

УДК 614.2+312.6:314+314/.04+314.32/.33:355.01

О.Е. Коломійчук¹, С.О. Дубров^{1,2}

Демографічна криза в Україні з перспективи громадського здоров'я

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна²КНП «Київська міська клінічна лікарня № 12», Україна

Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 2026. 1(105): 99-107. doi: 10.15574/PP.2026.1(105).99107

For citation: Kolomiichuk OE, Dubrov SO. (2026). Demographic crisis in Ukraine from the perspective of public health. Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 1(105): 99-107. doi: 10.15574/PP.2026.1(105).99107.

Мета – проаналізувати трансформацію демографічної ситуації в Україні в довоєнний період і після початку війни; обґрунтувати напрями державної політики у сфері громадського здоров'я; здатні знизити бар'єри до реалізації репродуктивних прав і сприяти відновленню репродуктивного потенціалу населення.

Проаналізовано трансформацію демографічної ситуації з акцентом на втрату та можливості відновлення репродуктивного потенціалу населення. Обґрунтовано, що зниження рівня народжуваності в умовах війни є не ізольованим поведінковим феноменом, а наслідком дії взаємопов'язаних чинників: вимушеної міграції, руйнування інфраструктури закладів охорони здоров'я, погіршення доступу до послуг сексуального і репродуктивного здоров'я (СРЗ), психосоціального стресу, гендерно зумовленого насильства (ГЗН) і погіршення соціальних детермінант здоров'я. Показано, що демографічна криза посилюється надлишковим рівнем смертності й інвалідизації чоловіків працездатного віку, територіальним розривом між партнерами, скороченням чисельності жінок репродуктивного віку та зниженням спроможності домогосподарств до реалізації репродуктивних планів, що формує тривалі ризики для репродуктивного потенціалу популяції. На основі порівняльного аналізу досвіду Франції, Польщі та Ізраїлю доведено, що позитивний демографічний ефект у післякризових і післявоєнних умовах досягається не окремими фінансовими стимулами, а узгодженим пакетом міжсекторальних політик. Запропоновано пріоритети для України: перехід від наталістської моделі до моделі зниження бар'єрів свідомого батьківства; забезпечення безперервності СРЗ і перинатальних медичних послуг; інтеграція психічного здоров'я в маршрути СРЗ; посилення системи реагування на ГЗН; розвиток програм допоміжних репродуктивних технологій, у т.ч. послуг для ветеранів і ветеранок; урахування екологічних наслідків війни та впливу соціальних детермінант; послуги для підтримки сімей на рівні громад.

Висновки. З позиції громадського здоров'я стійке демографічне відновлення можливе лише за умови поєднання медичних, соціальних, житлових, безпекових та економічних інтервенцій, спрямованих не на механічне стимулювання народжуваності, а на відновлення репродуктивного потенціалу населення.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: демографічна криза, громадське здоров'я, народжуваність, сексуальне і репродуктивне здоров'я, війна, вимушена міграція, гендерно зумовлене насильство, психічне здоров'я, соціальні детермінанти здоров'я, демографічна політика, репродуктивний потенціал.

Demographic crisis in Ukraine from the perspective of public health

O.E. Kolomiichuk¹, S.O. Dubrov^{1,2}¹Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine²Municipal Non-Commercial Enterprise «Kyiv City Clinical Hospital No. 12», Ukraine

Aim – to analyze the transformation of the demographic situation in Ukraine in the pre-war period and after the onset of the war; to substantiate directions of state policy in the field of public health capable of reducing barriers to the realization of reproductive rights and contributing to the restoration of the population's reproductive potential. The transformation of the demographic situation was analyzed with an emphasis on the loss of, and opportunities for restoring, the reproductive potential of the population. It was substantiated that the decline in the birth rate under wartime conditions is not an isolated behavioral phenomenon, but rather the result of interrelated factors: forced migration, destruction of the infrastructure of healthcare facilities, deterioration of access to sexual and reproductive health (SRH) services, psychosocial stress, gender-based violence (GBV), and worsening social determinants of health. It was shown that the demographic crisis is exacerbated by excess mortality and disability among men of working age, territorial separation of partners, a decline in the number of women of reproductive age, and reduced household capacity to realize reproductive plans, which creates long-term risks for the reproductive potential of the population. Based on a comparative analysis of the experience of France, Poland, and Israel, it was demonstrated that a positive demographic effect in post-crisis and post-war conditions is achieved not through isolated financial incentives, but through a coordinated package of intersectoral policies. Priorities for Ukraine were proposed: transition from a natalist model to a model focused on reducing barriers to conscious parenthood; ensuring continuity of SRH and perinatal medical services; integration of mental health into SRH pathways; strengthening the system of response to GBV; development of assisted reproductive technology programs, including services for male and female veterans; consideration of the environmental consequences of war and the impact of social determinants; and services to support families at the community level.

Conclusions. From a public health perspective, sustainable demographic recovery is possible only through the combination of medical, social, housing, security, and economic interventions aimed not at mechanically stimulating birth rates, but at restoring the reproductive potential of the population.

The authors declare no conflict of interest.

Keywords: demographic crisis, public health, birth rate, sexual and reproductive health, war, forced migration, gender-based violence, mental health, social determinants of health, demographic policy, reproductive potential.

