

MODERN SCIENCE:  
challenges of today

*Collective monograph*

**ISBN** 978-80-974336-6-6

**EAN** 9788097433666

---

**ISBN 978-80-974336-6-6**

**EAN 9788097433666**

Modern science: challenges of today: Collective monograph. Bratislava, Slovakia, 2023.

The purpose of the monograph is to acquaint the scientific community with the results of research, in which separate ways of solving the fundamental task are proposed - the substantiation of a new scientific paradigm as the basis for solving the development of modern science, including from the point of view of the problems of the development of the entire global world. The scientific novelty of such a statement of the task and the possibility of its solution lies in the fact that all development problems are considered from the standpoint of defining a single goal, as well as from the standpoint of integrity, systematicity, and complexity, and on the basis of the unification of all sciences and spiritual knowledge into a single transdisciplinary knowledge and only in relation to the revealed objectively set goal of development. This provided the keys to the formation of a new modern scientific paradigm. Its practical use allows for the structural and systemic restructuring of science in such a way that the solution to development problems is formed not by the "trial and error" method, but is realized with an understanding of the ultimate goal and in the interests of each specific person living on the planet "Earth" and with a predictive horizon for the whole perspective, the goal will not be achieved yet.

**Reviewers:**

Asociat prof. Molnar Shandor, Cs.  
Conf. univ. dr. Berlingher Daniel  
Conf. univ. dr. Ioan-Mircea Farcash  
S.L. Dr. Lile Ioana  
Dr. Asociat prof. Ioan-Liviu Taut

Prof. JUDr. Dmytry Byelov, DrSc.  
Asociat prof. Taras Datio  
Asociat prof. Herzanich Vitaliy, Cs.  
Prof. JUDr. Myroslava Bielova, DrSc.

**Responsible secretary:**

Myroslava Zan



UNIVERSITATEA DE VEST  
"VASILE GOLDIȘ"  
din ARAD



---

# CONTENTS

## **PART 1. APPLIED SCIENCES IN MODERN REALITIES: PROBLEMS AND PROSPECTS**

КОМПОЗИТ НА ОСНОВІ СИСТЕМ СОПОЛІМЕР – ЧЕРВОНИЙ ШЛАМ <i>Мельник Л.І.</i> .....	6
ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТРУЙНИКІВ НАСІННЯ ПРОТИ БУРОЇ ПЛЯМИСТОСТІ ЛИСТЯ СОРГО ЗЕРНОВОГО В ПОЛІССІ УКРАЇНИ <i>Столяр С.Г., Трембіцька О.І., Журавель С.В., Клименко Т.В.</i> .....	39
MINIMIZING THE LEVEL OF CHEMICAL POLLUTION IN WORKING AREAS AT INDUSTRIAL SITES WITH AIR SUCTION SYSTEM AND NEUTRALIZATION <i>Rusakova T.</i> .....	49
<b>PART 2. CHANGES IN THE FIELD OF ECONOMY, MANAGEMENT AND TOURISM: TODAY'S CHALLENGES</b>	
ЗАГАЛЬНИЙ СТАН ТА ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ РОЗВИТКУ ФІНАНСОВОГО СЕКТОРУ УКРАЇНИ В УМОВАХ ВІЙНИ <i>Тимошик Н.С.</i> .....	89
ОЦІНЮВАННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕКСПОРТУ ТЕХНОЛОГІЙ ХАРЧОВОГО ВИРОБНИЦТВА В УМОВАХ МІЖНАРОДНОЇ ЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПІДПРИЄМСТВ <i>Капа Н.І.</i> .....	124
DIGITAL TRANSFORMATION OF UKRAINIAN REGIONS IN MODERN CONDITIONS <i>Kostovyat H., Rogov V.</i> .....	140

---

ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНА ОЦІНКА ІННОВАЦІЙНОЇ  
ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВІЙНИ  
*Химич І.Г.* ..... 150

MODELING OF STATE DEBT SECURITY THRESHOLD  
LEVELS EVALUATION PROCESSES  
*Pilko A.D., Chepyha B.T.* ..... 182

СТРУКТУРНІ ФОНДИ ПОЛІТИКИ ЗГУРТУВАННЯ ЄС  
*Балак І.О.* ..... 203

### **PART 3. HEALTH CARE: INNOVATIONS AND PROSPECTS FOR DEVELOPMENT**

DEVELOPMENT OF FEED ADDITIVES BASED  
ON METAL NANOPARTICLES FOR THE CORRECTION  
OF TRACE ELEMENT DISEASES IN POULTRY  
*Naumenko S., Koshevoy V., Matsenko O.,  
Miroshnikova O., Bespalova I.* ..... 218

ГЕНЕЗИС ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
ПСИХІАТРИЧНОГО ПРОФІЛЮ В КРАЇНАХ ЄС  
ТА В УКРАЇНІ ЯК БЕЗПЕКОВА ДЕТЕРМІНАНТА  
НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ  
(ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)  
*Чорна В.В., Махнюк В.М.* ..... 246

### **PART 4. MODERN LEGAL SCIENCE: THEORY AND PRACTICE OF APPLYING THE LATEST PARADIGM**

THE CONSTITUTION OF THE STATE: THEORY AND PRACTICE  
*Byelov D.M., Bielova M.V.* ..... 299

SUBSTANTIAL DAMAGE AS A SIGN OF THE CRIME,  
WHICH IS PROVIDED BY PART 3 OF ARTICLE 382  
OF THE CRIMINAL CODE OF UKRAINE  
*Karпова N., Tokarieva K.* ..... 323

---

INFORMATION TECHNOLOGIES AND CHALLENGES FOR THE PROTECTION OF INTELLECTUAL PROPERTY RIGHTS: ADMINISTRATIVE AND LEGAL ASPECTS OF PROVISION <i>Malets M.R.</i> .....	340
THE PROCEDURE FOR THE CONCILIATION OF THE PARTIES IN THE ADMINISTRATIVE COURT IN THE CONDITIONS OF EUROPEAN INTEGRATION OF UKRAINE <i>Slyvka M., Slyvka V.</i> .....	360
<b>PART 5. THEORETICAL FOUNDATIONS OF PHILOLOGY, PEDAGOGY AND PSYCHOLOGY: CHALLENGES OF TODAY</b>	
MEDIA RELIGIOSITY AS A FACTOR OF POSTTRAUMATIC GROWTH <i>Kostruba N.</i> .....	377
SEMANTIC ANALYSIS OF NEWS CODES AND MEDIA TOPICS <i>Balalaieva O.</i> .....	397
LEXICAL AND GRAMMATICAL FEATURES OF WORD FORMATION OF NEOLOGISMS DURING THE PANDEMIC IN ENGLISH <i>Tepla O.</i> .....	420

---

**ГЕНЕЗИС ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
ПСИХІАТРИЧНОГО ПРОФІЛЮ В КРАЇНАХ ЄС  
ТА В УКРАЇНІ ЯК БЕЗПЕКОВА ДЕТЕРМІНАНТА  
НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ  
(ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)**

**Чорна В.В.**,  
*доцент, канд.мед.наук,  
доцент кафедри медицини катастроф та військової медицини  
Вінницького національного медичного університету  
імені М.І. Пирогова  
E-mail: valentina.chorna65@gmail.com,  
ORCID: 0000-0002-9525-0613,  
Scopus Autor ID 57215646212; Web of Science AAU-8070-2021*

**Махнюк В.М.**,  
*завідувач лабораторії гігієни планування  
та забудови населених місць,  
доктор медичних наук, професор,  
лікар вищої кваліфікаційної категорії  
за спеціальністю «Загальна гігієна»,  
Державна установа «Інститут громадського здоров'я  
ім. О.М. Марзєєва  
Національної академії медичних наук України»,  
E-mail: valentyna2567@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0001-6196-4370>*

**Вступ.**

В наш час збільшення поширеності та захворюваності на психічні розладами сприяють різні фактори, як урбанізація, індустріалізація, технічний прогрес, екологічні проблеми (забруднення навколишнього середовища), комп'ютеризація, бойові дії в країнах світу та в Україні. Країни Європейського регіону ВООЗ, як і Україна, зустрічаються з великими проблемами щодо збереження та зміцнення психічного благополуччя населення, шукаючи шляхи покращення та профілактичні заходи для попередження психічних захворювань. Причинами

---

збільшення поширеності та захворюваності на психічні розлади у розвиваючих країнах світу є брак законодавчих, нормативних документів в сфері охорони здоров'я психічного здоров'я.

Залишається актуальним питання забезпечення медичних працівників адекватною оплатою праці. Зокрема це стосується встановлення конкурентоспроможної оплати праці, середній рівень якої для лікарів зріс на 30 %, а для молодшого та середнього медперсоналу – лише на 16 %. Разом із тим, рівень споживчих цін за дев'ять місяців 2022 р. зріс на 21,8 %, що значно нівелює ефект такого підвищення для лікарів та свідчить про зниження купівельної спроможності молодшого та середнього медперсоналу 16. Питання особливо актуальне через нестачу молодшого медперсоналу практично протягом усіх років незалежності України та з урахуванням підвищеного навантаження на систему охорони здоров'я під час війни. Вирішення кадрового питання має спрямовуватися не тільки на збереження наявного потенціалу, а й на навчання медпрацівників за програмами для потреб воєнного та післявоєнного часу, зокрема – у сферах фізичної реабілітації та забезпечення ментального здоров'я.

Психічні розлади є основною причиною інвалідності в усьому світі, більше того, відсутній явний прогрес у зменшенні цього тягаря з 1990 року. Вплив пандемії COVID-19, війни та насильства на психічне здоров'я залишається пріоритетом, зокрема розуміння того, як вони вплинули на поширеність і тягар психічних розладів у 2022 році і надалі, а також те, як країни мають відповідним чином адаптувати свою реакцію на психічне здоров'я. У майбутньому необхідно краще розуміння того, які інші фактори ризику психічних розладів, як вони відрізняються між різними групами населення та як запропонувати найкращі можливості для профілактики на рівні населення.

## **Розділ 1.**

### **Історико-гігієнічні аспекти створення закладів охорони здоров'я психіатричного профілю в Україні.**

Ставлення до хворих з психічними розладами психіки та поведінки завжди залежало від конкретного історичного періоду. На психічні розлади хворіли не тільки бідні, але і імператори (Калігула і Нерон), угорська принцеса Єлізавета, Іван Грозний і Петро I, на епілепсію страждали Цезар і Наполеон, лідери держав, як наприклад 1-й секретар ЦК КПРС Хрущов М.С. [1, с.21].

---

За часів Середньовіччя хворі на психічні захворювання оголошувались «божевільними», або «особами на межі розуму і його відсутності», «юродивими», «інакодумцями», «буйними», «святими» тощо [2, с.12, 3, с.138].

Початок психіатрії в Україні почався в часи Київської Русі. В той час вона мала два напрямки розвитку: «практична психіатрія», «наукова психіатрія». У 996 році князь Київський Володимир вперше видає Статут (закон), який передбачав нагляд і відкриття притулків для психічно хворих при Києво-Печерському монастирі, а також при церквах де були окремі приміщення для лікування/перебування хворих. В XI столітті у Київській Русі будуються окремі будівлі для лікування/перебування психічнохворих. Будівництво «братських шпиталів» в Україні почалось у XIV-XVI столітті для хворих з психічними розладами, де вони перебували більш довший період у порівнянні з хворими із загальними захворюваннями. В часи Запорізької Січі (до 1883 року) та Українського Козацтва хворі на психічні розлади лікувались/перебували, як в приміщеннях великих монастирів: в Максаківському, Міжгірському, Самаро-Миколаївському, Лебедінському, так і у звичайних сільських будинках, в яких були розташовані 600 шпиталів. У 1669 році був прийнятий закон «Про неосудність» щодо примусового лікування хворих з психічними розладами, а з 1690 року започатковано проведення психіатричної експертизи щодо «неспокійних хворих». У 1775 р. після введення Положення про створення губерній почали будуватись психіатричні заклади на зміну приміщень при монастирях [4, с.,29, 5, с. 25, 6, с.32].

Будинки бідних божевільних в європейських країнах у період 17-18 століття також нагадували в'язницю для хворих з психічними розладами психіки та поведінки, які не отримували належного лікування, а лише стримування/репресії (побиття, зв'язування, опускання в холодні ванни) по відношенню до них. Хворих утримували у невеликих брудних, вогких приміщеннях, де було недостатньо природньо освітлення і чистого повітря [7, р.325].

Початок будівництва першого спеціалізованого медичного закладу на 24 ліжка для хворих з розладами психіки та поведінки відбулося в 1781 році на базі Максаковського монастиря Новгород-Сіверської єпархії Чернігівської губернії. А з 1796 року у м. Харкові почали приймати перших хворих у психіатричній лікарні (Сабурова дача) на 225 ліжок, із них 125 ліжок було відведено для лікування хворих воєнного відомства. У 1830 році з метою збільшення ліжкового фонду



---

до 400 ліжок була здійснена добудова до існуючого двоповерхового приміщення. У 1920 році цей заклад облаштовують під Український психоневрологічний інститут, а з 1932 року під Українську психоневрологічну академію і з 1955 року по теперішній час – це Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня №3. Початок наукової психіатрії в Україні розпочався у 1877 р., коли при Харківському університеті була створена професором П.І. Ковалевським перша самостійна кафедра психіатрії і неврології. Розпад Російської імперії надав на деякий час самостійний розвиток українській психіатричній медицині [8, с.115, 9, с.42, 10, с.3].

У 1833 р. та 1886 р. в м.Чернівці будуються перші на Буковині психіатричні лікарні місткістю на 50 ліжок [11, с.121].

Перші відділення для хворих з психічними розладами на Галичині були побудовані у 1790 р. при крайовій лікарні у м.Львові для чоловіків і жінок. З 1876 р. хворих переводять у спеціально збудовану будівлю у передміському селі Кульпарків як заклад «для божевільних», в якому їх доглядали і утримували. Під час другої світової війни (1941-1944 р.р.) лікарня зазнала руйнування і лише після закінчення війни лікарню відреставрувати, оснастили необхідним обладнанням, інвентарем, яка до теперішнього часу працює.

У 1803 р. в Полтаві було заснована перша лікарня для хворих з психічними розладами, де лише проводили нагляд над хворими. У 1829 р. за ініціативою лікаря О.Я. Матвєєва були відмінені знущання над хворими з розладами психіки та поведінки у вигляді ланцюгів та шкіряних нарукавників і замість них почали застосовуватись сорочки для фіксації «збуджених, важкохворих». За ініціативою медичної комісії Полтавської губернської земської управи у 1882 р. почалось будівництво трьох двоповерхових корпусів психіатричної лікарні на 50 ліжок, яка до цього часу функціонує - приймаються хворі з розладами психіки та поведінки. З 1888 р. були побудовані трудові майстерні під керівництвом психіатрів А.Ф. Мальцева в м.Полтава, Н.В. Країнського - в м. Харькові, Говсєєва А.А. - в м.Єкатеринославі для хворих з психічними розладами для трудотерапії хворих для покращення рівня їх соціальної реабілітації, при цьому «гамувальні сорочки» були відмінені. Для хворих з психічними розладами, які мешкали в сільській місцевості, які потребують догляду в домашніх умовах впроваджують патронаж медичними працівниками.

На І з'їзді Українських психіатрів (1887р.) приймається рішення щодо необхідності впровадження серед широких верст населення

---

України психогієни та надання роз'яснення населення щодо основ психогієни.

У XIX столітті у м. Харків у приватних психіатричних лікарнях були створені окрім гігієнічних, лікувальних умов, ще умови для «терапевтичного середовища». Наприклад, у приватній психіатричній лікарні на 35 ліжок доктора І.Я. Платонова (1885 р.) створено умови із науковим підходом до лікування та відповідним комфортом. Хворі на психічні захворювання знаходились в таких умовах, які відповідали вимогам сьогодення Європейських країн. Одним із головних принципів лікування було використання «терапевтичного ландшафту», при якому кожна кімната хворого виходила в сад, де все було обладнано в естетичному та екологічному аспектах для хворого: квітники, фонтани тощо. В приміщеннях приватної психіатричної лікарні І.Я. Платонова були розташовані роялі, більйардні столи та інші предмети дозвілля. Унікальним було те, що в цій лікарні був облаштований «Цандерівський кабінет механотерапії», де хворі мали можливість займатись спортом на велосипедних тренажерах, тренажерах для греблі тощо [12].

В приватних лікарнях XIX століття хворим з розладами психіки та поведінки організовували трудотерапію, яка наприклад у психіатричних лікарнях Республіці Польщі використовується в умовах сьогодення – це майстерня для гончарства, майстерні для малювання, перукарів, для жінок – майстерні крою і шиття, вишивки та інше. Арт-терапію використовують у багатьох лікарнях Європейських країн і сьогодні, прикладом є програма Art Therapy Programme у психіатричній клініці Psychiatric University.

