

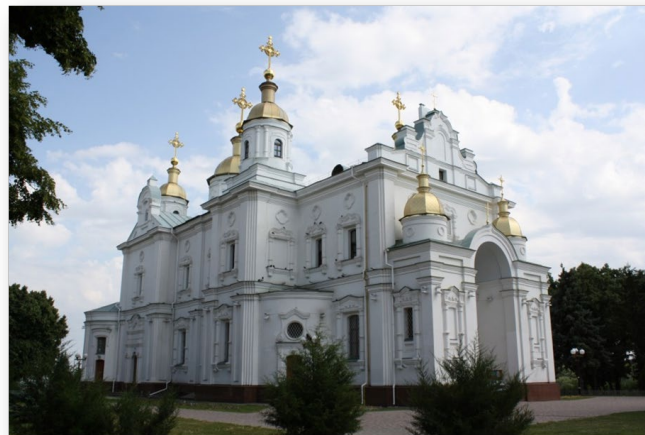
**Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
Польське товариство публічного здоров'я
Департамент охорони здоров'я
Полтавської обласної державної адміністрації**

**Організаційні та нормативно-правові
аспекти діяльності системи громадського
здоров'я в Україні
в мирний час та під час війни**

Колективна монографія за загальною редакцією
проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А.

**Organizational and regulatory aspects
of the public health system activities
in peacetime and during war in Ukraine**

Collective monograph general edited by
prof. Zhdan V.M. and prof. Holovanova I.A.



Полтава 2022

УДК 614-027.555(075)

О 63

Затверджено до друку Вченою Радою Полтавського державного медичного університету, протокол №_9_ від 11.05.2022 р.

Рецензенти:

Михальчук Василь Миколайович - доктор медичних наук, професор, Заслужений працівник охорони здоров'я України, завідувач кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування

Охріменко Іван Миколайович, доктор юридичних наук, професор, професор кафедри юридичної психології, Національна академія внутрішніх справ, м. Київ, Україна

О 63 Організаційні та нормативно-правові аспекти діяльності системи громадського здоров'я в Україні в мирний час та під час війни: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2022. – 120 с.

У монографії розглянуто актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні, її особливості в умовах реформування.

Висвітлено різноманітні аспекти громадського здоров'я на сучасному етапі: оцінка якості медичної допомоги, впровадження міжнародних стандартів якості медичної допомоги, епідеміологічний нагляд як основна функція громадського здоров'я, виклики та перспективи реформування первинної та вторинної медичної допомоги, питання безперервної освіти лікарів, сучасний стан клінічного напрямку охорони здоров'я в Україні, розвиток доказової медицини.

Монографія розрахована на науково-педагогічних працівників вищих медичних навчальних закладів, студентів, аспірантів, лікарів різних фахів та широкого кола науковців, які цікавляться питаннями розвитку громадського здоров'я в Україні.

УДК 614-027.555(075)

