

Приватний вищий навчальний заклад
«Медико-Природничий Університет»
Фаховий коледж Приватного вищого навчального закладу
«Медико-Природничий Університет»
Львівський державний університет безпеки життєдіяльності
Рівненський інститут Київського університету права НАН України
Державний університет економіки і технологій
Миколаївська обласна організація «Асоціація медичних сестер України»
Миколаївська обласна організація Товариства Червоного Хреста України
Миколаївський міський територіальний центр соціального обслуговування населення
ТОВ Naturalnye essencii (Натуральні есенції)
Всеукраїнська благодійна організація «Турбота про літніх в Україні»

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

II Всеукраїнської науково-практичної конференції
«МАЙБУТНЄ ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ:
ВИКЛИКИ ТА МОЖЛИВОСТІ»

18 червня 2026 року



Миколаїв 2026

УДК 614+616-083+159.98+37:61(08)

*Затверджено до друку Вченою радою
Приватного вищого навчального закладу «Медико-Природничий Університет»
(протокол № 13 від 30 червня 2026 року)*

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Голова оргкомітету:

ВОЛКОВ Михайло Анатолійович, кандидат економічних наук, ректор ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»

Члени оргкомітету:

ВОЛОДКА Наталя Анатоліївна, старший викладач кафедри медсестринства і громадського здоров'я ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»;

БАБАЯН Юлія Олександрівна, кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»;

КРАШЕВЕЦ-ЛЮБЧЕНКО Інеса Петрівна, гештальт терапевт Європейської Асоціації Психотерапевтів, засновниця і директор ТОВ Naturalnye essencii (Натуральні есенції);

ОРЛОВ Валентин Валентинович, кандидат з державного управління, доцент, перший проректор Державного університету економіки і технологій;

САМОЙЛЕНКО Ірина Григорівна, кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри медсестринства і громадського здоров'я ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»;

СКОРОХОД Андрій Олегович, Голова Миколаївської обласної організації Товариства Червоного Хреста України;

ШУЛЬГІНА Надія Андріївна, магістр, голова Миколаївської обласної асоціації медичних сестер, заступник медичного директора КНП Миколаївської міської ради «Міська лікарня № 3»;

ШПАЧИНСЬКИЙ Ігор Леонідович, кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри загальної підготовки ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»;

УКРАЇНЕЦЬ Стефанія Ярославівна, кандидат філологічних наук, директор Рівненського інституту Київського університету права НАН України;

ЯРОШЕНКО Віра Миколаївна, кандидат політичних наук, доцент, заступник ректора з наукової роботи ПВНЗ «Медико-Природничий Університет».

Майбутнє здоров'я нації: виклики та можливості: збірник матеріалів II Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Миколаїв, 18 червня 2026 р.) / за заг. ред. М. А. Волкова; Н. А. Володка, Ю. О. Бабаян, І. П. Крашовец-Любченко, В. В. Орлов, І. Г. Самойленко, А. О. Скороход, Н. А. Шульгіна, І. Л. Шпачинський, С. Я. Українець, В. М. Ярошенко. Миколаїв: ПВНЗ «МПУ», 2026. 105 с.

До збірника увійшли тези доповідей учасників II Всеукраїнської науково-практичної конференції «Майбутнє здоров'я нації: виклики та можливості», у яких висвітлено актуальні питання розвитку системи охорони здоров'я, медсестринства, психічного здоров'я, медичної та соціальної реабілітації, а також сучасні тенденції підготовки фахівців у сфері охорони здоров'я. Матеріали збірника згруповано за такими тематичними напрямками: індикатори та маркери здоров'я людини в умовах воєнного часу; медсестринство сьогодення та майбутнього: тенденції, виклики та перспективи розвитку; практики відтворення психічного здоров'я постраждалих від воєнної агресії: український досвід; новий досвід громадських організацій у відновленні громадського здоров'я: від медичної до соціальної реабілітації; сучасні проблеми та перспективи освітнього процесу: український та світовий досвід.

Збірник адресований науковцям, науково-педагогічним працівникам, фахівцям сфери охорони здоров'я, медичним сестрам і братам, психологам, соціальним працівникам, представникам громадських організацій, здобувачам вищої освіти та всім, хто цікавиться актуальними проблемами збереження, зміцнення й відновлення здоров'я населення в сучасних умовах.

Матеріали представлено в авторській редакції. Відповідальність за зміст та авторський стиль публікацій, розміщених у збірнику, несуть автори.

© Автори, 2026

© ПВНЗ «Медико-Природничий Університет», 2026

ЗМІСТ

НАПРЯМ 1

ІНДИКАТОРИ ТА МАРКЕРИ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

АКИМОВА Оксана

Управління персоналом в закладах охорони здоров'я у кризових умовах воєнного часу 6

КИРИЛЕНКО Олеся

Анімалотерапія як форма сімейної рекреації і фактор покращення психічного здоров'я дітей та дорослих 8

КИРИЛЕНКО Олеся, ДВУЛІТ Мар'яна

Особливості способу життя жінок під час вагітності: медико-валеологічний аспект 13

КИРИЛЮК Марина

Психологічне благополуччя та готовність до змін як ресурси подолання стресу в процесі прийняття кар'єрних рішень 16

КІКТЕНКО Алевтина

Філософсько-історичні аспекти гідного життя людини і суспільства в Україні 20

КОВАЛЬ Ганна

Майбутнє здоров'я нації: виклики та перспективи 22

ЯРОШЕНКО Віра

Мисленнева функція мозку людини – унікальна роль в освітньому процесі та біологічному механізмі виживання 25

НАПРЯМ 2

МЕДСЕСТРИНСТВО СЬОГОДЕННЯ ТА МАЙБУТНЬОГО: ТЕНДЕНЦІЇ, ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

БЛОХОВИТА Олена

Медсестринство сьогодення та майбутнього: тенденції, виклики та перспективи розвитку 30

ГУРІНА Олена

DATA-DRIVEN MANAGEMENT у медсестринстві: нові підходи до прийняття управлінських рішень 32

КРАСОТКІНА Христина

Еволюція розвитку сестринської справи та становлення медичної косметології 36

МАРКОВСЬКА Олеся

Роль медичної сестри у профілактиці раку молочної залози: сучасні виклики та перспективи 38

МОРОЗ Маргарита

Причини конфліктів в медичній практиці та обґрунтування підходів до їх попередження і вирішення 42

ПРИСЯЖНЮК Ольга

Медсестринство: сьогодення та майбутнє тенденції і виклики 44

РАТНИКОВА Олена

Особливості переливання компонентів крові на догоспітальному етапі. роль сестринського персоналу 47

ФОМЕНКО Наталія

Індикатори і маркери здоров'я: комплексний трихологічний аналіз фізіологічного стану та патоморфологічних змін шкіри голови 50

ХАЛАБАРЧУК Ярослав

Діяльність медичної сестри в хірургічному відділенні на прикладі миколаївської обласної клінічної лікарні 52

НАПРЯМ 3

**ПРАКТИКИ ВІДТВОРЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я
ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ВОЄННОЇ АГРЕСІЇ – УКРАЇНСЬКИЙ ДОСВІД**

БАБАЯН Юлія

Від травми до резильєнтності: український досвід психологічної допомоги постраждалим від війни 58

ВОЛИК Поліна

Психологічні особливості становлення професійної ідентичності психолога 60

ГОНЧАРОВА Олена

Професійне вигорання у представників гуманітарної сфери в умовах війни 62

ДОВБЕШКО Світлана

Коли успіх переживається як провина: феномен страху успіху в умовах війни 66

СЕРЬОГІНА Анна

Психосоціальна підтримка населення в умовах воєнного стану 70

ЧУГУЄВА Інна

Психологічна допомога в умовах війни за моделлю BASIC PH 73

ЯБЛОНСЬКА Тетяна, НАГОРНЯК Майя

Життестійкість студентської молоді в умовах стресу війни 76

НАПРЯМ 4

НОВИЙ ДОСВІД ГРОМАДСЬКИХ ОРГАНІЗАЦІЙ У ВІДНОВЛЕННІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я – ВІД МЕДИЧНОЇ ДО СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

ВОЛОДКА Наталя

Психосоціальна модель збереження здоров'я літніх людей в умовах війни 82

КРАШЕВЕЦЬ-ЛЮБЧЕНКО Інеса

Роль натуральних рослинних продуктів у відновленні та збереженні громадського здоров'я 86

МАРІНІНА Ірина

Інверсія небажаних відтінків у верхніх шарах шкіри 89

ЮВКО Оксана, САМОЙЛЕНКО Ірина

Збереження психічного здоров'я медичних працівників в умовах воєнного та професійного стресу: виклики для громадського здоров'я 91

НАПРЯМ 5

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ – УКРАЇНСЬКИЙ ТА СВІТОВИЙ ДОСВІД

ЖДАНОВА Анна

Психологічна безпека освітнього середовища у фаховому коледжі як чинник забезпечення якості професійної підготовки майбутніх фахівців охорони здоров'я 97

КОЧІН Ігор

Роль доказової медицини у формуванні професійних компетентностей здобувачів медичної освіти 102

КУРИЛЕНКО Тетяна

Аксіологічний вимір освіти: проблемні аспекти 105

МОКІЄНКО Андрій, ШМАКОВА Ірина

Поточний статус медсестринської освіти у Південній Європі 107

МОРОЗ Єгор

Використання штучного інтелекту в медичній освіті 111

ШАПОВАЛОВА Ганна, БУРЕНКО Вікторія

Фізична терапія при дегенеративних змінах поперекового відділу хребта у осіб старечого та похилого віку із цукровим діабетом 2 типу 114

ШПАЧИНСЬКИЙ Ігор

Викладач & ШІ – що далі? 117

НАПРЯМ 1

ІНДИКАТОРИ ТА МАРКЕРИ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

Оксана АКИМОВА,
голова циклової комісії з медсестринства
Фахового коледжу ПВНЗ
«Медико-Природничий Університет»
м. Миколаїв, Україна

УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У КРИЗОВИХ УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

Науковому аналізу проблеми прийняття управлінських рішень у діяльності медичного закладу в умовах мирного часу присвячено достатньо публікацій. Переконливими твердженнями науковців (В. Лехан, Г. Слабким та ін.) є те, що умови функціонування галузі вимагають у керівників закладів охорони здоров'я наявності системи компетенцій, а саме: галузевих (щодо управління закладом охорони здоров'я і якістю медичних послуг, інституціонального аналізу та ін.), менеджерських (фахових) (щодо стратегічного планування, організації роботи закладу і його персоналу, визначення зон відповідальності та забезпечення інформаційно-комунікативної взаємодії закладу із споживачами послуг, власними працівниками тощо), підприємницьких (ділових) (щодо управління змінами, управління інноваціями, управління фінансовими ресурсами, проектного управління, ситуаційного управління, клієнторієнтованого управління та ін.), особистісних і міжособистісних компетенцій (щодо організації командної роботи, етизації управління, врегулювання міжособистісних конфліктів, використання мотиваційного механізму впливу на працівників та ін.) [1].

Особливої уваги наукового аналізу заслуговує проблема прийняття управлінських рішень в діяльності медичного закладу у кризових умовах воєнного часу. Адже реалізація особистісних і міжособистісних компетенцій в умовах воєнного часу (щодо організації командної роботи, етизації управління, врегулювання міжособистісних конфліктів, використання мотиваційного механізму впливу на працівників) вимагає від керівника закладу творчості і стресостійкості очолюваного ним колективу. Саме цим визначається актуальність даного дослідження.

Метою даного дослідження є визначення технологій збереження, відновлення та охорони фізичного і ментального здоров'я колективу медичного закладу у кризових умовах воєнного часу за результатом вивчення

антикризового реагування, адаптованого до специфіки медичних закладів Миколаївщини, прифронтового регіону України.

Оскільки людський ресурс в умовах воєнного часу виступає головною складовою всієї системи, адже компетентність лікарів, середнього медичного персоналу, фармацевтів, технічних працівників і адміністративного апарату визначає якість медичної допомоги, оперативність реагування в кризових ситуаціях і довіру пацієнтів до закладу. В основі кадрової політики має бути принцип стабільності колективу та безперервного професійного розвитку. Важливо підтримувати систему постійного навчання, що включає курси підвищення кваліфікації, тренінги з надання екстреної допомоги, семінари з використання сучасних телемедичних технологій та симуляційні заняття. Особливої уваги вимагає підготовка медичного персоналу до роботи в умовах бойових дій, підвищенню навичок тактичної медицини та евакуації поранених як військовослужбовців так і цивільних після ворожих бомбувань. Регулярна участь працівників у конференціях, навчальних програмах і міжнародних освітніх ініціативах сприяє впровадженню передових методів лікування у практику.

Мотиваційна система важлива у поєднанні державних гарантій соціального захисту, матеріального заохочення і нематеріальних стимулів. Так працівники мають користуватися пільгами, передбаченими законодавством для медиків, правом на надбавки за особливі умови професійної діяльності, премії за сумлінне виконання обов'язків, додаткові дні відпустки. Також важливо широко застосовувати моральне стимулювання – відзнаки, подяки, почесні грамоти, публічне визнання професійних досягнень.

Важливою складовою кадрової роботи є психологічна підтримка персоналу.

Робота в умовах війни, інтенсивних навантажень і контакту з травмованими пацієнтами потребує особливої уваги до емоційного стану медиків. Для цього важливо організовувати консультації з психологами, програми профілактики емоційного вигорання, групові заняття з релаксації та тренінги зі стресостійкості. Співпраця з психологічною службою має сприяти підтримці стабільної атмосфери в колективі, зниженню ризиків професійного виснаження та підвищенню ефективності роботи команди.

Запропоновані напрями вдосконалення включають підсилення стратегічного управління, використання інструментів ризик-менеджменту, удосконалення структури комунікацій та підвищення кадрової стійкості.

Список використаних джерел:

1. Лехан В.М. Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря): посібник. АРТ-ПРЕС, Дніпропетровськ, 2002, 370 с. URL:

<https://www.umj.com.ua/uk/publikatsia-84179-analiz-stanu-pervinnoi-medichnoi-dopomogi-v-kiivskij-oblasti-za-2002-2014-rr>

Олеся КИРИЛЕНКО,
доктор соціологічних наук, професор,
завідуюча кафедрою загальнотеоретичних правових
та гуманітарних дисциплін Рівненського інституту
Київського університету права НАН України,
м. Рівне, Україна

АНІМАЛОТЕРАПІЯ ЯК ФОРМА СІМЕЙНОЇ РЕКРЕАЦІЇ І ФАКТОР ПОКРАЩЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ДОРОСЛИХ

Анімалотерапія або зоотерапія пригортає все більшу увагу не тільки зоологів, зоозахисників, а й педагогів, психотерапевтів і реабілітологів, які працюють з дітьми та дорослими, використовуючи контакт їх з тваринами.

Взаємодія людини з природою виступає базовим механізмом розвитку суспільства, який забезпечує його адаптацію та виживання, детермінує продовження життя людей на планеті у майбутньому. Екоцентрична модель такої взаємодії передбачає як гармонізацію потреб людства з необхідністю захисту природного середовища від забруднення та знищення, так і збереження біологічного різноманіття поряд з процесом гуманізації ставлення людей до тварин.

Взаємодія людей з тваринами має декілька основних форм. По-перше, це взаємодія з тваринами, які проживають або в дикій природі, або утримуються у зоопарках. Другою формою виступає використання приручених свійських тварин з утилітарними цілями щодо забезпечення продовольства. Третя форма стосується прикладного, професійного використання тварин у системі транспорту та пошти, у роботі правоохоронної системи, служб з надзвичайних ситуацій, в армії, для охорони кордонів тощо. Четверта форма взаємодії людей з тваринами носить характер медичної, психологічної та соціальної допомоги інвалідам, хворим та старим людям та визначається як цілеспрямована форма анімалотерапії. П'ята форма проявляється у формі партнерства, коли люди живуть поряд з людьми як їх друзі, члени сім'ї, що виступає нецілеспрямованою формою анімалотерапії.

Отже, останні дві форми взаємодії людей розглядаються як основні форми анімалотерапії, в яких актуалізується психотерапевтичний позитивний вплив тварини на здоров'я людини, проявляється гуманне ставлення людини до тварини. Така форма партнерства має позитивний вплив на людей і тварин, оскільки передбачає турботу, дружні, доброзичливі відносини між людьми та

тваринами, а також включає різноманітні форми виховання тварин, спрямовані на адаптацію тварин до спілкування з людьми, до комфортних домашніх умов проживання, особливого ветеринарного догляду за ними. Необхідно відзначити і важливість спілкування з тваринами для дітей і дорослих з позиції їх гуманістичного виховання, формування сучасної екологічної культури. Позитивні емоції від контактів, спілкування та ігор з тваринами важливі і необхідні сучасним людям і за умов зростання психічної напруги, збільшення стресів, поширення психічних розладів, а також негативних наслідків відчуження людей від природи в умовах урбанізації (збільшення дистанції між міським та природним середовищами). У такому аспекті, анімалотерапія може розглядатись як форма екологізації життя людей і суспільства, сутність якої – гармонізація життя людини з природою та збереження життя на Землі в нових технологічних умовах.

У процесі анімалотерапії можуть брати участь як звичні для людей домашні вихованці (котики, собаки, кролики, декоративні птахи (папуги, канарки), рибки), так і не зовсім звичні: дельфіни, бджоли, коні, рептилії, лисички, голуби, ворони, сови, їжачки, капібари та інші.

До анімалотерапії відносять також символічну анімалотерапію, коли застосовуються різні символи тварин: образи, малюнки, казкові герої, іграшки, використовуються звуки тварин, та візуальну анімалотерапію – фільми, відео про тварин. Так сучасний світ дитячих книжок та іграшок наповнений образами різних тварин, а сучасний інтернет-простір популяризує спілкування з різними тваринами через ютуб-канали, інші віртуальні мережі.

У сучасній анімалотерапії отримали оформлення такі спеціальні її напрями: іпотерапія (з конями); дельфінотерапія; каністерапія (з собаками); фелінотерапія (з кішками); апітерапія (з бджолами).

Цілеспрямована форма анімалотерапії передбачає діяльність спеціалістів – психологів, педагогів, реабілітологів, соціальних робітників тощо, а також спеціально підготовлених тварин, які разом можуть надавати психотерапевтичні послуги клієнтам, пацієнтам. Основними завданнями такого впливу можна зазначити такі: навички спілкування (спільна увага, соціальні навички), розвиток та корекція мови, трудова терапія та навички повсякденного життя, сенсорна інтеграція (приємні контакти), покращення психічного й фізичного здоров'я, забезпечення емоційне благополуччя, реабілітація хворих.

