



ЦЕНТР
ІНІЦІАТИВ ПЖ



ЗМІН



ДІКРУТИ
КОРИСНУ
ЗВИЧКУ

МІЖ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ ТА ПРИМУСОМ:

стан сфери домедичної допомоги
та рівень обізнаності населення

МІЖ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ ТА ПРИМУСОМ:

стан сфери домедичної допомоги
та рівень обізнаності населення

Дослідження «Між відповідальністю та примусом: стан сфери домедичної допомоги та рівень обізнаності населення» провів Центр ініціатив «Повернись живим» на запит та спільно з Фондацією ЗМІН та Фондом «Вдячні» у рамках кампанії «Докрути корисну звичку!».

Кампанія «Докрути корисну звичку!» — покликана сприяти підвищенню рівня обізнаності населення про домедичну допомогу та збільшити кількість цивільного населення з навиком порятунку. Кампанія втілюється Фондом «Вдячні» та Фондацією ЗМІН.

Інформація є коректною та актуальною станом на квітень — червень 2026 року. Центр ініціатив ПЖ не несе відповідальності за наслідки використання цієї інформації з іншою метою або в іншому контексті. Поширення повного тексту або ж його уривків без дозволу Центру ініціатив ПЖ та інших авторів заборонене.

Авторки дослідження: Ярослава Братусь та Марта Нечипоренко

Літредактура: Анастасія Зотова

Дизайн та верстка: Анна Сирота

Фото на обкладинці: надано Іванною Рижковою

Аналітичний відділ Центру ініціатив ПЖ створено у травні 2018 року. Центр ініціатив ПЖ — це громадська організація, яка сприяє посиленню обороноздатності України. Ми проводимо дослідження у сфері безпеки та оборони, формуємо ефективні рішення та адвокатуємо їх на етапах впровадження в публічні політики.

Центр ініціатив ПЖ (ГО «Повернись живим!»)

Україна, 01030, м. Київ, вул. Богдана Хмельницького, 32, офіс 41

Телефон: +38 (068) 500 88 00

Сайт: cbacenter.ngo

E-mail: media@cbacenter.ngo

Зміст

ВСТУП	6
МЕТОДОЛОГІЯ	8
КЛЮЧОВІ ВИСНОВКИ.	12
РЕКОМЕНДАЦІЇ.	14
АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ	17
Роль держави у підвищенні рівня обізнаності українців щодо домедичної допомоги, а також у забезпеченні її доступності та створенні можливостей для навчання	18
Обов'язки, права та відповідальність громадян	18
Системні проблеми (Концепція 2019 року)	18
Інші заходи задля вдосконалення системи	20
Нові ролі та категорії	21
Стандартизація навчання	21
Національний спротив	22
Особливості державного регулювання навчання, підготовки та оснащення.	26
Підготовка осіб, зобов'язаних надавати домедичну допомогу	26
Інституціоналізація навчання: шкільна освіта	31
Оснащення засобами першої допомоги публічних місць: АЗД	33
АНАЛІЗ ДОСВІДУ ІНШИХ КРАЇН	38
США	40
Ізраїль	42
Китай	43
Норвегія	44
Польща	45
Узагальнення	46
Цінні висновки для України	47
АНАЛІЗ ОПИТУВАННЯ	48
Соціально-демографічні показники.	49
Асоціації щодо домедичної допомоги	50
Загальний рівень обізнаності: більшість знає поняття, але не його зміст.	52

Проходження курсів: меншість із досвідом, більшість — пасивна	56
Готовність надавати допомогу: суб'єктивна та об'єктивна оцінки	58
Реальний досвід надання допомоги: майже кожен другий стикався з такими ситуаціями	59
Ставлення до обов'язковості курсів	61
Мотивація та бар'єри	61
Ключові асоціації.	64
Загальні висновки.	67
АНАЛІЗ ЯКІСНОЇ ЧАСТИНИ ДОСЛІДЖЕННЯ	68
Особливості сфери навчання з домедичної допомоги	69
Контекст і актуальність	69
Трансформація після повномасштабного вторгнення	70
Характеристика загального рівня обізнаності населення.	71
Регулювання та нерівномірність практик	72
Позитивні тенденції	72
Ключові виклики	73
Мотивація людей залучатися до курсів із домедичної допомоги	77
Основні мотиви.	77
Оцінка різних курсів та їхньої якості	82
Типи та формати курсів домедичної допомоги.	82
Критерії оцінки якості курсів	85
Основні бар'єри поточної системи навчання домедичної допомоги.	89

ВСТУП

Повномасштабна фаза російсько-української війни, що розпочалася 24 лютого 2022 року, докорінно змінила безпекове середовище, у якому живе українське суспільство. Війна вийшла за межі фронту і стала реальністю для мільйонів цивільних через ракетні удари по містах, окупацію територій, масову евакуацію та щоденний ризик опинитися в ситуації, що потребує негайного надання домедичної допомоги. У таких умовах питання домедичної підготовки населення набуло принципово іншого виміру: з категорії корисної, але не обов'язкової навички воно перейшло до категорії базової компетенції, від якої може залежати людське життя.

Війна щодня трансформує безпекове середовище: розширення «кілзони», масштабування застосування «діпстрайку» та «мідлстрайку», а також нарощення ударного потенціалу ворога у використанні дронів і ракет для ураження цивільної інфраструктури загалом підвищують для пересічної людини ризик опинитися в небезпечній для життя ситуації. Однак варто розуміти, що небезпека для життя та здоров'я не є характерною лише для умов війни — людина може зіткнутися з нею і в повсякденному житті з різних причин. Дорожньо-транспортні пригоди, побутові травми, травми та поранення на виробництві, природні лиха чи ускладнення хвороб — усе це потенційні загрози для життя та здоров'я. Тому російсько-українську війну можна вважати каталізатором масштабування сфери домедичної допомоги, однак також важливо враховувати позавоєнні ризики, коли йдеться про безпеку життя та здоров'я українців.

Домедична допомога — це сукупність дій, які виконуються до прибуття медичного персоналу та спрямовані на збереження життя й мінімізацію шкоди здоров'ю постраждалого. В умовах збройного конфлікту, а також значної віддаленості окремих населених пунктів, коли час очікування швидкої допомоги може суттєво зростати, а медичні служби працюють в умовах перевантаження, здатність пересічної людини зупинити кровотечу, накладити турнікет або правильно розмістити непритомного постраждалого набуває критичного значення.

Міжнародний досвід — зокрема Ізраїлю, країн Балтії та інших держав, які системно готують цивільне населення до дій у надзвичайних ситуаціях, — переконливо свідчить: масова домедична підготовка справді знижує рівень смертності та є невід'ємною складовою стійкості суспільства перед загрозами воєнного часу.

Водночас в Україні система домедичної підготовки цивільного населення залишається неоднорідною і фрагментарною. Попри значне зростання кількості курсів і тренінгів після 2022 року — ініційованих як державними структурами, так і численними громадськими організаціями та міжнародними партнерами — охоплення населення залишається

недостатнім. Частина людей, які пройшли навчання, має лише поверхневі знання, не підкріплені регулярною практикою. Значна частина громадян не проходила жодних курсів через брак часу, обмежену доступність, недостатню мотивацію або відсутність інформації про можливості навчання поблизу. Водночас в українському контексті досі бракує системного розуміння того, які саме чинники визначають готовність людини до домедичної підготовки.

Саме ця прогалина стала відправною точкою для нашого дослідження.

Дослідження присвячене вивченню рівня обізнаності населення України щодо домедичної допомоги, мотивації та бар'єрів до проходження відповідних курсів, а також ролі домедичної підготовки у формуванні суспільства, спроможного до національного спротиву. Дослідження виходить із розуміння того, що домедична допомога є не лише медичним, а й соціальним та безпековим питанням: готовність людини діяти в критичній ситуації залежить не тільки від наявності знань, а й від психологічної готовності, соціального оточення, рівня довіри до інституцій і загального відчуття особистої відповідальності — як за власну безпеку, так і за безпеку спільноти.

Концепція суспільства, спроможного до національного спротиву, що активно формується в Україні й закріплена на законодавчому рівні, передбачає готовність цивільного населення до активної участі в обороні країни — не лише зі зброєю, а й завдяки знанням, навичкам і психологічній стійкості. Домедична підготовка є одним із ключових вимірів цієї готовності. Людина, яка вміє надати першу допомогу, не лише захищає конкретне життя в конкретній ситуації — вона є частиною розподіленої системи стійкості, що знижує залежність суспільства від централізованих служб у момент, коли ті можуть бути перевантажені або недоступні. У цьому сенсі домедична підготовка є не просто особистою компетентністю, а й елементом колективної безпеки.

Для формування ефективної політики у цій сфері, а також для комплексного розуміння того, як підвищити рівень обізнаності населення України щодо домедичної допомоги, варто зібрати інформацію не лише про рівень обізнаності, а й про потенційні бар'єри та мотиваційні чинники, пов'язані з проходженням українцями курсів із домедичної допомоги, оскільки наразі існує рамкове розуміння проблем в цій сфері, але водночас бракує інформації про їхній масштаб та пріоритетність їх розв'язання.

МЕТОДОЛОГІЯ

Дослідження охоплює три взаємопов'язані виміри. Перший — описовий: яким є фактичний рівень обізнаності українців щодо домедичної допомоги, які навички вони вважають важливими та наскільки впевнено почуватимуться в потенційній ситуації, коли потрібно надати допомогу. Другий — аналітичний: що спонукає людей проходити курси й що цьому перешкоджає, як відрізняються мотивація та ставлення до навчання серед різних груп населення. Третій — стратегічний: яке місце займає домедична підготовка в ширшому контексті формування культури національного спротиву та що необхідно для того, щоб вона стала системною, а не епізодичною практикою.

Мета дослідження: визначити мотиваційні чинники та бар'єри, які впливають на рішення людей опанувати навички домедичної допомоги, а також описати рівень обізнаності дорослого населення України щодо надання домедичної допомоги.

Ключове дослідницьке питання: яка частка українців проходить курси домедичної допомоги та готова надати першу домедичну допомогу в критичній ситуації, а також які мотиваційні чинники й бар'єри впливають на рівень такої підготовки?

Основні завдання дослідження

1. Проаналізувати механізми залучення українців до курсів домедичної допомоги, які вже існують.
2. Визначити рівень готовності українців надавати домедичну допомогу в критичних ситуаціях.
3. Проаналізувати рівень обізнаності населення щодо специфіки надання домедичної допомоги.
4. Проілюструвати випадки, у яких українцям доводилося надавати домедичну допомогу.
5. Дослідити рівень обізнаності українців щодо юридичних і біологічних аспектів надання домедичної допомоги.
6. Визначити частку тих, хто проходив курси з домедичної допомоги, а також дослідити, де саме вони проходили навчання.
 - 6.1. Дослідити рівень обізнаності українців щодо наявності таких курсів загалом.
7. Сформуванати соціальний портрет людей, які вже володіють навичками домедичної допомоги, а також тих, хто потенційно зацікавлений у їх здобутті.

8. Проілюструвати стереотипи та асоціації, які виникають в українців під час розмов про домедичну допомогу.
9. Визначити основні мотиваційні чинники та бар'єри, які впливають на готовність українців проходити курси чи отримувати інформацію про домедичну допомогу.
10. Проаналізувати, наскільки якісними є курси з домедичної допомоги в Україні.
11. Дослідити роль держави у підвищенні рівня обізнаності українців щодо домедичної допомоги, а також у забезпеченні доступності навчання та створенні можливостей для його проходження.

Для реалізації поставлених завдань було використано **комбіновану методологію**, що поєднувала:

- кількісне опитування населення України;
- глибинні напівструктуровані інтерв'ю з учасниками курсів, інструкторами курсів домедичної допомоги та експертами у сфері цивільної безпеки, охорони здоров'я і розбудови суспільної стійкості.

Така комбінація методів дозволила не лише зафіксувати статистичну картину, а й зрозуміти логіку, що стоїть за цифрами: чому люди ухвалюють або не ухвалюють певні рішення, як різні учасники системи бачать одні й ті ж проблеми та де між цими баченнями виникають розбіжності.

Цільові групи дослідження:

- експерти з домедичної допомоги в Україні (фахівці з навчальних курсів, експерти з громадського чи державного сектору тощо);
- українці, які мали досвід проходження курсів домедичної допомоги;
- доросле населення України загалом (18–65 років).

Етичні аспекти дослідження: у межах дослідження було застосовано стандартний підхід до взаємодії з респондентами, що передбачав отримання попередньої згоди на участь у дослідженні, а також згоди на запис глибинного інтерв'ю. Для мінімізації ризиків для респондентів усі цитати подаються без власних назв, імен чи іншої інформації, яка може призвести до деанонімізації людини. Важливо також зазначити, що для частини респондентів тема розмови могла бути чутливою, тому під час інтерв'ю допускалося використання пауз або дострокове завершення розмови задля збереження комфорту респондентів.

Обмеження дослідження: будь-яке дослідження має межі застосовності висновків, і це дослідження не є винятком. Усвідомлення цих обмежень є важливою складовою наукової доброчесності та дозволяє коректно інтерпретувати отримані результати.

Ми виокремили чотири основні обмеження дослідження, на які варто зважати при роботі з висновками та ухваленням рішень на їх основі.

1. Вибіркова репрезентативність

Одним із ключових методологічних обмежень є складність забезпечення повністю репрезентативної вибірки в умовах збройного конфлікту, що триває. Частина населення України перебуває на тимчасово окупованих територіях і є недосяжною для дослідження. Значна кількість громадян виїхала за кордон або перемістилася в межах країни, через що їх складно рівномірно охопити за допомогою стандартних вибіркових процедур. Це означає, що отримані результати передусім відображають досвід і установки тієї частини населення, яка перебуває на підконтрольній Україні території та є доступною для опитування, що саме по собі є певною селекцією.

2. Ефект соціальної бажаності

Тема домедичної допомоги є соціально схвалюваною — особливо в контексті війни, де готовність допомогти пораненому сприймається як прояв відповідальності і громадянської свідомості. Це створює ризик того, що частина респондентів схильна давати відповіді, які, на їхню думку, є «правильними» або очікуваними, а не такі, що відповідають їхньому реальному рівню знань чи готовності до дій.

Зокрема, люди можуть переоцінювати власну обізнаність, недооцінювати психологічні бар'єри або декларувати намір пройти курс, не маючи в реальності такого плану. Для часткової компенсації цього ефекту до інструментарію було включено перевірочні запитання на знання конкретних алгоритмів дій, проте повністю усунути вплив соціальної бажаності в опитуваннях такого типу неможливо.

3. Розрив між декларованим і реальним

Пов'язаним, але дещо іншим обмеженням є системний розрив між тим, що люди декларують щодо своєї готовності, і тим, як вони насправді поведуться в критичній ситуації. Дослідження фіксує установки, знання та самооцінку респондентів, але не їхню реальну поведінку в умовах стресу. Людина може правильно описати алгоритм зупинки кровотечі і водночас виявитися нездатною його відтворити в реальній надзвичайній ситуації через паніку, психологічний шок або відсутність відпрацьованого автоматизму.

4. Складність вимірювання реальних знань

Оцінка фактичного рівня знань із домедичної допомоги в межах опитування є методологічно складним завданням. Перевірочні запитання, включені до анкети, дозволяють зробити певні висновки про когнітивну обізнаність, але не замінюють практичної перевірки навичок. Крім того, формат закритих

запитань із варіантами відповідей частково підказує респондентам правильний варіант і може завищувати показники правильних відповідей порівняно з тим, що людина змогла б пригадати самостійно.

Додана вартість дослідження

Результати дослідження адресовані широкому колу зацікавлених сторін: органам державної влади, відповідальним за формування політики у сфері цивільної безпеки та підготовки населення; організаціям, що проводять курси домедичної допомоги й зацікавлені в підвищенні їхньої ефективності та розширенні охоплення; міжнародним партнерам, що підтримують розбудову стійкості українського суспільства; а також дослідницькій спільноті, для якої ця робота може стати основою для подальших досліджень у суміжних напрямках.

Україна перебуває в точці, де системна відповідь на виклики у сфері домедичної підготовки є водночас і найбільш необхідною, і найбільш досяжною. Суспільний запит уже сформований самою війною. Інфраструктура навчання зростає. Інституційна увага до теми посилюється. Те, чого досі бракує, — це глибокого розуміння того, які саме чинники визначають готовність людей вчитися і діяти. Заповнити цю прогалину — завдання цього дослідження.

КЛЮЧОВІ ВИСНОВКИ

Обізнаність є, готовності — бракує. Більшість українців знайомі з поняттям домедичної допомоги й позитивно асоціюють її з порятунком життя та відповідальністю. **Проте реальна готовність діяти суттєво нижча за суб'єктивну самооцінку: лише близько 13% населення можна вважати об'єктивно підготовленими, тоді як майже половина респондентів вважає себе «скоріше готовими».** Цей розрив між упевненістю і реальною компетентністю є одним із ключових викликів у цій сфері й безпосередньо впливає на виживаність у критичних ситуаціях.

Курси підготовки радикально змінюють ситуацію, хоча і охоплюють меншість населення. Проходження навчання суттєво підвищує як рівень знань, так і готовність діяти: серед тих, хто навчається регулярно, повну готовність декларують 51%, тоді як серед тих, хто ніколи не проходив навчання, — лише 2%. Утім лише 34% українців мають будь-який досвід проходження курсів, а кожен третій із них навчався понад п'ять років тому. **Більшість населення або ніколи не проходила курси, або проходила їх епізодично — культури регулярного оновлення навичок домедичної допомоги в Україні фактично не сформовано.**

Головні бар'єри — невидимість і обмежена доступність. Усупереч поширеному уявленню, психологічні бар'єри відіграють порівняно меншу роль. За даними опитування, основна причина, чому люди не проходять курси, полягає в тому, що вони просто ніколи про це не замислювалися (32%), не знають, де можна навчатися поблизу (27%) або не бачили інформації про курси (25%). Проблема має переважно інфраструктурний і комунікаційний характер.

Якість курсів — нерівномірна й непрозора для споживача. Ринок домедичної підготовки стрімко розширився після 2022 року, проте без належного системного регулювання. Поряд із якісними міжнародно сертифікованими програмами існують курси з некомпетентними інструкторами, застарілим змістом і потенційно небезпечними практиками. Пересічна людина не має інструментів, щоб відрізнити одні курси від інших до початку навчання, а негативний перший досвід може надовго відштовхнути людину від цієї теми — і поширюється в суспільстві значно швидше, ніж позитивний.

Інструктор вирішує більше, ніж програма. Й учасники, й експерти сходяться на тому, що особистість і компетентність інструктора є ключовими факторами якості курсу. Залученість, готовність пояснювати матеріал, дотримання протоколів і коректна комунікація формують не лише результат навчання, а й бажання людини повернутися на наступні курси. Водночас у сфері відсутній дієвий механізм оцінювання та розвитку інструкторів — якість підготовки значною мірою залежить від конкретної людини, а не від системи.

Практичне відпрацювання навичок — ключ до успіху. Найпоширеніша скарга учасників курсів — недостатній час для відпрацювання навичок. Більшість форматів залишаються переважно теоретичними. Водночас існує чіткий консенсус: без багаторазового практичного відпрацювання знання не перетворюються на навичку, а навичка без регулярного закріплення згасає протягом року. **Одноразового проходження курсу недостатньо для формування реальної готовності діяти в критичній ситуації.**

Мотивація — особиста, реактивна й ситуативна. Найсильнішим мотиваційним чинником є безпека близьких (51%), а не громадянський обов'язок чи формальні вимоги. Люди здебільшого приходять на курси після особистого травматичного досвіду або під впливом рекомендацій від довіреного оточення, а попит на навчання суттєво зростає після масованих обстрілів. **Це означає, що суспільство переважно реагує на кризи, але ще не сформувало культури проактивної підготовки.**

Війна актуалізувала тему, але водночас змістила акценти й розмила межі. Повномасштабне вторгнення суттєво підвищило інтерес до домедичної допомоги та розширило охоплення навчання. Водночас відбулося розмивання меж між цивільною домедичною допомогою і тактичною медициною: частина населення прагне опанувувати «такмед», не розуміючи різниці, — що створює ризик неправильного застосування навичок у цивільних умовах. При цьому реальний досвід надання допомоги показує, що переважна більшість ситуацій — це побутові травми, а не наслідки бойових дій.

Система тримається на ентузіазмі, а не на інституціях. Сфера значною мірою залежить від волонтерських та громадських ініціатив та функціонує без єдиних стандартів, централізованої координації та належного правового захисту рятівника. Відсутність закону про захист «доброго самарянина», нереалізовані нормативні положення, корупційні ризики у сфері сертифікації інструкторів і нерівномірний географічний доступ створюють ситуацію, де кількісне зростання ринку не гарантує якісного підвищення реальної готовності населення.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Нормативно-правове та державне регулювання

- 1. Ухвалити закон про захист рятівника.** Юридична незахищеність людини, яка добросовісно надає домедичну допомогу, є реальним і задокументованим бар'єром для дій у критичній ситуації. Ухвалення повноцінного аналога «закону доброго самарянина» усунуло б страх відповідальності і змінило би поведінкову модель людей у надзвичайних ситуаціях. Паралельно необхідна публічна комунікація щодо правового захисту рятівника — більшість населення просто не знає про поточний стан справ.
- 2. Запровадити національні стандарти підготовки інструкторів і програм.** Відсутність єдиних вимог до змісту курсів і кваліфікації інструкторів є структурною проблемою, яку неможливо вирішити на рівні окремих організацій. Потрібна національна система акредитації з переліком обов'язкових компетенцій інструкторів, незалежним контролем якості та прозорим реєстром сертифікованих провайдерів. Це дасть громадянам інструмент для вибору якісного курсу і знизить ризик поширення небезпечних практик.
- 3. Системно інтегрувати домедичну підготовку в освіту.** Суспільна підтримка обов'язкового навчання в школах і університетах є надзвичайно високою (95% і 69% відповідно). Предмет «Захист України» потребує реального оновлення: актуальні протоколи замість застарілих, обов'язкова практична складова й підготовлені вчителі. Університети та автошколи мають стати наступними пріоритетними майданчиками для системного охоплення. Це оптимальний варіант поширювати знання та навички домедичної допомоги в довгостроковій перспективі.
- 4. Розвинути регіональну інфраструктуру навчання.** Відсутність курсів поблизу є найпоширенішим інфраструктурним бар'єром (46%). Державні або грантові програми мають стимулювати розвиток навчальних осередків у малих містах і сільській місцевості через підтримку місцевих інструкторів, мобільних навчальних команд і фінансування курсів у громадах із низькою платоспроможністю. Цього також можна досягти через розширення мережі Центрів підготовки населення до національного спротиву.
- 5. Чітко розмежувати домедичну допомогу й тактичну медицину на рівні комунікації та стандартів.** Змішування цих понять несе практичні ризики. Держава й надавачі курсів мають спільно комунікувати різницю між цивільними й тактичними навичками, щоб запит на «такмед» не витісняв базову цивільну підготовку.

-
- 6. Налагодити систему підготовки та навчання для профільних категорій фахівців.** Домедична підготовка працівників ДСНС, бригад екстреної медичної допомоги та Національної поліції не повинна бути ситуативною та залежати від підтримки громадських організацій. Необхідно розбудувати ефективну систему та інфраструктуру підготовки для ключових професійних груп.