У 1897 році була відкрита спеціалізована психіатрична лікарня ім. О.І. Ющенка у м. Вінниця для хворих з розладами психіки та поведінки Південно-Західного регіону на 720 ліжок для надання спеціалізованої психіатричної допомоги, яка до цього часу працює. Лікарня на той час мала сучасне обладнання і була модерною, проте поступалась відомим європейським лікарням за умовами комфортабельності. Будівля була зруйнована двічі: під час громадянської війни і після другої Світової війни у 1946 р. Під час другої світової війни в приміщенні лікарні працювало казино. У 1975 р. після відкриття двох відділень лікарня приймала до 2000 пацієнтів [13, с.179].

Більшість дореволюційних будівель психіатричних закладів в Українській Народній Республіці розміщувались у пристосованих будівлях, які раніше використовувались за іншим призначенням – ко-

---

лишні казарми для солдат, конюшні, релігійні культові будівлі, будівлі для зберігання зброї. Саме по цій причині взагалі не були передбачені санітарно-гігієнічні вимоги для перебування/лікування хворих з розладами психіки та поведінки в цих вкрай пристосованих приміщеннях.

Значний розвиток першого етапу психіатрії почався після II з'їзду психіатрів у 1905 році, де було прийнято рішення збільшити кількість ліжок в Українській Народній Республіці шляхом будівництва нових лікарень для хворих з психічними захворюваннями. Вперше у 1906 р. в м. Києві професором Сікорським Ш.А. відкрито заклад для дітей з психічними розладами. Вже до 1912 року в Українській Народній Республіці приймали хворих з психічними захворюваннями 31 державна психіатрична лікарня із загальною кількістю ліжок на 8912. На той час також працювали 34 приватних психіатричних лікарень в м. Києві, м. Харкові, м. Одесі, м. Чернігові. Аналізуючи показники смертності хворих з психічними розладами, які перебували у психіатричних лікарнях, встановлено наступне. За період з 1880 р. до 1903 р. смертність зменшалась з 24% до 11,2% [14, с.56].

Другий великий етап збільшення будівництва психіатричних лікарень відбувся у період 1920-1980 р.р, при цьому забезпеченість населення психіатричними ліжками склала 13,5 на 10 тис. населення та досягла до 70 205 ліжок в УРСР. З 1920 р. в УРСР все більше уваги приділяється розвитку науково-дослідницької і лікувально-профілактичної, судово-психіатричної роботи в галузі неврології і психіатрії. У 1922-1923 р.р. відкрито Центральний науково-дослідницький інститут психоневрології, у 1926 р. - Український інститут клінічної психіатрії та соціальної психогієни в м. Харкові, у 1932 р. на базі цих інститутів організована Всеукраїнська психоневрологічна академія на 1500 ліжок [15, с.34, 16, с.63].

Ігреська психіатрична лікарня на Дніпропетровщині з 1933 р. приймала 850 пацієнтів, а у 1941 р. кількість ліжок збільшилась до 1500. Лікарня здійснювала свою роботу на трьох рівнях: лікарня, патронаж і колонія. Головним напрямком психіатричної лікарні було повернення хворого до «свідомого трудового життя» шляхом трудової терапії, при цьому 57% хворих працювали у кузні, швейній та лозово-плетінній майстернях, які були при психіатричній лікарні, показник зайнятих хворих перевищував середній показник у загальноукраїнських масштабах. Також хворі приймали участь у сільськогосподарських роботах на плантаціях загальною площею 330 га при лікарні.

---

Через відсутність документальних свідчень складно відобразити медикаментозне лікування хворих.

З початком другої світової війни, керівники Третього Рейху вважали, що психічнохворі це «неповноцінні, нездатні для життя в суспільстві, непрацездатні» особи. Таких хворих на жаль масово знищували [17, с.60, 18, с.5].

За всі роки в Україні будівництво психіатричних лікарень проводилось за принципом “коридорного”, однотипного розташування приміщень лікарні і звичайно гігієнічні аспекти для хворих з розладами психіки та поведінки не враховувались щодо психологічного комфорту: палати розраховані на велику кількість хворих, умов для приватності відсутні (відсутні двері), ліжка розміщені у холах, тумбочок, шаф не достатньо для кожного хворого, умови для особистої гігієни не були створені (туалет в кінці коридора, душові кімнати працюють за графіком).

У багатьох обласних центрах України також були побудовані до 1945 року обласні психіатричні лікарні: Чернігівська, Львівська, Херсонська та інші, які працюють по цей час, але при будівництві не було передбачено гігієнічних вимог щодо комфортності для хворого.

Третій етап розвитку психіатрії (1951-1991 р.р.) включав розширення діагностичних та експертних можливостей впровадження системи судово-психіатричних оціночних критеріїв хворих на психічні захворювання. У практичну психіатрію запроваджується примусові заходи лікування в психіатричних закладах загального і спеціального (суворого режиму - тюрма) типу [19, с.56].

В Україні при всіх медичних інститутах працювали кафедри психіатрії та неврології. В радянські часи психлікарні будувались за принципом централізації, тобто за наказом «зверху». У часи СРСР часто зловживали психіатрією для розправи з вільнодумством у країні. Непоодинокі були випадки, коли радянські колеги оголошували хворим з психічними розладами через їхні політичні, соціальні чи релігійні погляди, після чого відбувалося їх ув'язнення і «лікування» у психіатричних установах від таких «неблагонадійних» переконань. Цей принцип ізоляції і віддалення будівель психіатричних лікарень від населених місць знайшов відображення у нормативних радянських документах, які були перезатвердженні у період незалежної України. Проведений аналіз показав збільшення кількості ліжко-місць психоневрологічних лікарнях з 1962 року до 1974 року у СРСР, а саме ліжковий фонд зріс з 222600 до 390000, тобто на 57,1%. Контроль над

---

психіатричними лікарнями мали МВС СРСР та П'яте управління КДБ СРСР [20, с.36].

Грінченко Г. проводячи екскурс в історію (1960-1980 р.р.) стверджує, що функцією психіатричних лікарень було здійснювати репресивні дії по відношенню до представників політичної опозиції, дисидентів, ідеологічно-несумісних із світоглядом лідерів держав, шляхом їх примусового лікування. Оголошені «хворі» люди не мали визначеного терміну ув'язнення та «примусово» утримувались на лікуванні. Концепція радянської психіатрії була пов'язана з масовими репресіями проти людей. Світова спільнота не визнавала, критикувала радянську політику щодо лікування хворих з психічними розладами [21, с. 60, 22, с.177].

З 1948 р. була заснована Всесвітня федерація психічного здоров'я та у 1950 р. Всесвітня психіатрична асоціація (ВПА), яка захищала і захищає до наших днів права хворих з психічними розладами психіки та поведінки і психіатрів. У 1983 р. Всесвітньою асоціацією психіатрів за репресивні дії до хворих, порушення професійної етики лікарями психіатрами, прав хворих, які перебували на лікуванні у радянських психіатричних лікарень, було виключено радянську асоціацію психіатрів із ВПА.

Четвертий етап розвитку триває з 1991 р. з початку незалежності України і по теперішній час, коли використовуючи досконаліші і надійніші діагностичні критерії психічних розладів, хворі знаходяться в тих будівлях, які були побудовані ще у 17-18 сторіччі, і які не пристосовані для лікування у «терапевтичному/цілющому середовищі» як це відбувається в європейських країнах. Початок реформи щодо охорони психічного здоров'я як сільського, так і міського населення України, полягає у покращенні взаємозв'язку з лікарями психіатрами з сімейними лікарями центрів первинної медико-санітарної допомоги, що відповідає моделі міжнародних підходів щодо забезпечення доступності профілактичних заходів розвитку психічних захворювань [23, с.45, 24, с.114, 25, с.47].

### **Висновки:**

1. Розміщення/будівництво «братських шпиталів» в Україні почалось у XIV-XVI столітті для хворих з психічними розладами, де вони перебували від здорових осіб ізольовано. Це були перші створені заклади охорони здоров'я психіатричного профілю, які розміщувались вкрай пристосованих умовах (казарми, конюшні, приміщення

---

монастирів) і не відповідали санітарно-гігієнічним вимогам перебування хворих в стаціонарних закладах.

2. Приватні психіатричні лікарні будувались невеликої місткості і лише для багатих. В них були створені окрім гігієнічних, лікувальних умов, ще умови для «терапевтичного середовища»: на території – ландшафтний дизайн, сад, фонтани, квітники; у будівлі: майстерні гончарства, малювання, перукарів, крою і шиття, вишивки, кабінет механотерапії «тренажерний зал» тощо, що є і сьогодні прикладом для будівництва психлікарень у європейських країнах.

3. Будівництво психіатричних лікарень у радянський час проводилось за “коридорним” принципом однотипного розташування приміщень лікарні, палати розраховані на велику кількість хворих, умов для приватності відсутні (відсутні двері, в палатах, санітарно-гігієнічних кімнатах, ліжка розміщені у холах, тумбочок, шаф не достатньо для кожного хворого, умови для особистої гігієни не створені, туалети в кінці коридора, душові кімнати працюють за графіком), характер лікування мав ознаки каральної психіатрії, що призводило не до одужання, а ще більшого загострення хвороби.

## **Розділ 2.**

### **Формування цілющого, архітектурно-планувального, епідемічноблагополучного та безпекового середовища у ЗОЗ психіатричного профілю країн ЄС.**

В країнах Європейського Союзу в умовах сьогодення психіатрична допомога громадянам надається у: психіатричних відділеннях лікарень загального профілю, денних стаціонарах психіатричних відділень лікарень загального типу, кризових відділеннях короткострокового перебування лікарень загального типу, сімейних кімнатах стаціонарних відділень Центрів психічного здоров'я. Також надається амбулаторна психіатрична допомога хворим в домашніх умовах шляхом здійснення медичного патронату територіальної громади [26, р.144].

За останні роки велику перевагу в країнах ЄС надають консультативно-психіатричній служби в лікарнях загального профілю. Консультативна психіатрія заслуговує подальшого впровадження та розширення своїх послуг у загальних лікарнях на різних рівнях надання медичної допомоги для покращення психічного здоров'я населення. Консультативно-психіатрична служба широко доступна всім верстам населення, при цьому медичні послуги надаються комплексно з використанням

---

мультидисциплінарного підходу – поєднанні фахівців психологічної служби (психолог), психіатричної (психіатр та медична сестра із психічного здоров'я) та соціальної (соціальний працівник) [27, р.281].

У країнах ЄС заклади охорони здоров'я психіатричного профілю (ЗОЗ ПП) мають сучасний, комфортний дизайн будівель, медичних приміщень, палат ЗОЗ, який враховує вимоги конфіденційності/приватності пацієнтів, орієнтований на створення терапевтичного середовища, забезпечення ефективного лікування та умов для їх соціалізації, що сприяє їхньому поверненню до повноцінного життя, родини, суспільства, громади [28, р.747].

Архітектурно-планувальні рішення ЗОЗ ПП направлені на забезпечення раціонального функціоналу, адаптації до сучасних методів догляду та лікування, реабілітації, інклюзивності, а також створення «терапевтичного/ цілющого ландшафтного середовища», яке орієнтоване на психологічні аспекти перебування пацієнтів в умовах госпіталізації [29, р.197].

За результатами дослідження Faerden A.(2023), Grignoli N. (2021), архітектурно-плануванні рішення щодо будівництва ЗОЗ відіграють важливу роль у покращенні психічного здоров'я пацієнта в стаціонарних умовах [30,р. 55, 31, р.84].

Специфіка архітектурно-планувальних рішень будівництва ЗОЗ ПП є динамічною системою, в центрі якої є користувач/пацієнт, оскільки саме він є основним споживачем і найбільш чутливим до впливу навколишнього середовища.

Метою будівництва нових ЗОЗ ПП є створення комфортного перебування пацієнтів в умовах стаціонару так званого «цілющого архітектурного середовища», а також безпечного, приватного аж до їх повного одужання і повернення до родини, громади.

Проектування нових ЗОЗ ПП, а також психіатричних відділень у лікарнях загального профілю, денних стаціонарів в психіатричних відділеннях лікарень загального типу, центрів психічного здоров'я, на думку Liu J.(2019), Ai Y. (2022), повинно забезпечити всі умови для ефективної роботи медичного персоналу, які б задовольняли їх професійні потреби і сприяли мотивації; створити відповідні умови для візуального нагляду за пацієнтами під час загострення патології і для захисту від їх агресивних дій; зменшувати емоційне виснаження; нівелювати прояви стигматизації [32,33, р.1510.].

Важливу роль у профілактиці виникнення інфекцій пов'язаних з наданням медичних послуг (ІПНМД), за твердженнями Jue K. (2019),

---

Zhang Y.W. (2022) відіграють архітектурно-планувальні заходи щодо вибору земельної ділянки під будівництво, зонування території, внутрішнє планування та обладнання головних підрозділів ЗОЗ ПП. При виборі земельної ділянки під лікарню науковцями рекомендується урахувати також екологічні, демографічні, соціально-економічні, медичні показники [34, р.1510,35].

За рекомендаціями науковців, зокрема Hsu T. (2012), Jue K. (2019) пропонується будівництво лікарень у районах зелених масивів (з площею зелених насаджень не менше 60%), подалі від промислових зон, залізничних та автомагістралей, аеропортів, які є потужними додатковими джерелами шуму, вібрації, викидів промислових підприємств, ЕМП [34,р.1510,36,р.301].

Також у наукових працях Sten Gromark and Björn Andersson (2020) велике значення приділяється садово-парковій зоні, зеленим насадженням, які мають лікувально-оздоровчий ефект. По цій причині спеціалізовані заклади, як наприклад психіатричні, пропонуються будувати у приміській зоні у зелених масивах. Радіус обслуговування при цьому не повинен перевищувати 30 хвилин громадським транспортом [37, р.66].

Формування середовища ЗОЗ ПП в передпроектному процесі залежить від особливостей захворювання пацієнтів, а також мають бути враховані комфортні умови не тільки для хворих, а й для медичного персоналу, родичів. В залежності від типу ЗОЗ ПП архітектурно-планувальними рішеннями враховується специфіка розміщення палат для хворих.

При попередньому проектуванні (передпроект) враховується думка лікарів психіатрів щодо характеристики поведінкових моделей пацієнтів, особливо хворих з гострими симптомами: психотичними, поведінковими, емоційними, когнітивними змінами, які уникають комунікацію з будь-ким, реакція яких непередбачувана, нелогічна, незрозуміла, ірраціональна. Саме при будівництві відділень невідкладної допомоги психіатричних закладів всі ці критерії враховуються у поєднанні з вимогами щодо дотримання особистих прав пацієнтів. При будівництві багатoproфільних лікарень вченими Федосюк Р.М. (2017, 2018), Jiang S.(2017), приділяється велика роль окремим входам у кожне відділення, терапевтичним зонам (психіатричні, акушерські, педіатричні, психосоматичні) [38,с.53, р.124].

ЗОЗ ПП – це багатовимірне середовище, яке залежить від набору приміщень, функціональності та простором закладу. Добре спроек-



---

тований ЗОЗ підвищує комфорт та безпеку не тільки для пацієнтів, а й для медичного персоналу, а саме шляхом скорочення відстані від медичного посту до палати, оскільки медичні працівники за технологією лікування постійно рухаються, виконуючи призначення лікаря, що зменшує фізичне навантаження, втому, рівень стресу і підвищує працездатність медичного персоналу.

У праці Ulrich R.S. (2018) [40,р.53] проведено моніторинг за період 2005-2007 р.р. умов перебування і лікування хворих у психіатричних лікарнях Швеції, які були побудовані в різні роки і відрізнялися підходами до проектування, оздоблення, оснащення тощо, що дозволило виявити вагомий вплив планування внутрішньолікарняного середовища на прояви стресу і агресивності хворих: одномісні достатньої площі палати з окремими ванними кімнатами і туалетами, загальні приміщення, такі як кухні, кімнати для активних дій, окремий вихід до саду, де облаштовано місце для сидіння, забезпечують належні умови приватності хворих і покращують їх стан. Підтвердження цих досліджень відображено у працях багатьох науковців Paroulis C. (2014), Liu Z. (2021, 2022) щодо впливу архітектурно-планувальних рішень будовництв ЗОЗ ПП на психофізіологічний стан пацієнта та медичний персонал [41,р.171, 42,р.10906].

У нових шведських спеціалізованих лікарнях для хворих з розладами психіки та поведінки більшість кімнат розташовують навколо центральної робочої зони медичного персоналу, що дозволяє їм спостерігати за хворими, мати постійний контакт з ними і більше часу проводити за межами медичних кабінетів [40,р.53].

