була прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 25 вересня 2015 року №70/1 «Перетворення нашого світу: Порядок денний у сфері

сталого розвитку до 2030 року» йдеться, що заради сприяння фізичному та психічному здоров'ю і благополуччю, а також збільшення середньої тривалості життя, необхідно забезпечити всезагальне охоплення населення медичною допомогою та доступом до якісного медичного обслуговування, ... профілактикою та лікуванням неінфекційних захворювань, включно з розладами поведінки, порушеннями розвитку та неврологічними порушеннями, які становлять істотну перешкоду для сталого розвитку [173]. Саме Ціль 3 «Забезпечення здорового способу життя та добробуту людей будь-якого віку» в пункті 3.4 передбачає «... підтримувати психічне здоров'я і благополуччя».

Вивчення стану психічного здоров'я населення окреслює систематичний аналіз результатів дослідження щодо детермінант впливу на психічне здоров'я та визначення потенційних детермінант для побудови дієвих механізмів задля зменшення їх негативного впливу.

Визначених стандартів дослідження детермінант здоров'я немає, оскільки їх структура і ступінь впливу можуть різнитися залежно від локального контексту цільової аудиторії [189].

В Україні стан психічного здоров'я населення протягом останніх років зазнавав впливу таких глобальних чинників, як епідемія COVID-19 та повномасштабні військові дії на території держави [127]. Зважаючи на вищенаведене, наразі необхідно здійснювати постійний моніторинг рівня психічного здоров'я населення України задля розроблення та впровадження науково обґрунтованих заходів, спрямованих на збереження та відновлення психічного здоров'я населення в умовах воєнного стану та післявоєнного періоду відновлення

Основи суспільних детермінант зосереджені на розумінні того, як обставини, в яких люди живуть і працюють, впливають на стан їх здоров'я [71]. Війна з РФ безпосередньо негативно вплинула на стан психічного здоров'я населення та запустила каскад негативних соціально-економічних детермінант формування громадського здоров'я в Україні [181]. Певною мірою це позначилось і на оцінці медичними працівниками та менеджерами системи охорони здоров'я впливу суспільних детермінант на стан психічного здоров'я. Війна в Україні розглядається

як дистрес, що негативно впливає на особистість, її фізичне та психічне здоров'я. Повномасштабна війна в Україні показала особливу роль доступу до послуг медицини (в т. ч. для осіб, які мігрували за межі України) [86], проживання, харчування, освіти й підтвердила природу соціальної інфраструктури як детермінанти соціальної вразливості населення [128]. Робота медиків в умовах кризової та екстремальної ситуації, у тому числі під час воєнного стану, також ставить підвищені вимоги до їх фізичних, психічних та психологічних ресурсів [164, 177, 185].

Суспільні детермінанти взаємодіють на різних рівнях у складних системах, створюючи прямий і непрямий вплив на психічне здоров'я – часто із затримкою в часі [22]. Як зазначає Р. Braveman та його колеги, у міру розвитку системи соціальних детермінант з'явилася різниця між детермінантами «Вгорі» та «Внизу». Соціальні детермінанти, що стоять вище за перебігом (у нашому випадку – воєнний стан в Україні), діють як «фундаментальні причини» й зазвичай впливають на здоров'я через соціальні детермінанти, що знаходяться нижче за плином. Вони розширюють концепцію соціальних детермінант, уміщуючи «будь-які немедичні чинники, що впливають на здоров'я», тим самим чином включаючи такі фіксовані індивідуальні характеристики, як стать, рівень освіти і професійний статус [16]. Це отримало підтвердження у нашому дослідженні у вигляді різниці оцінки впливу суспільних детермінант респондентами залежно від займаної посади та стажу роботи у системі охорони здоров'я. Так респонденти зі стажем роботи у системі охорони здоров'я понад 20 років в меншій мірі відмітили вплив суспільних детермінант на стан психічного здоров'я. Такі види суспільних детермінант, як «Соціальні конфлікти в оточенні», «Організація соціального захисту населення», «Злочинність» та «Міграційні процеси» медичними працівниками зі стажем у роботі в системі охорони здоров'я до 20 років зазначалися достовірно частіше, ніж медиками зі стажем понад 20 років. Керівники ж закладів охорони здоров'я насамперед вказали на вплив таких соціальних факторів, як наявність «Корупції в державі», «Стан організації та доступності послуг в системі охорони здоров'я», «Політичне становище» та «Ефективність державного управління».

Робота посідає центральне місце в житті медичного персоналу та менеджерів системи охорони здоров'я і слугує не лише інструментом забезпечення доходу і способом задоволення матеріальних потреб, а й нав'язує часову структуру, уможливорює соціальні відносини, забезпечує статус, почуття самореалізації та ідентичності [46]. Тому цілком закономірно, що з числа особистісних детермінант впливу на стан психічного здоров'я опитані респонденти акцентували саме на важливості такої детермінанти, як задоволеність працею, яку особа виконує. Таке ж твердження отримано в дослідженнях інших авторів [15, 158].

Робоче середовище постає як життєво важливий та ідеальний контекст для зміцнення психічного здоров'я [48]. Існують вагомі докази, які пов'язують ефективний дизайн роботи, якісні умови праці та позитивну ділову культуру на робочому місці з психічним здоров'ям працівників та продуктивністю праці [6]. Робота з високим робочим навантаженням, цейтнотом і низьким рівнем автономії та повноважень, посилює стрес і ризик виникнення або погіршення розладів психічного здоров'я. Відсутність соціальної підтримки або друзів на роботі також може сприяти погіршенню психічного здоров'я працівників. Коли працівники усвідомлюють, що винагорода не співмірна із зусиллями, які вони вкладають у роботу, ризик погіршення психічного здоров'я зростає. Сприйняття процесів і справедливості на робочому місці – зокрема, правдивість оцінювання, залученість у процес прийняття рішень і шанобливе ставлення з боку керівників – також впливає на психічне здоров'я [113].

Як зазначають Elizabeth Almer та Steven E. Kaplan, працівники зі стандартною організацією робочого часу менш здатні структурувати робочий день, щоби пристосувати його до своїх особистих потреб і збалансувати вимоги роботи та сім'ї [3]. Отже, вони частіше стикаються з конфліктами між роботою та сім'єю та професійним вигоранням.

Серед працівників середнього віку погіршення умов праці посилює навантаження на їх здоров'я і, особливо впливає на стан їх тривожності. Крім того, якісні робочі місця, що поєднуються з низкою позитивних умов, могли б полегшити основне навантаження на здоров'я працівників [105].

На важливість умов праці в середньому віці (від 40 до 55 років) вказують Morten Wahrendorf та співавтори [111]. Показано, що чоловіки та жінки, які відчували психосоціальний стрес на роботі або займали низькі професійні посади в середньому віці, мали значно вищу ймовірність високих симптомів депресії під час виходу на пенсію. Крім того, чоловіки з нестабільною професійною кар'єрою та недобровільною втратою роботи частіше повідомляли про значні прояви депресії в подальшому житті. Ці асоціації залишаються значущими під час контролю за станом здоров'ям і соціальним становищем працівників упродовж життя та підтверджують припущення, що психічне здоров'я пенсіонерів, які зазнали поганих умов праці в середньому віці, може бути порушеним.

Багато людей зараз змушені або хочуть працювати довше через збільшення тривалості життя. У деяких країнах встановлений законом пенсійний вік позбавляє людей похилого віку вільного доступу до ринку праці. Звільнення з роботи може мати негативний вплив на психічне здоров'я людей похилого віку. Світова фінансова криза змусила деякі країни підвищити пенсійний вік, проте наслідки цього для громадського здоров'я потребують вивчення. Надання людям похилого віку вільного доступу до ринку праці може мати важливі переваги для здоров'я, гнучкі стратегії виходу на пенсію необхідні для забезпечення того, щоби будь-яка національна політика щодо підвищення встановленого законом пенсійного віку не збільшувала медичну та соціальну нерівність серед людей похилого віку. Якщо ж пенсійний вік буде підвищено, щоб зменшити тиск на бюджети соціального забезпечення, тоді як уряди, так і приватний сектор повинні будуть забезпечити покращення умов праці [68].

Зовнішні обставини у суспільстві мають важливий вплив на рівень тривожності персоналу лікувального закладу підсилюючи специфіку умов його праці. Праця медичних працівників є специфічною з огляду на її особливості та вплив на стан їх психічного здоров'я. Зовнішні ж обставини у суспільстві також мають важливу дію на рівень їх психічного здоров'я.

Медичні працівники, які надають допомогу онкологічним хворим [25, 101, 123, 124] або працюють у лікарнях невідкладної допомоги [87], зазнають серйозних

ризиків стресу на робочому місці, який проявляється підвищеним станом тривожності. Тим часом воєнні дії в Україні в поєднанні зі специфікою умов праці медичних працівників середньої ланки лікарні екстреної медичної допомоги викликали вищий рівень їх особистісної і ситуативної тривожності порівняно з характеристикою рівнів тривожності медсестринського персоналу онкологічної лікарні за межами України [153].

Професором Cary Lynn Cooper та співавторами визначено 4 фактори професійного стресу, які провокували високий рівень незадоволеності роботою та відсутність психічного благополуччя серед лікарів загальної практики в Англії: це професійні вимоги та очікування пацієнтів, вплив на сімейне життя, постійні відволікання на роботі та вдома, адміністрування медичної практики [23].

Кращі умови роботи можуть покращити стан психічного здоров'я. Безпечні, здорові та інклюзивні робочі місця не лише зміцнюють психічне та фізичне здоров'я, але й зменшують кількість прогулів, покращують якість роботи та продуктивність персоналу, підвищують моральний дух та мотивацію персоналу, а також мінімізують конфлікти між колегами. Коли люди мають хороше психічне здоров'я, вони краще справляються зі стресом у житті, реалізують власні здібності, добре навчаються і працюють, а також роблять активний внесок у розвиток своїх громад. Як наслідок, хороші умови праці роблять їхнє психічне здоров'я захищеним [118].

Розглядати умови життя і праці як два окремих поняття практично неможливо [10]. Житлові умови відіграють значну роль у формуванні здоров'я населення. Це потребує від держави та громад застосування комплексного підходу щодо ведення політики у сфері охорони здоров'я, що, по-перше, має стати невід'ємною частиною програм розвитку країни та громад загалом, по-друге, запобігатиме виникненню хвороб, даючи змогу мати вищий рівень життя та кращі житлові умови [188].

Сформована Medrano L. A. та Trógo M. A. модель щодо психологічного дистанціювання від роботи припускає, що працівники, найімовірніше, будуть більш задоволені своїм життям, коли вони мають (а) мають високий рівень

благополуччя, пов'язаного з роботою (тобто високий рівень залученості та низький рівень вигорання); (б) низький рівень конфлікту між роботою та сім'єю; (в) високий кар'єрний потенціал роботи (наприклад, різноманітність навичок, значущість завдань, автономію, соціальну підтримку), які дозволяють справлятися з вимогливими аспектами роботи та дають відчуття особистого зростання та компетентності; (г) більше можливостей розслабитися та відпочити, психологічно відсторонившись від роботи в позаробочий час; та (д) частіше займаються приємними та розслаблюючими видами діяльності у вільний час [75].

В організаціях можна захистити психічне здоров'я працівників, активно заохочуючи позитивну психологічну відстороненість від роботи та допомагаючи керувати взаємодією між роботою та сім'єю: позитивна психологічна відстороненість від роботи позитивно корелює із задоволеністю життям ($r = 0,24$, $p < 0,001$) [72].

Оцінювання та підтримка психічного здоров'я медичного персоналу є важливим елементом системи громадського здоров'я держави [152]. В Україні вплив на стан психічного здоров'я населення у значній мірі змінився з початком повномасштабної війни з росією [77]. Цей факт та специфіка роботи медичних працівників щодо участі в організації та наданні медичної допомоги населенню сприяють підвищеному рівню стресу серед медичного персоналу [20, 102].

Теоретичне обґрунтування побудови запропонованої нами концептуальної моделі пов'язане з тим, що це власне структуроване представлення ключових компонентів, процесів та взаємозв'язків, властивих об'єкту, що досліджується, а конкретно стану психічного здоров'я медичних працівників з акцентом на менеджерів системи охорони здоров'я, і є суттєвими в рамках цього дослідження. Основне призначення розробленої нами концептуальної моделі це виявлення причинно-наслідкових зв'язків та процесів, моніторинг яких необхідний для отримання статусів за індикативними показниками стану психічного здоров'я.

Основними завданнями у здійсненні моніторингу та оцінки є систематичне спостереження, збір, аналіз та оцінювання даних, в нашому випадку стану психічного здоров'я організаторів охорони здоров'я з метою контролю,

прогнозування, вчасного виявлення ризиків та прийняття необхідних рішень для його покращення. Аналіз медико-соціальних та економічних чинників, які впливають, або ж можуть вплинути на стан психічного здоров'я, дає змогу з врахуванням особливостей займаної посади, профілю ЗОЗ, особистісних характеристик особи досягти позитивних результатів у його покращенні [130].

Основними елементами концептуальної моделі виступають — структурованість, теоретичне узагальнення, доступність до сприйняття, оперативність застосування, націленість, сучасні підходи, фінансово-економічний та науковий супровід (рис. 6.1).

Застосування таких елементів у процесі розробки концептуальних моделей управління є сучасним та перспективним підходом до подолання наявних проблем у системі охорони здоров'я України [129, 190].



Рис. 6.1. Базові елементи побудови концептуальної моделі моніторингу показників стану психічного здоров'я населення

Моніторинг психічного здоров'я здійснюється на міждисциплінарному перетині медицини, соціології, політичних наук, економіки, психології та

культурології. Сукупність факторів, що формуються в межах зазначених галузей, інтегрується у вигляді детермінант, які справляють системний і багатовимірний вплив на психічне здоров'я населення [102, 119].

Відповідно до класичних принципів структурно-процесного підходу до розв'язання поставлених завдань, зокрема побудови концептуальної моделі моніторингу показників психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я з урахуванням його детермінант, нами запропоновано поетапну реалізацію зазначеного процесу (рис. 6.2):

1. Збір даних. Із цією метою передбачається здійснення моніторингу та аналізу кількісних і якісних індикаторів стану психічного здоров'я, що дасть змогу оцінити поточну ситуацію та здійснити прогнозування тенденцій. Важливим підґрунтям для цього є формування повноцінної бази даних щодо стану здоров'я, зокрема психічного, працівників закладів охорони здоров'я, включно з управлінським персоналом.

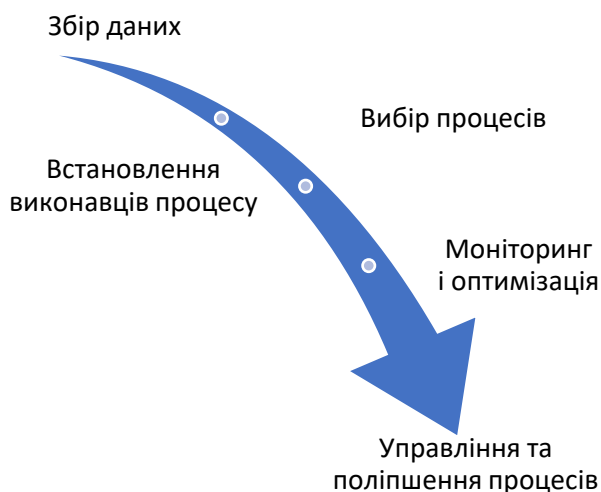


Рис. 6.2. Поетапна реалізація побудови концептуальної моделі моніторингу показників стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я

2. Вибір пріоритетних процесів. На цьому етапі здійснюється ідентифікація ключових процесів і стратегій, що потребують першочергової уваги. Для цього використовується інформація, отримана на попередньому етапі, щодо характеру,

значущості, функціонального стану та рівня сталості процесів. Це дозволяє визначити ті з них, які мають критичне значення для досягнення цілей моделі та потребують невідкладного втручання.

Процеси з найвищим рівнем пріоритетності розглядаються як основні об'єкти активного впливу. До таких процесів було віднесено:

- впровадження вдосконалених методів збору інформації;
- підвищення рівня професійної підготовки лікарів, керівників закладів охорони здоров'я та середнього медичного персоналу, зокрема через тематичні цикли підвищення кваліфікації, участь у навчально-тренінгових семінарах, а також стажування на базах, де впроваджуються сучасні технології моніторингу.

3. Встановлення виконавців процесу. До ключових виконавців впровадження моделі моніторингу показників психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я віднесено уповноважені структури на національному, регіональному та місцевому рівнях. Зокрема, це центральні та місцеві органи виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, а також державні й комунальні заклади охорони здоров'я. Безпосередню участь у реалізації моніторингового процесу беруть менеджери системи охорони здоров'я та фахівці мультидисциплінарних команд із психічного здоров'я на робочому місці.