Для організацій, що проводять курси

- 7. Збільшувати частку практики за рахунок теорії.** Оптимальна модель — теорія в онлайн-форматі для самостійного опрацювання та максимум часу на практичне відпрацювання. Кожен учасник має багаторазово відпрацьовувати навички надання домедичної допомоги в різних положеннях тіла та сценаріях, а не лише спостерігати за демонстрацією.
- 8. Інвестувати в якість і безперервний розвиток інструкторів.** Підбір, навчання і регулярна атестація інструкторів мають бути організаційним пріоритетом. Ефективний зворотний зв'язок від учасників, взаємне спостереження і супервізія допоможуть підтримувати стандарти і виявляти проблеми до того, як вони призведуть до негативного досвіду в учасників.
- 9. Адаптувати програми під конкретні аудиторії.** Універсальний курс «для всіх» є менш ефективним, ніж програма, адаптована до потреб конкретної групи — вчителів, рятувальників, батьків або мешканців прифронтових міст. Чітке визначення цільової аудиторії та відповідне коригування змісту суттєво підвищує рівень засвоєння матеріалу.
- 10. Вибудовувати системи підтримки навичок, а не лише первинного навчання.** Одноразовий курс без подальшого повторення має обмежену цінність. Формати регулярного оновлення навичок — короткі практичні сесії, щорічна ресертифікація та доступні матеріали для самостійного відпрацювання — мають стати частиною пропозиції кожного серйозного провайдера.

Для комунікації та популяризації

- 11. Будувати комунікацію навколо близьких, а не абстрактного обов'язку.** Найефективніший меседж — «щоб захистити тих, хто поруч», а не «бути корисним суспільству». Персоналізовані та емоційно близькі сценарії — побутова травма, неприємність знайомого, дитина поруч, якій погано — здатні залучити ширшу аудиторію, ніж акцент на воєнному контексті.
- 12. Активно використовувати соціальні мережі як основний канал комунікації і зробити навчання видимим.** Понад половина тих, хто бачить інформацію про домедичну допомогу, зустрічає її в соціальних

мережах. Водночас важливо робити видимими людей, які вже пройшли навчання: коли в оточенні багато людей із таким досвідом, формується позитивна соціальна норма, що заохочує до навчання.

- 13. Знижувати поріг входу через розбудову навігації та мапування послуги.** Люди не приходять на курси переважно тому, що не знають, куди звертатися й чого очікувати від навчання. Простий і доступний навігатор перевірених провайдерів, відгуки реальних учасників і чітка відповідь на запитання «де, коли й що відбудеться» ефективніші за загальні інформаційні кампанії.
- 14. Комунікувати домедичну допомогу не лише як навичку воєнного часу, а і навичку повсякденного життя.** Оскільки переважна більшість реальних ситуацій пов'язана з побутовими травмами, а не з бойовими діями, комунікація має відображати цю реальність. Розширення уявлення про домедичну допомогу за межі воєнного контексту знизить психологічний бар'єр і допоможе залучити ширшу аудиторію, для якої ця тема наразі видається надто далекою або страшною.
- 15. Розвіювати страхи.** Багато людей не розуміють меж своєї юридичної відповідальності або мають хибні уявлення про те, що фізично не зможуть виконати ті чи інші дії з надання домедичної допомоги. Робота з ключовими страхами може зменшити частку людей, які так і не підуть на курси. Одним зі способів є демонстрація позитивних прикладів, що заохочують до навчання.

АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ

Роль держави у підвищенні рівня обізнаності українців щодо домедичної допомоги, а також у забезпеченні її доступності та створенні можливостей для навчання

Обов'язки, права та відповідальність громадян

На законодавчому рівні в Україні питання впорядкування сфери домедичної підготовки населення регулюється низкою наказів та розпоряджень. Існує перелік професій, для представників яких встановлено прямий обов'язок надавати домедичну допомогу. До них належать рятувальники аварійно-рятувальних служб, працівники державної пожежної охорони, поліцейські, фармацевтичні працівники, провідники пасажирських вагонів, бортпровідники (стаття 12¹) та медичні працівники (стаття 37²).

Пересічні громадяни не мають прямого обов'язку надавати домедичну допомогу, але й не мають права залишати людину в небезпеці³. Стаття 135 Кримінального кодексу України встановлює відповідальність за залишення в небезпеці особи, яка не може самостійно подбати про себе через вік, хворобу чи інший беспорядний стан. За залишення в небезпеці передбачене покарання до двох років обмеження або позбавлення волі, у випадку щодо новонародженої дитини — до трьох років, а якщо це призвело до смерті чи тяжких наслідків — від трьох до восьми років позбавлення волі.

Стаття 136 Кримінального кодексу України передбачає відповідальність за ненадання допомоги людині в небезпечному для життя стані або неповідомлення про це відповідним службам. Фактично це покладає на свідків обов'язок щонайменше повідомити екстрені служби та, за наявності відповідних навичок, надати домедичну допомогу.

У разі, якщо бездіяльність призвела до шкоди здоров'ю, передбачені штраф, громадські роботи або обмеження волі. Якщо ж такі дії спричинили смерть потерпілого, передбачене покарання у вигляді обмеження або позбавлення волі на строк до п'яти років.

Системні проблеми (Концепція 2019 року)

Уряд України визнає потребу в удосконаленні системи домедичної підготовки населення. У чинній Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги, затвердженій у 2019 році, проблема формулюється наступним чином: «У 2016 році 392 тис. українців померли від захворювань системи кровообігу й ще 31,7 тис. — від зовнішніх причин смерті. Лише 8,5 % реанімацій, що проводилися в Україні працівниками системи екстреної

¹ Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 05.07.2012 № 5081-VI.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text>

² Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

³ Кримінальний кодекс України : Закон України від 05.04.2001 № 2341-III.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text>

медичної допомоги на догоспітальному етапі пацієнтам із зупинкою серця поза межами закладу охорони здоров'я, виявились успішними. Для порівняння: відповідний середній показник у країнах Європи становив 28,6% станом на 2014 рік. Шанси на те, що в разі нещасного випадку чи серцевого нападу життя людини буде врятоване, а негативні наслідки для здоров'я — мінімізовані, залежать від своєчасності надання першої допомоги, а також ефективності госпітального лікування та реабілітації. Кожна з цих ланок в Україні організована неефективно».

У Концепції розвитку сфери вагомою проблемою визначено недосконалу організацію раннього доступу до надання першої допомоги⁴.

Шляхи вирішення

Для вирішення цієї проблеми Концепція пропонує системний підхід до організації надання першої допомоги, який передбачає вжиття низки заходів.

Інституційні заходи

- обов'язкове навчання навичок першої допомоги та відповідна сертифікація працівників, діяльність яких пов'язана з високою ймовірністю участі в екстрених ситуаціях і для яких надання першої допомоги передбачене законодавством;
- створення та ведення реєстру таких осіб;
- забезпечення регулярного навчання для підтримки навичок і продовження строку дії сертифікатів;
- перевірка рівня володіння відповідними компетентностями.

Освітні та заходи із забезпечення доступу

- Підтримка можливостей для громадян, які бажають за власний кошт пройти навчання з отриманням сертифіката екстреного медичного реагувальника або опанувати базові навички першої допомоги без отримання такого сертифіката;
- Започаткування постійної просвітницької роботи серед населення, у тому числі поширення інформації про перші дії свідків невідкладного стану із залученням органів місцевого самоврядування, каналів поширення масової інформації та громадських організацій.

Інфраструктура

- Залучення благодійних організацій та приватних підприємств на засадах корпоративної соціальної відповідальності до фінансування оснащення засобами першої допомоги місць із високою ймовірністю виникнення

⁴ Про схвалення Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 22.05.2019 № 383-р.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/383-2019-%D1%80#n8>

ситуацій, що потребують надання допомоги постраждалим (зокрема великих станцій громадського транспорту), а також до розроблення інтерактивних мап та програмного забезпечення (мобільних застосунків) для визначення розташування найближчих засобів першої допомоги, зокрема дефібриляторів.

Правовий захист

- Захист надавачів першої допомоги від судових переслідувань з боку постраждалого або його законних представників у разі, якщо під час добровільного надання допомоги вони припустилися помилки або їхні дії не дали очікуваного результату (зокрема шляхом запровадження правового механізму, відомого у світі як «закон доброго самарянина»).

Інші заходи задля вдосконалення системи

Стандартизоване навчання навичок надання першої допомоги також передбачене як складова підготовки водіїв. Зокрема, інший нормативний акт — Закон України «Про дорожній рух» — покладає на адміністрації підприємств, установ і організацій, у штаті яких є водії, обов'язок організувати за участю місцевих органів охорони здоров'я заходи з удосконалення навичок надання першої медичної допомоги⁵ (розділ VIII «Медичне забезпечення безпеки дорожнього руху»).

Додатково стаття 48 цього ж Закону визначає, що водії транспортних засобів, поліцейські, а також відповідні посадові особи Військової інспекції безпеки дорожнього руху і Військової служби правопорядку в Збройних Силах України зобов'язані володіти практичними навичками надання домедичної та медичної допомоги потерпілим унаслідок дорожньо-транспортних пригод і періодично проходити відповідну підготовку.

Окремі постанови⁶ регламентують порядок підготовки та підвищення кваліфікації осіб, які зобов'язані надавати домедичну допомогу. Передбачено, що направлення на навчання здійснюється протягом трьох місяців із моменту призначення на посаду, а після успішного складання іспиту видається посвідчення строком дії п'ять років.

Відповідно до статті 18 Закону України «Про охорону праці», працівники під час прийняття на роботу за рахунок роботодавця проходять інструктаж і навчання, що включають навички надання першої медичної допомоги та правила поведінки в разі аварій. Для працівників, зайнятих на роботах із підвищеною небезпекою або на роботах, що потребують професійного добору, передбачене щорічне навчання та перевірка знань. Не допускаються до роботи працівники, у тому числі посадові особи, які не пройшли навчання, інструктаж і перевірку знань з охорони праці.

⁵ Про дорожній рух : Закон України від 30.06.1993 № 3353-XII.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3353-12#Text>

⁶ Про затвердження Порядку підготовки та підвищення кваліфікації осіб, які зобов'язані надавати домедичну допомогу : Постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 № 1115.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1115-2012-%D0%BF#n8>

Відповідно, хоча законодавство України не встановлює універсального обов'язку надавати першу допомогу для всіх категорій працівників, значна частина зайнятого населення має проходити базову підготовку на робочому місці. Від працівників галузей підвищеної небезпеки також очікується регулярне оновлення знань і навичок, попри те що формальний строк дії посвідчення становить п'ять років.

Нові ролі та категорії

Концепція пропонує нові поняття: «екстрений медичний реагувальник» — особа, яка пройшла спеціалізоване навчання з надання першої допомоги, що включає практичні навички базової підтримки життя, зокрема навички користування відповідним обладнанням; а також «надавачі першої допомоги» — особа, яка пройшла навчання з надання першої допомоги, що включає практичні навички базової підтримки життя. Здобуття відповідних навичок розпорядженням⁷ визначається як обов'язкова частина кваліфікаційних вимог для таких професій, як: вихователі закладів дошкільної освіти, вчителі в школах та викладачі в закладах вищої освіти, інші працівники соціальної сфери та працівники, зайняті на роботах із підвищеною небезпекою.

Стандартизація навчання

Для згаданих категорій надавачів домедичної допомоги були розроблені відповідні навчальні програми. Їхній зміст визначає наказ МОЗ від 2021 року «Про удосконалення підготовки з надання домедичної допомоги осіб, які не мають медичної освіти»⁸. Зокрема, наказом затверджуються такі документи:

1. Навчально-тренувальна програма трьох рівнів із підготовки осіб, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні надавати домедичну допомогу.

Документ визначає мету навчання, тривалість кожного блоку програми, порядок оцінювання, максимальну кількість учасників практичних занять, перелік обладнання, необхідного для проведення курсу, а також погодинний план навчання.

Фактично зміст курсів **I рівня** відповідає міжнародним програмам BLS (Basic Life Support), PBLS (Pediatric Basic Life Support) та BCon (Bleeding Control). Тривалість навчання становить до 8 годин. Курс **II рівня** — «Перший на місці події» (First on the Scene) — окрім попередніх навчальних блоків доповнюється міжнародними відповідниками курсів ITLS (International Trauma Life Support) та PHTLS (Prehospital Trauma Life Support), а також

⁷ Про схвалення Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 22.05.2019 № 383-р.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/383-2019-%D1%80#n8>

⁸ Про удосконалення підготовки з надання домедичної допомоги осіб, які не мають медичної освіти: Наказ МОЗ України від 2021 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1627282-21?#n140>

передбачає вивчення базових понять анатомії. Тривалість навчання становить 40 годин. Курс **III рівня** — «Екстрений медичний технік» — включає всі попередні навчальні блоки та доповнюється вивченням основ анатомії, фізіології та патологічної фізіології людини, а також вивченням окремих елементів екстреної медичної допомоги. Тривалість навчання становить 120 годин.

2. Навчально-тренувальна програма підготовки за кваліфікацією «Інструктор із надання першої допомоги».

Програма розрахована на підготовку фахівців, які проводять навчання з першої допомоги I рівня. До навчання допускаються особи, які мають повну загальну середню освіту та успішно пройшли підготовку за програмами I та II рівнів. Програма містить опис методик викладання, вимог до обладнання, тривалості окремих навчальних блоків тощо.

Також наказ покладає на Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України» функцію методичної допомоги з питань впровадження затверджених програм у навчальних центрах.

Національний спротив

У 2021 році було ухвалено Закон України «Про основи національного спротиву», який визначає правові та організаційні засади підготовки та ведення національного спротиву⁹.

Серед ключових завдань підготовки населення Закон визначає:

- підготовку до життєдіяльності в умовах бойових дій та на тимчасово окупованих територіях, зокрема в інтересах руху опору;
- навчання діям і правилам поведінки під час надзвичайних ситуацій, пов'язаних із наслідками війни.

Організація підготовки покладається на Міністерство оборони України у взаємодії з іншими органами державної влади. Навчання здійснюється у спеціалізованих центрах підготовки за програмами, затвердженими Міністерством оборони України, тоді як порядок створення та функціонування таких центрів визначає Кабінет Міністрів України.

Для цивільного населення участь у програмах підготовки є добровільною.

Після ухвалення Закону України «Про основи національного спротиву» в Україні почали активно розвиватися мережі навчальних центрів для підготовки цивільного населення. Рівненський обласний центр підготовки

⁹ Про основи національного спротиву : Закон України від 16.07.2021 № 1702-IX // База даних "Законодавство України" / Верховна Рада України.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/1702-20> (дата звернення: 17.04.2026).

громадян до національного спротиву¹⁰, Київський обласний центр підготовки населення до національного спротиву¹¹, Центр підготовки до національного спротиву в Дніпрі¹², Одеський обласний центр захисту ветеранів та національного спротиву¹³ — лише частина інституцій, які безоплатно проводять навчання для цивільного населення на місцях.

Діяльність цих центрів фінансується коштом Міністерства оборони України, що створює умови для системного розвитку програм і регулярного проведення курсів. Зміст підготовки є комплексним і включає вогневу підготовку, основи домедичної допомоги в умовах війни, топографію, керування БПЛА та інші напрями підготовки.

Відповідно до законодавства навчання має здійснюватися за програмами, затвердженими Міністерством оборони України. Водночас зміст окремих компонентів, зокрема блоку домедичної допомоги, не є публічно доступним, що ускладнює їх аналіз на основі відкритих джерел.

Ймовірно, ці програми частково спираються на нормативну базу Міністерства охорони здоров'я, зокрема на наказ №441 від 9 березня 2022 року, який визначає порядок надання домедичної допомоги постраждалим в умовах бойових дій або воєнного стану¹⁴. У документі запроваджується поділ на зони (прямої загрози, непрямої загрози та евакуації), а також описуються послідовність дій і обсяг допомоги в кожній із них. При цьому рекомендації враховують статус надавача допомоги як цивільної особи, що обмежує перелік допустимих втручань.

Проблема розмежування домедичної допомоги та тактичної медицини

Частина навчальних центрів у своїх анонсах говорить про блок із тактичної медицини, натомість інші — про домедичну допомогу. У цьому контексті важливо розглянути проблему розмиття меж між домедичною допомогою та тактичною медициною. Поширення вишколів та курсів із тактичної медицини у відповідь на розгортання бойових дій на території України є очікуваною реакцією на безпекові виклики. Водночас відсутність чіткого розмежування між цивільним і військовим контекстами надання допомоги

¹⁰ Центр Спротиву Рівненщини // Facebook. 2025. URL: <https://www.facebook.com/p/%D0%A6%D0%95%D0%9D%D0%A2%D0%A0-%D0%A1%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%B8%D0%B2%D1%83-%D0%A0%D1%96%D0%B2%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D1%89%D0%B8%D0%BD%D0%B8-61577295736836/>

¹¹ Центр національного спротиву // Офіційний сайт. 2024. URL: <https://nacsprotyv.com.ua/>

¹² Центр національного спротиву (Дніпро) // Instagram. 2024. URL: https://www.instagram.com/sprotyv_dp/

¹³ Одеський обласний центр захисту ветеранів та нацспротиву // Facebook. 2024. URL: <https://www.facebook.com/p/%D0%9E%D0%B4%D0%B5%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B8%D0%B9-%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B0%D1%81%D0%BD%D0%B8%D0%B9-%D1%86%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%80-%D0%B7%D0%B0%D1%85%D0%B8%D1%81%D1%82%D1%83-%D0%B2%D0%B5%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%96%D0%B2-%D1%82%D0%B0-%D0%BD%D0%B0%D1%86%D1%81%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%B8%D0%B2%D1%83-61584442149084/>

¹⁴ Додаток 29 до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 09.03.2022 № 441. Порядок надання домедичної допомоги постраждалим при підозрі на пошкодження хребта // Міністерство охорони здоров'я України. 2022. URL: https://moz.gov.ua/uploads/8/40984-dn_441_09032022_dod29.pdf

створює низку ризиків. Окремі елементи тактичної медицини можуть бути нерелевантними або навіть небезпечними в цивільних умовах. Зокрема, йдеться про інвазивні втручання, використання лікарських засобів без відповідної підготовки та правових підстав, а також практики сортування постраждалих (тріажу), які у воєнних умовах мають іншу логіку пріоритетизації.

При інтеграції елементів тактичної медицини в програми підготовки цивільного населення критично важливими є чітке визначення меж застосування цих знань, адаптація їх до цивільних умов і уникнення практик, що виходять за межі дозволеної домедичної допомоги.

Описані документи формують нормативний контекст сфери домедичної допомоги в Україні, визначають роль держави у підвищенні рівня обізнаності населення з цієї теми, а також у забезпеченні доступності відповідного навчання та можливостей для його проходження.

Правовий захист надавачів першої допомоги

Однією з ключових проблем у сфері надання першої допомоги в Україні є відсутність належного правового захисту для осіб, які її надають. Прямого аналога «закону доброго самарянина» в Україні немає. Водночас низка законодавчих норм фактично покладає на громадян обов'язок надавати допомогу, не передбачаючи механізмів правового захисту в разі негативних наслідків таких дій.

Одним із прикладів такої асиметрії у розподілі обов'язків і правового захисту є стаття 119 Кримінального кодексу України, у якій «вбивство, вчинене через необережність» карається обмеженням волі на строк від трьох до п'яти років. У результаті особа, яка намагається надати допомогу, потенційно може нести кримінальну відповідальність за її наслідки навіть тоді, коли діяла без злого наміру.

Формальним правовим захистом особи, яка надає допомогу, можна вважати 39 статтю Кримінального кодексу України. Вона передбачає, що заподіяння шкоди в стані крайньої необхідності, тобто для усунення небезпеки, не є кримінальним правопорушенням, якщо цю небезпеку за конкретних обставин неможливо було усунути іншими засобами і якщо при цьому не було допущено перевищення меж крайньої необхідності¹⁵. Крім того, особа не підлягає кримінальній відповідальності за перевищення цих меж, якщо діяла в стані сильного душевного хвилювання і не могла адекватно оцінити ситуацію. Фактично це означає, що добросовісні дії не повинні тягнути кримінальної відповідальності. Водночас ці норми мають суб'єктивний характер і не створюють чітких правових гарантій для рятувальника.

¹⁵ Кримінальний кодекс України: Закон України від 05.04.2001 № 2341-III // База даних "Законодавство України" / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text>

У 2018 році до Верховної Ради було подано проєкт Закону «Про внесення змін до деяких законів України щодо удосконалення надання першої допомоги». Його метою було створення законодавчої бази, яка стимулювала б пересічних громадян надавати першу допомогу в екстрених ситуаціях і забезпечувала б правовий захист таких осіб. Проєкт передбачав низку змін до Кримінального кодексу України, зокрема звільнення від кримінальної відповідальності за завдання шкоди життю, здоров'ю або майну людини, нанесення тяжких тілесних ушкоджень або спричинення смерті внаслідок надання їй першої допомоги, якщо така шкода була завдана ненавмисно¹⁶. Наразі запропоновані зміни не були ухвалені та не набули чинності.

Вплив правової невизначеності на поведінку людей

Міжнародні дослідження свідчать, що відсутність правового захисту безпосередньо впливає на готовність людей надавати допомогу. Так, у дослідженні «Factors Influencing Individuals' Hesitation to Provide First Aid in Emergencies» («Чинники, що впливають на нерішучість осіб щодо надання першої допомоги в надзвичайних ситуаціях») 49,1% опитаних зазначили, що страх юридичних наслідків є для них бар'єром до надання допомоги¹⁷. Якісні дослідження також підтверджують цю тенденцію. Зокрема, один з інформантів зазначив: «Я думаю, люди не допомагають, бо бояться юридичних наслідків»¹⁸.

Розуміння важливості правового захисту осіб, які надають першу допомогу, уже давно сформувалося в багатьох країнах. У США «Закон доброго самарянина», який визначає правовий статус рятувальника, діє в усіх 50 штатах країни¹⁹. Аналогічні закони ухвалено також у Канаді, Бельгії, Австралії, Китаї, Фінляндії, Франції та в інших країнах.

В Україні склалася ситуація, у якій існує обов'язок надавати допомогу, проте відсутній чіткий правовий захист тих, хто її надає, а чинні норми залишаються нечіткими та допускають різне тлумачення.

У такому контексті захист надавачів першої допомоги не може бути делегований громадським організаціям чи благодійним фондам і має забезпечуватися державою.

Відсутність відповідного закону є суттєвою правовою прогалиною і реальним бар'єром для надання першої допомоги в екстрених ситуаціях.

¹⁶ Надання першої медичної допомоги без страху подальшого покарання // Український медичний часопис. 2018. URL: <https://umj.com.ua/uk/novyna-135276-nadannya-pershoyi-medichnoyi-dopomogi-bez-strahu-podalshogo-pokarannya>

¹⁷ Hadadi S., Alnuwaysir N., Almadani T. et al. Factors Influencing Individuals' Hesitation to Provide First Aid in Emergencies // PubMed Central (Cureus). 2025. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12754685/>

¹⁸ Sepahvand M. J., Nourozi K., Khankeh H., Mohammadi-Shahboulaghi F., Fallahi-Khoshknab M. Fears and Concerns of Bystanders to Help People Injured in Traffic Accidents: A Qualitative Descriptive Study // Wiley (Emergency Medicine International). 2023. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2023/1862802>

¹⁹ First Aid: Legal and Ethical Issues // NCBI Bookshelf. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542176/> (дата звернення: 13.04.2026).

Особливості державного регулювання навчання, підготовки та оснащення

Згадані закони та розпорядження хоча і визначають певні інституційні рамки та окреслюють стратегічні напрями розвитку сфери домедичної допомоги, проте містять низку невідповідностей і прогалин.

Зокрема, варто звернути увагу на такі аспекти.

Підготовка осіб, зобов'язаних надавати домедичну допомогу

- **Рятувальники аварійно-рятувальних служб і працівники державної пожежної охорони (передусім ДСНС)**

Інституційна база

Для рятувальників в Україні функціонує спеціалізована інституційна база підготовки у сфері домедичної допомоги, зокрема кафедра домедичної підготовки Інституту державного управління та наукових досліджень із цивільного захисту. Її створення пов'язане з реалізацією постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку підготовки та підвищення кваліфікації осіб, які зобов'язані надавати домедичну допомогу».