Додатково створюється візуальний нагляд за дверима спалень, душевих, туалетів, кухні, садових альтанок. Сучасні проекти психіатричних лікарень відрізняються більшою площею палат на одного пацієнта (37,7 м<sup>2</sup> проти 36,9 м<sup>2</sup>), зони активного відпочинку (13,6 м<sup>2</sup> проти 12,1 м<sup>2</sup>), меншою площею коридорів у зоні перебування медичного персоналу (6,9 м<sup>2</sup> проти 10,1 м<sup>2</sup>), а також можливістю централізованого спостереження за приміщеннями для відпочинку й активними кімнатами (кухня, альтанка тощо), доступ до яких у старих лікарнях здійснювався з коридору. Таке планування центральної робочої зони медперсоналу в будівлі ЗОЗ ПП використовується і в інших країнах Північної Європи [40,р.53].

В роботах Fanneran T (2015), Sousa C. (2018), Park Suin (2020), висвітлюється питання великого трудового навантаження на медичний персонал у психіатричних закладах, що призводить до плінності

---

кадрів висококваліфікованого медичного персоналу. По цій причини реєструється дефіцит саме медсестринського персоналу у всьому світі [43, 44, p.432,45, p.333].

Наукові дані Yousefzadeh A. (2022), Niwar W. (2021) та інших науковців, присвячені питанням облаштування внутрішньолікарняного середовища, а саме контролю вентиляції та параметрів навколишнього середовища, мікроклімату, якості повітря за бактеріальними показниками, щільності наповнення палат хворими і застосуванню різноманітного ряду біоаерозолів у приміщеннях лікарень для зменшення бактеріального забруднення повітря, медичних поверхонь у лікарняному середовищі [46, p.14143, 47. p.1308].

До неспецифічної профілактики ІПНМД за рекомендаціями Zimring C., (2013), Stichler J.F. Cho M. (2023), відносяться показники місткості ЗОЗ ПП, площа, висота палат, дотримання ізоляції хворих за типом боксованих палат або одномісних палат, не перехресування потоків хворих та медичного персоналу, руху «чистих» та «брудних» матеріалів. Невиправдане збільшення терміну перебування хворих в умовах стаціонарного лікування призводить до формування стійких госпітальних антибіотикозистентних штамів мікроорганізмів та виникненню ІПНМД [48, p.514, 49, p.129].

Вченими Emmanuel U. (2020), Machry H. (2022) визнаний взаємозв'язок між здоров'ям та архітектурою ЗОЗ ПП. Процес архітектурного проектування ЗОЗ має бути невід'ємною частиною механізму запобігання ІПНМД і контролю. З кожним роком вимоги до архітектурного проектування або реконструкції нових ЗОЗ ПП удосконалюється, вивчаються питання, пов'язані, в тому числі з пандемією COVID-19, а саме: переповнення палат хворими, недостатність палат - ізоляторів, універсальних санітарно-гігієнічних кімнат, кімнат для проведення деконтамінації засобів індивідуального захисту (ЗІЗ), відсутність обладнання кожного ліжка апаратами штучного дихання [50, p.1699, 51, p.1796].

Houghton C. (2020) відмічав в своїй роботі про дефіцит ЗІЗ, обладнання низької якості та незручність у використанні, недостатню кількість ізоляторів, санітарно-технічних приміщень, збільшення робочого навантаження, що призводить до розвитку втоми, відчуття страху заразити своїх рідних. У своїх анкетах вони відмітили фактори, які сприяли покращенню роботи: підтримка з боку керівництва, культура на робочому місці, навчання, доступ до індивідуальних засобів захисту, бажання забезпечення належного догляду за пацієнтом, який наляканий і стигматизований [52].

---

Peters A. (2022) у своїй роботі показав взаємозв'язок між екологічною гігієною (архітектурно-планувальні рішення при будівництві та реконструкції ЗОЗ) та ІПНМД, але керівники ЗОЗ не вважають екологічну гігієну важливою для безпеки пацієнтів для ІПНМД. Як зазначив автор для покращення екологічної гігієни у ЗОЗ та зниження показників ІПНМД слід враховувати механічні, хімічні, комплексні методи та метод людського фактору [53,р.38].

Проведені власні дослідження Weber C. (2021), Cusack L. (2023) дозволили констатувати, що для поглибленої реорганізація психіатричних відділень, використовуючи мультидисциплінарний підхід до проектування європейських ЗОЗ ПП, необхідно залучати у робочу групу з реконструкції ЗОЗ ПП окрім архітектора, ще й керівника медичного закладу, медичний персонал, зокрема, медичних сестер. Істотно, що набір приміщень в нових ЗОЗ ПП країн ЄС орієнтований на пацієнтів, на забезпечення їх максимально комфортного перебування у цих закладах. При цьому чіткими є вимоги щодо проектування не лише психіатричних лікарень, але й психіатричних відділень інтенсивної терапії, психіатричних відділень для ветеранів війни тощо [54,55,р.81].

За дослідженнями Canazei M. (2017), D'Agostino A. (2020) головною умовою до профілактики виникнення ІПНМД є дотримання санітарно-гігієнічних та інженерно-технічних вимог: ефективна природна та штучна вентиляція (припливно-витяжна, кондиціювання), створення регламентованих параметрів мікроклімату, природнього та штучного освітлення, шумового режиму, забезпечення централізованим водопостачанням та каналізуванням, очищення та знезараження стічних вод, утилізації твердих побутових, специфічних відходів. Сучасний підхід до проектування ЗОЗ ПП сприяє зменшенню кількості патогенів в повітрі палат та медичних приміщень шляхом дотримання нормативів природнього освітлення, інсоляції, провітрювання [56,р.308, 57,р.297].

У наукових дослідженнях Hurd D., (2019), Ioannou M. (2021) та інших науковців доведено покращання стану хворих з психічними захворюваннями, швидкому і тривалому антидепресивному ефекту пацієнтів у психіатричних клініках за умови достатнього природнього (інсоляція не менше 3 годин) і штучного освітлення в палатах та використання терапії яскравим світлом при психічних захворювань [58,р.20, 59].

У працях Canazei M. (2017), Chang C-H. (2018) за результатами опитування хворих і медичних працівників закладів охорони здоров'я

---

Італії, Нідерландів виявлено зменшення кількості стресових ситуацій, істотний позитивний вплив на перебіг процесу лікування, скорочення термінів одужання, зменшення тривалості медикаментозного лікування за належного природного і штучного освітлення приміщень (спальні кімнати, кабінети лікарів і медичних сестер). Навпаки, за дефіциту денного світла у медичних приміщеннях спостерігали прояви зорового напруження, збільшення помилок у роботі, поширення окремих ознак синдрому емоційного вигорання медичних працівників [60,р.308, 61,р.3091].

Критерії забезпечення сонячним світлом/тривалості інсоляції приміщень за національними стандартами в різних країнах: Чеській Республіці, Естонії, Німеччині, Італії, Нідерландах, Польщі, Словаччині коливає від 1,5 години до 4 годин, що має виражений лікувальний ефект за твердженнями Verso V. (2016), Darula S.(2015) [62,р.809, 63,р.1245].

За даними авторів Jue K. (2019), Walker L. (2019) та ін., високі рівні шуму в лікарнях справляють негативний вплив на пацієнтів. Неконтрольований, непередбачений шум у лікарнях збільшує стрес як у хворих, так і в медичного персоналу, викликає або погіршує агресивну поведінку у хворих і, таким чином, сприяє загостренню перебігу захворювання, погіршує результати лікування. Вплив шуму різних рівнів викликає у людей роздратування, порушує сон, негативно впливає на стан пацієнтів та медичний персонал, який його обслуговує, може бути ризиком виникнення супутніх захворювань у хворих з психічними розладами як гіпертонія, серцево-судинні захворювання, погіршує когнітивну діяльність. Тому застосування шумопоглинаючих технологій при проектуванні і будівництві ЗОЗ ПП покращує їх захист від шуму і слугує забезпеченню нормативного акустичного режиму у палатах та медичних приміщеннях [64,р.1510, 65,р.197].

Результати досліджень Lenzer B. (2020), Brigand G. (2022) свідчать про негативний вплив на здоров'я пацієнтів в стаціонарних умовах ЗОЗ ПП з неефективними системами вентиляції, кондиціонування повітря, опалення. Авторами спостерігалось покращення стану пацієнтів при дотриманні вимог щодо ефективної роботи цих систем, їх адаптації та покращення життєвих функцій [66,р.1287, 67,р.2250].

За даними Thornton G.M. (2020), Giampieri A., (2022) під час пандемії COVID-19 не дотримання вимог параметрів вологості, температури повітря при неефективній роботі вентиляції створювались умови для передачі вірусів та виникнення інфекцій [68, 69,р.244].

---

За даними LeBel J.L. (2014), Staggs V.S. (2015) та інших науковців встановлено, що обмеження та ізоляція негативно впливає на хворих з психічними розладами. На державному рівні США прийнята модель щодо основних стратегій щодо запобігання насильству, використання ізоляції, обмеження прав хворих на психічні розлади. Цю модель запозичили інші країни: Фінляндія, Австралія, Велика Британія для створення позитивного лікувального ефекту у хворих, зменшення тривалості їх перебування в умовах стаціонару і запобігання негативних наслідків як стрес, агресія, суїцидальні думки. [70,р.22, 71,р.1369].

У наукових працях Lavy S. (2012), Lauren J.(2014), Kalantari S.(2017) ідеться про важливість елементів інтер'єру для ЗОЗ психіатричного профілю, як кольорове рішення інтер'єрів психіатричних лікарень. У США, ще у 1997 р. був затверджений список таких елементів інтер'єру, які справляють позитивний терапевтичний ефект та підвищують якість життя пацієнтів в ході лікування хворих з психічними захворюваннями. Застосування дизайнерських сучасних поєднань у проектуванні ЗОЗ ПП, а саме світла і кольору, фактурних і природних матеріалів, сприяють покращенню психофізіологічного стану пацієнта не залежно від терміну перебування пацієнтів, діагнозу, гостроти захворювань, віку та супутніх медичних станів [72,р.80, 73,р.108, 74,р.121].

Досить часто практикується прикрашання стін закладу художніми роботами самих пацієнтів (арт-терапія), при цьому хворий не тільки самостверджується, але й отримує лікувальний ефект за рахунок зменшення рівня тривоги, агресії. Така терапія покращує процес лікування, реабілітації, соціальну інтеграцію та благополуччя пацієнтів з психічними розладами.

На думку Connellan K. (2013), Papoulias C. (2014) проектування та облаштування приміщень ЗОЗ ПП повинно бути одне із пріоритетних напрямків реформи охорони психічного здоров'я. Важливим кроком є оновлення нормативних вимог до ЗОЗ ПП з метою їх відповідності сучасним європейським стандартам. Умови в психіатричних закладах повинні в повній мірі відповідати терапевтичному середовищу та сприяти створенню найкращих умов для забезпечення лікувально-охоронного режиму, покращення лікувально-профілактичної роботи, запобігання виникнення ІПНМД.

Науковці європейських країн Connellan K. (2013), Papoulias C. (2014), стверджують, що умови в ЗОЗ ПП повинні нагадувати «типову житлову» атмосферу, в якій пацієнти можуть відчувати себе розсла-

---

блено і комфортно в одномісних палатах. При будівництві ЗОЗ з однимісними палатами за даними авторів витрати будуть більше лише на 5%, проте будуть забезпечені комфортні умови перебування як для пацієнтів, так і для медичних працівників [75, р. 127, 76, р. 171].

За даними Kamal S., архітектори Європейських країн при проектуванні психіатричних лікарень звертають увагу на наступні принципи безпеки:

- використання природних, фактурних, кольорових матеріалів, які забезпечують більш затишну, майже домашню атмосферу;
- забезпечення достатнього природнього освітлення та розташування джерел штучного освітлення на безпечній відстані;
- використання м'яких меблів із дерева та безпека при їх використанні (міцне кріплення, шафи (лише з полицями, ін.);
- дотримання вимог безпеки при облаштуванні ванних кімнат;
- постійний нагляд за хворими з наявністю суїцидальних думок з боку медичних працівників у відділеннях невідкладної допомоги.

Невірне функціонально-просторове архітектурне планування та використання невідповідних елементів дизайну інтер'єру, меблів сприяє більшій частоті суїцидальних спроб [77, р.2418].

Під час проектування ЗОЗ психіатричного профілю архітектори приділяють увагу безпеці пацієнту.

Відповідно до даних Hunt, J (2015) [78, р.45] наведених в сучасній науковій літературі, в теперішній час у США при проектуванні закладів для психічно хворих виділяють п'ять рівнів дизайну з огляду безпеки пацієнтів, які визначені в матриці оцінки ризику:

I рівень: прямиий нагляд з боку медичного персоналу, що постійно присутній. Тобто мають бути передбачені лише зони перебування хворих, де пацієнти знаходяться під постійним наглядом;

II рівень: висока спостережливість. Це зони (коридори, консультаційні кабінети, кімнати для активних занять), де пацієнти проходять повний нагляд і залишаються наодинці лише на дуже короткі періоди часу. Коридори часто мають високі стелі та стандартні світильники. В таких зонах медичний персонал може не завжди бути присутнім;

III рівень: періодичне спостереження. До цих зон відносяться: телевізійні та оглядові кімнати, зали та денні кімнати, де хворі проводять час з мінімальним наглядом. Рішення щодо необхідності проектування таких приміщень обговорюють з працівниками закладу;

IV рівень: мінімальне спостереження. Зони, де пацієнти проводять велику кількість часу на самоті з мінімальним наглядом медичних пра-

---

цівників або в умовах відсутності такого нагляду, наприклад, кімнати для пацієнтів (напівприватні та приватні), душові і туалети для пацієнтів;

У рівень: приміщення для огляду, обстеження та приймальні, в яких персонал взаємодіє з новоприйнятими пацієнтами, котрі можуть перебувати у сильно збудженому стані. У цих приміщеннях повинно бути мінімум меблів, і все повинно бути надійно закріплено на місці. Комп'ютери, телефони, шнури та кабелі слід тримати якомога далі від пацієнтів. Сигналізація в таких приміщеннях обов'язкова передбачається під час проектування [79, с. 102].

### **Висновки:**

1. В Європейських країнах метою будівництва/реконструкції ЗОЗ ПП є створення комфортного перебування пацієнтів як на території, так і в умовах стаціонару так званого «цілющого архітектурно-планувального середовища», а також безпечного, приватного аж до їх повного одужання і повернення до родини, громади. Зазначена мета досягається шляхом системного та комплексного підходу до створення: садово-паркової зони, яка має лікувально-оздоровчий ефект; оптимального ергономічного дизайну внутрішньолікарняного середовища, комфорту для хворих та медичного персоналу; належного санітарно-гігієнічного, протиепідемічного, екологічного та безпечного середовища, та сприяє покращенню організації лікувально-охоронного, реабілітаційного режиму, лікувально-профілактичної роботи, запобіганню ІПНМД.

2. Заслуговує на увагу та запозичення досвіду країн ЄС щодо використання мультидисциплінарного підходу до проектування європейських сучасних ЗОЗ ПП в частині залучення до робочих груп з проектування/реконструкції ЗОЗ ПП окрім архітекторів ще й керівників медичних закладів, медичного персоналу, в тому числі медичних сестер, що важливо для створення ефективного терапевтичного середовища не тільки для пацієнтів, а й медичних працівників.

### **Розділ 3.**

#### **Законодавство Європейського Союзу щодо покращення психічного здоров'я населення - як стратегія психічного здоров'я.**

Порушення психічного здоров'я населення є однією з основних причин інвалідності у світі, яка є великим тягарем на фінансово-економічну та соціальну політику будь-якої держави. Найчастішим за-

---

хворюванням в країнах з низьким рівнем доходу є депресія, яка до 2030 року займатиме третє місце серед причин психічних розладів. За даними ВООЗ за 2019 р. у світі зареєстровано 301 млн людей з тривожними розладами, 280 млн з депресивними розладами, у тому числі 23 млн дітей і підлітків; з біполярними розладами - до 40 млн, з діагнозом шизофренія - до 24 млн; з розладами харчової поведінки до 14 млн, у тому числі 3 млн дітей і підлітків, з розладами поведінки та дисоціальними розладами - до 40 млн, включаючи дітей та підлітків [80].