У широкому розумінні анімалотерапію можна розглядати як форму природотерапії, яка включає також аеротерапію, звукотерапію, корьоротерапію, аромотерапію, флоротерапію, фітотерапію, ігротерапію, арттерапію з використанням природи, природніх матеріалів, образів природи. Природотерапія виступає вкрай необхідним напрямом життєдіяльності сучасних людей, оскільки має потужний оздоровчо-реабілітаційний, оздоровчо-

рекреативний, розвиваючий та гуманізуючий характер і потенціал. Такий підхід до розуміння анімалотерапії у системі природотерапії знаходить своє обґрунтування в теоріях неогуманізму та екоцентризму.

Зміни у суспільстві в XX-XXI ст., розвиток НТП та екологічні виклики обумовлюють необхідність переходу до платформи нового гуманізму / неогуманізму. Одним з ідеологів неогуманізму виступає індійський філософ, мислитель, гуру Брахат Саркар (1921-1990 рр.). Він наголошував на важливості трансформації класичного гуманізму і переходу до більш широкого і глибокого його трактування. Це стосується якісних переходів у змісті та втілення принципів гуманістичного світогляду: від антропоцентризму до екоцентризму, від модернізму до постмодернізму, від індивідуалізму до комунітарного індивідуалізму, від монокультуралізму до мультикультуралізму, від національного патріотизму до глобального патріотизму.

Світоглядні позиції неогуманізму та екоцентризму відображені у ряді таких теорій та концепцій як:

- теорія ноосфери (ноосфера як третя фаза розвитку Землі після утворення геосфери (неживої природи) та біосфери (дикої природи), пов'язана з соціальним та науково-технічним прогресом, розумним життям);
- інвайронменталізм (напрямок екології – наука і практика збереження природного середовища);
- сталий / збалансований розвиток (політика ООН зі сталого розвитку);
- біоетика, екологічна етика (етика ставлення до живого, життя, природи).

Отже, гуманізація в екоцентричній парадигмі актуалізує принципи гуманного ставлення не тільки по відношенню до людей, а й до природи, зокрема тварин. Такі світоглядні зміни можна визначити як процес екологізації гуманізму – становлення і розвитку екологічного гуманізму, який конкретизує гуманістичні уявлення по відношенню до всіх живих істот, природи в цілому.

Зауважимо, що поширення світоглядних принципів неогуманізму вкрай важливе за умов існуючого до цього часу високого рівня милітаризації, криміналізації, поширення агресивності та насильства у суспільстві. Це стосується війн, геноцидів, репресій, кримінальних злочинів, катувань, жорстоких кримінальних покарань тощо. В широкому розумінні насильство залишається частиною життя сучасного суспільства, яке проявляється у різноманітних формах – вбивствах, тортурах, знущаннях, побиття, зґвалтуваннях, вербальних образах й приниженнях, економічній, політико-правовій, культурній, психоемоційній депривації, примушенні до бідності, страждань фізичного та психічного характеру. Отже, життя людей було і залишається насиченим стражданнями та негативними емоціями, хворобами, різноманітними ризиками природного та антропогенного змісту.

Поряд з людьми страждають і тварини. Люди виживали і виживають за рахунок природи і тварин. Тварини розділили і розділяють важкий шлях боротьби за виживання та процвітання цивілізації. Так, у сучасних умовах заради вживання м'яса тварин кожний день люди вбивають на суші понад 200 мільйонів тварин по всьому світу. В рік це складає 72 мільярди тварин. Риби щодня вбивається близько 3 мільярдів. Так люди проявляють утилітарне ставлення до тварин, яке ще визначається терміном «інструментальна або вимушена агресія».

Однак, у сучасних умовах тварини часто стають жертвами жорстокості та насильства:

- полювання на диких тварин заради задоволення, хобі;
- вбивство тварин для виготовлення одягу, аксесуарів;
- експерименти на тваринах;
- вбивство хворих тварин;
- вбивство потенційно небезпечних для людей тварин;
- негуманні умови утримання тварин;
- стерилізація тварин;
- знущання над тваринами, анімалосадизм.

Психологи наголошують на взаємозв'язку між проявами, поширенням насильством у соціальному середовищі з проявами жорстокості і насильства по відношенню до тварин. Зоозахисники наголошують на необхідності не тільки дослідження цієї проблеми, а й на процесі криміналізації правових норм, які регулюють відносини між людьми та тваринами у рамках екологічного законодавства та політики захисту природи. Отже, вирішення проблем гуманізації ставлення людей до тварин може розглядатись як напрям політики захисту громадського здоров'я, інтеграції її з екологічною та культурною, освітньо-виховною політикою сучасного суспільства.

Анімалотерапія – це важлива частина сімейного життя та відпочинку, напрям і фактор покращення психічного здоров'я дітей та дорослих, форма екологічного виховання та збереження природи, важливий напрям гуманізації сучасного суспільства у цілому. Гуманізація ставлення людей до тварин пов'язана з гуманізацією самого суспільства, відносин між людьми. Людству важливо осмислити і реалізувати свою космічну місію по збереженню і життя на планеті, і самої планети. Розвиток екоцентричних, ноосферних, синергетичних підходів у гуманітарних науках та гуманітарній політиці спрямований на розбудову майбутнього мирного глобального суспільства, в якому принцип «благополуччя для всіх і кожного» буде забезпечуватись для всіх живих істот на планеті Земля. Анімалотерапія виступає одним з інтегративних методів екологізації та гуманізації сучасного суспільства за умов урбанізації через розкриття еко-виховного, оздоровчого, рекреаційного потенціалу.

Одним з напрямів поширення та ефективного використання анімалотерапії може стати національна програма по створенню у містах обласного і районного значення спеціальних центрів під назвою «Єкопростір для сімейного виховання», які на місцевому рівні покращать умови для сімейного відпочинку, створять умови для спілкування дітей та дорослих з тваринами у форматі контактних та безконтактних (візуальних) зоо-куточків з різними тваринами (котиками, собачками, кроликами, ящірками, птахами, рибками, комахами, метеликами тощо). Такі центри можуть включати і зони креативного розвитку для дітей та дорослих з екологічним спрямуванням, а також зони сімейного відпочинку з кафе, кінотеатром, із зеленим, квітковим оформленням приміщень. Основною місією такого проекту виступають – екологічне виховання, відпочинок дітей і дорослих з використанням технологій природо та анімалотерапії.

Використання технологій анімалотерапії стає більш актуальним для українського суспільства за умов подолання воєнної травми для різних груп населення. У такому сенсі, використання анімалотерапії виступає одним з напрямів психологічної допомоги тих, хто постраждав від війни – воїнам-ветеранам, воїнам-інвалідам, воїнам які проходять реабілітацію, а також сім'ям, які втратили на війні членів родини, мають психічні та фізичні травми внаслідок війни.

Список використаних джерел:

1. Лабінський А. Й., Грицина М. Р., Гутий Б. В., Лабінська Г. Б. Анімалотерапія – перспективний напрямок реабілітаційного лікування людини. *Науковий вісник Львівського національного університету ветеринарної медицини та біотехнологій імені С.З. Гжицького. Серія: Економічні науки.* 2019. Т. 21. № 92. С. 160-164.
2. Анімалотерапія – оздоровлення і психологічна допомога дитині. Безпека життєдіяльності. 2013. № 12. С. 6-10.
3. Анімалотерапія – оздоровлення і психологічна допомога дитині. Навчально-методичний центр цивільного захисту та безпеки життєдіяльності Закарпатської області. URL: <https://nmc.dsns.gov.ua/zk/news/ostanni-novini/173>
4. Анімалотерапія: як вихованці впливають на психічне здоров'я господаря. UKR.MEDIA. URL: <https://ukr.media/animals/414783/>
5. Юрьєва Л. М., Носов С. Г., Мамчур А. І., Николенко А. Є., Огоренко В. В., Дукельский А. А., Шустерман Т. І., Ерчкова Н. А. Діагностика, корекція та профілактика кризових станів учасників військових конфліктів. Київ, 2017. 204 с.
6. Анімалотерапія у реабілітаційному процесі. Міжнародний науково-практичний вебінар. Національний університет біоресурсів і природокористування України. URL: <https://nubip.edu.ua/node/119033>

ОЛЕСЯ КИРИЛЕНКО

доктор соціологічних наук,
завідувач кафедри загальнотеоретичних правових
та гуманітарних дисциплін Рівненського інституту
Київського університету права НАН України,
м. Рівне, Україна

МАР'ЯНА ДВУЛІТ

кандидат медичних наук,
акушер-гінеколог вищої категорії,
завідуюча Центром «Здоров'я жінки»
Дорожньої клінічної лікарні
м. Київ, Україна

ОСОБЛИВОСТІ СПОСОБУ ЖИТТЯ ЖІНОК ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ: МЕДИКО-ВАЛЕОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ

Підтримка здоров'я вагітних жінок виступає одним з основних напрямів функціонування системи репродуктивної медицини та набуває особливого значення за умов війни, коли відбувається падіння рівня благополуччя та здоров'я населення, посилюється демографічна криза, з'являються нові і надзвичайні серйозні ризики для здоров'я людей, зокрема майбутніх мам та дітей. Збереження здоров'я вагітних жінок є надзвичайно важливим, оскільки воно безпосередньо визначає здоров'я майбутньої дитини, впливає на перебіг пологів та благополуччя всієї родини [1].

Здоровий спосіб життя вагітних жінок – це прояв їх культури здоров'я, рівня життя жінки та її родини, а також якості медичної підтримки жінок, які стануть мамами. Система здорового способу життя вагітних включає в першу чергу підтримку максимально позитивного психоемоційного стану, збалансоване харчування, помірну фізичну активність, повноцінний відпочинок і сон, а також відмову від шкідливих звичок [2].

На сучасному етапі в Україні діють норми медичного супроводу вагітних жінок «Стандарти медичної допомоги «Нормальна вагітність» (затверджені Наказом Міністерства охорони здоров'я України у 2022 р.), в яких визначаються основні принципи скринінгу вагітних [3].

В документі визначається, що нормальна вагітність має тривати біля 9 місяців (мінімум 37 тижнів) та включає три періоди:

I триместр (1–12 тижні): Період активного формування всіх життєво важливих органів дитини.

II триместр (13–27 тижні): «Золотий час» вагітності. Жінка відчуває приплив сил та перші рухи малюка. Формується плацента, плід активно росте.

III триместр (28–40 тижні): Організм готується до пологів. Дитина повністю формується і набирає вагу. Мама може відчувати важкість, задишку та тренувальні перейми. Вагітність вважається доношеною з 37-го тижня.

При цьому, вагітність може перебігати нормально та з відхиленнями, патологіями - тобто, у формі станів, що ускладнюють її перебіг, несуть загрозу для здоров'я жінки та розвитку плода. Отже, спосіб життя жінки під час вагітності має відповідати стану її здоров'я, характеру та етапу перебігу вагітності.

Процес медичного супроводу вагітності включає пренатальний скринінг (комплексне медичне дослідження (УЗД та аналіз крові) для оцінки ризиків хромосомних патологій та вад розвитку плода на етапах 11–13 та 18–21 тижнів, інноваційний тест NIPT (пренатальний неінвазивний скринінг Ninalia Genomewide Complete), а також поточне медичне консультування впродовж вагітності щодо правильного способу життя і підтримки здоров'я вагітних жінок.

Так, на першому етапі лікар визначає психоемоційний стан вагітної та надає рекомендації щодо його підтримки та покращення через уникнення чи подолання проявів стресів, психічних перевантажень. Важливо, що лікар-гінеколог обов'язково цікавиться тим, як вагітна ставиться до вживання тютюну, алкоголю та інших психоактивних речовин (в теперішній час і в минулому) та дає рекомендації щодо максимального обмеження їх впливу (стосується і пасивного тютюнопаління).

Лікар проводить консультування вагітних жінок з питань здорового харчування та фізичної активності, що дозволяє підтримувати хороше самопочуття та запобігати надмірній прибавці маси тіла під час вагітності. У такому аспекті харчування під час вагітності має бути збалансованим, різноманітним та безпечним. Раціон повинен забезпечувати потребу у вітамінах і мікроелементах, а також покривати потребу в додаткових калоріях (близько 300-400 ккал на день, починаючи з другого триместру). Основний принцип – якість їжі, а не її кількість. Також жінкам надаються рекомендації щодо регулярної фізичної активності і фізичних вправ протягом всієї вагітності. Це необхідно для попередження болю в попереку і тазового болю. Фізичні вправи час вагітності можна виконувати на свіжому повітрі та у воді.

При нормальному перебігу вагітності режим фізичної активності може включати:

- фізичні розминки впродовж дня;
- прогулянки на свіжому повітрі;
- плавання та аква-аеробіку для вагітних;

- спеціальних фітнес-програм для вагітних;
- гімнастику та йогу для вагітних [4, с.18-19; 5, с.124-126].

Позитивний вплив фізичної активності на організм вагітних жінок та плід визначається тим, що:

- зменшують кисневу недостатність в організмі та активізують плацентарний кровообіг, що нормалізує тонус та активність плоду, поліпшують обмінні процеси та забезпечують нормальний розвиток плода;
- під час вагітності у жінок може збільшуватися вага понад норму, тому фізичні вправи можуть допомогти збалансувати процес збільшення ваги;
- створюють сприятливий емоційний фон та забезпечують нормальну реакцію нервової системи на спричинену вагітністю функціональну перебудову організму;
- фізично активний спосіб життя знижує ризики ускладнень на пізніх термінах вагітності, підготує організм до пологів та допоможе жінці швидко відновити сили після народження дитини.

Для вагітних жінок існують правила безпеки щодо фізичних навантажень, яких дуже важливо дотримуватись:

1. Фізичне навантаження має бути помірним, без виснаження. Вправи не мають заважати вам вести розмову. Якщо виникла задишка і вам важко говорити – варто зменшити навантаження.
2. Якщо до вагітності ви не займалися спортом, то не слід обирати виснажливі та інтенсивні тренування. Починайте тренування з простих вправ на 15 хвилин, поступово збільшуючи навантаження до комфортного для вас рівня.
3. Якщо жінка займається у фітнес-залі, то має обов'язково повідомити тренера або інструктора про вагітність для переходу на особливий режим тренувань.
4. Під час тренування треба вживати воду.
5. Не варто тренуватися у спекотну погоду.
6. Відмова від вправ з високим ризиком падіння: верхова їзда, гірські лижі, сноуборд, контактні види спорту тощо.
7. Не варто займатися дайвінгом та екстремальними видами спорту.
8. Перед початком нових тренувань, збільшення навантаження або в разі появи відчуття дискомфорту під час виконання вправ, обов'язково необхідно порадитись з вашим лікарем [4, с.19-20].

Отже, фізичні вправи та гімнастика під контролем лікаря та досвідченого тренера допоможуть жінкам під час вагітності не лише тримати себе у гарній фізичній формі, але й зберегти здоров'я свого малюка. Максимально здоровий спосіб життя, який передбачає збалансоване харчування та гарний емоційний стан, достатній сон і відпочинок, природотерапію у всіх формах, помірну

фізичну активність, відмову від шкідливих форм споживання, має допомогти жінці виносити дитину і успішно пройти пологи. За умов війни, негативного впливу на психічний і фізичний стан, використання здорових форм життєдіяльності набуває особливого значення для жінок – майбутніх Мам наших українських дітей!

Список використаних джерел:

1. Березовська О. 9 місяців щастя. Посібник для вагітних. Book Chef, 2023. 624 с.
2. Березовська О. Підготовка до вагітності. Посібник з усвідомленого батьківства. International Academy of Healthy Life, 2025. 468 с.
3. Стандарти медичної допомоги «Нормальна вагітність». Наказ Міністерства охорони здоров'я України 9 серпня 2022 року №1437. URL: https://moz.gov.ua/uploads/7/39073-dn_1437_09_08_2022_dod_1.pdf
4. Шошура Н.Д., Криводуд Т.Є., Кулик Н.А. Комплекси фізичних вправ під час вагітності протягом триместрів: Навчально-методичний посібник. Суми: СумДПУ ім. А.С.Макаренка, 2008. 64 с.
5. Coulson M., Bolitho S. The Complete Guide to Pregnancy and Fitness. Bloomsbury Publishing, 2013. 208 p.

Марина КИРИЛЮК,
аспірантка ОНП «Психологія»,
Київський національний університет імені Тараса Шевченка,
м. Київ, Україна

ПСИХОЛОГІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ ТА ГОТОВНІСТЬ ДО ЗМІН ЯК РЕСУРСИ ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ В ПРОЦЕСІ ПРИЙНЯТТЯ КАР'ЄРНИХ РІШЕНЬ

Прийняття кар'єрних рішень є одним із ключових завдань розвитку особистості у молодому віці, що відбувається в умовах зростаючої соціальної та економічної нестабільності. Емоційне напруження, яке супроводжує цей процес, може суттєво різнитися залежно від індивідуально-психологічних ресурсів особистості. Серед таких ресурсів особливе місце посідають психологічне благополуччя та готовність до змін. Дослідження свідчать, що висока кар'єрна тривога пов'язана зі зниженням задоволеності життям та погіршенням емоційного стану молоді (Ahuja & Teotia, 2024) [1]. Психологічне благополуччя, пов'язане з оптимізмом та самоефективністю, позитивно корелює з успішністю прийняття кар'єрних рішень (Pignault et al., 2023) [2]. Кар'єрна адаптивність, оптимізм та резильєнтність є ресурсами, що захищають молодь від труднощів кар'єрних переходів (Parola et al., 2025) [3]. Водночас оптимізм, впевненість та життєстійкість виконують захисну функцію щодо емоційного

виснаження (Matos & Andrade, 2023) [4], а в умовах воєнного часу розвиток цих ресурсів набуває особливого значення для збереження психічного здоров'я української молоді (Корольова та ін., 2025) [5].