За інформацією установи²⁰, кафедра забезпечена сучасною навчально-матеріальною базою, а освітній процес здійснюють медичні фахівці з практичним досвідом роботи в системі екстреної медичної допомоги. Викладацький склад також сертифікований Українським науково-практичним центром екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України та має міжнародні сертифікати.

Програми підготовки та відповідність стандартам

Навчання здійснюється за програмою «Перший на місці події» тривалістю 64 години. Уже на цьому етапі помітна нормативна невідповідність: у затверджених МОЗ програмах тривалість підготовки цього рівня має становити 40 годин.

Завершальним етапом підготовки є складання іспиту, за результатами якого слухачам видається посвідчення державного зразка про проходження підготовки з надання домедичної допомоги.

Реальні практики навчання

У відкритому доступі інформації про результати навчання за 2022–2026 роки немає. Водночас у статті²¹ «Нормативно-правове регулювання

²⁰ Домедична підготовка // Інститут державного управління та наукових досліджень з цивільного захисту. URL: <https://indcz.dsns.gov.ua/domedichna-pidgotovka>

²¹ Нормативно-правове регулювання надання домедичної допомоги немедичними працівниками // Інвестиції: практика та досвід. 2016. № 3. С. 66–70. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/3_2016/15.pdf

надання домедичної допомоги немедичними працівниками» наведено дані про 400 осіб, які успішно завершили навчальну програму за 2016 рік. (с. 66). Крім того, на сайті Інституту опубліковано близько семи інформаційних повідомлень за 2024 рік про завершення навчання з домедичної підготовки²². На їх основі можна зробити висновок, що протягом 2024 року навчання успішно пройшли приблизно 100 осіб. Інформація про результати навчання на базі Інституту за інші роки у відкритому доступі відсутня.

Участь громадських і приватних акторів

Підготовка рятувальників у сфері домедичної допомоги також активно підтримується ініціативами громадського та приватного секторів. Одним з акторів у цій сфері є Український Червоний Хрест (далі – УЧХ), який реалізує навчальні програми в співпраці з державними інституціями.

У статті УЧХ за 2025 рік наведено інформацію про співпрацю організації з ДСНС у межах Меморандуму про співпрацю²³. Інструктори УЧХ провели 48-годинні тренінги в Ромнах, Конотопі, Харкові, Запоріжжі, Житомирі, Одесі, Рівному, а також у населених пунктах Донецької області, Миколаєві та Тернополі. Загалом у 2025 році цією розширеною програмою планувалося охопити близько 3000 працівників ДСНС.

Точкові приватні ініціативи

Поряд із системними програмами реалізуються і локальні ініціативи за участю приватного сектору. Зокрема, за фінансової підтримки компанії «Аврора» у 2025 році інструктори компанії FAST провели 40 тренінгів, у межах яких базові навички домедичної допомоги здобули близько 670 рятувальників²⁴.

Висновок

Наведені дані дають підстави стверджувати, що підготовка рятувальників у сфері домедичної допомоги здійснюється, однак роль держави в цьому процесі обмежена. Відсутня прозора система здобуття первинних знань із надання домедичної допомоги та будь-яка інформація про повторну атестацію осіб, які проходили навчання раніше. Немає публічної звітності або затвердженого інструменту оцінювання ефективності навчання. Крім того, хоча для рятувальників і затверджено окрему програму підготовки, фактично, через делегування навчання громадським організаціям і приватним навчальним центрам, уніфікованої програми немає. Про це

²² Результати пошуку: кафедра домедичної підготовки // Інститут цивільного захисту. URL: <https://indcz.dsns.gov.ua/search?q=%D0%BA%D0%B0%D1%84%D0%B5%D0%B4%D1%80%D0%B0+%D0%B4%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%BE%D1%97+%D0%BF%D1%96%D0%B4%D0%B3%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%B2%D0%BA%D0%B8>

²³ Навчання з першої допомоги // Український Червоний Хрест. 2025. URL: <https://redcross.org.ua/news/2025/05/113558/>

²⁴ Fast & Аврора. Навчання для ДСНС : [публікація в Instagram]. URL: <https://www.instagram.com/p/DJWGy-xt-JW/>

свідчить різна тривалість навчання, реалізованого на базі Інституту (64 год), УЧХ (48 год) та компанії FAST. Згаданого в Концепції розвитку реєстру осіб, які опанували курс «Перший на місці події», у відкритому доступі немає.

- **Національна поліція України**

Інституційна база

Питання підготовки працівників поліції регулює наказ МВС від 2016 року²⁵. Ним визначено, що не менше 70% загального навчального часу загально-профільної підготовки має бути відведено на домедичну підготовку. Заняття з домедичної підготовки проводять працівники поліції, які мають медичну освіту або успішно пройшли курс за програмами підготовки II рівня «Перший на місці події», яка відповідає вимогам наказу МОЗ від 2021 рік.

Фактична реалізація та критика навчання

В інформаційному матеріалі, опублікованому на платформі МОЗ, зазначено, що у 2018 році близько 8 тисяч поліцейських і рятувальників навчатимуться надавати першу допомогу за світовими стандартами. Навчання було організовано на базі закладів вищої освіти та тренувальних центрів у Вінниці, Дніпрі, Івано-Франківську, Запоріжжі, Києві, Кіровограді, Львові, Одесі, Полтаві, Тернополі, Харкові, Черкасах та Чернівцях²⁶. Подальше звітування про реалізацію цієї програми відсутнє, як і публікації про проведення відповідних курсів протягом останніх п'яти років.

У статті Бойка²⁷ наведено обґрунтовану критику затвердженої МОЗ програми підготовки для поліцейських. Зокрема, автор наголошує на невідповідності програми «Перший на місці події» потребам виконання службових завдань в атипових, загрозливих або надзвичайних ситуаціях, таких як наявність активного стрільця, проведення антитерористичних операцій в умовах міста, випадки захоплення заручників, терористичні акти під час масових заходів або загроза їх вчинення.

Крім того, автор вказує на низку невідповідностей у законах та наказах, зокрема у визначенні необхідної кількості спорядження для групи, кількості та підготовки інструкторів, а також інструментів оцінювання ефективності навчання. Також автор стверджує про недоцільність впровадження терміна «екстрений медичний реагувальник», оскільки це створює термінологічну плутанину з уже наявними у сфері охорони здоров'я поняттями. На думку автора, діяльність осіб, що мають лише сертифікат про практичні навички

²⁵ Про затвердження Положення про організацію службової підготовки працівників Національної поліції України : Наказ МВС України від 26.01.2016 № 50.
URL: <https://zakon.cc/law/document/read/z0260-16?>

²⁶ Допомога до приїзду швидкої: в Україні розпочалось навчання за програмою "Перший на місці події" // МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/dopomoga-do-priizdu-shvidkoi-v-ukraini-rozpochalos-navchannja-za-programoju-pershij-na-misci-podii>

²⁷ Бойко О. Стан правового регулювання надання домедичної допомоги поліцейськими в Україні // Вісник УжНУ. Серія: Право. 2021. URL: <https://visnyk-pravo.uzhnu.edu.ua/article/view/253959/251220>

базової підтримки життя, не можна вважати медичною за відсутності медичної освіти.

Підготовка інструкторів

Питання підготовки інструкторів досліджував, зокрема, Шостак. У статті «Принципи підготовки співробітників Національної поліції з домедичної допомоги» (2019) наведено такі дані: у міжнародному центрі парамедицини S.M.U.R.D. (Румунія) підготовлено 12 тренерів, які отримали міжнародні сертифікати з надання домедичної допомоги. Також створено навчально-тренувальне відділення домедичної підготовки Київського центру первинної професійної підготовки «Академія поліції».

Станом на 2019 рік відділення успішно функціонувало, було розроблено програми підготовки поліцейських та рятувальників аварійно-рятувальних підрозділів із домедичної допомоги, а також програми підготовки інструкторів із домедичної підготовки відповідно до встановлених вимог²⁸. Водночас на сайті «Академії поліції» будь-яка інформація про проведені навчання та підготовку з домедичної допомоги відсутня.

Роль громадських організацій

Інформація про підготовку працівників Національної поліції у сфері домедичної допомоги переважно походить із медійних та інституційних повідомлень, що ускладнює оцінку системності таких заходів, проте дозволяє окреслити основні практики.

За даними публікації Українського Червоного Хреста за 2024 рік, організація регулярно проводить тренінги з надання першої допомоги для працівників поліції²⁹. Окремі регіональні Зокрема, на офіційному сайті Головного управління Національної поліції в Житомирській області наведено інформацію про практичні тренінги з надання першої допомоги, проведені сертифікованими інструкторами Товариства Червоного Хреста України. Такі тренінги є складовою професійної підготовки поліцейських. За їх результатами учасники отримують сертифікати, а підрозділи забезпечуються аптечками першої допомоги для подальшого застосування навичок у службовій діяльності³⁰.

Окрім базових тренінгів, реалізуються також спеціалізовані програми підготовки. Так, у 2025 році ГО «Всеукраїнська рада реанімації та екстреної медицини» провела навчання з «тактичної допомоги постраждалим» для працівників поліції з Дніпропетровської, Донецької, Харківської,

²⁸ Шостак В. Принципи підготовки співробітників Національної поліції з домедичної допомоги // Медична освіта. 2019. URL: https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/med_osvita/article/view/10342

²⁹ Інформаційний матеріал // Український Червоний Хрест. 2024. URL: <https://redcross.org.ua/news/2024/12/100770/>

³⁰ Практичні навчання для поліцейських з надання першої допомоги // ГУНП у Житомирській області. URL: <https://zt.npu.gov.ua/news/na-zhytomyrshchyni-vidbulysia-praktychni-navchannia-dlia-politseyskykh-z-nadannia-pershoi-dopomohy>

Луганської та Запорізької областей. За інформацією Консультативної місії Європейського Союзу, яка фінансово підтримала цю ініціативу, підготовка передбачає не лише індивідуальне навчання, а й подальше поширення набутих знань серед колег у підрозділах³¹.

Ключові проблеми

Наведені дані дозволяють окреслити практики реалізації навчання працівників поліції та водночас виявляють низку системних обмежень. Попри наявність нормативно-правових актів МВС, покликаних регулювати цю сферу, значна їх частина потребує актуалізації та змістовного вдосконалення.

Аналогічно до підготовки рятувальників, у сфері підготовки працівників поліції відсутня уніфікована стратегія навчання, різняться тривалість, зміст і формати курсів, відсутні єдині стандарти їх проведення та оцінювання. Додатковим обмеженням є брак прозорості звітності та систематичних досліджень у цій сфері. Внаслідок цього оцінка ефективності навчальних програм і загального рівня готовності працівників поліції до надання домедичної допомоги залишається ускладненою.

- **Інші категорії працівників**

Що стосується підготовки лікарів, фармацевтів, провідників пасажирських вагонів, бортпровідників, водіїв, учителів та викладачів, то відповідальність за забезпечення їхньої домедичної підготовки покладається на роботодавців. Державні органи не здійснюють контролю за виконанням положень постанови «Про затвердження Порядку підготовки та підвищення кваліфікації осіб, які зобов'язані надавати домедичну допомогу». Внаслідок цього відсутні емпіричні дані, необхідні для належної оцінки ефективності підготовки зазначених категорій осіб.

Системні прогалини державного управління у сфері навчання

Аналіз практик упровадження домедичної підготовки осіб, які зобов'язані надавати домедичну допомогу, дає підстави для кількох висновків щодо прогалин у державному управлінні цією сферою.

1. Відсутність єдиного стандарту підготовки

Наявність нормативно-правових актів, покликаних впорядкувати сферу навчання з надання першої допомоги, сама по собі не забезпечує формування ефективної та цілісної системи її розвитку. Через відсутність з боку держави інструментів контролю, супроводу та оцінювання ефективності навчання, а також спеціалізованих робочих груп, відповідальність за реалізацію навчальних програм залишається

³¹ First aid training for police officers from liberated areas // EUAM Ukraine. 2025.
URL: <https://www.euam-ukraine.eu/ua/news/first-aid-training-for-police-officers-from-liberated-areas/>

на локальному рівні. Це призводить до неможливості стандартизації знань і навичок, відсутності уніфікованих підходів до навчання та обмежених можливостей для ведення системного обліку підготовлених осіб. Інформування громадськості про проведені навчання має фрагментарний і несистемний характер, що ускладнює здійснення повноцінного моніторингу та аналізу ефективності освітніх практик.

2. Відсутність контролю та системного моніторингу

Оцінка загального рівня підготовки осіб, які зобов'язані надавати домедичну допомогу, а також ефективності реалізації державної політики в цій сфері є фактично неможливою. Це зумовлено відсутністю єдиного реєстру сертифікованих осіб та браком узагальнених статистичних даних. Додатковою проблемою є нормативна неузгодженість: затверджені накази містять суперечності в термінології та вимогах до організації навчання. Зокрема, про це свідчить запровадження обов'язкової підготовки за рівнем «екстрений медичний рятувальник» для певних категорій осіб за відсутності затвердженої навчальної програми відповідного рівня.

3. Невідповідність навчальних програм професійній специфіці

Суттєвим недоліком є відсутність адаптації навчальних програм до специфіки професійної діяльності різних категорій працівників. Насамперед це стосується рятувальників та працівників Національної поліції. Уніфіковані підходи до навчання не враховують реальних умов, у яких ці фахівці надають допомогу, що знижує практичну ефективність підготовки та її відповідність професійним викликам.

Для глибшого розуміння виявлених проблем та формування обґрунтованих управлінських рішень існує необхідність у проведенні розширених емпіричних досліджень.

Інституціоналізація навчання: шкільна освіта

У 2023 році навчання з домедичної підготовки було інтегровано до шкільної програми для учнів 10–11 класів у межах оновленого предмета «Захист України». Перед впровадженням змін учителів направили на перепідготовку, а також провели навчання для супервізорів.³²

З метою підвищення ефективності засвоєння матеріалу навчання організовано в спеціально створених осередках, кількість яких, за даними Міністерства освіти й науки України, становить близько 1200 по всій країні. Такі осередки об'єднують учнів із кількох закладів освіти, що, за задумом

³² Міністерство освіти і науки України. Завершилося загальнонаціональне навчання супервізорів предмета "Захист України" // Офіційний вебсайт МОН України. 2024. URL: <https://mon.gov.ua/news/zavershylosia-zahalnonatsionalne-navchannia-supervizoriv-predmeta-zakhyst-ukrainy>

авторів, має забезпечити кращу матеріально-технічну базу та вищу якість підготовки³³.

Крім того, змінено і формат викладання. Замість традиційних щотижневих 45-хвилинних уроків нова модель передбачає проведення занять у форматі інтенсивних навчальних днів один раз на місяць. Це дозволяє приділяти більше часу практичному відпрацюванню навичок.

Структура та зміст домедичної підготовки в школі

Програма рівня стандарту містить два тематичних плани. Перший, як зазначено в документі, призначений для «вивчення предмета юнаками», а для дівчат є факультативним. Цей план складається із семи розділів та передбачає вивчення домедичної допомоги на останньому етапі. На відповідний розділ відведено 22 години у 10 класі та 32 години в 11 класі. Програма охоплює такі теми: базова підтримка життя, надання домедичної допомоги при кровотечах та домедична допомога в умовах бойових дій (лише для 11 класу). У програмі наведено детальний план кожного заняття, перелік знань та навичок, які має засвоїти кожен учень, а також критерії оцінювання.

Другий тематичний план («Основи медичних знань») призначений для дівчат або юнаків, які за станом здоров'я або релігійними переконаннями не вивчають основ військової справи. Він охоплює такі розділи: основи медичних знань і домедичної допомоги; основи цивільного захисту; міжнародне гуманітарне право про захист цивільного населення та домедична допомога в бойових умовах. Загальна тривалість навчання за цим планом становить 245 годин упродовж 10 і 11 класів³⁴.

Обмеження та проблеми оцінки ефективності

Інтеграція навчання з надання першої допомоги до шкільної програми є закономірною відповіддю на запит щодо підвищення готовності населення до реагування на критичні ситуації та послідовним кроком у реалізації розпорядження «Про схвалення Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги». Проте оцінка ефективності впровадження цієї програми наразі ускладнена відсутністю статистичних даних та аналітичних матеріалів з цієї теми. Водночас, дещо необґрунтованим видається гендерний поділ у вивченні предмета. Для формулювання обґрунтованих аналітичних висновків необхідним є детальніший аналіз самої навчальної програми та практик її впровадження на місцях.

³³ Міністерство освіти і науки України. З 2 вересня учні 10–11 класів вивчатимуть предмет "Захист України" у спеціально створених осередках // Офіційний вебсайт МОН України. 2023. URL: <https://mon.gov.ua/news/z-2-veresnia-uchni-1011-klasiv-vyvchatymut-predmet-zakhyst-ukrainy-u-spetsialno-stvorenykh-oseredkakh>

³⁴ Міністерство освіти і науки України. Навчальна програма "Захист України" (Рівень стандарту) для 10–11 класів закладів загальної середньої освіти // МОН України. 2023. URL: https://mon.gov.ua/static-objects/mon/sites/1/zagalna%20serednya/programy-10-11-klas/2023/13.09.2023/Navchalna_programa-2023.zakhyst.Ukrayiny-10-11-standart.pdf

Оснащення засобами першої допомоги публічних місць: АЗД

В Україні поступово розвиваються ініціативи з оснащення публічних просторів автоматичними зовнішніми дефібриляторами (АЗД), що є важливим елементом підвищення виживаності у разі раптової зупинки кровообігу.

Одним із прикладів є діяльність благодійного фонду «Smart Medical Aid», який ініціював акцію «Запустимо серце разом». У межах цієї ініціативи дефібрилятори безкоштовно встановлюють у місцях масового скупчення людей у великих містах України. Наразі відомо про щонайменше шість пристроїв, розміщених у Львові та Дніпрі. Закупівлю обладнання підтримав фонд «Razom for Ukraine», а в співпраці з організацією «Ukraine Charity» дефібрилятори також встановлено в трьох локаціях Івано-Франківська.

Ініціатива не обмежується лише встановленням АЗД. Інструктори фонду, сертифіковані за міжнародними стандартами (зокрема Європейською радою реанімації), проводять навчання для населення з надання домедичної допомоги дорослим і дітям, а також демонструють практичне використання дефібриляторів³⁵.

Іншим прикладом є громадська ініціатива «РеаніМетро», спрямована на встановлення дефібриляторів у метро та навчання працівників метрополітену наданню першої допомоги³⁶. Поштовхом до її створення стала відмова Київського метрополітену підтримати дві петиції щодо встановлення дефібриляторів.

Спільнота «РеаніМетро» здобула фінансування в межах громадського бюджету та закупила дефібрилятори за кошти Київського міського центру громадського здоров'я. Попри спротив керівництва метрополітену щодо встановлення обладнання та проведення навчань для працівників, станом на сьогодні вже встановлено 52 дефібрилятори, а навчання пройшли 130 працівників воєнізованої охорони³⁷.

Також відомо, що в межах державного тендеру було закуплено аптечки для всіх станцій метрополітену. Закупівлю було здійснено в заплановані терміни³⁸.

Окремо варто відзначити роль приватного сектору. Компанія «Rhythm», яка на ринку з 2021 року, позиціонує себе як надійного постачальника медичного обладнання та розробника першого україномовного

³⁵ Благодійний фонд "Smart Medical Aid". Запустимо серце разом // Smart Medical Aid. 2026. URL: <https://smartmedicalaid.org/ua/projects/zapustimo-sercze-razom/>

³⁶ Громадська ініціатива "РеаніМетро". РеаніМетро — дефібрилятори в київському метро // Facebook. 2026. URL: <https://www.facebook.com/reanimetro/>

³⁷ Жителі. Маша Назарова: про тактичну медицину, навчання та порятунок життів // Жителі. 2026. URL: https://www.zhyteli.org/post/masha_nazarova

³⁸ The Village Україна. Де поділися бюджетні гроші на встановлення дефібриляторів на платформах метро і що буде далі // The Village Україна. 2026. URL: <https://www.village.com.ua/village/city/asking-question/307273-de-podilisya-byudzhetni-groshi-na-vstanovlennya-defibrilyatoriv-na-platformah-metro-i-scho-bude-dali>

дефібрилятора³⁹. Першим замовником АЗД стала броварня «Микулинецький Бровар» у Тернопільській області, яка встановила 15 пристроїв на своєму виробництві. Згодом до закупівлі АЗД долучилися «Миколаївський міжнародний аеропорт» та «Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Тернопільської обласної ради. Водночас, як наголошують засновники компанії, масового встановлення дефібриляторів в Україні наразі не відбувається.

Зараз компанія «Rhythm» реалізує освітній проєкт, спрямований на популяризацію встановлення АЗД у публічних місцях серед представників місцевої влади. Відповідні заходи вже проводилися в Луцьку, Львові та Харкові, а у Львові ухвалено програму встановлення дефібриляторів у школах, яка перебуває на стадії реалізації.

Подібні ініціативи реалізуються і на місцевому рівні. Наприклад, благодійний фонд «Подільська громада» спільно з громадською організацією «Агенція екстреної медичної допомоги» за підтримки Вінницької міської ради здобули перемогу в проєкті «AEDs save lives» («АЗД рятують життя»). У межах проєкту в публічних місцях Вінницької громади було встановлено шість автоматичних зовнішніх дефібриляторів. Також було проведено 12 навчальних тренінгів з користування АЗД та надання першої допомоги, у яких взяли участь майже 200 осіб. Крім того, для жителів Вінницької міської територіальної громади реалізовано інформаційну кампанію щодо наявності, функціоналу та правил користування автоматичними зовнішніми дефібриляторами⁴⁰.

Поступово відбувається встановлення АЗД і в транспортній інфраструктурі. За інформацією новинного порталу Укрзалізниці, дефібрилятори вже встановлено на вокзалах у Харкові, Запоріжжі, Одесі, Львові, Ужгороді, Дніпрі та Києві. За підтримки Товариства Червоного Хреста України у 2022 році було отримано ще 44 дефібрилятори. Представники УЧХ провели навчання для працівників вокзалів з надання першої домедичної допомоги та використання дефібриляторів. У навчанні взяли участь 225 працівників, зокрема чергові по вокзалу, чергові з надання довідок, адміністратори та чергові по залу⁴¹.

Облік та навігація АЗД

Відстежувати встановлені в Україні дефібрилятори можна за допомогою кількох ресурсів. Одним із них є мапа АЗД, розроблена ГО «Агенція

³⁹ Свідомі. Дефібрилятори, волонтерська допомога Збройним силам, тренінги з такмеду: як компанія Rhythm посилює сферу домедичної допомоги в Україні // Свідомі. 2026. URL: <https://svidomi.in.ua/page/defibriliatory-volonterska-dopomoha-zbroinym-sylam-treninhy-z-takmedu-ia-kompaniia-rhythm-posyliuie-sferu-domedychnoi-dopomohy-v-ukraini>

⁴⁰ Всеукраїнська рада реанімації та екстреної медичної допомоги. Проєкт "АЗД рятує життя" // ВРР. 2026. URL: <https://aemc.org.ua/projects/p1/>

⁴¹ Укрзаліниця. Укрзаліниця разом із Товариством Червоного Хреста України розпочинає навчання працівників вокзалів та поїздів навичкам надання домедичної допомоги // Укрзаліниця. 2026. URL: https://uz.gov.ua/press_center/up_to_date_topic/585484/

екстреної медичної допомоги». На сайті агенції розміщено сторінку з мапою та переліком встановлених дефібриляторів із детальною інформацією про їх доступність та місце розташування⁴². Наразі цей перелік містить 48 точок розміщення АЗД.