4. Моніторинг і оптимізація. Цей етап передбачає впровадження механізмів контролю якості процесів моніторингу та оцінювання, включно з:

- запровадженням системи зовнішнього контролю та оцінки ефективності моніторингових процедур;
- сертифікацією структурних підрозділів, що здійснюють моніторинг і оцінювання показників психічного здоров'я;
- укладанням договорів між закладами охорони здоров'я, залученими до моніторингу, та забезпеченням наступності та безперервності передачі даних, передбаченим у моделі Національним центром моніторингу психічного здоров'я на робочому місці;

- актуалізацією критеріїв оцінки якості життя менеджер системи охорони здоров'я та впровадження регулярного анкетування відповідно до оновлених показників.

5. Управління та поліпшення процесів. Цей етап охоплює ключові складові, необхідні для сталого функціонування моделі, зокрема:

- нормативно-правовий компонент, який передбачає узгодження регуляторних і методичних документів, необхідних для реалізації моніторингової системи;

- науково-методичний супровід — забезпечення наукової валідності процесів збору, обробки та інтерпретації даних;

- фінансово-економічне забезпечення, що включає розробку механізмів фінансування моніторингових заходів, а також підтримку належного матеріально-технічного стану закладів охорони здоров'я, задіяних у впровадженні моделі.

Запропонована схема відповідає підходам ВООЗ, згідно з якими головними завданнями є: підвищення ефективності лідерства й управління у сфері психічного здоров'я; надання комплексних інтегрованих послуг у сфері психічного здоров'я й соціальних послуг на рівні громад; реалізація стратегій зміцнення психічного здоров'я і профілактики психічних розладів; та вдосконалення інформаційних систем, розширення доказової бази й посилення досліджень [116].

Проведене теоретичне обґрунтування концептуальних підходів було використано при побудові моделі моніторингу показників стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я. Обґрунтування цієї моделі базувалося на основних завданнях державної політики у сфері охорони психічного здоров'я Закону України №4223-IX «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні» [138], яким передбачено створення сучасної, ефективної та злагодженої системи охорони психічного здоров'я, яка відповідатиме європейським нормам та стандартам й працюватиме для всіх громадян країни [175].

6.2. Концептуальна модель моніторингу показників стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я

У результаті проведеного дослідження розроблено концептуальну модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я на робочому місці (рис 6.3), яка забезпечить комплексний підхід до вивчення, аналізу та підтримки психічного благополуччя управлінського персоналу.

Аналіз наукової літератури та нинішніх підходів до моніторингу психічного здоров'я підтвердив потребу в розробці системної багаторівневої моделі, яка враховує рівень професійного стресу та емоційного навантаження, з якими стикаються менеджери в системі охорони здоров'я.

Одним із ключових компонентів моделі є лідерство та координація, що мають забезпечити ефективну організацію всіх елементів моделі моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів охорони здоров'я на національному, регіональному та місцевому рівнях. Модель розроблялася з урахуванням контексту Закону Про систему охорони психічного здоров'я в Україні № 4223-IX від 15.01.2025, що передбачає створення Національної комісії з питань психічного здоров'я при Кабінеті Міністрів України [138].

Мультидисциплінарна служба психічного здоров'я на робочому місці, яка формується з фахівців у сфері психічного здоров'я (соціальних працівників, медсестер, психологів, психіатрів) здійснює моніторинг кількісних (The Mental Health Quality of Life Questionnaire (MHQoL-7D) та The Mental Health Determinants Questionnaire (MHDQ) та якісних (глибинні інтерв'ю та фокус-груп дискусії) індикаторів психічного здоров'я та благополуччя працівників з використанням стандартизованих психометричних інструментів. Вони забезпечують об'єктивне вимірювання стану психічного здоров'я та визначення детермінант, що впливають на його стан. Використання цих інструментів дозволяє отримувати кількісні дані, необхідні для формування базових індикаторів оцінки стану психічного здоров'я.



Рис. 6.3. Модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я

Зокрема, за допомогою MHQoL вдається оцінювати такі аспекти, як самооцінка, незалежність, настрій, стосунки, повсякденна діяльність, фізичне здоров'я, сприйняття майбутнього та загальну оцінку психологічного благополуччя [132]. MHDQ, у свою чергу, дає змогу визначати тип та рівень впливу глобальних, соціальних та особистісних детермінант на стан психічного здоров'я.

Якісні методи, зокрема глибинні інтерв'ю та фокус-групи, були включені до моделі для забезпечення більш детального розуміння суб'єктивного досвіду менеджерів системи охорони здоров'я. Ці методи дають змогу виявляти унікальні джерела стресу, специфічні для певних управлінських контекстів, а також оцінювати вплив робочого середовища на психічний стан. Наприклад, проведення фокус-груп дозволяє створити безпечний простір для обговорення проблем, які залишаються непоміченими у формальних кількісних оцінках.

Важливим компонентом моделі є технологічні рішення, що дозволяють автоматизувати процеси збору, обробки та аналізу даних. Цифрові рішення для самооцінки стану психічного здоров'я забезпечують кращу доступність та прийнятність інструментів моніторингу для менеджерів системи охорони здоров'я, створюючи можливості для анонімного самоконтролю [165]. У цей же час, використання платформ для аналізу великих баз даних сприяє завчасній ідентифікації тенденцій та ризиків, дозволяючи здійснювати прогнозування та розробляти контекстуалізовані рішення підтримки.

Окрім того, модель передбачає інтеграцію профілактичних заходів, що повинні включати тренінги з управління стресом, впровадження практик *mindfulness* та організацію інформаційно-просвітницьких кампаній з дестигматизації психічного здоров'я та психосоціальної підтримки на робочому місці.

Ефективність запропонованої моделі значною мірою залежить від ресурсної бази, яка включає три основні компоненти: людський капітал, фінансове забезпечення та інфраструктуру підтримки. Для забезпечення сталого розвитку системи охорони здоров'я необхідно впроваджувати структуроване навчання менеджерів як на додипломному, так і на післядипломному етапах. Це навчання

має включати розвиток компетенцій у сфері управління стресом, емоційної стійкості, а також формування навичок лідерства та підтримуючої комунікації.

Фінансування моделі може здійснюватися за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, благодійних внесків, міжнародних організацій та інших законних джерел. Інфраструктуру підтримки рекомендується створити за моделлю загальнонаціональної лінії психологічної підтримки для кризового консультування та базової психосоціальної підтримки з подальшим перескеруванням, за потреби; та служб психічного здоров'я на робочому місці, функції та повноваження яких повинні затверджуватися Кабінетом Міністрів України.

У процесі вдосконалення моделі моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я, необхідним є впровадження інтерв'язійних та суперв'язійних механізмів, що реалізуються під координацією відповідних департаментів охорони здоров'я, та спрямовані не лише на підтримку психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я, а й на підвищення ефективності їхньої професійної діяльності, оптимізацію управлінських процесів та зміцнення кадрового потенціалу медичних закладів.

Інтерв'язія передбачає створення організованих професійних груп, у межах яких менеджери обмінюються досвідом, аналізують управлінські виклики та напрацьовують спільні рішення без залучення зовнішніх експертів. Такий підхід сприяє зміцненню професійної солідарності, розвитку навичок кризового менеджменту та формуванню культури колективного ухвалення рішень. Водночас суперв'язія слугує інструментом зовнішнього оцінювання професійної діяльності менеджерів системи охорони здоров'я, забезпечуючи системну експертну підтримку. Вона передбачає регулярний аналіз управлінських практик, надання рекомендацій щодо підвищення ефективності роботи та мінімізації негативних впливів стресогенних факторів.

Інституціоналізація цих процесів дозволить не лише знизити рівень професійного вигорання серед керівників закладів охорони здоров'я, а й підвищити якість управлінських рішень, що безпосередньо впливає на ефективність функціонування усієї системи охорони здоров'я.

Для забезпечення доказовості моделі та її постійного вдосконалення необхідно впровадити науковий супровід, який базуватиметься на таких підходах:

- біопсихосоціальному, що враховує взаємозв'язок біологічних, психологічних і соціальних чинників;
- орієнтованому на відновлення функціональності та соціальної інтеграції;
- а також підході, що базується на життєвому циклі, з акцентом на безперервну підтримку психічного здоров'я на всіх етапах життя.

Розроблена модель заснована на принципах системності та комплексності і включає взаємопов'язані організаційно-функціональні блоки, які доповнюють один одного.

Інтеграція моделі на місцевий рівень передбачає створення мультидисциплінарної служби психічного здоров'я на робочому місці та розробку й затвердження програми психосоціальної підтримки працівників на робочому місці. Ці команди повинні забезпечити не лише якісний моніторинг та оцінку стану персоналу, але й створити ефективну платформу для реалізації заходів профілактики, кризових втручань і довгострокової підтримки психосоціального благополуччя та психічного здоров'я працівників.

Відповідальний працівник цієї служби здійснює збір, аналіз та передачу даних про стан психічного здоров'я менеджерів закладу охорони здоров'я для подальшого формування аналітичних звітів, стратегічного планування та впровадження необхідних коригувальних заходів.

Виконання логістичних заходів із забезпечення мультидисциплінарної служби психічного здоров'я на робочому місці, яка здійснює моніторинг та оцінювання показників стану психічного здоров'я передбачає:

- оснащення сучасним комп'ютерним обладнанням та ліцензованим програмним забезпеченням;
- забезпечення структурних підрозділів безперебійним доступом до мережі Інтернет;
- узгодженість нормативного та методичного забезпечення;

- укомплектованість штатних посад (або ж впровадження додаткових функціональних обов'язків);
- організацію безперервності та багаторівневості передачі інформації;
- сертифікація фахівців мультидисциплінарної служби психічного здоров'я на робочому місці.

Ефективне впровадження системи моніторингу психічного здоров'я вимагає належного адміністративного супроводу та кадрового забезпечення з боку органів державної влади й установ системи охорони здоров'я. До основних виконавців належать Міністерство охорони здоров'я України, структурні підрозділи охорони здоров'я обласних військових/державних адміністрацій, виконавчі органи місцевого самоврядування, а також державні й комунальні заклади охорони здоров'я, у тому числі медичні працівники.

У рамках реалізації моделі моніторингу необхідно забезпечити виконання таких ключових організаційних заходів:

1. Укладання угод про обмін даними: передбачає формалізацію співпраці між закладами охорони здоров'я, залученими до збору та аналізу показників психічного здоров'я, та передбаченим у моделі Національним центром моніторингу психічного здоров'я на робочому місці з метою забезпечення наступності передачі отриманих даних;

2. Сертифікація підрозділів моніторингу: має бути впроваджена система акредитації структурних одиниць, що здійснюють моніторинг, з дотриманням стандартів якості збору, обробки та використання даних;

3. Формування міждисциплінарних команд: до роботи в системі моніторингу повинні залучатися не лише медичні працівники, а й фахівці інших галузей — соціологи, аналітики, фахівці з інформаційних технологій.

Запропонована модель ґрунтується на міжсекторальному підході, який передбачає участь мультидисциплінарних команд на всіх етапах — від оцінки впливу детермінант до реалізації заходів щодо зменшення їхнього негативного впливу на психічне здоров'я цільової аудиторії. Такий підхід сприяє більш

цілісному розумінню проблеми та формуванню дієвих механізмів реагування на загрози у сфері психічного здоров'я управлінців системи охорони здоров'я.

Таким чином, розроблена з застосуванням теорії системності концептуальна модель моніторингу показників стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я на робочому місці з врахуванням медико-соціальних детермінант сприятиме формуванню стійкої та ефективної системи підтримки психічного здоров'я на робочому місці, підвищенню професійної витривалості керівників, оптимізації управлінських процесів та інтеграції доказових підходів до психосоціальної підтримки в стратегії розвитку сектору охорони здоров'я України.

Центральним елементом концептуальної моделі є організація Національної комісії з питань психічного здоров'я.

Стратегічним напрямком даної моделі є отримання достовірної інформації про вплив на психічне здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я детермінант та організація заходів зі зменшення їх негативної дії.

Тактичним напрямком моделі є міжсекторальний підхід до вирішення даної проблеми з визначенням в ній мультидисциплінарної служби психічного здоров'я на робочому місці організатором і координатором даного процесу на місцевому рівні та забезпечення всіх учасників процесу комплексною достовірною інформацією з питань стану психічного здоров'я та впливу на нього детермінант і мотивації до профілактичних заходів, що відповідає основним оперативним функціям громадського здоров'я, які визначені ВООЗ.

Особливістю концептуальної моделі моніторингу показників стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я на робочому місці з урахуванням медико-соціальних детермінант є:

- інтеграція наявних структур системи охорони здоров'я, залучених до організації моніторингу та оцінки стану психічного здоров'я.
- включення якісно нових елементів у системи автоматизації збору та оброблення даних моніторингу, зокрема автоматизації збору та обробки даних, інтеграції в електронну систему охорони здоров'я та використання штучного інтелекту (ШІ) для аналізу великих баз даних та прогнозування, укладення угод

між закладами охорони здоров'я для забезпечення наступності передачі отриманих даних, залучення до процесу фахівців із соціології та інформаційних технологій із немедичною освітою, а також стандартизація функцій підрозділів, відповідальних за моніторинг та оцінювання психічного здоров'я, що забезпечило гармонізацію нових компонентів із раніше наявними структурами, підвищило організаційну ефективність та функціональну стійкість моделі, надавши їй нових якісних характеристик.

6.3. Експертна оцінка обґрунтованих та розроблених інновацій концептуальної моделі моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів

Відношення організаторів охорони здоров'я та науковців до запропонованої концептуальної моделі моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я, які виступили в ролі експертів, вивчалось за допомогою медико-соціологічного дослідження після проведеної дискусії. Дискусія із докладним знайомством експертів з матеріалами наукового дослідження проводилося перед проведенням анкетування. Результати оцінювання окремих параметрів анкети наведені в табл. 6.1.

Загальна експертна оцінка розробленої моделі та запропонованих інновацій за 10-ти бальною шкалою отримала $9,38 \pm 0,75$ балів. Результати цієї оцінки незалежними експертами засвідчили важливість створення багаторівневої системи моніторингу та оцінки, на що вказали всі експерти зі значним ступенем узгодженості думок (коефіцієнт варіації $C_v = 7,72\%$). Високу оцінку експертів отримала також опція щодо ефективності профілактичних заходів запропонованої моделі – $9,51 \pm 0,74$ бали ($C_v = 9,32\%$). Всі інші параметри моделі (від $C_v = 10,01\%$ до $C_v = 11,31\%$) позначені середнім рівнем узгодженості думок експертів.

**Оцінка експертами рівнів досягнення завдань
в концептуальній моделі моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів
системи охорони здоров'я**

№ з/п	Параметри оцінки	Бали
1.	Відповідність реформуванню медичної галузі	9,37±0,94
2.	Концептуальність моделі	9,37±1,00
3.	Системність запропонованої моделі	9,40±1,06
4.	Комплексність запропонованої моделі	9,20±1,02
5.	Інтегрованість підходу з включенням кількісних та якісних методів моніторингу	9,31±0,93
6.	Використання технологічних інновацій	9,31±1,02
7.	Ефективність профілактичних заходів	9,51±0,89
8.	Доцільність створення багаторівневої системи моніторингу та оцінки	9,57±0,74
ЗАГАЛЬНА ОЦІНКА		9,38±0,75

При порівнянні оцінок визначених нами груп експертів (табл. 6.2) встановлено, що організатори охорони здоров'я при середній оцінці моделі в $8,98 \pm 0,91$ бал в однаковій мірі високо відзначили опції моделі щодо впливу на ефективність профілактичних заходів та доцільність створення багаторівневої системи моніторингу й оцінки та використання у ній технологічних інновацій, відповідно $9,25 \pm 1,00$ та $9,25 \pm 0,93$ балів при середньому рівні узгодженості їх думок ($C_v = 10,81\%$ та $C_v = 10,06\%$). Високим середнім параметром моделі визначеним організаторами охорони здоров'я було також використання технологічних інновацій – $9,13 \pm 1,36$ бали, проте середній рівень варіабельності оцінок експертів виявився найвищим зі всіх параметрів оцінювання – $C_v = 14,91\%$.

Натомість оцінка науковцями моделі в цілому та її елементів була вищою та більш однорідною. Найвищими показниками визначено системність

запропонованої моделі ($9,84 \pm 0,50$ бали) та доцільність створення багаторівневої системи моніторингу та оцінки стану психічного здоров'я менеджерів охорони здоров'я ($9,84 \pm 0,37$ бали) при високому рівні узгодженості їх думки, $C_v = 5,10\%$ та $C_v = 3,81\%$ відповідно.

Табл. 6.2.