Нормативно-правове забезпечення в країнах світу у сфері надання медичних послуг передбачені міжнародними та внутрішньодержавними актами, які гарантують людині якісну, кваліфіковану, вчасну медичну допомогу при виникненні захворювання і, особливо хворим з психічними розладами. Уряди держав членів Ради Європи у 1948 році підписали Конвенцію «Щодо захисту прав людини і основоположних свобод», на меті якої є забезпечення і розвиток прав людини та основоположних свобод (дата набрання чинності для України у 1997 році), що передбачені основними статтями цієї Конвенції: Стаття 1 «Зобов'язання поважати права людини»; Стаття 2 «Право на життя»; Стаття 3 «Заборона катування: нікого не може бути піддано катуванню або нелюдському чи такому, що принижує гідність, поводженню або покаранню»; Стаття 4 «Заборона рабства і примусової праці: не може тримати в рабстві або в підневільному стану, не може бути присилуваний виконувати примусову чи обов'язкову працю»; Стаття 5 «Право на свободу та особисту недоторканність». Це актуально на сьогодні щодо психічно хворих, які перебувають на лікуванні в психоневрологічних лікарнях та диспансерах. Конвенція передбачає, що «всі люди народжуються вільними та рівними у своїй гідності та правах», встановлюючи правозахисний стандарт, зокрема, і для осіб, які мають психічні розлади [81].

Конвенція містить закріплення права кожної людини на такий життєвий рівень, зокрема їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який необхідний для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї, і право на забезпечення в разі безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, старості чи іншого випадку втрати засобів для існування через незалежні від неї обставини [81].

У резолюції ВООЗ, Ради ЄС, Ради Європи починаючи з 1975 року, важливе значення відводиться зміцненню психічного здоров'я щодо



---

гуманітарної сфери (Гельсінська декларація 994\_055) підписана 35 державами у столиці Фінляндії Гельсінкі, в тому числі і СРСР. Декларація стосується заборони експериментів на людях, безпосередньо стосується клінічної дослідної роботи, зазнала вісім переглядів і останній у 2000 р. ВООЗ пропонує усім урядам посилити співробітництво для покращення ефективності імплементації положень Гельсінкської декларації (1975 р.). Меранська декларація відображає вдалий досвід країн Європи і рекомендує урядам новостворених незалежних державах врахувати при реформуванні системи охорони психічного здоров'я ключові напрями: головним з пріоритетів національної політики кожної держави є: забезпечення психічного благополуччя в галузі охорони психічного здоров'я; адекватне і справедливе фінансування для розвитку служби охорони психічного здоров'я на різних етапах життя людини (дитина, дорослий, похилий вік, інвалід); підтримка і розвиток інноваційних проектів та систем у галузі охорони психічного здоров'я; організація мультидисциплінарного та біопсихосоціального підходу підвищення компетентності медичних, соціальних кадрів, які надають допомогу; боротьба та профілактика зі стигмою, усунення дискримінації при доступності до загальномедичних, соціальних, освітніх послуг для хворих з психічними розладами; надання якісної первинної медичної допомоги за місцем постійного проживання та проведення профілактичних заходів щодо запобігання виникнення психічних розладів [82,83].

У рекомендація ПАРЄ 818 [84] про ситуацію з психічними захворюваннями (1977) пропонується Комітетові Міністрів закликати уряди держав-учасниць вжити заходів:

- переглянути законодавство, яке стосується психічних захворювань;
- заснувати незалежні спеціальні суди або комісії з питань психіатричної допомоги для забезпечення права на захист осіб із психічними захворюваннями;
- забезпечити право осіб із психічними захворювання бути почутими в судовому процесі, у якому ухвалюється рішення щодо визнання їх недієздатними.

Головною декларацією для країн ЄС є Гавайська декларація Всесвітньої психіатричної асоціації (1983 р.), ухвалена Всесвітньою психіатричною асоціацією 10.07.1983 р.

Відповідно до Гавайської декларації, мета психіатрії – лікування психічних захворювань і покращення психічного здоров'я. Зазначе-

---

но, що психіатри повинні служити інтересам і пацієнта, згідно з отриманими науковими знаннями і прийнятими етичними принципами. Згідно зі ст. 6 Гавайської декларації пацієнт повинен бути звільнений від примусового лікування, як тільки показання для такого лікування зникають, а для проведення подальшої терапії лікар повинен отримати добровільну згоду пацієнта. Визначені конкретні обов'язки лікаря психіатра, а саме: в лікуванні хворих з психічними розладами повинні бути: довіра, конфіденційність, контакт з родичами, постійне інформування хворого про його хворобу та про способи лікування, не порушення прав хворого, заборона проведення дослідів над хворим (дата набрання чинності для України 06.03.2010 р.) [85].

У додатку до Резолюції 37/194 викладено 6 принципів медичної етики, які стосуються ролі працівників охорони здоров'я, а особливо лікарів, у захисті ув'язнених чи затриманих осіб від тортур та інших жорстоких, нелюдських чи таких, що принижують гідність, видів поведінки та покарання. Наголошується, що працівники охорони здоров'я зобов'язані охороняти фізичне та психічне здоров'я ув'язнених чи затриманих та забезпечувати лікування захворювань такої є якості та рівня, що забезпечується особам, які не ув'язнені або затримані [85].

На VIII Всесвітньому конгресі психіатрів у Афінах, який відбувся у 1989 році було прийнято Хартію (положення та погляди) Всесвітньої психіатричної асоціації щодо прав та юридичного захисту хворих на психічні розлади психіки та поведінки. Ця Хартія продовжує і доповнює Гавайську декларацію (995\_872), яка відображає основну частину головних керівних принципів щодо прав хворих, а саме: особи з психічними розладами мають право на свободу, на лікування як й інші хворі з іншими захворюваннями, вони не повинні бути об'єктом дискримінації через їх захворювання. Вони повинні отримувати професійну, гуманну, гідну допомогу без примусу проти волі хворого згідно з вимогами медичної деонтології. Згідно з вимогами Декларації (995\_872) прав людей, які страждають на психічні захворювання (1983 р.), таких хворих не повинні використовувати як робочу силу, погано поводитись з ними і їх принижувати [86].

Генеральна асамблея Всесвітньої психіатричної асоціації на VIII Всесвітньому конгресі з психіатрії в Атенах (Греція) 17.10.1989 ухвалила положення щодо заборони примусового втручання щодо госпіталізації, що є грубим порушенням прав та свободи пацієнта. Тому для такого втручання необхідні особливі критерії та ретельно визначені гарантії. Госпіталізація чи лікування не повинні проводити-

---

ся проти волі пацієнта, якщо тільки пацієнт не страждає серйозними психічними захворюваннями. Примусове втручання має проводитись відповідно до правила найменшого обмеження [86].

Щодо захисту хворих з психічними розладами Генеральною Асамблеєю ООН у 1992 році прийнята резолюція 46/119 «Захист осіб з психічними захворюваннями та поліпшення психіатричної допомоги» для виключення будь-яких дискримінацій в цих закладах. В цьому документі викладені 25 принципів щодо осіб з психічними розладами та їх права на: здійснення всіх цивільних, політичних, економічних, соціальних і культурних дій; адвоката; жити і працювати у суспільстві; за бажанням проходити медичний огляд для виявлення у нього психічних розладів або за погодженням родича/опікуна; конфіденційність та медичну етику з боку лікаря; грошову винагороду за будь-яку працю від психіатричного закладу; індивідуальне лікування з обговоренням з хворим або його родичом/опікуном та інші.

Резолюцією 46/119 ухвалено Принципи захисту осіб із психічними захворюваннями та покращення психіатричної допомоги, за якими зокрема, примусова госпіталізація особи здійснюється тільки тоді, коли уповноважений для цієї мети відповідно до закону кваліфікований фахівець, який працює у сфері психіатрії, встановить, що ця особа страждає на психічне захворювання і може заподіяти шкоду собі або іншим особам [87].

У рекомендаціях ПАРЄ 1235 «Психіатрія і права людини» (1994) зазначено, що лікування повинно проводитися на основі розмежування між недієздатними та пацієнтами з розладами психіки та поведінки, а пацієнт повинен мати вільний доступ до «захисника», незалежного від установи. Особлива увага звертається на проблеми та зловживання в психіатрії, серед яких заборона сексуальних домагань з боку терапевтів до пацієнтів, обмеження використання кімнат ізоляції, заборона проведення наукових досліджень у галузі психічного здоров'я без відома пацієнта або проти його волі [88].

Саламанською декларацією передбачено щодо принципів, політики та практичної діяльності у галузі освіти осіб з особливими освітніми потребами та Рамки дій щодо освіти осіб з особливими освітніми проблемами (1994).

Уряди держав-членів закликають до ухвалення у формі закону або політичної декларації принципу інклюзивної освіти; створення децентралізованих і спільних механізмів планування, моніторингу та оцінювання освітніх послуг для дітей і дорослих з особливими освіт-

---

німи потребами; заохочування участі батьків, громад та організацій осіб з інвалідністю у процесах планування й ухвалення рішень, що стосуються задоволення спеціальних потреб [89].

Мадридська декларація про етичні стандарти психіатричної практики (1996) була ухвалена Генеральною асамблеєю Всесвітньої психіатричної асоціації 25.08.1996 р. У преамбулі Декларації наголошується, що психіатри повинні завжди пам'ятати про межі відносин між психіатром і пацієнтом та керуватися насамперед повагою до пацієнтів і турботою про їхні добробут і чесність. Окрім того, Декларація наполягає на лікуванні на основі партнерства з особами з психічними та поведінковими розладами та на примусовому лікуванні - лише за наявності виняткових обставин [90].

Європейська соціальна хартія (1996, переглянута) зазначила права осіб з інвалідністю на самостійність, соціальну інтеграцію та участь у житті суспільства. З цієї метою Сторони зобов'язуються :

- 1) вжити необхідних заходів для забезпечення особам з інвалідністю орієнтування, освіти та професійної підготовки;
- 2) сприяти їхньому доступові до роботи, які вони вільно обирають і заохочують роботодавців приймати на роботу осіб з інвалідністю й утримувати їх звичайному виробничому середовищі та пристосовувати умови праці до потреб осіб з інвалідністю;
- 3) сприяти їхній всебічній соціальній інтеграції й участі в житті суспільства, та забезпечувати реалізацію права на справедливу винагороду тощо.[91]

Хворий під час будь яких процедур має право вимагати присутність осіб, які захищають його права, будь які заходи (прийом ліків, процедури, ізоляція, методи фіксації, електрошокова терапія), які проводили з хворим, повинні бути зафіксовані в історії хвороби. Хворий має право використовувати телефон, читати газети, слухати радіо, дивитися телевізор, по бажанню хворого будь-які його зауваження повинні бути прикріплені у історію хвороби. У психіатричному закладі повинні бути умови для забезпечення безпеки, приватності хворого та повинно перевірятися/інспектуватися з достатньою регулярністю компетентними органами.

Існує поняття «AAAQ» (вказане у Загальному Коментарі №14 (2000)) Комітету з економічних соціальних і культурних прав, метою якого є допомога країнам у здійсненні «Право на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я (стаття 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права)». Цей документ

---

передбачає: права на здоров'я охоплює спектр як соціально-економічних факторів, що створюють умови, які дають змогу людям вести здоровий спосіб життя, так і основних складників збереження здоров'я, таких як їжа та режим харчування, житлові умови, доступ до придатної для пиття води й адекватних санітарних умов, безпечні й нешкідливі умови праці та сприятливе для здоров'я людини довкілля. Відповідно до пояснень Комітету право на охорону здоров'я включає взаємопов'язані принципи: наявність – існування медичних установ достатній кількості; доступність як фізична, економічна, інформаційна та відсутність дискримінації до будь яких хворих; прийнятність – медичні заклади повинні дотримуватись медичної етиці; якість – медичні послуги які надають медичні заклади повинні бути якісними і науково-обґрунтованими. Доступність до надання якісних медичних послуг особам сільської місцевості обмежена або недоступна в багатьох країнах світу. Хворі повинні витратити ресурси на проїзд, час на дорогу, проживання у закладах, які надають якісні медичні послуги. Через відсутність фахівців в закладах, які повинні бути в громадах, відділеннях, службах (психосоціальні центри, відділеннях денного перебування, гуртожитках для хворих з хронічними психічними розладами) вони не отримують вчасну та якісну медичну допомогу. Уряди країн витрачають великі ресурси на утримання великих спеціалізованих установ, які надають невеликій кількості хворим на психічні розлади медичну допомогу, але при умові створення медичних закладів на первинному рівні, які максимально наближені до місця проживання і могли надати більшу користь для більшої кількості хворих з психічними розладами не порушуючи можливості спілкування, опіки зі сторони родичів хворих [92].

Згідно рекомендацій ВООЗ (2003 р.) щодо організації служб охорони психічного здоров'я запропоновані модулі для впровадження країнам в області збереження та зміцнення психічного здоров'я: плани і стратегія покращення психічного здоров'я населення, фінансування, законотворчість, перебудова структури та покращення якості надання медичної допомоги щодо психічного здоров'я, підготовка кадрів, інформаційно-освітня робота, наукові дослідження в області психічного здоров'я. Всі запропоновані модулі були адаптовані ВООЗ (2003 р.) органами державної влади, на всіх рівнях: МОЗ, Національною службою здоров'я, надавачами медичних послуг, громадами або організаціями, правозахисниками, представниками або асоціа-

---

ціями сімей та осіб, представниками різних конфесій, які захищають інтереси людей з психічними розладами [93].

В останнє десятиліття психічне здоров'я є важливим напрямком, стратегії ЄС. Результатом є постійні консультації з метою підготовки матеріалів реформ охорони психічного здоров'я населення 53 країн Європейського регіону Гельсінської декларації. Найважливішим кроком Європейської Комісії стало прийняття Зеленої книги «Покращення психічного здоров'я населення – стратегія психічного здоров'я для Європейського Союзу» (2005 р.). Пріоритетом у резолюції Європарламенту є профілактика депресивних станів, суїцидів серед молоді. Зелена книга визначає пріоритети охорони психічного здоров'я – покращення якості життя, захисту прав, достоїнства, працевлаштування, соціальної інклюзії хворим з розладами психіки та поведінки [94].

Зміцнення психічного здоров'я: концепції, нові дані, надають пояснення щодо визначення - психічне здоров'я це «стан добробуту, в якому людина може реалізувати свій власний потенціал, подолати звичайні життєві стреси, продуктивно і плідно працювати і мати можливості робити внесок у життя своєї спільноти» із доповіді Всесвітньої організації охорони здоров'я, Департаменту психічного здоров'я та токсикоманії у співпраці з Вікторіанським фондом зміцнення здоров'я і Мельбурзьким університетом. [95].

На Європейській конференції ВООЗ на рівні Міністрів (2006) розроблено Європейський план дій з охорони психічного здоров'я. В якому визначались пріоритетні завдання ВООЗ та держав-членів:

- 1) зміцнення психічного здоров'я, профілактика психічних розладів, лікування та реабілітація осіб із психічними розладами та догляд за ними сприяти ширшому усвідомленню важливого значення психічного благополуччя;

- 2) проводити спільні дії, спрямовані на боротьбу зі стигматизацією, дискримінацією та нерівністю, а також розширювати права та можливості осіб із психічними розладами та членів їхніх сімей і надавати їм підтримку з метою залучення їх до активної участі в цьому процесі;

- 3) розробляти та впроваджувати комплексні, інтегровані й ефективні системи охорони психічного здоров'я, що охоплюють такі елементи, як зміцнення здоров'я, профілактика, лікування та реабілітація, догляд та відновлення здоров'я;

- 4) забезпечити задоволення потреб у кваліфікованому персоналі, здатному ефективно працювати в усіх цих галузях [96].

---

На X конференції Європейських національних координаторів Програми охорони психічного здоров'я ВООЗ (2007р.) була створена робоча група, членом якої є в т.ч. і Україна, щодо розробки «Плану спільних дій для підвищення ефективності національних програм реформування систем охорони психічного здоров'я нових незалежних держав». У 2008 році на конференції Європейських національних координаторів (Мерано, Італія), робочою групою прийнята «Меранська декларація ВООЗ про психічне здоров'я в країнах, що утворилися після розпаду СРСР». В цій декларації викладені експертна оцінка та рекомендації ВООЗ щодо подальшої стратегії і тактики у покращенні системи охорони психічного здоров'я у новостворених незалежних державах: Азербайджані, Киргизстані, Таджикистані, Туркменістані, Узбекистані, Грузії, Молдові, Україні і інших [97].

ВООЗ у 2008 році у своєму звіті «Первинна медична допомога зараз більше, ніж колись» звернула увагу усіх урядів на основні групи реформи: універсальні реформи охоплення; реформи надання послуг; реформи державної політики, які забезпечували б здоровіші громади; реформи керівництва. Португалія і Бразилія на шляху реформ для покращення психічного здоров'я враховували основні чинники: командна робота з професійною мотивацію, внутрішня та зовнішня комунікація, посилення навчальної безперервної діяльності, інвестиції в засоби та обладнання, прихильність до інформаційної системи та комп'ютеризації, належна оплата за виконану працю, складання договорів про медичне обслуговування між фінансуючими організаціями та постачальниками, технічне та політичне керівництво, якість та акредитація об'єктів державним агентством [98].