Іншим джерелом інформації є ініціативна група «Вільний доступ до дефібриляторів AED / АЗД Україна» у Facebook⁴³. Спільнота декларує своєю метою популяризацію встановлення автоматичних зовнішніх дефібриляторів у закладах різних форм власності, а також пошук і нанесення інформації про їх розташування на Google Maps. До квітня 2025 року в групі регулярно оновлювалась інформація щодо встановлення та розміщення нових АЗД у публічних місцях. Водночас наразі нові публікації в групі не з'являються вже понад рік, а пошук за запитом «АЗД» на Google Maps не дає змоги знайти інформацію про місця розташування пристроїв.

Відомо про низку міжнародних застосунків з інформацією про розміщення дефібриляторів в Україні. Одним із них є, наприклад, застосунок «OpenAEDMap». Це глобальна мапа, на якій позначено 64 дефібрилятори в Україні⁴⁴. Для порівняння: у Польщі на мапі позначено 15,3 тис. АЗД, у Німеччині — 17,2 тис., а у Франції — 26,5 тис.

Іншим таким застосунком є «Staying Alive». Розроблений у Франції, він пропонує інтерактивну мапу з можливістю самостійно додавати інформацію про розташування дефібриляторів та їхні характеристики. Кількість доданих точок в Україні наразі, на жаль, залишається мінімальною⁴⁵. За словами Тетяни Довгаль, керівниці відділу комунікацій Всеукраїнської ради реанімації, «законодавство України жодним чином не регулює наявність дефібриляторів і взагалі не визначає точної кількості пристроїв, які мають бути в містах»⁴⁶. Так само в Україні не існує єдиного державного реєстру автоматичних зовнішніх дефібриляторів.

Оснащення засобами першої допомоги публічних місць: аптечки

Стосовно встановлення аптечок інформації менше. Чіткого обліку або звітування про аптечки, встановлені в публічних місцях за кошти благодійних фондів чи держави, немає. Якщо така інформація і згадується, то переважно без уточнення вмісту аптечок та відповідальних за їх обслуговування.

⁴² Агенція екстреної медичної допомоги. Мапа встановлених автоматичних зовнішніх дефібриляторів (АЗД) в Україні // АЕМД. 2026. URL: <https://aemc.org.ua/aed/map/>

⁴³ Facebook-спільнота. Група користувачів щодо обміну інформацією (зокрема про розміщення АЗД) // Facebook. 2026. URL: <https://www.facebook.com/groups/2267443310164716>

⁴⁴ OpenAEDMap. Map of Automated External Defibrillators (інтерактивна мапа АЗД) // OpenAEDMap. 2026. URL: <https://openaedmap.org/pdt/#map=5.32/49.486/29.084>

⁴⁵ Staying Alive. Platform for mapping automated external defibrillators and citizen emergency response support // Staying Alive. 2026. URL: <https://stayingalive.org>

⁴⁶ Черкашанам розповіли, як збільшити кількість дефібриляторів і де вони повинні бути // 18000. 2026. URL: <https://18000.com.ua/strichka-novin/cherkashhanam-rozpovili-yak-zbilshiti-kilkist-defibrilyatoriv-i-de-voni-povinni-but/>

Рекомендований вміст аптечки для надання першої допомоги наведено в матеріалі МОЗ⁴⁷. Окрім засобів для зупинки масивних і немасивних кровотеч, бинтів, косинок тощо, рекомендується укомплектувати аптечку знеболювальними та жарознижувальними засобами, а також (для осіб із відповідними знаннями та навичками) декомпресійною голкою. Хоча в матеріалі не уточнюється призначення та місце встановлення такого зразка аптечки, варто наголосити, що наказ МОЗ від 09.03.2022 № 441 «Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах» чітко визначає перелік маніпуляцій, які можуть виконуватися в межах надання домедичної допомоги⁴⁸. Відповідно, дії, не передбачені цим наказом, пересічна людина, навіть особа з медичною освітою не при виконанні службових обов'язків, виконувати не може. Зокрема, давати постраждалому лікарські засоби, яких немає в згаданому наказі або виконувати будь-які інвазивні втручання (за винятком тампонування рани), такі як голкова декомпресія.

У 2019 році було ініційовано проєкт наказу МОЗ «Про затвердження вимог щодо комплектації, зберігання та використання медичних укладок для надання домедичної допомоги»⁴⁹, покликаний врегулювати це питання. У проєкті визначено вимоги до зберігання, розміщення та маркування аптечок у місцях масового перебування людей. Відповідно до проєкту наказу, відповідальним за комплектацію аптечки має бути особа, яка пройшла курс із надання домедичної допомоги в навчально-тренувальних центрах, визначених МОЗ України, та отримала відповідний сертифікат⁵⁰.

Проєкт містить переліки медичних виробів та інших матеріалів, які мають входити до складу укладок для надання домедичної допомоги трьох рівнів. Медична укладка I рівня комплектується базовими засобами та має розміщуватися на території, де можливе одночасне перебування не більше ніж 30 осіб⁵¹. Аптечки для надання допомоги III рівня мають розміщуватися на територіях, де можливе одночасне перебування не більше ніж 1000 осіб. У разі одночасного перебування від однієї до двох тисяч осіб передбачено

⁴⁷ Міністерство охорони здоров'я України. Як укомплектувати аптечку на випадок надзвичайної ситуації // МОЗ України. 2026. URL: <https://moz.gov.ua/uk/jak-ukomplektuvati-aptechku-na-vipadok-nadzvichajnoi-situacii->

⁴⁸ Міністерство охорони здоров'я України. Наказ МОЗ України від 09.03.2022 № 441 "Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах" // МОЗ України. 2022. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-09032022--441-pro-zatverdzhennja-porjadkiv-nadannja-domedichnoi-dopomogi-osobam-pri-nevidkladnih-standah>

⁴⁹ Міністерство охорони здоров'я України. Проєкт наказу Міністерства охорони здоров'я України "Про затвердження Вимог щодо комплектації, зберігання та використання медичних укладок для надання домедичної допомоги" // МОЗ України. 2026. URL: <https://moz.gov.ua/uk/proekt-nakazu-ministerstva-ohoroni-zdorov%E2%80%99ja-ukraini-pro-zatverdzhennja-vimog-schodo-komplektacii-zberigannja-ta-vikoristannja-medichnih-ukladok-dlja-nadannja-domedichnoi-dopomogi>

⁵⁰ Міністерство охорони здоров'я України. Вимоги щодо комплектації, зберігання та використання медичних укладок для надання домедичної допомоги (Додаток 1) // МОЗ України. 2019. URL: https://moz.gov.ua/uploads/2/12922-pro_20190618_1_dod_1_1.pdf

⁵¹ Міністерство охорони здоров'я України. Перелік лікарських засобів та медичних виробів, які повинні бути у складі аптечок медичних (додаток 2) // МОЗ України. 2019. URL: https://moz.gov.ua/uploads/2/12921-pro_20190618_1_dod_2_1.pdf

розміщення двох укладок. Такі аптечки комплектуються розширеним набором засобів⁵², зокрема лікарськими препаратами та АЗД. Хоча проєкт містить доволі розгорнуті настанови, від 2019 року його так і не було затверджено. Відповідно, описані в ньому вимоги не набули чинності.

Загальні рекомендації МОЗ щодо комплектації аптечок, згадані вище, щонайменше є суперечливими та неточними, а в критичній ситуації можуть становити загрозу для життя постраждалого. Інших затверджених та чинних нормативних актів щодо вмісту аптечок у публічних місцях наразі немає.

Узагальнення

Розвиток цієї сфери в Україні є нерівномірним та не має ознак цілісної системи. Наявні практики формуються переважно з ініціативи громадських організацій, бізнесу та окремих громад. Держава в цій сфері не виконує повною мірою ні регуляторної, ні координаційної функції.

- **Поточний стан: автоматичні зовнішні дефібрилятори**

Встановлення АЗД відбувається точково, у межах окремих проєктів у містах, на об'єктах транспортної інфраструктури та підприємствах. Часто такі ініціативи супроводжуються навчанням персоналу або населення, що підвищує їхню практичну цінність. Водночас загальна кількість пристроїв залишається низькою, а підходи до їх розміщення — неуніфікованими. Інформація про наявні дефібрилятори є розпорошеною: наявні мапи не відображають повної картини і швидко втрачають актуальність.

- **Поточний стан: аптечки**

Сфера забезпечення публічних місць аптечками є ще менш упорядкованою. Дані про їх наявність і стан здебільшого відсутні. Вміст аптечок визначається на місцевому рівні без єдиних вимог, що призводить до значних відмінностей у якості їх комплектації. В окремих випадках це створює ризики використання засобів, які не відповідають принципам домедичної допомоги або можуть бути небезпечними.

Загалом ключовою проблемою у цій сфері є відсутність належного державного регулювання, нормативно-правового забезпечення та контролю.

⁵² Міністерство охорони здоров'я України. Перелік лікарських засобів та медичних виробів для аптечки медичної (додаток 2.3) // МОЗ України. 2019. URL: https://moz.gov.ua/uploads/2/12923-pro_20190618_1_dod_2_3.pdf

АНАЛІЗ ДОСВІДУ ІНШИХ КРАЇН

Практики регулювання сфери домедичної підготовки за кордоном можуть надати цінні орієнтири для її розвитку в Україні. Для глибшого розуміння цієї теми та формування практичних рекомендацій важливим є їх системний аналіз.

Однією з впливових міжнародних організацій, що відіграла значну роль у становленні першої допомоги як системи практичних дій, є Міжнародний комітет Червоного Хреста. Організацію заснував Анрі Дюнан у середині XIX століття у відповідь на потребу створення незалежного механізму допомоги пораненим військовим на полі бою. Згодом діяльність Червоного Хреста значно розширилася і охопила інші напрями гуманітарної діяльності, зокрема навчання населення навичкам першої допомоги. Наразі організація працює майже в усіх країнах світу через мережу національних товариств⁵³. У своїх навчальних програмах Червоний Хрест спирається на власні методичні рекомендації та настанови. На офіційних ресурсах організації наведено інформацію про понад 12 мільйонів осіб, навчених на базі Червоного Хреста за 2022 рік.

Іншою міжнародною організацією, що має значні ресурси в підготовці населення з питань першої допомоги, є Європейська рада реанімації (ЄРР). Із 1989 року ЄРР розробляє рекомендації щодо проведення реанімаційних заходів як на госпітальному, так і на догоспітальному етапах, а також проводить відповідні навчальні курси. З певною періодичністю ці рекомендації оновлюються. ЄРР має розгалужену організаційну структуру з національними представництвами в окремих країнах, інтегрованою освітньою платформою та чітко визначеними правилами сертифікації учасників курсів⁵⁴.

Окремого розгляду потребує питання регулювання сфери домедичної підготовки населення в різних країнах світу.

⁵³ Міжнародна федерація товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця. First aid // IFRC. URL: <https://www.ifrc.org/our-work/health-and-care/first-aid> (дата звернення: 17.04.2026).

⁵⁴ European Resuscitation Council (ERC). Official website. URL: <https://www.erc.edu> (дата звернення: 17.04.2026).

США

Однією з провідних організацій, що здійснюють підготовку населення з надання першої допомоги у США, є Американська кардіологічна асоціація (АНА). Це неприбуткова організація, яка фінансує наукові дослідження у сфері серцево-судинних захворювань, розробляє реанімаційні настанови та проводить навчальні курси для населення. Крім того, АНА регулярно реалізує масштабні інформаційні кампанії з популяризації навичок першої допомоги, які розпочалися ще у 1970-х роках⁵⁵.

У законодавстві США передбачено низку норм, що регулюють надання першої допомоги, зокрема встановлюють зобов'язання для представників окремих професій. Ці вимоги можуть відрізнятися залежно від штату, однак загалом вони підкріплюються державними програмами підготовки та механізмами правового захисту осіб, які надають допомогу.

Ключовим елементом цієї системи є «закони доброго самарянина» (Good Samaritan laws), які вперше були запроваджені саме в США⁵⁶. Їхнє основне призначення полягає в захисті особи, яка надає першу допомогу, від юридичної відповідальності у випадку ненавмисного заподіяння шкоди постраждалому.

Базовий принцип цих законів полягає в тому, що постраждалий, як правило, не може подати позов проти рятувальника, якщо допомога надавалася сумлінно, добросовісно та в межах наявних знань і навичок. Тобто визначальними є характер дій і намір допомогти, а не результат.

Попри наявність чітких правових норм і рекомендацій щодо надання домедичної допомоги, емпіричні дані свідчать про суттєві обмеження в рівні підготовки населення навіть у США. Статистика АНА⁵⁷ демонструє розрив між нормативною базою та фактичною доступністю навчання.

За результатами опитування 2000 працівників корпоративного сектору, сфери гостинності, освіти, виробничого сектору та робітничих професій:

- 55% опитаних не мають можливості пройти навчання з надання першої допомоги, серцево-легеневої реанімації (СЛР) та використання автоматичного зовнішнього дефібрилятора за місцем роботи.
- Навіть у випадках, коли навчання доступне, воно часто охоплює лише один компонент — або СЛР, або першу допомогу. Це пов'язано з тим, що у США є поділ на підготовку з СЛР (CPR training) та навчання іншим навичкам першої допомоги.

⁵⁵ American Heart Association // Wikipedia. 2024.

URL: https://en.wikipedia.org/wiki/American_Heart_Association

⁵⁶ Закон доброго самаритянина // Центр спеціальної підготовки "Paramedic". 2024.

URL: <https://paramedic.ua/ua/zakon-dobrogo>

⁵⁷ CPR Facts & Stats // American Heart Association. 2024.

URL: <https://cpr.heart.org/en/resources/cpr-facts-and-stats>

- Половина працівників у США не знає, де саме розташований АЗД на їхньому робочому місці.

Отже, навіть за умов розвиненої нормативної бази та наявності правових стимулів до навчання і надання допомоги рівень практичної готовності населення залишається обмеженим. Це вказує на структурні проблеми у впровадженні навчальних програм, забезпеченні їх доступності та системному поширенні базових навичок. Така ситуація також може свідчити про недостатню ефективність інформаційно-просвітницьких кампаній.

Разом із тим наявність інституцій, які мають ресурси для навчання населення та здійснюють системний збір і аналіз відповідних даних, є важливою умовою для подальшого розвитку сфери. Такі дані створюють основу для масштабування й удосконалення навчальних програм, а також підвищення рівня підготовки населення як на національному, так і на глобальному рівнях.

Ізраїль

Ізраїль є країною, яка протягом значної частини своєї історії перебуває в умовах напружених геополітичних відносин із сусідніми державами. Сучасна безпекова ситуація, зокрема війна в Секторі Гази, створює високий рівень загроз для цивільного населення. Це, своєю чергою, зумовлює необхідність системної та поглибленої підготовки населення до дій у кризових ситуаціях.

Найбільшою організацією, що здійснює навчання з надання першої допомоги в Ізраїлі, є Маген Давид Адом (івр. מִגַּן דָּוִד אָדוֹם, Magen David Adom) — національна служба екстреної медичної допомоги та офіційний представник Ізраїлю в Міжнародному русі Червоного Хреста і Червоного Півмісяця⁵⁸. Назва організації перекладається як «Червона Зірка Давида». Як зазначається в описі організації: «У США ліквідацією наслідків надзвичайних ситуацій, роботою швидкої медичної допомоги та службами донорської крові займаються різні організації. В Ізраїлі ж усі ці функції виконує одна організація — Маген Давид Адом».

Організація демонструє високий рівень ефективності в підготовці населення до дій у надзвичайних ситуаціях. У 2025 році близько 500 тис. осіб пройшли курси СЛР та першої допомоги на базі Маген Давид Адом⁵⁹.

Крім того, MDA активно розвиває систему підготовки волонтерів і фахівців. Так, 780 молодих волонтерів пройшли підготовку до реагування на масові інциденти, а 732 особи отримали сертифікацію інструкторів. У межах іншого проекту понад 16 тис. цивільних пройшли навчання з надання першої допомоги, зокрема представники екстрених і муніципальних служб. Після завершення навчання учасників програми було забезпечено необхідним медичним обладнанням.

Цей випадок є цінним, оскільки демонструє модель дійсно централізованої та всеохопної системи екстреного реагування та підготовки населення до надзвичайних ситуацій. Такий підхід забезпечує високу масштабованість навчання, стандартизацію навичок і можливість швидкої мобілізації людських ресурсів у кризових умовах.

Ефективність цієї моделі значною мірою ґрунтується на тривалому досвіді життя в умовах постійних безпекових загроз, що сприяло інституціоналізації підготовки цивільного населення як складової національної безпеки.

⁵⁸ About AFMDA // American Friends of Magen David Adom. 2026. URL: <https://afmda.org/about/>

⁵⁹ Magen David Adom's 2025 in numbers // The Jerusalem Post. 2026. URL: <https://www.jpost.com/israel-news/culture/article-882270>

Китай

Іншою країною з високим рівнем мобілізації населення до реагування на надзвичайні ситуації є Китай. Система домедичної підготовки в Китаї характеризується поєднанням масових освітніх програм та державної координації. Провідну роль у сфері навчання населення навичкам домедичної допомоги відіграє Товариство Червоного Хреста Китаю⁶⁰.

Емпіричні дослідження свідчать, що, попри активний розвиток навчальних ініціатив, рівень фактичної готовності населення до надання першої допомоги залишається обмеженим. За даними одного з досліджень, належну підготовку для надання першої допомоги мають менш ніж 1 % очевидців випадків раптової зупинки серця⁶¹.

На національному та регіональному рівнях впроваджується система стандартизованого навчання для різних цільових груп, насамперед представників професій, які найчастіше першими стикаються з надзвичайними ситуаціями. Зміст навчання охоплює не лише базові навички надання першої допомоги, а й елементи кризового менеджменту та командної взаємодії. У навчанні використовуються симуляційні технології та цифрові платформи. Важливою характеристикою цієї системи є циклічність навчання з обов'язковим повторенням матеріалу і переоцінюванням навичок.

На рівні вищої освіти спостерігається розрив між позитивним ставленням студентів до першої допомоги та їхніми реальними навичками. Дослідження демонструють, що практичні вміння є нестійкими та швидко втрачаються без регулярного тренування. На готовність діяти додатково впливають соціально-психологічні чинники, зокрема самоефективність і соціальні норми⁶².

Ефективність домедичної підготовки в Китаї обмежується нестійкістю практичних навичок і нерівномірним охопленням населення навчальними програмами, що зумовлює потребу в посиленні регулярної практики та глибшій інтеграції навчання в соціальні інститути.

⁶⁰ Red Cross Society of China // Red Cross Society of China. 2026. URL: <https://www.redcross.org.cn/>

⁶¹ Xi-quan Yan. Popularization of first-aid education in China: Challenges and progress // World Journal of Emergency Medicine. 2022. URL: <http://wjem.com.cn/EN/10.5847/wjem.j.1920-8642.2022.010>

⁶² Li, Z., Li, Z., Heng, J. et al. Knowledge, attitudes, and practices toward basic first aid skills among university students in China: a cross-sectional study. BMC Public Health 26, 659 (2026). <https://doi.org/10.1186/s12889-026-26345-0>

Норвегія

Норвегія є країною з найвищими показниками проведення СЛР очевидцями в Європі. За даними дослідження EuReCa TWO (2017), яке охопило 28 європейських країн, частка випадків, у яких СЛР виконували очевидці, становив 83% у Норвегії. Для порівняння, середній показник по Європі становив 58%, тоді як найнижчий був зафіксований у Сербії — 13%⁶³.

Ключовими організаціями, що здійснюють навчання з першої допомоги в Норвегії, є Червоний Хрест (Røde Kors Førstehjelp⁶⁴) та Норвезька народна допомога (Norwegian People's Aid⁶⁵).

Ефективність домедичної підготовки забезпечується високим рівнем інституціоналізації та інтеграцією навчання в різні сфери суспільного життя: шкільну освіту, ринок праці, систему підготовки водіїв, військову службу та діяльність неурядових організацій. Важливою характеристикою цієї системи є регулярність і повторюваність навчання.

Емпіричні дані свідчать про надзвичайно високий рівень охоплення населення: близько 90% громадян мають досвід навчання надання першої допомоги, а понад 50% проходили навчання протягом останніх 5 років. Показовим є те, що найпоширенішим місцем здобуття таких навичок є робоче місце⁶⁶.

Таким чином, домедична підготовка в Норвегії стала майже універсальною соціальною компетенцією. Така система забезпечує високий рівень фактичного надання допомоги (близько 89% випадків) та може слугувати цінним орієнтиром для розвитку сфери й в інших країнах.

⁶³ Gräsner J. Survival after out-of-hospital cardiac arrest in Europe - Results of the EuReCa TWO study // Resuscitation. 2020. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300957220300460>

⁶⁴ About Norwegian Red Cross // Norwegian Red Cross. 2026. URL: <https://www.rodekors.no/en/about-us/>

⁶⁵ Rescue service and first aid // Norwegian People's Aid. 2026. URL: <https://www.npaid.org/rescue-service-and-first-aid>

⁶⁶ Bakke H. K. A nationwide survey of first aid training and encounters in Norway // BMC Emergency Medicine. 2016. URL: <https://doi.org/10.1186/s12873-017-0116-7>

Польща

У Польщі, як і в Україні, надання допомоги є юридичним обов'язком громадян, закріпленим у Кримінальному кодексі. Ненадання допомоги особі, яка перебуває в небезпечному для життя або здоров'я стані, за умови відсутності ризику для самого надавача чи інших осіб карається позбавленням волі на строк до трьох років. Відповідальність не настає, якщо надання допомоги потребує медичного втручання або якщо її можуть оперативно забезпечити уповноважені служби⁶⁷.

Підготовка населення з надання домедичної допомоги переважно здійснюється Польським Червоним Хрестом. За даними організації, за період із листопаду по грудень 2025 року навчання навичкам першої допомоги пройшли понад 12 тис. осіб. Програми домедичної підготовки також інтегровані до шкільної освіти та системи професійної підготовки⁶⁸.

Польська модель підготовки населення з домедичної допомоги ґрунтується на поєднанні правового обов'язку надавати допомогу, інституціоналізації навчання та його інтеграції в освітню систему. Це забезпечує відносно широке охоплення населення базовими навичками реагування, однак ефективність системи значною мірою залежить від якості та регулярності практичної підготовки різних соціальних груп.

⁶⁷ Ustawa o gospodarce nieruchomościami // Internetowy System Aktów Prawnych. 1997. URL: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970880553/U/D19970553Lj.pdf>

⁶⁸ Nie tylko pierwsza pomoc – przeszkoliliśmy ponad 12 tys. osób // Polski Czerwony Krzyż. 2026. URL: <https://pck.pl/en/polski-czerwony-krzyz/aktualnosci/nie-tylko-pierwsza-pomoc-przeszkolilismy-ponad-12-tys-osob>

Узагальнення

Аналіз міжнародних практик регулювання та інформування у сфері домедичної допомоги демонструє, що ефективні системи базуються на поєднанні кількох рівнів впливу.

У більшості країн простежується наявність правового обов'язку надання допомоги, однак його реальна ефективність значною мірою залежить від супровідного заохочення до навчання та створення можливостей для набуття відповідних навичок, а не тлише від санкційних механізмів. Крім того, важливу роль відіграє правовий захист осіб, які надають допомогу.

Іншим вагомим чинником розвитку цієї сфери є наявність інституціоналізованих провайдерів навчання. Насамперед ідеться про національні товариства Червоного Хреста та міжнародні професійні організації (ERC та АНА), які формують стандарти, навчальні програми та сертифікаційні системи.

Найефективніші моделі (зокрема норвезька та ізраїльська) характеризуються високим рівнем інтеграції навчання в повсякденні соціальні інститути: школу, робоче середовище, систему підготовки водіїв і військову службу. Важливою особливістю цих моделей є також централізована система, яка забезпечує довіру населення.