Метою представленого дослідження було вивчення зв'язку між психологічним і суб'єктивним благополуччям та готовністю до змін, з одного боку, і рівнем суб'єктивного стресу в ситуації прийняття кар'єрних рішень, з іншого. Вибірку склали 228 осіб (18–40 років; $M=23,13$; $SD=6,57$), з них 38 чоловічої та 190 жіночої статі. Рівень суб'єктивного стресу вимірювався за п'ятибальною самооціночною шкалою. Психологічне благополуччя діагностувалось за короткою формою шкали стабільності психічного здоров'я (MHC-SF), суб'єктивне благополуччя – за модифікованою шкалою БіБіСі (BBC-SWB). Готовність особистості до змін оцінювалась за опитувальником PCRS. Обробку даних здійснено методами описової статистики та кореляційного аналізу Пірсона у програмі SPSS Statistics 23.0.

Результати кореляційного аналізу підтвердили значущу захисну роль психологічного та суб'єктивного благополуччя щодо переживання стресу у процесі прийняття кар'єрних рішень (табл. 1). Зокрема, зі зростанням рівня психологічного благополуччя за шкалою MHC-SF інтенсивність стресу знижується ($r = -0,305$; $p < 0,01$). Схожу тенденцію демонструють гедонічне благополуччя ($r = -0,267$; $p < 0,05$) та позитивне функціонування ($r = -0,268$; $p < 0,05$). Це свідчить про те, що відчуття особистісного розвитку, позитивного ставлення до себе та осмисленості власного життя виступає буфером між ситуацією невизначеності та емоційним напруженням. За методикою BBC-SWB найбільш виражений зв'язок зі стресом демонструє психологічне благополуччя ($r = -0,337$; $p < 0,001$), а також інтегральний показник суб'єктивного благополуччя ($r = -0,318$; $p < 0,001$), що підкреслює системний характер захисної функції благополуччя у процесі кар'єрного вибору.

Таблиця 1

Результати кореляційного аналізу суб'єктивного стресу зі шкалами
MHC-SF та BBC-SWB

Змінні	r-Pearson	p-value
Гедонічне благополуччя (MHC-SF)	-0,267*	0,011
Психологічне благополуччя (MHC-SF)	-0,305**	0,002
Позитивне функціонування (MHC-SF)	-0,268*	0,011
Стабільність психічного здоров'я (MHC-SF)	-0,277**	0,007
Психологічне благополуччя (BBC-SWB)	-0,337***	0,001
Фізичне здоров'я та благополуччя (BBC-SWB)	-0,247*	0,027
Стосунки (BBC-SWB)	-0,247*	0,026
Суб'єктивне благополуччя (BBC-SWB)	-0,318***	0,001

Примітка. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Аналіз показників готовності до змін також виявив значущі негативні зв'язки зі стресом (табл. 2). Найбільш вираженим є зв'язок загального показника готовності до змін ($r = -0,324$; $p < 0,01$), що вказує на роль психологічної налаштованості на трансформації у подоланні кар'єрного напруження. Серед окремих компонентів найсильніший захисний ефект демонструють впевненість ($r = -0,302$; $p < 0,01$) та пристрасність ($r = -0,301$; $p < 0,01$), тоді як оптимізм ($r = -0,271$; $p < 0,01$) і винахідливість ($r = -0,236$; $p < 0,05$) також статистично значуще пов'язані зі зниженням стресу.

Таблиця 2

Результати кореляційного аналізу суб'єктивного стресу зі шкалами PCRS

Змінні	r-Pearson	p-value
Пристрасність	-0,301**	0,002
Винахідливість	-0,236*	0,040
Оптимізм	-0,271**	0,010
Впевненість	-0,302**	0,002
Готовність до змін	-0,324**	0,001

Примітка. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Отримані результати узгоджуються з даними сучасних досліджень, що розглядають психологічне благополуччя та особистісні ресурси як важливі чинники подолання стресу у процесі кар'єрного розвитку. Pignault et al. (2023) показали, що психологічне процвітання, пов'язане з оптимізмом та самоефективністю, позитивно впливає на успішність прийняття кар'єрних рішень [2]. Виражений захисний ефект психологічного благополуччя може пояснюватися тим, що відчуття осмисленості та особистісного зростання знижує суб'єктивну загрозовість невизначених кар'єрних ситуацій. Захисна роль готовності до змін узгоджується з результатами Parola et al. (2025), які встановили, що оптимізм, резильєнтність та кар'єрна адаптивність є ресурсами, що дозволяють молоді ефективніше долати труднощі кар'єрних переходів [3]. В умовах воєнного часу, коли українська молодь стикається з особливо вираженою соціальною невизначеністю, розвиток цих ресурсів набуває додаткового практичного значення (Корольова та ін., 2025) [5].

Отже, психологічне благополуччя та готовність особистості до змін є значущими протективними ресурсами, що знижують інтенсивність переживання стресу у процесі прийняття кар'єрних рішень молоддю. Серед досліджених показників найбільш вираженою захисною функцією володіють психологічне благополуччя як відчуття особистісного розвитку та

цілеспрямованості, а також загальна готовність до змін, впевненість та оптимізм. В умовах воєнного часу, коли невизначеність стає постійним контекстом життя української молоді, цілеспрямований розвиток цих ресурсів набуває особливої актуальності. Отримані результати обґрунтовують доцільність включення до програм психологічного супроводу прийняття кар'єрних рішень не лише стратегій подолання стресу, а й заходів, спрямованих на зміцнення психологічного благополуччя, розвиток оптимістичного мислення та впевненості у власних силах.

Список використаних джерел

1. Ahuja Y., Teotia A. Career Anxiety and Mental Well Being of Young Adults. *International Journal For Multidisciplinary Research*. 2024. Vol. 6. P. 1–7. DOI: <https://doi.org/10.36948/ijfmr.2024.v06i03.20443>
2. Pignault A., Rastoder M., Houssemand C. The Relationship between Self-Esteem, Self-Efficacy, and Career Decision-Making Difficulties: Psychological Flourishing as a Mediator. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2023. Vol. 13. P. 113. DOI: <https://doi.org/10.3390/ejihpe13090113>
3. Parola A., Marcionetti J., Rossier J. Resources and Personal Adjustment for Career Transitions Among Adolescents: A Latent Profile Analysis. *Journal of Adolescence*. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1002/jad.12507>
4. Matos F., Andrade A. Psychological resources and student burnout among pre-university students. *Psico-USF*. 2023. Vol. 28. P. 321–332. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-82712023280209>
5. Корольова Н. Д., Матохнюк Л. О., Таран А. Психологічна стійкість молоді в умовах військової агресії. *Вісник Донецького національного університету імені Василя Стуса. Серія Психологічні науки*. 2025. С. 72–79. DOI: [https://doi.org/10.31558/2786-8745.2024.2\(5\).8](https://doi.org/10.31558/2786-8745.2024.2(5).8)

Алевтина КІКТЕНКО,
кандидат педагогічних наук, доцент,
доцент кафедри загальної підготовки
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

ФІЛОСОФСЬКО-ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ ГІДНОГО ЖИТТЯ ЛЮДИНИ І СУСПІЛЬСТВА В УКРАЇНІ

Світ сьогодні перебуває в найскладніший час – період війни. Змінилось та продовжую змінюватися все: самі люди, їх здоров'я та стан здоров'я всього світу (тваринний та рослинний світи), забруднення гідросфери та атмосфери (в тому числі зміна температури навколишнього середовища). З'явився та широко використовується штучний інтелект, багато нових, раніше невідомих засобів, приладів, технологій як мирного призначення, так і в застосуванні у військових цілях.

Сукупність цих нагальних проблем розглядає, вивчає, досліджує філософія. Ця наука вивчає всі форми суспільної свідомості: світогляд людей, систематизацію їх ідей, поглядів на навколишній світ та місце людини в ньому. Філософія досліджує пізнавальні, соціально-політичні цінності, етичні та естетичні відносини людини до науки. Це все разом досліджує та вивчає філософія як наука про буття людини та всього навколишнього світу загалом.

Філософія історії пояснює та вивчає (так є завжди) зміст, закономірності, основні напрямки історичного процесу, розкриває методи їх пізнання.

У свій час рушійною силою історії наголошували приречення (Аврелій Августин), Божественний розум (Геродот), абсолютний дух (Фрідріх Гегель), низинна природа людини та його природні умови буття (Людвіг Фейєрбах та представники епохи Просвітництва).

Філософію життя розглядали (Фрідріх Ніцше) як космічну силу, що створює нові форми життя. Анрі Бергсон розглядав еволюцію як «життєвий прорив», Вільгельм Дільтей розумів й пояснював неповторність індивідуальних зразків культури. Її Освальд Шпенглер протиставляв механічній цивілізації. Для форм життя характерні (за їх поглядами) ірраціоналізм та негативізм.

Але в наш нелегкий час увесь світ відчуває потребу в понятті, чому саме так швидко змінюються усі параметри життя? До чого готуватися нашим дітям?

Тому назріла потреба розглянути сукупність того, що наразі відбувається, та питання уявлення майбутнього. Для цього необхідно проаналізувати різноманітні аспекти цих змін, їх філософський зміст. Відповісти на питання: що можна нам зробити для того, щоб людина могла жити, працювати та бути щасливою.

Розглянемо психологію праці людей та суспільства.

Праця людей пов'язана з економікою, соціологією, фізіологією, медициною, з аналізом професійних захворювань, з експертизою працездатності, з організацією виробництва.

Ми всі бачимо, як виконуються праця в наш складний час усі її зв'язки під час війни.

Існують вимоги до працівника, фахівця в обраній праці.

Якщо є робоче середовище, то повинно бути і взаємодія людини з деякою об'єктивною реальністю.

Якими ж є реалії життя в період воєнного стану?

Багато підприємство зруйновано. Деякі люди зазнали травм, набули інвалідність (через військові дії). Переживання людиною подій навколишнього світу, подій її внутрішнього життя відбиваються в її почуттях, емоціях. Людство чує, а іноді бачить як пролітають шахеди, дрони або ракети. Це впливає на психічний стан людини (збуджує, дратує, викликає агресію, стомлює). Зазвичай таке навантаження впливає на працездатність людини, підготовку до праці. Думки – це відображення зв'язків між працівником, предметами праці, явищами дійсності.

Як українцям працювати, навчатися, якщо усе може бути зруйновано війною, але ж вони відновлюють заклади освіти, зруйновані помешкання, продовжують відбудову промисловості.

У XIX столітті Огюст Кант увів термін «соціологія». Жан-Жак Руссо і Сен-Сімон зробили аналіз основ функціонування суспільних відносин. Соціологія – це наука про рушійні сили свідомості й поведінки людей як членів громадського суспільства.

Соціологія має багато зв'язків з економікою.

Збільшується роль соціології у вивченні духовного життя людини, а також освіти, культури, науці, літератури, мистецтва, релігії, політичного життя.

У наш тривожний час (воєнний) відбулися хаотичні перетворення у житті людей і суспільства: постійні зміни ми спостерігаємо у практичній діяльності суспільства й багатьох його представників.

Соціальна структура суспільства є прикладом особливо складної і має міждисциплінарний характер: держава, громадське здоров'я, сім'я, друзі, політика. Все це потрібно проаналізувати та враховувати.

На цій конференції представлені наукові дослідження науковців з багатьох регіонів України.

Наше спрямування – це становлення самостійної демократичної держави, відродження національної незалежності України, формування громадського здоров'я. Не всі люди розуміють, що бути громадянином України – це не тільки мати паспорт. Треба бути Патріотом України.

Саме освіті й науці належить особлива роль становлення, розвитку, зміцнення чи руйнування соціального устрою, глибина, сила і масштабність соціальних змін, витонченого впливу на молодь і усе підростаюче покоління, тобто на майбутнє України.

Як швидко у молоді з'явиться можливість навчатися off-line й стати справжніми фахівцями у будь-якій затребуваній професії, бути новаторами, відбудовувати у складних умовах економіку України.

Сучасні вчені, викладачі закладів вищої освіти, керівники і працівники підприємств повинні мати змогу творити щось корисне й нове у власній праці, у професії, ставати героями та відмінниками праці, бути винахідниками чогось нового для мирного життя суспільства й кожної людини, для спокійного і щасливого майбутнього дітей і всієї України.

Ганна КОВАЛЬ,

Доктор наук з держуправління, професор
професор кафедри публічного управління та адміністрування
Державного університету економіки і технологій
м. Кривий Ріг, Україна

МАЙБУТНЄ ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ: ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

У всі часи розвитку людства здоров'я людини було найвищою цінністю. Від стану здоров'я громадян залежить економічний розвиток держави, її обороноздатність, науковий потенціал, культурний поступ і, зрештою, якість життя кожної людини. Проте сьогодні ми стоїмо на порозі нової епохи, коли питання здоров'я виходить далеко за межі традиційного розуміння медицини та стає одним із ключових факторів майбутнього людської цивілізації.

Сучасний світ стикається з численними викликами. Спостерігається старіння населення, поширення хронічних неінфекційних захворювань, зростання психоемоційного навантаження, наслідки пандемій, екологічні загрози та вплив воєнних конфліктів на фізичне і психічне здоров'я людей, зокрема після повномасштабного вторгнення військ рф на територію України.

Для України ці виклики набувають особливого значення в умовах війни, коли питання збереження людського потенціалу стає одним із найважливіших пріоритетів державної політики. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я [1] неінфекційні захворювання залишаються основною причиною смертності у світі.

Важливою складовою відповіді на сучасні виклики є розвиток системи громадського здоров'я, яка орієнтована не лише на лікування захворювань, а насамперед на їх профілактику, формування здорового способу життя,

моніторинг факторів ризику та міжсекторальну взаємодію. Українські дослідники наголошують, що ефективна система громадського здоров'я повинна забезпечувати безперервний епідеміологічний нагляд, своєчасне реагування на загрози здоров'ю населення та активне залучення громад до реалізації профілактичних програм [3; 4].

Однак історія людства переконує нас, що кожна криза водночас відкриває нові можливості. Саме в складні часи народжуються найсміливіші ідеї, найважливіші наукові відкриття та найбільш ефективні рішення.

Ми живемо у період безпрецедентного розвитку науки і технологій. Те, що ще кілька десятиліть тому здавалося фантастикою, сьогодні стає частиною клінічної практики. Геномні дослідження дозволяють нам дедалі краще розуміти механізми розвитку захворювань. Персоналізована медицина дає можливість підбирати лікування відповідно до індивідуальних особливостей людини. Штучний інтелект допомагає аналізувати величезні масиви даних, підвищуючи точність діагностики та прогнозування. Роботизована хірургія відкриває нові горизонти для складних оперативних втручань. Сучасні тенденції розвитку медичних технологій широко висвітлює Національний інститут здоров'я США. Але якщо говорити про майбутнє, то ми повинні дивитися значно далі, ніж наступне десятиліття. Перед людством відкриваються перспективи, які можуть кардинально змінити саме розуміння здоров'я та тривалості життя.

Сьогодні провідні наукові центри світу працюють над технологіями регенеративної медицини, вирощуванням тканин і органів із власних клітин пацієнта, створенням біоінженерних імплантів, застосуванням клітинних технологій для відновлення пошкоджених органів. Дослідження механізмів старіння дають надію на суттєве подовження активного і здорового життя людини.

Вже зараз ми є свідками початку ери, коли медицина поступово переходить від лікування хвороб до їхнього попередження. Майбутнє охорони здоров'я – це не боротьба з наслідками, а прогнозування ризиків та своєчасне втручання ще до появи симптомів захворювання. Саме профілактична та предиктивна медицина можуть стати основою нового підходу до здоров'я людини. Концепція громадського здоров'я повністю відповідає сучасній моделі розвитку медицини, яка зміщує акцент із лікування на попередження захворювань. Такий підхід передбачає управління факторами ризику, розвиток скринінгових програм, зміцнення здоров'я населення та формування відповідальної поведінки щодо власного здоров'я. Саме профілактичні заходи сьогодні визнаються найбільш економічно ефективним способом збереження людського потенціалу держави [3].

Не менш важливими є перспективи, пов'язані з розвитком нейронаук. У найближчі десятиліття ми можемо отримати нові можливості для лікування нейродегенеративних захворювань, відновлення функцій після травм нервової системи, покращення когнітивного здоров'я та підтримки високої якості життя в похилому віці. Актуальні напрями розвитку нейронаук і біомедичних досліджень представлені на порталі Nature Medicine.

Разом із тим кожен новий технологічний прорив ставить перед нами складні етичні питання. Наскільки далеко людство може втручатися у власну біологічну природу? Як забезпечити справедливий доступ до новітніх медичних технологій? Як зберегти баланс між технологічним прогресом і гуманістичними цінностями? Ці питання вже сьогодні потребують не лише наукових, а й філософських та суспільних дискусій.

Говорячи про майбутні можливості людства, важливо пам'ятати: найсучасніші технології не матимуть справжньої цінності без духовного та морального розвитку суспільства. Майбутнє здоров'я нації визначатиметься не тільки рівнем розвитку медицини, але й рівнем освіти, культури, соціальної відповідальності та здатністю людей піклуватися одне про одного.

Особлива роль у цьому процесі належить університетам і науковим установам. Саме тут формується нове покоління лікарів, дослідників і лідерів, які будуть створювати систему охорони здоров'я майбутнього. Основне завдання науковців та практиків – не лише передавати знання, а й виховувати критичне мислення, відповідальність, прагнення до інновацій та служіння суспільству. Особливого значення набуває підготовка фахівців у сфері громадського здоров'я, здатних працювати на перетині медицини, епідеміології, менеджменту, соціальних наук та цифрових технологій. Як зазначають українські науковці, подальший розвиток системи громадського здоров'я потребує сучасних управлінських підходів, цифровізації, міжнародної співпраці та впровадження доказової практики у процес прийняття управлінських рішень [2].

Отже, здоров'я майбутнього – це результат поєднання науки, технологій, гуманізму та міждисциплінарної співпраці. Лише спільними зусиллями можливо створити умови, за яких кожна людина матиме можливість жити довше, здоровіше та щасливіше.

Список використаних джерел:

1. Всесвітня організація охорони здоров'я (WHO). URL: <https://www.who.int>
2. Слободян Н. О. Перспективи та проблеми якісного управління в системі громадського здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2025. № 1. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2025.1.15351>

3. Федорів О. Є. Профілактична медицина як важлива складова громадського здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. № 2. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2019.2.10478>

4. Човпан Г. О., Лад С. М., Громко Є. А. Аспекти окремих проблем системи громадського здоров'я в Україні в контексті сучасної епідеміологічної ситуації. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 4. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2021.4.12469>

Віра ЯРОШЕНКО

кандидат політичних наук, доцент,
заступник ректора з наукової роботи
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

МИСЛЕННЄВА ФУНКЦІЯ МОЗКУ ЛЮДИНИ – УНІКАЛЬНА РОЛЬ В ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ ТА БІОЛОГІЧНОМУ МЕХАНІЗМІ ВИЖИВАННЯ

*«Ох, людині слід сягати понад змогу,
інакше навіщо їй рай.» Роберт Браунінг (1812–1889)*

Мисленнєва функція мозку людини є найвищою формою відображення дійсності мозком людини, основою свідомості та індикатором здоров'я. Особливості мислення, які забезпечують людині здатність навчатися, пристосуватися до зовнішніх умов та вижити є маркерами здоров'я.