©ПДМУ, 2022

©Автори статей, 2022

8. Санитарный контроль в области гигиены питания в г. Грозном в чрезвычайной ситуации / В. А. Петров [и др.]. *Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол.* 1996. № 3 (Приложение). С. 53–57.
9. Супотницкий М. В., Супотницкая Н. С. Очерки истории чумы: Книга 2. Чума бактериологического периода. М.: Вузовская книга. 2006. 696 с.
10. Федорова А. М. Нормативно-правове регулювання питань забезпечення безпечного середовища життя громадян. *Публічне управління та регіональний розвиток.* 2019. № 3. С. 162–177.
11. A *occidiomycosis* outbreak following the Northridge, Calif, earthquake. Schneider E. [et al.] *JAMA.* 1997. Vol. 277 (11). P. 904–908.
12. Achieving coordinated national immunity and cholera elimination in Haiti through vaccination: a modelling study / E. C. Lee [et al.]. *The Lancet Glob. Health.* 2020. Vol. 8 (8). P. 1081–1089.
13. Epidemiological characteristics of an urban plague epidemic in Madagascar, August–November, 2017: an outbreak report / R. Randremanana [at al.]. *The Lancet Infectious Diseases.* May 2019. Vol. 19, Issue 5. P. 537–545.
14. Epidemiological investigation and case–control study: a Legionnaires’ disease outbreak associated with cooling towers in Warstein, Germany, August–September 2013 / A. Maisa [et al.]. *Euro Surveill.* 2015. Vol. 20(46): pii=30064. DOI: <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2015.20.46.30064> (Last accessed: 16.04.2022).
15. Negligible risk for epidemics after geophysical disasters / N. Floret [et al.]. *Emerg. Infect. Dis.* 2006. Vol. 12 (4). P. 543–548.
16. Saenz R., Bissell R.A., Paniagua F. Post-disaster malaria in Costa Rica. *Prehosp. Disaster Med.* 1995. Vol. 10. H. 154–160.
17. Surveillance in evacuation camps after the eruption of Mt. Pinatubo, Philippines / M.R. Surmieda [et al.]. *MMWR CDC Surveill Summ.* 1992 Aug. 28. Vol. 41 (4). P. 9–12.
18. Watson J. T., Gayer M., Connolly M. A. Epidemics after natural disasters. *Emerg. Infect. Dis.* 2007. Vol. 13 (1). P. 1–5.

**БІЖЕНЦІ, МІГРАНТИ ТА ПЕРЕМІЩЕНІ ОСОБИ ПІД ЧАС ВІЙНИ:
ВИКЛИКИ ДЛЯ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА
ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

Трибрат Т.А., Шуть С.В., Сакевич В.Д.

Полтавський державний медичний університет

Приплив біженців з України до Європи є найчисленнішою міграційною хвилею з часів Другої світової війни. За оцінками ООН, щонайменше 14 мільйонів людей покинули свої домівки. Більше 6 мільйонів знайшли прихисток в інших країнах.

Відповідно до рішення Ради ЄС від 4 березня 2022 р. активовано Директиву 2001/55/ЄС щодо надання тимчасового притулку (її ухвалили 2001 р. в умовах численних вимушених переміщень населення в результаті

воєнного конфлікту в Боснії та в Косові). Директива регулює негайне забезпечення захисту громадян третіх країн, змушених масово рятуватися на території ЄС від війни або порушень прав людини, оскільки в умовах раптового прибуття багатьох біженців здійснити стандартну процедуру надання притулку, яка передбачає індивідуальний розгляд заяв, украй проблематично. Колективний захист переміщених осіб дає змогу без зволікань допомогти великій кількості людей в умовах надзвичайної ситуації, а також знизити тиск на систему органів надання притулку [1].

Внутрішньо переміщеною особою (ВПО) є особа, яку змусили залишити своє місце проживання у результаті або з метою уникнення негативних наслідків збройного конфлікту, тимчасової окупації, повсюдних проявів насильства, порушень прав людини та надзвичайних ситуацій природного чи техногенного характеру. Таке визначення дає Закон України № 1706-VII від 20.10.2014 року «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб».

За змістом цього Закону, питаннями соціального захисту особи, відновленням і забезпеченням інших порушених прав такої особи займається держава Україна в особі державних органів та органів місцевого самоврядування.

Отже, ВПО залишаються в межах власної країни, на відміну від біженців. Юридичне визначення «біженця» може дещо відрізнятися у різних країнах світу, однак його ключовою характеристикою є вимушена міграція за межі своєї країни походження і пошук притулку за кордоном. Зобов'язання держави щодо допомоги біженцям і їх захисту конкретизуються внутрішнім законодавством та впливають, зокрема, із Конвенції ООН 1951 року «Про біженців».

Існує динамічний та комплексний взаємозв'язок між міграцією та здоров'ям. Міграція може призводити до більшої схильності ризиків здоров'я, як у випадку мігрантів, працюючих в умовах нестійкої зайнятості з обмеженим доступом до недорогого медичного обслуговування так і пов'язана з поліпшенням здоров'я - наприклад, після переїзду з міст бойових дій та страху перед насильством агресії у безпечне середовище.