**Варіабельність оцінки експертів рівнів досягнення завдань
в концептуальній моделі моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів
системи охорони здоров'я**

№ з/п	Параметр оцінювання	Організатори охорони здоров'я	Науковці	Разом
		C_v	C_v	C_v
1.	Відповідність реформуванню медичної галузі	12,57	5,77	10,05
2.	Концептуальність моделі	13,84	5,77	10,70
3.	Системність запропонованої моделі	14,76	5,10	11,31
4.	Комплексність запропонованої моделі	13,96	4,93	11,12
5.	Інтегрованість підходу з включенням кількісних та якісних методів моніторингу	12,58	4,65	10,01
6.	Використання технологічних інновацій	14,91	6,46	10,98
7.	Ефективність профілактичних заходів	10,81	7,53	9,32
8.	Доцільність створення багаторівневої системи моніторингу та оцінки	10,11	3,81	7,72

Також високу оцінку отримали всі інші параметри моделі при низькому рівні варіабельності оцінок експертів – від $C_v = 4,65\%$ до $C_v = 7,53\%$.

Поставлене питання до експертів щодо впливу моделі на формування критеріїв якості життя медичних працівників, в т. ч. менеджерів системи охорони здоров'я з врахуванням впливів медико-соціальних детермінант, отримало найвищу підтримку – $94,29 \pm 3,92\%$ (табл. 6.3). Рівень інформованості про вплив основних детермінант на стан здоров'я та вмотивованість до здорового способу

життя менеджерів системи охорони здоров'я, які передбачає розроблена модель, також було підтримано більшістю експертів: ствердну відповідь дали $91,43 \pm 4,73\%$ респондентів.

Табл. 6.3.

**Оцінка експертами ймовірних змін стану психічного здоров'я
менеджерів системи охорони здоров'я**

Назва показника	Ймовірні зміни показника		
	<i>Зростає (поліпшиться)</i>	<i>Залишиться без змін</i>	<i>Знизиться (погіршиться)</i>
Інформованість про вплив основних детермінант на стан здоров'я та вмотивованість до здорового способу життя менеджерів системи охорони здоров'я	$91,43 \pm 4,73$	$8,57 \pm 4,73$	$0,00 \pm 0,00$
Формування критеріїв якості життя медичних працівників, в т. ч. менеджерів системи охорони здоров'я з врахуванням впливів медико-соціальних детермінант	$94,29 \pm 3,92$	$5,71 \pm 3,92$	$00,00 \pm 0,00$
Рівень впливу профілактичних, промоційних та підтримуючих заходів для запобігання професійному вигоранню	$85,71 \pm 5,92$	$11,43 \pm 5,38$	$2,86 \pm 2,82$
Покращення лідерських навичок, емоційної стійкості та ефективної комунікації у менеджерів системи охорони здоров'я	$85,71 \pm 5,92$	$14,29 \pm 5,92$	$00,00 \pm 0,00$
Відповідність адміністративних і кадрових заходів результатам моніторингу та оцінки стану психічного здоров'я медичних працівників, зокрема менеджерів системи охорони здоров'я	$82,86 \pm 6,37$	$17,14 \pm 6,37$	$00,00 \pm 0,00$
Вплив результатів моніторингу та оцінки на формування державної політики у сфері психічного здоров'я	$85,71 \pm 5,92$	$14,29 \pm 5,92$	$00,00 \pm 0,00$

Аналогічно експерти висловились за те, що використання запропонованої моделі сприятиме покращення лідерських навичок, емоційної стійкості та ефективної комунікації у менеджерів системи охорони здоров'я ($85,71 \pm 5,92\%$). Такою ж мірою оцінено вплив впровадженої моделі на рівень профілактичних, промоційних та підтримуючих заходів для запобігання професійному вигоранню, а також сприяння формуванню державної політики у сфері психічного здоров'я.

Отже проведене експертне оцінювання фахівцями з організації та управління охороною здоров'я та науково-педагогічними працівниками за цією ж спеціальністю продемонструвало важливість та необхідність впровадження моделі моніторингу та оцінювання стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я з урахуванням медико-соціальних та економічних чинників.

Висновки до розділу 6.

На сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я України при значному запиті на менеджерів із навичками лідерства та управління на різних рівнях сфери охорони здоров'я, в умовах зростаючого негативного впливу особистісних, соціально та глобальних детермінант на рівень їх психічного здоров'я, існує необхідність формування концептуальної моделі моніторингу психічного здоров'я задля контролю, прогнозування, вчасного виявлення ризиків та ухвалення необхідних рішень для його покращення:

1. Науково обґрунтовано та розроблено концептуальну модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я, яка відповідає сучасним викликам реформування галузі та включає такі ключові компоненти:

- лідерство та координацію на національному, регіональному та місцевому рівнях, забезпечені створенням Національної комісії з питань психічного здоров'я при Кабінеті Міністрів України, що відповідає законодавчим вимогам (Закон №4223-IX від 15.01.2025);

- створення мультидисциплінарної служби психічного здоров'я на робочому місці, що включає соціальних працівників, медсестер та психологів, які використовують кількісні та якісні методи моніторингу, зокрема стандартизовані

психометричні інструменти, які забезпечують комплексну оцінку психічного здоров'я і визначення типу та об'єму ключових детермінант впливу;

- впровадження технологічних інновацій, зокрема цифрових інструментів самооцінки та інструментів для аналізу великих баз даних, що дозволяють здійснювати сталий та конфіденційний моніторинг, прогнозування ризиків та раннє виявлення проблем, підвищуючи доступність і прийнятність методів моніторингу;

- створення системної інфраструктури підтримки, яка включає програми психосоціальної підтримки на робочому місці, організацію загальнонаціональної лінії психологічної підтримки з можливістю кризового консультування та, за потреби, подальшого перескерування, у разі необхідності;

- інтеграцію ресурсної бази, що включає фінансове забезпечення з державних та місцевих бюджетів, міжнародних донорів та інших законних джерел, формування належної інфраструктури підтримки (наприклад, загальнонаціональної лінії психологічної підтримки), а також системне навчання і підвищення кваліфікації менеджерів з акцентом на розвиток компетенцій управління стресом, емоційної стійкості, лідерства та підтримуючої комунікації;

- реалізацію інтервізійних та супервізійних механізмів, що передбачають створення професійних груп для внутрішньої взаємодії та зовнішньої експертної підтримки, з метою профілактики професійного вигорання, розвитку навичок кризового менеджменту, оптимізації управлінських процесів і зміцнення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я;

- постійний науковий супровід моделі, заснований на біопсихосоціальному підході, орієнтації на відновлення функціональності та соціальної інтеграції, а також застосуванні підходу, що базується на життєвому циклі, з безперервною підтримкою психічного здоров'я протягом усіх етапів життя людини.

2. Експертна оцінка моделі засвідчила її релевантність і високу сприйнятливність ($9,38 \pm 0,75$ бали із 10 можливих, $C_v = 7,72\%$), зокрема щодо доцільності створення багаторівневої системи моніторингу ($9,57 \pm 0,74$ бали), ефективності профілактичних заходів ($9,51 \pm 0,89$) та концептуальної цілісності ($9,38 \pm 0,75$).

Матеріали розділу висвітлені в наступних наукових роботах:

1. Любінець О. В., Качмарська М. О., Гржибовський Я. Л., Боровець В. А. (2021). Структура та динаміка смертності населення України внаслідок розладів психіки та поведінки. *Україна. Здоров'я Нації*, 1(3), 33–39. <https://doi.org/10.24144/2077-6594.3.1.2021.240807>.
2. Боровець, В. (2023). Менеджер системи охорони здоров'я: аналіз дефініцій та ключові компетенції. *Україна. Здоров'я нації*, (4), 71–77. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.4/11>.
3. Borovets, V. A., & Lyubinets, O. V. (2024). Social determinants of the impact on mental health during the war in ukraine (a study based on the assessment of medical professionals). *Clinical and Preventive Medicine*, 7, 131–137. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.7.2024.16>.
4. Borovets, V., & Lyubinets, O. (2024). Satisfaction with working conditions and mental health of healthcare workers according to their self-assessment. *Acta Medica Leopoliensia*, 30(1–2), 120–132. <https://doi.org/10.25040/aml2024.1-2.120>.
5. Любінець, О., Боровець, В., & Качмарський, Д. (2024). Глобальні економічні зміни та стан здоров'я населення. *Україна. Здоров'я нації*, (4), 7–10. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.4/01>.
6. Боровець, В. А., & Любінець, О. В. (2024). Модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я. *Вісник Соціальної Гігієни Та Організації Охорони Здоров'я України*, 4, 42–48. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2024.4.15217>.
7. Suvalo, O., & Borovets, V. (2024). Ukrainian mental health in transition: from totalitarianism towards a modern mental health system. *The Lancet Psychiatry*, 11(11), 870–872. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(24\)00325-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(24)00325-0).
8. Kachmarska, M., Borovets V., & Lyubinets, L. (2022). Assessment of the impact of social stress on the mental health of medical workers and managers of health care facilities. In *Streszczenia Międzynarodowej konferencji naukowej: Dni medycyny społecznej i zdrowia publicznego. Polska 2022 - Ostatnie doświadczenia i obecne wyzwania* (pp. 102–103). Krakowska Wyższa Szkoła Promocji Zdrowia.

9. Качмарська, М., Боровець, В., & Любінець, Л. (2022). Оцінка впливу соціальних стресів на стан психічного здоров'я медичних працівників, керівників закладів охорони здоров'я та студентів вищих медичних навчальних закладів. *Українські медичні вісті. Матеріали XIX конгресу СФУЛТ 27-29.10.2022 та історико-термінологічної конференції ВУЛТ 30.06.2022*. Т. 14, № 3-4 (92-93). С. 99.

10. Kachmarska, M., Liubinets, L., Śmiałko, D., Borowiec, V., & Shveda, H. (2023). Ocena poziomu lęku reaktywnego specjalistów pracujących z pacjentami na nowotwory [Assessment of the level of reactive anxiety of specialists working with cancer patients]. In *Streszczenia VIII Międzynarodowej onkologicznej konferencji naukowej: Choroby nowotworowe wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia i nauki* (pp. 57–58).

11. Боровець, В., & Любінець, О. (2024). Оцінка стану психічного здоров'я та якості життя медичних працівників на основі анкети MHQoL-7D (The Mental Health Quality of Life Questionnaire). <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/67447/1/%D0%9E%D0%A6%D0%86%D0%9D%D0%9A%D0%90%20%D0%A1%D0%A2%D0%90%D0%9D%D0%A3.pdf>.

ВИСНОВКИ

Здійсненим комплексним медико-соціальним дослідженням вирішено актуальну науково-прикладну задачу щодо наукового обґрунтування та розробки концептуальної моделі моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я в умовах трансформації галузі, зростання професійного навантаження та впливу багаторівневих детермінант на стан психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я. Запропонована модель базується на принципах наукової доказовості, біопсихосоціального підходу, інтеграції психосоціальної підтримки в управлінське середовище, використанні цифрових рішень та супервізійно-інтервізійних механізмів. Її впровадження дозволяє здійснювати сталий моніторинг стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я, формувати систему раннього виявлення ризиків і заохочення управлінських рішень для збереження психологічного добробуту фахівців, що забезпечують функціонування системи охорони здоров'я України.

1) На основі аналізу наукових публікацій, чинних нормативно-правових актів, аналітичних звітів та стратегічних документів встановлено необхідність у розробці системної багаторівневої моделі моніторингу та оцінювання стану психічного здоров'я в менеджерів системи охорони здоров'я, що враховує високий рівень професійного стресу та емоційного навантаження, з якими стикаються менеджери в системі охорони здоров'я, задля забезпечення здорового способу життя та їх благополуччя, а, як наслідок, і продуктивності праці, що можливе лише через комплексне розуміння різних детермінант впливу на стан психічного здоров'я;

2) Результати соціально-гігієнічного аналізу дозволяють стверджувати, що сучасний медичний менеджер системи охорони здоров'я функціонує у складному багаторівневому контексті – між зростаючими управлінськими викликами, неструктурованими кар'єрними траєкторіями та високою соціальною відповідальністю. У ході дослідження було обґрунтовано, що формування особистості менеджера відбувається поступово, часто в умовах нефіксованої мотивації та неповної готовності до виконання управлінських функцій, що

потребує цілеспрямованого кадрового супроводу та розвитку; встановлено, що значна частка менеджерів у системі охорони здоров'я приходить до управлінської діяльності за сценарієм «path dependency», що супроводжується відсутністю належного рівня підготовки, а отже — підвищеними ризиками стресових станів і психоемоційного виснаження в перші роки адміністративної роботи;

3) Здійснено ідентифікацію статусу «Менеджер охорони здоров'я» на основі міжнародних дефініцій та адаптації поведінкової моделі управлінських компетенцій менеджера системи охорони здоров'я з урахуванням міжнародного досвіду та специфіки української системи охорони здоров'я. Запропоновано структуровану систему компетенцій, що включає визначення компетенцій та багаторівневу систему поведінкових індикаторів з диференціацією на орієнтацію на завдання, процеси, імплементацію політик та стратегічну орієнтацію, а також уперше обґрунтовано застосування інтерв'ю, заснованого на поведінкових подіях, як ефективного інструменту оцінки та прогнозування професійної ефективності управлінців у сфері охорони здоров'я в Україні;

3) На підставі аналізу соціально-демографічного та професійного портрету слухачів циклу підвищення кваліфікації за фахом «Організація і управління охороною здоров'я» встановлено, що управлінський корпус системи охорони здоров'я є досвідченим, але переважно сформованим з осіб середнього та старшого віку, що, з одного боку, свідчить про накопичений професійний капітал, а з іншого — створює ризики професійного вигорання та недостатнього оновлення управлінського складу. Виявлено, що гендерна структура управлінців у системі охорони здоров'я демонструє умовний паритет, проте існують певні відмінності у розподілі посад та вікових характеристик, що вимагає подальшого гендерно-чутливого аналізу під час формування політик розвитку управлінського персоналу;

4) Комплексна оцінка стану психічного здоров'я та якості життя медичних працівників та менеджерів системи охорони здоров'я встановила, що домен «щоденна діяльність» є критично заниженим як у чоловіків, так і у жінок (у чоловіків — $0,47 \pm 0,06$; у жінок — $0,45 \pm 0,05$), а також, що саме цей домен має найсильніший позитивний кореляційний зв'язок із загальним рівнем

психологічного самопочуття ($r=0,49$, $p<0,001$). Крім того, доведено, що менеджери мають достовірно нижчі оцінки своєї щоденної діяльності, ніж медичний персонал ($1,89\pm0,04$ проти $2,01\pm0,04$; $t=-1,97$, $p<0,05$), що є індикатором їх потенційної вразливості у контексті професійного вигорання. Доведено наявність гендерних особливостей у структурі зв'язку між окремими доменами якості життя та оцінкою загального психологічного благополуччя, зокрема, серед жінок сильніший кореляційний зв'язок спостерігається для доменів «Настрій» ($r=0,53$, $p<0,001$), «Щоденна діяльність» ($r=0,46$, $p<0,001$) та «Самооцінка» ($r=0,41$, $p<0,001$). У чоловіків же найбільш значущими є домени «Щоденна діяльність» ($r=0,49$, $p<0,001$), «Відносини» ($r=0,47$) та «Майбутнє» ($r=0,43$, $p<0,001$).

5) Оцінка впливу глобальних детермінант на стан психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я показала, що найвищий рівень впливу має війна з росією ($4,44\pm0,05$ бали при 5-ти бальному оцінюванні), наступні позиції за ступенем дії мали: пандемія COVID-19 ($2,77\pm0,08$ бали) та глобальні економічні зміни ($2,76\pm0,08$);

6) Встановлено, що на стан психічного здоров'я населення України найбільшою мірою впливають такі соціальні фактори, як наявність корупції в державі ($3,71\pm0,07$ бали з 5 максимальних), інфляційні процеси ($3,58\pm0,07$ бали) та політичне становище в Україні ($3,54\pm0,07$ балів). Керівники ж ЗОЗ у першу чергу вказали дію таких соціальних факторів, як наявність «Корупції в державі» ($3,81\pm0,14$), «Стан організації та доступності в системі охорони здоров'я» ($3,74\pm0,13$) та «Політичне становище» і «Ефективність державного управління» ($3,54\pm0,14$ та $3,54\pm0,15$, відповідно), а з врахуванням стажу роботи такі дані переважали у керівників зі стажем до 20 років, аніж у фахівців зі стажем роботи у системі охорони здоров'я понад 20 років;

7) Встановлено, що з 15 визначених особистісних детермінант стану психічного здоров'я менеджери системи охорони здоров'я найвищу оцінку впливу надали задоволеності умовами праці — $3,84\pm0,16$ балів з 5 можливих. У загальній вибірці респондентів ця детермінанта також була серед найбільш значущих і отримала $3,53\pm0,07$ бали, разом із «Рівнем особистого доходу та його розподілом»

(3,49±0,07), «Задоволеністю житловими умовами» (3,41±0,08), «Способом життя» (3,37±0,08) та «Якістю продуктів харчування» (3,34±0,07);

8) Обґрунтована та розроблена концептуальна модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я на сучасному етапі її реформування з врахуванням національного, регіонального та місцевого рівнів, а також таких елементів у її побудові, як наявність компетенцій у сфері управління стресом та емоційної стійкості, формування навичок лідерства та підтримуючої комунікації, організації мультидисциплінарної служби психічного здоров'я на робочому місці, використання стандартизованих психометричних інструментів, впровадження інтерв'язійних та супервізійних механізмів. Ефективність моделі підтверджена методом експертних оцінок.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Результати дослідження дозволяють рекомендувати:

1. Міністерству охорони здоров'я України:

- забезпечити створення Національної комісії з питань психічного здоров'я при Кабінеті Міністрів України з функцією стратегічного керівництва та координації діяльності щодо моніторингу та підтримки психічного здоров'я менеджерів та медичного персоналу системи охорони здоров'я;

- впровадити запропоновану концептуальну модель моніторингу та оцінювання стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я, що передбачає багаторівневий моніторинг із застосуванням стандартизованих психометричних інструментів;

- інтегрувати сучасні аналітичні платформи та цифрові інструменти самооцінки стану психічного здоров'я в електронну систему охорони здоров'я з метою раннього виявлення та профілактики психосоціальних ризиків серед менеджерів та медичного персоналу системи охорони здоров'я.