В умовах воєнного часу актуалізуються питання пошуку життєвих стратегій фізичного виживання, здатності жити з відчуттям приреченості стати жертвою та водночас зберігати, накопичувати і реалізовувати життєвий потенціал.

Метою даного дослідження є пошук відповідних методик у організації освітнього процесу, спрямованих на зміцнення біологічних механізмів виживання з використанням унікальної ролі мисленнєвої функції мозку людини.

Мислення – це психічний процес опосередкованого і узагальненого відображення істотних сторін реальності, пізнання внутрішніх взаємозв'язків предметів і явищ. Мислення є частиною інтелекту. Інтелект – це загальний термін, що охоплює всі психічні процеси, що забезпечують пізнавальну активність (мислення, увагу, пам'ять, сприйняття) [1].

Як частина інтелекту, мислення є процес безпосереднього оперування образами, ідеями, символами, уявленнями, поняттями. Якщо інтелект – це розум, здатність пізнавати реальність, то мислення – це обдумування, один із

способів пізнання реальності, який полягає в створенні суб'єктивної моделі реальності. Відповідно, мислення – це узагальнене і опосередковане пізнання світу.

Еволюційно мислення виникло як засіб для збереження життя, пошуку ресурсів та уникнення небезпеки: здатність прогнозувати убезпечує людину від небезпечних дій, здатність моделювати сприяє виробленню системи захисту, комунікації та життєзабезпечення, здатність генерувати реакції страху, цікавості або задоволення закріплює корисні для виживання моделі поведінки. Це підтверджує унікальну роль мисленнєвої функції мозку в біологічному механізмі виживання.

Використовуючи аналітичні, критичні, креативні типи мислення, мозок людини «завантажує» інформацію та розбудовує архітектуру мислення, перетворюючи базові інстинкти виживання на усвідомлену, цілеспрямовану діяльність. Тобто, мисленням як тренажером мозок розвиває нові нейронні зв'язки і перетворює пасивне сприйняття інформації на активне здобуття знань. В цьому проявляється унікальна роль мисленнєвої функції мозку в освіті, в процесі навчіння [1].

У людини, на відміну від тварин, головним, основним інструментом створення і демонстрації суб'єктивних моделей є мова (система умовних символів). Тому змістовну сторону мислення у людини висловлює мова. Як відображення мислення вона має логічність, доказовість, граматичний лад, темп, цілеспрямованість, гнучкість і рухливість, економічність, широту, глибину, критичність, самостійність, допитливість, винахідливість, дотепність, оригінальність, продуктивність: логічність – вміння виражати внутрішні закономірності між явищами і предметами; доказовість – обґрунтування закономірності; лад мови – відповідність законам побудови висловлювань; темп мови – швидкість протікання розумових процесів; цілеспрямованість – збереження протягом певного часу підпорядкованості пізнавального процесу певного завдання; гнучкість – вміння швидко змінювати прийняті рішення в залежності від зміни ситуації; економічність – вміння ефективно виконувати розумові операції з найменшим числом дій; широта – здатність залучати різноманітну інформацію для вирішення пізнавальних завдань; глибина – здатність проникати в суть явищ; критичність – вміння адекватно оцінювати результати [1].

Під час процесу мислення людина сприймає інформацію, переробляє її, робить висновки і об'єднує їх в припущення щодо ситуації, в якій вона знаходиться. Для створення адекватних ситуації висновків і припущень, нормальний (загальноприйнятий) процес мислення має відповідати кільком умовам:

- 1) способи сприйняття і переробки інформації повинні бути адекватними об'єктивній ситуації;
- 2) висновки повинні робитися відповідно до законів формальної логіки;
- 3) зміст мислення має оцінюватися людиною відповідно до загальноприйнятих емпіричних підстав;
- 4) процес мислення повинен бути організований за принципом системної регуляції;
- 5) мислення має бути складно структурованим і відображати в розгорнутій системі понять загальноприйняту структуру світу [1].

Сприйняття і переробка інформації під час мислення мозку відбувається через процеси інтеріоризації (від лат. interior – внутрішній) та екстеріоризації (від лат. exterior – зовнішній), які забезпечують здатність змінювати зовнішні умови під власні потреби. На етапі інтеріоризації відбувається формування розумових дій та внутрішнього плану свідомості людини у процесі навчання, оволодіння вживанням слів, засвоєння досвіду інших людей через цілеспрямоване використання storytelling (сторителінгу) в освітньому процесі. Сторителінг вивчається нейробіологією, психолінгвістикою та еволюційною психологією [2]. Дослідження доводять, що історії є біологічним механізмом виживання, який дозволяє мозку засвоювати складний досвід, об'єднувати людей та стимулювати емпатію [2].

На етапі екстеріоризації за попередньо розробленим планом відбувається реалізація, тобто перетворення внутрішніх дій у форму розгорнутого екстерналізованого прояву. Таку унікальну роль мисленнєвої функції мозку людини доцільно враховувати у організації освітнього процесу та зміцненні біологічних механізмів виживання.

В умовах воєнного часу психотравмуючі події здійснюють значний вплив на мисленнєву функцію мозку і тому важливо проаналізувати особливості такого впливу з метою пошуку стратегій зниження шкоди та спрямування деструктивних проявів у конструктивне русло – укріплення резильєнтності (стресостійкості) через посттравматичне зростання в умовах війни.

Слід враховувати, що попередньо засвоєний досвід життя у мирний час та переконання особистості змінюються у воєнний час у відповідь на загрози та руйнацію старих психологічних опор. Тож засвоєння нових знань і нового досвіду потребує неабиякої мужності і зусиль, та, відповідно, врахування особливостей переосмислення. Вивчення мисленнєвої функції мозку потребує підтверджень або спростувань гіпотез про вплив деяких негативних чинників на особливості мислення. Наприклад, є припущення про те, що сильний стрес, голод чи війна можуть залишати епігенетичні «сліди», здатні впливати на нащадків. Деякі науковці висловлюють припущення про те, що причиною корупційних дій окремих держслужбовців може бути прояв у них подібних

епігенетичних «слідів» перенесеного їхніми родичами голоду в період Голодомору 1932-1933 років в Україні. Поширення для дискусій в академічному просторі ця гіпотеза не набула через засторогу її використання корупціонерами в якості виправдовування.

Варта також детального вивчення гіпотеза про те, що розповсюджені сучасні технології наочності засобами електронних носіїв применшують здатність мисленнєвої функції мозку. Більше того, нинішній напрямок розвитку технологій штучного інтелекту несе високий ризик катастрофи аж до зникнення людства [3].

Загальновідомо, що технічні, інформаційні інновації розраховані на комфортне проживання людини, несуть в собі потенціал ризиків. І здебільшого всі інновації створені мозком людини. Отже, важливо зважати на узгодження інновацій з гарантіями безпеки для людей, спрямовуючи мисленнєву функцію мозку на зниження ризиків від здобутків прогресу.

Розглянемо приклади методик, які мають сприяти збереженню життєвих ресурсів в умовах воєнного часу. У процесі мислення, за дослідженнями Норвезької нейробіологині Одрі ван дер Меєр, рука має унікальні особливості. «Рука, що пише, навчає мозок інакше, ніж пальці, які натискають клавіші. Коли студенти писали від руки, мозок буквально оживав. Активувалися ділянки, пов'язані з пам'яттю, увагою, обробкою сенсорної інформації та засвоєнням нового. Різні частини мозку починали активно «розмовляти» між собою. Наче вмикалася ціла система. А коли ті самі студенти просто друкували слово на клавіатурі, ця складна мережа майже зникала. Мозок працював значно бідніше. Ніби частину процесу просто вимкнули. І причина виявилася не в романтиці паперу чи ностальгії за зошитами. Причина – в русі. Письмо від руки – це не один простий жест. Це тисячі маленьких мікрорухів. Кожна літера має іншу форму. Щоб її написати, мозок повинен координувати очі, пальці, кисть, просторове мислення, пам'ять і рух» [4]. Отже, нейрогімнастика корисна для мисленнєвої функції мозку, для виконання мозком унікальної корисної ролі в навчінні.

Прикладом ще однієї методики, яка має сприяти збереженню життєвих ресурсів в умовах воєнного часу, є методика з подолання стресу для біологічного виживання – протокол «Чотири стихії» (автор – ізраїльський психолог Ілан Шапіро), який складається з 4-х простих вправ [5]. «1 Стихія «Земля-тіло/опора»: Заземляємось, відчуваючи опору на землю або підлогу. Звертаємо увагу на фізичне відчуття підтримки поверхонь, на яких стоїмо/сидимо/лежимо. Вправи за Джейкобсоном – розслаблення через напругу. Мета: зменшити тремор або ефект «ватних ніг». Напружити та різко відпустити м'язи. – «Насос» підняти плечі та різко опустити. 2. Стихія «Повітря-дихання»: – При стресі завжди починаємо з ВИДИХУ. Щоб уникнути інстинктивного

бажання робити глибокі часті вдихи. - Декілька усвідомлених поперемінних видихів (бажано видихати ротом!) та вдихів, спостерігаючи за наповненням повітря назовні та всередину. - Контрольоване дихання: видих довше ніж вдих. – Дихання по квадрату, починаємо з видиху! Видих ротом (на рахунок 1, 2), потім затримка (на рахунок 1, 2), вдих (на рахунок 1, 2), затримка (на рахунок 1, 2) і знову видих ротом (на рахунок 1, 2) і т.д. Виконувати до 4-х циклів. 3. Стихія «Вода- зволоження ротової порожнини: – У стресі пересихає ротова порожнина, і це підсилює стресові реакції. – Якщо не хочеться пити –пити навмисно! П'ємо воду маленькими ковтками. Немає води – уявіть скибочку лимону, імітація жування. 4. Стихія «Вогонь-уява»: –Дивимося на всі боки, фіксуємо погляд на предметах і називаємо їх, характеристики, якості. – Таким чином вмикаємо уяву, зорові контакти з оточенням та когнітивні функції. Завершення комплексу вправ «4 стихії» білатеральною стимуляцією мозку: поперемінним поплескуванням долонями по плечах, обійнявши себе перехресно (можливо і по ногах)» [5].

Мисленнєва функція мозку людини є індикатором здоров'я, а особливості мислення, які забезпечують людині здатність навчатися, пристосуватися до зовнішніх умов та вижити, є маркерами здоров'я. Конструктивне використання унікальної ролі мисленнєвої функції мозку людини в зазначеному аспекті в умовах воєнного часу може бути корисним у фізичному виживанні, збереженні життєвих ресурсів та покращенні якості освітнього процесу.

Список використаних джерел:

1. Медична психологія: підруч. / за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І. Д. Спіріної. Дніпро: ЛІРА, 2022. 300 с.
2. Сторр В. *Наука сторітелінгу*. Чому історії впливають на нас і як ними впливати на інших / пер. з англ. М. Госовська. Київ: Наш Формат, 2022. 224 с.
3. Розвиток ШІ загрожує людству загибеллю: на сполох б'ють самі творці нейромереж. *Новини* N. URL: <https://novosti-n.org/ua/analitic/Rozvytok-SHI-zagrozhuje-lyudstvu-zagybellyu-na-spoloh-b-yut-sami-tvorczy-nejromerezh-6148> (дата звернення: 05.06.2026)
4. Вчені розповіли про переваги письма від руки. *Корреспондент.net*. URL: <https://ua.korrespondent.net/tech/4280835-vcheni-rozpovily-pro-perevahy-pysma-vid-ruky> (дата звернення: 05.06.2026)
5. Рекомендації. Техніка «4 стихії. ЗЕМЛЯ, ПОВІТРЯ, ВОДА, ВОГОНЬ». *Психологічна служба. Управління освіти та гуманітарної політики Уманської міської ради*. URL: <https://um-osvita.gov.ua/tsentry/centr-profesiynogo-rozvitku-pedagogichnuh-pracivnukiv/psykholohichna-sluzhba/2951-rekomendatsiyi-tekhnika-4-stykhii-zemlya-povitrya-voda-vohon> (дата звернення: 05.06.2026)

НАПРЯМ 2

МЕДСЕСТРИНСТВО СЬОГОДЕННЯ ТА МАЙБУТНЬОГО: ТЕНДЕНЦІЇ, ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

Олена БЛОХОВИТА,
магістр медсестринства
заступник медичного директора з медсестринства
КНП «Первомайська центральна міська багатопрофільна лікарня»
Первомайської міської ради,
М. Первомайськ, Україна

МЕДСЕСТРИНСТВО СЬОГОДЕННЯ ТА МАЙБУТНЬОГО: ТЕНДЕНЦІЇ, ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Десятиліттями застарілі стереотипи малювали образ медичної сестри як суто технічного виконавця чужих вказівок. Але реальність вимагає абсолютно нової парадигми. Медсестринство сьогодні — це не просто виконання маніпуляцій, це наука, лідерство, доказова практика та самостійна медична суб'єктність.

Глобальні тренди та внутрішні реформи в Україні задають три ключові тенденції розвитку:

1. Академізація та багаторівнева освіта. В Україні успішно функціонує підготовка медсестер на рівнях бакалавра, магістра та навіть доктора філософії (PhD). Це наближає нас до стандартів Європейського Союзу. Фахівець із вищою освітою не просто слідує алгоритму, а аналізує першопричину симптомів і прораховує ризики на кілька годин наперед.

2. Цифровізація процесів. Сучасна медсестра працює в електронній системі охорони здоров'я (eHealth), координує пацієнтів та використовує високотехнологічне обладнання.

3. Симуляційне навчання. Перехід до моделі «безпечної помилки», коли практичні навички відточуються на сучасних манекенах-симуляторах, дозволяє фахівцям приходити до реального пацієнта із залізобетонною впевненістю.

Жодна трансформація не проходить безболісно. Наша професійна спільнота сьогодні долає надважкі виклики:

1. Умови війни. З 2022 року українські медичні сестри та брати працюють у режимі екстремальних навантажень. Окремою важливою категорією стали бойові медики та велонтери, які повертаються до цивільних лікарень із колосальним прикладним досвідом, що потребує інтеграції та систематизації.

2. Кадровий голод та вигорання. Через міграційні процеси, надмірне навантаження та недостатній рівень заробітної плати ми спостерігаємо дефіцит

кадрів. Дослідження фіксують у багатьох фахівців виражені стадії синдрому емоційного вигорання (СЕВ), що вимагає впровадження програм психологічної підтримки безпосередньо в закладах охорони здоров'я.

3. Нерівність у статусі. Попри колосальну відповідальність, медсестра часто залишається прив'язаною до закладу без права голосу в стратегічних фінансових та управлінських рішеннях клініки.

Перспективи майбутнього. Яким ми бачимо медсестринство майбутнього? Відповідь закладена у рекомендаціях ВООЗ та міжнародному досвіді:

1. Розширення функціоналу (Advanced Practice Nursing). Майбутнє за частковим перерозподілом обов'язків від лікарів до висококваліфікованих медсестер, особливо на рівні первинної медичної допомоги. Це ведення пацієнтів із хронічними хворобами, виписка деяких рецептів та проведення самостійних консультацій.

2. Медсестра-лідер. Поява посад директорів із медсестринства, які є повноправними членами адміністративних рад лікарень і впливають на розподіл бюджетів.

3. Професійна автономія. Можливість ведення приватної медсестринської практики (наприклад, у сфері паліативної допомоги, реабілітації чи патронажу).

Отже, медсестринство сьогодення – це індикатор зрілості всієї нашої держави. Ми більше не «фон». Ми – надійне крило медицини. Наше завдання зараз – утримати емпатію до пацієнта та водночас вибороти власну професійну гідність, вимагаючи належних умов праці, безперервного розвитку та справедливого визнання.

Список використаних джерел:

1. МОЗ України URL: <https://moz.gov.ua/uk/zatverdzeni-strategichni-napryami-rozvitku-medsestrinstva-yih-prezentuvali-na-profesijnomu-forumi>
2. МОЗ України URL: <https://moz.gov.ua/uk/medsestrinstvo-v-ukrayini-transformaciya-osviti-ta-strategichnij-rozvitok>
3. Медична справа URL: <https://medplatforma.com.ua/article/19022-profesiini-standarty-dlia-medychnykh-pratsivnykiv>
4. Стратегічні напрями розвитку медсестринства в Україні. Київ, 2024. 18 с.
5. Реєстру кваліфікацій Національного агентства кваліфікацій України URL: <https://register.nqa.gov.ua/profstandart/sestra-medicna-brat-medicnij-z-reabilitacii>

Олена ГУРІНА,
доктор економічних наук, професор,
професор кафедри,
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

DATA-DRIVEN MANAGEMENT У МЕДСЕСТРИНСТВІ: НОВІ ПІДХОДИ ДО ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ

Розглянуто особливості застосування концепції Data-Driven Management у сфері медсестринства. Обґрунтовано роль аналітики даних у підвищенні ефективності управлінських рішень, оптимізації кадрового забезпечення та покращенні якості медсестринської допомоги. Визначено основні переваги використання цифрових технологій, електронних медичних записів та інструментів аналітики даних для підтримки процесів управління в закладах охорони здоров'я. Доведено, що впровадження підходів Data-Driven Management сприяє підвищенню ефективності діяльності медсестринського персоналу, раціональному використанню ресурсів та забезпеченню пацієнтоорієнтованого підходу в системі охорони здоров'я.

Сучасна система охорони здоров'я функціонує в умовах стрімкого розвитку цифрових технологій, зростання обсягів медичної інформації та необхідності оперативного прийняття управлінських рішень. За таких умов особливого значення набуває концепція Data-Driven Management (управління на основі даних), яка передбачає використання об'єктивних даних та аналітичних інструментів для планування, організації, контролю й оцінювання діяльності медичного персоналу. Використання даних як основи управлінських рішень сприяє підвищенню ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, оптимізації ресурсів та покращенню якості медичних послуг.