Ключові аспекти міграції та здоров'я: а) здоров'я окремих мігрантів («здоров'я мігрантів»); б) як міграція може впливати на здоров'я населення («громадське здоров'я»); в) реагування систем охорони здоров'я; та г) глобальне регулювання міграції та охорони здоров'я.

Здоров'я мігрантів. В області міграції та охорони здоров'я досліджуються моделі взаємозалежності стану здоров'я, виявлені між мігрантами та приймаючим населенням, а також між різними групами мігрантів, у тому числі в ситуаціях, коли населення, що приймає, може боротися за задоволення власних потреб у забезпеченні психічного, соціального та фізичного благополуччя. Вивчення цих моделей важливе з декількох причин. По-перше, при розробці стратегій громадського здоров'я вже багато десятиліть визнається необхідність інклюзивності – залучення

громад до боротьби з інфекційними хворобами, наприклад, за допомогою програм імунізації. Необхідно уникати виключення таких субпопуляцій, як групи мігрантів. Серед груп мігрантів є значна кількість носіїв туберкульозу (ТБ), вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ), гепатиту В, гепатиту С та захворювань, що попереджуються за допомогою вакцин. Підвищена увага до цієї важливої категорії у процесі епіднагляду, скринінгу та охоплення медичною допомогою має вирішальне значення досягнення мети громадського здоров'я в країнах та регіонах.

По-друге, деякі пов'язані зі здоров'ям втручання, спеціально призначені для конкретних груп населення, таких як групи мігрантів, можуть принести чи зумовити користь здоров'ю всього населення [2].

По-третє, забезпечення найкращого можливого здоров'я мігрантів, біженців до, під час та після їх міграційних поїздок дозволяє їм максимально збільшити свою інклюзію і внесок у громади, що приймають їх, полегшити підтримку їх сімей у країнах походження та мінімізувати потенційні витрати, пов'язані з охороною здоров'я, як країни призначення, так самих мігрантів. Навіть у гострих ситуаціях переміщення, таких як великомасштабні потоки біженців, нагальні питання охорони здоров'я (поряд з забезпеченням продовольством і наданням житла) мають першорядну важливість і для задоволення цих критично важливих потреб необхідні спеціальні ресурси, які служать на благо людей, місцевих громад та суспільства в цілому.

Для проблематики міграції та охорони здоров'я ключове значення має розуміння вразливості здоров'я та життєстійкості. Мігранти не є однорідною групою, так само як різні їх потреби, фактори вразливості здоров'я та фактори життєстійкості. Гендерний аспект має важливе значення і заслуговує на особливий розгляд.

Вразливість здоров'я можна визначати як ступінь, в якому людина не здатна прогнозувати, долати вплив захворювань або епідемій, чинити опір їм і відновлюватися після них та найчастіше асоціюється з низьким соціально-економічним становищем. Вразливість здоров'я може також виникати, коли люди ізольовані, перебувають у небезпечних умовах та беззахисні перед обличчям ризику, шоку чи стресу, зокрема під час та після міграційних поїздок. З іншої сторони, стійкість здоров'я є результатом наявності у людей доступу до ресурсів, необхідних для боротьби з загрозою для здоров'я або для опору небезпеці здоров'ю.

За даними результатів опитування, що проводилося соціологічною службою Центру Разумкова на пунктах пропуску через державний кордон України у Закарпатській області, оцінюючи власний психологічний стан на 24 лютого 2022 року (на початок війни) за шкалою від 0 до 10, де 0 означає «максимальний рівень спокою, упевненості», а 10 відповідає максимальному рівню паніки, страху, невпевненості, респонденти його оцінили в середньому 6,7 балами (52% оцінили балами від 8 до 10, що відповідають високому рівню паніки, страху, невпевненості) [3].

Деякі мігранти, біженці здоровіші, ніж люди в громадах, які вони залишили та в громадах, куди вони прибувають, що демонструє рівні життєстійкості за умов виникнення загроз для здоров'я [4].