Опрацьовано теоретичні і прикладні праці сучасних українських учених-демографів, зокрема, Е.М. Лібанової, О.М. Гладуна, І.О. Курило, Н.С. Власенко та Т.О. Заяць, а також аналітичні матеріали профільних міжнародних організацій і національних інституцій. У дослідженнях вчених розкрито ключові аспекти демографічного розвитку України: депопуляцію, старіння населення, міграційні процеси, трансформацію репродуктивної поведінки населення та вплив соціально-економічних детермінант на демографію. Теоретичну й емпіричну основу становили дослідження Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України щодо довготривалих демографічних тенденцій в Україні, публікації Eurostat та Our World in Data з питань демографічного переходу і старіння населення, а також роботи з соціальних детермінант здоров'я, що пояснюють вплив умов життя та різниці в доступі до послуг на репродуктивну поведінку населення. Водночас у сучасних дослідженнях недостатньо розкрито демографічну кризу України як проблему відновлення репродуктивного потенціалу в умовах війни, де репродуктивні рішення обмежуються не лише економічними чинниками, але й безпекою, міграцією, станом психічного здоров'я, розривом партнерських зв'язків і доступом до медичних послуг.

Сучасна демографічна ситуація в Україні станом на кінець 2025 р. – початок 2026 р. характеризується поєднанням природної депопуляції, масового вимушеного переміщення та поглиблення структурних диспропорцій людського капіталу [8]. З перспективи громадського здоров'я (ГЗ) низький рівень народжуваності в період активних воєнних дій слід розглядати не як агрегований результат індивідуальних репродуктивних рішень, а як популяційний індикатор впливу війни на умови життя, безпеку, психічне здоров'я населення, соціальні детермінанти та доступність медичних послуг [8].

Зміни народжуваності в умовах війни залежать від доступності послуг сексуального і репродуктивного здоров'я (СРЗ), перинатальних медичних послуг, послуг із психічного здоров'я, безпекового середовища, масштабів міграції, рівня гендерно зумовленого насильства (ГЗН), а також від спроможності системи охорони здоров'я забезпечити безпечні вагітність і пологи [4,24,31].

З 2014 р. внаслідок війни економічна й соціальна ситуація в Україні залишається не-

стабільною; перша значна хвиля внутрішньо переміщених осіб (ВПО) сформувалася у 2014–2015 рр. після анексії Криму і початку антитерористичної операції Україною [8]. Повномасштабне вторгнення з 2022 р. поглибило демографічну кризу через бойові втрати, зростання рівня смертності, різке падіння рівня народжуваності й масштабну міграцію населення всередині країни і за кордон [10]. Міжнародна організація з міграції стверджує, що значна частина домогосподарств у 2022–2025 рр. була змушена змінювати місце проживання неодноразово [10].

За даними міжнародних механізмів обліку Агентства ООН у справах біженців (УВКБ ООН), кількість біженців з України за кордоном у 2026 р. становить близько 5,6 млн осіб [22]. Фонд народонаселення ООН зазначає, що станом на межі 2024–2025 рр. близько 6,8 млн осіб перебували за кордоном, а кількість ВПО сягала 3,7 млн [21].

Системне знищення енергетичної інфраструктури та цілеспрямовані атаки ворога на заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) спричинили критичне зниження операційної спроможності системи охорони здоров'я. За висновками Фонду народонаселення ООН, сукупний вплив інтенсивних обстрілів, перебоїв енергозабезпечення та інфляції призвів до зростання психоемоційного стресу серед населення, що підвищує ризики порушення безперервності надання перинатальних і акушерсько-гінекологічних медичних послуг та погіршення репродуктивного здоров'я населення [21,31].

Аналіз періоду масової міграції підтверджує, що доступ до охорони здоров'я залишається критичною потребою для значної частини українських біженців до Євросоюзу, а феномен «медичного туризму» до України свідчить про бар'єри в іноземних системах охорони здоров'я. Особливої гостроти набувають загрози ГЗН та обмежений доступ до сервісів підтримки для молоді і жінок репродуктивного віку. Зменшення чисельності жінок репродуктивного віку в Україні, мобілізація чоловіків репродуктивного віку і диспропорційні втрати серед чоловіків працездатного віку формують ризики довготривалого звуження репродуктивного потенціалу популяції [8,21]. Особливою проблемою є вимушена територіальна віддаленість між партнерами, що обмежує реалізацію репродуктивних планів, посилює навантаження на жінок і формує довготривалий ефект демографічного відтермінування.

Умови війни спричиняють стійку гендерну і географічну диспропорцію, що на макрорівні знижує репродуктивний потенціал України. Вимушене розділення значної частини жінок репродуктивного віку, які проживають за кордоном, і чоловіків, які залишаються в Україні внаслідок воєнних і правових обмежень, об'єктивно зменшує можливість формування партнерств, укладання шлюбів і реалізації репродуктивних планів. Це системний демографічний чинник, що обмежує відтворення населення.

У цих умовах особливого значення набуває інтеграція демографічної політики з політикою ГЗ: гарантування безперервності СРЗ-послуг, перинатальних медичних послуг і послуг із психічного здоров'я, розвиток сервісів реагування на ГЗН, а також формування здорових і безпечних громад як середовищ, у яких можливе свідоме батьківство [10,11,31].

Мета статті – проаналізувати трансформацію демографічної ситуації в Україні в довоєнний період і після початку повномасштабної війни, а також обґрунтувати напрями державної політики у сфері ГЗ, здатні знизити бар'єри до реалізації репродуктивних прав і сприяти відновленню репродуктивного потенціалу населення.