Питання цифрової трансформації системи охорони здоров'я та впровадження сучасних інформаційних технологій активно досліджуються вітчизняними науковцями. Зокрема, О. А. Музика-Стефанчук, М. О. Стефанчук та Н. Я. Якимчук [1] розглядають цифровізацію як один із ключових напрямів модернізації системи охорони здоров'я та підвищення ефективності її функціонування. М. С. Вальчук [2] акцентує увагу на особливостях використання цифрових сервісів в управлінні закладами охорони здоров'я та проблемах їх практичного впровадження. М. В. Макаренко [3] досліджує механізми публічного управління процесами цифровізації медичної сфери та роль цифрових інструментів у підвищенні ефективності управлінських рішень. У роботах П. Гуржого [4] обґрунтовується значення цифрових технологій для оптимізації управлінських процесів у закладах охорони здоров'я та підвищення якості медичних послуг. Водночас А. Ю. Єфіменко [5] аналізує сучасні підходи

до управління цифровою трансформацією системи охорони здоров'я України та визначає основні виклики, пов'язані з впровадженням цифрових рішень у медичну практику.

Незважаючи на значний внесок науковців у дослідження цифровізації охорони здоров'я, питання застосування концепції Data-Driven Management у системі медсестринства, зокрема для управління персоналом, оцінювання результативності діяльності та підтримки управлінських рішень, залишаються недостатньо розробленими й потребують подальших наукових досліджень.

У сфері медсестринства Data-Driven Management спрямований на забезпечення ефективного використання кадрових, часових та матеріальних ресурсів шляхом аналізу інформації, отриманої з електронних медичних записів, інформаційних систем закладів охорони здоров'я, показників якості медичних послуг та результатів роботи персоналу. Такий підхід дозволяє зменшити суб'єктивність управлінських рішень та підвищити їх обґрунтованість.

Використання аналітики даних у медсестринстві дає можливість здійснювати моніторинг навантаження на персонал, оцінювати якість медсестринської допомоги, прогнозувати потребу в кадрових ресурсах та виявляти фактори, що впливають на ефективність роботи медичних працівників. Особливого значення набувають інструменти бізнес-аналітики, штучного інтелекту та прогнозного аналізу, які забезпечують своєчасне виявлення проблемних аспектів діяльності та підтримують процес прийняття управлінських рішень.

У сучасних закладах охорони здоров'я значний обсяг даних формується в результаті щоденної діяльності медичних працівників. Використання цих даних дозволяє перейти від реактивної моделі управління до проактивної, заснованої на прогнозуванні потреб та своєчасному прийнятті рішень. Аналітика даних сприяє виявленню тенденцій щодо навантаження персоналу, частоти виникнення медичних помилок, рівня задоволеності пацієнтів та ефективності використання ресурсів.

Особливу роль відіграє використання цифрових KPI для оцінювання діяльності персоналу. До таких показників можуть належати рівень виконання клінічних протоколів, кількість помилок у документації, швидкість реагування на потреби пацієнтів, рівень задоволеності пацієнтів та показники професійного розвитку кадрів. Застосування цифрових інструментів моніторингу забезпечує об'єктивність оцінювання результатів роботи та створює передумови для підвищення якості медичних послуг.

Впровадження концепції Data-Driven Management у практику медсестринства створює нові можливості для підвищення ефективності управління персоналом, покращення якості медичної допомоги та оптимізації

використання ресурсів закладів охорони здоров'я. Використання даних як основи для прийняття управлінських рішень дозволяє своєчасно виявляти проблемні аспекти діяльності, прогнозувати потреби та підвищувати результативність роботи медичного персоналу.

Основні переваги застосування Data-Driven Management у медсестринстві наведено в табл. 1.

Таблиця 1

Переваги впровадження Data-Driven Management у медсестринстві

Напрямок застосування	Практичний ефект
Управління персоналом	Оптимізація графіків роботи та навантаження
Контроль якості	Моніторинг показників якості медичної допомоги
Управління ризиками	Раннє виявлення проблем та відхилень
Навчання персоналу	Формування індивідуальних програм розвитку
Пацієнтоорієнтованість	Підвищення задоволеності пацієнтів

Джерело: узагальнено автором.

Дані, наведені в таблиці 1, свідчать, що впровадження Data-Driven Management забезпечує комплексний позитивний вплив на всі ключові напрями діяльності персоналу. Використання аналітики даних сприяє підвищенню якості медичної допомоги, оптимізації використання ресурсів та покращенню процесу прийняття управлінських рішень.

Важливим напрямом розвитку Data-Driven Management є інтеграція цифрових платформ та систем електронного документообігу, що забезпечує прозорість інформаційних потоків, підвищує координацію роботи медичного персоналу та сприяє формуванню єдиного інформаційного середовища закладу охорони здоров'я. У результаті створюються умови для підвищення якості медичних послуг, оптимізації використання ресурсів і зростання рівня задоволеності пацієнтів.

З огляду на вище зазначене, вважаємо за доцільне запропонувати концептуальну модель використання Data-Driven Management для підтримки управлінських рішень у системі медсестринства (рис. 1).

Запропонована модель відображає послідовність перетворення даних на управлінські рішення. Її ключовими елементами є збір та інтеграція даних, аналітична обробка інформації, формування управлінських рішень та оцінювання результатів діяльності. Наявність зворотного зв'язку забезпечує безперервне вдосконалення процесів управління медсестринським персоналом та підвищення якості медичної допомоги.

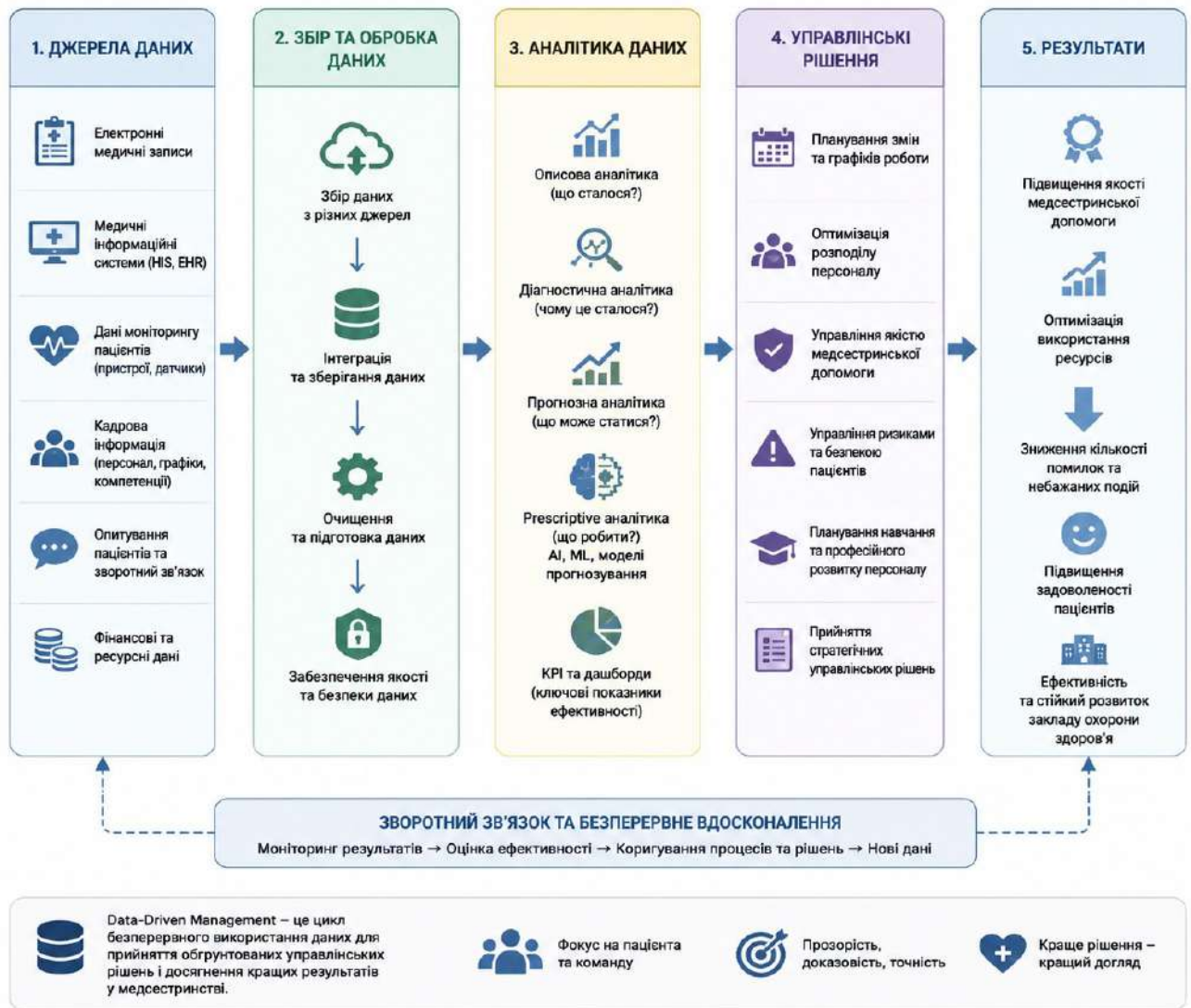


Рис. 1. Концептуальна модель застосування Data-Driven Management у системі медсестринства.

Таким чином, запровадження підходів Data-Driven Management може стати одним із ключових напрямів розвитку медсестринства майбутнього, орієнтованого на цифровізацію, доказовість та пацієнтоорієнтованість. Інтеграція цифрових технологій, інструментів штучного інтелекту та систем підтримки прийняття рішень забезпечує підвищення ефективності управління медсестринським персоналом, сприяє покращенню якості медичної допомоги та створює передумови для сталого розвитку системи охорони здоров'я в умовах цифрової трансформації.

Список використаних джерел:

- Музика-Стефанчук О. А., Стефанчук М. О., Якимчук Н. Я. Система охорони здоров'я в умовах цифровізації та реформування фінансування. *Аналітично-порівняльне правознавство*. 2023. № 6. С. 408–413.
- Вальчук М. С. Залучення цифрових сервісів в управлінні закладами охорони здоров'я України: проблеми рутинізації. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2024. Т. 35 (74). № 3. С. 21–27.

3. Макаренко М. В. Механізми публічного управління цифровізацією сфери охорони здоров'я. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2023. № 1 (36). С. 65–71.

4. Гуржий П. Цифрові технології в управлінському процесі закладів охорони здоров'я. *Економіка та суспільство*. 2024. № 69.

5. Єфіменко А. Ю. Управління цифровою трансформацією системи охорони здоров'я України: сучасні підходи та виклики. *Adaptive Economics*. 2026. № 1.

Христина КРАСОТКІНА,
здобувачка освітнього рівня «бакалавр»
спеціальності «Медсестринство»,
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»
м. Миколаїв, Україна

ЕВОЛЮЦІЯ РОЗВИТКУ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ ТА СТАНОВЛЕННЯ МЕДИЧНОЇ КОСМЕТОЛОГІЇ

Сучасний етап розвитку медицини характеризується активною інтеграцією естетичних та лікувально-профілактичних технологій у практику охорони здоров'я. Медична косметологія посідає особливе місце серед цих напрямів, оскільки поєднує у собі медичні знання, клінічне мислення та навички роботи з сучасними методами догляду за шкірою.

У зв'язку з розширенням кола косметологічних процедур зростає і роль медичної сестри, яка є ключовою ланкою між лікарем, пацієнтом та якістю виконання процедур.

Актуальність теми зумовлена тим, що в умовах сучасних технологічних змін, високих вимог до безпеки та інфекційного контролю, а також зростання попиту населення на естетичні медичні послуги, компетентність медичної сестри набуває першочергового значення. Саме медична сестра-косметолог відповідає за підготовку пацієнта, проведення значної частини процедур, дотримання санітарно-гігієнічних норм, профілактику ускладнень та ефективну комунікацію з пацієнтами.

Питання розвитку сучасної дерматології та косметології досліджуються у працях українських науковців. Зокрема, у наукових роботах Ю. В. Андрашка та Р. Р. Яремкевича розглядаються сучасні підходи до застосування ретиноїдів у дерматологічній практиці, їх механізм дії, клінічна ефективність та значення у лікуванні захворювань шкіри, що мають важливе значення і для косметології [1].

Метою дослідження є еволюція розвитку сестринської справи та становлення медичної косметології.

Історія сестринської справи нерозривно пов'язана з розвитком медицини та потребою суспільства у кваліфікованому догляді. Перші згадки про догляд за хворими сягають часів античності, коли роль «помічників лікаря» виконували жінки, що мали природні навички турботи, спостережливості та акуратності. Однак професійного статусу сестринська діяльність набула значно пізніше — у ХІХ столітті, завдяки діяльності Флоренс Найтінгейл, яка реформувала підходи до догляду, дисципліни і гігієни в медичних закладах. Саме її ідеї стали основою сучасної моделі сестринської справи: всебічний догляд, увага до пацієнта, доказова організація роботи.

Поступове формування спеціалізацій у медицині спричинило появу й окремих напрямів сестринства. На межі ХХ–ХХІ століть активно розвивається медична косметологія, яка поєднує елементи дерматології, фізіотерапії, доглядових технологій та малоінвазивних естетичних процедур. У цей період косметологія перестає бути лише «доглядовою практикою» та перетворюється на повноцінну галузь медичної діяльності, що потребує чітких компетенцій, глибоких знань з анатомії, фізіології, інфекційного контролю й безпеки пацієнта.

Роль медичної сестри у косметології формується паралельно з розвитком галузі. Якщо на ранніх етапах сестра забезпечувала переважно гігієнічний догляд і допомогу лікарю-косметологу, то сьогодні вона є активним учасником процесу: готує пацієнта до процедур, проводить частину маніпуляцій, виконує ін'єкційні та апаратні методики у межах своїх повноважень, контролює стан пацієнта, а також відповідає за профілактику ускладнень та якість виконання процедури.

Сучасна медична косметологія — це динамічна галузь, яка реагує на технологічні інновації, зростання попиту на естетичні процедури та потребу пацієнтів у безпечних і результативних методах корекції та догляду. У цих умовах еволюція сестринської ролі триває: медична сестра стає не лише виконавцем процедур, але й фахівцем з пацієнтоорієнтованого підходу, комунікації, навчання пацієнта та підтримання його психологічного комфорту.

У сучасному суспільстві косметологія займає важливе місце серед напрямів естетичної медицини та дерматології. Завдяки розвитку наукових досліджень, удосконаленню косметологічних препаратів та впровадженню інноваційних технологій розширюються можливості профілактики та корекції вікових змін шкіри. Косметологічні процедури застосовуються не лише з естетичною метою, а й для підтримання здоров'я шкіри та покращення її функціонального стану.

До основних переваг сучасної косметології належить можливість профілактики передчасного старіння шкіри, корекції естетичних недоліків та лікування деяких дерматологічних проблем, таких як акне, постакне,

гіперпігментація та себорея. Використання сучасних методик, зокрема біоревіталізації, мезотерапії, хімічних пілінгів та апаратних процедур, сприяє покращенню структури шкіри, стимуляції регенеративних процесів і синтезу колагену.

Водночас розвиток косметології пов'язаний із певними ризиками. Порушення техніки проведення процедур, використання неякісних препаратів або недостатня кваліфікація спеціаліста можуть призводити до ускладнень, таких як алергічні реакції, інфекційні ураження шкіри, запальні процеси чи утворення рубців. Тому важливу роль у забезпеченні безпечності косметологічних процедур відіграє медичний персонал, який повинен дотримуватися принципів асептики та антисептики, інфекційного контролю та професійних стандартів.

Отже, сучасна косметологія має значний потенціал для покращення зовнішнього вигляду та психоемоційного стану людини, однак її ефективність і безпечність значною мірою залежать від професійної підготовки спеціалістів і відповідального підходу до проведення процедур.

Список використаних джерел:

1. Yaremkevich R. R., Andrashko Yu. V. Ретиноїдофобія – основні аспекти проблеми та факти доказової медицини як інструмент для її вирішення. *Фармакотерапія в дерматовенерології*. 2018. № 4. DOI: <https://doi.org/10.30978/UJDVK2018-4-57>

Олеся МАРКОВСЬКА,
здобувачка освітнього рівня «бакалавр»
спеціальності «Медсестринство»,
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»
м. Миколаїв, Україна

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ПРОФІЛАКТИЦІ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ: СУЧАСНІ ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Актуальність. За даними міжнародних досліджень, своєчасне виявлення раку молочної залози значно підвищує шанси на успішне лікування та знижує смертність [1, 3, 4]. Провідна роль у реалізації профілактичних програм належить первинній ланці медичної допомоги, де саме медична сестра найчастіше контактує з пацієнтками [6, 7]. Її діяльність включає інформування населення про фактори ризику, навчання методам самообстеження, мотивацію до проходження скринінгу та супровід жінок із груп підвищеного ризику [4, 5, 7].

Рак молочної залози (РМЗ) є одним із найпоширеніших онкологічних захворювань серед жінок та залишається важливою медико-соціальною

проблемою як в Україні, так і у світі [1, 2]. Незважаючи на розвиток сучасних методів діагностики й лікування, значна частина випадків виявляється на пізніх стадіях, що негативно впливає на виживаність та якість життя пацієнток [2, 3]. У таких умовах особливого значення набуває профілактична діяльність медичних працівників, насамперед медичних сестер, які здійснюють просвітницьку роботу, оцінюють фактори ризику та сприяють ранньому виявленню захворювання [6, 7].

Мета даного дослідження - Проаналізувати сучасні підходи до профілактики раку молочної залози та визначити роль медичної сестри у формуванні профілактичної поведінки жінок, організації скринінгових заходів і підвищенні ефективності ранньої діагностики.

Основний виклад матеріалу. Проведений аналіз наукових джерел показав, що профілактика раку молочної залози повинна бути комплексною та поєднувати первинні, вторинні й третинні профілактичні заходи [1, 3, 4].

До основних немодифікованих факторів ризику належать вік, спадкова схильність, генетичні мутації BRCA1/BRCA2, раннє менархе, пізня менопауза та обтяжений сімейний анамнез [2, 3, 6]. Серед модифікованих факторів ризику найбільше значення мають ожиріння, недостатня фізична активність, вживання алкоголю, тютюнопаління, нераціональне харчування та тривала гормональна терапія [1, 5, 6]. Встановлено, що медична сестра виконує провідні функції у профілактиці РМЗ: проводить санітарно-просвітницьку роботу, оцінює фактори ризику, навчає жінок техніці самообстеження молочних залоз, мотивує до проходження мамографії, бере участь у клінічних оглядах та забезпечує взаємодію між пацієнткою і лікарями різних спеціальностей [4, 6, 7].