Однак ці переваги у плані здоров'я можуть швидко зникати, і мігранти можуть боротися за доступ до позитивних детермінантів здоров'я, що призводить до виникнення цілого ряду факторів вразливості здоров'я, яскравіше виражених, ніж серед місцевого населення. Наприклад, допологові та післяпологові ускладнення, що становлять загрозу для здоров'я матері та чи дитини, частіше спостерігаються у жінок-біженців. Існує підвищений ризик психічних розладів, материнської смертності та передчасних пологів. За даними одного систематичного огляду стану пренатального здоров'я та догляду за породіллями з числа шукачів притулку та біженців, розлади психічного здоров'я такі як післяпологова депресія, частіше зустрічаються серед жінок-біженців, ніж серед жінок із країн, що приймають [5].

Громадське здоров'я. Другим аспектом, пов'язаним з тематикою міграції та охороною здоров'я, є те, як міграція може торкатися здоров'я населення (громадське здоров'я). Як описано вище, мігранти можуть стикатися з проблемами у задоволенні їх потреб у психічному, соціальному та фізичному благополуччі. Мігранти, які мають обмежений доступ або не мають можливості доступу до позитивних детермінантів здоров'я, можуть мати поганий стан здоров'я з різними наслідками для здоров'я. Ця ситуація сама по собі може виникати внаслідок труднощів у доступі до надійного доходу, часто пов'язаних із проблемами в отриманні необхідних документів для легального працевлаштування. У випадках неможливості своєчасного доступу до діагностики та лікування підвищуються шанси подальшого поширення захворювання на інших членів громади, виникає ймовірність невиправданих витрат, які змушена нести система охорони здоров'я приймаючої країни.

Важливо визнати, що ознайомлення громадськості з питаннями міграції та охорони здоров'я тяжіє до перебільшень у засобах масової інформації, у яких міграція позиціонується як загроза для громадського здоров'я.

Разом із тим **прибуття українців не лише не загрожує європейській єдності та громадському здоров'ю, а навпаки, її посилює.** Позитивне ставлення до біженців з України є, передусім, наслідком усвідомлення небезпеки, яку має для Європи агресія Росії. Наступна ключова обставина – широка громадська підтримка прийняття українських переселенців. Значною мірою вона зумовлена культурною близькістю, численними діловими, родинними зв'язками, досвідом спілкування з українцями завдяки багаторічній трудовій міграції до ЄС. Співчуття викликає також склад біженців – майже 90 % яких становлять жінки та діти. Треба зазначити ще й високий рівень освіти та кваліфікації українців, знання мов, що значно збільшує шанси їх облаштування та інтеграції в країнах

перебування. *Людський капітал переміщених осіб забезпечує їм доволі значну привабливість для працедавців, що сприяє трансформуванню політики та законодавства на користь прибулих [6].*

Попри всебічну допомогу та підтримку, яку отримують українські біженці війни за кордоном, їхнє становище залишається ризикованим. Зовсім не завжди умови життя, матеріальне забезпечення, доступ до медичних послуг мають належний рівень. Так, наприклад, в Німеччині повноцінне медичне страхування матимуть лише працевлаштовані біженці. Біженцям, які не працюватимуть, у соціальних відомствах видають ваучери на медичні послуги, з якими можна звертатися до лікарів, або картки здоров'я (Gesundheitskarte). На відміну від повноцінного медичного страхування, біженці мають право на обмежений перелік медичних послуг. Йдеться передовсім про гостро необхідну, невідкладну допомогу. Якщо потрібні операції або інші складні послуги, вони можуть надаватися за попередньою заявою до соціального відомства [7].

Якими б не були обставини, якщо мігранти отримують доступ до медичної допомоги лише тоді, коли вони серйозно хворі, система охорони здоров'я зазнає додаткових витрат. І навпаки, доступні медичні послуги як профілактики так і лікування дозволяють задовольнити медичні потреби мігрантів, перш ніж вони серйозно захворіють, що скорочує загальні витрати системи охорони здоров'я.