2. Головам ОДА/ОБА, департаментам/управлінням охорони здоров'я обласних державних/військових адміністрацій:

- створити у структурі департаментів охорони здоров'я механізми супервізії та інтервізії керівників закладів охорони здоров'я з метою контролю якості реалізації раннього виявлення та профілактики психосоціальних ризиків серед менеджерів та медичного персоналу системи охорони здоров'я, а також виявлення і коригування специфічних управлінських ризиків;

- забезпечити організаційну та технічну підтримку закладів охорони здоров'я у створенні та функціонуванні мультидисциплінарних служб психічного здоров'я на робочому місці;

- впровадити регулярне інформування менеджерів системи охорони здоров'я щодо результатів моніторингу стану психічного здоров'я, ключових медико-соціальних детермінант та рекомендованих профілактичних заходів для зменшення професійного стресу й підвищення емоційної стійкості персоналу закладів охорони здоров'я.

3. Вищим медичним навчальним закладам:

– доповнити навчальні програми навчання студентів з курсу «Соціальна медицина та організація охорони здоров'я», «Сімейна медицина» блоками, присвяченими практичному застосуванню інтерв'ю на основі поведінкових подій (CBI) як інструменту оцінки управлінських компетентностей та психоемоційної стійкості управлінців;

– впровадити в післядипломну підготовку менеджерів системи охорони навчальні компоненти з організації мультидисциплінарної служби психічного здоров'я на робочому місці, застосування інтервізійних і супервізійних механізмів підтримки управлінців, а також управління програмами психосоціальної підтримки персоналу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ЛІТЕРАТУРИ

1. Al-Janabi, H., Flynn, T. N., & Coast, J. (2011). Development of a self-report measure of capability wellbeing for adults: the ICECAP-A. *Quality of Life Research*, 21(1), 167–176. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9927-2>.
2. Ali, G., Ryan, G., & De Silva, M. J. (2016). Validated screening tools for common mental disorders in low and middle income countries: a Systematic review. *PLoS ONE*, 11(6), e0156939. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156939>.
3. Almer, E. D., & Kaplan, S. E. (2002). The effects of flexible work arrangements on stressors, burnout, and behavioral job outcomes in public accounting. *Behavioral Research in Accounting*, 14(1), 1–34. <https://doi.org/10.2308/bria.2002.14.1.1>.
4. Alonso, J., Petukhova, M., Vilagut, G., Chatterji, S., Heeringa, S., Üstün, T. B., Alhamzawi, A. O., Viana, M. C., Angermeyer, M., Bromet, E., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hinkov, H., Hu, C., Karam, E. G., Kovess, V., . . . Kessler, R. C. (2010). Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. *Molecular Psychiatry*, 16(12), 1234–1246. <https://doi.org/10.1038/mp.2010.101>.
5. Anzion, L. J., Schaafsma, F. G., Boot, C. R. L., Formanoy, M. a. G., & Schelvis, R. M. C. (2025). An exploration of changes in the mental models of middle management and their association with activities to implement a dialogue tool to address mental health in the workplace. *BMC Public Health*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21702-X>.
6. Attridge, M. (2019). A global perspective on promoting workplace mental health and the role of employee assistance programs. *American Journal of Health Promotion*, 33(4), 622–629. <https://doi.org/10.1177/0890117119838101c>.
7. Balestroni, G., & Bertolotti, G. (2015). EuroQol-5D (EQ-5D): an instrument for measuring quality of life. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 78(3). <https://doi.org/10.4081/monaldi.2012.121>.
8. Bamonti, P. M., Keelan, C. M., Larson, N., Mentrikoski, J. M., Randall, C. L., Sly, S. K., Travers, R. M., & McNeil, D. W. (2014). Promoting ethical behavior by cultivating a culture of self-care during graduate training: A call to action. *Training and*

Education in Professional Psychology, 8(4), 253–260.
<https://doi.org/10.1037/tep0000056>.

9. Bayod, R. P., & Arnosa, D. (2021). Healthy lifestyle is the key for a healthy society. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics*, 31(1), 24–29.

10. Bazazan, A., Dianat, I., Mombeini, Z., Aynehchi, A., & Jafarabadi, M. A. (2018). Fatigue as a mediator of the relationship between quality of life and mental health problems in hospital nurses. *Accident Analysis & Prevention*, 126, 31–36.
<https://doi.org/10.1016/j.aap.2018.01.042>.

11. Berry, L. L., & Seltman, K. D. (2008). *Management Lessons from Mayo Clinic: Inside One of the World's Most Admired Service Organizations*.
https://openlibrary.org/books/OL22534783M/Management_lessons_from_Mayo_Clinic.

12. Bloom, D. E., Cafiero, E., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., ... & Weiss, J. (2012). *The global economic burden of noncommunicable diseases* (No. 8712). Program on the Global Demography of Aging.

13. Borovets, V., & Lyubinets, O. (2024). Satisfaction with working conditions and mental health of healthcare workers according to their self-assessment. *Acta Medica Leopoliensia*, 30(1–2), 120–132. <https://doi.org/10.25040/aml2024.1-2.120>.

14. Borovets, V. A., & Lyubinets, O. V. (2024). Social determinants of the impact on mental health during the war in ukraine (a study based on the assessment of medical professionals). *Clinical and Preventive Medicine*, 7, 131–137.
<https://doi.org/10.31612/2616-4868.7.2024.16>.

15. Borrelli, I., Benevene, P., Fiorilli, C., D'Amelio, F., & Pozzi, G. (2014). Working conditions and mental health in teachers: a preliminary study. *Occupational Medicine*, 64(7), 530–532. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu108>.

16. Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The social Determinants of health: coming of age. *Annual Review of Public Health*, 32(1), 381–398.
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218>.

17. Carolan, S., Harris, P. R., & Cavanagh, K. (2017). Improving Employee Well-Being and Effectiveness: Systematic review and Meta-Analysis of Web-Based

psychological interventions delivered in the workplace. *Journal of Medical Internet Research*, 19(7), e271. <https://doi.org/10.2196/jmir.7583>.

18. Chakraborty, K. (2024). Mental Health in The Workplace and Its Effect on Work Life Balance and Health. *International Journal of Creative Research Thoughts (IJCRT)*, 12(1), 1-10.

19. Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415–424. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30024-4).

20. Chorna, V., Makhniuk, V., Mohylnyi, S., Khliestova, S., Podolian, V., Furman, L., Larchenko, I., & Chaika, A. (2022). The state of occupational stress in medical workers, counteraction and overcoming it. *Environment & Health*, 2 (103), 53–62. <https://doi.org/10.32402/dovkil2022.02.053>.

21. Cleary, M., Schafer, C., McLean, L., & Visentin, D. C. (2020). Mental Health and Well-Being in the Health Workplace. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(2), 172–175. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1701937>.

22. Compton, M. T., & Shim, R. S. (2015). The social determinants of mental health. *FOCUS the Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 13(4), 419–425. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20150017>.

23. Cooper, C. L., Rout, U., & Faragher, B. (2017). Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners. In C. L. Cooper (Ed.), *Managerial, occupational and organizational stress research* (Chap. 15, 5 pages). In *Routledge*. <https://doi.org/10.4324/9781315196244>.

24. Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37–70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>.

25. Costeira, C., Ventura, F., Pais, N., Santos-Costa, P., Dixe, M. A., Querido, A., & Laranjeira, C. (2022). Workplace stress in Portuguese oncology Nurses delivering palliative care: a pilot study. *Nursing Reports*, 12(3), 597–609. <https://doi.org/10.3390/nursrep12030059>.

26. Cruz-Gonzalez, P., He, A. W., Lam, E. P., Ng, I. M. C., Li, M. W., Hou, R., Chan, J. N., Sahni, Y., Guasch, N. V., Miller, T., Lau, B. W., & Vidaña, D. I. S. (2025). Artificial intelligence in mental health care: a systematic review of diagnosis, monitoring, and intervention applications. *Psychological Medicine*, 55. <https://doi.org/10.1017/s0033291724003295>.
27. De Oliveira, C., Saka, M., Bone, L., & Jacobs, R. (2022). The Role of Mental Health on Workplace Productivity: A Critical Review of the literature. *Applied Health Economics and Health Policy*, 21(2), 167–193. <https://doi.org/10.1007/s40258-022-00761-w>.
28. Demerouti, E., Bakker, A. B., & Leiter, M. (2014). Burnout and job performance: The moderating role of selection, optimization, and compensation strategies. *Journal of Occupational Health Psychology*, 19(1), 96–107. <https://doi.org/10.1037/a0035062>.
29. Diffenbaugh, N. S., & Burke, M. (2019). Global warming has increased global economic inequality. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 116(20), 9808–9813. <https://doi.org/10.1073/pnas.1816020116>.
30. Dimoff, J. K., & Kelloway, E. K. (2018). With a little help from my boss: The impact of workplace mental health training on leader behaviors and employee resource utilization. *Journal of Occupational Health Psychology*, 24(1), 4–19. <https://doi.org/10.1037/ocp0000126>.
31. Dolan, P. (1997). Modeling valuations for EuroQol health States. *Medical Care*, 35(11), 1095–1108. <https://doi.org/10.1097/00005650-199711000-00002>.
32. Drummond, M. (2013). Twenty years of using economic evaluations for drug reimbursement decisions: what has been achieved? *Journal of Health Politics Policy and Law*, 38(6), 1081–1102. <https://doi.org/10.1215/03616878-2373148>.
33. Edwards, R. T., Charles, J. M., & Lloyd-Williams, H. (2013). Public health economics: a systematic review of guidance for the economic evaluation of public health interventions and discussion of key methodological issues. *BMC Public Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1001>.

34. Eissa, G., & Lester, S. W. (2016). Supervisor role overload and frustration as antecedents of abusive supervision: The moderating role of supervisor personality. *Journal of Organizational Behavior*, 38(3), 307–326. <https://doi.org/10.1002/job.2123>.
35. Enzing, J. J., Van Krugten, F. C. W., Sabat, I., Neumann-Böhme, S., Boer, B., Knies, S., Brouwer, W. B. F., Barros, P. P., Van Exel, J., Schreyögg, J., Stargardt, T., & Torbica, A. (2022). Psychometric evaluation of the Mental Health Quality of Life (MHQoL) instrument in seven European countries. *Health and Quality of Life Outcomes*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-022-02041-6>.
36. Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309–1314. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(05\)61027-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(05)61027-6).
37. Firth, J., Torous, J., Nicholas, J., Carney, R., Pratap, A., Rosenbaum, S., & Sarris, J. (2017). The efficacy of smartphone-based mental health interventions for depressive symptoms: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 16(3), 287–298. <https://doi.org/10.1002/wps.20472>.
38. Forbes, T., Hallier, J., & Kelly, L. (2004). Doctors as managers: investors and reluctant in a dual role. *Health Services Management Research*, 17(3), 167–176. <https://doi.org/10.1258/0951484041485638>.
39. Freeney, Y., & Fellenz, M. R. (2013). Work engagement, job design and the role of the social context at work: Exploring antecedents from a relational perspective. *Human Relations*, 66(11), 1427–1445. <https://doi.org/10.1177/0018726713478245>.
40. Friedli, L. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. <https://iris.who.int/handle/10665/107925>.
41. Gałuszka, A. (2021). Ocena zachowań zdrowotnych wśród studentów wybranych kierunków. *Journal of Education Health and Sport*, 11(12), 139–149. <https://doi.org/10.12775/jehs.2021.11.12.009>.
42. Garcia-Ceja, E., Riegler, M., Nordgreen, T., Jakobsen, P., Oedegaard, K. J., & Tørresen, J. (2018). Mental health monitoring with multimodal sensing and machine learning: A survey. *Pervasive and Mobile Computing*, 51, 1–26. <https://doi.org/10.1016/j.pmcj.2018.09.003>.

43. Garg, P., Santhosh, J., Dengel, A., & Ishimaru, S. (2021). Stress detection by machine learning and wearable sensors. In *IUI '21 Companion: Companion Proceedings of the 26th International Conference on Intelligent User Interfaces*. <https://doi.org/10.1145/3397482.3450732>.

44. Goetzel, R. Z., Carls, G. S., Wang, S., Kelly, E., Mauceri, E., Columbus, D., & Cavanaugh, A. (2009). The relationship between modifiable health risk factors and medical expenditures, absenteeism, Short-Term disability, and presenteeism among employees at Novartis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(4), 487–499. <https://doi.org/10.1097/jom.0b013e31819eb902>.

45. Goetzel, R. Z., Roemer, E. C., Holingue, C., Fallin, M. D., McCleary, K., Eaton, W., Agnew, J., Azocar, F., Ballard, D., Bartlett, J., Braga, M., Conway, H., Crighton, K. A., Frank, R., Jinnett, K., Keller-Greene, D., Rauch, S. M., Safeer, R., Saporito, D., . . . Mattingly, C. R. (2017). Mental health in the workplace. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(4), 322–330. <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000001271>.

46. Goldman-Mellor, S. J., Saxton, K. B., & Catalano, R. C. (2010). Economic contraction and mental health. *International Journal of Mental Health*, 39(2), 6–31. <https://doi.org/10.2753/imh0020-7411390201>.

47. Greenberg, P. E., Fournier, A., Sisitsky, T., Pike, C. T., & Kessler, R. C. (2015). The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(02), 155–162. <https://doi.org/10.4088/jcp.14m09298>.

48. Gritzka, S., MacIntyre, T. E., Dörfel, D., Baker-Blanc, J. L., & Calogiuri, G. (2020). The Effects of Workplace Nature-Based Interventions on the Mental Health and Well-Being of Employees: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00323>.

49. Gutor, T., Kovalska, O., Zaremba, N., Herasymovych, I., Diachyschyn, V., Mysak, Z., Timchenko, N., Negrych, N., Kovalska, I., & Lysiuk, R. (2024). The influence of military actions on the Ukrainian territory on the work of the healthcare system.

Current Issues in Pharmacy and Medical Sciences, 37(3), 143–147.
<https://doi.org/10.2478/cipms-2024-0023>.

50. Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. B. (2016). Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic review. *PLoS ONE*, 11(7), e0159015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>.

51. Ham, C., Clark, J., Spurgeon, P., Dickinson, H., & Armit, K. (2011). Doctors who become chief executives in the NHS: from keen amateurs to skilled professionals. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(3), 113–119.
<https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110042>.

52. Hushchuk, I. V., Smilianov, V. A., Topishko, N. P., Kraichynska, H. V., Stratyuk, O. N., Potseluev, V. I., & Pryimenko, O. (2024). Mechanism for implementing the State Guarantee Program for medical services at the primary level. *Wiadomości Lekarskie*, 77(12), 2529–2535. <https://doi.org/10.36740/wlek/197090>.

53. Ionescu, E., Meruță, A., & Dragomiroiu, R. (2014). Role of managers in management of change. *Procedia Economics and Finance*, 16, 293–298.
[https://doi.org/10.1016/s2212-5671\(14\)00804-1](https://doi.org/10.1016/s2212-5671(14)00804-1).

54. Jain, A., Hassard, J., Leka, S., Di Tecco, C., & Iavicoli, S. (2021). The role of occupational health services in Psychosocial Risk Management and the Promotion of Mental Health and Well-Being at work. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3632. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073632>.

55. Joyce, S., Modini, M., Christensen, H., Mykletun, A., Bryant, R., Mitchell, P. B., & Harvey, S. B. (2015). Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychological Medicine*, 46(4), 683–697.
<https://doi.org/10.1017/s0033291715002408>.

56. Kabene, S. M., Orchard, C., Howard, J. M., Soriano, M. A., & Leduc, R. (2006). The importance of human resources management in health care: a global context. *Human Resources for Health*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-4-20>.

57. Kane-Urrabazo, C. (2006). Management's role in shaping organizational culture. *Journal of Nursing Management*, 14(3), 188–194. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00590.x>.

58. Kelloway, E. K., Dimoff, J. K., & Gilbert, S. (2022). Mental health in the workplace. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 10(1), 363–387. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-120920-050527>.

59. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>.

60. Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.73.3.539>.

61. Keyes, C.L.M. (2013). Mental Health as a Complete State: How the Salutogenic Perspective Completes the Picture. In: *Bridging Occupational, Organizational and Public Health*. Springer, Dordrecht. (pp. 179–192). https://doi.org/10.1007/978-94-007-5640-3_11.

62. Knapp, M., & Wong, G. (2020). Economics and mental health: the current scenario. *World Psychiatry*, 19(1), 3–14. <https://doi.org/10.1002/wps.20692>.

63. Kowlessar, N. M., Goetzel, R. Z., Carls, G. S., Tabrizi, M. J., & Guindon, A. (2011). The relationship between 11 health risks and medical and productivity costs for a large employer. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53(5), 468–477. <https://doi.org/10.1097/jom.0b013e31821586b8>.

64. Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2009). An Ultra-Brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ–4. *Psychosomatics*, 50(6), 613–621. [https://doi.org/10.1016/s0033-3182\(09\)70864-3](https://doi.org/10.1016/s0033-3182(09)70864-3).

65. Landrigan, P. J., Fuller, R., Acosta, N. J. R., Adeyi, O., Arnold, R., Basu, N. (Nil), Baldé, A. B., Bertollini, R., Bose-O'Reilly, S., Boufford, J. I., Breysse, P. N., Chiles, T., Mahidol, C., Coll-Seck, A. M., Cropper, M. L., Fobil, J., Fuster, V., Greenstone, M., Haines, A., & Hanrahan, D. (2018). The Lancet Commission on Pollution and Health. *The Lancet*, 391(10119), 462–512. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)32345-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32345-0).

66. Leka, S., Jain, A., Houtman, I., McDaid, D., Park, A.-L., De Bondt, V. V., & Wynne, R. (2014). *Evaluation of policy and practice to promote mental health in the workplace in Europe.* (n.d.).

<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=13871&langId=en>.

67. Lorber, M., & Dobnik, M. (2022). The Importance of Monitoring the Psychological Wellbeing and Mental Health of Nursing Staff for Sustainable Management. *Sustainability*, 14(14), 8300. <https://doi.org/10.3390/su14148300>.

68. Maimaris, W., Hogan, H., & Lock, K. (2010). The Impact of Working Beyond Traditional Retirement Ages on Mental Health: Implications for Public Health and Welfare Policy. *Public Health Reviews*, 32(2), 532–548. <https://doi.org/10.1007/bf03391615>.

69. Majcherek, D., Kowalski, A. M., & Lewandowska, M. S. (2022). Lifestyle, demographic and Socio-Economic determinants of mental health disorders of employees in the European countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 11913. <https://doi.org/10.3390/ijerph191911913>.

70. Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(05)71146-6).

71. Marques, A., Peralta, M., Santos, T., Martins, J., & De Matos, M. G. (2019). Self-rated health and health-related quality of life are related with adolescents' healthy lifestyle. *Public Health*, 170, 89–94. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.02.022>.

72. Martella, D., & Maass, A. (2000). Unemployment and life satisfaction: the moderating role of time structure and collectivism1. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(5), 1095–1108. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2000.tb02512.x>.

73. McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for “intelligence.” *American Psychologist*, 28(1), 1–14. <https://doi.org/10.1037/h0034092>.

74. McClelland, D. C. (1998). Identifying Competencies with Behavioral-Event Interviews. *Psychological Science*, 9(5), 331–339. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00065>.

75. Medrano, L. A., & Trógolo, M. A. (2018). Employee Well-being and Life Satisfaction in Argentina: The Contribution of Psychological Detachment from Work.

Journal of Work and Organizational Psychology, 34(2), 069–081.
<https://doi.org/10.5093/jwop2018a9>.

76. Missoni, E. (2021). Global Health Determinants and Limits to the Sustainability of Sustainable Development Goal 3. *MDPI EBooks*. <https://doi.org/10.3390/books978-3-03897-865-7-1>.

77. Myronyuk, I. S., Slabkiy, G. O., Bilak-Lukianchuk, V. J., Brych, V. V., & Kondratskyi, V. I. (2023). THE ATTITUDE OF CERTAIN CATEGORIES OF THE POPULATION OF UKRAINE TO PERSONAL HEALTH DURING THE WAR AGAINST RUSSIAN AGGRESSION. *Wiadomości Lekarskie*, 76(8), 1883–1887.
<https://doi.org/10.36740/wlek202308126>.

78. Naous, D., & Mettler, T. (2022). Mental health monitoring at work: IoT solutions and privacy concerns. In *Communications in computer and information science* (pp. 37–45). https://doi.org/10.1007/978-3-031-14832-3_3.

79. Ng, K. H., Agius, M., & Zaman, R. (2013). The global economic crisis: effects on mental health and what can be done. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(6), 211–214. <https://doi.org/10.1177/0141076813481770>.

80. Nielsen, K., Nielsen, M. B., Ogbonnaya, C., Käsälä, M., Saari, E., & Isaksson, K. (2017). Workplace resources to improve both employee well-being and performance: A systematic review and meta-analysis. *Work & Stress*, 31(2), 101–120.
<https://doi.org/10.1080/02678373.2017.1304463>.

81. Nyberg, S. T., Singh-Manoux, A., Pentti, J., Madsen, I. E. H., Sabia, S., Alfredsson, L., Bjorner, J. B., Borritz, M., Burr, H., Goldberg, M., Heikkilä, K., Jokela, M., Knutsson, A., Lallukka, T., Lindbohm, J. V., Nielsen, M. L., Nordin, M., Oksanen, T., Pejtersen, J. H., . . . Kivimäki, M. (2020). Association of healthy lifestyle with years lived without major chronic diseases. *JAMA Internal Medicine*, 180(5), 760.
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.0618>.

82. OECD (2015). *Fit Mind, Fit Job*. https://www.oecd.org/en/publications/fit-mind-fit-job_9789264228283-en.html.

83. OECD (2022). *Promoting Health and Well-being at Work. Health Policy Studies*. <https://doi.org/10.1787/e179b2a5-en>.

84. OECD (2025). *Recommendation of the Council on OECD Legal Instruments*. <https://legalinstruments.oecd.org/public/doc/334/334.en.pdf>.
85. OECD (2018). *Health at a Glance: Europe*. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en.html.
86. Partyka, O., Pajewska, M., Czerw, A., Sygit, K., Lyubinetz, O., Banaś, T., Małecki, K., Grochans, E., Grochans, S., Cybulska, A., Schneider-Matyka, D., Cipora, E., Kaczmarzski, M., Sośnicki, K., Dykowska, G., Sienkiewicz, Z., Strzępek, Ł., Bandurska, E., Ciećko, W., . . . Kozłowski, R. (2024). Migration Challenges and their impact on the Primary Healthcare System—A Qualitative research. *Healthcare*, 12(16), 1607. <https://doi.org/10.3390/healthcare12161607>.
87. Perry, L., Lamont, S., Brunero, S., Gallagher, R., & Duffield, C. (2015). The mental health of nurses in acute teaching hospital settings: a cross-sectional survey. *BMC Nursing*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0068-8>.
88. Pickett, K. E., & Wilkinson, R. G. (2014). Income inequality and health: A causal review. *Social Science & Medicine*, 128, 316–326. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.031>.
89. Pishel, V., Polyvianaia, M., Pinchuk, I., Myshakivska, O., Thornicroft, G., & Hanlon, C. (2022). MENTAL HEALTH OF HEALTHCARE WORKERS DURING COVID-19 PANDEMIC IN UKRAINE. *Proceedings of the Shevchenko Scientific Society Medical Sciences*, 66(1). <https://doi.org/10.25040/ntsh2022.01.12>.
90. Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370(9590), 859–877. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61238-0).
91. Pulakos, E. D., & Schmitt, N. (1995). Experience-based and situational interview questions: studies of validity. *Personnel Psychology*, 48(2), 289–308. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1995.tb01758.x>.
92. Quirke, E., Klymchuk, V., Suvalo, O., Bakolis, I., & Thornicroft, G. (2021). Mental health stigma in Ukraine: cross-sectional survey. *Cambridge Prisms Global Mental Health*, 8. <https://doi.org/10.1017/gmh.2021.9>.

93. Rawat, A., & Gochhait, S. (2022). IOT enabled Mental Health diagnostic system leveraging Cognitive Behavioural Science. *2022 International Conference on Decision Aid Sciences and Applications (DASA)*. <https://doi.org/10.1109/dasa54658.2022.9765032>.
94. Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., & Weaver, S. J. (2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*, 73(4), 433–450. <https://doi.org/10.1037/amp0000298>.
95. Salgado de Snyder, V. N. S., Villatoro, A. P., McDaniel, M. D., Ocegueda, A. S., Garcia, D., & Parra-Medina, D. (2021). Occupational stress and mental health among healthcare workers serving socially vulnerable populations during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.782846>.
96. Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2015). Changes in burnout and satisfaction with Work-Life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(12), 1600–1613. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023>.
97. Sichkoriz, O., Zimenkovsky, A., & Gutor, T. (2024). The impact of current challenges (covid-19, war, healthcare reforms) on the psycho-emotional state of students and the quality of postgraduate education. *Proceedings of the Shevchenko Scientific Society Medical Sciences*, 76(2). <https://doi.org/10.25040/ntsh2024.02.22>.
98. Silove, D., Ventevogel, P., & Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World Psychiatry*, 16(2), 130–139. <https://doi.org/10.1002/wps.20438>.
99. Skinner, M. K., Manikkam, M., & Guerrero-Bosagna, C. (2010). Epigenetic transgenerational actions of environmental factors in disease etiology. *Trends in Endocrinology and Metabolism*, 21(4), 214–222. <https://doi.org/10.1016/j.tem.2009.12.007>.
100. Sobotka, T., Skirbekk, V., & Philipov, D. (2011). Economic recession and fertility in the developed world. *Population and Development Review*, 37(2), 267–306. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2011.00411.x>.

101. Soltan, M. R., Soliman, S. S., Al-Hassanin, S. A., ElSherief, W. A., Elnaggar, M. S., & Gohar, S. F. (2020). Burnout and work stress among medical oncologists: Egyptian multi-centric study. *Middle East Current Psychiatry*, 27(1). <https://doi.org/10.1186/s43045-020-00046-9>.
102. Søvold, L. E., Naslund, J. A., Kousoulis, A. A., Saxena, S., Qoronfle, M. W., Grobler, C., & Münter, L. (2021). Prioritizing the Mental Health and Well-Being of Healthcare Workers: an urgent global public health priority. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.679397>.
103. Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 32(6), 443–462. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1050>.
104. Stewart-Brown, S., Samaraweera, P. C., Taggart, F., Kandala, N., & Stranges, S. (2015). Socioeconomic gradients and mental health: implications for public health. *The British Journal of Psychiatry*, 206(6), 461–465. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147280>.
105. Strazdins, L., D’Souza, R. M., Clements, M., Broom, D. H., Rodgers, B., & Berry, H. L. (2010). Could better jobs improve mental health? A prospective study of change in work conditions and mental health in mid-aged adults. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(6), 529–534. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.093732>.
106. Suvalo, O., & Borovets, V. (2024). Ukrainian mental health in transition: from totalitarianism towards a modern mental health system. *The Lancet Psychiatry*, 11(11), 870–872. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(24\)00325-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(24)00325-0).
107. Tone O. M. (2008). Doctors as managers: moving towards general management? *Journal of Health Organization and Management*, 22(4), 400–415. <https://doi.org/10.1108/14777260810893980>.
108. Townsend, K., & Wilkinson, A. (2010). Managing under pressure: HRM in hospitals. *Human Resource Management Journal*, 20(4), 332–338. <https://doi.org/10.1111/j.1748-8583.2010.00145.x>.
109. Van Krugten, F. C. W., Busschbach, J. J. V., Versteegh, M. M., Roijen, L. H., & Brouwer, W. B. F. (2021). The Mental Health Quality of Life Questionnaire (MHQoL):

development and first psychometric evaluation of a new measure to assess quality of life in people with mental health problems. *Quality of Life Research*, 31(2), 633–643. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02935-w>.

110. Van Krugten, F. C. W., Jonker, M. F., Himmler, S. F. W., Roijen, L. H., & Brouwer, W. B. F. (2023). Estimating a Preference-Based Value set for the Mental Health Quality of Life Questionnaire (MHQOL). *Medical Decision Making*, 44(1), 64–75. <https://doi.org/10.1177/0272989x231208645>.

111. Wahrendorf, M., Blane, D., Bartley, M., Dragano, N., & Siegrist, J. (2012). Working conditions in mid-life and mental health in older ages. *Advances in Life Course Research*, 18(1), 16–25. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2012.10.004>.

112. Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). MOS 36-item Short-Form Health Survey [Dataset]. In *PsycTESTS Dataset*. <https://doi.org/10.1037/t06708-000>.

113. Wiencke, M., Cacace, M., & Fischer, S. (2016). Healthy at Work. In *Springer eBooks*. Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-32331-2>.

114. Willett, W., Rockström, J., Loken, B., Springmann, M., Lang, T., Vermeulen, S., Garnett, T., Tilman, D., DeClerck, F., Wood, A., Jonell, M., Clark, M., Gordon, L. J., Fanzo, J., Hawkes, C., Zurayk, R., Rivera, J. A., De Vries, W., Sibanda, L. M., . . . Murray, C. J. L. (2019). Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *The Lancet*, 393(10170), 447–492. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31788-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31788-4).

115. World Health Organization. (2012). *Regional Committee for Europe Sixty-second session European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336410/62wd12e-rev1-EAPPublicHealth-121828.pdf?sequence=1>.

116. World Health Organization. (2021, September 21). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013 - 2030*. Wwww.who.int. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>.

117. World Health Organization (WHO). (2022, June 8). *Mental Disorders*. Wwww.who.int; World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.

118. World Health Organization. (2022, June 16). *World mental health report: Transforming mental health for all*. Wwww.who.int; World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>.

119. World Health Organization. (2022, September 28). *Guidelines on mental health at work*. Wwww.who.int; World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053052>.

120. World Health Organization. (2022, September 28). *Mental health at work: policy brief*. Wwww.who.int. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057944>.

121. World Health Organization. (2022, December 16). *Scaling-up mental health and psychosocial services in war-affected regions: best practices from Ukraine*. Wwww.who.int. <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/scaling-up-mental-health-and-psychosocial-services-in-war-affected-regions--best-practices-from-ukraine>.

122. Yassenok, V., Neumann, E., Raineri, A., Kopp, J., Rüegger, S., Ballouz, T., Kaufmann, M., Loboda, A., Smiianov, V., Baumer, A. M., Seifritz, E., Königstein, H. F., Frei, A., Von Wyl, V., Kriemler, S., Kostenko, A., & Puhan, M. A. (2025). Mental health assessment of the population: study protocol of the MAP Research Program in Ukraine (MAP-U) and in Zurich (MAP-Z). *International Journal of Public Health*, 69. <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607271>.

123. Zarenti, M., Kressou, E., Panagopoulou, Z., Bacopoulou, F., Kokka, I., Vlachakis, D., Chrousos, G. P., & Darviri, C. (2021). Stress among pediatric oncology staff. A systematic review. *EMBnet.journal*, 26(1), e981. <https://doi.org/10.14806/ej.26.1.981>.

124. Zeng, L.-N., Cai, H., Gao, F., Guan, B., Chen, W.-J., He, W., Peng, T.-M., Li, X.-P., Li, Y., Sui Sum Kung, Wang, X.-M., Liu, W., Zhao, D., & Yan, S. (2023). Assessment of mental health status among Chinese nursing staff in the intensive care unit: a network analysis. *Journal of Research in Nursing*, 28(4), 285–298. <https://doi.org/10.1177/17449871231172408>.

125. Zhdan, V., Holovanova, I., Wang, S., Obrevko, N., Korneta, O., Bielikova, I., Kaidashev, I., Haque, U., Khorosh, M., & Popovich, I. (2023). Analysis of behavioral factors and level of anxiety of schoolchildren in the conditions of the russian-ukrainian

war. *The Medical and Ecological Problems*, 27(5–6), 51–58.
<https://doi.org/10.31718/mep.2023.27.5-6.07>.

126. Авраменко, Т. П. (2015). Державна політика щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в умовах системних змін в Україні. У *Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики системи охорони здоров'я* (с. 3–6).
http://umo.edu.ua/images/content/institutes/cipo/kaf_der_g_slug/conference_book.pdf#page=3.

127. Березюк О. Р., Фільц О. О., Грабчак В. І., Сірко Р. І. (2022). Опитувальник порівняльного індексу почуття неповноцінності: переклад, валідизація та досвід використання в Україні. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 26(4), 633–636. [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26\(4\)-20](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26(4)-20).

128. Біль, М. (2023). Проблеми розвитку соціальної інфраструктури як детермінанти соціальної вразливості населення карпатського регіону України. *Економіка Та Суспільство*, 52. <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-52-2>.