Основні завдання: дослідити ключові демографічні тенденції до 2021 р.; проаналізувати вплив повномасштабної війни на структуру населення та чинники народжуваності; визначити роль доступу до СРЗ, перинатальних медичних послуг і послуг із психічного здоров'я у формуванні репродуктивних рішень; окреслити популяційні ризики надлишкової смертності, інвалідизації чоловіків працездатного віку та вимушеної відстані між партнерами для репродуктивного потенціалу; запропонувати напрями державної політики у сфері ГЗ, орієнтовані на захист репродуктивних прав, підтримку сімей і формування здорових громад.

Проведено статистичний аналіз доступних офіційних і реєстрових даних; порівняльний аналіз міжнародного досвіду з урахуванням обмежень історичної та інституційної ситуації; аналіз нормативно-правових актів; вторинний аналіз звітів ВООЗ, Фонду народонаселення ООН, Міжнародної організації з міграції (МОМ), УВКБ ООН, ООН Жінки щодо впливу війни на здоров'я та демографію [10,11,21,22,24,26,30,31].

Теоретико-методологічні засади аналізу демографічних процесів

Демографічні процеси є складним мультидисциплінарним об'єктом, який охоплює економічні, соціальні, культурні й медико-санітарні детермінанти. Для ГЗ ключовим із перспективи СРЗ є аналіз того, як умови життя, організація системи охорони здоров'я, доступність медичних послуг, профілактика й соціальна політика впливають на показники народжуваності й смертності, а також на міграцію і вікову структуру населення [15].

У країнах із високим рівнем розвитку зазвичай фіксуються низькі темпи природного приросту на тлі урбанізації, доступу до освіти, контрацепції та змін ціннісних орієнтацій [15]. У країнах Євросоюзу демографічний профіль поєднує низький рівень народжуваності, зростання тривалості життя і зміщення віку народження першої дитини [5]. Післявоєнні «бебі-буми» середини ХХ ст. в Європі трактуються науковцями як результат завершення конфлікту, економічного відновлення та відчутного зниження екзистенційної невизначеності; однак сучасні суспільства навіть за високого рівня життя демонструють інші репродуктивні патерни [27].

У контексті України принципово важливо виконати перехід від суто наталістської логіки (стимулювання народжуваності) до логіки ГЗ, де предметом політики є зниження бар'єрів до свідомого батьківства: доступність СРЗ, безпека, психічне здоров'я, соціальні детермінанти, рівність і недискримінація [13,31]. Тому центральною категорією аналізу має бути не лише коефіцієнт відтворення населення як кінцевий демографічний показник, але й репродуктивний потенціал як комплексна характеристика здатності населення реалізовувати репродуктивні права за умов безпеки, соціальної підтримки та наявності і якості медичних послуг.

Міжнародний досвід демографічної політики в контексті громадського здоров'я

Франція після Другої світової війни. Франція в післявоєнний період сформувала одну з найбільш інституційно стійких моделей сімейної політики в Європі, поєднавши фінансову допомогу, розвиток системи догляду за дітьми, інструменти суміщення батьківства із зайнятістю та широку доступність медичних послуг [20]. Дослідження INED (Institute for New Educational Developers) і представників демографічної школи наголошують, що відносно високий рівень фертильності у Франції порівняно

з іншими країнами Західної Європи пов'язаний із сукупністю заходів: сімейними надбавками, податковими механізмами, декретними і батьківськими відпустками, розвинутою інфраструктурою послуг догляду [16,20].

Рівень народжуваності у Франції (1,9 дитини на одну жінку у 2008 р., що перевищує середні показники більшості розвинених країн Євросоюзу) можна частково пояснити активною сімейною політикою, запровадженою після Другої світової війни та адаптованою у 1980-х роках до зростання участі жінок у ринку праці. Ця політика користувалася широкою суспільною підтримкою і на практиці знижувала конфлікт між зайнятістю та батьківством, що сприяло збереженню моделі сім'ї з двома або трьома дітьми як соціально прийнятної норми [16,20].

У термінах ГЗ французький досвід свідчить, що демографічний ефект формується не лише виплатами, а поєднанням доступних послуг, у т.ч. перинатальних медичних послуг, репродуктивного консультування, психосоціальної підтримки та інфраструктури догляду за дітьми [16,20]. Для післявоєнних суспільств критично важливими є також швидка реконструкція житла й міської інфраструктури, що знижує рівень невизначеності та підвищує готовність домогосподарств планувати народження дітей [16,27].

Польща після Другої світової війни. Польський повоєнний досвід доцільно розглядати не як приклад для України, а радше як історичну ілюстрацію подолання демографічної кризи; як наочний приклад того, що після завершення військового конфлікту фертильність може тимчасово підвищитися за умови стабілізації безпекової ситуації, відновлення житла та базової соціальної підтримки. Водночас відмінність часових, політичних і соціально-економічних контекстів (інша епоха, культура, інша модель держави, інша тривалість і характер війни) обмежує використання польського досвіду для сучасних умов в Україні [9,27].

Польща пережила виражені хвилі підвищення рівня народжуваності в повоєнні роки під час соціальних та економічних криз; у науковій літературі наголошено, що «бебі-бум» формувався на тлі відбудови, змін норм сімейності та реконфігурації державної соціальної політики. Попри тиск державного соціалізму та вплив католицької церкви, репродуктивна поведінка поляків трансформувалася під впливом швидкої урбанізації, індустріалізації та зміни гендерних ролей. Високий рівень народжуваності у 1950-х

роках був реакцією населення на демографічні втрати Другої світової війни, також люди почали одружуватися частіше і в молодшому віці. На відміну від інших країн соціалістичного табору, у Польщі католицька церква зберігла потужний вплив, активно виступаючи проти контрацепції та абортів, а шлюб залишався стабільним інститутом, оскільки розлучення, хоч і були легалізовані, тривало піддавалися суспільному засудженню.