Якщо справа стосується інфекційних захворювань, то затримки у зверненні за лікуванням чи проблеми при спробах продовжити лікування хронічних інфекційних захворювань, таких як туберкульоз або ВІЛ, можуть мати негативні наслідки для населення, оскільки може зростати потенціал для подальшої передачі інфекції. Особливо спостерігається у разі переміщення через міжнародні кордони, коли затримки із зверненням за медичною допомогою пов'язані з декількома факторами, включаючи страх звернення до державних служб у разі відсутності легального статусу або пряма відмова у доступі до медичної допомоги з боку медичних провайдерів послуг. Деякі групи мігрантів - включаючи біженців, шукачів притулку та нелегальних мігрантів - можуть бути особливо вразливі перед інфекційними захворюваннями та відчувати найгірші наслідки для здоров'я, ніж населення, або прибувати з місць, де широко поширені певні інфекційні захворювання; ці групи можуть отримувати користь від цілеспрямованого скринінгу та медичних втручань [8]. В результаті їх переміщень з одного місця в інше – включаючи вимушені переміщення із зон конфлікту, в яких серйозно постраждали служби охорони здоров'я можуть відбуватися перебої у плановій вакцинації, що має потенційні негативні наслідки для громадського здоров'я як у випадку окремих мігрантів, так і у випадку громад, які торкаються міграції [9]. Міграція як усередині країни, так і через національні кордони має брати до уваги як одну з основних міркувань у процесі боротьби з інфекційними хворобами. Одним із таких прикладів є COVID -19.

Визнання важливості обліку міграції для боротьби з інфекційними захворюваннями було закріплено у Міжнародних медико-санітарних правилах та програмах боротьби з основними хворобами, розроблених Всесвітніми органами охорони здоров'я [10]. Наприклад, у програмі ВООЗ на період після 2015 року щодо глобальної «Стратегії ліквідації туберкульозу» питання міграції та транскордонних пересувань була визначена як пріоритетна сфера дій для країн з низькою захворюваністю на туберкульоз [11,12].

Реагування систем охорони здоров'я. Третій аспект проблематики міграції та охорони здоров'я полягає у тому, як на цю проблематику реагують системи охорони здоров'я. Система охорони здоров'я є детермінантом здоров'я, залежно від політики та правових рамок окремих держав мігранти можуть не отримувати достатній, справедливий та недорогий доступ до медичних послуг та/або місцеві системи охорони здоров'я можуть не мати достатній потенціал для задоволення медичних потреб мігрантів.

У ході систематичного огляду літератури, де описувалися проблеми з медичним обслуговуванням мігрантів та біженців у країнах з високим рівнем доходу, було виявлено три основні аспекти, у яких виникали проблеми з наданням медичної допомоги: комунікація, безперервність догляду та упевненість [13,14]. Комунікація має вирішальне значення для діагностики та лікування. Наявність підготовлених перекладачів із громад мігрантів була названа ключовим аспектом надання орієнтованої потреби мігрантів допомоги. Наголошувалося також на необхідність підготовки перекладачів для забезпечення етичних та професійних підходів до проведення медичних консультацій. Безперервність догляду пов'язана з такими факторами, як розуміння мігрантами системи охорони здоров'я, інтеграція та контроль за конкретними випадками у різних частинах системи охорони здоров'я.

Упевненість була третьою найчастіше згадуваною темою, яка пов'язана з довірою до провайдера медичних послуг, за умови врахування культурних особливостей у процесі надання допомоги та можливості мати відповідну свободу дій. Дослідження показують, що у тих випадках, коли не були встановлені довірчі відносини, пацієнти вдавалися до використання традиційної медицини та довіряли «власним ресурсам» лікування, наявним у їхній громаді. Основним компонентом удосконалення системного реагування є розвиток «відповідних інтересам мігрантів систем та програм охорони здоров'я, які спрямовані на облік потреб мігрантів у всіх аспектах медичного обслуговування, фінансування, планування, здійснення та оцінки політики в галузі охорони здоров'я» [15,16].