129. Бірюков Д. С., Заславський В. А. Розвиток систем моніторингу соціально-економічного стану малих міст і селищ України. *Системи обробки інформації*, 9, 221–225. http://nbuv.gov.ua/UJRN/soi_2010_9_63.

130. Боровець, В. А., & Любінець, О. В. (2024). Модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я. *Вісник Соціальної Гігієни Та Організації Охорони Здоров'я України*, 4, 42–48.
<https://doi.org/10.11603/1681-2786.2024.4.15217>.

131. Боровець, В. (2023). Менеджер системи охорони здоров'я: аналіз дефініцій та ключові компетенції. *Україна. Здоров'я нації*, (4), 71–77.
<https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.4/11>.

132. Боровець, В. А., & Любінець, О. В. (2024). Оцінка стану психічного здоров'я та якості життя медичних працівників на основі анкети MHQoL-7D (The Mental Health Quality of Life Questionnaire).

<https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/67447/1/%D0%9E%D0%A6%D0%86%D0%9D%D0%9A%D0%90%20%D0%A1%D0%A2%D0%90%D0%9D%D0%A3.pdf>.

133. Борщ, В. І. (2019). Сучасна парадигма системи управління персоналом закладу охорони здоров'я. *Проблеми системного підходу в економіці*, 1(1), 73–79.

http://nbuv.gov.ua/UJRN/PSPE_print_2019_1%281%29_13.

134. Верховна Рада України. (2000, 22 лютого). *Про психіатричну допомогу [Закон № 1489-III]*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>.

135. Верховна Рада України. (2009, 16 грудня). *Про ратифікацію Конвенції про права осіб з інвалідністю і Факультативного протоколу до неї: Закон № 1767-VI*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1767-17#Text>.

136. Верховна Рада України. (2017, 6 квітня). *Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України № 2002-VIII*. <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2002-19>.

137. Верховна Рада України. (2017, 19 жовтня). *Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України № 2168-VIII*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

138. Верховна Рада України. (2025, 15 січня). *Про систему охорони психічного здоров'я в Україні [Закон № 4223-IX]*. <https://itd.rada.gov.ua/BILLINFO/Bills/Card/44876>.

139. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). (2024). *Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: реформа, стійкість і відновлення*. [Www.who.int](http://www.who.int); <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/WHO-EURO-2024-10570-50342-75964>.

140. Гржибовський, Я. Л., & Любінець, О. В. (2020). Медико-соціальні детермінанти здоров'я (огляд світової літератури). *Ukrainian Medical Journal*, 136(2). <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.136.175646>.

141. Грузева, Т. С., Лехан, В. М., Огнєв, В. А., Галієнко, Л. І., Крячкова, Л. В., Паламар, Б. І., ... & Іншакова, Г. В. (2020). *Біостатистика*. <http://ir.librarynmu.com/handle/123456789/6175>.

142. Грузєва Т. С. Компетентнісний підхід до підготовки фахівців громадського здоров'я в Ягелонському університеті. *Україна. Здоров'я нації*, 4, 84–90. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2017_4_14.

143. Грузєва, Т. С., Паламар, Б. І., & Тукаєв, С. В. (2023). *Особливості психологічних переживань під час надзвичайного стану на прикладі карантину в зв'язку з пандемією COVID 19*. <http://ir.librarynmu.com/handle/123456789/7095>.

144. Кабінет Міністрів України. (2017, 27 грудня). *Про затвердження Концепції розвитку психічного здоров'я в Україні до 2030 року [Розпорядження № 1018-р]*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-p#Text>.

145. Кабінет Міністрів України. (2017, 27 грудня). *Про утворення Національної служби здоров'я України [Постанова № 1101-п]*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-p#Text>.

146. Кабінет Міністрів України. (2021). *Про затвердження плану заходів на 2021–2023 роки щодо реалізації Концепції розвитку психічного здоров'я в Україні до 2030 року [Розпорядження № 1433-р]*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1433-2021-p#Text>.

147. Кабінет Міністрів України. (2022, 7 травня). *Про утворення Міжвідомчої координаційної ради з питань охорони психічного здоров'я [Постанова № 539]*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/539-2022-p#Text>.

148. Кабінет Міністрів України. (2023, 30 березня). *Про утворення Координаційного центру з психічного здоров'я [Постанова № 301]*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/301-2023-p#Text>.

149. Кабінет Міністрів України. (2024). *Про затвердження плану заходів на 2024–2026 роки щодо реалізації Концепції розвитку психічного здоров'я в Україні до 2030 року [Розпорядження № 572-р]*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/572-2024-p#Text>.

150. Карамушка, Л. М. (2023). Психічне здоров'я персоналу організацій в умовах війни: Навч.-методичний посібник. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/737839/1/Karamushka_Mental%20health.pdf.

151. Карамушка, Л. М., Креденцер, О. В., Терещенко, К. В., Лагодзінська, В. І., Івкін, В. М., Клименко, Н. Г., & Ковальчук, О. С. (2024). Технології забезпечення психічного здоров'я та благополуччя освітнього персоналу в умовах війни та післявоєнного відновлення. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/741857>.

152. Качмарська, М. О., & Любінець, О. В. (2021). Стосовно оцінки рівня громадського здоров'я в Україні та її регіонах. *Україна. Здоров'я нації*, 1(1), 7–16. <https://doi.org/10.24144/2077-6594.1.1.2022.254629>.

153. Качмарська, М., Любінець, Л., Ціпора, Е., & Шведа, Г. (2023). Характеристика рівня тривожності середнього медичного персоналу залежно від специфіки умов праці. *Acta Medica Leopoliensia*, 29(3-4), 146-156. <https://doi.org/10.25040/aml2023.3-4.146>.

154. Качмарська, М., Ціпора, Е., Любінець, Л., Ришковська, Н., & Шведа, Г. (2024). Стан стресовості у медичного персоналу онкологічної клініки. *Україна. Здоров'я нації*, (1), 116–121. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.1/20>.

155. Коваленко, О. (2016). Наближення засад підготовки сучасних керівних кадрів з охорони здоров'я України до світових стандартів. *Державне управління та місцеве самоврядування*, (2), 143-146.

156. Кокун, О. М. (2022). Психологія професійного становлення сучасного фахівця. *Digital Library NAES of Ukraine*. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/1651>.

157. Кокун, О. М. (2022). Психодіагностичні показники рівня психічного здоров'я дорослого населення України після перших місяців війни. *Актуальні проблеми психології*, 5(22), 78–86.

158. Корольчук О. Л. Охорона психічного здоров'я в умовах ведення ато. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. № 18. С. 96–102.

159. Кручаниця, В. В. (2017). Детермінанти зловживання алкоголем населенням Закарпаття. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, (4), 18-22. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2016.4.7544>.

160. Лехан, В. М., Крячкова, Л. В., & Заярський, М. І. (2018). Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. *Україна. Здоров'я нації*, 4(52), 5–11. <https://repo.dma.dp.ua/4969/>.

161. Любінець, О., Боровець, В., & Качмарський, Д. (2024). Глобальні економічні зміни та стан здоров'я населення. *Україна. Здоров'я нації*, (4), 7–10. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.4/01>.

162. Любінець О. В., Качмарська М. О., Гржибовський Я. Л., Боровець В. А. (2021). Структура та динаміка смертності населення України внаслідок розладів психіки та поведінки. *Україна. Здоров'я Нації*, 1(3), 33–39. <https://doi.org/10.24144/2077-6594.3.1.2021.240807>.

163. Любінець, О. В., & Ходор, О. Є. (2013). Характеристика кадрового забезпечення та підготовка управлінських кадрів вітчизняної системи охорони здоров'я. *Досвід, реалії і перспективи розвитку систем охорони здоров'я*.—Львів: Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2013.—с. 585., 116.

164. Любінець, Л. А., Шведа, Г. П., & Качмарська, М. О. (2023). Ступінь тривожності в середнього медичного персоналу під час воєнного стану в Україні. *Україна. Здоров'я нації*, 3(73), 80–84. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.3/13>.

165. Мілашовська, В. О., & Любінець, О. В. (2023). Оцінка власного здоров'я та інформованість про здоров'язбережувальну поведінку. *Вісник Соціальної Гігієни Та Організації Охорони Здоров'я України*, 1, 20–26. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2023.1.13703>.

166. Міністерство охорони здоров'я України. (2015, 18 вересня). *Про утворення державної установи "Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України" [Наказ]*. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0604282-15#Text>.

167. Міністерство охорони здоров'я України. (2018, 14 лютого). Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства: Оновлена версія. https://moz.gov.ua/uploads/0/3562-moz_metod_recomendations_autonomization_2018_ua_final_web.pdf.

168. Міністерство охорони здоров'я України. (2018, 23 жовтня). *Про утворення Державного підприємства "Медичні закупівлі України" [Наказ 1927]*.

169. Міністерство охорони здоров'я України. (2022). *Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року*.
<https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Стратегія/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf>.

170. Нагорна, А. М., Басанец, А. В., Кононова, І. Г., Медведовська, Н. В., & Гвоздецький, В. А. (2021). Стан здоров'я населення працездатного віку та ефективність функціонування системи охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я Нації*, 1(1). <https://doi.org/10.24144/2077-6594.1.1.2021.227145>.

171. Павлов, Ю. (2023). Чинники професійного здоров'я сучасного фахівця. *Освіта дорослих: теорія, досвід, перспективи*, 23(1), 86-97.
[https://doi.org/10.35387/od.1\(23\).2023.86-97](https://doi.org/10.35387/od.1(23).2023.86-97).

172. Паласюк, Б. М. (2024). Впровадження освітньо-професійної програми «Менеджмент в охороні здоров'я» в Тернопільському національному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України і її методичні аспекти. *Вісник Соціальної Гігієни Та Організації Охорони Здоров'я України*, 3, 59–63. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2024.3.14949>.

173. *Перетворення нашого світу: Порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року*. (2018). UNDP.
<https://www.undp.org/uk/ukraine/publications/peretvorenniya-nashoho-svitu-poryadok-dennyu-u-sferi-staloho-rozvytku-do-2030-roku>.

174. Подольський, В. В., Подольський, В., Медведовська, Н., Емір-Усеїнова, Д. А., & Боцюк, У. І. (2024). Вплив хронічного стресу на гормональний стан жінок, які постраждали від бойових дій, та жінок-переселенок. *Репродуктивне здоров'я жінки*, (6), 8–13. <https://doi.org/10.30841/2708-8731.6.2024.312739>.

175. *Психологів та психотерапевтів в Україні сертифікуватимуть – ухвалено закон про систему охорони психічного здоров'я*.
<https://moz.gov.ua/uk/psihologiv-ta-psihoterapevtiv-v-ukrayini-sertifikuvatimut-uhvaleno-zakon-pro-sistemu-ohoroni-psihichnogo-zdorov-ya>.

176. Рогач, І. М., Качала, Л. О., & Погоріляк, Р. Ю. (2011). Аналіз якісних характеристик керівних кадрів охорони здоров'я Закарпатської області. *Науковий вісник Ужгородського університету. Сер.: Медицина*, (40), 248-250.

177. Сайко, Ю. М., & Спіріна, І. Д. (2022). Особливості психічного здоров'я медичних працівників під час воєнного стану. У *Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції* (30 листопада 2022, м. Дніпро) (с. 112–115). Дніпро: ВМПЗ ДГУ.

178. Семигіна, Т. В. (2014). Децентралізація і політика охорони здоров'я. *Гілея: Науковий вісник*, (84), 461–465. <https://www.academia.edu/8407740>.

179. Слабкий, Г., Білак-Лук'янчук, В., & Козар, Ю. (2024). Щодо впливу війни проти російської агресії на стан здоров'я населення та систему охорони здоров'я України. *Вісник Здоров'я*, 1(1), 38–46. <https://doi.org/10.32782/3041-1068.2024.1.1.5>.

180. Слабкий, Г. О., Іваць-Чабіна, А. Р., & Черпак, В. З. (2023). Вплив війни з рф на стан психічного здоров'я населення України та місце системи громадського здоров'я в його збереженні. *The 5th International Scientific and Practical Conference "Science and Technology: Problems, Prospects and Innovations"* (February 16–18, 2023), 54–58..

181. Слабкий, Г. О., Німчук, С. С. (2023). Вплив війни з рф на соціально-економічні детермінанти формування громадського здоров'я населення України. *Scientific research in the modern world. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference*. Perfect Publishing. Toronto, Canada. 2023. Р . 94- 98. <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/47716>.

182. Тімченко, Є. Є., Любінець, О. В., Олійник, П. В., Чаплик, В. В., & Олійник, С. П. (2022). Посттравматичний стресовий розлад у медичних працівників: ознаки, причини, профілактика та лікування (огляд літератури). *Запорізький медичний журнал*, 24(3), 343–353. <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2022.3.253119>.

183. Ткачишина, О. Р. (2023). Проблема ментального здоров'я в Україні: психологічний аналіз. *Habitus*, (53), 207–211. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.53.35>.
184. Чабан, О. С., & Хаустова, О. О. (2022). Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги. *Український медичний часопис*, 4(150), 1–11. <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.150.232297>.
185. Чайкіна, Н. О. (2023, квітень 27–28). Соціально-психологічні чинники впливу війни на внутрішній світ українців: соціокультурний вимір. У *Синергетичний підхід до проектування життєвого простору особистості: Збірник наукових матеріалів III Міжнародної науково-практичної конференції* (с. 257–260). Полтава).
186. Чемерис, Н. М., & Любінець, О. В. (2018). Медико-соціальні площини вживання алкогольовмісних напоїв серед студентської молоді. *Україна. Здоров'я нації*, 1, 42–47. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2018_1_7.
187. Шкільняк, М., Желюк, Т., Васіна, А., Дудкіна, О., Попович, Т., & Овсянюк-Бердадіна, О. (2018). Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. *Вісник Економіки*, (4), 168–180. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vtneu_2018_4_18.
188. Шушпанов, Д. Г. (2020). Вплив житлових умов на стан здоров'я населення. *Pnpu.edu.ua*. <http://dspace.pnpu.edu.ua/handle/123456789/15908>.
189. Шушпанов Д. Г. (2015). Детермінанти здоров'я населення: суть та особливості систематизації. *Демографія та соціальна економіка*. №2(24). С.141–152. <https://doi.org/10.15407/dse2015.02.141>.
190. Щербиніна, М. Б., & Скирда, І. Ю. (2012). Формування та розвиток структурно-процесної організації в медичних установах. *Гастроентерологія: збірник наукових праць*, 46, 48–56.

ДОДАТКИ

Додаток А-1.

СПИСОК ОСОБИСТИХ ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Любінець О. В., Качмарська М. О., Гржибовський Я. Л., Боровець В. А. (2021). Структура та динаміка смертності населення України внаслідок розладів психіки та поведінки. *Україна. Здоров'я Нації*, 1(3), 33–39. <https://doi.org/10.24144/2077-6594.3.1.2021.240807> (*проведення збору даних, їх статистична обробка та інтерпретація результатів).
2. Боровець, В. (2023). Менеджер системи охорони здоров'я: аналіз дефініцій та ключові компетенції. *Україна. Здоров'я нації*, (4), 71–77. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.4/11> (*ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка матеріалу та написання висновків).
3. Borovets, V. A., & Lyubinet, O. V. (2024). Social determinants of the impact on mental health during the war in ukraine (a study based on the assessment of medical professionals). *Clinical and Preventive Medicine*, 7, 131–137. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.7.2024.16> (*ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка матеріалу та написання висновків).
4. Borovets, V., & Lyubinet, O. (2024). Satisfaction with working conditions and mental health of healthcare workers according to their self-assessment. *Acta Medica Leopoliensia*, 30(1–2), 120–132. <https://doi.org/10.25040/aml2024.1-2.120> (*збір даних, обробка матеріалу та формування висновків).
5. Любінець, О., Боровець, В., & Качмарський, Д. (2024). Глобальні економічні зміни та стан здоров'я населення. *Україна. Здоров'я нації*, (4), 7–10. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.4/01> (*збір даних, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків).
6. Боровець, В. А., & Любінець, О. В. (2024). Модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я. *Вісник Соціальної*

Гігієни Та Організації Охорони Здоров'я України, 4, 42–48. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2024.4.15217> (*ідея написання статті, збір інформації, обробка та узагальнення даних, матеріалу та написання висновків).

7. Suvalo, O., & Borovets, V. (2024). Ukrainian mental health in transition: from totalitarianism towards a modern mental health system. *The Lancet Psychiatry*, 11(11), 870–872. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(24\)00325-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(24)00325-0) (*ідея написання статті, збір інформації, написання висновків).

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

8. Kachmarska, M., Borovets V., & Lyubinets, L. (2022). Assessment of the impact of social stress on the mental health of medical workers and managers of health care facilities. In *Streszczenia Międzynarodowej konferencji naukowej: Dni medycyny społecznej i zdrowia publicznego. Polska 2022 - Ostatnie doświadczenia i obecne wyzwania* (pp. 102–103). Krakowska Wyższa Szkoła Promocji Zdrowia (*збір даних, аналіз матеріалу та написання тез).