Особливу увагу доцільно приділяти групам підвищеного ризику, для яких рекомендовані індивідуалізовані програми спостереження та більш інтенсивні скринінгові заходи [3, 4, 6].

Захисні фактори Наукові дані свідчать, що ризик розвитку раку молочної залози можна зменшити шляхом дотримання комплексу профілактичних заходів [1, 5]. До основних захисних факторів належать: підтримання нормальної маси тіла; регулярна фізична активність; грудне вигодовування; збалансоване харчування; відмова від тютюнопаління; обмеження вживання алкоголю; регулярне самообстеження молочних залоз; проходження профілактичних оглядів і мамографічного скринінгу [4, 5, 6].

Саме формування цих здорових звичок є одним із пріоритетних напрямів роботи медичної сестри [6, 7].

Поширені міфи про рак молочної залози. Незважаючи на активну інформаційно-просвітницьку роботу, серед населення й досі існує багато хибних уявлень щодо причин виникнення раку молочної залози. Такі міфи можуть призводити до відмови від профілактичних оглядів, несвоєчасного

звернення за медичною допомогою та погіршення прогнозу захворювання. Одним із важливих завдань медичної сестри є спростування цих помилкових переконань на основі доказової медицини.

До найпоширеніших міфів належать:

Міф 1. Мамографія може спричинити рак молочної залози. Насправді це неправда. Доза рентгенівського випромінювання під час сучасної мамографії є дуже низькою та безпечною, а користь від раннього виявлення пухлини значно переважає будь-які потенційні ризики. Саме мамографія залишається «золотим стандартом» скринінгу.

Міф 2. Удар або травма молочної залози викликає рак. Наукових доказів такого зв'язку немає. Травма може привернути увагу до вже існуючого утворення або спричинити гематому, але не є причиною розвитку злоякісної пухлини.

Міф 3. Операція чи біопсія призводить до поширення ракових клітин. Це хибне твердження. Біопсія та хірургічні втручання виконуються за міжнародними стандартами й не збільшують ризик «рознесення» пухлини. Навпаки, вони є необхідними для своєчасної діагностики та лікування.

Міф 4. Використання антиперспірантів або дезодорантів викликає рак молочної залози. На сьогодні переконливих наукових доказів, що підтверджують зв'язок між застосуванням антиперспірантів і розвитком раку молочної залози, не існує. Проведені дослідження не встановили причинно-наслідкової залежності.

Міф 5. Носіння бюстгальтера, особливо з кісточками, підвищує ризик розвитку раку. Це також не підтверджено науковими дослідженнями. Вибір білизни не впливає на виникнення злоякісних новоутворень молочної залози.

Міф 6. Якщо в родині не було випадків раку молочної залози, захворювання не загрожує. Більшість випадків раку молочної залози виникають у жінок без обтяженого сімейного анамнезу. Тому регулярні профілактичні огляди необхідні всім жінкам відповідно до віку та індивідуальних факторів ризику.

Міф 7. Відсутність болю означає відсутність проблем із молочними залозами. На ранніх стадіях рак молочної залози часто не викликає жодних симптомів і не супроводжується больовими відчуттями. Саме тому регулярний скринінг і самообстеження мають вирішальне значення.

Таким чином, боротьба з поширеними міфами є важливою складовою профілактичної діяльності медичної сестри. Надання пацієнткам достовірної інформації, заснованої на принципах доказової медицини, сприяє підвищенню довіри до скринінгових програм, формуванню відповідального ставлення до власного здоров'я та своєчасному виявленню раку молочної залози.

Отже, профілактика раку молочної залози повинна базуватися на комплексному підході, що включає усунення модифікованих факторів ризику, раннє виявлення захворювання та активну інформаційно-просвітницьку діяльність. Медична сестра є ключовою ланкою цієї системи завдяки своїй освітній, консультативній, організаційній та мотиваційній ролі.

Розширення скринінгових програм, підвищення рівня поінформованості населення та розвиток міждисциплінарної співпраці здатні сприяти більш ранньому виявленню патології та зниженню смертності від раку молочної залози.

Список використаних джерел:

1. World Health Organization. *Breast cancer*. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
2. International Agency for Research on Cancer (IARC). *Global Cancer Observatory: Breast Cancer Fact Sheet*. URL: <https://gco.iarc.who.int>
3. Loibl S., Poortmans P., Morrow M., et al. *ESMO Clinical Practice Guideline for Early Breast Cancer*. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38101773/>
4. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). *Breast Cancer Screening and Diagnosis*. URL: <https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/breastcancerscreening-patient.pdf>
5. Центр громадського здоров'я МОЗ України. *Рак молочної залози: як розпізнати та запобігти*. URL: <https://phc.org.ua>
6. Міністерство охорони здоров'я України. *Стандарт медичної допомоги «Рак молочної залози»*. Наказ МОЗ України № 195 від 03.02.2025. URL: <https://moz.gov.ua>
7. Liebermann E., Van den Heede K., Van Dongen S., et al. *Roles and Activities of Nurses in Cancer Prevention and Early Detection*. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10331398/>

Маргарита МОРОЗ,
здобувачка освітнього рівня «бакалавр»
спеціальності «Медсестринство»,
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»
м. Миколаїв, Україна

ПРИЧИНИ КОНФЛІКТІВ У МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ ТА ОБҐРУНТУВАННЯ ПІДХОДІВ ДО ЇХ ПОПЕРЕДЖЕННЯ І ВИРІШЕННЯ

Конфлікти в медичній практиці є поширеним явищем, що виникає внаслідок складної взаємодії між медичними працівниками, пацієнтами та адміністрацією закладів охорони здоров'я. Їх наявність негативно впливає на якість медичної допомоги, професійний клімат у колективі та рівень довіри до системи охорони здоров'я. Особливо актуальною ця проблема є в умовах воєнного стану, коли медичний персонал працює в умовах підвищеного психоемоційного навантаження.

Конфлікт у медичній практиці є не лише джерелом напруження та професійних ризиків, а й потенційним чинником розвитку, який за умови конструктивного врегулювання сприяє вдосконаленню комунікації, професійної взаємодії та якості медичної допомоги.

Метою дослідження є визначення причин виникнення конфліктів у діяльності медичних працівників та обґрунтування підходів до їх попередження і вирішення в закладах охорони здоров'я.

Емпіричне дослідження проведено на базі КНП «Миколаївський обласний центр психічного здоров'я» МОР. У дослідженні взяли участь 20 працівників середнього та молодшого медичного персоналу. Для збору даних використовувалися тест А. Ассінгера, методика Томаса-Кілмана, методика діагностики емоційного вигорання В. Бойка та шкала емоційної емпатії EETS.

Результати дослідження засвідчили, що середній рівень агресивності респондентів становив 38,85 бала, що відповідає помірному рівню. У більшості учасників переважали конструктивні стилі поведінки в конфліктних ситуаціях – співпраця та компроміс. Водночас виявлено помірний рівень емоційного вигорання із середнім інтегральним показником 115,85 бала, при цьому найбільш вираженою була фаза резистенції, що відображає формування адаптивних механізмів психологічного захисту в умовах тривалого професійного стресу та зниження його суб'єктивного впливу.

Дослідження рівня емпатії показало високі показники в усіх респондентів, що є важливим ресурсом для підтримання ефективної комунікації та попередження конфліктів у професійному середовищі.

Аналіз отриманих результатів дозволяє припустити наявність зв'язку між емоційним вигоранням, особливостями конфліктної поведінки та

психоемоційним станом медичного персоналу. Водночас високий рівень емпатії може частково компенсувати негативний вплив професійного стресу та сприяти конструктивному вирішенню конфліктних ситуацій.

Перспективними напрямками профілактики конфліктів є розвиток комунікативних компетентностей медичного персоналу, впровадження програм психологічної підтримки, профілактика емоційного вигорання, удосконалення організації роботи медичних закладів та формування культури довіри й партнерської взаємодії.

За результатами дослідження встановлено, що конфлікти в закладах охорони здоров'я мають багатофакторний характер і зумовлені організаційними, комунікативними та психоемоційними чинниками. Ефективне їх врегулювання потребує комплексного застосування адміністративних, правових, психологічних і комунікативних заходів. Переважання у медичного персоналу конструктивних стратегій поведінки в конфліктних ситуаціях, помірний рівень агресивності та високий рівень емпатії є сприятливими чинниками підтримання професійної взаємодії. Водночас виявлено групу ризику з підвищеними показниками агресивності (5%) та ознаки емоційного вигорання з домінуванням фази резистенції. Розроблено практичні рекомендації щодо профілактики конфліктів, розвитку комунікативних навичок та підвищення емоційної стійкості, впровадження яких сприятиме покращенню психологічного клімату в колективі та якості медичної допомоги.

Список використаних джерел:

1. Вітенко І. С., Дутка Л. М., Зименковська Л. Я. Основи загальної і медичної психології: навч. посіб. Київ: Вища шк., 1991. 272 с.
2. Ложкін Г. В., Пов'якель Н. І. Психологія конфлікту: теорія і сучасна практика: навч. посіб. Київ: Професіонал, 2007. 416 с.
3. Кокур О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: О-75 метод. посіб. Київ: «КНТ», 2023. 168 с.
4. Русинка І. І. Конфліктологія. Психотехнології запобігання і управління конфліктами: навч. посіб. Київ: Професіонал, 2007. 337 с.

Ольга ПРИСЯЖНЮК,
 медичний директор
 КНП Миколаївської міської ради
 «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 4»
 м. Миколаїв, Україна

МЕДСЕСТРИНСТВО СЬОГОДЕННЯ ТА МАЙБУТНЄ: ТЕНДЕНЦІЇ, ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

Медична сестра є ключовим ресурсом охорони здоров'я, виконуючи роль провайдера профілактики, освіти та первинної допомоги. Вона забезпечує зниження захворюваності через навчання пацієнтів, реалізацію профілактичних ініціатив, ведення хронічних хворих та психосоціальну підтримку, зміщуючи фокус із лікування на збереження здоров'я. Розглянемо основні аспекти змін, що відбуваються в системі медсестринської освіти, ключові виклики, тенденції та інновації, які впливають на розвиток медсестринства в Україні. Проаналізуємо проблеми, з якими стикається система медсестринської освіти, такі як недостатній доступ до якісної освіти, нестача кваліфікованих викладачів, застарілі навчальні програми, обмежений доступ до сучасних методів навчання та оцінювання, а також описано нові тенденції – активне залучення студентів до практичної роботи, розвиток міжнародного співробітництва та впровадження сучасних методів навчання. Обговоримо рекомендації щодо подальшого розвитку системи медсестринської освіти в Україні.

Головні тенденції включають розширення автономії медсестер, цифровізацію та акцент на психологічній підтримці. Серед ключових викликів – подолання професійного вигорання та адаптація до нових реалій, тоді як перспективи пов'язані з розвитком магістерських програм та лідерства. Сучасні медсестри стикаються з низкою викликів, серед яких недостатня оплата праці, велике навантаження через брак кадрів, а також необхідність постійного навчання і адаптації до нових умов. Попри це, професія медичної сестри залишається однією з найшановніших і важливих у суспільстві. Підвищення якості медичної освіти, питання лідерства, етики, міждисциплінарної взаємодії, інновацій у догляді за пацієнтами та формування нових підходів до професійного розвитку. Розкрила роль емоційного інтелекту як визначального чинника професійної стійкості медичних сестер у складних умовах воєнного часу. Підкреслюємо, що здатність усвідомлювати, контролювати та конструктивно виражати емоції сприяє збереженню психологічного благополуччя, ефективній взаємодії з пацієнтами й колегами, а також забезпечує високу якість медсестринського догляду навіть у кризових ситуаціях.

Основні аспекти ролі медичної сестри у системі охорони здоров'я:

- *Автономія та розширення повноважень:* медичні сестри/брати стають повноцінними партнерами лікарів, беручи на себе частину функцій з ведення пацієнтів, а саме беруть на себе моніторинг пацієнтів з хронічними захворюваннями, роботу з ветеранами тим самим зменшуючи навантаження на лікарів.
- *Інфекційний контроль:* участь у заходах із запобігання поширенню інфекцій у громаді.
- *Фокус на ментальному здоров'ї:* у зв'язку з глобальними та локальними подіями, психосоціальна підтримка пацієнтів стала невіддільною частиною роботи надання допомоги вразливим верствам населення, навчання самопомоги.
- *Багатoproфільна реабілітація:* зростає потреба в медсестрах-фахівцях з фізичної та відновлюваної терапії. Визначення пріоритетних медичних потреб громади та збір даних для оцінки стану здоров'я населення.
- Завдяки своїй мобільності та близькості до пацієнта, медсестри є найдоступнішим ресурсом для впровадження змін у системі охорони здоров'я
- *Цифровізація:* впровадження електронних медичних систем та телемедицини вимагає від фахівців нових цифрових навичок. У сучасному світі відбувається так, що професії постійно змінюються, за потреби виникають нові, а деякі зникають, їх замінюють машини, роботи, комп'ютери. Але існують професії, які завжди будуть затребуваними. До них відноситься і професія медичної сестри. Адже жоден робот не замінить чуйного серця, вправних та працюючих рук, милосердної душі.

Головні виклики:

- *Емоційне вигорання:* високі навантаження, стрес і робота в екстремальних умовах створюють загрозу для фахівців.
- *Кадровий дефіцит:* відтік кадрів та необхідність постійного оновлення знань під тиском новітніх технологій.
- *Специфіка для України:* війна додала надскладні виклики: надання допомоги в умовах бойових дій, мінно-вибухові травми та робота з внутрішньо переміщеними особами.
- Професія медичної сестри поєднує в собі надзвичайно велику кількість людських та ділових якостей, найважливішими з яких є доброта та емпатія. Важливими якостями також є нестандартність мислення, здатність до швидкої реакції та змога ефективно працювати в екстрених ситуаціях.

Перспективи розвитку:

- *Розвиток освіти:* перехід на рівень підготовки бакалаврів та магістрів, впровадження системи безперервного професійного розвитку (БПР).

- *Створення лідерських позицій*: поява посад «сестра медична-лідер» або «advanced practice nurse», які координують клінічні процеси та управління якістю.
- *Міжнародна інтеграція*: активне залучення українських фахівців до світової спільноти та впровадження європейських стандартів.

Слід розробити рекомендації та стратегії, спрямовані на трансформацію системи медсестринської освіти. Це означає необхідність оновлення навчальних програм, залучення кваліфікованих викладацьких кадрів, які мають практичний досвід у медсестринстві, для забезпечення якісного освітнього процесу та менторства. Впроваджувати сучасні методи навчання, такі як симуляційне навчання та використання віртуальної реальності, що дозволить підвищити ефективність процесу навчання і підготовки майбутніх медичних сестер/братів у закладах охорони здоров'я. Важливо підтримувати наукові дослідження, сприяти розвитку партнерських відносин з закладами охорони здоров'я та іншими стейкхолдерами, для забезпечення практичної підготовки студентів та підтримки у професійному зростанні. Розуміння постановки проблеми у загальному вигляді та її зв'язку з важливими науковими та практичними завданнями є важливим для подальшого реформування медсестринської освіти в Україні. Окрім цього, важливо зробити професію медичної сестри більш привабливою, підвищити її соціальний статус і отримати визнання в суспільстві. Поступове впровадження цих змін сприятиме покращенню підготовки медичних сестер і братів, підвищенню якості медичної допомоги та відповідності міжнародним стандартам. Вітчизняне медсестринство потребує вирішення актуальних питань на державному рівні, застосування комплексного підходу, що включає зміну системи управління, чіткого визначення функціональних обов'язків медичних сестер-молодших спеціалістів, медичних сестер-бакалаврів та медичних сестер-магістрів. Посилення ролі медичної сестри через розширення її повноважень може стати важливим кроком у підвищенні якості та доступності медичної допомоги в Україні.

Кінцева мета – підготовка високопрофесійних і кваліфікованих робочих кадрів в медсестринстві. Виявлені проблеми, аспекти, виклики, тенденції та інновації повинні приступити до переформатування системи, узгоджуючи її з вимогами сучасного медичного середовища та громадських потреб та забезпечувати якісні медичні послуги населенню.

Список використаних джерел:

1. Ніколаєнко-Камишова Т. П. Проблеми медсестринства в структурі сучасної системи охорони здоров'я. Мотивації та оптимізація підходів до вирішення. *Медсестринство = Nursing*. 2022. №1. С. 51-53.

2. Мельник В. В., Проняєв Д. В. Ефективність симуляційного навчання. Медична симуляція – погляд в майбутнє (впровадження інноваційних технологій у вищу медичну освіту України), 2022. С. 186-187.

Олена РАТНИКОВА,
здобувачка освітнього рівня «бакалавр»
спеціальності «Медсестринство»
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЛИВАННЯ КРОВІ ТА ЇЇ КОМПОНЕНТІВ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ – РОЛЬ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПЕРСОНАЛУ

Раннє застосування крові та її компонентів значно підвищує шанси виживання і часто є чи не єдиним шансом на порятунок при масивній кровотечі. Масивна крововтрата і досі є однією з головних причин смертності під час бойових дій, і основною причиною превентивної смертності в цивільній медицині. Якщо раніше переливання крові та її компонентів проводилась переважно в стаціонарних умовах, то зараз все частіше проводиться догоспітальна гемотрансфузія. В умовах повномасштабної війни це питання набуло критичного значення, коли час транспортування догоспітального етапу може бути тривалим, а від відновлення об'єму циркулюючої крові залежить життя пацієнта. Якщо на догоспітальному етапі цивільного сектора, зокрема, для бригад ЕМД не передбачено використання донорської крові та її компонентів, то у військовій медицині ситуація кардинально інша – раннє застосування препаратів крові у тяжкопоранених з травмою і гострою крововтратою – офіційно дозволено, масштабне впроваджено та є стандартом надання допомоги в умовах бойових дій [1].

Надмірне використання кристолоїдних розчинів при масивній крововтраті може погіршувати результати лікування, через розведення ОЦК, як наслідок виникання коагулопатії, ацидозу, гіпотермії (так звана летальна «тріада смерті»).