У документі «Удосконалення систем охорони здоров'я та послуг для психічного здоров'я. ВООЗ» (2009) містяться основні інструменти для зміцнення системи психічного здоров'я в контексті загального розвитку системи охорони здоров'я. Це відповідний підсумок останніх ініціатив ВООЗ щодо покращення доступу та якості лікування та догляду за людьми з психічними розладами [99].

В Комплексному плані дій щодо психічного здоров'я ВООЗ описані основні, конкретні напрями для держав-членів для досягнення глобальних цілей, а саме: щодо посилення ефективності керівництва та управління психічним здоров'ям; надання комплексних, інтегрованих та соціальних послуг на психічне здоров'я в громадах; реалізація стратегії просування та профілактики психічного здоров'я; використання інформаційних систем, докази та дослідження психіч-



---

ного здоров'я. Щорічно ВООЗ надає аналіз основних показників, які досягли країни та заходи, які необхідно ще провести у «Атласі психічного здоров'я». Зміни до покращення психічного здоров'я у світі не відбуваються швидко у зв'язку з нездатністю адекватного і справедливого інвестування в систему Охорони психічного здоров'я, що позначається на здоров'ї населення планети (дані 177 держав-членів ВООЗ – 97% населення планети), а особливо в країнах з низьким рівнем доходу. Згідно з даними опитування ВООЗ «Атлас психічного здоров'я 2011 р.» щодо витрат на послуги з Охорони психічного здоров'я в країнах з низьким рівнем доходу витрачено 1% бюджету охорони здоров'я проти 5% у країнах з високим рівнем доходу [100].

Комплексний план дій ВООЗ «Охорона здоров'я щодо глобальних та національних дій із зміцнення психічного благополуччя на 2013-2020 р.р.» був прийнятий 66-ю Всесвітньою Асамблеєю у м. Женева (2013 р.). План дій фокусує міжнародну увагу на забутій проблемі, що призвело до збільшення захворювань на психічні розлади та, які стали соціальним тягарем кожної держави. Найчастішим психічним захворюванням в будь яких країнах, а особливо в країнах з низьким рівнем доходу, є депресія, яка до 2030 року займатиме третє місце серед причин психічних розладів та збільшення стигматизації і дискримінації у суспільстві до психічно хворих. Стигматизація до осіб з психічними розладами триває ще із давніх часів і викликає наявність соціальної небажаності, дискримінації суспільства до цих людей у всьому світі [101].

ВООЗ за експертною оцінкою класифікує організацію служб охорони психічного здоров'я в різних країнах за наступними категоріями:

1. Служба охорони психічного здоров'я первинної медико-санітарної ланки, до якої відносяться медичні послуги, які надаються сімейними лікарями, медичними сестрами, психологами, психіатрами, невропатологами, соціальними працівниками за місцем проживання хворого, який залишатиметься в своєму звичному оточенні. Також на базі первинної медико-санітарної ланки можуть працювати центри по наданню психологічної допомоги населенню, які будуть надавати медико-психологічну допомогу з початковими ознаками тривожного та депресивного реагування, предикторами емоційного вигорання.

2. Служба охорони психічного здоров'я в лікарнях загального профілю (для профілактики стигматизації) включає послуги, які надають в районних або центральних лікарнях загального профілю, лікарнях при навчальних закладах у загальних палатах і відділен-



---

нях невідкладної психіатричної допомоги психіатрами, медичними сестрами, соціальними психологами, фахівцями, які пройшли спеціальний курс підготовки з психіатрії.

3. Спеціалізовані інституційні психіатричні клініки, які надають послуги для хворих з гострими психічними розладами у відділеннях суворого режиму, відділеннях судової психіатрії, а також для хворих важко виліковних психічних захворювань, при постійному контролі правозахисних організацій [102].

В останнє десятиліття ВООЗ відзначає зростання глобального тягаря психічних хвороб серед усіх захворювань і є однією з основних причин інвалідності у світі, яка є великим тягарем на фінансово-економічну та соціальну політику будь-якої держави. Встановлено, що багато країн будь-якого рівня зустрічаються з проблемою збереження та зміцнення психічного благополуччя населення, а особливо серед маргінальних і уразливих груп населення враховуючи масштаби як матеріального і людського збитку, що наноситься суспільству, страждання рідних хворих та інвалідність. За даними епідеміологічних досліджень від 5 до 7 % населення світу страждає від психічних захворювань .

За даними ВООЗ «Атлас психічного здоров'я 2020» середні річні державні витрати у 2019 р. на душу населення на психічне здоров'я у США становили 7,49 (у доларах США). У 2019 р. середні світові витрати на психіатричні лікарні на душу населення становили 2,77 (у доларах США). Атлас надає актуальну інформацію про політику щодо психічного здоров'я, законодавство та фінансування, наявність та використання служб психічного здоров'я, людських ресурсів та систем збору інформації/даних [103].

Міжнародна організація праці (МОП) визнала COVID-19 (ILO Standarts and COVID-19 (coronavirus) FAQ: key provisions of international labour standarts reltvant to the evolving COVID-19 outbreak (2020, Version 1.2)] новим професійним захворюванням, тому що воно виникло внаслідок виконання професійних обов'язків на робочому місці у ЗОЗ. За даними ВОЗ до професійних ризиків під час пандемії COVID-19 включено: інфікування COVID-19 під час виконання професійних обов'язків, шкода здоров'ю через тривале використання засобів індивідуального захисту (ЗІЗ), що може стати ризиком виникнення теплового стресу, шкірних розладів та виникнення алергічної реакції, вплив дезінфікуючих засобів через надмірне їх використання згідно протоколу, психофізіологічні чинники які негативно впливають

---

на нервово-емоційний стан з виникненням тривожних станів, депресій, суїцидальних думок/спроб, ПТСР, хронічна втома, дискримінація, психічне та фізичне насильство [104].

У сфері покращення (охорони) психічного здоров'я важливими орієнтирами стали наступні країни: США, Італія, Іспанія, Польща, Бельгія, Угорщина, Швеція, Франція, Велика Британія та інші країни. Всі ці країни досягли успіху завдяки прийняттю Загальних законодавчих законів щодо охорони психічного здоров'я які створили сприятливі умови для проведення успішної реформи у цієї галузі: реформування психіатричних стаціонарів, деінституціоналізацію спеціалізованої допомоги, покращення рівня первинної медичної допомоги за постійним місцем проживання, перейшли на мультидисциплінарну модель надання медичної допомоги хворим з розладами психіки та поведінки. Головними цілями цієї реформи були направлені на зміцнення та відновлення здоров'я пацієнтів, забезпечення належного догляду, поважання прав пацієнтів, дотримання конфіденційності, інформування про лікування пацієнтів, залучення пацієнтів до планування та здійснення їх догляду, формування довіри між персоналом та пацієнтом, згода на лікування, повідомлення родичів, опікунів про діагноз тощо.

Законодавство Європейського Союзу у сфері збереження психічного здоров'я, орієнтовано на децентралізацію системи охорони психічного здоров'я, розвиток служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання з соціальною інтеграцією пацієнтів (здобуття освіти, забезпечення проживання) на рівні територіальної громади, нарощуванням потенціалу і компетентних кадрів з впровадженням системи акредитації та сертифікації фахівців в області психічного здоров'я, а також реструктуризацію державного фінансування спеціалізованих медичних послуг із охорони психічного здоров'я, що повністю відповідає заходам Комплексному плану дій в галузі охорони психічного здоров'я, розробленого ВООЗ. Законодавство європейських країн спонукає лікування хворих з психічними розладами здійснювати у психологічному комфорті, у терапевтичному середовищі - з метою «відновлення життя людини», духовного одужання, інтеграції пацієнтів у суспільство [105,с.447, 106,с.47, 107,р.383].

**Висновок:** Законодавство Європейського Союзу орієнтовано на децентралізацію системи охорони психічного здоров'я, розвиток служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання з соціальною інтеграцією пацієнтів (здобуття освіти, забезпечення прожи-

---

вання) на рівні територіальної громади, нарощуванням потенціалу і компетентних кадрів з впровадженням системи акредитації та сертифікації фахівців в області психічного здоров'я, а також реструктуризацію державного фінансування спеціалізованих медичних послуг із охорони психічного здоров'я, що визначено заходами Комплексному плану дій в галузі охорони психічного здоров'я, розробленого ВООЗ. Відповідно до Конвенції «Про захист прав людини і основоположних свобод», Декларацій: «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження», «Про принципи, політику та практичну діяльність у галузі освіти осіб з особливими освітніми потребами та Рамки дій щодо освіти осіб з особливими освітніми проблемами», «Про етичні стандарти психіатричної практики», «Європейська декларація з охорони психічного здоров'я», «Про психічне здоров'я в країнах які створились після розпаду РСРС», Резолюції «Захист осіб з психічними захворюваннями та поліпшення психіатричної допомоги», Рекомендації «Психіатрія і права людини», документи ВООЗ: «Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья», «Mental health action plan for Europe facing the challenges, building solutions», «Policy and practice on mental health in Europe + struggle with difficulties», «Удосконалення систем охорони здоров'я та послуг для психічного здоров'я», «Zero version of the draft Global Plan of Action for the Protection of Mental Health 2013+2020», «Health 2020: foundations of European policy in support of the actions of the entire state and society in the interests of health and wellbeing», «Indicators of evaluation and quality improvement and human rights in psychiatric institutions and social care institutions», Зеленої книги «Вдосконалення психічного здоров'я населення: До стратегії психічного здоров'я для Європейського Союзу» лікування хворих з психічними розладами здійснюється у психологічному комфорті, у терапевтичному середовищі з метою «відновлення життя людини», духовного одужання, інтеграції пацієнтів у суспільство.

#### **Розділ 4.**

#### **Стратегія безпекового середовища ЗОЗ психіатричного профілю в Україні: архітектурно-планувальні, санітарно-гігієнічні та медичні аспекти.**

В Україні вченими Сміяновим В.А. (2013), Дубінським С.В. (2016) розглядаються питання забезпечення доступності та якості медич-

---

ної допомоги як базової основи формування міцного здоров'я і благополуччя населення, розробляються заходи щодо удосконалення системи управління ЗОЗ на інноваційних засадах, в тому числі ЗОЗ приватної форми власності [108, с. 106, 109, с. 51].

За результатами досліджень Чугунова В.В. (2015), Тімашова В.М. (2017) та Орап М. (2019) психічне здоров'я розглядається як складник понятійної сфери здоров'я та перспективний напрям розвитку служби охорони психічного здоров'я в Україні. Проводиться психосемантичне дослідження концептів «Здоров'я» та «Хвороба». Приділяється увага менеджменту приватної психіатричної допомоги як підґрунтя соціальної адаптації психічно хворих, та його удосконаленню [110, с. 198, 111, с. 250, 112, с. 113].

Питанням щодо архітектурно-планувальних рішень будівництва нових ЗОЗ ПП, дизайну інтер'єрів, формування зовнішнього та внутрішнього середовища вітчизняними фахівцями/науковцями приділяється недостатньо уваги, хоча новітні підходи до будівництва, внутрішнього оздоблення, дизайну інтер'єрних просторів психіатричних лікарень відіграють важливу роль на самопочутті, лікуванні пацієнтів, так і на психофізіологічний стан медичних працівників лікарняного закладу.

Більшість психіатричних лікарень будувались в радянські часи і при будівництві не враховувались ергометричні, естетично-композиційні, візуальні та інші питання для комфортності пацієнта та медичних працівників ЗОЗ.

За результатами досліджень Целуйкіна О.В. (2015), Булах І.В. (2016) основний акцент при будівництві ЗОЗ загального профілю в своїх працях звертали увагу на розміщення лікарень у природно-ландшафтній місцевості, використання індивідуальних проектних рішень для кожного окремого лікувального закладу та відмову від традиційного типово-індустріального проектування та будівництва ЗОЗ [113, 114, с. 392].

Авторами Байда Л., Іванова О. (2019) запропоновано універсальний дизайн в медичних закладах для осіб з інвалідністю, щоб пацієнт був в центрі уваги в ЗОЗ враховуючи всі потреби пацієнта. Універсальний дизайн має свої переваги: формує інклюзивне суспільство, зменшує стигму та дискримінацію, допомагає пацієнтам бути мобільними і соціально незалежними від сторонньої допомоги. Застосування принципів універсального дизайну в медичних закладах авторами запропоновано дотримуватись наступних принципів: рівноправне

---

використання, гнучкість у використанні, просте та інтуїтивне використання, сприйняття інформації, незалежно від фізичного зусилля та сенсорних можливостей користувачів відчувати розмір та простір. Авторами в архітектурно-планувальних рішеннях, дизайну інтер'єрів враховані індивідуальні можливості пацієнтів (освітлення, підбір столів, стільців по висоті, кольорове кодування на стінах, підлоги) [115].

В дослідженнях Поцелуєва Н.В. (2016) відображена проблема проектування та будівництва сучасних багатофункціональних наркологічних закладів (диспансерів, лікарень, реабілітаційних/трудотерапевтичних центрів) в Україні, які повинні мати функціонально-організаційний зв'язок між собою. На його думку при проектуванні таких закладів необхідно такі центри розміщувати у великих містах, як наприклад у м. Києві - міська наркологічна клінічна лікарня «Соціотерапія». Разом з тим, питання, що стосується будівлі, то автором відмічено, що цей комплекс знаходиться в пристосованій будівлі, а не в новій побудованій багатофункціональній будівлі. В Україні, зазначено автором, відсутні нові багатофункціональні наркологічні центри, що є великою проблемою для пацієнтів з цією патологією. Фактори які можуть впливати при будівництві сучасних багатофункціональних наркологічних закладів з точки зору науковця наступні: соціально-економічні, природно-кліматичні, містобудівні, інженерно-технічні, функціонально-планувальні, архітектурно-естетичні, конструктивні [116,с.368].

За даними дослідження Шкляр С. (2023), Луценко А.О. (2022), Костюченко О.А. (2018), та інших науковців щодо дизайнерських та архітектурно-планувальних рішень реабілітаційних центрів ЗОЗ, центрів соціально-психологічної реабілітації як для дітей, так і для дорослих на прикладі закордонного досвіду необхідно приділяти увагу внутрішньому комфорту для пацієнтів які проходять реабілітацію, так і для медичного персоналу. Архітектурно-планувальні рішення повинні включати економічні, соціальні екологічні (пацієнт і природний ландшафт), санітарно-гігієнічні, інженерно-технічні аспекти під час планування та будівництва ЗОЗ [117,с.271,118,с.156,119,с.71].

Питання щодо впливу дизайну інтер'єрів ЗОЗ по відношенню пацієнта досліджувалось Велігоцькою Ю.С. (2020), Булгаковою Т. (2021), Радченко В. (2023). В їх працях акцентується увага на дотриманні необхідних аспектів для комфортності пацієнтів: естетичного, екологічного, функціонального (технічний та лаконічний дизайн для легкого пересування пацієнтів, медичних працівників), психоло-

---

гічного. Також науковцями наголошено, що необхідно обов'язково враховувати при обладнанні будівель: шумовий фон (використання шумозахисних матеріалів), природне та штучне освітлення приміщень; при обладнанні внутрішнього дизайну: естетично-композиційні (візуально-графічні засоби, символи, об'ємно-графічні, кольорові елементи), ергометричні, візуальні орієнтири, при цьому повинні враховувати санітарно-гігієнічні вимоги та пожежної безпеки. Для штучного освітлення пропонується використовувати сучасні технології освітлення, які орієнтовані на енергоефективне, високопродуктивне (світлодіодові світильники) використання. Науковці пропонують індивідуальний підхід на заміну типовому радянському будівництву ЗОЗ з використанням сучасних просторових та архітектурно-інтер'єрних рішень, а саме використання модульних конструкцій, сучасних будівельних матеріалів - антимікробні покриття для стін, підлоги для захисту від ІПНМД [120,с.56,121,с.212,122,с.226].

Вченими Отрощенко Д.В. (2014), Чернявський К.В. (2013) вивчалось питання щодо зовнішніх (природно-кліматичні, містобудівні, соціально-демографічні, економічні та екологічні) та внутрішніх (санітарно-гігієнічні, психофізіологічні, естетичні, медико-технологічні, інженерно-технічні) факторів, що впливають на формування архітектури дитячих лікувальних закладів онкологічної спеціалізації та особливості психофізіології дітей на світло-кольорове середовище дизайну інтер'єрів в дитячих лікувальних закладах [123,с.398,124,с.161].