Глобальне регулювання міграції та охорони здоров'я. Регулювання займає центральне місце у розробці та здійсненні будь-яких заходів реагування на зв'язку з міграцією та охороною здоров'я. Для регулювання міграції головною точкою опори є національний суверенітет і прагнення забезпечити позитивні результати в галузі охорони здоров'я досягалися за допомогою продуманої міграції. Проте найчастіше органи охорони здоров'я

обмежено беруть участь у прийнятті директивних рішень щодо регулювання міграції, крім питань глобальної безпеки у сфері охорони здоров'я - включаючи карантин та управління охороною здоров'я на кордонах - і в процесі розробки програм охорони здоров'я часто забувають про міграцію [17].

В останні роки було розроблено цілу низку програм регулювання у сферах міграції та охорони здоров'я, які зближують сфери регулювання міграції, розвитку і глобального управління охороною здоров'я і включають: Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration; the Global Compact on Refugees; the Sustainable Development Goals (SDGs); UHC; World Health Assembly processes; disease prevention and control programmes (including for malaria, HIV and TB); the Global Health Security Agenda [18].

Ефективне регулювання вимагає стратегічної ініціативи та інвестицій для створення альянсів між системами управління міграційними процесами та сектором охорони здоров'я [19].

Прогалини в дослідженнях у галузі міграції та охорони здоров'я. У всьому світі вживаються різні ініціативи щодо проведення досліджень, покликаних допомогти у покращенні розуміння проблематики міграції та охорони здоров'я та реагування у зв'язку з цим з акцентом на здійснення фактологічно обґрунтованих заходів щодо покращення здоров'я та благополуччя як мігрантів, так і громад, які приймають мігрантів. Хоча ця галузь досліджень поступово розширюється, зусилля, спрямовані на поглиблення розуміння питань міграції та здоров'я, та приклади розробки програм з міграції та охорони здоров'я залишаються обмеженими. Обсяг існуючої літератури з питань міжнародної міграції та здоров'я є невеликим. Основна увага приділяється а) контекстам приймаючих країн з високим рівнем доходу в Європі та Північній Америці; б) конкретні порушення здоров'я, зокрема у зв'язку з психічними розладами, ВІЛ та туберкульозом; та в) конкретним групам мігрантів, включаючи трудящих-мігрантів, дітей-мігрантів, несупроводжуваних неповнолітніх та дітей, жінок, біженців та жертв торгівлі людьми (жіночої статі) [19,20,21].

Отже, це наголошує на необхідності розширення дослідницьких можливостей у контекстах країн з різними рівнями доходу, в яких відбувається більша частина міграції у світі та масштабів досліджень, щоб вони не зводилися до переважаючих нині тем психічного здоров'я і психосоціального благополуччя та затвердження їх на національному та регіональному рівнях шляхом консультацій з громадами мігрантів, біженців, політиками, спеціалістами-практиками, громадами та дослідниками.

Література

1. Council Directive 2001/55/EC of 20 July 2001 on minimum standards for giving temporary protection in the event of a mass influx of displaced persons and on measures promoting a balance of efforts between Member States in receiving such persons and bearing the consequences thereof

2. European Centre for Disease Prevention and Control & World Health Organization. Regional Office for Europe. (2018). HIV/AIDS surveillance in Europe 2018: 2017 data. European Centre for Disease Prevention and Control & World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342283>

3. Українські біженці: настрої та оцінки (березень 2022 р.) / Разумков Центр

4. Marc B. Schenker, Xóchitl Castañeda, Alfonso Rodriguez-Lainz. Migration and Health. A Research Methods Handbook. University of California. 2014; 536 <https://doi.org/10.1525/9780520958494>

5. Heslehurst, N., Brown, H., Pemu, A. et al. Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: a systematic review of systematic reviews. BMC Med 16, 89 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1064-0>

6. Українські біженці війни за кордоном. <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/ukrayinski-bizhentsi-viyny-za-kordonom>

7. Біженці з України у Німеччині: як оформити документи, які соціальні гарантії. <https://www.dw.com/uk/bizhentsi-z-ukrainy-u-nimechchyni-yak-oformyty-dokumenty-yaki-sotsialni-harantii/a-61100748>

8. European Centre for Disease Prevention and Control, 2018.

9. Hui, C., J. Dunn, R. Morton, L.P. Staub, A. Tran, S. Hargreaves, C. Greenaway, B.A. Biggs, R. Christensen и K. Pottie 2018 Interventions to improve vaccination uptake and cost effectiveness of vaccination strategies in newly arrived migrants in the EU/EEA: A systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 15(10):2065. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102065>

10. Lonroth K, Migliori GB, Abubakar I, D'Ambrosio L, de Vries G, Diel R, et al. Towards tuberculosis elimination: an action framework for low-incidence countries. Eur Respir J. 2015; 45(4):928–52.