У настановах ТССС визначені критерії для проведення гемотрансфузії, а саме:

- ЧСС більше ніж 120 за 1 хв;
- САТ менше ніж 90 мм рт. ст. або відсутність пульсу на променевій артерії;
- порушення або зміна свідомості в поєднанні з ознаками геморагічного шоку;

- проникні поранення грудної клітки / живота, вузлові кровотечі (поранення в місцях прикріплення кінцівок до тулуба);
- перелом кісток таза;
- ампутація нижньої кінцівки вище від коліна чи множинні ампутації (незалежно від показників життєво важливих функцій) [2].

Після розпізнавання шоку, попередження гіпотермії та зупинки кровотечі (якщо вона наявна) проводиться ресусцитація, де оптимальною є цільна кров (Whole blood, WB).

1) Затверджена FDA охолоджена цільна кров О групи з низьким титром аглютинінів (CS-LTOWB).

2) Цільна кров О групи з низьким титром аглютинінів (LTOWB).

3) Цільна кров О групи (з невизначеним титром аглютинінів).

4) Компонентна терапія плазмою (суха ліофілізована, рідка або заморожена), еритроцитами і тромбоцитами у співвідношенні 1:1:1.

Успішне проведення гемотрансфузійної терапії значною мірою залежить від професійної діяльності медика, який або які проводять цю процедуру [2].

Розглядаючи далі сестринський персонал на стабілізаційному пункті як приклад (тому як з 2023 року, уряд дозволив бойовим медикам без медичної освіти переливати кров, після успішного проходження і здачі практичних та теоретичних іспитів спеціальної навчальної програми від МОЗ з основ трансфузійної терапії) ми визначимо, що медична сестра бере участь у всіх етапах гемотрансфузії [3].

Перед початком переливання необхідно перевірити відповідність компонентів крові, оцінити умови зберігання або транспортування, а також підготувати необхідне обладнання для інфузії. Особлива увага приділяється контролю термінів придатності, цілістності контейнера та відповідності. Також сестринський персонал безпосередньо бере участь у забезпеченні безперервності холодового ланцюга, контролює температурний режим, умови транспортування, веде документальний облік отримання та використання компонентів крові. Під час проведення трансфузії медична сестра здійснює моніторинг життєво важливих показників пацієнта: частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, частоти дихання, рівня свідомості та сатурації кисню. Часто саме сестринський персонал першим виявляє ознаки життєзагрожуючих трансфузійних реакцій чи погіршення стану пораненого.

Необхідним є забезпечення венозного доступу достатнього діаметра для швидкого введення крові (не менше ніж периферичний катетер 18g). За необхідності медична сестра допомагає або встановлює самостійно внутрішньокістковий доступ, або інший альтернативний варіант, як асистування анестезіологу в постановці центрального венозного доступу, якщо встановлення периферичного венозного катетера не є можливим.

Крім технічних навичок, сестринський персонал повинен володіти знаннями щодо профілактики гіпотермії. Відомо, що охолодження пацієнта посилює коагулопатію та підвищує ризик летального наслідку. Тому під час переливання необхідно використовувати засоби зігрівання пацієнта та обов'язково пристрої для підігріву компонентів крові [4].

За наявності необхідного обладнання медична сестра проводить лабораторний контроль крові (наприклад діагностика газів крові, експрес діагностика гемоглобіну та гематокриту та визначення групи крові та резус фактора, який проводиться в обов'язковому порядку перед переливанням крові для уникнення трансфузійних ускладнень).

Сестринський персонал відіграє ключову роль у забезпеченні безпечності та ефективності трансфузійної терапії. Від рівня професійної підготовки медичної сестри залежить своєчасне виявлення ускладнень, належний моніторинг стану пацієнта та дотримання вимог трансфузійної безпеки. Подальший розвиток системи догоспітальної допомоги потребує вдосконалення підготовки сестринського персоналу та впровадження сучасних стандартів гемостатичної ресусцитації.

Список використаних джерел:

1. Про затвердження Стандартів медичної допомоги постраждалим з геморагічним шоком на догоспітальному та госпітальному етапах при травмі: наказ МОЗ України від 11.07.2022 № 1192. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-11072022--1192-pro-zatverdzhennja-standartiv-medichnoi-dopomogi-nadannja-medichnoi-dopomogi-postrazhdalim-z-gemoragichnim-shokom-na-dogospitalnomu-ta-gospitalnomu-etapah-pri-travmi>
2. Американський курс з тактичної медицини. 48. Переливання крові на догоспітальному етапі. URL: <https://tccc.org.ua/guide/prehospital-blood-transfusion-enroute>
3. Про затвердження форми «Протокол проведення трансфузії»: наказ МОЗ України від 21.07.2023 № 1336. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-21072023--1336-pro-zatverdzhennja-formi-protokol-provedennja-transfuzii>
4. Американський курс з тактичної медицини. 61. Переливання цільної крові. URL: <https://tccc.org.ua/guide/whole-blood-transfusion-cpg>

Наталія ФОМЕНКО,
здобувачка освітнього рівня «магістр»
спеціальності «Медсестринство»
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

ІНДИКАТОРИ І МАРКЕРИ ЗДОРОВ'Я: КОМПЛЕКСНИЙ ТРИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАНУ ТА ПАТОМОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН ШКІРИ ГОЛОВИ

У сучасній парадигмі превентивної медицини стан волосся та шкіри голови розглядається як фундаментальний біомаркер соматичного здоров'я. Волосся є релевантним індикатором внутрішнього гомеостазу, відображаючи нутритивні дефіцити, гормональні коливання та рівень хронічного стресу. Актуальність дослідження підсилюється необхідністю переходу від суто естетичної корекції до глибокої наукової діагностики. В умовах високого регуляторного навантаження на ринок косметичних засобів та зростаючої ролі особистого бренду експерта, розуміння трихології як системи «маркерів здоров'я» стає стратегічним інструментом для фахівців. Дана робота систематизує знання про мікроструктуру волосся, динаміку життєвих циклів фолікулів та патофізіологію поширених дерматозів (себореї та псоріазу) як ключових індикаторів благополуччя організму.

Трихологічне здоров'я базується на генетично детермінованих показниках. Згідно з даними презентації «Базова трихологія», загальна кількість волоссяних фолікулів визначена з народження. До статевого дозрівання щільність становить близько 600 фолікулів на см², після – знижується до 250-300 одиниць, що є фізіологічною нормою. В середньому на волосистій частині голови дорослої людини налічується від 100 до 150 тисяч фолікулів [6].

1. Мікроструктурні та хімічні індикатори. Волосина – це складний біополімерний орган. Її хімічний склад є першим маркером метаболічного стану:

- Кератин (білок) – 78%: основний конструкційний матеріал.
- Вода – 15%: забезпечує еластичність (дегідратація волосся часто свідчить про системне порушення водного балансу).
- Ліпіди – 6%: забезпечують внутрішню адгезію клітин.
- Пігмент (меланін) – 1%: визначає фотозахисні властивості [2].

Стрижень волосини має тришарову структуру, де ключовим захисним індикатором є кутикула. Вона складається з 9-11 шарів кератинових лусочок, укладених за принципом черепиці (товщиною 0,2-0,4 мкм). Стан кутикули відображає агресивність зовнішнього середовища та рівень ліпідного захисту.

Під нею розташований кортекс, що складається з видовжених клітин, які забезпечують механічну міцність, та медула-центрального каналу [1].

2. Хронобіологічні маркери: життєвий цикл. Кожен фолікул запрограмований на виробництво 25–27 волосин протягом життя. Кожна одиниця розвивається за «індивідуальним графіком», що дозволяє підтримувати сталу щільність волоссяного покриву. Основними фазами-індикаторами є:

- Анаген (фаза росту): у нормі триває від 2 до 7 років. У цій стадії має перебувати переважна більшість фолікулів.
- Катаген (перехідна фаза): деградація цибулини, що триває 2-3 тижні.
- Телоген (фаза спокою): триває близько 3 місяців, завершується випадінням старої та формуванням нової волосини [3]. Зсув у бік телогену (передчасне випадіння) є критичним маркером внутрішнього дисбалансу.

3. Дерматологічні маркери та патоморфологія. Стан шкіри голови регулюється гідроліпідною мантією – емульсією з поту, шкірного сала та мікрофлори. Порушення цієї системи призводить до появи клінічних маркерів захворювань:

Себорейний дерматит та Себостаз: останній характеризується застоєм сального секрету безпосередньо в гирлі волоссяного фолікула. Клінічні індикатори: потовщення рогового шару, лущення, жирний блиск, запалення та свербіж. Найчастіше уражаються зони з високою концентрацією сальних залоз: лоб, носогубний трикутник, область вušних раковин та груди [6]. Причинами себореї часто стають гормональні порушення (андрогени), стрес та захворювання ШКТ [4].

Псоріаз як системний маркер: це неінфекційне аутоімунне захворювання. Ключовий індикатор – швидкість поділу клітин. У здоровому стані оновлення епідермісу триває 26–30 днів, при псоріазі цей процес прискорюється у 6 разів. Тригерами виступають надлишкова маса тіла, інфекції, алкоголь та паління [5].

Ефективна діагностика в трихології вимагає переходу від візуального спостереження до аналізу біохімічних та фізіологічних маркерів. Вивчення будови волосся, фаз його росту та стану шкірного бар'єру дозволяє ідентифікувати системні патології на ранніх етапах. Шлях до збереження здоров'я в сучасних умовах – це поєднання наукової експертизи, професійної діагностики (трихоскопії) та формування культури відповідального ставлення до власного організму як головного капіталу людини.

Список використаних джерел:

1. Bergfeld, W. F. (2023). *Clinical Trichology: Diagnosis and Management of Hair and Scalp Diseases*. Springer Nature.

2. Trueb, R. M. (2024). The Hair Fiber as a Diagnostic Tool in Medical Practice. *Journal of Cosmetic Dermatology*. Vol. 23(2).
3. Sinclair, R. (2025). *Atlas of Trichoscopy: Dermatoscopy in Hair and Scalp Disease*. 3rd Edition. CRC Press.
4. Messenger, A. G. (2024). The Pathophysiology of Seborrheic Dermatitis and Alopecia. *British Journal of Dermatology*.
5. Mrowietz, U. (2026). Systemic Manifestations of Psoriasis: Beyond the Skin. *Clinical & Experimental Dermatology*.
6. Матеріали презентації «Базова трихологія» (2026). Навчальний курс для фахівців індустрії краси. Київ.

Ярослав ХАЛАБАРЧУК,
здобувач освітнього рівня «бакалавр»
спеціальності «Медсестринство»
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ХІРУРГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ НА ПРИКЛАДІ МИКОЛАЇВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ

В умовах військових дій, що відбуваються в Україні тема діяльності хірургічного відділення дуже загострилась і залишається дуже актуальною. І через це все більше набуває значення участь медичної сестри в забезпеченні догляду за хірургічними пацієнтами в умовах дефіциту кадрів та перенавантаження медичного персоналу через війну. Роль медичної сестри у загальній хірургії дуже значна, оскільки саме сестринський персонал робить левову частину роботи із хворими. Важливість роботи медсестри загальної хірургії складно переоцінити, тому що до її обов'язків входить прийом пацієнта, щоденна перевірка температури та моніторинг інших показників життєдіяльності, підготовка до проведення діагностичних процедур та збору аналізів, ведення пацієнтів у передопераційному періоді, допомога хірургу під час операції та після. Медична сестра повинна також доброзичливо ставитись до колег та пацієнтів. Вона повинна вміти накладати пов'язки хворим, знати хірургічний інструментарій, правила його підготовки та застосування. Також важливо пам'ятати, що основою успішного функціонування хірургічного

відділення є взаємозамінність медичних сестер, їх здатність до роботи в команді та орієнтація на успіх лікування пацієнтів.

Метою даного дослідження є визначення основних аспектів медсестринського процесу у загальній хірургії відділення загальної хірургії Миколаївської обласної клінічної лікарні.

В Миколаївській обласній лікарні тяжких післяопераційних хворих (другої і третьої групи) концентрують в спеціалізованих відділеннях інтенсивної терапії і реанімації. Інтенсивна терапія включає в себе комплекс лікувальних заходів, спрямованих на нормалізацію гомеостазу, попередження і лікування гострих порушень життєво важливих функцій. Реанімація - це комплекс заходів, направлених на відновлення або заміщення раптово втраченої функції серця, легень і обмінних процесів у хворих, які знаходяться в критичному стані. Після проведеного лікування і покращання стану хворих їх переводять післяопераційну або загальну палату хірургічного відділення. Для надання максимального спокою і фізіологічного положення хворих кладуть на функціональні ліжка, вкриті чистими простирадлами, під які підкладають клейонку. При необхідності кладуть хворого в зігріте ліжко (за допомогою грілок), слідкують за чистотою постільної білизни. Для попередження пролежнів хворого кладуть на гумовий круг або спеціальний пневматичний матрац. При задовільному стані і нормальному протіканні післяопераційного періоду хворим дозволяють вставати на 2-3-й день. Після складних операцій (резекція шлунку, холецистектомія, резекція кишечника та ін.) хворих піднімають на 5-6 день за вказівкою лікаря. Після операції на кінцівках, судинах, органах грудної клітки вставати дозволяють в різні строки, індивідуально для кожного хворого.

Надзвичайно важливе значення в прогнозуванні перебігу, особливо раннього післяопераційного періоду, має спостереження за основними функціями організму. Про діяльність серцево-судинної системи судять за показниками пульсу, артеріального тиску, забарвленням шкірних покривів. Сповільнення і збільшення напруги пульсу (40-50 ударів за хвилину) може свідчити про порушення діяльності центральної нервової системи внаслідок набряку мозку, менінгіту [1; с. 237]. Прискорення або ослаблення пульсу (більше 100 ударів за хвилину) на тлі зниженого артеріального тиску, зблідлих шкірних покривів можуть бути проявом гострої серцевої недостатності, вторинного шоку або кровотечі. Для профілактики і лікування вторинного шоку використовують протишоккові засоби:

- переливання компонентів крові, еритроцитарної маси, відмитих еритроцитів, плазми, альбуміну;
- кровозамінників – поліглюкіну, желатинолю;
- введення серцевих препаратів, тонізуючих засобів.

В післяопераційному періоді під впливом наркозу, статичного положення в ліжку, порушення екскурсії діафрагми зменшується вентиляція легень, з'являється часте і поверхневе дихання, накопичується харкотиння в бронхах, трахеї. Такий стан може призвести до запалення легень, формування гнійників. Ось чому проводиться профілактика цих ускладнень - активний рух з перших днів, дихальна гімнастика, інгаляції зволженим киснем, антибіотикотерапія. Також звертається увага на функціонування сечовидільної системи. В нормі за добу людина виділяє близько 1500 мл сечі (40-50 мл за годину). Зниження функції нирок може бути при інтоксикації, яка призводить до олігурії (зменшення виділення сечі) і анурії (повного припинення виділення сечі). Часто затримка сечі може виникати при застосуванні морфію, омнопону [2; с.105].

Будь-яке оперативне втручання відображається на функції органів травлення, навіть якщо операцію проводили не на них. У виникненні цього патологічного стану мають значення вісцеральні рефлексі, гальмівна дія центральної нервової системи, обмежена активність хворого. Важливу інформацію можна отримати уже при огляді язика. Густий, бурий наліт на сухому язичі і тріщини на ньому можуть спостерігатись при перитоніті, зтяжному парезі кишечника. У тяжкохворих може розвиватись стоматит, паротит (запалення привушної залози). Для підвищення салівації (слиновиділення) у воду додають лимонний сік, сік журавлини. В таких випадках призначають 3 краплі 1 % розчину пілокарпіну під язик. Важливими ознаками ураження органів травлення можуть бути нудота і блювання. Перш за все з'ясувають їх причину. Для їх ліквідації проводять зондування, промивання шлунку содовим розчином. Хороший ефект отримують при призначенні атропіну, димедролу, цирукалу, реглану [3; с.181].

Всі оперативні втручання на органах черевної порожнини, як правило, супроводжуються порушеннями моторно-евакуаторної функції кишечника, що проявляються парезом, здуттям і ознаками функціональної кишкової непрохідності. Такі ускладнення виникають при будь-яких планових операціях, особливо після ургентних втручань з приводу механічної кишкової непрохідності, проривної виразки шлунка або іншого захворювання черевної порожнини, що супроводжується перитонітом. У хворого спостерігають здуття живота, нудоту, блювання, крім того, у такого хворого виникає затримка газів або дефекації. У цієї групи хворих швидко розвивається інтоксикація, зневоднення, погіршується загальний стан. Медична сестра ретельно слідкує за станом хворих, оперованих на шлунково-кишковому тракті, і при його погіршенні викликає лікаря. Важливе значення в оцінці стану моторно-евакуаторної функції кишечника має аускультация черевної порожнини. Поява перистальтики (бурчання) кишечника свідчить про скорочення його м'язової стінки. Відсутність перистальтики свідчить про параліч м'язової стінки

кишечника і розвиток функціональної кишкової непрохідності. Для попередження такої непрохідності, особливо у хворих з гострими захворюваннями органів черевної порожнини, ускладненим перитонітом, під час операції проводять інтубацію кишечника тонкою хлорвініловою трубкою діаметром 1-2 см. За допомогою тонкого інтубаційного зонда проводять декомпресію кишечника та видаляють застійний токсичний вміст [4; с.169].

Важливим моментом догляду за такими хворими є підрахунок добової кількості рідини, що виділилася через зонд. Втрату рідини необхідно поповнювати адекватною кількістю парентерально. При видаленні застійного кишкового вмісту доцільно проводити промивання просвіту кишки малими (300-400 мл) дозами теплого ізотонічного розчину хлориду натрію (1-1,5 л на кожну процедуру). Медична сестра слідкує за станом зонда та виділеннями з нього. При відсутності пасивного виділення рідини медична сестра регулярно через кожні 2-3 год проводить відсмоктування кишкового вмісту за допомогою шприца Жане або електровідсмоктувача. При дотриманні основних правил декомпресії післяопераційний період перебігає гладко без ознак парезу кишечника: здуття живота, відрижки, гикавки, блювання, утрудненого дихання та ін. У хворих з інтубацією кишечника періодично проводять аускультацию живота для визначення часу появи перистальтичних скорочень кишечника. Об'єктивними ознаками появи перистальтики є періодичне поштовхоподібне виділення світлого кишкового вмісту через зонд, самотійне відходження газів, дефекації, покращання самопочуття хворого. Моторна функція кишечника, як правило, відновлюється на 3-4у, рідше на 5у добу після операції. Зонд видаляють на 6-7у добу. Видаляти зонд потрібно потягуванням його за кінець протягом 5-10 хв, оскільки він може згорнутись, зав'язатись. При видаленні зонда у хворих може виникнути нудота, позиви на блювання. Декомпресія тонкої кишки є досить ефективним методом профілактики і лікування післяопераційної функціональної непрохідності кишечника. Вона є незамінним засобом при оперативному лікуванні загального перитоніту, странгуляційної кишкової непрохідності (заворот, вузлуотворення, інвагінація) та для розвантаження швів при резекції кишечника [5; с.26].