Українськими вченими Акіменко В.Я. (2017, 2018, 2019), Сердюк А.М. (2018), Бердник О.В. (2016) приділяється увага якості внутрішньолікарняного середовища приміщень ЗОЗ загального профілю за фізичними факторами, зокрема освітленістю палат. Науковцями встановлено достовірний взаємозв'язок між психофізіологічним станом людини та дією природного і штучного світла, інсоляції. Чим менше природнього світла в приміщеннях палат ЗОЗ, тим більше пацієнт відчуває занепокоєння, втому, депресивні та тривожні ознаки, панічні атаки [125,р.117,126,с.26,127,с.4,128,с.31,129,с.329, 130, с.21].

Українськими вченими Махнюк В.М. (2018, 2018, 2020), Чайка А.В. (2021) у своїх дослідженнях вивчали гігієнічні аспекти розміщення в сучасних умовах щільної містобудівної ситуації вбудованих в житлові будинки ЗОЗ первинної ланки та стоматологічних ЗОЗ із використанням високотехнологічного обладнання, розміщення зони спеціального призначення на прибудинковій території під розміщення автостоянки для медпрацівників та пацієнтів [131,с.28,132,с.25,133,134,с.1].

---

В своїх працях Кундієв Ю.І. (2011), Сагош О.Д. (2015), Яворовський О.П. (2017,2020,2021), О.Буряк (2021) описали дію багатьох професійно-шкідливих чинників на медичних працівників (МП) під час надання медичним працівниками медичної допомоги пацієнтам. Ними вивчались професійно-шкідливі фактори в умовах поліклінічної та стаціонарної допомоги в лікарнях загального профілю, а саме: фізичні (ультразвукове, електромагнітне, лазерне, радіаційне випромінювання, шум, вібрація, підвищений атмосферний тиск, невідповідне природне та штучне освітлення робочого місця, невідповідність показників мікроклімату (температура, вологість, швидкість руху повітря); хімічні (антибіотики, анестетики, хіміотерапевтичні та інші препарати, засоби особистої гігієни, дезінфікуючі та антисептичні засоби при обробці рук та приміщень); біологічні (резистентність вірусів, важкість праці (робота у вимушеному положенні, стереотипні робочі рухи, надлишкове напруження аналізаторних систем) [135-140,с.5].

В Україні за офіційними статистичними даними біля 1,1 млн (60%) МП всіх спеціальностей працюють в небезпечних, шкідливих умовах праці. В Україні достовірних статистичних даних щодо професійних захворювань в галузі медицини відсутні, але за результатами досліджень Кундієв Ю.І.(2014), Лашкул З.В. (2014), Дужий І.Д. (2017), Литвинюк О.П. (2018), та інших науковців описана професійна захворюваність МП в лікарняних закладах та з'ясовано ставлення лікарів до проблем профілактики. Більшість МП приховують свої професійні захворювання через боязкість втратити роботу [141,с.5,142,с.23,143,с.99,144].

Професійна захворюваність працівників в галузі ОЗ досліджувались Тимошиною Д.П (2015), Нагорною А.М. (2016), Баркевич В.А. (2017) та іншими науковцями, як в основній із виробничих сфер, в якій фіксуються найбільш численні випадки по виробничому травматизму та травми зі смертельними наслідками. Аналіз професійної захворюваності по Україні за 15 років (з 2001 по 2015 р.р.) провела Нагорна А.М. За її даними за цей період сталося 1092 випадків (1,2%) серед МП, що є найвищим показником серед інших галузей. [145,с.6,146,с.54,147,с.3,148,с.54].

Перше місце причини професійних захворювань за даними українського вченого Яворовського О.П. (2020) займають причини організаційного характеру – 59% (порушення правил техніки безпеки та посадових обов'язків, другу місце – 37,8% психофізіологічні причини



---

(незадовільні фізичні дані або стан здоров'я медичного працівника, при цьому травми зі смертельними наслідками найчастіше виникають через психофізіологічні причини і складають до 78,2%, а через причини організаційного характеру смертельні випадки складають 20,6% [149,с.24].

За даними Сидоренко А.С.(2021), Березовський А.П., (2021) під час пандемії COVID-19 до основних травмонебезпечних галузей економіки в Україні та видів робіт відноситься охорона здоров'я – 74 %, за цей період в Україні було зареєстровано 78 тис. випадків захворювання медичних працівників на COVID-19 із них 708 – летальних (по причині високої концентрації збудника SARS-CoV-2 в інфекційних лікарнях, недостатність ЗІЗ та інші) [150,с.60,151,с.92].

Як відмічає Сидоренко А.С. (2021) медичні працівники ЗОЗ під час пандемії COVID-19 виконували важливу роль як в лікуванні, профілактиці, вакцинуванні пацієнтів, при цьому стикались з ризиком інфікування [150,с.60].

За даними Буряк О., (2021), Яворовського О.П., (2020) під час пандемії COVID-19 забезпеченість обладнанням лікарень України становило до 71,2%, а засобами індивідуального захисту (ЗІЗ) - окулярами, костюмами біозахисними, масками медичними, респіраторами, від 50% до 59,4% [152,с.5,153,с.159].

За результатами досліджень (Яворовський О.П., 2020), (Андрейчук М.А., 2021) комбінованого впливу на умови праці медичного персоналу не лише збудника вірусу SARS-CoV-2, а й фізичних, хімічних, психофізіологічних чинників, недостатнього забезпечення засобів індивідуального захисту (ЗІЗ), встановлено, що інфікування серед МП збільшувалось у 3,8 рази, а ризик смертельних випадків - у 1,5 рази [154,с.10,155,с.4,156,с.21].

Для безпечного та комфортного перебування медичного персоналу, так і хворих на SARS-CoV-2, ВООЗ запропоновано в ЗОЗ країн світу використовувати чисте повітря з розрахунку не менше 160 л/с на одного хворого. Під час пандемії в Україні не були враховані такі вимоги до вентиляційних систем у відділеннях, які приймали хворих на SARS-CoV-2.

При пандемії COVID-19 під час розслідування комісіями обставин і причин випадків професійних захворювань і смертельних випадків серед медичних працівників були виявлені грубі порушення санітарно-гігієнічних та протиепідемічних вимог внутрішньо лікарняного режиму, а саме: невикористання ЗІЗ, порушення розмежування «чистої»



---

та «брудної» зони, порушення гігієни рук та дихальних шляхів, відсутність щеплення від інфекційних захворювань, невчасне проходження тестування ПЛР та інші [157, с.48, 158, р.568,159, р.568,160, с.132].

Лише окремими вченими приділяється увага до проектування, будівництва ЗОЗ психіатричного профілю, зокрема авторами Ковальова Ю.М. (2013), Андрущенко Л.М. (2013) запропоновано використовувати поєднання світла і кольору, фактурних і природних матеріалів, які мають властивість покращенню психофізіологічного стану пацієнтів на психічні захворювання та медичних працівників медичних закладів [161,с.58,162,с.15].

**Висновок:** У вітчизняній науковій літературі українськими вченими висвітлюються питання щодо забезпечення доступності та якості медичної допомоги як базової основи формування міцного здоров'я і благополуччя населення, розробляються заходи щодо удосконалення системи управління ЗОЗ на інноваційних засадах, в тому числі ЗОЗ приватної форми власності. Вивчаються зовнішні та внутрішні фактори лікарняного середовища, що можуть впливати на особливості психофізіології дітей в дитячих лікувальних закладів онкологічної спеціалізації. Українськими вченими гігієністами приділяється увага якості внутрішньолікарняного середовища приміщень ЗОЗ загального профілю за фізичними, хімічними та біологічними факторами, та їх комбінованого впливу на професійну захворюваність медичного персоналу в ЗОЗ, та з'ясовано ставлення лікарів до проблем профілактики.

Лише вченими наркологами підіймаються питання щодо потреби у будівництві нових багатофункціональних будівель наркологічних клінічних лікарень на базі індивідуальних проектних рішень для кожного окремого лікувального закладу та відмову від традиційного типово-індустріального проектування та будівництва ЗОЗ.

Питання потреби будівництва нових сучасних ЗОЗ ПП з урахуванням новітніх природно-кліматичних, екологічних (пацієнт і природний ландшафт), містобудівних, архітектурно-планувальних рішень, дизайну інтер'єрів, інженерно-технічних, естетичних рішень для створення комфортного зовнішнього (прилікарняного) простору та оптимальних умов внутрішньолікарняного середовища, що відіграють важливу роль на самопочутті, лікуванні пацієнтів, так і на психофізіологічний стан медичних працівників ЗОЗ ПП жодним із українських науковців не піднімаються.

---

## Література:

1. Кравчук, Т.В. Психіатричні лікувальні заклади СРСР наприкінці 20-х р.р.-початку 50-хр.р. ХХ ст.(на матеріалах України): дипломна робота. Педагогіка. 014.03 – Історія. Правознавство. ВДПУ ім.М.Кацюбинського, Вінниця, 2020. 80 с.
2. Психіатрія і наркологія: підручник. Гавенко, В.Л. Бітенський, В.С. Абрамов, В.А. та ін., за ред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. - 3-є вид., переробл. і допов. Київ: ВСВ «Медицина», 2020. 512 с.
3. Вовк, О.І. З історії розвитку психіатрії: хронологічна таблиця. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2016. Т.3, № 2 (6). С.138-145.
4. Підкоритов, В.С. Психіатрія в Україні – минуле, теперешнє, майбутнє. *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. 2008. № 2(14). С.29-32.
5. Psychiatry and Narcology: textbook. H.M. Kozhyna, T.S. Mishchenko. N.O. Maruta et al. Kyiv: AUS Medicine Publishing, 2021. 352 p.
6. Медсестринство в психіатрії і наркології: підручник (ВНЗ 1-III р.а.). І.І. Погорелов, С.Ю. Сезін- 3-є вид., 2018. 352 с.
7. Thomsen H.P., Dilling H. Changing care for the mentally ill in the «house of the poor insane in Lübek» from the 17<sup>th</sup> to the early 19<sup>th</sup> *Forsch NeurolPsychiatr.* 2008; 76(6):325-333. Doi: 10.1055/s-2008-1038200.
8. Петрюк, П.Т., Петрюк, А.П. Психіатрія при нацизмі: об історії установа пам'ятних знаків расстреляних пацієнтів Сабурової дачі. *Психічне здоров'я*. 2013. № 2. С. 115-118.
9. Психіатрія. Козідубова, В.М., Кузнецова, В.М., Вербенко, В.А. та інш. за ред. Козідубової В.М.. Харків: Оберіг, 2013 р. 1164 с.
10. Демочко, Г.Л. Формування і розвиток української радянської системи охорони здоров'я у Харкові (1919-1934 р.р.): автореферат дис....канд. історичних наук. 07.00.01 – Історія України ЧНУ ім. В.Н. Каразіна. Харків, 2011. 20 с.
11. Селезнев, Е.И., Касько, А.Ф.,.. Развитие психиатрической помощи на Буковине. В кн. История украинской психиатрии, Сб. научных работ. Т.1, Харьков, 1994. - С. 121-122.
12. Альков, В.А., Віддзеркалення повсякденності психічнохворих та медичного персоналу кін. ХІХ – поч. ХХ ст. в спогадах К.К. Платонова про діда, Секція: Актуальні пробле-

---

ми історичних наук , 2015 р. //https://scholar.google.com.ua/scholar?q=related:4J\_2mG0V\_oJ:scholar.google.com/&scioq=%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BB%D1%96%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%BD%D1%96+%D1%96%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%80%D1%96%D1%8F+&hl=uk&as\_sdt=0,5.

13. Мельничук, О.А. Знищення душевнохворих 4-ї радянської психіатричної лікарні м.Вінниця в роки нацистської окупації (1941-1944 р.р. Наукові записки ВДПУ ім. М.Коцюбинського. Серія: Історія. Вип. 26. Вінниця: ФОП Корзун Д.Ю., 2018. С.179-191.
14. Психіатрія. Напреєнко, О.К., Влох, І.Й., Голубков, О.З. [інш.]. За ред. Проф. О.К. Напреєнка. Київ: Здоров'я, 2001. 584 с.
15. Робак, І.Ю., Демочко, Г.Л. Охорона здоров'я в першій столиці радянської України (1919-1934 р.р.). Харків: Колегіум. 2012. 260 с.
16. Волоніць, В. Система охорони здоров'я в УРСР та спроби її реформування. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету ім. М. Коцюбинського*. Серія: Історія. 2021. Випуск 37. С. 63-73. <https://doi.org/10.31652/2411-2143-2021-37-63-73>.
17. Грінченко, Г.Г. Масове знищення пацієнтів Ігреньської психіатричної лікарні впродовж 1941-1943 р.р. Вісник Харківського національного університету ім.В.Н. Каразіна. Серія «Історія України. Українознавство:історичні та філософські науки. 2016. Вип.23. С. 60-69.
18. Кицак, Б.В. Медичне забезпечення населення в райхскомісаріаті «Україна» в 1941-1944 р.р. : дисертація на здобуття науков.ступ.історичних наук зі спец. 07.00.01 «Історія України. Житомир, 2018. 23 с.
19. Маньковський, Б. Основні підсумки розвитку невропатології в УРСР; Протопопов В., Поліщук Й. Розвиток психіатрії в УРСР. Збірник Досягнення охорони здоров'я в УРСР. Київ. 1958 р. 726 с. URL: <http://irbis-nbuv.gov.ua/ulib/item/0001445>.
20. Широкова, І. В. Позиція західної медичної спільноти щодо каральної психіатрії в СРСР (1960–1980-ті рр.). Журнал Національного університету «Києво-Могилянська академія». *НАУКОВІ ЗАПИСКИ*. Том 143. 2013 р. Історичні науки С. 36-42.
21. Грінченко, Г.Г., Венгер, А.Г. Масове знищення пацієнтів Ігреньської психіатричної лікарні впродовж 1941-43 р.р.: цифри,

- 
- люди, долі. *Вісник Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна*. 2016. Вип.23. С. 60-69.
22. Чайка, О.В. История психиатрической лечебницы «Бетания». *Музейний вісник*. № 14. С.177-192.
  23. Коротенко, А.И. Психиатрия на перепутье: Украина 1990-2001 г.г. К.: Сфера, 2003. 119 с.
  24. Защик, Н.С., Загородній, С.М. Підходи до збереження психічного здоров'я сільського населення в умовах впровадження сімейної медицини. *Україна. Здоров'я нації*. 2015. № 1. С. 114-121.
  25. Чорна, В.В. Гігієнічні аспекти становлення психіатричної служби в Україні: минуле, теперішнє, майбутнє. *Молодий вчений*. 2021. №2 (90) С.47-51 DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2021-2-90-9>.
  26. Anderson, K., Goldsmith, L.P., Lomani J. et al. Short-stay crisis units for mental health patients on crisis care pathways: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*. 2022;8(4):e144. Doi: 10.1192/bjo.2022.534.
  27. Kovacs, Z., Asztalos, M., Grøntved, S. et al. Quality assessment of a consultation-liaison psychiatry service. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):281. Doi: 10.1186/s12888-021-03281-4.
  28. Zhang, Y., Tzortzopoulos, P., Kagioglou, M. Healing built-environment effects on health outcomes: environment-occupant-health framework. *Building Research & Information*. 2019;47(6):747-766. <https://doi.org/10.1080/09613218.2017.1411130>.
  29. Price, O., Baker, J., Bee, P., et al. The support-control continuum: an investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *Int Journal Stud*. 2018; 77:197-206. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.10.002.
  30. Farden, A., Rosenqvist, C., Håkansson, M. et al. Environmental transformations enhancing dignity in an acute psychiatric ward: outcome of a user-driven service design project. *HERD*. 2013;16(2):55-72. Doi: 10.1177/19375867221136558.
  31. Grignoli, N. Potential space in hospitals: insight from a health psychologist. *HERD*. 2021;14(2):84-95 doi: 10.1177/1937586720983831.
  32. Liu, J., Yu, W., Ding, T., Li, M., Zhang, L. Cross-sectional survey on job satisfaction and its associated factors among doctors in tertiary public hospitals in Shanghai, China. *BMJ Open*. 2019. 9(3):e023823. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023823.