Емпіричні приклади свідчать, що навіть за наявності правової бази та освітніх програм може виникати розрив між нормативним рівнем регулювання і фактичною готовністю населення до надання допомоги, що може бути пов'язано з нерівномірним доступом до навчання, його фрагментарністю, відсутністю регулярної практики або недостатньою мотивацією населення до проходження підготовки.

Цінні висновки для України

Розгляд міжнародних практик дає змогу виокремити кілька практично значущих напрямів розвитку системи домедичної підготовки в Україні:

- Ефективні моделі передбачають регулярне оновлення навичок, а не лише одноразове навчання.
- Найбільш стійкі системи ґрунтуються на обов'язковому навчанні на робочому місці, яке має чітко регламентуватися та контролюватися ефективними корпоративними стратегіями.
- Інтеграція першої допомоги до шкільних програм є одним із ключових чинників формування базової компетентності населення.
- Важливо посилювати роль національних і партнерських організацій у стандартизації навчання та забезпеченні якості викладання.
- Досвід Китаю та США свідчить, що формальне засвоєння знань не гарантує готовності діяти у реальній ситуації, тому важливими складовими підготовки є симуляційні тренування, практичні сценарії та формування культури обізнаності у сфері першої допомоги.

АНАЛІЗ ОПИТУВАННЯ

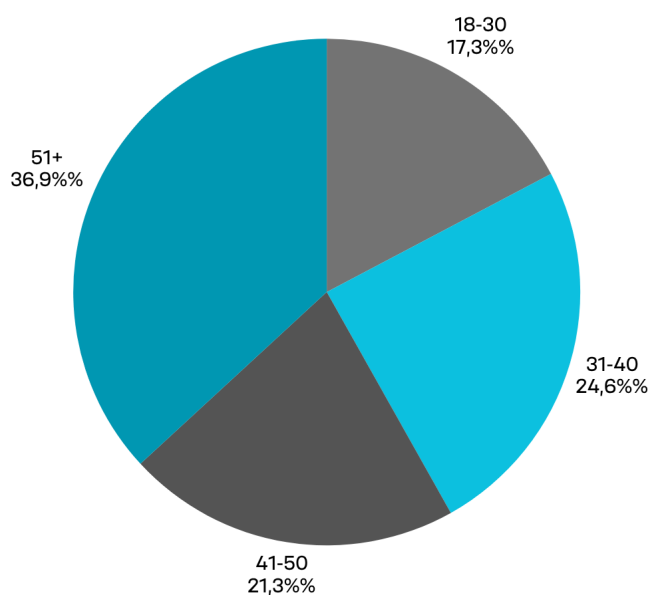
Для більш детального вивчення обізнаності населення щодо надання домедичної допомоги було проведено всеукраїнське опитування. Воно дає змогу оцінити статистичні показники щодо обізнаності, готовності надавати допомогу, основних бар'єрів тощо. Варто зазначити, що окремі запитання частково перетинаються із запитаннями, поставленими в межах глибинних напівструктурованих інтерв'ю, проте для уникнення плутанини результати викладено окремими в окремих розділах.

Соціально-демографічні показники

Опитування щодо рівня знань населення про домедичну допомогу засвідчує достатньо високий рівень зацікавленості цією темою, проте водночас виявляє суттєві прогалини в практичному розумінні складових домедичної допомоги та готовності населення діяти в критичних ситуаціях.

Загальна вибірка дослідження становила близько 1200 респондентів, що дає підстави розглядати результати як достатньо репрезентативні для аналізу суспільних тенденцій. У вибірці переважають жінки — близько 54% респондентів, тоді як чоловіки становлять приблизно 46%. Частка респондентів, які обрали інший варіант гендерної ідентифікації, була мінімальною.

Вікова структура опитаних свідчить про переважання дорослого економічно активного населення. Найбільшу частку вибірки становлять респонденти віком рік і старші — близько 37%, що може вказувати на високу зацікавленість старших вікових груп темою безпеки та домедичної допомоги. Водночас значна частина учасників належить до вікових категорій 31–40 років (майже 25%) та 41–50 років (понад 21%). Найменш представленою є молодь віком 18–30 років — приблизно 17% вибірки.



Діаграма 1. Віковий розподіл респондентів опитування

Географічно опитування охоплює практично всі регіони України, що забезпечує широку територіальну репрезентативність. Найбільше респондентів проживають у Дніпропетровській, Харківській, Львівській, Київській та Одеській областях, а також у місті Києві. Водночас у вибірці представлені центральні, західні, південні та східні регіони України. Це дає змогу використовувати отримані результати для аналізу загальноукраїнських тенденцій щодо ставлення населення до домедичної допомоги.

За типом населеного пункту переважна більшість респондентів проживає в містах або селищах міського типу — близько 67%, тоді як мешканці сільської місцевості становлять приблизно третину вибірки. Така структура є важливою для інтерпретації результатів, оскільки рівень доступу до навчальних програм, медичної інфраструктури та інформаційних ресурсів у міських і сільських громадах суттєво відрізняється.

Соціальна структура респондентів також свідчить про достатньо високий рівень громадської інтеграції учасників дослідження. Значна частина опитаних є учасниками професійних спільнот, ОСББ, волонтерських або громадських ініціатив. Особливо помітною є участь у професійних спільнотах: близько 41% респондентів зазначили хоча б певний рівень залученості. Отримані дані свідчать про потенціал використання професійних та локальних спільнот як ефективних каналів поширення знань та навичок домедичної допомоги. Окремо варто додати, що близько 45% опитаних вказали, що вони є учасниками якоїсь із волонтерських спільнот, зокрема 11,4% повідомили про активну участь у їх діяльності.

Асоціації щодо домедичної допомоги

Для визначення перших асоціацій українців із поняттям домедичної допомоги в опитуванні було використано відкрите запитання, у межах якого респонденти могли самостійно сформулювати свою відповідь.

Відповіді респондентів свідчать, що в суспільній свідомості поняття домедичної допомоги насамперед асоціюється із порятунком життя, екстреним реагуванням та наданням допомоги постраждалим до прибуття медичних працівників. Майже третина опитаних вказала, що домедична допомога — це допомога, що надається до прибуття бригади екстреної медичної допомоги.

Також найчастіше зустрічалися такі асоціації:

- «перша допомога»;
- «штучне дихання»;
- «зупинка кровотечі»;
- «реанімація»;
- «швидка допомога»;
- «порятунок життя».

Водночас значна частина відповідей має емоційний характер. Респонденти асоціюють домедичну допомогу із:

- відповідальністю;
- страхом;
- необхідністю швидко реагувати;
- турботою про інших;
- безпекою;
- життям.

Окремо помітний вплив війни та воєнного контексту. Частина респондентів згадує:

- війну;
- поранення;
- бойові дії;
- допомогу військовим.

Це свідчить про те, що війна суттєво підвищила видимість теми домедичної допомоги в суспільстві. Це свідчить про те, що війна суттєво підвищила видимість теми домедичної допомоги в суспільстві. Водночас окремі респонденти асоціюють домедичну допомогу з аваріями та ДТП, що також відображено у відповідях.

Окремі відповіді також демонструють плутанину між поняттями «домедична допомога» та «професійна медична допомога». Частина респондентів асоціює її з:

- лікарями;
- лікарнею;
- сімейним лікарем;
- фельдшером.

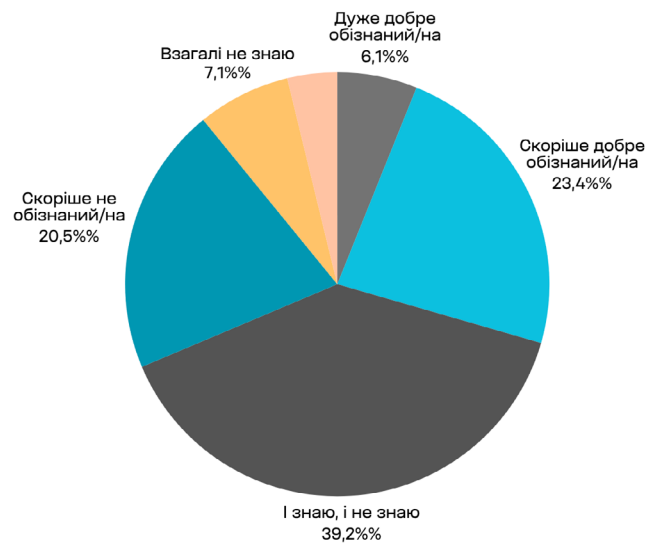
Це свідчить про необхідність кращого пояснення ролі саме цивільної домедичної допомоги.

Якщо розглядати перші асоціації українців із домедичною допомогою ширше, їх можна умовно поділити на кілька груп.

- 1. Сутнісні** — асоціації, пов'язані з розумінням того, що саме являє собою домедична допомога.
- 2. Причинні** — асоціації, пов'язані з подіями або обставинами, за яких може виникнути потреба в наданні домедичної допомоги. Найчастіше респонденти згадували війну та ДТП.
- 3. Емоційні.** Важливо зазначити, що ці асоціації здебільшого мають позитивний характер: домедична допомога асоціюється зі здоров'ям, життям, щастям, відповідальністю.

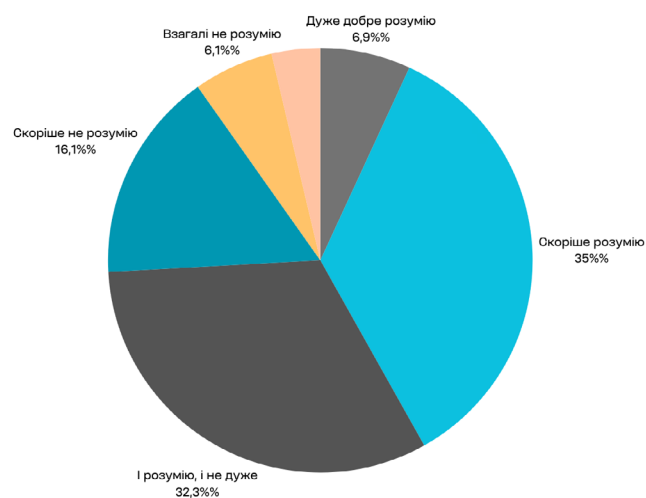
Загальний рівень обізнаності: більшість знає поняття, але не його зміст

Картина обізнаності українців щодо домедичної допомоги є неоднозначною. Лише близько 6% респондентів оцінили свій рівень знань як «дуже добрий», ще 23% — як «скоріше добрий». Найбільша група опитаних (близько 39%) обрала варіант відповіді «і знаю, і не знаю», що вказує на поверхнєве та фрагментарне розуміння теми. Ще 20% респондентів вважають себе «скоріше необізнаними», а 7% зазначили, що «взагалі не знають» про домедичну допомогу.



Діаграма 2. Обізнаність щодо домедичної допомоги.

Аналогічна картина спостерігається і щодо розуміння змісту домедичної допомоги: лише 7% респондентів зазначили, що «дуже добре розуміють» її складові, тоді як 35% «скоріше розуміють», а понад 32% обрали проміжний варіант відповіді — «і розумію, і не дуже».



Діаграма 3. Обізнаність щодо того, що входить до домедичної допомоги.

Це свідчить про те, що для значної частини населення домедична допомога є знайомим, але недостатньо зрозумілим поняттям: люди впізнають термін, проте не мають чіткого уявлення про конкретні дії, які вона охоплює.

Окремо в межах опитування ми попросили респондентів вказати, які з наведених у переліку дій належать до домедичної допомоги. Це запитання є контрольним, щоб порівняти об'єктивний рівень знань із суб'єктивною самооцінкою респондентів. Загалом було отримано такі результати:

- доволі добре обізнані — 25,1%;
- помірно обізнані — 47,5%;
- мають низький рівень обізнаності — 27,4%.

Варто враховувати, що частина респондентів, які правильно визначили більшість заходів домедичної допомоги, могли керуватися логічними припущеннями, а не достеменними знаннями. Втім, частка тих, хто зміг коректно визначити складові домедичної допомоги, залишається доволі високою. Однак цей показник є нижчим, ніж результати самооцінки рівня обізнаності. Це свідчить про те, що за суб'єктивною оцінкою українці є більш упевненими у власних знаннях, ніж це підтверджується результатами контрольного запитання.

Аналіз відповідей щодо того, які дії респонденти відносять до домедичної допомоги, виявляє низку системних прогалин. Найкраще впізнаються найбільш очевидні її складові: перевірка стану постраждалого (77%), перевірка дихання (82%), виклик швидкої медичної допомоги (79%), зупинка кровотечі (72%) та накладання джгута (72%).

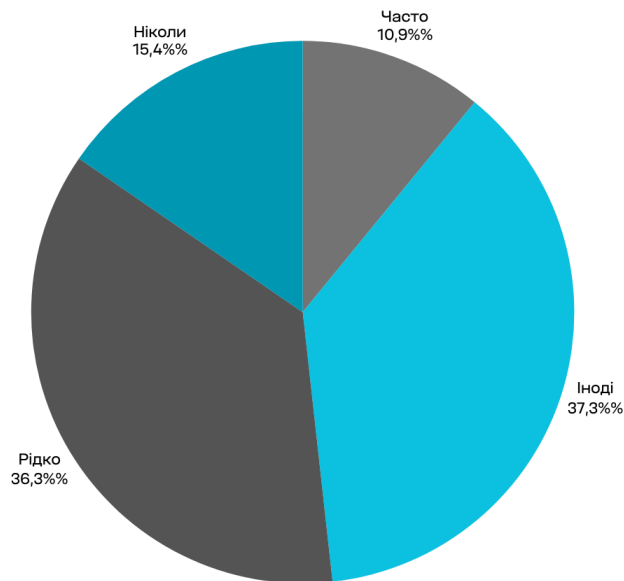
Натомість серцево-легеневу реанімацію (СЛР) відносять до домедичної допомоги лише 12% респондентів, попри те, що вона є одним із ключових її елементів. Використання назофарингеальної трубки вказали 8%, що пояснюється специфічністю навички. Більш тривожним є те, що близько 19% респондентів вважають складовою домедичної допомоги «дати постраждалому ліки», 35% — «дати води», а 26% — «перемістити в зручніше місце». Всі ці дії можуть бути протипоказаними та становити небезпеку для постраждалого.

Обізнаність і знання змісту. Серед «добре обізнаних» респондентів СЛР відносять до домедичної допомоги 37%, тоді як серед тих, «хто щось знає, але замало», — лише 2%. Це свідчить про те, що навчання суттєво змінює не лише самооцінку, а й фактичне розуміння правильних алгоритмів дій.

Більшість українців стикаються з інформацією про домедичну допомогу рідко або не стикаються з нею взагалі (51,7%). Водночас лише 10,9% респондентів зазначили, що часто бачать таку інформацію.

Серед тих, хто все ж зустрічає інформацію про домедичну допомогу, найчастіше її бачать у соціальних мережах (53%). Ще 32% респондентів зазначили, що стикалися з нею в навчальних закладах, а 30% — на

робочому місці. Таким чином, основними каналами поширення інформації про домедичну допомогу є соціальні мережі, а також освітнє та професійне середовище.

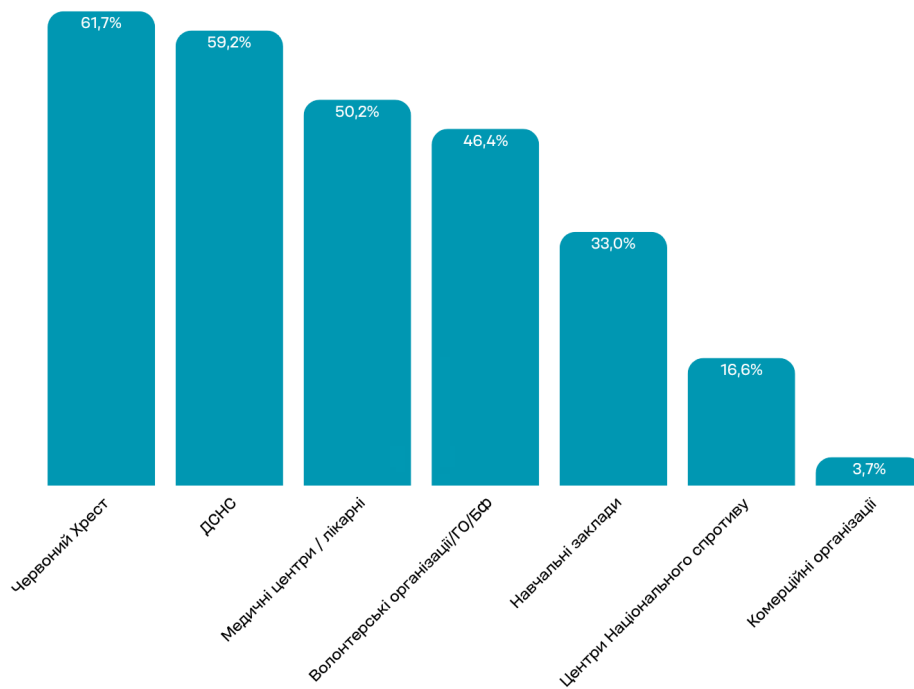


Діаграма 4. Отримують інформацію про домедичну допомогу.

Закономірність між рівнем знань і проходженням курсів. Серед «добре обізнаних» 49% регулярно або 1–2 рази проходили курси. Серед тих, хто «щось знає, але замало», майже 95% ніколи не проходили курсів. Це підтверджує, що формальне навчання суттєво підвищує впевненість у власних знаннях. Загалом такий розподіл свідчить про те, що проходження курсів позитивно впливає на обізнаність щодо домедичної допомоги.

Також у межах дослідження рівня обізнаності респонденти відповідали на запитання про те, які організації вони знають у сфері домедичної допомоги.

Найбільший частку згадувань отримали Червоний Хрест, ДСНС та медичні заклади. У випадку ДСНС та медичних закладів ідеться про установи, які надають першу допомогу в межах своїх професійних повноважень. Натомість Центри підготовки населення до національного спротиву в цьому контексті згадувалися суттєво рідше.



Діаграма 5. Асоціації з конкретними організаціями, які навчають домедичній допомозі.

Дані також демонструють, що **рівень соціальної інтеграції прямо корелює з рівнем обізнаності щодо домедичної допомоги**. Особи, які є активними учасниками професійних, спортивно-туристичних, волонтерських або громадських спільнот, значно частіше належать до категорій добре або помірно обізнаних. Особливо це помітно серед активних учасників професійних спільнот, де частка добре обізнаних суттєво перевищує відповідний показник серед тих, хто не належить до жодного організованого середовища. Це дає підстави припустити, що соціальний капітал та участь у колективних активностях сприяють поширенню практичних знань і формуванню культури взаємодопомоги.

Окремо простежується вплив спортивно-туристичних та волонтерських спільнот. Особи, залучені до таких середовищ, частіше мають практичний досвід реагування в стресових ситуаціях, вищу мотивацію до навчання та краще розуміють важливість домедичної допомоги. Водночас серед респондентів, які не належать до жодної активної спільноти, значно частіше трапляється невпевненість у власних знаннях та відсутність намірів проходити відповідне навчання.

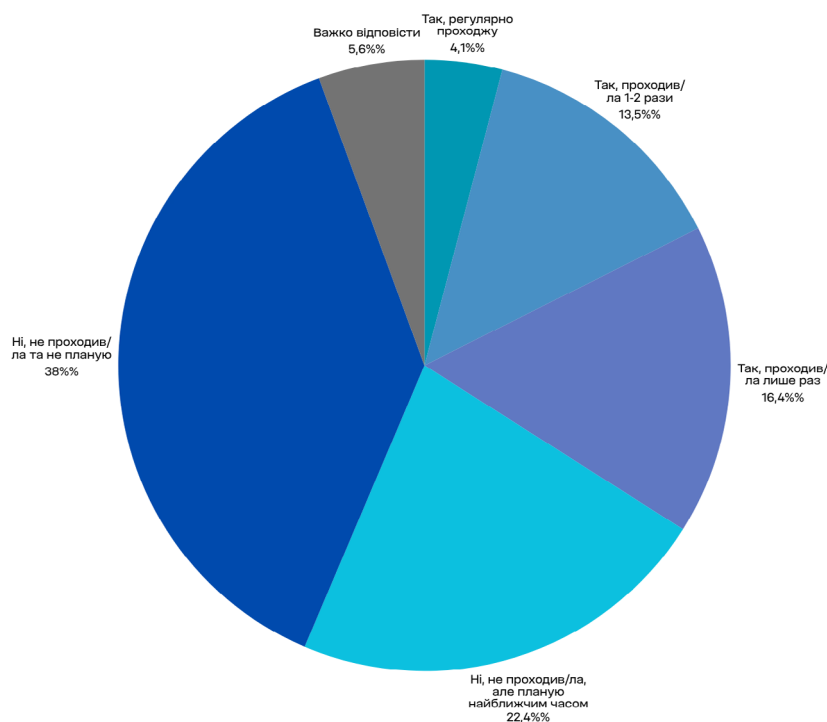
Важливою закономірністю є різниця між міським і сільським населенням. Мешканці великих міст та обласних центрів демонструють вищий рівень обізнаності, частіше проходили навчальні курси та мають кращий доступ до навчальних можливостей. Натомість у сільській місцевості більш помітними є інформаційні та організаційні бар'єри: нижча доступність курсів, менша поінформованість про організації, що проводять навчання, а також нижчий

рівень системної підготовки. Це свідчить про нерівномірність доступу до освітньої інфраструктури у сфері домедичної допомоги.

Проходження курсів: меншість із досвідом, більшість – пасивна

Лише **34%** респондентів мають досвід проходження курсів домедичної допомоги: 4% проходять їх регулярно, 13,5% – 1-2 рази, 16,4% – один раз. Ще 22% планують пройти курси найближчим часом, тоді як **38%** не проходили їх і не планують проходити – це найбільша окрема група.

Серед тих, хто навчався, **найпоширенішими місцями проходження курсів є робота (44%) та заклади освіти (41%)**. Громадські та волонтерські організації охоплюють лише 17%, онлайн-платформи – 12%, а військові вишколи – 11%. Останній показник, з огляду на контекст повномасштабної війни, свідчить про те, що навчання через військовий канал охоплює лише незначну частину цивільного населення. Водночас залишається відкритим питання того, чи на вишколах було навчання домедичній допомозі, чи підготовка з тактичної медицини.



Діаграма 6. Проходження тренінгів із домедичної допомоги.

Серед відкритих відповідей також домінують заклади освіти та робочі місця. Серед інших організацій респонденти найчастіше згадували ДСНС, Червоний Хрест, а також різні громадські організації чи волонтерські об'єднання, у межах яких проходили відповідне навчання. Окремо респонденти вказували на проходження курсів під час базової загально-

військової підготовки. У вибірці представлена незначна частка чинних військовослужбовців, а також ветеранів і ветеранок, які наразі повернулися до цивільного життя. Для цієї групи досвід здобуття знань із домедичної допомоги пов'язаний із проходженням військової служби. Водночас варто розрізняти надання домедичної допомоги в цивільних умовах та в умовах ведення бойових дій.

Показово, що **третина** тих, хто проходив курси, робили це понад п'ять років тому, тобто їхні навички вже могли застаріти або потребують оновлення. Натомість ті, хто проходив навчання менш ніж рік тому, становлять 22% від загальної кількості опитаних, тобто їхні знання можна вважати достатньо актуальними та свіжими.

У респондентів, які не проходили курсів, запитали про причини такого рішення, щоб визначити існуючі бар'єри для навчання. Серед тих, хто не проходив курсів, основними бар'єрами є:

- **«Ніколи раніше не думав про це»** — 32% (найпоширеніша причина);
- **«У моєму населеному пункті немає нічого подібного»** — 27%;
- **«Не зустрічав інформації про курси»** — 25%;
- **«Планую, але постійно відкладаю»** — 15%;
- **«Цього не вимагають»** — 13%.