Розрив між державною політикою і реальними пріоритетами населення став очевидним у 1960-х роках, коли обмеження кількості дітей почало сприйматися як невід'ємна частина сучасності та інструмент для досягнення жінками особистих і професійних цілей, і в 1970-х роках через загрозу демографічної кризи курс держави знову змінився на користь стимулювання народжуваності та просування моделі сім'ї «2+3», що супроводжувалося впровадженням трирічних відпусток по догляду за дитиною.

Після 1980-х соціалістична і переважно католицька Польща зазнала значних демографічних змін унаслідок зсуву культурних норм. У подальший період репродуктивна поведінка регулювалася через поєднання інструментів зайнятості, житлової політики, сімейних трансфертів і доступності медичної допомоги за одночасного впливу культурних норм і релігійних чинників [9].

Для дисципліни ГЗ релевантним є висновок, що навіть у складних умовах реконструкції держави фертильність є чутливою до: (а) безпекових умов і життєвих перспектив; (б) доступності житла і догляду за дітьми; (в) доступу до якісних медичних послуг матері й дитини; (г) узгодженості сімейної та трудової політики [2,9,27].

Як і у Франції, позитивний демографічний ефект не є результатом впливу одного або декількох чинників, репродуктивну поведінку населення слід розглядати більш комплексно [27].

Ізраїль після воєн і в умовах тривалої безпекової напруги. Ізраїль у науковій літературі розглядається як виняток серед розвинених країн через відносно високий рівень фертильності за умов тривалої безпекової напруги. Після 1948 р. демографічна динаміка значною мірою визначалася масовою імміграцією 1948–1951 рр. і високою фертильністю окремих груп населення, що впливало на загальні показники [6]. Надалі відносно високі рівні народжуваності підтримувалися поєднанням соціальних норм, державних

інструментів підтримки сімей і стійких інституційних механізмів, а також різномірністю групових репродуктивних траєкторій [12,28].

З перспективи ГЗ винятковою особливістю Ізраїлю є державна підтримка лікування безпліддя та широке фінансування програм допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), у т.ч. екстракорпорального або «штучного» запліднення (ЕКЗ), що описується як елемент продемографічної політики держави [1]. Аналіз впровадження політики з ЕКЗ вказує на важливу роль системи охорони здоров'я у зниженні бар'єрів до батьківства [1].

Дослідниками міжнародної команди у 2013 р. встановлено позитивний, статистично значущий та економічно вагомий «ефект вартості», що підтверджує пряму залежність між рівнем фінансової підтримки та інтенсивністю дітонародження в Ізраїлі [3]. Водночас зафіксовано неоднорідний вплив рівня доходу домогосподарства на фертильність: від'ємну кореляцію в групах із низьким рівнем доходу та позитивну – у групах із високим [3]. Це свідчить, що економічні стимули можуть впливати не лише на календар репродуктивних подій, але й на підсумкову кількість дітей у родині.

Для України цей досвід релевантний не як взірець, а як доказ того, що політика ГЗ може прямо знижувати бар'єри до свідомого батьківства через: доступність ДРТ, забезпечення репродуктивних прав, інтеграцію психічного здоров'я та довгострокову передбачуваність інституційних правил. У воєнний і повоєнний період окремим напрямом має стати зниження бар'єрів до ДРТ для постраждалих від війни ветеранів і ветеранок, у т.ч. до кріоконсервації біоматеріалу та маршрутизації до спеціалізованих сервісів [1,31].

Демографія в Україні до 2022 року. За даними Держстату, у 1991–1992 рр. в Україні ще фіксувався загальний приріст населення: 1991 р. – +21,6; 1992 р. – +36,0, але з 1993 р.

загальний приріст змінився на стале скорочення, яке триває досі.

Відповідно, і до початку повномасштабного вторгнення Україна перебувала в стані затяжної демографічної кризи, яку посилила війна (табл. 1). Кризу пояснювали природним скороченням населення, старінням, міграцією і підвищеними ризиками смертності в працездатних вікових групах [4,8].

Сумарний коефіцієнт народжуваності в довоєнний період залишався істотно нижчим за рівень простого відтворення населення і у 2019 р. становив 1,23 дитини на одну жінку [4,8]. На початок 2020 р. частка осіб віком від 65 років становила 17,1% [4]. Високий рівень смертності в працездатних вікових групах, зокрема, від серцево-судинних захворювань, зовнішніх причин та онкопатології, посилювала дисбаланс у віковій структурі населення [4,8].

Отже, ще до початку повномасштабної війни в Україні спостерігалися негативні демографічні тренди, пов'язані з низьким рівнем народжуваності, високим рівнем смертності, міграцією та старінням населення, тобто ще до війни існувала нагальна потреба в змінах до державної політики [4,8]. З позицій ГЗ варто зазначити, що на демографічні тренди до 2022 р. впливали не лише економічні чинники, але і брак послуг СРЗ, нерівність доступу до послуг і низький рівень соціальної підтримки сімей із дітьми [7,8,31].