- 
33. Ai, Y., Rahman, M.K., Newaz, M.S. et al. Determinants of patients' satisfaction and trust toward healthcare service environment in general practice clinics. *Front Psychol.* 2022;13:856750. Doi: 10.3389/fpsyg.2022.856750. eCollection 2022.
  34. Jue, K., Nathan-Roberts, D. (2019). How noise affects patients in hospital. *Sage Journal.* 63(1), 1510-1514. doi: <https://doi.org/10.1177/1071181319631325>.
  35. Zhang, Y.W., Wang, J., Fang, T.H. The effect of horticultural therapy on depressive symptoms among the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Front Public Health.* 2022;10:953363. Doi: 10.3389/fpubh.2022.953363.eCollection 2022.
  36. Hsu, T., Ryherd, E., Waye, K. & Ackerman, J. (2012). Noise pollution in hospitals: Impact on patients. *Journal of Clinical Outcomes Management.* 19 (7), 301-309.
  37. Architecture for residential care and ageing communities. Edited by Sten Gromark and Björn Andersson. 2020. 308p. URS: [outledge.com/Architecture-for-Residential-Care-and-Ageing-Communities-Spaces-for-Dwelling/Gromark-Andersson/p/book/9780429342370](https://outledge.com/Architecture-for-Residential-Care-and-Ageing-Communities-Spaces-for-Dwelling/Gromark-Andersson/p/book/9780429342370).
  38. Федосюк, Р.М., Ковальова, О.М., Слабкий, Г.О. Дизайн відділень інтенсивної терапії з точки зору безпеки пацієнтів: порівняльна характеристика європейських, американських і вітчизняних стандартів. *Україна. Здоров'я нації.* 2017. № 1. С. 53-61. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn\\_2017\\_1\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2017_1_11).
  39. Jiang, S., Verderber, S. On the planning and design of hospital circulation zones. *HERD.* 2017;10(2):124-146. Doi: 10.1177/1937586716672041.
  40. Ulrich, R.S., Bogren, L., Gardiner, S. Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. *Journal of Environmental Psychology.* 2018. 57, 53-66. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2018.05.002>.
  41. Papoulis, C., Csipke, E., Rose D. et al. The psychiatric ward as a therapeutic space: systematic review. *British journal of Psychiatry.* 2014;205(3):171-176. Doi: 10.1192/bjp.bp.114.144873.
  42. Liu, Z., Yang, Z., Osmani, M. et al. The Relationship between sustainable built environment, art therapy and therapeutic design in promoting health and well-being. *Environ Res Public Health.* 2021;18(20):10906. Doi: 10.3390/ijerph182010906.
  43. Faerden, A., Rosenqvist, C., Håkansson, M. et al. Environmental transformations enhancing dignity in an acute

- 
- psychiatric ward: outcome of a user-driven service design project. *HERD*. 2022;16(2):19375867221136558. Doi: 10.1177/193758672211365589.
44. Sousa, C., Seabra, P. Assessment of nursing workload in adult psychiatric inpatient units: a scoping review. *Journal Psychiatr Mental Health Nurs*. 2018;25(7):432-440. Doi: 10.1111/jpm.12468.
  45. Park, Suin, Park, Sohee, Lee, Y.J. et al. Nurse staffing and health outcomes of psychiatric inpatients: a secondary analysis of national health insurance claims data. *Journal Korean Acad Nurs*. 2020;50(3):333-348. Doi: 10.4040/jkan.19203.
  46. Yousefzadeh, A., Maleki, A., Athar, D. & Kashefi, H. Evaluation of bio-aerosols type, density, and modeling of dispersion in inside and outside of different wards of educational hospital. *Environ Sci Pollut Res Int*. 2022. vol.29(10). P. 14143-14157. doi: 10.1007/s11356-021-16733-x.
  47. Hiwar, W., King, M.-F., Kharrufa, H., Tidswell, E.&Noakes, C.J. What is the relationship between indoor air quality parameters and airborne microorganisms in hospital environments? A systematic review and meta-analysis. *Indoor Air*.2021;31(5):1308-1322. doi: 10.1111/ina.12846.
  48. Zimring, C., Denham, M.E., Jacob, J.T. &Steinberg, J.P. Evidence-based design of healthcare facilities: opportunities for research and practice in infection prevention. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2013. Vol.34(5). P. 514-516. doi: 10.1086/670220.
  49. Stichler, J.F. Facility design and healthcare-acquired infections: state of the science. *Journal Nurs Adm*. 2014. Vol.44(3). P. 129-132. doi: 10.1097/NNA.0000000000000039.
  50. Emmanuel, U., Osondu, E.D., Kalu, K.C. Architectural design strategies for infection prevention and control (IPC) in health-care facilities: towards curbing the spread of COVID-19. *Environ Health Sci Eng*. 2020. Vol.18(2):1699-1707. Doi: 10.1007/s40201-020-00580-y. eCollection 2020 Dec.
  51. Machry, H., Matic, Z., Oh, Y. & Zimring, C.M. Healthcare design to improve safe doffing of personal protective equipment for care of patients with COVID-19. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2022. Vol. 43(12). P. 1796-1805. doi: 10.1017/ice.2021.526.
  52. Houghton, C., Meskell, P., Delaney, H., Smalle, M.& Biesty, L. Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious

- 
- diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020. Vol.4(4):CD013582. doi:10.1002/14651858.CD013582.
53. Peters, A., Schmid, M., Parneix, P., Lebowitz, D. & Pitter, D. Sm-pact of environmental hygiene interventions on healthcare-associated infections and patient colonizatio: a systematic review. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2022. vol.11(1):38-65. doi:10.1186/s13756-022-01075-1.
  54. Weber, C., Flores, V.M., Wheele, T.P. et al. Patients' health & well-being in inpatient mental health-care facilities: a systematic review. *Front Psychiatry*. 2022;12:758039. Doi: 10.3389/fpsyt.2021.758039. eCollection 2021.
  55. Cusack, L., Munt, R., Verdonk, N. et al. Comparison of experiences of nursing staff and patients before and after move to 100% single-bed room hospital in Australia: mixed methods. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):81. Doi: 10.1186/s12913-023-09073-8.
  56. Canazei, M., Wilfried, P., Bauernhofer, K., Weiss, E. (2017). Psychophysiological effects of a single, short, and moderately bright room light exposure on mildly depressed geriatric inpatients: a pilot study. *Gerontology*. Vol. 63. N 4. P. 308-317.
  57. D'Agostino, A., Ferrara, P., Terzoni, S. et al. (2020). Efficacy of triple chronotherapy in unipolar and bipolar depression: a systematic review of the available evidence. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 276. P. 297-304.
  58. Hurd, D., Herrera, M., Brant, J.M. et al. Prospective, open trial of adjunctive triple chronotherapy for the acute treatment of depression in adolescent inpatients. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2019;29(1):20-27. Doi:10.1089/cap.2018.0063.
  59. Ioannou, M., Szabó, Z., Widmark-Jensen, M. Et al. Total sleep deprivation followed by bright light therapy as rapid relief for depression: a pragmatic randomized controlled trial. *Front Psychiatry*. 2021;12:705090. Doi: 10.3389/fpsyt.2021.705090. eCollection 2021.
  60. Canazei, M., Wilfried, P., Bauernhofer, K., Weiss E. Psychophysiological effects of a single, short, and moderately bright room light exposure on mildly depressed geriatric inpatients: a pilot study. *Gerontology*. 2017. Vol. 63. N 4. P. 308-317.
  61. Chang, C-H., Liu, C-Y., Chen, S-J. et al. Efficacy of light therapy on nonseasonal depression among elderly adults: a systematic re-



- 
- view and meta-analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2018;14:3091-3102. Doi: 10.2147/NDT.S180321. eCollection 2018.
62. Verso, V.R., Caffaro, F., Aghemo, C. Luminous environment in healthcare buildings for user satisfaction and comfort: an objective and subjective field study. *Ind.and Bull Environment.* 2016;25(5):809-825. Doi: 10.1177/1420326x15598337.
  63. Darula, S., Christoffersen, J., Malikova, M. Sunlight and insolation of building interiors. *Energy Procedia.* 2015. Vol. 78. P. 1245-1250. Doi: 10.1016/j.egy.pro.2015.11.266.
  64. Jue, K., Nathan-Roberts, D. How noise affects patients in hospital. *Sage Journal.* 2019. Vol. 63(1), P.1510-1514. doi: <https://doi.org/10.1177/1071181319631325>.
  65. Walker, L., Karl, C.A. The yjspital (Not So) quiet zone: creating an environment for patient satisfaction throng noise reduction strategies. *HERD.* 2019;12(4):197-202. Doi: 10.1177/1937586719839229.
  66. Lenzer, B., Rupprecht, M., Hoffmann, C. et al. Health effects of heating, ventilation and air conditioning on hospital patients: a scoping review. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1287. Doi: 10.1186/s12889-020-09358-1.
  67. Brigand, G., Ahmad, R., Bulabula, A.N. Innovation for infection prevention and control – revisiting Pasteur’s vision. *Lancet.* 2022;400(10369):2250-2260. Doi: 10.1016/S0140-6736(22)02459-X.
  68. Thornton, G.M., Kroeker, E., Fleck, B.A. The impact of heating, ventilation, and air-conditioning design features on the transmission of viruses, including SARS-CoV-2: overview of reviews. *Interact journal Med Res.* 2020;11(2):e37232. Doi: 10.2196/37232.
  69. Giampieri, A, Ma Z., Ling-Chin, J. et al. An overview of solutions for airborne viral transmission reduction related to HVAC systems including liquid desiccant air-scrubbing. *Energy (Oxf).* 2022;244:122709. Doi: 10.1016/j.energy.2021.122709.
  70. LeBel, J.L., Duxbury, J.A., Putkonen, A. et al. Multinational experiences in reducing and preventing the use of restraint and seclusion. *Journal Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2014;52(11):22-29. Doi: 10.3928/02793695-20140915-01.
  71. Staggs, V.S. Trends in Use of seclusion and restraint in response to injurious assault in psychiatric units in U.S. hospitals. 2007-2013. *Psychiatr Serv.* 2015;66(12)1369-72. Doi: 10.1176/appi.ps.201400490.



- 
72. Lavy, S., Dixit M. Wall finish selection in hospital design: a survey of facility managers. *HERD*. 2012;5(2):80-98. Doi: 10.1177/193758671200500207.
  73. Laursen, J., Danielsen, A., Rosenberg, J. Effects of environmental design on patient outcome: a systematic review. *HERD*. 2014;7(4):108-119. Doi: 10.1177/193758671400700410.
  74. Kalantari, S., Snell, R. Post-occupance evaluation of a mental healthcare facility based on staff perceptions of design interventions. *HERD*. 2017;10(4):121-135. Doi: 10.1177/1937586716687714.
  75. Connellan, K., Gaardboe, M., Riggs, D. et al. Stressed spaces: mental health and architecture. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*. 2013;6(4):127-168. <https://doi.org/10.1177/193758671300600408>.
  76. –Papoulias, C., Csipke, E., Rose, D., Wykes, T. (2014) The psychiatric ward as a therapeutic space: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 205, no. 3, P. 171-176.
  77. –Kamal, S., McGovern, M., Kunideliene, et al. A comparison of presentations with self-harm to hospital in Lithuania and Ireland. *Int journal Environ Res Public Health*. 2021;18(5):2418. Doi: 10.3390/ijerph18052418.
  78. Hunt, J., Sine, D. (2015) Facility Guidelines Institute *Design Guide for the Built Environment of Behavioral Health Facilities*. Edition 7.0. 114 p. URL:[https://www.fgiguilines.org/wp-content/uploads/2017/03/DesignGuideBH\\_7.2\\_1703.pdf](https://www.fgiguilines.org/wp-content/uploads/2017/03/DesignGuideBH_7.2_1703.pdf).
  79. Чорна, В.В. Гігієнічні, епідеміологічні, психогенні та містобудівні аспекти щодо закладів психічного здоров'я в порівнянні з країнами ЄС. «Wissenschaft für den modernen Menschen '2022 / Science for modern man '2022», Innovative technology, security, medicine, biology, agriculture, art history, Karlsruhe, Germany, (January 30-31, 2022, monographic series «European Science» book8. Part2. Kapitel 6/chapter 6/ P.102-129,161-163. DOI: 10.30890/2709-2313.2022-08-02-033.
  80. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> (Accessed 14 May 2022).
  81. Конвенція № ETS N005 від 04.11.1950. «Про захист прав людини і основоположних свобод». Рим. Дата набуття чинності: 11.09.97 р. URL:[http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/ed\\_1950\\_11\\_04/an/2/MU50K02U.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/ed_1950_11_04/an/2/MU50K02U.html).

- 
82. Заключительный акт Совещания по безопасности и сотрудничеству в Европе. Хельсинки, 1975, документ 994\_055. URL: <https://www.osce.org/ru/ministerial-councils/39505>.
  83. Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження». URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990\\_005#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_005#Text).
  84. Рекомендація ПАРЕ 818 про ситуацію з психічними захворюваннями (1977) URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_069#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_069#Text).
  85. Генеральная ассамблея ВПА. (1983). Гавайская декларация II Всемирной психиатрической ассоциации. документ 995\_872. Вена. Австрия. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_872#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_872#Text).
  86. Положение и взгляды Всемирной психиатрической ассоциации о правах и юридической защите психически больных, VIII Всемирный конгресс по психиатрии, Афины, Греция, 1989, документ 995\_871. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MU89419>.
  87. Резолюція 46/119 «Захист осіб з психічними захворюваннями та поліпшення психіатричної допомоги» Генеральною Асамблеєю ООН (1992) по докладу Третього комітету (A/46/721). URL: <http://parusconsultant.com/?doc=010MCCF23E&abz=1S5C3>, [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_905#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_905#Text).
  88. Рекомендація ПАРЕ 1235 « Психіатрія і права людини» (1994). URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_200#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_200#Text).
  89. Саламанська декларація про принципи, політику та практичну діяльність у галузі освіти осіб з особливими освітніми потребами та Рамки дій щодо освіти осіб з особливими освітніми проблемами (1994). URL: [http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_001-94](http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_001-94).
  90. Мадридська декларація про етичні стандарти психіатричної практики (1996). URL: <https://www.wpanet.org/current-madrid-declaration>.
  91. Європейська соціальна хартія (переглянута), 1996. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_062#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062#Text).
  92. Загальний коментар №14 (2000) «Право на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я ( стаття 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні пра-

- 
- ва)» [https://cutt.ly/Qjp6SqPhttps://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43286/9241562943\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cutt.ly/Qjp6SqPhttps://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43286/9241562943_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
93. Организация служб охраны психического здоровья. ВООЗ. 2003. Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья. Источник: Organization of services for mental health. Geneva, World Health Organization, 2003 (Mental Health Policy and Service Guidance Package).
  94. Європейська Комісія. Зелена Книга Вдосконалення психічного здоров'я населення: До стратегії психічного здоров'я для Європейського Союзу від 14 жовтня 2005 р. Європейська Комісія COM(2005)484.
  95. Всесвітньої організації охорони здоров'я, Департаменту психічного здоров'я та токсикоманії у співпраці з Вікторіанським фондом зміцнення здоров'я і Мельбурзьким університетом. ВООЗ, Женева (2005). URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43286/9241562943\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43286/9241562943_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
  96. Європейська декларація з охорони психічного здоров'я: Європейська конференція ВООЗ на рівні міністрів з охорони психічного здоров'я, Гельсінкі, Фінляндія (2005) URL: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/88598/E85445R.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/88598/E85445R.pdf).
  97. Декларація ВООЗ «О психическом здоровье в странах, которые образовались после распада СССР», 2008, Мерано, Италия.
  98. World Health Organization (2008), Polityky ta praktyky schodo psykhichnoho zdorov'ia v Yevropi + borot'ba iz trudnoschamy [Policy and practice on mental health in Europe + struggle with difficulties], WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
  99. Удосконалення систем охорони здоров'я та послуг для психічного здоров'я. ВООЗ (2009). URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44219>.
  100. Culture and reform of mental health care in central and eastern Europe. WHO. 2018. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312314/9789289053075-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
  101. World Health Organization (2012), "Zero version of the draft Global Plan of Action for the Protection of Mental Health 2013+2020", available at: <http://psychiatr.ru/download/542?view=1&name=->

- 
- Global+MNH+Action++ Plan+Oslo+RUS.pdf (Accessed 20 Aug 2016).. + 33 с.
102. Mental health action plan 2013-2020. World Health Organization, 2015. URL: <https://www.who.int/publications/item/9789241506021>.
  103. Mental health atlas 2020. Geneva: World Health Organization; 2021. URL: <https://www.who.int/publications/item/9789240036703> (Accessed 14 May 2022).
  104. ILO Standarts and COVID-19 (coronavirus) FAQ : key provisions of international labour standarts reltvant to the evolving COVID-19 outbreak (2020, Version 1.2) / International Labour Organization. International Labour Standards Departament. Geneva : ILO; 2020. URL : [https://labordoc.ilo.org/discovery/fulldisplay?docid=alma995069093302676&context=L&vid=41ILO\\_INST:41ILO\\_V1&lang=en&search\\_scope=MyInst\\_and\\_CI&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=Everything&query=creator,exact,International%20Labour%20Organization.%20International%20Labour%20Standards%20Department&facet=creator,exact,International%20Labour%20Organization.%20International%20Labour%20Standards%20Department&offset=60](https://labordoc.ilo.org/discovery/fulldisplay?docid=alma995069093302676&context=L&vid=41ILO_INST:41ILO_V1&lang=en&search_scope=MyInst_and_CI&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=Everything&query=creator,exact,International%20Labour%20Organization.%20International%20Labour%20Standards%20Department&facet=creator,exact,International%20Labour%20Organization.%20International%20Labour%20Standards%20Department&offset=60).
  105. Чорна, В.В. Реформування охорони здоров'я для зміцнення психічного здоров'я населення України та досвід країн ЄС. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 2020, № 3. (Т.24). С.447-456. DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2020-24(3)-11.
  106. Чорна, В.В. Детермінація психічного здоров'я населення України та країн ЄС. *Довкілля та здоров'я*. 2020. № 2 (95). С.47-53 <https://doi.org/10.32402/dovkil2020.02.047>.
  107. Chorna, V.V., Makhniuk, V.M. Comparative characteristics of the conditions of stay and socialization of patients with psychoneurological pathology in Ukraine and the Poland Republic // Challenges and achievements of medical science and education : Collective monograph. Riga, Latvia : "Baltija Publishing". Medical University of Lublin, 2020. P. 383-411, 436p. DOI <https://doi.org/10.305225/978-9934-26-024-7-19>.
  108. Сміянов В.А., Степаненко А.В., Тарасенко С.В. Модель управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я. *Медицина сьогодні і завтра*. 2013. №4 (61). С.106-109.