11. WHO Global Tuberculosis Report 2016. Geneva: World Health Organization; 2016.

12. Boyd, A.T., Cookson, S.T., Almashayek, I. *et al.* An evaluation of a tuberculosis case-finding and treatment program among Syrian refugees—Jordan and Lebanon, 2013–2015. *Confl Health* 13, 32 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13031-019-0213-1>

13. Robertshaw L, Dhesi S, Jones LL. Challenges and facilitators for health professionals providing primary healthcare for refugees and asylum seekers in high-income countries: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *BMJ Open*. 2017;7 (8):e015981.

14. Brandenberger, J., Tylleskär, T., Sontag, K. *et al.* A systematic literature review of reported challenges in health care delivery to migrants and refugees in high-income countries - the 3C model. *BMC Public Health* 19, 755 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7049-x>

15. Siriwardhana, C., Ali, S.S., Roberts, B. *et al.* A systematic review of resilience and mental health outcomes of conflict-driven adult forced migrants. *Confl Health* 8, 13 (2014). <https://doi.org/10.1186/1752-1505-8-13>
16. Farahani, H.; Joubert, N.; Anand, J.C.; Toikko, T.; Tavakol, M. A Systematic Review of the Protective and Risk Factors Influencing the Mental Health of Forced Migrants: Implications for Sustainable Intercultural Mental Health Practice. *Soc. Sci.* 2021, 10, 334. DOI: 10.3390/socsci10090334
17. Wickramage, K., Vearey, J., Zwi, A.B. *et al.* Migration and health: a global public health research priority. *BMC Public Health* 18, 987 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5932-5>
18. World Migration Report . 2020; 477
19. IOM. World Migration Report 2018. Geneva: IOM; 2018. https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2018_en.pdf. Accessed 2 July 2018
20. Sweileh, W.M., Wickramage, K., Pottie, K. *et al.* Bibliometric analysis of global migration health research in peer-reviewed literature (2000–2016). *BMC Public Health* 18, 777 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5689-x>
21. Promoting the Health of Refugees and Migrants. Draft global action plan, 2019–2023. WHO, Geneva

ВПЛИВ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ НА ПСИХОЛОГІЮ СТУДЕНТІВ

Устенко Р.Л., Каценко А.Л., Саричев Я.В.

Полтавський державний медичний університет

Одним з основних чинників, з яким стикається свідомість людей різних вікових груп в умовах війни є інформаційний стрес. Інтерес до дослідження природи інформаційного стресу значно зріс в умовах військових дій, що пояснюється активізацією вивчення етіології інформаційних процесів у діяльності людини, їхнього впливу на регуляцію поведінки, на специфічні функціональні стани та психоемоційні розлади здоров'я. Інформаційний стрес – стан, що виникає у результаті інформаційних навантажень, коли людина не має можливості в силу індивідуальних, психотипологічних особливостей впоратися з інформаційним навантаженням, прийняти рішення в необхідному темпі. Якщо навантаження на організм перевищує можливості людини, навіть за досить сильної мотивації, можна констатувати факти інформаційного навантаження. Така ситуація провокує появу емоційного стресу, що виникає у результаті активації сигналів у головному мозку на подразник. Подібний стан утворюється при виникненні серйозної загрози життю, складних конфліктних ситуаціях, які провокують сильні емоції в людини. Досить часто подібними подразниками також виступають слова інших, якщо людина сприймає їх «близько до серця» [1].

Психологічні дослідження діяльності в системах «людина-людина», «людина-техніка» дають підстави розглядати явища інформаційного стресу як специфічну форму психологічного стресу з погляду детермінації її