Зміни після 2021 р. внаслідок повномасштабного вторгнення. З першої половини 2022 р. демографічна ситуація різко погіршилася через поєднання міграції, бойових втрат, зростання рівня смертності та падіння показника народжуваності [14,21]. За даними Мін'юсту (табл. 2), у 2024 р. в Україні зареєстровано 176 679 народжень на 485,2 тис. смертей, що визнано як історично низький рівень відтворення населення для всього періоду державної незалежності [14].

Таблиця 1

Показники відтворення населення України у період 2018–2021 рр. [4]

Рік	Коефіцієнт народжуваності, на 1000 наявного населення	Коефіцієнт смертності, на 1000 наявного населення*	Природне скорочення, на 1000 наявного населення
2018	8,7	14,8	-6,1
2019	8,1	14,7	-6,6
2020	7,8	15,9	-8,1
2021	7,3	18,5	-11,2

Примітка: * – показник смертності наведено без урахування тимчасово окупованих територій АР Крим, м. Севастополя та частини тимчасово окупованих територій у Донецькій і Луганській областях.

Таблиця 2

Оцінювання чисельності та розподілу населення України (2024–2025 рр.)

Категорія населення / територія	Оціночна кількість	Методологія / джерело
Загальна кількість населення України (липень 2024 р.)	35,8 млн осіб	Оціночні дані Фонду народонаселення ООН [25]
Населення на підконтрольній уряду території	31,1 млн осіб	Оціночні дані Фонду народонаселення ООН [25]
Внутрішньо переміщені особи	3 757 000 ВПО; 4 137 000 – кількість осіб, які повернулися (returnees)	Звіти МОМ, ситуаційні оцінки внутрішнього переміщення [10]
Біженці за кордоном	5,6 млн осіб	Дані УВКБ ООН (операційний портал/реєстрація) [22]

Ключові чинники зниження народжуваності та звуження реалізації репродуктивних прав у воєнний час

1. Руйнування медичної інфраструктури. Систематизовані атаки на ЗОЗ унаслідок бойових дій і погіршення логістики на прифронтових територіях критично обмежують доступність послуг СРЗ, безпечного родорозршення і неонатального супроводу. Порушення функціонування мережі ЗОЗ призводить до погіршення доступу до послуг і втрати безперервності надання послуг у сфері СРЗ [31,30].

2. Економічна нестабільність. Різке зниження рівня доходів населення в поєднанні з втратою житла знижує готовність домогосподарств до довгострокового репродуктивного планування. Обмеження бюджетного фінансування окремих програм соціальної підтримки створює додаткові бар'єри для доступу до базових послуг [21,30].

3. Зовнішня і внутрішня міграція. Вимушене переміщення руйнує соціальні мережі підтримки, ускладнює доступ до послуг у приймаючих громадах і відтермінує планування вагітності [10,22]. Крім того, тривалий період перебування на відстані від партнера обмежує можливість реалізації репродуктивних намірів вже існуючих пар і поглиблює гендерно-географічну диспропорцію.

4. Погіршення психічного здоров'я. Високий рівень поширення стрес-асоційованих розладів серед постраждалого населення і ВПО потребує поліпшення та наближення до населення послуг у сфері психічного здоров'я. Обмежена спроможність системи щодо впровадження інтегрованих сервісів знижує ефективність нівелювання психогенних чинників репродуктивного здоров'я [10,30].

5. Гендерно зумовлене насильство. Зростання ГЗН підвищує потребу в комплексних меди-

ко-психологічних і правових послугах для постраждалих від ГЗН. Обмежена інституційна спроможність громад, особливо в зонах високого ризику, перешкоджає повноцінній реалізації репродуктивних прав і гарантій безпеки [26].

6. Надлишковий рівень смертності. Демографічний ефект війни призводить не лише до падіння рівня народжуваності, але й формування гендерної диспропорції та втрати репродуктивного потенціалу через передчасну смертність і інвалідацію чоловіків. Для ГЗ пріоритетом є програми реабілітації, профілактики передчасної смертності, інтеграції психічного здоров'я та зниження тягаря ССЗ/травматизму в чоловіків працездатного віку як компонент збереження популяційного репродуктивного потенціалу [10,30,31].

Стратегії стабілізації народжуваності та відновлення репродуктивного потенціалу через політику громадського здоров'я

Державним рамковим документом є Стратегія демографічного розвитку України до 2040 р. [11]. Попри визначення цільового показника фертильності на рівні 2,1–2,2, необхідного для простого відтворення населення, запропоновані в документі підходи мають переважно декларативний характер. Зокрема, цей документ фокусується на загальних засадах підтримки сімей, проте не містить конкретних міжсекторальних інструментів відновлення репродуктивного потенціалу або економічних гарантій.

Запропоновані авторами заходи з подолання демографічної кризи сформовано на основі інтеграції кількох груп доказів: офіційної національної статистики народжуваності, смертності, міграції та вікової структури населення; даних міжнародних організацій щодо вимушеного переміщення, репродуктивного здоров'я і гуманітарних втрат; результатів порівняльного аналізу

міжнародного досвіду країн, які проходили післявоєнне демографічне відновлення; наукових досліджень про вплив соціально-економічних детермінант, безпеки, доступу до медичних і соціальних послуг на репродуктивну поведінку; а також чинної нормативно-правової бази України, що визначає інструменти державної демографічної політики, унаслідок чого пріоритет надано тим інтервенціям, які водночас є реалістичними і спрямованими на збереження людського потенціалу.