Тобто головна причина — **не активна відмова від навчання**, а пасивна необізнаність і недостатня фізична доступність курсів. Емоційні бар'єри (страх крові — 10%, страх нашкодити — 10%, страх «накликати біду» — лише 2%) відіграють значно меншу роль. Це має важливе значення для розробки комунікаційних стратегій: ключовими проблемами є не страхи, а доступність навчання та рівень обізнаності населення.

Гендерні відмінності в бар'єрах. Чоловіки частіше вказують на відсутність вимог як причину непроходження курсів (16% проти 10% серед жінок), тоді як жінки дещо частіше посилаються на брак інформації.

Ніколи раніше не замислював(-ла)ся про подібні курси	32,3%
У моєму населеному пункті немає нічого подібного	27,1%
Поки не зустрічав(-ла) інформацію про щось подібне	25,4%
Планую піти, але постійно відкладаю	14,9%
Цього не вимагають, тому можна й не проходити	12,9%
Думаю, що цим мають займатися професіонали (медики, ДСНС тощо)	12,4%
Боюся крові, травм та критичних ситуацій загалом	10,1%
Боюся, що можу нашкодити чи зробити щось неправильно	10,0%
Для мене ці курси будуть складні, бо немає відповідної освіти	7,4%

Подібні курси дорого коштують	6,7%
Не знайшов(-ла) ті, на які б хотілося піти	5,9%
Мені вони не потрібні, бо я і так усе знаю	2,8%
Боюся, що проходження курсів накличе біду	1,8%

Готовність надавати допомогу: суб'єктивна та об'єктивна оцінки

На запитання про готовність надавати домедичну допомогу в надзвичайній ситуації 11% респондентів обрали варіант «повністю готовий(-а)», а 35% — «скоріше готовий(-а)». Таким чином, менш ніж половина опитаних (46%) вважають себе готовими до надання допомоги. Водночас 29% респондентів вагаються у своїй оцінці, а понад 25% так чи інакше не готові надавати домедичну допомогу. З іншого боку, цей показник можна оцінити як доволі позитивний, адже майже половина респондентів вважає себе повністю або переважно готовими до надання домедичної допомоги в разі надзвичайної ситуації.

На запитання про впевненість під час надання допомоги **незнайомій людині** лише 9% респондентів відповіли, що почуваються «дуже впевнено», а 26% — «скоріше впевнено». Понад 30% опитаних почуваються невпевнено, а 13% — «взагалі не впевнені». Спостерігається незначна різниця між оцінкою готовності надавати домедичну допомогу загалом й готовністю допомагати незнайомій людині. Це дає підстави припустити, що надання допомоги знайомим людям є психологічно комфортнішим для частини респондентів, а тому рівень упевненості у власних силах у таких ситуаціях є дещо вищим.

Зв'язок між проходженням курсів і готовністю надавати допомогу. Серед тих, хто регулярно проходить курси, 51% заявили про повну готовність надавати домедичну допомогу, тоді як серед тих, хто ніколи не навчався, таких лише 2%. Водночас серед тих, хто не проходив і не планує, 15% зазначили, що взагалі не готові, а майже 35% — що «скоріше неготові». Отримані дані свідчать про суттєвий вплив навчання на рівень готовності: особи, які проходили курси хоча б один раз або роблять це регулярно, значно частіше демонструють готовність до надання домедичної допомоги.

У межах цього опитування ми намагалися оцінити об'єктивний рівень готовності населення до надання домедичної допомоги. Для цього було розраховано індекс обізнаності на основі об'єктивних критеріїв. **Відповідно до отриманих результатів, можна припустити, що близько 3% українців повністю готові надавати домедичну допомогу, а ще близько 10% — скоріше готові.** Таким чином, потенційно готовими до надання домедичної допомоги можна вважати близько 13% населення. Порівняно із суб'єктивною самооцінкою цей показник є суттєво нижчим.

Варто враховувати, що серед респондентів, які добре знають, що входить до домедичної допомоги, готовність надавати її (повну або часткову) висловили суттєво менше людей, ніж у вибірці загалом. Для оцінки більш об'єктивної картини готовності було виключено респондентів, які заявляли про готовність надавати домедичну допомогу, але водночас вказували, що до неї належать, наприклад, вимірювання артеріального тиску або застосування медикаментів для поліпшення стану постраждалого.

Реальний досвід надання допомоги: майже кожен другий стикався з такими ситуаціями

41% респондентів зазначили, що надавали домедичну допомогу. Найпоширенішими ситуаціями були **побутові травми** (75% серед тих, хто мав такий досвід), значно рідше — травми на виробництві (20%) та ДТП (13%). Надання допомоги в умовах обстрілів чи бойових дій зафіксовано в невеликої, але помітної частки респондентів — близько 6–10% серед тих, хто мав досвід її надання. Такі показники свідчать про те, що потреба в домедичній допомозі не є винятковим явищем, а належить до ситуацій, з якими люди регулярно стикаються в повсякденному житті. Особливо показовим є те, що переважна більшість випадків надання допомоги пов'язана саме з побутовими травмами. Тобто, хоча війна і актуалізувала тему домедичної допомоги та навчання відповідних навичок, потреба в таких знаннях існувала й раніше.

Окремим аспектом аналізу реального досвіду надання допомоги є характер ситуацій, у яких вона надавалася. Як було продемонстровано раніше, частина респондентів відносить до домедичної допомоги також дії, які фактично не належать до її змісту, зокрема вимірювання артеріального тиску або надання медикаментів.

У межах дослідження респонденти вказували ситуації, у яких їм доводилося надавати домедичну допомогу. Отримані відповіді демонструють, що найчастіше люди стикалися з:

- непритомністю;
- травмами різної тяжкості;
- запамороченням;
- проблемами із серцем;
- кровотечами в побуті;
- судомами;
- падіннями та наслідками для здоров'я, які вони спричиняють;
- високим тиском у людей.

Частина ситуацій була пов'язана із: ДТП, вуличними інцидентами та воєнними подіями.

Особливо важливо, що значна частина допомоги надавалася випадковим людям на вулиці або знайомим у побутових умовах. Це підтверджує, що потреба в базових навичках домедичної допомоги є реальною і повсякденною.

Серед тих, хто мав реальний досвід надання допомоги, лише 16% відповіли, що мали достатньо знань для цього, 49% зазначили, що скоріше знали, як діяти, а 34% — і знали, і не знали або взагалі не були впевнені у своїх знаннях. Тобто навіть за наявності реального досвіду більшість респондентів відчувала невпевненість щодо правильності своїх дій.

Дані також демонструють важливий психологічний аспект: навіть серед респондентів, які мають певний рівень знань, значна частина не впевнена у своїй здатності діяти в реальній критичній ситуації. Це свідчить про те, що проблема полягає не лише в нестачі інформації, а й у відсутності регулярної практики та психологічної готовності до надання допомоги. Саме тому ефективні програми навчання повинні бути спрямовані не лише на теоретичне інформування, а й на відпрацювання практичних сценаріїв та формування впевненості у власних діях. **Адже наявність знань і здатність застосувати їх у реальній ситуації — це часто різні речі.**

Якщо розглядати чинники, що впливають як на рівень знань, так і на досвід надання домедичної допомоги загалом, варто виокремити такі:

- Віковий фактор суттєво впливає на результати дослідження. Особи середнього віку, насамперед у категорії 31–50 років, демонструють найвищий рівень готовності проходити навчання та надавати домедичну допомогу. Це може бути пов'язано з поєднанням кількох чинників: високою соціальною активністю, наявністю сімейних обов'язків, професійною зайнятістю та вищим рівнем усвідомлення потенційних ризиків. Молодші респонденти частіше мають фрагментарні знання та нижчу практичну мотивацію, хоча водночас демонструють більшу відкритість до сучасних форматів навчання. Представники старших вікових груп, попри високий інтерес до теми, частіше повідомляють про психологічні бар'єри, стан здоров'я або невпевненість у здатності ефективно застосовувати набуті навички на практиці.
- Також у межах опитування була виявлена цікава особливість: жінки частіше виявляють інтерес до теми домедичної допомоги та вищу готовність проходити навчання, тоді як чоловіки дещо частіше повідомляють про фактичний досвід надання допомоги. Це може бути пов'язано як із соціальними ролями, так і з тим, що значна частина чоловіків після 2022 року здобула базові навички домедичної допомоги під час військової служби або проходження тренінгів, пов'язаних із безпекою.

Ставлення до обов'язковості курсів

Більшість українців підтримують запровадження обов'язкового навчання з домедичної допомоги в різних сферах. Найвищий рівень підтримки спостерігається щодо шкільної освіти: 63% респондентів повністю погоджуються, ще 32% — скоріше погоджуються. Щодо закладів вищої освіти повну підтримку висловили 69% опитаних. Для отримання водійського посвідчення обов'язкове навчання підтримують повністю 53% респондентів. Близько 60% опитаних погоджуються з тим, що курси домедичної допомоги мають бути обов'язковими для всіх громадян незалежно від віку та професії.



Діаграма 7. Готовність до обов'язково проходження курсів.

Це свідчить про наявність достатньо сильного суспільного запиту на системне та обов'язкове навчання з домедичної допомоги. Відповідно, держава та профільні організації можуть спиратися на цю підтримку під час розроблення та впровадження відповідних ініціатив.

На думку респондентів, ключову роль у підвищенні рівня обізнаності населення щодо домедичної допомоги мають відігравати заклади освіти (школи, заклади вищої освіти тощо), автошколи, а також державні установи.

Мотивація та бар'єри

Ключові мотиватори для проходження курсів:

- **безпека близьких** — 51% (найсильніший мотиватор);
- **безкоштовність курсів** — 48%;
- **доступність у населеному пункті** — 47%;
- **обов'язковість для всіх** — 38%;

- **отримання сертифіката та вимоги роботодавця** — значно менш значущі чинники (23% і 18% відповідно).

Для більшості респондентів ключовим стимулом до проходження курсів є не формальні вимоги чи професійна необхідність, а насамперед особиста та сімейна безпека. Найсильнішим мотиватором виявилася безпека близьких — цей чинник обрав 51% опитаних. Такий результат свідчить, що домедична допомога в суспільній свідомості сприймається передусім як інструмент захисту родини та найближчого оточення. Люди готові проходити навчання не стільки через абстрактний інтерес до медицини, скільки через бажання бути здатними допомогти близьким у критичній ситуації. Це демонструє високий рівень персоналізації мотивації вагому роль емоційного чинника у ставленні до домедичної допомоги.

Другим за значущістю мотиватором є безкоштовність курсів — цей чинник обрали 48% респондентів. Отримані результати свідчать, що фінансовий бар'єр залишається одним із ключових чинників, які впливають на готовність населення проходити навчання. Майже половина опитаних прямо пов'язує свою участь у курсах із можливістю безкоштовного доступу до них. Це демонструє високий суспільний попит на доступні або державні програми навчання домедичної допомоги. Водночас такий результат свідчить і про те, що значна частина населення не розглядає подібні курси як послугу, за яку готова регулярно сплачувати власні кошти. Для багатьох людей домедична допомога сприймається як суспільно важлива компетенція, доступ до якої має забезпечуватися державою, громадськими організаціями або роботодавцями.

Практично таку саму вагу має доступність курсів у власному населеному пункті — цей мотиватор є важливим для 47% респондентів. Це свідчить про серйозну територіальну нерівність у доступі до навчання. Для значної частини населення навіть наявність мотивації не означає реальної можливості пройти курси, якщо вони фізично недоступні поблизу місця проживання. Особливо актуальною ця проблема є для мешканців малих міст, селищ та сільських територій, де кількість навчальних можливостей є суттєво меншою, ніж у великих містах. Таким чином, результати демонструють, що бар'єр доступності має не лише фінансовий, а й інфраструктурний характер.

Якщо говорити про ключові бар'єри, то маємо наступне.

Немає курсів поруч	46%
Немає вільного часу на це	36%
Вартість курсів	29%
Якщо нашкодиш людині, то можна понести відповідальність	23%
Курси не є обов'язковими	18%
Страх завдати шкоду	17%

Курси непопулярні серед оточення	11%
Це не обов'язок звичайних громадян	11%
Немає потреби для проходження курсів	10%
Після проходження курсів може щось трапитися	2%

Головними перешкодами для проходження навчання є насамперед проблеми доступності та організаційні чинники. Найпоширенішим бар'єром виявилася відсутність курсів поблизу місця проживання — про це зазначили 46% респондентів. Це свідчить про нерівномірний розвиток навчальної інфраструктури та обмежений доступ до курсів у малих містах і сільській місцевості.

Другим за значущістю бар'єром є нестача вільного часу (36%), що вказує на складність інтеграції навчання в повсякденне життя. Вартість курсів також залишається вагомим перешкодою: 29% респондентів зазначили фінансовий чинник як причину відмови від навчання.

Окрему групу бар'єрів формують психологічні страхи та невпевненість. Майже чверть опитаних (23%) бояться нашкодити людині під час надання допомоги, а 17% прямо вказують на страх завдати шкоди через неправильні дії. Це свідчить про низьку впевненість населення у власних навичках та страх відповідальності в кризових ситуаціях.

Водночас частина бар'єрів має соціально-культурний характер. Для 18% респондентів важливим чинником є те, що проходження курсів не є обов'язковим, а 11% зазначають, що навчання домедичній допомозі не є популярним у їхньому оточенні. Це демонструє, що культура масового навчання домедичній допомозі в Україні ще не повністю сформована.

Частина респондентів також вважає, що проходження курсів не є необхідним для пересічних громадян або не бачить особистої потреби в такому навчанні. Це свідчить про наявність певної дистанції між усвідомленням важливості домедичної допомоги та готовністю особисто інвестувати час у здобуття відповідних навичок.

Окремо варто зазначити, що забобонний бар'єр, пов'язаний із переконанням, що проходження курсів може накликати біду, практично відсутній. Таке уявлення радше є стереотипом, ніж реальною характеристикою суспільних настроїв.

Загалом результати показують, що основні бар'єри мають не лише фінансовий чи організаційний характер, а й пов'язані з психологічною невпевненістю та недостатньо сформованою культурою громадянської готовності до кризових ситуацій.

Ключові асоціації

Окремо в межах опитування респондентам було запропоновано з переліку обрати з переліку варіанти, які вони асоціюють із домедичною допомогою. Це запитання частково перегукується з запитанням на початку, однак у цьому випадку респонденти мали обрати відповіді із запропонованого переліку, а не самостійно формулювати першу асоціацію, що спадає на думку.

Аптечка	84%
Бинт	70%
Джгут	67%
Турнікет	62%
Порятунок життя	61%
Кров	53%
Поранення	50%
Біль	49%
ДТП	45%
Відповідальність	44%
Рукавички	41%
Війна	35%
Обстріл	26%
Ризик	25%
Паніка	25%
Безпека	23%
Смерть	20%
Страх	19%
Впевненість	18%
Військовослужбовці	18%
Дефібрилятор	17%
Незнання	14%

Аналіз асоціацій респондентів із поняттям домедичної допомоги демонструє, що в суспільній свідомості ця тема насамперед пов'язана із конкретними практичними засобами та діями, необхідними для порятунку життя в критичних ситуаціях. **Найчастіше респонденти асоціюють домедичну допомогу з аптечкою (84%), бинтом (70%), джгутом (67%) та турнікетом (62%).** Це свідчить про високий рівень візуалізації домедичної допомоги через предмети та інструменти, які стали особливо впізнаваними в українському суспільстві після початку повномасштабної війни. У сприйнятті багатьох українців домедична допомога насамперед асоціюється з практичними діями, спрямованими на зупинку кровотечі, стабілізацію стану постраждалого та використання базових засобів допомоги.

Одночасно дуже високі показники мають асоціації із порятунком життя (61%), кров'ю (53%), пораненнями (50%) та болем (49%). Це демонструє, що респонденти сприймають домедичну допомогу переважно через призму критичних або небезпечних ситуацій, у яких існує безпосередня загроза життю людини. Для значної частини населення домедична допомога асоціюється не з профілактикою чи базовими знаннями про здоров'я, а насамперед з екстреним реагуванням на травми, поранення та тяжкі стани. Такий результат значною мірою відображає сучасний український контекст, у якому теми травм, кровотеч і порятунку життя стали частиною повсякденного інформаційного простору.

Помітне місце серед асоціацій займають ДТП (45%), відповідальність (44%) та рукавички (41%). Це свідчить про те, що респонденти сприймають домедичну допомогу не лише як набір медичних маніпуляцій, а і як елемент особистої відповідальності за безпеку інших людей. **Особливо показовим є те, що майже половина опитаних асоціює домедичну допомогу з відповідальністю. Це вказує на формування в суспільстві культури громадянської взаємодопомоги та усвідомлення того, що навички першої допомоги можуть бути необхідними кожній людині.**

Водночас результати демонструють сильний вплив війни на суспільне сприйняття домедичної допомоги. **Такі асоціації, як війна (35%), обстріл (26%) та військовослужбовці (18%), прямо вказують на те, що домедична допомога в Україні значною мірою пов'язується з воєнними ризиками, тактичною медициною та допомогою пораненим у бойових умовах.** Турнікет і джгут стали не лише медичними засобами, а і символами виживання в умовах війни. Це свідчить про глибоку трансформацію суспільного сприйняття теми домедичної допомоги під впливом війни.

Важливою особливістю результатів є також висока частка негативних або тривожних емоційних асоціацій. Респонденти часто пов'язують домедичну допомогу із ризиком (25%), панікою (25%), смертю (20%) та страхом (19%). Це демонструє, що тема домедичної допомоги для багатьох людей залишається емоційно напруженою та асоціюється із кризовими, травматичними або небезпечними ситуаціями. Таке сприйняття може частково пояснювати психологічні бар'єри щодо проходження курсів або страх надавати допомогу в реальних умовах. **Для частини населення домедична допомога асоціюється не лише з можливістю врятувати життя, а і з відповідальністю за стан іншої людини, страхом помилитися та значним емоційним навантаженням.**

Разом із тим результати демонструють і позитивні психологічні асоціації. Частина респондентів пов'язує домедичну допомогу із безпекою (23%) та впевненістю (18%). Це свідчить про те, що для певної частини населення знання та навички домедичної допомоги є чинником психологічної стійкості та готовності діяти в кризових ситуаціях. Наявність таких

асоціації особливо важлива, оскільки вона демонструє потенціал навчання домедичній допомозі не лише як медичної компетенції, а і як елемента зміцнення суспільної стійкості та впевненості громадян у власних можливостях.

Окремої уваги заслуговує асоціація з дефібрилятором (17%), що свідчить про поступове поширення в суспільстві знань про сучасні засоби порятунку життя та серцево-легеневу реанімацію. Водночас 14% респондентів асоціюють домедичну допомогу з незнанням, що є важливим індикатором невпевненості у власних навичках та усвідомлення браку практичної підготовки.

Загалом результати свідчать, що домедична допомога в українському суспільстві сприймається насамперед через призму екстрених ситуацій, війни та порятунку життя. **Водночас поряд із практичними асоціаціями значну роль відіграють емоційні категорії — відповідальність, страх, ризик, безпека та впевненість. Це демонструє, що тема домедичної допомоги вже виходить за межі суто медичної проблематики та стає важливим елементом культури безпеки, громадянської відповідальності та готовності до дій у кризових ситуацій.**

Загальні висновки

Загалом результати дослідження свідчать, що рівень обізнаності щодо домедичної допомоги в Україні поступово зростає, однак залишається нерівномірним серед різних соціальних груп. Більшість населення знайома з поняттям домедичної допомоги та асоціює її насамперед із порятунком життя, екстреним реагуванням і відповідальністю за безпеку інших людей. Водночас рівень практичних знань та впевненості у власних навичках залишається недостатнім. Значна частина респондентів має лише поверхневе уявлення про правильні алгоритми дій, а суб'єктивна оцінка власної підготовки часто перевищує її фактичний рівень.

Дослідження підтверджує, що проходження курсів із домедичної допомоги суттєво впливає як на рівень знань, так і на готовність надавати допомогу в критичних ситуаціях. Особи, які пройшли навчання, значно частіше демонструють упевненість у своїх діях та краще розуміють складові домедичної допомоги. Водночас більшість населення або ніколи не проходила курси, або проходила їх епізодично та давно, що свідчить про відсутність сформованої культури регулярного оновлення знань і навичок.

Основними бар'єрами для проходження курсів є не стільки страх чи небажання, скільки недостатня доступність навчання, брак інформації, нестача часу та обмежена кількість курсів у населених пунктах. Водночас мотивація до навчання переважно ґрунтується на бажанні захистити близьких, що свідчить про високий рівень особистої відповідальності та усвідомлення практичної цінності таких навичок.

Результати також демонструють суттєвий вплив війни на сприйняття домедичної допомоги. Для багатьох українців вона асоціюється не лише з побутовими ситуаціями чи ДТП, а й із пораненнями, обстрілами, тактичною медициною та допомогою військовослужбовцям. Водночас реальний досвід надання допомоги свідчить, що найчастіше українці стикаються саме з побутовими травмами та повсякденними критичними ситуаціями, а не лише з наслідками війни. Це підкреслює універсальний характер та суспільну важливість навичок домедичної допомоги.

Окремо варто відзначити високий рівень підтримки ідеї обов'язкового навчання домедичної допомоги в школах, університетах, автошколах і серед населення загалом. Це свідчить про наявність суспільного запиту на системне впровадження культури цивільної готовності та масового навчання базових навичок порятунку життя.

Дослідження демонструє, що українське суспільство поступово формує культуру домедичної допомоги як елемент особистої та колективної безпеки. Водночас для підвищення реальної готовності населення необхідні системні та доступні програми навчання, розвиток локальної мережі курсів, активна інформаційна робота та регулярне практичне відпрацювання навичок серед різних соціальних груп.

АНАЛІЗ ЯКІСНОЇ ЧАСТИНИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Особливості сфери навчання з домедичної допомоги

Контекст і актуальність

Розвиток сфери домедичної підготовки в Україні зумовлений низкою чинників, розуміння яких є критично важливим для формування ефективної стратегії її розвитку. Частина з них має історичне підґрунтя: досвід радянського періоду, революцій, АТО, ООС та повномасштабної війни, які суттєво вплинули на суспільне сприйняття безпеки. Водночас експерти наголошують на ролі суспільних установок та особливостей менталітету українців, які впливають на готовність населення надавати допомогу в критичних ситуаціях.

У сучасних умовах домедична підготовка дедалі більше сприймається як суспільна необхідність, елемент культури безпеки та невід'ємна складова ланцюга виживання критично поранених. Як відомо, ефективність системи екстреної медичної допомоги значною мірою залежить від своєчасності та якості допомоги, наданої ще до прибуття медичних працівників.

«Особливість системи екстреної медичної допомоги й надання допомоги критичним пацієнтам полягає в тому, що вся допомога, надана на наступних етапах, має бути логічним продовженням попередньо наданої допомоги. [...] Тільки на госпітальній ланці ми розуміємо, яка ж доля цього критичного пацієнта, якому була надана або не надана домедична допомога» — експерт(-ка).

Така особливість актуалізує потребу в навчанні та підвищенні рівня обізнаності населення. Цю тезу поділяють як експерти та інструктори, так і учасники навчальних курсів. На їхню думку, навички домедичної допомоги мають розглядатися як базовий елемент особистої та суспільної безпеки.

«Треба популяризувати цю тему ще більше, акцентувати, що людині варто пройти цей курс не для галочки, не для сертифіката, а саме для себе і своїх близьких» — інструктор(-ка).

Особливий акцент також робиться на відповідальності роботодавців, організацій та інституцій, які мають забезпечувати підготовку своїх працівників до дій у кризових та надзвичайних ситуаціях.

«Я намагаюся зробити так, щоб у фондів, організацій і компаній з'являлося розуміння: якщо в мене є працівники, я маю зробити все можливе для їхньої безпеки. Й одним з елементів цього є домедична допомога» — експерт(-ка).