9. Качмарська, М., Боровець, В., & Любінець, Л. (2022). Оцінка впливу соціальних стресів на стан психічного здоров'я медичних працівників, керівників закладів охорони здоров'я та студентів вищих медичних навчальних закладів. *Українські медичні вісті. Матеріали XIX конгресу СФУЛТ 27-29.10.2022 та історико-термінологічної конференції ВУЛТ 30.06.2022*. Т. 14, № 3-4 (92-93). С. 99 (*збір даних, аналіз і обробка матеріалу та написання тез).

10. Kachmarska, M., Liubinets, L., Śmiałko, D., Borowiec, V., & Shveda, H. (2023). Ocena poziomu lęku reaktywnego specjalistów pracujących z pacjentami na nowotwory [Assessment of the level of reactive anxiety of specialists working with cancer patients]. In *Streszczenia VIII Międzynarodowej onkologicznej konferencji naukowej: Choroby nowotworowe wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia i nauki* (pp. 57–58) (*збір даних, аналіз матеріалу та написання тез).

11. Боровець, В., & Любінець, О. (2024). Оцінка стану психічного здоров'я та якості життя медичних працівників на основі анкети MHQoL-7D (The Mental Health Quality of Life Questionnaire).

<https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/67447/1/%D0%9E%D0%A6%D0%86%D0%9D%D0%9A%D0%90%20%D0%A1%D0%A2%D0%90%D0%9D%D0%A3.pdf>

(**ідея написання статті, збір інформації, обробка та узагальнення даних, матеріалу та написання висновків*).

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

13. Любінець О. В., Мілашовська В. О., Децик М. О., Зуб В. І., Боровець В. А. Концептуальні особливості побудови стратегічного плану організації медичної допомоги населенню. *Методичні рекомендації до занять із спеціалізації за фахом “Організація і управління охороною здоров’я” галузі знань 22 «Охорона здоров’я» спеціальності 222 «Медицина»*. Львів, 2023. 52 с. (*Особистий внесок: формування вступної частини та значення розробки концептуальних моделей при реформуванні системи охорони здоров’я населення*).

Апробація результатів дисертації

Основні положення дисертації викладені та обговорені на:

- Konferencja Naukowa PTMSiZP «Dni medycyny społecznej i zdrowia publicznego «Polska 2022 - Ostatnie doświadczenia i obecne wyzwania», Krakow, 13-15 października 2022 r.;
- XIX конгрес СФУЛТ, м. Ужгород, 27-29 жовтня 2022 року;
- Workshop "Mastering The Skills of Mental Health and Psychosocial Support Coordination and Interagency Support", Dnipro, 24–25 January 2023;
- Науково-практична конференція «Малоінвазивні технології в урології», м. Яремче, 08-10 лютого 2023 року;
- Науково-практична конференція «Особливості діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів з неврологічною патологією в умовах воєнного часу», м. Харків, 17-18 березня 2023 року;
- 8 Międzynarodowa onkologiczna konferencja naukowa «Choroby nowotworowe wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia i nauki», Sanok, 18-20 maja 2023;
- Конгрес Асоціації урологів України, м. Львів, 15-17 червня 2023 року;
- Всеукраїнська наукова конференція з міжнародною участю «Розвиток системи громадського здоров'я України в умовах війни та післявоєнної відбудови», м. Ужгород, 5-6 жовтня 2023 року;
- International forum “Psychosocial Interventions in Migration, Emergency and Displacement”, Pisa, 9–21 October 2023;
- Науково-практична конференція «Здоров'я нації та суспільства», м. Київ, 30 листопада – 01 грудня 2023 року;
- Науково-практична конференція «Сучасні проблеми гігієни, епідеміології, мікробіології та туберкульозу», Львів, 31 січня 2024 року;
- Симпозіум з міжнародною участю «Громадське здоров'я в соціальному та освітньому просторі – виклики в умовах надзвичайних ситуацій та перспективи розвитку», м. Тернопіль, 25-26 вересня 2024 року;
- Всеукраїнська наукова конференція з міжнародною участю «Роль системи

громадського здоров'я в імplementації «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року», м. Ужгород, 03-04 жовтня 2024 року;

- Науково-практична конференція за участю молодих вчених «Організаційно-прикладні аспекти клінічної та профілактичної медицини в умовах сучасних викликів і загроз: проблеми та перспективи інноваційного розвитку», м. Київ, 30-31 жовтня 2024 року;

- Науково-практична конференція «Здоров'я нації та суспільства», м. Київ, 28-29 листопада 2024 року.

РОЗРАХУНОК ВИБІРКОВОЇ СУКУПНОСТІ РЕСПОНДЕНТІВ

Генеральна сукупність:

- лікарів, в т. ч. організаторів охорони здоров'я (слухачі циклів підвищення кваліфікації ЛНМУ імені Данила Галицького у 2022-2024 роках) –

$N = 919$ особи; $n = 279$.

Для розрахунку мінімального обсягу спостереження та формування репрезентативних вибірок використано формулу [141]:

$$n = \frac{N}{1 + N \cdot p^2} = 279 \text{ ос.}$$

де n – обсяг вибіркової сукупності;

p – імовірність похибки (приймається 0,05);

N – обсяг генеральної сукупності.

**Опитувальник з оцінки стану психічного здоров'я
(The Mental Health Quality of Life Questionnaire MHQoL-7D)**

*Будь ласка, відмітьте нижче, які твердження найкраще описують Ваше самопочуття
сьогодні, поставивши відмітку в **ОДИН** з квадратів у кожній з семи тем.*

1) САМООЦІНКА:

- ☐ Я дуже позитивно думаю про себе
- ☐ Я позитивно думаю про себе
- ☐ Я негативно думаю про себе
- ☐ Я дуже негативно думаю про себе

2) НЕЗАЛЕЖНІСТЬ. *Наприклад: свобода вибору, фінансова, прийняття суспільного рішення:*

- ☐ Я дуже задоволений/на своїм рівнем незалежності
- ☐ Я задоволений/на своїм рівнем незалежності
- ☐ Я незадоволений/на своїм рівнем незалежності
- ☐ Я дуже незадоволений/на своїм рівнем незалежності

3) НАСТРІЙ:

- ☐ Я не відчуваю тривоги, похмурості чи депресії
- ☐ Я відчуваю легку тривогу, похмурість чи депресію
- ☐ Я відчуваю тривогу, похмурість чи депресію
- ☐ Я відчуваю сильну тривогу, похмурість чи депресію

4) ВІДНОСИНИ. *Наприклад: колеги, сім'я, друзі:*

- ☐ Я дуже задоволений/на своїми стосунками
- ☐ Я задоволений/на своїми стосунками
- ☐ Я незадоволений/на своїми стосунками
- ☐ Я дуже незадоволений/на своїми стосунками

5) ЩОДЕННА ДІЯЛЬНІСТЬ. *Наприклад: робота, навчання, домашнє господарство, дозвілля:*

- ☐ Я дуже задоволений/на своїми щоденними справами
- ☐ Я задоволений/на своїми щоденними справами
- ☐ Я незадоволений/на своїми щоденними справами
- ☐ Я дуже незадоволений/на своїми щоденними справами

6) ФІЗИЧНЕ ЗДОРОВ'Я

- ☐ У мене немає проблем із фізичним здоров'ям
- ☐ У мене є деякі проблеми із фізичним здоров'ям
- ☐ У мене багато проблем із фізичним здоров'ям
- ☐ У мене дуже багато проблем із фізичним здоров'ям

7) МАЙБУТНЄ

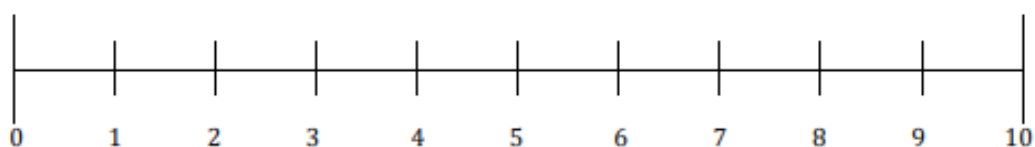
- ☐ Я дуже оптимістично дивлюся на своє майбутнє
- ☐ Я оптимістично дивлюся на своє майбутнє
- ☐ Я похмуро дивлюсь на своє майбутнє
- ☐ Я дуже похмуро дивлюсь на своє майбутнє

ПСИХОЛОГІЧНЕ САМОПОЧУТТЯ

На шкалі нижче вкажіть, будь ласка, знаком X, як ви оцінюєте своє психологічне самопочуття. 0 позначає найгірше психологічне самопочуття, яке можна уявити, а 10 – найкраще, яке можна уявити.

Найгірше самопочуття

Найкраще самопочуття



© Copyright Erasmus University Rotterdam, Erasmus School of Health Policy & Management

- 1) Вік: ____ повних років;
- 2) Стать: чол ☐/жін ☐/;
- 3) Посада: _____
_____;
- 4) Стаж роботи в сфері охорони здоров'я: _____ повних років;
- 5) Стаж роботи на керівній посаді в сфері охорони здоров'я: _____ повних років;
- 6) Станом на **СЬОГОДНІ** працюю переважно у сільській ☐/у міській місцевості ☐
(вказати **ОДИН** з варіантів).

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра громадського здоров'я ФПДО

**Опитувальник з визначення та оцінки рівня впливу
окремих детермінант на стан психічного здоров'я**

Я, що нижче підписалася(вся), згодна(ен) прийняти участь у соціологічному медичному дослідженні. Я детально інформована(ий) про мету та можливі наслідки дослідження. Я мала(в) можливість поставити запитання про всі аспекти дослідження. Отримавши пояснення, я повністю згодна(ий) співпрацювати із дослідниками. Я знаю, що відомості про мою участь у дослідженні залишаються строго конфіденційними. Я згодна(ий) з тим, що результати дослідження можуть обговорюватися особами, що замовляли дослідження, а також представниками державних структур.

☐ Прочитала(в) і згодна(ий)

Будь ласка, відмітьте нижче детермінанти (чинники), що впливають на Ваш стан психічного здоров'я/самопочуття СЬОГОДНІ, зазначивши рівень їх впливу за шкалою від 0 до 5, де 0 означає відсутність впливу на психічне здоров'я, а 5 – максимальний рівень дії на стан Вашого ментального здоров'я

Вплив глобальних структур управління, таких як ВООЗ, Світовий банк, Світова організація торгівлі та ін.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Вплив пандемії COVID-19

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Вплив глобальних конфліктів, в тому числі війни України з росією

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Вплив змін у міжнародній торгівлі

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Міграційні процеси в Україні та світі

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Глобальні зміни клімату

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Вплив глобальних економічних змін

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Вплив змін у статеві-віковому складі населення України (старіння населення)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Вплив рівня демократії в Україні

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Наявність корупції в державі

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Вплив інфляційних процесів

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Вплив політичного становища в Україні

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Ефективність державного управління

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Рівень злочинності

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Вплив організації соціального захисту населення України

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Вплив соціальних конфліктів у Вашому оточенні

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Значення рівня освіти

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Гендерна політика

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Расова та етнічна приналежність

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Вплив рівня особистого доходу та його розподілу

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Зайнятість/безробіття

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Задоволеність умовами праці

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

<i>Задоволеність житловими умовами</i>	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
<i>Вплив організації та доступності в системі охорони здоров'я</i>	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
<i>Загальний вплив екологічної системи України</i>	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
<i>Якість продуктів харчування</i>	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
<i>Вплив процесу та рівня виховання</i>	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
<i>Релігія та традиції</i>	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
<i>Спосіб життя</i>	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
<i>Сексуальне життя</i>	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
<i>Вживання алкоголю</i>	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
<i>Тютюнопаління</i>	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
<i>Вживання наркотичних речовин</i>	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
<i>Вплив генетичної схильності на стан психічного здоров'я</i>	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Інше (дописати детермінанти (чинники), що впливають на стан Вашого психічного здоров'я та не були вказані в опитувальнику)

Вік (повних років):

Стать:

- ☐ Чоловіча
☐ Жіноча
☐ Інше (не бажано вказувати)

Посада (згідно штатного розпису):

Місце праці:

- ☐ Лікарняний багатoproфільний заклад охорони здоров'я
☐ Лікарняний однопрофільний заклад охорони здоров'я
☐ Лікарняний спеціалізований заклад охорони здоров'я
☐ Лікарняний заклад охорони здоров'я особливого типу
☐ Амбулаторно-поліклінічний заклад охорони здоров'я
☐ Заклад переливання крові, швидкої та екстреної медицини
☐ Санаторно-курортний заклад охорони здоров'я
☐ Санітарно-епідеміологічний заклад охорони здоров'я
☐ Заклад санітарної просвіти
☐ Заклад медико-соціального захисту
☐ Приватний заклад охорони здоров'я
☐ Інший заклад

Стаж роботи в сфері охорони здоров'я (повних років):

Стаж роботи на керівній посаді в сфері охорони здоров'я (повних років):

Станом на СЬОГОДНІ, працюю переважно:

- ☐ У міській місцевості
☐ У сільській місцевості

Станом на СЬОГОДНІ, проживаю:

- ☐ У міській місцевості
☐ У сільській місцевості

Дякуємо за співпрацю!

АНКЕТА ЕКСПЕРТНОЇ ОЦІНКИ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Шановний експерте!

Висловіть, будь ласка, свою думку щодо **концептуальної моделі моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я**, особливо стосовно інтеграції кількісних і якісних методів оцінки, автоматизації процесів збору та аналізу даних, профілактичних, промоційних та підтримуючих заходів на робочому місці, проведення моніторингу індикаторів психічного здоров'я за допомогою міжнародної та власної розробленої анкет до та в процесі оцінювання; встановлення компетенцій у сфері управління стресом та емоційної стійкості, формування навичок лідерства та підтримуючої комунікації, а також доцільність створення багаторівневої системи координації.

Дякуємо за співпрацю!

Прізвище, ініціали експерта _____ Вік _____

Місце роботи _____

Посада _____

Стаж роботи в системі охорони здоров'я _____, в т. ч. за фахом «Організація і управління охороною здоров'я» -

Кваліфікаційна категорія (не залежно від спеціальності) _____

Науковий ступінь _____

Вчене звання _____

1) Оцініть рівень досягнення завдань моделлю. Використовуйте шкалу від 0 до 10: «0» – не відповідає дійсності, «10» – повна відповідність.

Параметри оцінки	Оцінка в балах
Відповідність реформуванню медичної галузі	
Концептуальність моделі	
Системність запропонованої моделі	
Комплексність запропонованої моделі	
Інтегрованість підходу з включенням кількісних та якісних методів моніторингу	
Використання технологічних інновацій	
Ефективність профілактичних заходів	
Доцільність створення багаторівневої системи моніторингу та оцінки	
Зауваження (вказіть прописом)	

2) Чи впровадження даної моделі в практику вплине на запобігання вигоранню та підвищення ефективності менеджменту системи охорони здоров'я і як саме:

Назва показника	Імовірні зміни показника		
	Зросте (поліпшиться)	Залишиться без змін	Знизиться (погіршиться)
Інформованість про вплив основних детермінант на стан здоров'я та вмотивованість до здорового способу життя менеджерів системи охорони здоров'я			
Формування критеріїв якості життя медичних працівників, в т. ч. менеджерів системи охорони здоров'я з врахуванням впливів медико-соціальних детермінант			
Рівень впливу профілактичних, промоційних та підтримуючих заходів для запобігання професійному вигоранню			
Покращення лідерських навичок, емоційної стійкості та ефективної комунікації у менеджерів системи охорони здоров'я			
Відповідність адміністративних і кадрових заходів результатам моніторингу та оцінки стану психічного здоров'я медичних працівників, зокрема менеджерів системи охорони здоров'я			
Вплив результатів моніторингу та оцінки на формування державної політики у сфері психічного здоров'я			

Дата _____

Підпис _____

ВПРОВАДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ**КООРДИНАЦІЙНИЙ ЦЕНТР З ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я
КАБІНЕТУ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ**

вул. Дмитрівська, 92-94, 7-ий поверх. м. Київ, 01135
Тел.: +380 (95) 113 25 22, e-mail: program@mentalhealthua.org

№ 164/КЦ-2024/в від 18.09.2024

на № _____ від _____

Аспіранту кафедри громадського здоров'я
Львівського національного медичного
університету імені Данила Галицького
Всеволоду Боровцю

Координаційний центр з психічного здоров'я Кабінету Міністрів України висловлює Вам щирю вдячність за лідерство у розбудові сфери ментального здоров'я в Україні, а саме надання науково-консультативної допомоги при дизайні та імплементації проєктів «Посилення спроможності закладів охорони здоров'я та формування стійкості працівників медичної сфери», які реалізовано Координаційним центром з психічного здоров'я Кабінету Міністрів України та ГО «Безбар'єрність» у 2023-2024 роках, у співпраці з Міністерством охорони здоров'я України, Департаментами охорони здоров'я Харківської, Миколаївської, Запорізької, Сумської, Одеської, Чернігівської та Дніпропетровської областей, у межах Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?», яка впроваджується за ініціативою першої леді Олени Зеленської

Голова Координаційного центру

О. ЗБІТНЄВА

Затверджую
заступник директора з освітньо-
наукової роботи ДНУ «ЦТОЗ» ДУС

« 17 »  2025 р.
М.П.