1. Перехід від наталізму до політики зниження бар'єрів. Стратегія ГЗ у контексті демографії має бути зосереджена на створенні умов для повноцінної реалізації репродуктивних прав. Це не лише доступні та якісні послуги СРЗ, перинатальні медичні послуги та доступ до послуг психічного здоров'я. Окремим пріоритетом має стати спрощення доступу до ДРТ для осіб, чия репродуктивна функція постраждала внаслідок бойових дій. Пропонується створити маршрути пацієнта на всіх рівнях для ветеранів і ветеранок, зокрема, впровадження програм кріоконсервації біологічного матеріалу та ЕКЗ [1,31]. Водночас відхід від наталістської логіки потребує чіткого планування бюджету: доступність ДРТ як медичної послуги не може розглядатися ізольовано від спроможності сім'ї забезпечити вагітність, пологи і подальше виховання дитини. З позиції ГЗ це означає поєднання державного фінансування ДРТ із програмами соціальної підтримки та зниженням фінансових бар'єрів на етапах вагітності й раннього дитинства (доступ до перинатальних медичних послуг, реабілітації та психічного здоров'я, дитячих садочків, оплачених бюджетними коштами нянь, компенсації ремонтів житла для постраждалих домогосподарств, адресних пільг і виплат для сімей із дітьми). Без комплексу інших заходів, направлених на підтримку матерів і дітей, ДРТ залишиться точковим втручанням, яке не чинить суттєвого впливу на демографію [10,13,31].

2. Відновлення інфраструктури СРЗ і перинатальних медичних послуг та безперервність послуг. Пріоритетом є відновлення перинатальних центрів, ЗОЗ, що надають акушерсько-гінекологічні медичні послуги, та зміцнення первинної ланки як точки доступу до СРЗ [30,31]. У громадах з обмеженим доступом до стаціонарних медичних послуг доцільними є тимчасові мобільні команди та телемедичні рішення як механізми зниження географічних бар'єрів [10,30].

3. Інтеграція психічного здоров'я у СРЗ-маршрути. Високий рівень стресу й травматизації зумовлює потребу посилити і практично впровадити інструменти скринінгу і підтримки психічного здоров'я у маршрути первинних, акушерсько-гінекологічних і перинатальних медичних послуг [10,30].

4. Реагування на ГЗН і захист репродуктивних прав. Слід розширити мережу спеціалізованих послуг і притулків для постраждалих від ГЗН та інтегрувати до системи охорони здоров'я кризові кімнати/шелтери, медико-психологічні послуги, доступ до екстреної контрацепції та постконтактної профілактики, гарантії конфіденційності й безпеки [26].

5. Інструменти підтримки сімей. Масштабна воєнна еміграція та обмеження на перетин кордону для чоловіків спричинили вимушене перебування на відстані між жінками репродуктивного віку та чоловіками, що залишаються в Україні без можливості виїхати за кордон або виконують бойові завдання на фронті. Це створює популяційний бар'єр, який не лише перешкоджає створенню нових партнерств, але й блокує реалізацію репродуктивних планів вже існуючих пар.

Для подолання цього демографічного виклику необхідний комплекс заходів, спрямованих на фізичне возз'єднання партнерів: створення безпечних умов для повернення жінок у громади з належним рівнем захисту та соціальної інфраструктури, а також організація міждержавного медичного супроводу вагітних і доступу до послуг репродуктивного здоров'я для сімей, роз'єднаних кордонами, розвиток телемедичних консультацій із СРЗ для жінок, які перебувають поза межами України, а після завершення війни – впровадження адресних соціальних і житлових програм для репатріантів. Ці інструменти мають розглядатися не як класична наталістська політика, а як інфраструктура відновлення репродуктивного потенціалу.

Екологічні чинники. Збройна агресія спричиняє забруднення ґрунтів і вод, ризики токсичного отруєння та довготривалі наслідки для здоров'я населення [17,18,23]. У межах ГЗ при плануванні заходів важливо враховувати вплив навколишнього середовища на репродуктивну систему, зокрема епігенетичні механізми, і те, яким чином хронічний стрес і токсичні чинники можуть впливати на стан здоров'я наступних поколінь.

Соціальні детермінанти. Медичні послуги не є достатньо ефективними в контексті по-

ліпшення репродуктивного здоров'я без соціальних гарантій для населення: житла, безпечних просторів, доступу до садочків і послуг із догляду, інклюзивної інфраструктури, соціального захисту, політик зниження безробіття [13,19]. Колективна стійкість і потенціал громад до самоорганізації є ключовими чинниками, що можуть пом'якшити негативний вплив зовнішніх чинників війни і післявоєнного часу. Практичне втілення цієї концепції передбачає перехід від тверджень про дефіцит ресурсів до активної підтримки соціальних послуг, які дають змогу громадам самостійно підвищувати якість життя та добробут своїх мешканців [19,29]. З позиції ГЗ це відповідає підходу «Здоров'я в усіх політиках», за якого демографічна політика, житлова політика, політика зайнятості, освіти, транспорту і соціального захисту розглядаються як такі, що прямо впливають на відновлення репродуктивного потенціалу населення [29].

Отже, Україна увійшла в період повномасштабної війни з тривалою демографічною кризою, а після 2022 р. падіння рівня народжуваності набуло системного характеру через одночасну дію таких чинників, як воєнні втрати населення, вимушена міграція, зростання рівня смертності та спричинена війною економічна криза. З позиції ГЗ це означає, що демографічна динаміка є похідною від стану безпеки, психічного здоров'я, соціальних детермінант і доступності медичних послуг, насамперед у сфері СРЗ, перинатальних медичних послуг і реагування на ГЗН [6,8,10,13,21,24,26,31].