Домедична підготовка поступово виходить за межі вузькопрофесійного навчання та трансформується у важливий елемент культури безпеки та відповідального ставлення до життя і здоров'я людей.

Трансформація після повномасштабного вторгнення

Порівняння стану сфери домедичної підготовки до та після повномасштабного вторгнення демонструє суттєву трансформацію ринку та підходів до навчання. Однією з найбільш помітних тенденцій стало значне зростання кількості інструкторських команд, громадських організацій, благодійних фондів та навчальних центрів, які працюють як із цивільним, так і з військовим населенням.

«Точно з повномасштабки збільшилась кількість інструкторів, інструкторських команд, різних організацій, установ» — експерт(-ка).

З одного боку, це значно підвищило доступність навчання та сприяло популяризації домедичної допомоги. З іншого — стрімке розширення ринку загострило проблему контролю якості навчальних курсів та кваліфікації інструкторів.

«В Україні не контролюється якість викладання. Тобто не контролюється те, наскільки люди, які називають себе інструкторами, мають право взагалі викладати, вчити людей і передавати навички» — експерт(-ка).

Паралельно змінилися і пріоритети державного регулювання сфери. Частину нормативно-правових актів було переглянуто або адаптовано до нових умов, однак значна кількість стратегічних документів так і не була повноцінно реалізована.

«Написали концепцію розвитку системи ЕМД у 2019 році, написали план заходів. І війна завадила це впровадити» — експерт(-ка).

Водночас інформанти, які мали досвід навчання або роботи у сфері ще до 2022 року, відзначають помітне підвищення якості та практичної спрямованості курсів. Якщо раніше навчання часто мало формальний і переважно теоретичний характер, то сьогодні акцент дедалі більше зміщується на практичне відпрацювання навичок та адаптацію навчання до реальних умов.

«Це була майже повністю теоретична історія. Людей тридцять просто сиділи за партами, їм показували джгут. Якщо немає джгута — пояс від джинсів» — учасник(-ця) курсів.

Загалом більшість інформантів оцінюють зміни після 2022 року як суттєвий поштовх до розвитку сфери та підвищення загального рівня підготовки населення.

«Якщо порівнювати ці два періоди — до повномасштабної й після, то рівень підготовки в рази підвищився» — інструктор(-ка).

Характеристика загального рівня обізнаності населення

Сфера навчання з домедичної допомоги охоплює різні цільові аудиторії, однак рівень їхньої підготовки залишається нерівномірним. Навіть серед представників професій, для яких такі навички є необхідними, а навчання обов'язковим, спостерігається значний розрив між потребою в цих знаннях і фактичною готовністю їх застосовувати.

«Ми працюємо з вчителями. Чи мають вони вмiти надавати то такому? Безумовно. Але чи вміють вони її надавати? Ні» — експерт(-ка).

Подібні проблеми фіксуються і в інших сферах, зокрема серед працівників екстрених служб, поліції, медичних працівників, провідників та водіїв, де рівень практичної підготовки також може залишатися недостатнім або фрагментарним.

«Я як працівник ДСНС жодного разу не проходив допідготовку. Нас один раз зібрали тільки на годину, показали манекен, дали спробувати покачати — і все. Таких підготовчих речей не було» — інструктор(-ка).

Серед інформантів не сформувалося єдиного бачення щодо загального рівня готовності населення. Частина експертів та інструкторів відзначає позитивну динаміку, пов'язану зі зростанням кількості навчань та суспільного інтересу до теми. Інші оцінюють поточний рівень обізнаності значно стриманіше, наголошуючи, що підготовленою залишається лише відносно невелика частина населення.

«Є якась обмежена кількість людей, які знають, вміють і можуть, але більшість людей не готова. Ми в [назва медіа] робили опитування з цього приводу, опитували людей, коли вони востаннє проходили (навчання), чи знають вони, що таке турнікет. Не знають» — учасник(-ця) курсів.

Попри поступове зростання інтересу до домедичної допомоги, поширення базових і коректних знань залишається одним із ключових викликів для розвитку цієї сфери.

Регулювання та нерівномірність практик

Однією з ключових причин такої ситуації є відсутність уніфікованого підходу та системного державного регулювання. Унаслідок цього рівень знань і підготовки суттєво різняться між організаціями та залежить переважно від ініціативи окремих осіб.

«Ми бачимо досить багато ініціатив у цьому напрямку, але вони всі фрагментарні. Ми не бачимо, й нам не вдається державу переконати підійти до цього питання більш системно» — експерт(-ка).

З одного боку, частина бізнесу та організацій усвідомлює важливість підготовки персоналу й інвестує ресурси в навчання і забезпечення працівників засобами для надання допомоги. З іншого боку, значна кількість установ, навіть тих, що формально зобов'язані забезпечувати таку підготовку, не завжди реалізує ці вимоги на практиці.

Ця нерівномірність призводить до того, що базові знання з домедичної допомоги часто залишаються фрагментарними або викривленими, що проявляється в поширенні помилкових практик.

«Люди, які повинні вміти надавати допомогу часто не вміють і не знають, як це робити. Продавці в аптеках, які не знають навіть іноді як тиск правильно поміряти, лізуть до людини без свідомості з нашатирем. Так само провідники при судомгах пхають ложки в рот» — інструктор(-ка).

Позитивні тенденції

Водночас у сфері простежуються і позитивні зміни. Повномасштабна війна, розвиток доступних навчальних курсів та активна популяризація теми призвели до зростання інтересу населення до навчання.

«З повномасштабки збільшилася кількість людей, які почали приходити на навчання» — інструктор(-ка).

Позитивна тенденція простежується і в готовності людей реагувати на критичні ситуації. Інструктори відзначають певні зміни в поведінкових моделях порівняно з попередніми роками.

«Якщо дивитися років 5–6 тому, то люди взагалі лежали, ніхто до них не підходив, і якщо хтось падав, люди боялись надавати допомогу. А зараз людей багато, не всі, але багато людей, готових прийти на допомогу» — інструктор(-ка).

Ці обставини дають підстави говорити про поступове формування культури реагування на надзвичайні ситуації, хоча вона ще не є достатньо стійкою та поширеною.

Ключові виклики

- **Правова невизначеність.** Одним із часто згадуваних викликів є юридичний аспект надання допомоги. Учасники сфери неодноразово наголошують на відсутності в Україні повноцінного аналога «закону доброго самарянина», який у багатьох країнах забезпечує правовий захист осіб, які добровільно надають першу допомогу.

Це формує додатковий бар'єр для реагування в критичних ситуаціях і посилює страх юридичної відповідальності навіть у разі добросовісних дій.

«Людина на сьогодні не захищена перед системою. Я вважаю, що людину потрібно захистити, а не карати» — експерт(-ка).

Проблема додатково посилюється тим, що взаємодія з правоохоронною системою після інциденту часто сприймається як потенційний ризик для людини, яка надавала допомогу. У результаті навіть за наявності необхідних знань частина людей утримується від втручання.

- **Нормативна невизначеність.** Іншим системним викликом є розпорошеність підходів до навчання. Попри наявність нормативних документів, у сфері відсутня єдина уніфікована модель підготовки інструкторів і навчальних програм, а згадані нормативно-правові акти, як уже зазначалося, не діють.

«Є керівні документи, але люди чомусь ними не керуються. [...] Має бути уніфікований підхід, уніфіковані програми, уніфікована підготовка інструкторів, це прийдеться регулювати» — експерт(-ка).

Ця фрагментація призводить до того, що різні організації навчають за різними стандартами, а якість підготовки залежить від конкретної команди або інструктора.

- **Якість підготовки.** Окремою проблемою залишається забезпечення належної якості навчання та підготовки інструкторів. У сфері одночасно співіснують високопрофесійні програми та формалізовані або спрощені курси.

«Не будемо приховувати: оцінка якості в нас може відрізнятись. [...] Міжнародні сертифікати більш правдоподібні. Ти не зробив – не отримав сертифікат» – експерт(-ка).

Додатково фіксуються неформальні практики контролю якості.

«Ми тягнемо з радянських часів такий наслідок, коли інструкторські сертифікати – це телефонне право. Ми маємо шалені корупційні ризики» – експерт(-ка).

Це створює ризик нерівномірної підготовки населення та підриває довіру до системи сертифікації загалом.

- **Стійкість знань.** Попри зростання кількості навчань, важливою проблемою залишається довготривале збереження знань і навичок. Одноразове проходження курсу часто не забезпечує їх стійкого засвоєння, що впливає на готовність діяти в реальних ситуаціях. На це звертають увагу як інструктори, спостерігаючи за слухачами курсів, так і самі учасники курсів.

«Я знаю людей, які сходили (на курс) один раз до повномасштабної й думають, що в них уже ці знання є, але коли питаєш, розумієш, що нічого не залишилося з того часу» – учасник(-ця) курсів.

Це вказує на потребу не лише в організації навчання, але й у підтримці та регулярному оновленні знань.

- **Сірі зони.** Паралельно з позитивною динамікою зберігаються помітні «сірі зони» в знаннях населення. Навіть базові алгоритми надання першої допомоги часто викривлюються або підміняються стереотипними діями, що відтворюються в різних групах населення.

«Дуже видно на корпоративних тренінгах – постійно одні й ті самі питання: турнікет на шию, а давайте будемо його попускати через 2 години, пантенол на свіжий опік, ложку в рот при судомомах. Одне й те саме» – інструктор(-ка).

- **Розмивання меж між домедичною допомогою та тактичною медициною.** Одним із наслідків мілітаризації суспільства можна вважати поступове розмивання меж між поняттями домедичної допомоги та тактичної медицини в сприйнятті людей, не наближених до цієї теми. В умовах повномасштабної війни «такмед» набув значної популярності, водночас експерти підкреслюють, що така тенденція є неоднозначною.

«Сильно популяризувалося питання тактичної медицини. З одного боку це добре, з іншого — усі хочуть такмед, але не всі розуміють, що це означає» — експерт(-ка).

У першу чергу інструктори звертають увагу на практичний ризик такої підміни понять.

«Головне, щоб не забивали голову вузькоспеціалізованими речами, бо якщо людина буде надавати допомогу в цивільних умовах і сплутає це з алгоритмами в тактичній медицині, це може зашкодити» — інструктор(-ка).

У цьому контексті важливим є чітке розмежування знань і навчальних програм залежно від контексту їх застосування.

- **Інституційна розпорошеність.** Суттєвим викликом залишається відсутність централізованої координації розвитку сфери. Значну частину навчань забезпечують волонтерські та громадські ініціативи, які часто працюють ефективно, але без єдиної системної рамки.

«В нас потужний, сильний, унікальний волонтерський рух. [...] Це дезорганізована величезна маса людей, яка щось намагається зробити, й у всіх різна мотивація. Це не можна назвати системним підходом» — експерт(-ка).

У результаті розвиток сфери значною мірою залежить від ентузіазму окремих команд, а не від сталих інституційних механізмів.

Узагальнюючи наведене, можна стверджувати, що сфера домедичної підготовки в Україні перебуває в стані активної трансформації, що супроводжується не лише розвитком, а й накопиченням системних проблем. Після 2022 року відбулося суттєве розширення інфраструктури навчання, зростання кількості інструкторів та підвищення суспільного інтересу до теми. Це сприяло підвищенню доступності навчання та поступовому формуванню культури реагування.

Водночас цей швидкий розвиток не супроводжувався належною інституційною та нормативною підтримкою. Відсутність уніфікованих стандартів підготовки, нерівномірна якість навчання та правова невизначеність щодо захисту осіб, які надають допомогу, формують низку викликів, які безпосередньо впливають на ефективність системи загалом.

Окремо варто відзначити, що розвиток сфери значною мірою ґрунтується на локальних ініціативах громадського та волонтерського секторів, що зумовлює динамічність розвитку, але водночас підсилює фрагментарність підходів і залежність від окремих акторів. У результаті формується ситуація,

за якої зростання кількісних показників (кількості курсів, інструкторів і навчань) не завжди прямо корелює з підвищенням якості підготовки та стійкістю навичок населення.

Поточний стан сфери можна охарактеризувати як перехідний між високим рівнем суспільного запиту та ще недостатньо сформованою системою регулювання, стандартизації та довготривалої підтримки знань. Баланс між подальшою популяризацією, підвищенням якості навчання та інституційним упорядкуванням визначатиме траєкторію її розвитку в найближчі роки.

Мотивація людей залучатися до курсів із домедичної допомоги

В Україні курси з домедичної допомоги дедалі частіше пов'язуються з реальними життєвими ризиками, безпековими викликами та особистим досвідом людей, що актуалізує питання мотивації до проходження такого навчання.

Інтерв'ю показують, що рішення про участь у курсах рідко є випадковим або суто раціональним. Воно формується під впливом різних чинників: пережитого досвіду небезпечних ситуацій, впливу оточення, професійних вимог або усвідомлення важливості навичок домедичної допомоги в умовах війни.

У цьому розділі розглядаються основні мотиви, які спонукають людей проходити навчання з домедичної допомоги.

Основні мотиви

1. Пережитий досвід

Одним із вагомих мотивів для проходження курсів із домедичної допомоги, за результатами проведених інтерв'ю, став пережитий досвід. Інтерв'ю з учасниками підтверджують цю тезу в різних формах. Для когось поштовхом до опанування базових знань стали почуття безпорадності та страху, пережиті в реальній ситуації. Для інших — досвід знайомих або бажання володіти ширшим спектром навичок і знань, що забезпечують більшу впевненість.

«На мене вплинула згадка про відчуття безпорадності на Майдані. Я пам'ятаю відчуття, що в мене є перекис водню, бинт, і я абсолютно безкорисна. Я ні собі не зможу допомогти, ні комусь. Тому дуже хотілося уникнути такої ситуації і мати якусь базу, щоб не почуватися так, як я почувалася» — учасник(-ця) курсів.

Інструктори та експерти також погоджуються, що власний життєвий досвід є сильним і стійким мотиватором до навчання. Учасники, які були свідками невідкладних станів, поранень близьких або сторонніх людей, зазвичай виявляють глибокий інтерес до якісного засвоєння знань і навичок. Це стосується як тих, хто сам надавав допомогу, так і тих, кому її своєчасно та ефективно надали.

«Учасник приходив на тренінг тому, що йому самому надавали серцево-легеневу реанімацію, і він залишився живим. І він щороку не пропускає ресертифікацію, тому що для нього дуже важливо, що якщо станеться поруч із кимось так само, як і з ним було, він зможе надати допомогу» — експерт(-ка).

«На зростання (інтересу до навчання) впливає те, що люди постійно бачать якісь травми, щось відбувається, і вони розуміють, що не знають, що зробити» — інструктор(-ка).

Водночас інформанти наголошували, що такий тип мотивації має і свої обмеження, адже часто формується після негативного досвіду, коли попередня ситуація надання допомоги виявилася недостатньо успішною або ефективною.

«Коли помирає керівник відділення банку, і відділення не знає, що із цим робити. Потім вони йдуть на курси, і в них у відділенні з'являється дефібрилятор. Величезне питання: чому не до? Можливо, цей керівник би вижив» — експерт(-ка).

«Я знаю людину, яка пішла на курси домедичної допомоги, коли прилетіло в її будинок. Вона вийшла і зрозуміла, що вона нічого не може зробити, бо вона нічого не знає. І тоді вона пішла на курси. Але хочеться ж якось без цього травматичного досвіду, щоб люди доходили до цього розуміння. А якщо вони самі не доходять, то було б добре, аби це розуміння їм вкладали» — учасник(-ця) курсів.

2. Вплив безпекової ситуації в Україні

Не менш вагомим чинником є близькість небезпеки в повсякденному житті та страх безпорадності. Щоденні обстріли українських міст, диверсії та випадки масового травмування, про які активно повідомляють соціальні мережі, закономірно формують запит на навчання серед людей, які не знають, як діяти в подібних ситуаціях і як надати допомогу собі та своїм близьким.

«Ти розумієш, що живеш у Харкові, на той момент обстріли стабільно були кожного дня. Це було від 10 до 30 ракет за ніч. І для тебе це вже не питання якоїсь галочки на роботі. Це питання, по-перше, порятунку себе, по-друге, людей, які знаходяться навколо» — учасник(-ця) курсів.

«Зараз людьми керує страх. Страху стало більше, на жаль, ніж це було до повномасштабної війни. Люди починають усе більше й більше боятися того, що може статися з ними. Тому вони на досвіді того, що бачать у просторі своєму, у житті, вони розуміють, що нема куди вже відкладати. Тому вони приходять (на курси)» — експерт(-ка).

Близькість небезпеки відображається і на популярності курсів із домедичної допомоги. Інструктори та експерти повідомляють про зростання попиту на

навчання після масованих обстрілів і подій, що супроводжувалися великою кількістю постраждалих.

«Як тільки щось стається пов'язане з обстрілами, бойовими діями, відразу збільшується попит на навчання з домедичної допомоги» — експерт(-ка).

«Дуже помітний попит з'являється, коли щось стається критичне» — інструктор(-ка) з домедичної допомоги.

3. Вимога за службовими обов'язками

Іншим вагомим чинником проходження курсів є вимоги за місцем роботи, служби або навчання. Саме цей компонент зовнішнього контролю часто забезпечує залучення людей до навчання, хоча й ціною певного примусу. Такий тип мотивації можна визначити як зовнішній, адже людина не завжди повною мірою усвідомлює особисту цінність навчання, проте все одно опановує навички, розуміючи формальну необхідність проходження курсів.

«Людині треба отримати сертифікат, бо це треба для роботи. Це зовнішня мотивація» — інструктор(-ка).

Разом із тим інформанти наголошували, що ефективність такого підходу значною мірою залежить від способу його реалізації. Формальне зобов'язання пройти тренінг без належного пояснення його цінності часто не дає очікуваного результату. Особливо критично респонденти оцінювали ситуації, коли людей фактично примушують до участі в навчанні або зобов'язують проходити його у власний вихідний день. У цьому контексті учасники інтерв'ю підкреслювали потребу в більш збалансованих механізмах залучення, які б поєднували організаційні вимоги з позитивними стимулами.

Зокрема, серед можливих інструментів зовнішньої мотивації респонденти називали матеріальні та символічні заохочення: надбавки до заробітної плати, додаткові дні відпустки та інші бонуси за своєчасне проходження навчання.

«Якщо він вчасно пройде тренінг, то отримає надбавку. Це буде зовнішня мотивація, але в більш позитивному напрямку. Можливо, плюс один день до відпустки додається» — інструктор(-ка).

Зовнішня мотивація є важливим чинником залучення людей до проходження навчання, особливо в професійному та освітньому середовищах. Водночас її ефективність значною мірою залежить від форми реалізації. Примусові підходи можуть знижувати зацікавленість і формувати

негативне ставлення до навчання, тоді як система позитивних стимулів сприяє більшій залученості та відповідальному ставленню до опанування навичок.

4. Рекомендація близьких

Для частини інформантів важливим стимулом до проходження курсів став позитивний досвід знайомих, друзів або колег. Рекомендації людей із близького оточення знижували рівень тривоги та невизначеності щодо навчання, а також підвищували довіру до нього. У цьому випадку мотивація формується через соціальне підтвердження цінності такого досвіду.

«Багато сумнівів, багато питань. Мабуть, це зупиняє. А якщо б мені порекомендували, сказали, що тут ми ходили — класно все проводили, було б легше» — учасник(-ця) курсів.

Крім безпосередніх рекомендацій, важливу роль відіграло й саме соціальне середовище, у якому навчання ставало поширеною та схвальною практикою. Інформанти описували це як своєрідний «позитивний соціальний тиск», коли велика кількість людей навколо, які вже пройшли курси, спонукає також до цього.

«Впливає те, наскільки багато людей у середовищі твоєму проходять ці курси. Якщо багато, то воно створює якийсь тиск такий позитивний, що ти теж хочеш пройти» — учасник(-ця) курсів.

5. Інші мотиви

Окрім безпосередньої потреби здобути практичні навички, інформанти описували ширший спектр мотивів для проходження курсів із домедичної допомоги. Для частини з них навчання ставало елементом особистісного розвитку та поступової адаптації до умов війни й підвищених ризиків у повсякденному житті. У цьому контексті курси розглядалися як частина ширшої практики самопідготовки та накопичення корисних навичок.

«Вони пройшли один тренінг, їм порадили інші тренінги, і вони постійно так нарощують і поступово ніби адаптуються під сучасні умови» — інструктор(-ка).

Важливим мотивом виступало усвідомлення потенційної необхідності застосування навичок домедичної допомоги в реальному житті. Інформанти підкреслювали універсальність таких знань та їхню значущість у непередбачуваних ситуаціях.

«Внутрішня мотивація — це коли до людини доноситься інформація, що це навичка важлива, що з ним це може статися будь-де... і він буде перший, хто буде реагувати» — експерт(-ка).

Подібну логіку відображає і досвід учасників.

«Потрібно орієнтуватися і знати, як це все працює у випадку, якщо буде якась загроза, щоб надати іншим людям допомогу... це не про себе, а про інших людей» — учасник(-ця) курсів.

Окремим виміром мотивації було прагнення краще зрозуміти суспільний та військовий контекст і стати більш дотичними до нього.

«Для мене це було важливо... щоб розуміти, що відбувається в державі, що переживають інші люди, що переживають військові... бути ближче до цього контексту» — учасник(-ця) курсів.

Ще одним мотивом виступала професійна або громадянська орієнтація. Зокрема, інформанти підкреслювали, що такі навички є необхідними для людей, які планують долучитися до волонтерської діяльності, служби або роботи у сферах безпеки.

«Люди, які готуються кудись, або вони йдуть служити, або йдуть волонтерити...» — експерт(-ка).

Водночас для частини респондентів навчання набувало більш прагматичного та повсякденного характеру.

«Дехто сприймає це як корисні будні чи корисні вихідні. Також прийшов, навчився і чудово» — інструктор(-ка).

Мотиваційний спектр охоплює як глибоко ціннісні та ідентифікаційні установки, так і практичні повсякденні міркування, що в сукупності формують комплексну структуру залучення до навчання.

Проведений аналіз демонструє, що мотивація до проходження курсів із домедичної допомоги є багатокомпонентною системою, у якій переплітаються особисті переживання, соціальний вплив та структурні умови. Центральне місце в цій системі посідають пережитий досвід небезпеки та усвідомлення потенційних загроз, що формують як внутрішню потребу в знаннях, так і прагнення бути підготовленими до дій у критичних ситуаціях.

Важливу роль відіграють і зовнішні чинники, зокрема професійні та організаційні вимоги. Соціальне середовище й рекомендації знайомих є менш помітним чинником мотивації, проте в сукупності вони додатково підсилюють довіру до навчання.

Оцінка різних курсів та їхньої якості

Типи та формати курсів домедичної допомоги

Сфера домедичної підготовки в Україні представлена широким спектром провайдерів і форматів навчання, які суттєво різняться між собою за підходами, якістю та цільовими аудиторіями. У межах дослідження респонденти розповідали про різні курси та цільові аудиторії, які могли бути представлені навіть у межах однієї навчальної групи.

Міжнародні сертифіковані курси та організації. Одним із найбільш визнаних форматів є курси, акредитовані міжнародними організаціями, зокрема Європейською радою реанімації (ERC), яка проводить BLS (Basic Life Support), PBLIS (Pediatric Basic Life Support), ALS (Advanced Life Support) та інші програми. Провайдери, що імплементують такі курси в Україні, зазначають, що відтворюють їх у повній відповідності до міжнародних стандартів без адаптацій на власний розсуд.

«BLS, і запит на BLS є доволі поширеним. Враховуючи, що це серцево-легенева реанімація, базові реанімаційні заходи в дорослих. І я думав, що під час повномасштабної війни людям більше був би цікавий Stop the Bleed, але на сьогодні BLS теж їх дуже сильно цікавить, як надавати допомогу тоді, коли зупиняється кровообіг людини» — експерт(-ка).