- 
109. Дубінський, С.В. Проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України. *Європейський вектор економічного розвитку*. 2016. №1 (20) ISSN 2074-5362. С.51-59.
  110. Чугунов, В.В., Піронкова, О.Ф. Шляхи оптимізації менеджменту приватної психіатричної допомоги як підґрунтя соціальної адаптації психічно хворих. *Молодий вчений*. 2015. № 3 (18). С. 198-202.
  111. Тімашова, В.М., Тімашов, В.О. Психічне здоров'я як складник понятійної сфери здоров'я та перспективний напрям розвитку служби охорони психічного здоров'я в Україні. *Врачебное дело*. 2017. № 7. С. 250-255.
  112. Орап, М. Психосемантичне дослідження концептів «Здоров'я» та «Хвороба». *Humanitarium*. 2019. Том 43. Вип. 1. С.113-122. Doi: 10.31470/2308-5126-2019-43-1-113-122.
  113. Целуйкіна, О.В. Особливості формування архітектури медичних закладів (на прикладі міста Харкова): автореф. дис. ... канд. арх.-ри: спец. 18.00.01. О.В. Целуйкіна; Харків. Нац. Ун-т буд. Та архіт. Харків, 2015. 28 с.
  114. Булах, І.В. Ландшафт і вода, як основа сучасних світових тенденцій в проектуванні медичних закладів. *Сучасні проблеми архітектури та містобудування*. К. 2016. № 46. С. 392-396.
  115. Універсальний дизайн в медичних закладах. Байда, Л., Іванова, О. Посіб. За заг.ред. О. Іванова; ПРООН в Україні, Спільна програма «Сприяння інтеграційній політиці та послугам для людей з інвалідністю в Україні». К.:Ваште, 2019. 56 с.
  116. Поцелуєва, Н.В. Питання проектування та будівництва сучасних наркологічних центрів в Україні. *Сучасні проблеми архітектури та містобудування. Науково-технічний збірник*. Під ред. М.М. Дьомін. К., КНУБФ, 2016. Випуск 45, С.368-374 [http://nbuv.gov.ua/UJRN/avk\\_2017\\_11-12\\_68](http://nbuv.gov.ua/UJRN/avk_2017_11-12_68).
  117. Шкляр, С., Вороновський, І. Проблеми архітектурного формування центрів соціально-психологічної реабілітації. *Сучасні проблеми Архітектури та Містобудування*. 2023. № 65, С.271-281. <https://doi.org/10.32347/2077-3455/2023/65/271-281>.
  118. Lutsenko, A., Gnatiuk, L. Design solutions of atypical rehabilitation centers. Theory and practice of design. *Theory and practice of design. Culture and art*. 2022;2(26):156-166/ doi: 10/32782/2415-8151.2022.26.19.

- 
119. Костюченко, О.А. Архітектурно-типологічні моделі арт-центрів. *Сучасні проблеми архітектури та містобудування: наук. тех. зб. відпов.* Ред. М.М. Дьомін. К.:КНУБА, 2018. вип. 52. С. 71-77.
  120. Велігоцька, Ю.С., Гордієнко, С.М. Особливості формування сучасних інтер'єрів медичних закладів. *Архітектура та містобудування*. 2020. Том 6, випуск 159. С. 56-61. Doi: 10.33042/2522-1809-2020-6-159-56-61.
  121. Використання сучасних технологій при формування інтер'єру медичних установ. Булгакова, Т., Черкашина, А., Препелиця, В. Міжн.науково-прак.конференція «Актуальні проблеми сучасного дизайну. Київ. КНУТД, 22 квітня 2021. С. 212-215.
  122. Радченко, В. Фактори формування планувальної організації медичних закладів. *Сучасні проблеми Архітектури та Містобудування*. 2023. № 65. С. 226-235. DOI: <https://doi.org/10.32347/2077-3455.2023.65.226-235>.
  123. Отрощенко, Д.В. Фактори, що впливають на формування архітектури дитячих лікувальних закладів онкологічної спеціалізації. *Сучасні проблеми Архітектури та містобудування*. 2014. Вип. 37. С. 398-405.
  124. Чернявський, К.В. Принципи підвищення естетичних якостей інтер'єрів лікувально-оздоровчих закладів. *Сучасні проблеми архітектури та містобудування*. 2013. Вип. 32. С. 161-167.
  125. Якіменко, В.Я., Стеблій, Н.М. Удосконалення анкетного опитування по вивченню психофізіологічного впливу на людину природного освітлення та інсоляції житлових приміщень. *Гігієна населених місць: зб.наук.праць*. 2017. Аип.67. С.117-123.
  126. Акіменко, В.Я. Еритемна доза як один із критеріїв гігієнічної регламентації інсоляції. *Довкілля та здоров'я*. 2018. №1(85). С. 26-31. <https://doi.org/10.32402/dovkil2018.01.026>.
  127. Акіменко, В.Я., Стеблій, Н.М. До питання про бактерицидність ультрафіолетового випромінювання як складової інсоляції приміщення. *Довкілля та здоров'я*. 2019. № 2 (91). С. 4-9. <https://doi.org/10.32402/dovkil2019.02.004>.
  128. Інсоляція приміщення як фактор D-вітаміноутворювального опромінення лежачого хворого. Акіменко, В.Я., Сергейчук, О.В., Вознесенський, С.О., Стеблій, Н.М. *Довкілля та здоров'я*. 2022. № 1 (102), С. 31-44. <https://doi.org/10.32402/dovkil2022.01.031>.

- 
129. Сердюк, А.М., Якіменко, В.Я., Стеблій, Н.М. Результати вивчення взаємозв'язку міжсуб'єктивного оцінкою опитуваними стану свого здоров'я та умовами природного освітлення та інсоляції їх житла. *Журнал НАМН України*. 2018. Т. 24, №3-4, С. 329-337.
  130. Бердник, О.В., Полька, Н.С., Скочко, Т.П. [та інш.] Особливості використання «прямих» та «непрямих» показників здоров'я при оцінці динаміки його формування. *Здоров'я ребенка*. 2016. № 5(73). С. 21-25. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zd\\_2016\\_5\\_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zd_2016_5_4).
  131. Махнюк, В.М., Очеретяна, Г.В., Гаркавий, С.С. та ін. Санітарно-епідеміологічна складова проектування сучасних стоматологічних медичних закладів, вбудованих в житлові будинки. *Гігієна населених місць.: зб. Наук. Пр. Вип. 68. К.* 2018. С. 28-37.
  132. Махнюк, В.М., Очеретяна Г.В., Мишковська А.А. та ін. Гігієнічні питання використання високотехнологічного обладнання в медичних закладах стоматологічного профілю, вбудованих в житлові будинки. *Довкілля та здоров'я*. К. 2018. Вип. 4 (89). Ст. 25-31 (літературний пошук, аналіз результатів, підготовка до друку).
  133. Machniuk, V.M., Hopperia, V.G., Polka, O.O., Pavlenko, N.P., Ocheretyana G.V. Hygiene and ecology in state regulation of urban planning // Edited by the corresponding member of NAMS of Ukraine N.S.Polku. Видавництво МВЦ «Медінформ». К.: 2020. 131 p./16 p.
  134. Чайка (Очеретяна), Г.В., Махнюк, В.М. Організація зони спеціального призначення прилікарняної території під розміщення автостоянки для медпрацівників та пацієнтів з урахуванням закордонного досвіду. *Молодий вчений*. 2021 р. №1 (89). С.1-6.
  135. Гігієна праці: підручник (ВНЗ IV р.а.). Кундієв Ю.І., Яворовський О.П., Шевченко А.М. [та інш.]; за ред. Ю.І.Кундієва, О.П. Яворовського. Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина». 2011, 904 с.
  136. Сагош, О.Д. Охорона праці в галузі: навч.метод.посібник. О.Д. Саргош, О.В. Катрушов, В.Л. Філатова. Полтава. 2015. 241 с.
  137. Охорона праці в медичній галузі: Навч. метод. посібник для мед. ВНЗ IV р.а.-2-у видю, випр. Яворовський, О.П., Веремей, М.І., Зенкіна, В.І. [та інш.]. Київ, 2017. 208 с.



- 
138. Охорона праці в медичній галузі: підручник. О.П. Яворовський, І.В. Сергета, Ю.О. Паустовський та ін. За заг.редак. акад. НАМН України О.П. Яворовського. К.: ВСВ «Медицина».2021. 488 с.
  139. Гігієна та охорона праці медичного персоналу в умовах подолання пандемії COVID-19 (перше повідомлення. О.П. Яворівський та інш. *Довкілля та здоров'я*. 2020. 3(96). – С. 10-18. <https://doi.org/10.32402/dovkil2020.03.10>.
  140. Безпека праці та охорона здоров'я медичних сестер за умови пандемії COVID-19. Буряк, О. Димчук, О. Прокопенко, Т. Колісник. О. *Медсестринство*. 2021. №2. С.5-10. <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2021.2.12272>.
  141. Професійні інфекційні хвороби. Ю.І. Кундієв, А.М. Нагорна, Д.В. Варивончик. Київ : ВД «Авіцена», 2014. 528 с.
  142. Лашкул, З.В., Курочка, В.Л. Соціально-гігієнічне дослідження факторів ризику серцево-судинних захворювань серед лікарів різних фахових груп, з'ясування ставлення лікарів до проблем профілактики. *Запорізький медичний журнал*. 2014. № 3, С. 23-25.
  143. Дужий, І.Д. та інш. Захворюваність на туберкульоз медичних працівників. *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*. 2017. № 3. С. 99-103.
  144. Литвинюк, О.П. Туберкульоз у медичних працівників: захворюваність, структура, клінічні особливості, результати лікування, прогнозування ризику розвитку : автореф.дис. ...канд. мед. Наук : 14.01.26 – Фтизіатрія; ДУ «Нац. Ін-т фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г.Яновського НАМН України». Київ, 2018. 18 с.
  145. Бондар, Л.П., Боб, А.О., Бондар, Р.Я. & Бондар, Т.В. (2018). Фактори ризику професійних захворювань медичних працівників (огляд літератури). *Вісник наукових досліджень*. 2018, № 2, 6-10. Doi 10.11603/2415-8798.2018.2.8929.
  146. Тимошина, Д.П. Проблеми здоров'я працівників медичної галузі в Україні. Тимошина, Д.П., Лубянова, І.П. *Управління закладами охорони здоров'я*. 2015. № 8. С. 54-58.
  147. Нагорна А.М. Професійна захворюваність медичних працівників в Україні як медико-соціальна проблема. А.М. Нагорна, М.П. Соколова, І.Г. Кононова. *Український журнал з проблем медичної праці*. 2016. № 2(47). С. 3-16.



- 
148. Баркевич, В.А. Гігієна праці і стан здоров'я медичних працівників різних спеціальностей. *Військова медицина України*. 2017. Т. 17. С. 54-58.
149. Аналіз виробничого травматизму у медичній сфері. О.П. Яворовський, Ю.М. Скалецький, М.М. Риган [та інш.]. *Довкілля та здоров'я*. 2020. №1. С.24-34. Doi: 10/46847/ujmm.2020.(2)1-024.
150. Сидоренко, А.С. Безпека праці медичних працівників в умовах поширення пандемії COVID-19 (аналіз практичних рекомендацій міжнародних організацій). *Питання боротьби зі злочинністю*, 2021. випуск 42. С. 60-66. Doi: 10.31359/2079-62.42-2021-42-60.
151. Березовський, А.П., Трус, О.М., Прокопенко, Е.В. Аналіз професійних захворювань на виробництві в Україні. *Вісник аграрної науки Причорномор'я*. 2021. Вип. 3. С. 92-100. Doi: 10/31521/2313-092X/2021-3(111)-11.
152. Безпека праці та охорона здоров'я медичних сестер за умови пандемії COVID-19. О. Буряк, О. Димчук, Т. Прокопенко, О. Колісник. *Медсестринство*. – 2021. - № 2. – С. 5-10. <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2021.2.12272>.
153. Проблеми безпеки, гігієнічні праці та інфекційного контролю в боротьбі з професійними захворюваннями медичних працівників на COVID-19 у закладах охорони здоров'я України. О.П. Яворовський, Ю.М. Скалецький, Р.П. Брухно, А.В. Шкурба, І.М. Киричук, М.М. Риган. *Медичні перспективи*. - 2020. –Т.25. № 4. – С. 159-165. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2020.4221660>.
154. Гігієна та охорона праці медичного персоналу в умовах подолання пандемії COVID-19 (перше повідомлення). О.П. Яворовський та інш. *Довкілля та здоров'я*. 2020. 3(96). С. 10-18. <https://doi.org/10.32402/dovkil2020.03.10>.
155. Гігієна і безпека праці медичного персоналу в умовах подолання пандемії COVID-19. Друге повідомлення: зміни і проблеми / О.П. Яворовський, А.В. Шкурба, Ю.М. Скалецький, Р.П. Брухно, Л.В. Харчук, В.І. Бурго, В.А. Понятовський, М.М. Риган. *Довкілля та здоров'я*. - 2020. - №4(97). – С.4-13. <https://doi.org/10.32402/dovkil2020.04.004>.
156. Професійна захворюваність на COVID-19 у медичних працівників / М.А. Андрейчук, Б.Є. Марків, Н.Г. Завіднюк, Я.І. Йосик. *Інфекційні хвороби*. 2021. 4(106). С. 21-25. Doi: 10.11603/1681-2727.2021.4.12835.

- 
157. Чорна, В.В., Сергета, І.В., Махнюк, В.В. Сучасні підходи до створення внутрішньолікарняного комфорту для хворих та медичного персоналу в психіатричних закладах охорони здоров'я. *Biomedikal and Biosocial anthropology*. 2019. № 35. P. 48-53 DOI: 10.31393/bba34-2019-08.
158. Нові гігієнічні підходи до сучасного містобудування в Україні. Махнюк В.М., Сердюк Є.А., Чорна В.В., Гаркавий С.С., Лаптев В.Е. Монографія. Київ: Міжрегіональний видавничий центр «Медінформ», 2021. 369 с.
159. Characteristics of the state of mental health of the population of Ukraine as a consequence of prolonged hostilities. Chorna V.V., Khliestova S.S., Pashkovskiy S.M. et al. *Acta Balneologica Journal of the Polish Balneology and Physical Medicine Association*, 2022. Tom LXIV, № 6(172). P.568-573/ Doi:10.36740/ABAL202206114.
160. Chorna, V.V. Measures to improve the provision of psychological and psychotherapeutic assistance to the population of Ukraine and EU countries. Innovative ways of improving medicine, psychology and biology: collective monograph. – International Science Group. – Boston : Primedia eLaunch, 2023. 305 p. P.132-166. DOI – 10.46299/ISG.2023.MONO.MED.2 URL: <https://isg-konf.com/innovative-ways-of-improving-medicine-psychology-and-biology/>.
161. Ковальов, Ю.М., Кфіа, Д.В. Кольорове рішення інтер'єрів психіатричних лікарень. *Теорія та практика дизайну*. 2013;3, 58-59 <http://nbuv.gov.ua/UJRN/>.
162. Андрущенко, Л.М., Ясінський, В.П. Вплив червоного кольору на психосоматику людини. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ: серія психологічна: Львів: ЛьвДУВСю 2013. № 2 , С.15-20.