**Акт впровадження результатів наукових досліджень
в навчальний процес ДНУ «ЦТОЗ» ДУС**

1. Назва пропозиції: модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджера системи охорони здоров'я.

2. Установа-розробник, виконавці: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів - 79013, вул. Пекарська, 69.

3. Автори: Боровець В.А., Любінець О. В.

4. Джерела інформації:

Боровець В.А., Любінець О. В. Модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2024;4(102):42-48.

Vsevolod A. Borovets, Oleh V. Lyubynets. Social determinants of the impact on mental health during the war in Ukraine (a study based on the assessment of medical professionals). Clinical and preventive medicine. 2024;7:131-137.

5. Заклад, в якому впроваджено: Центр підвищення кваліфікації «Інститут післядипломної освіти» Державної наукової установи «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» Державного управління справами

6. Терміни впровадження: 2025 р.

7. Форма впровадження: матеріали використано при проведенні фахової школи «Управління персоналом. Комунікація та мотивація»

8. Ефективність впровадження: поліпшення підготовки фахівців з питань управління охороною здоров'я, громадського здоров'я, психічного здоров'я..

9. Зауваження та пропозиції: зауважень немає, рекомендувати до впровадження.

**Куратор ФШ
Завідувач НВ ОМД**

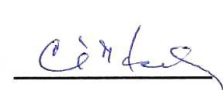


Н. Кондратюк

**Директор Центру підвищення кваліфікації
«Інститут післядипломної освіти»**



С. Буренок

Дата: « 17 »  2025 р.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Перший проректор з науково-педагогічної роботи
Львівського національного медичного
університету імені Данила Галицького

Ірина СОЛОНИНКО

« _____ »

2025

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

- 1. Назва пропозиції:** модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджера системи охорони здоров'я.
- 2. Установа-розробник, виконавці:** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів - 79010, вул. Пекарська, 69
- 3. Автори:** Боровець В.А., Любінець О. В.
- 4. Джерела інформації:**
 - Боровець В.А., Любінець О. В. Модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2024;4(102):42-48.
 - Vsevolod A. Borovets, Oleh V. Lyubinetz. Social determinants of the impact on mental health during the war in Ukraine (a study based on the assessment of medical professionals). *Clinical and preventive medicine*. 2024;7:131-137.
- 5. Заклад, в якому впроваджено:** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я.
- 6. Терміни впровадження:** 2024-2025
- 7. Форма впровадження:** у навчальний процес при викладанні навчальних дисциплін «Соціальна медицина, громадське здоров'я».
- 8. Ефективність впровадження:** поліпшення підготовки здобувачів вищої освіти з актуальних питань охорони здоров'я та громадського здоров'я.
- 9. Зауваження та пропозиції:** зауважень немає, рекомендувати до впровадження у навчальний процес.

Відповідальний за впровадження
завуч кафедри **соціальної медицини,
економіки та організації охорони здоров'я**
Львівського національного медичного
університету імені Данила Галицького

Оксана КОВАЛЬСЬКА

«21» січня 2025

ЗАТВЕРДЖУЮ

Перший проректор з науково-педагогічної роботи
Львівського національного медичного
університету імені Данила Галицького

Ірина СОЛОНИНКО

«_____»

20_____

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. Назва пропозиції: модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджера системи охорони здоров'я.

2. Установа-розробник, виконавці: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів - 79010, вул. Пекарська, 69

3. Автори: Боровець В.А., Любінець О. В.

4. Джерела інформації:

- 1) Vsevolod A. Borovets, Oleh V. Lyubinetz. Social determinants of the impact on mental health during the war in Ukraine (a study based on the assessment of medical professionals). *Clinical and preventive medicine*. 2024;7:131-137.
- 2) Боровець В.А., Любінець О. В. Модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2024;4(102):42-48.

5. Заклад, в якому впроваджено: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра громадського здоров'я.

6. Терміни впровадження: 2024-2025

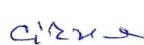
7. Форма впровадження: у навчальний процес циклів спеціалізації та тематичного удосконалення для організаторів охорони здоров'я.

8. Ефективність впровадження: підготовка слухачів зі спеціальності «Організація і управління охороною здоров'я» та ТУ «Медико-правові площини і психологія взаємовідносин персоналу у закладах охорони здоров'я» з актуальних питань громадського здоров'я.

9. Зауваження та пропозиції: зауважень немає, рекомендувати до впровадження у навчальний процес.

Відповідальний за впровадження
завуч кафедри громадського здоров'я
Львівського національного медичного
університету імені Данила Галицького

 Орест ХОДОР

«»  2025



«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Перший проректор Полтавського державного
медичного університету
професор Валентин ДВОРНИК
2025 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджера системи охорони здоров'я.
2. **Установа-розробник, виконавці:** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів - 79013, вул. Пекарська, 69
3. **Автори:** Боровець В.А., Любінець О. В.
4. **Джерела інформації:**
 - Боровець В.А., Любінець О. В. Модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2024;4(102):42-48.
 - Vsevolod A. Borovets, Oleh V. Lyubinetz. Social determinants of the impact on mental health during the war in Ukraine (a study based on the assessment of medical professionals). Clinical and preventive medicine. 2024;7:131-137.
5. **Заклад, в якому впроваджено:** Полтавський державний медичний університет, кафедра громадського здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою
6. **Терміни впровадження:** 2024-2025 рр.
7. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень впроваджено у навчальний процес для методичного забезпечення та викладання предмету «Організація і управління охороною здоров'я» та «Громадське здоров'я».
8. **Ефективність впровадження:** поліпшення підготовки здобувачів вищої освіти з актуальних питань охорони здоров'я та громадського здоров'я.
9. **Зауваження та пропозиції:** зауважень немає, рекомендувати до впровадження у навчальний процес. Запропонована модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджера системи охорони здоров'я є ефективною і рекомендується до впровадження у навчальний процес за спеціальностями «Організація і управління охороною здоров'я» та «Громадське здоров'я». Зауважень немає.

Результати впровадження пропозиції в навчальний процес було обговорено і схвалено на засіданні кафедри громадського здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою від 18.02.2025 р., протокол №14.

Відповідальний за впровадження:

Завідувачка кафедри громадського здоров'я,
з лікарсько-трудовою експертизою Полтавського
державного медичного університету,
доктор медичних наук, професор

Ірина ГОЛОВАНОВА



ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з наукової роботи

Ужгородського національного університету

Іван МИРОНЮК

2025

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. Назва пропозиції: модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджера системи охорони здоров'я.

2. Установа-розробник, виконавці: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів - 79013, вул. Пекарська, 69.

3. Автори: Боровець В.А., Любінець О. В.

4. Джерела інформації:

- Боровець В.А., Любінець О. В. Модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2024;4(102):42-48.

- Vsevolod A. Borovets, Oleh V. Lyubinets. Social determinants of the impact on mental health during the war in Ukraine (a study based on the assessment of medical professionals). Clinical and preventive medicine. 2024;7:131-137.

5. Заклад, в якому впроваджено: Ужгородський національний університет, кафедра громадського здоров'я.

6. Терміни впровадження: 2025 р.

7. Форма впровадження: у навчальний процес спеціалізації за фахом «Організація та управління охороною здоров'я» та тематичного удосконалення «Психологічні аспекти підготовки у вищій медичній освіті» та «Менеджмент в охороні здоров'я та психологічні аспекти управління»

8. Ефективність впровадження: поліпшення підготовки фахівців з питань управління охороною здоров'я, громадського здоров'я, психічного здоров'я.

9. Зауваження та пропозиції: зауважень немає, рекомендувати до впровадження у навчальний процес.

Відповідальний за впровадження:

завідувач кафедри громадського здоров'я

Ужгородського національного університету

доктор медичних наук, професор

«13»

02

2025

Генадій СЛАБКИЙ

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор закладу вищої освіти
з науково-педагогічної роботи
Тернопільського національного медичного
університету імені І.Я.Горбачевського
проф. Аркадій ШУЛЬГАЙ
«21» 2025

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. Назва пропозиції: модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджера системи охорони здоров'я.

2. Установа-розробник, виконавці: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів - 79013, вул. Пекарська, 69.

3. Автори: Боровець В.А., Любінець О. В.

4. Джерела інформації:

- Боровець В.А., Любінець О. В. Модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2024;4(102):42-48.

- Vsevolod A. Borovets, Oleh V. Lyubynets. Social determinants of the impact on mental health during the war in Ukraine (a study based on the assessment of medical professionals). Clinical and preventive medicine. 2024;7:131-137.

5. Заклад, в якому впроваджено: Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я.

6. Терміни впровадження: 2025 р.

7. Форма впровадження: у навчальний процес при викладанні дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я та основи доказової медицини».

8. Ефективність впровадження: поліпшення підготовки здобувачів вищої освіти з актуальних питань охорони здоров'я та громадського здоров'я.

9. Зауваження та пропозиції: зауважень немає, рекомендувати до впровадження у навчальний процес.

Відповідальний за впровадження:

т.в.о. завідувача кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я
Тернопільського національного
медичного університету ім. І.Я.Горбачевського
доктор медичних наук, професор

«21» 02 2025

Наталія ТЕРЕНДА

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з наукової роботи та інновацій
Національного медичного університету
імені О.О.Богомольця, д.мед.н., професор

[Підпис] С.В. Земсков
«14» березня 2025

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень**

1. **Назва пропозиції:** модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджера системи охорони здоров'я.
2. **Установа-розробник, виконавці:** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів - 79013, вул. Пекарська, 69
3. **Автори:** Боровець В.А., Любінець О. В.
4. **Джерела інформації:**
 - Боровець В.А., Любінець О. В. Модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2024;4(102):42-48.
 - Vsevolod A. Borovets, Oleh V. Lyubinets. Social determinants of the impact on mental health during the war in Ukraine (a study based on the assessment of medical professionals). Clinical and preventive medicine. 2024;7:131-137.
5. **Заклад, в якому впроваджено:** Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра громадського здоров'я.
6. **Терміни впровадження:** 2024-2025 рр.
7. **Форма впровадження:** у навчальний процес при викладанні навчальних дисциплін «Соціальна медицина, громадське здоров'я» та «Гігієнічна профілактика захворювань, організація та економіка охорони здоров'я».
8. **Ефективність впровадження:** поліпшення підготовки здобувачів вищої освіти з актуальних питань охорони здоров'я та громадського здоров'я.
9. **Зауваження та пропозиції:** зауважень немає, рекомендувати до впровадження у навчальний процес.

Відповідальний за впровадження:

завідувач кафедри громадського здоров'я
Національного медичного університету
імені О.О. Богомольця,

доктор медичних наук, професор

«5» березня 2025

[Підпис]

Тетяна ГРУЗЄВА

ЗАТВЕРДЖУЮ

Начальник управління охорони здоров'я
Волинської обласної державної адміністрації

Юрій ЛЕГКОДУХ

12 березня 2025 року



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні, в практику охорони
здоров'я

Пропозиція для впровадження: оцінка та моніторинг стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я.

Установи розробники: кафедра громадського здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (79010, місто Львів, вул. Пекарська, 69).

Автори: д.мед.н., проф.Любінець О.В.,
аспірант кафедри Боровець В.А.

Джерело інформації:- Боровець В.А., Любінець О. В. Модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2024;4(102):42-48.

- Боровець В.А., Любінець О. В. Задоволеність умовами праці та стан психічного здоров'я медичних працівників за їх самооцінкою. Acta Medica Leopoliensia. 2024;30(1-2):120-132.

- VsevolodA. Borovets, OlehV. Lyubinetz.

SocialdeterminantsoftheimpactonmentalhealthduringthewarinUkraine (astudybasedontheassessmentofmedicalprofessionals). Clinical and preventive medicine. 2024;7:131-137.

Установа, в якій проведено впровадження: Управління охорони здоров'я Волинської обласної державної адміністрації

Термін впровадження: 2025 р.

Включено: у роботу відділу організації надання медичної допомоги

Зауваження, пропозиції: немає.

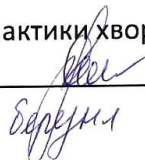
Відповідальний за впровадження:

заступник начальника управління-начальник відділу
організації надання медичної допомоги

Людмила РОЖКО

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Генеральний директор державної установи
«Кіровоградський обласний центр контролю
та профілактики хвороб МОЗ України»

“ ”   Оперчук Н.І.
2025 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні, в практику охорони
здоров'я

Пропозиція для впровадження: моніторинг та оцінювання стану психічного здоров'я
менеджерів системи охорони здоров'я.

Установа розробник: Львівський національний медичний університет імені Данила
Галицького: 79010, м. Львів, Пекарська 69.

Автори: Боровець В.А., Любінець О.В.

Джерела інформації:

- 1) Боровець В.А., Любінець О. В. Модель моніторингу стану психічного здоров'я
менеджерів системи охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації
охорони здоров'я України. 2024;4(102):42-48.
- 2) Боровець В.А., Любінець О. В. Задоволеність умовами праці та стан психічного
здоров'я медичних працівників за їх самооцінкою. Acta Medica Leopoliensia.
2024;30(1-2):120-132.
- 3) Vsevolod A. Borovets, Oleh V. Lyubynets. Social determinants of the impact on
mental health during the war in Ukraine (a study based on the assessment of
medical professionals). Clinical and preventive medicine. 2024;7:131-137.

Установа, в якій проведено впровадження: Відділ епідеміологічного нагляду та
профілактики неінфекційних хвороб державної установи «Кіровоградський
обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України».

Термін впровадження: 2025 р.

Здійснення моніторингу та оцінювання стану психічного здоров'я керівників
(менеджерів) системи охорони здоров'я, впроваджено у роботу відділу при
плануванні організації профілактичної роботи з розділу профілактики
неінфекційних хвороб.

Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач відділом

 ОРЛОВ Д.В.

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

В. о. директора Комунального
некомерційного підприємства Львівської
обласної ради «Львівський обласний
інформаційно-аналітичний центр
медичної статистики»



Богдан ХОБЗЕЙ

10 березня 2025 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні,
в практику охорони здоров'я

Пропозиція для впровадження моніторинг та оцінювання стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я.

Установа розробник: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького: 79010, м. Львів, Пекарська 69.

Автори: Боровець В.А., Любінець О.В.

Джерела інформації:

- 1) Боровець В.А., Любінець О. В. Модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2024;4(102):42-48.
- 2) Боровець В.А., Любінець О. В. Задоволеність умовами праці та стан психічного здоров'я медичних працівників за їх самооцінкою. Acta Medica Leopoliensia. 2024;30(1-2):120-132.
- 3) Vsevolod A. Borovets, Oleh V. Lyubinetz. Social determinants of the impact on mental health during the war in Ukraine (a study based on the assessment of medical professionals). Clinical and preventive medicine. 2024;7:131-137.

Установа, в якій проведено впровадження: Комунальне некомерційне підприємство Львівської обласної ради «Львівський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики».

Термін впровадження: 2025 р.

Включено: у роботу відділу медико-економічної статистики та аналітичної обробки інформації.

Зауваження, пропозиції: немає.

Затверджую
 заступник директора з наукової роботи
 ДНУ «ЦІТОЗ» ДУС
 Ю. Яценко
 «14» _____ 2025 р.
 М.П.

**Акт впровадження результатів наукових досліджень
 в роботу наукових відділів ДНУ «ЦІТОЗ» ДУС**

1. Назва пропозиції: модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджера системи охорони здоров'я.

2. Установа-розробник, виконавці: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів - 79013, вул. Пекарська, 69.

3. Автори: Боровець В.А., Любінець О. В.

4. Джерела інформації:

Боровець В.А., Любінець О. В. Модель моніторингу стану психічного здоров'я менеджерів системи охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2024;4(102):42-48.

Vsevolod A. Borovets, Oleh V. Lyubinetz. Social determinants of the impact on mental health during the war in Ukraine (a study based on the assessment of medical professionals). Clinical and preventive medicine. 2024;7:131-137.

5. Заклад, в якому впроваджено: Державна наукова установа «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» Державного управління справами, науковий відділ організації медичної допомоги

6. Терміни впровадження: 2025 р.

7. Форма впровадження: наукова діяльність, створення матеріалів аналітичного та узагальнюючого характеру

8. Ефективність впровадження: запропонована модель є ефективною для проведення подальших наукових досліджень в розрізі організації управління охороною здоров'я, громадського здоров'я та психічного здоров'я.

9. Зауваження та пропозиції: зауважень немає, рекомендувати до впровадження.

Завідувач структурного підрозділу _____ Н. Кондратюк

Відповідальний за впровадження _____ Н. Кондратюк

Дата: «14» Червня 2025 р.