«BLS буде завжди актуальним, мені здається. Stop the bleed актуально. Актуально, якщо ми говоримо про діток, це PBLIS — Pediatric Basic Life Support» — експерт(-ка).

Паралельно функціонує формат **Stop The Bleed**, — програма зупинки критичних кровотеч, орієнтована на широку цивільну аудиторію. Серед учасників і експертів існує консенсус щодо вищого рівня довіри до таких сертифікованих програм: важливо, щоб курс відповідав перевіреним протоколам і принципам доказової медицини. Цей курс називають найпоширенішим і найпопулярнішим.

«Є прекрасний протокол, він називається Stop the bleed від американської колеги хірургів. Це класний протокол, він простий, тренінг триває умовно 4–5 годин, за які будь-яка цивільна людина може дуже класно навчитись накладати турнікети та інші базові навички і просто вже купити вдома цей турнікет собі, один для тренінгу, і відпрацьовувати тільки ці навички. Бо яка ціль взагалі будь-якого навчання, яке викладається будь-яким тренером, сертифікованим чи не сертифікованим? Це відпрацювати навичку так, щоб вона була, щоб довести її до автоматизму. Щоб голова не думала, а руки робили» — експерт(-ка).

Курси від волонтерських і громадських організацій. Значна частина навчання відбувається силами волонтерських структур, зокрема пов'язаних із військовими підрозділами. Серед згаданих учасниками прикладів — курси від «Солом'янських котиків», підрозділу «Азов», організації «Госпітальєри», проте це лише невелика частина організацій, які називали респонденти. Ці курси отримують позитивні відгуки передусім завдяки залученості і вмотивованості інструкторів, практичній спрямованості та реалістичності відпрацювань. Водночас якість таких курсів значною мірою залежить від конкретного інструктора й не завжди є стабільною.

«Я почала просити рекомендації. І тоді сходила на тренінг від [назва організації]. Це був тренінг від інструктора. І ми просто з ним були знайомі. І частково цей тренінг замовила організація, з якою я тоді співпрацювала. І я тоді зрозуміла, що є якісна підтримка. І є не дуже якісна. І хочеться ходити тільки на якісну. І тоді я зрозуміла, що дуже важливо не просто навчитися, а й підтримувати навички. Бо можна навчитись накладати турнікет, але я особисто через рік, найімовірніше, уже не згадаю, як це робити» — учасник(-ця) курсів.

Курси в межах програми підготовки громадян до національного спротиву. Навчання домедичної допомоги входить до програми підготовки громадян до національного спротиву як обов'язковий компонент. Однак цей формат отримує найбільш критичні оцінки з боку учасників: інструктори нерідко відхиляються від алгоритмів, недостатньо контролюють правильність відпрацювання навичок і не завжди дають відповіді на запитання. Один з учасників описав заняття в центрах підготовки до національного спротиву як найгірший досвід серед усіх пройдених курсів.

«Якщо говорити про уявлення, як я оцінила, наприклад, що те, що на нацспротиві, що це було погано. Там були реально погані інструктори. Вони пояснювали матеріал не структуровано, я як би, розумію, загальну, наче як якісь правила оцього там от Stop The Bleed або як ти проводиш огляд пораненого, що є певне алгоритм. Вони відхилялися від цього алгоритму й не дуже відповідали на питання, не дуже уважно стежили за тим, щоб учасники правильно відпрацьовували» — учасник(-ця) курсів.

Курси Товариства Червоного Хреста. Окремо виділяється діяльність Департаменту першої допомоги Товариства Червоного Хреста України, яка викликала суттєву критику з боку фахівців. Зокрема, зазначалося, що ці курси зосереджені переважно на теоретичній підготовці, без демонстрації реальних поранень і критичних кровотеч, а також містять застарілі практики (наприклад, використання саморобних джгутів із підручних

матеріалів), що може формувати хибну впевненість у людей, які пройшли навчання. Водночас варто враховувати, що може йтися про негативний досвід окремих осіб, а не про системний характер таких проблем. Важливо також зазначити, що саме Червоний Хрест респонденти найчастіше називали одним з основних провайдерів курсів домедичної допомоги.

«Саме в департаменті Червоного Хреста це неякісні, мені здається. Там по шість годин усе про все й ні про що. Там руди як приймати, тиснучі пов'язки, якісь джгути-саморобки і всяке таке. То це взагалі не актуальне на сьогодні» — інструктор(-ка).

Корпоративні курси. Окремим сегментом є навчання, організоване роботодавцями. Найчастіше запит формується навколо курсів BLS і Stop The Bleed. Для виробничих підприємств типовим є акцент на травмах. Цей формат має свою специфіку: учасники нерідко проходять курси примусово, що суттєво знижує залученість і, відповідно, ефективність навчання. Водночас у випадках, коли компанія свідомо інвестує в безпеку персоналу, рівень підготовки та мотивації учасників може бути дуже високим.

«Це компонент охорони праці в корпоративному секторі. Якщо на цій позиції стоїть людина, якій не байдуже, там є курси, є підготовка. Та, якій байдуже, там усе це відбувається теж формально, як в автошколах, лекція дві години — розпишіться в журналі — до побачення. Дуже сильно від людей залежить. Ніхто їх не змушує робити якісно» — експерт(-ка).

Курси для спеціалізованих аудиторій. Низка організацій пропонує програми, адаптовані до потреб конкретних професійних груп. Зокрема, для медичних працівників існують курси ALS і EPALS (розширена педіатрична підтримка), для стоматологів — BLS у поєднанні з темою анафілаксії. Окрему нішу займають курси PBLS для батьків немовлят і нянь. Для рятувальників ДСНС актуальною є інша конфігурація навичок: екстрена евакуація, робота із шийним коміром, накладання турнікету та проведення реанімаційних заходів без тиснучих пов'язок і тампонування, які не є частиною їхньої оперативної діяльності. Багато інструкторів та експертів зазначали, що розпочинали саме з навчання працівників ДСНС та Національної поліції, оскільки це професійні групи, для яких навички надання домедичної допомоги є особливо важливими.

«По 10 бальній — на балів 6–7. Тому що в нас ця ж сама практика, яка скована в рамки stop the bleed і bls, або ACM. Адаптації більш конкретно якоїсь немає. Якщо це, наприклад, тренінги для працівників ДСНС, то їм не потрібні тиснучі пов'язки, їм не потрібне тампонування, їм не потрібна фіксація

сторонніх тіл і щось інше. Їм виключно потрібна екстрена евакуація, робота із шийним комірцем, турнікет, щоб вони максимально часто, якісно розпізнавали, критична чи не критична й реанімаційні заходи, качати людину. Бо по суті вони не будуть ніколи накладати тиснучих пов'язок, бо їм головне зайти в задимлене приміщення, зупинити кровотечу і правильно винести людину» — експерт(-ка).

Навчання в закладах освіти. У школах домедична підготовка формально входить до предмета «Захист України» (колишній «Захист Вітчизни»). Однак і учасники, й експерти одноставні в тому, що цей формат є вкрай неефективним: знання не є стійкими і практичними, програма морально застаріла (джугути Есмарха тощо), а самі заняття нерідко зводяться до формального підпису в журналі. Окрім того, існують курси для самих викладачів та вихователів, адже їм важливо вміти швидко зреагувати та надати допомогу в разі потреби.

«Якщо це вихователі в дитячому садочку чи вчительки в школі, то також їм ті турнікети особливо не потрібні, бо там 90% слухачів усе одно їх собі потім ніхто не купляє. То їм бажано показати краще, як правильно виконувати прями тиск, щоб вони дійсно спробували потиснути. Бо на більшості тренінгів ми просто про нього говоримо» — експерт(-ка).

Курси для прифронтових регіонів. Учасники з регіонів, близьких до зони бойових дій, наголошують на потребі в адаптованих програмах, які враховують специфіку конкретної місцевості. Зокрема, для Херсона актуальним є включення до курсу тем роботи в умовах оперативних загроз та під вогнем (ПМВП / ТЕСС). Ця потреба наразі системно не задовольняється. З досвіду інструкторів(-ок) та експертів(-ок), навчання в прифронтових містах та селах дещо відрізняється і складом аудиторії, адже на курси приходять люди старшого віку, ніж у більш тилових регіонах.

«Хоча й доступно має бути. Бо я їздив у віддалені села, де в людей зарплата низька, їх мало. Вони, можливо, і були б зацікавлені. Але не можуть за це заплатити, то там було організовано, грант платив за цю організацію, а люди просто ходили. То вони приходили» — експерт(-ка).

Критерії оцінки якості курсів

Аналіз інтерв'ю з інструкторами, експертами та учасниками дозволяє виокремити кілька ключових вимірів якості навчання. Варто розглянути кожен із них окремо, адже інструктори та експерти якість навчання з погляду своєї фахової експертизи, а учасники — на основі власних вражень і досвіду участі в курсах.

Позиція інструкторів та експертів

- **Практична насиченість і достатній час для відпрацювання.** Центральний критерій якості для фахівців — це обсяг і глибина практики. Недостатньо один раз показати алгоритм: учасник має багаторазово відпрацювати навичку в різних положеннях і сценаріях — на собі, на партнері, лежачи та сидячи. Критичні навички (зупинка кровотечі, СЛР, тампонування) потребують щонайменше 3–5 хвилин самостійного відпрацювання кожним учасником, а не 20–30 повторень «для галочки». Один із провайдерів будує восьмигодинний курс навколо принципу «практика, практика, практика й ще раз практика», щоб навичка
- **Якісне спорядження.** Навчання на неякісному обладнанні формує неправильну м'язову пам'ять. Турнікети китайського виробництва не відтворюють рівень тиску оригінальних виробів, тому людина механічно засвоює неефективні рухи. Належна матеріальна база — обов'язкова умова якісного навчання.
- **Компетентність і актуальність знань інструктора.** Від інструктора вимагається не лише наявність сертифіката, а глибоке й актуальне знання матеріалу. Проблемою є поширена практика, коли інструктори підміняють системний виклад власними несистематизованими розповідями з досвіду. Такі історії мають доповнювати курс, а не замінювати протокольний зміст. Ще гострішою є проблема самоучок без зворотного зв'язку — людей, які здобули певні знання і вважають себе фахівцями, не маючи жодної зовнішньої корекції.
- **Наявність системного зворотного зв'язку.** Зворотний зв'язок розглядається як один із базових принципів навчання: без нього інструктор не розвивається, а учасник не виправляє помилки. На рівні галузі відзначається брак механізмів контролю якості та дотримання протоколів.
- **Стрес-фактор і реалістичність.** Якісний курс має вводити учасника в стан керованого стресу — достатнього для активації пам'яті і відпрацювання реакцій, але такого, що не перешкоджає когнітивній діяльності. Практика з імітацією крові й тампонуванням, реалістичні сценарії — усе це є не лише відпрацювання техніки, а й способом подолання психологічного бар'єру перед виглядом рани.
- **Адаптація до аудиторії.** Ефективний курс будується під конкретну цільову групу. Програма для рятувальників ДСНС, вчителів, медичних сестер і братів, батьків немовлят або мешканців прифронтового міста має суттєво відрізнятися за змістом і акцентами. Загальна проблема ринку — надмірна уніфікація і відсутність такої адаптації.
- **Організаційні умови.** Якість навчання залежить також від базових умов проведення: зручності приміщення, розміру групи та наявності

матеріалів. Примусова участь (коли роботодавець «заганяє» персонал на курс) різко знижує ефективність навіть добре організованого тренінгу.

Позиція учасників курсів

Варто зазначити, що багато респондентів говорили про неможливість оцінити якість курсу з погляду змісту та якості знань, які там надаються, оскільки вони не знають, яким має бути якісне навчання. Тому в оцінці курсів вони переважно покладаються на власні враження від проходження навчання або на порівняння з іншими курсами.

Основні критерії такі.

- **Практична орієнтованість.** Учасники одностайно називають практику головним критерієм якості. Матеріал, який не відпрацьовувався на практиці, не засвоюється. Найпоширеніша скарга на курси — недостатня кількість часу на відпрацювання тампонування, СЛР і накладання турнікету. Добрим вважається курс, у якому теоретична частина мінімальна, а основний час присвячено практичному відпрацюванню навичок.
- **Реальний досвід інструктора.** Для більшості учасників наявність практичного досвіду надання допомоги в критичних ситуаціях — перший і найважливіший критерій оцінки інструктора. При цьому важливим є не обов'язково бойовий досвід, а саме реальна клінічна чи рятувальна практика. Медична освіта як така не є вирішальним чинником.
- **Довіра до організації.** Учасники, як правило, приходять на курс не через пряму рекламу, а за рекомендаціями людей, яким довіряють: військових, знайомих фахівців, експертів із перевірених джерел. Репутація організації є ключовим критерієм вибору: якщо провайдер невідомий або не має підтвердженої репутації, більшість потенційних учасників не прийдуть, навіть якщо курс об'єктивно якісний.
- **Дотримання протоколів і доказовість.** Учасники з вищим рівнем обізнаності чітко відрізняють курси, що базуються на актуальних протоколах, від тих, де інструктор відхиляється від алгоритмів або транслює застарілі чи потенційно небезпечні поради. Небезпечна інформація, подана як істина, є одним із найсильніших чинників формування негативного досвіду.
- **Комунікація і ставлення інструктора.** Зверхність, нервова поведінка або некоректні висловлювання з боку інструктора суттєво підривають довіру до курсу загалом. Натомість щира зацікавленість у результаті учасника, готовність пояснювати стільки разів, скільки потрібно, і надавати ширший контекст формують відчуття якісного навчання. Один із найяскравіших прикладів позитивного досвіду учасників є курси, де інструктори «вболівали за тебе».

- **Можливість для діалогу й рефлексії.** Учасники цінують курси, що передбачають простір для запитань, зокрема нестандартних, а також для обговорення реальних ситуацій із власного досвіду. Алгоритмічний підхід без можливості рефлексії сприймається як менш ефективний.

Наскрізною темою, що виникає в оцінках як експертів, так і учасників, є відсутність ефективного контролю якості на ринку домедичної підготовки. Різниця між якісним і неякісним курсом залишається непрозорою для пересічного учасника, який ще не має достатнього досвіду для порівняння. Перший досвід навчання відіграє вирішальну роль: негативний або неякісний перший курс формує упередження, які надалі важко подолати і які можуть надовго відвернути людину від повторного навчання.

Тому питання підготовки інструкторів(-ок) у цій сфері є одним із ключових, адже саме інструктор(-ка) може мотивувати учасників повертатися до навчання та оновлювати свої навички через певний час. Водночас той самий інструктор може залишити вкрай негативне враження про курс чи сферу домедичної допомоги загалом.

За відсутності системного та централізованого контролю у сфері домедичної підготовки існує ризик стихійного поширення неякісних курсів чи появи некомпетентних інструкторів(-ок), що формують негативний перший досвід у зацікавленої аудиторії.

Основні бар'єри поточної системи навчання домедичної допомоги

Аналіз інтерв'ю дає змогу виокремити десять ключових бар'єрів, що стримують людей від проходження курсів домедичної допомоги. Нижче вони описані в порядку спадання частоти згадок. У межах якісної частини дослідження ми не спілкувалися з респондентами, які не проходили таких курсів, тому більшість наведених тут бар'єрів ґрунтуються на оцінках інструкторів, експертів та учасників навчання. Водночас частина учасників зазначала, що сама стикалася з цими бар'єрами до початку навчання.

Страх є найпоширенішим бар'єром. Він має кілька вимірів: страх побачити кров і реальні поранення, страх не впоратися фізично (наприклад, не мати сил підняти або перенести пораненого), а також страх зробити щось неправильно й нашкодити. Для частини людей сама тема домедичної допомоги є психологічно важкою, оскільки змушує усвідомити реальність загрози для власного життя чи життя близьких. Водночас досвід учасників, які подолали цей бар'єр, свідчить, що в процесі навчання страх значною мірою зникає, коли з'являються зрозумілі алгоритми дій і відчуття підтримки з боку інструктора.

«І це не цей... Мені не треба із цим стикатися. Знаєте, оце магічне мислення. Я не буду про це думати і все буде гаразд. А насправді в мене було дуже багато страху стосовно того, що я замість того, що мені здається це поширений страх у багатьох людей, тобто фактично страх нашкодити. А таке от питання, бо насправді страх нашкодити доволі розповсюджений серед усіх людей, тому що це якимось природньо» — учасник(-ця) курсів.

Вартість курсів — другий за поширеністю бар'єр. Платні курси якісних провайдерів залишаються недоступними для значної частини населення, особливо в регіонах. Водночас безкоштовні курси мають зворотний ефект: учасники, які нічого не заплатили, нерідко ставляться до навчання менш серйозно — запізнюються, йдуть раніше або не залучаються повною мірою. Частина респондентів зазначала, що певна, навіть символічна, оплата підвищує відчуття цінності навчання та відповідальність за участь у ньому.

«Зараз, якщо я хочу прийти на класний курс, я закладу в бюджет на наступний місяць 4 тисячі гривень. Але зрозуміло, що я зараз можу собі все дозволити, але знову ж таки не кожного місяця. Але є частина людей, для яких це половина зарплати. І відповідно вони йдуть на безкоштовні варіанти, а безкоштовні варіанти можуть бути гіршої якості, наприклад» — учасник(-ця) курсів.

Відсутність курсів поблизу. Географічна доступність є суттєвим обмеженням, особливо за межами великих міст. Якісні провайдери зосереджені переважно в обласних центрах, тоді як у малих містах і сільській місцевості пропозиція або відсутня, або представлена курсами сумнівної якості. Водночас існують регіональні представництва різних організацій, а також курси, які проводяться на запрошення. Однак їхня доступність значною мірою залежить від проактивності місцевих громад і готовності окремих людей проявляти ініціативу. Як правило, коли функціонування системи значною мірою залежить від ініціативи окремих людей, це свідчить не про її ефективність, а радше про ситуативне реагування на проблему.

«Ми працюємо у всіх великих містах. Тобто майже в кожному великому місті, там в... У всіх цих містах є, я точно знаю, конкретну команду, конкретного курс-директора, якому я можу зателефонувати, сказати, о, там є такі-то замовлення, такий-то донор, і вони долучаються до моєї роботи. Це мене тішить, але з іншої сторони ми ж говоримо про й маленькі міста. І в цих маленьких містах, на жаль, немає таких тренерів» — експерт(-ка).

Негативний попередній досвід. Для частини респондентів важливим бар'єром може бути попередній негативний досвід. Наприклад, неякісний курс, негативне враження від інструктора, а також ситуація, коли отримані знання виявилися непридатними для практичного застосування тощо. Інший вимір цього бар'єра — негативний досвід надання допомоги, коли врятувати людину не вдалося. Подібні історії швидко поширюються та стають надбанням ширшої спільноти.

«Негативний досвід шириться в геометричній прогресії. Позитивний чомусь так не шириться. Тобто від того, що хтось комусь надав допомогу, це спрацювало, людина вижила, а є такі випадки теж, екстренка постійно про це розповідає. Це не має ефекту. О, я теж піду навчуся. А коли людина попадає в історію, коли намагалася допомогти, а потім її система на допити викликає, пояснення збирає, і це все, знаєте, це виключно негативний досвід. Це виключно негативний досвід у людей створюється. І він шириться, коли людина думає, що краще не мати із цим справу» — експерт(-ка).

Брак інформації. Частина людей просто не знає, де шукати курси, як оцінити їхню якість і до кого звернутися. Відсутність прозорого навігатора по ринку призводить до того, що вибір відбувається методом спроб і помилок або не відбувається взагалі. Показово, що учасники, які зрештою знайшли якісний курс, майже завжди робили це завдяки особистим рекомендаціям, а не через рекламу чи самостійний пошук.

«Ну, мабуть, я не знала, звідки почати щось шукати. У мене в бульбашці не було якоїсь інформації доступної, яку б я запам'ятала, що ось сюди підеш і там отримаєш. Тобто треба було зусилля, щоб це знайти» — учасник(-ця) курсів.

Юридичні аспекти. Побоювання правових наслідків надання домедичної допомоги — питання, що регулярно виникає в розмовах. Люди не впевнені, чи можуть нести відповідальність, якщо надана допомога виявиться неефективною або завдасть шкоди. Цей бар'єр відображає брак публічної комунікації щодо правового захисту осіб, які надають допомогу.

«В мене не вистачає знань, наприклад, по цій темі, хоча я задавала питання різним своїм колегам, у тому числі, які проводять ці курси і які в стоматології так само працюють, то із цим мені не дуже зрозуміла ця вся частина юридичної відповідальності за невдалі реанімації. Ясно, що якщо все вийшло, тоді всі молодці, переможця не судять. А коли вже пацієнт помер, тоді так» — учасник(-ця) курсів.

Брак вільного часу. Зайнятість є очевидним, але не домінуючим бар'єром. Більшість якісних сертифікованих курсів тривають повний день (6–8 годин), що є реальним викликом для людей зі щільним графіком. Водночас респонденти звертали увагу на те, що корпоративні курси проводяться у вихідні дні, що суттєво знижує рівень задоволення від навчання.

«Це були вихідні, що не дуже, якби так, ну, типу, з одного боку, коли крім вихідних, а з другого боку, треба було узгодити із чоловіком, типу, я на тренінг, його не можна було» — учасник(-ця) курсів.

Дискомфорт і фізичне навантаження. Частина людей, особливо жінок чи людей старшого віку, побоюється, що не зможе виконати фізично складні елементи — підняти людину, тривалий час проводити серцево-легеневу реанімацію тощо. Це свідчить про недостатню комунікацію щодо реальних фізичних вимог під час надання домедичної допомоги.

«Але на тих курсах, на які я приходила, там були ситуації, коли, наприклад, треба підняти людину, і маючи підтримку від інструктора, який показує, як ти важиш 60 кілограм, можеш підняти людину, яка важить 100. Це допомагає, коли є підтримка, коли є зрозумілі алгоритми. У мене був цей страх, але я його позбулася вже в процесі, бо зрозуміла, що перше, я така не одна, по-друге, не приходять качки всі. І це не є точно причиною, щоб не приходити» — учасник(-ця) курсів.

Не думали про курси взагалі. Невелика, але важлива група — люди, для яких тема домедичної допомоги просто не існувала в полі уваги. Вони не уникали курсів свідомо, а просто ніколи не стикалися з відповідним стимулом або приводом замислитися над цією темою. Для цієї аудиторії вирішальну роль відіграє перший контакт із темою, тому якість цього першого досвіду є особливо важливою.

«Тоді я би ще хотів би сказати, що мені здається, що ще велика група людей, які не пройшли ніякого навчання, це люди, які про це взагалі не знають, взагалі не думають, я не знаю, або їм просто однаково, або вони сподіваються на краще, або, я не знаю, вони живуть у якомусь іншому інфопросторі» — експерт(-ка).

«Вони не обов'язкові». Відсутність зовнішнього зобов'язання — з боку роботодавця, держави чи соціального середовища — знижує пріоритетність проходження курсів порівняно з іншими справами. Там, де навчання є обов'язковим (наприклад, на певних підприємствах або в межах підготовки до національного спротиву), охоплення є вищим, проте мотивація і залученість учасників суттєво нижчі.

«Та для того, щоби про це подумати, то треба, щоби була така вимога. Бо в нас не люблять тільки пряник, а ще треба кнут» — учасник(-ця) курсів.

Головним бар'єром до проходження курсів домедичної допомоги є страх — перед виглядом крові, фізичною неспроможністю чи юридичними наслідками — який часто поєднується з браком доступної інформації про те, де і як навчатися. Фінансова та географічна недоступність якісних курсів додатково звужує коло людей, які можуть пройти навчання, а відсутність зовнішнього стимулу чи соціального впливу означає, що багато хто просто не доходить до цього питання самостійно, відкладаючи його через брак часу, байдужість або необізнаність, доки тема домедичної допомоги взагалі не потрапляє в поле їхньої уваги.