У термінах ГЗ ключовим висновком є те, що стабілізація народжуваності не може бути досягнута переважно фінансовими стимулами або декларативними демографічними цілями; необхідні міжсекторальні пакети інтервенцій, які мають знизити бар'єри до реалізації репродуктив-

них прав і відновити репродуктивний потенціал популяції. До таких інтервенцій належать: (1) відновлення й безперервність СРЗ та перинатальних медичних послуг; (2) інтеграція послуг із психічного здоров'я в маршрути СРЗ/перинатальної допомоги; (3) розбудова послуг із реагування на ГЗН; (4) зменшення соціальних бар'єрів (житло, догляд за дітьми, інклюзивна інфраструктура, зайнятість); (5) цільові програми відновлення репродуктивної функції та доступу до ДРТ для постраждалих від війни — за умови поєднання цих програм із соціальною підтримкою сімей із дітьми [1,10,13,24,26,31].

Найефективнішими з позиції ГЗ мають стати економічно доцільні інтервенції, які суттєво вплинуть на ризики і водночас зможуть бути запроваджені через вже існуючі інституції (первинна ланка, перинатальні маршрути, програми психічного здоров'я, механізми «Здоров'я в усіх політиках». Натомість загальноприйняті наталістські стимули народжуваності без відновлення безпекових умов, інфраструктури та поліпшення соціальних детермінант будуть мати обмежений ефект на популяційному рівні [2,9,27].

Висновки

Отже, з позиції ГЗ стійке демографічне відновлення можливе лише за умови поєднання медичних, соціальних, житлових, безпекових і економічних інтервенцій. Для України стратегічно обґрунтованим є не стимулювання народжуваності як самоцілі, а перехід до інтегрованої моделі відновлення репродуктивного потенціалу населення, у якій демографічна політика реалізується через інструменти ГЗ, соціального захисту, житлової політики і відбудови людського капіталу.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. Birenbaum-Carmeli D. (2004). 'Cheaper than a newcomer': on the social production of IVF policy in Israel. *Sociology of Health & Illness*. 26(7): 897-924. doi: 10.1111/j.0141-9889.2004.00422.x.
2. Bokun A. (2024). Evidence from Poland's Family 500+ Policy. *Demographic Research*. 51; Art. 28: 983-1018. URL: <https://www.demographic-research.org/volumes/vol51/28/51-28.pdf>.
3. Cohen A, Dehejia R, Romanov D. (2013). Financial Incentives and Fertility. *The Review of Economics and Statistics*. 95(1): 1-20. doi: 10.1162/REST_a_00287.
4. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy. (2022). Demografichnyi shchorichnyk «Naselennia Ukrainy za 2021 rik». *Statyst. zb.* Київ: 165. [Державна служба статистики України. (2022). Демографічний щорічник «Населення України за 2021 рік». Статист. зб. Київ: 165]. URL: http://db.ukrcensus.gov.ua/Px-web2007/ukr/publ_new1/2022/zb_nasel%20_2021.pdf.
5. Eurostat. (2023). *Demography of Europe — 2023*. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/demography-2023>.
6. Goldscheider C. (1981). *Modern Jewish Fertility*. URL: <https://www.policyarchive.org/download/10850>.
7. Health Cluster Ukraine; World Health Organization. (2025). *Ukraine: Public Health Situation Analysis (PHSA) (August*

- 2025). URL: <https://reliefweb.int/report/ukraine/ukraine-public-health-situation-analysis-phsa-august-2025>.
8. Hladun OM та інш. (2020). Nаселення Ukrainy. Demografichni tendentsii v Ukraini u 2002-2019 rr. Kolekt. monohrafiia. Za red. O.M. Hladuna. NAN Ukrainy, In-t demohrafii ta sots. doslidzh. im. M. V. Ptukhy. Kyiv: 174. [Гладун ОМ та інш. (2020). Населення України. Демографічні тенденції в Україні у 2002-2019 рр. Колект. монографія. За ред. О.М. Гладуна. НАН України, Ін-т демографії та соц. дослідж. ім. М. В. Птухи. Київ: 174].
 9. Jarska N, Ignaciuk A. (2022). Marriage, Gender and Demographic Change: Managing Fertility in State-Socialist Poland. *Slavic Review*. 8(4): 747-775. URL: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/D9C0BBC00DF0E4C4E74281CFD3DC3FD1/S0037677922000857a.pdf>.
 10. International Organization for Migration (IOM). (2025, Apr). Ukraine Internal Displacement Report. General Population Survey (GPS), Round 20. URL: <https://dtm.iom.int/reports/ukraine-internal-displacement-report-general-population-survey-round-20-april-2025>.
 11. Kabinet Ministriv Ukrainy. (2024). Pro skhvalennia Stratehii demohrafichnoho rozvytku Ukrainy na period do 2040 roku. Rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 02.08.2024 No. 922-r. [Кабінет Міністрів України. (2024). Про схвалення Стратегії демографічного розвитку України на період до 2040 року. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 02.08.2024 № 922-р.]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/922-2024-%D1%80#Text>. 20.Manski CF, Mayshar J. (2003). Private Incentives and Social Interactions: Fertility Puzzles in Israel. *Journal of the European Economic Association*. 1(1): 181-211. doi: 10.1162/15424760322256800.
 12. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S et al. (2008, Nov 8). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 372(9650): 1661-1669. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61690-6. PMID: 18994664.
 13. Opendatabot; Ministerstvo yustytisii Ukrainy. (2025). Na odnogo novonarodzhеного прупадаіе троіе померлѣх. [Опендатабот; Міністерство юстиції України. (2025). На одного новонародженого припадає троє померлих]. URL: <https://opendatabot.ua/analytics/birth-death-2025-12>.
 14. Our World in Data. (2024). Population growth rate by level of development. URL: <https://ourworldindata.org/grapher/population-growth-rate-by-level-of-development>.
 15. Pailhé A, Rossier C, Toulemon L. (2008). French family policy: long tradition and diversified measures. *Vienna Yearbook of Population Research*. 6(1): 149-164. doi: 10.1553/populationyearbook2008s149.
 16. Raza Z, Hussain SF, Foster VS, Wall J, Coffey PJ et al. (2023, Feb 16). Exposure to war and conflict: The individual and inherited epigenetic effects on health, with a focus on post-traumatic stress disorder. *Front Epidemiol*. 3: 1066158. doi: 10.3389/fepeid.2023.1066158. PMID: 38455905; PMCID: PMC10910933.
 17. Shumilova O, Tockner K, Sukhodolov A et al. (2023). Impact of the Russia-Ukraine armed conflict on water resources and water infrastructure. *Nat Sustain* 6: 578-586. <https://doi.org/10.1038/s41893-023-01068-x>.
 18. Solar O, Irwin A. (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: World Health Organization. URL: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/SDH_conceptual_framework_for_action.pdf.
 19. Toulemon L, Pailhé A, Rossier C. (2008). France: High and stable fertility. *Demographic Research*. 19; Art. 16: 503-556. URL: <https://www.demographic-research.org/volumes/vol19/16/19-16.pdf>.
 20. UNFPA EECARO. (2025). Ukraine Regional Situation Report (1 October to 31 December 2024). URL: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Ukraine%20Regional%20SitRep%2326%20-%20Q4%202024%20%28Final%20Approved%29.pdf>.
 21. UNHCR. (2025). Ukraine Refugee Situation (Operational Data Portal). 2024-2025. URL: <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine>.
 22. United Nations Environment Programme (UNEP). (2022). Environmental impacts of the conflict in Ukraine: A preliminary review. URL: https://courses.prometheus.org.ua/assets/courseware/v1/b5fb073eb2599edc465d05e836a17d/asset-v1:WWF+WF101+2023_T1+type@asset+block/environmental_impact_Ukraine_conflict.pdf.
 23. United Nations Population Fund (UNFPA). (2025). Sexual and Reproductive Health and Rights Assessment in Ukraine. URL: https://ukraine.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2025-01/SEXUAL_AND_REPRODUCTIVE_HEALTH_AND_RIGHTS_ASSESSMENT_IN_UKRAINE%20%281%29.pdf?utm_source=chatgpt.com.
 24. United Nations Population Fund (UNFPA). (2025). Ukraine Regional Situation Report: 6 months 2025. URL: https://eeeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2025-08/Ukraine%20Regional%20SitRep%20-%206_months_2025.pdf.
 25. UN Women. (2025). The United Nations Women's Peace and Humanitarian Fund's Support to Ukraine: Key Results of 2022-2025. URL: <https://ukraine.unwomen.org/en/digital-library/publications/2025/08/pidtrymka-ukrainy-z-boku-zhinochoho-fondu-myru-ta-humanitarnoyi-dopomohy-oon-klyuchovi-rezultaty-2022-2025-rokiv>.
 26. Van Bavel J, Reher DS. (2013). The Baby Boom and Its Causes: What We Know and What We Need to Know. *Population and Development Review*. 39(2): 257-288. doi: 10.1111/j.1728-4457.2013.00591.x.
 27. Weinreb AA, Chernichovsky D, Brill A. (2018). Israel's Exceptional Fertility. *Taub Center for Social Policy Studies in Israel*. URL: <https://www.taubcenter.org.il/wp-content/uploads/2020/12/exceptionalfertilityeng.pdf>.
 28. World Health Organization. (2014). Health in All Policies (HiAP) framework for country action. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25217354/>.
 29. World Health Organization; Ministry of Health of Ukraine. (2024). Strategic directions of bilateral agreement between WHO and MoH (community resilience, health system priorities). URL: <https://moz.gov.ua/storage/uploads/d75ab0ee-5a46-4040-b52e-80b4e715367c/Strategic-directions-of-the-bilateral-agreement-between-WHO-and-the-MoH.pdf>.
 30. World Health Organization; United Nations Population Fund. (2023). Ukraine Health System Needs Assessment. URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-6904-46670-70096>.

Відомості про авторів:

Коломійчук Олена Едуардівна – аспірантка кафедри медицини надзвичайних ситуацій та тактичної медицини, НМУ ім. О. О. Богомольця.

Адреса: м. Київ, бульв. Т. Шевченка, 13. <https://orcid.org/0009-0001-4164-3980>.

Дубров Сергій Олександрович – д.мед.н., проф., директор КНП «КМЖЛ №12»; проф. каф. анестезіології та інтенсивної терапії НМУ ім. О. О. Богомольця.

Адреса: м. Київ, бульв. Т. Шевченка, 13. <https://orcid.org/0000-0002-2471-3377>.

Стаття надійшла до редакції 02.12.2025 р.; прийнята до друку 16.02.2026 р.