Здійснюючи процес догляду за хворим після операції медична сестра виконує найрізноманітніші обов'язки, опиняючись у різноманітних ситуаціях і часто мінливих взаєминах із пацієнтом і його сім'єю. Весь комплекс подібних взаємин зручно описувати через теорію ролей. З цього погляду для медсестри виявляються найбільш значущими такі ролі:

1. *Медична сестра, як особа, що надає догляд.* Сестра надає безпосередній сестринський догляд у міру необхідності доти, доки пацієнт або його сім'я не набудуть необхідних навичок із догляду. Ця діяльність спрямована на: відновлення функцій; підтримання функцій; профілактику ускладнень.

2. *Медсестра, як учитель.* Медична сестра забезпечує пацієнта і його сім'ю інформацією і допомагає у виробленні навичок, необхідних для повернення до нормального стану здоров'я і досягнення незалежності. Медична сестра може надавати пацієнтові навчальну інформацію та матеріали про його хворобу або інвалідність, а також надає інформацію про нові методи виконання завдань у повсякденному житті.

3. *Медсестра, як «адвокат».* Медична сестра повідомляє про потреби і бажання пацієнта іншим фахівцям, виступаючи від його імені.

4. *Медсестра, як «радник».* Сестра діє як постійний і об'єктивний помічник пацієнта, надихаючи його використовувати функціональні можливості, допомагає пацієнтові розпізнати і побачити сильні сторони особистості пацієнта, організовує спосіб життя пацієнта, сприятливий для задоволення його потреб.

Основний тягар ведення післяопераційного періоду лягає на медичну сестру, яка не тільки вчасно вводить хворому ліки, а й доглядає за ним, бере участь у годуванні, стежить за гігієнічним станом шкіри і ротової порожнини. Крім того, медсестра майже постійно перебуває біля хворого, тому частіше за інших і першою помічає погіршення стану хворого і буває змушена іноді самотійно надати першу допомогу (давання кисню, видалення блювотних мас із носоглотки, зупинка кровотечі притисненням тощо). На медичній сестрі лежить обов'язок навчити правил догляду за хворими молодший медичний персонал. Досвідчена, спостережлива медична сестра є найближчим помічником лікаря, від неї нерідко залежить успіх лікування. У післяопераційний період усе спрямовано на відновлення фізіологічних функцій пацієнта, на нормальне загоєння операційної рани, на попередження можливих ускладнень. Правильне і своєчасне виконання лікарських призначень і чуйне ставлення до хворого створюють умови для швидкого одужання. Медсестра залучає до догляду членів сім'ї, що має величезне значення для пацієнтів. Своєчасна увага медсестри до виконання пацієнтом необхідних елементів лікування і самообслуговування, стає першим кроком до одужання.

Суть медсестринства в хірургії полягає в науковій організації діяльності медичної сестри при хірургічних захворюваннях. Основу цієї діяльності становить реалізація медсестринського процесу. Головну роль у ньому відіграє медична сестра яка в межах своєї компетенції надає медичні та медсестринські послуги, спрямовані на зміцнення здоров'я пацієнта, запобігання захворюванням, стабілізацію стану та одужання. Медична сестра працює в тісному контакті з пацієнтом з метою сприяння успішній діагностиці, задоволення його потреб, вирішення дійсних і супутніх проблем, пов'язаних із захворюванням, та ефективного лікування й реабілітації.

Потреба в медсестринському процесі універсальна. Вона передбачає надання кваліфікованого догляду за пацієнтом, опіки над ним у широкому сенсі (побутовому, соціальному, духовному, національному з точки зору традицій).

Усі ці навички та обов'язки допомагають медсестрі відділення загальної хірургії Миколаївської обласної клінічної лікарні ефективно працювати в хірургічному відділенні та забезпечувати максимальний рівень медичної допомоги пацієнтам у період їхнього відновлення.

Список використаних джерел:

1. Догляд за хворими хірургічного профілю /В. П. Польовий, О. Й. Хомко, С. П. Польова, А. С. Паляниця, І. О. Вишневський. Чернівці: Медуніверситет, 2012. 380 с.
2. Кіт О. М., Ковальчук О. Л., Боб А. О. Невідкладні стани в хірургії. Тернопіль: Укрмедкнига, 2019. 257 с.
3. Лісовий В. М., Ольховська Л. П., Капустник В. А. Основи медсестринства. Київ: ВСВ «Медицина», 2013. 792 с.
4. Навчальний посібник з хірургії в модулях: навч. посіб. / за ред. Л.М. Ковальчука. Київ: Медицина, 2018. 480 с.
5. Загальна хірургія з основними видами хірургічної патології. Лікування хворого в хірургічному стаціонарі: Хірургія: в 2-х т. Т.1. підручник / Р. О. Сабадишин, В. О. Рижковський, О. В. Маркович, та ін. Вінниця: Нова Книга, 2018. 784 с.

НАПРЯМ 3

ПРАКТИКИ ВІДТВОРЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ВОЄННОЇ АГРЕСІЇ – УКРАЇНСЬКИЙ ДОСВІД

Юлія БАБАЯН,
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри психології,
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

ВІД ТРАВМИ ДО РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ: УКРАЇНСЬКИЙ ДОСВІД ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ВІД ВІЙНИ

Повномасштабна війна в Україні актуалізувала проблему психічного здоров'я як одну з ключових соціальних і гуманітарних проблем сучасного суспільства. Воєнна агресія спричиняє не лише фізичні втрати, руйнування інфраструктури та вимушене переміщення населення, а й глибокі психологічні наслідки: тривогу, страх, втрату відчуття безпеки, горе, емоційне виснаження, порушення сну, депресивні стани, симптоми посттравматичного стресу тощо.

Особливість українського досвіду полягає в тому, що психологічна допомога надається не після завершення травматичної події, а в умовах її тривалого продовження. Для багатьох людей війна залишається частиною повсякденності: зберігається загроза обстрілів, невизначеність майбутнього, розлука з близькими, економічна нестабільність, вимушена міграція. Тому відновлення психічного здоров'я не може розглядатися лише як індивідуальна терапевтична робота. Воно потребує комплексного підходу, який поєднує психологічну допомогу, соціальну підтримку, медичний супровід, правову допомогу, реабілітацію та включення людини в безпечне соціальне середовище.

Теоретичною основою аналізу є підхід Дж. Герман, яка розглядає відновлення після травми як процес, що включає три важливі складові: відновлення безпеки, осмислення травматичного досвіду та відновлення зв'язків із соціальним середовищем [3]. Ця логіка є особливо важливою для українського контексту. Насамперед постраждала людина потребує стабілізації: фізичної безпеки, доступу до базових послуг, підтримки близьких, зрозумілої інформації та можливості отримати професійну допомогу. Без цього робота з травматичним досвідом може бути передчасною або неефективною.

Другий етап пов'язаний з поступовим осмисленням пережитого. У роботі з воєнною травмою важливо уникати примусового «проговорювання» болісного досвіду без готовності людини. Не кожна постраждала особа може або хоче

одразу розповідати про пережите. Саме тому важливими є етичність допомоги, професійна підготовка психологів, кризових консультантів, соціальних працівників, а також використання доказових підходів. Ефективна підтримка має враховувати стан людини, її ресурси, соціальне оточення та ступінь травматизації.

Третій етап – відновлення зв'язків із соціальним середовищем – має особливе значення, оскільки війна руйнує не лише індивідуальну психологічну стабільність, а й звичні соціальні ролі. Внутрішньо переміщені особи часто змушені заново будувати соціальні контакти в нових громадах; ветерани стикаються з проблемами повернення до цивільного життя; діти переживають втрату стабільного освітнього й комунікативного простору; родини загиблих потребують не лише психологічної, а й соціальної підтримки та суспільного визнання їхньої втрати. Тому практики відновлення мають включати групи підтримки, психоедукаційні програми, роботу з родинами, громадські ініціативи, реабілітаційні програми та підтримку інтеграції у спільноту.

Важливим для розуміння українського досвіду є також поняття резильєнтності. Дж. Бонанно та його співавтори [1] наголошують, що реакції людей на потенційно травматичні події є різними: частина людей переживає тривалі психологічні наслідки, але частина демонструє здатність зберігати або поступово відновлювати функціональність. У цьому сенсі резильєнтність не означає відсутності болю, страху чи втрат. Вона означає здатність людини та спільноти відновлювати життєву рівновагу за наявності підтримувальних ресурсів. Резильєнтність формується не тільки на індивідуальному рівні, а й через соціальне середовище: підтримку родини, громади, професійних служб, волонтерських і громадських організацій, державних програм. Людина легше відновлюється тоді, коли її досвід визнається, допомога є доступною, а базові потреби – безпека, житло, медична допомога, робота, освіта для дітей – не залишаються поза увагою.

Український досвід психологічної допомоги постраждалим від війни демонструє важливу роль не лише державних інституцій, а й громадських та волонтерських організацій. В умовах воєнної кризи значного поширення набули гарячі лінії психологічної підтримки, мобільні команди, кризове консультування, групи взаємодопомоги, програми підтримки ВПО, дітей, ветеранів і родин військових. Як зазначають І. Франкова та співавтори, система психічного здоров'я і психосоціальної підтримки в Україні потребує не лише розширення послуг, а й кращої координації між державними, громадськими та міжнародними структурами [2].

Отже, практики відновлення психічного здоров'я постраждалих від воєнної агресії в Україні мають комплексний характер. Вони поєднують кризову психологічну допомогу, психосоціальну підтримку, реабілітацію,

психоедукацію, роботу з родинами та громадами. Перехід від травми до резильєнтності не є швидким або лінійним процесом. Він передбачає поступове відновлення безпеки, довіри, соціальних зв'язків, суб'єктності та здатності людини планувати майбутнє. У цьому контексті психічне здоров'я постає не лише як індивідуальна, а й як суспільна проблема, розв'язання якої потребує солідарності, професійної допомоги та ефективної соціальної політики.

Список використаних джерел:

1. Bonanno G. A., Westphal M., Mancini A. D. Resilience to Loss and Potential Trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2011. Vol. 7. P. 511–535.
2. Frankova I., Bahmad M. L., Goloktionova G., Suvalo O., Khyzhniak K., Power T. *Mental Health and Psychosocial Support in Ukraine: Coping, Help-seeking and Health Systems Strengthening in Times of War*. ARQ National Psychotrauma Centre; Vrije Universiteit Amsterdam, 2024.
3. Herman J. L. *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – From Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books, 1992.

Поліна ВОЛИК,

здобувачка освітнього ступеня «бакалавр»

спеціальності «Психологія»

ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»

м. Миколаїв, Україна

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНОВЛЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ ПСИХОЛОГА

У тезах здійснено теоретичний аналіз проблеми становлення професійної ідентичності психолога. Розкрито сутність поняття «професійна ідентичність», визначено основні психологічні чинники її формування та особливості розвитку у процесі професійної підготовки майбутніх психологів. Обґрунтовано значення професійної самосвідомості, саморефлексії та професійного саморозвитку як провідних механізмів становлення професійної ідентичності.

Ключові слова: професійна ідентичність, психолог, професійне становлення, професійна самосвідомість, саморефлексія, професійний саморозвиток.

У сучасних умовах професійна ідентичність розглядається як один із ключових показників професійного становлення майбутнього психолога. Вона забезпечує усвідомлення себе як представника професійної спільноти, прийняття професійних цінностей і норм, а також визначає готовність особистості до ефективної професійної діяльності та самореалізації.

За визначенням А. Борисюк, професійна ідентичність є складним інтегративним утворенням, що поєднує особистісні та соціальні аспекти самосвідомості фахівця. Вона формується в процесі професійного становлення

особистості та відображає рівень усвідомлення людиною своєї належності до певної професійної спільноти. До структури професійної ідентичності дослідниця відносить професійні цінності, мотиви, переконання, установки, уявлення про професію та образ себе як професіонала. Професійна ідентичність не є сталим утворенням, а постійно розвивається під впливом набутого досвіду, професійної взаємодії та особистісного зростання. Саме вона забезпечує цілісність професійного «Я», сприяє усвідомленому виконанню професійних ролей і виступає важливим чинником ефективної професійної діяльності [2].

Ж. Вірна наголошує, що професійна ідентичність виникає внаслідок внутрішнього прийняття людиною обраної професії та узгодження її вимог із власними цінностями, потребами, життєвими цілями та уявленнями про себе. На думку дослідниці, професія поступово стає складовою особистісної ідентичності та важливим засобом самореалізації. Сформована професійна ідентичність забезпечує відчуття професійної визначеності, психологічної цілісності та впевненості у правильності професійного вибору. Вона сприяє розвитку відповідальності, професійної стійкості, готовності долати труднощі та підтримує прагнення особистості до професійного вдосконалення і досягнення успіху у фаховій діяльності [3].

О. Радзімовська розглядає професійну ідентичність як динамічний психологічний феномен, що формується протягом усього процесу професіоналізації та охоплює когнітивний, емоційно-ціннісний і поведінковий компоненти. Когнітивний компонент пов'язаний із системою знань про професію та усвідомленням себе як її представника; емоційно-ціннісний відображає ставлення особистості до професії, рівень її прийняття та значущість для самореалізації; поведінковий проявляється у готовності діяти відповідно до професійних норм і вимог. Дослідниця підкреслює, що становлення професійної ідентичності відбувається через процеси самопізнання, професійної рефлексії, оцінювання власних можливостей і активне включення особистості у професійне середовище. Саме завдяки цьому майбутній фахівець усвідомлює свою професійну роль, інтегрує особистісні та професійні якості й набуває здатності до подальшого професійного саморозвитку та самовдосконалення [4].

Особливе значення у становленні професійної ідентичності має період навчання у закладі вищої освіти. Як зазначає Я. Андрушко, саме в процесі фахової підготовки відбувається розвиток професійної самосвідомості, формування позитивного образу «Я – майбутній психолог», усвідомлення професійних цілей та готовності до професійного саморозвитку [1]. Професійне становлення майбутнього психолога супроводжується розвитком рефлексії, адекватної самооцінки, професійної мотивації та прийняттям професійної ролі.

Таким чином, професійна ідентичність психолога є складним багаторівневим утворенням, що формується під впливом особистісних і соціально-професійних чинників. Її розвиток забезпечує професійну зрілість, відповідальне ставлення до майбутньої діяльності та здатність до безперервного професійного самовдосконалення. Створення сприятливих психолого-педагогічних умов у процесі професійної підготовки є важливою передумовою формування компетентного й конкурентоспроможного фахівця-психолога.

Список використаних джерел

1. Андрушко Я. С. Професійна ідентичність майбутніх психологів: психологічні особливості формування у процесі фахової підготовки. *Науковий вісник*. 2020. С. 21-28.
2. Борисюк А. С. Професійна ідентичність фахівця: сутність, структура та чинники формування. *Проблеми сучасної психології*. 2018. № 2. С. 124-130.
3. Вірна Ж. П. Професійна ідентичність особистості: теоретико-методологічний аналіз. *Психологічні перспективи*. 2016. Вип. 28. С. 33-42.
4. Радзімовська О. Я. Професійна ідентичність майбутніх фахівців як психологічний феномен. *Актуальні проблеми психології*. 2019. Т. 1, Вип. 53. С. 112-119.

УДК 159.9

Олена ГОНЧАРОВА,
магістр з психології, психолог,
Норвезька рада у справах біженців
м. Миколаїв, Україна

ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ У ПРЕДСТАВНИКІВ ГУМАНІТАРНОЇ СФЕРИ В УМОВАХ ВІЙНИ

Тези присвячені психологічному аналізу професійного вигорання працівників гуманітарної сфери та представників допомагаючих професій, які здійснюють ургентне реагування в умовах воєнного стану. Професійне вигорання є багатовимірним психоемоційним синдромом, який формується під впливом поєднання особистісних, організаційних і соціально-контекстуальних чинників.

Ключові слова: професійне вигорання, гуманітарна сфера, допомагаючі професії, ургентне реагування, профілактика професійного вигорання.

В українців значно поширилися різноманітні негативні психоемоційні стани, які проявляються не тільки у військових, у людей, що постраждали від війни, а й у тих, хто взяв на себе місію допомоги в цих складних умовах – у рятівників, волонтерів, лікарів, працівників гуманітарних організацій. Їх діяльність спрямована на допомогу вразливим категоріям населення, які страждають від війни і включає в себе багато напрямів, зокрема й ургентне реагування, тобто невідкладна допомога і порятунок задля спасіння життя і

здоров'я людей, в тому числі і в надзвичайних ситуаціях. Бути свідком людських страждань, виконувати свою роботу в умовах власної небезпеки, знаходитися в таких умовах тривалий час, знаходитися в умовах цейтноту, багатозадачності, невизначеності і не гарантованості успіху, ненормованого робочого часу, всі ці фактори часто виступають причинами професійного вигорання співробітників гуманітарних організацій і представників допомагаючих професій. Виконуючі дуже важливу в цей воєнний час роботу вони можуть відчувати сильну фізичну і психологічну втому, знецінення своєї діяльності, розчарування, відсутність мотивації продовжувати таку діяльність та багато інших негативних симптомів, які можуть вказувати на наявність професійного вигорання.

Мета тез – стислий опис психологічних підходів до феномену професійного вигорання представників гуманітарної сфери та допомагаючих професій.

Концепція професійного вигорання сформувалася порівняно нещодавно, хоча її розвиток позначився інтенсивним науковим пошуком. Першим, хто ввів у наукову лексику поняття *burnout*, був американський психіатр і психоаналітик Герберт Фройденбергер у 1974 році [1]. У статті «*Staff Burn-Out*», оприлюдненій на сторінках *Journal of Social Issues*, він окреслив специфічний стан глибокого емоційного, фізичного та психічного виснаження, який виявляв у працівників та волонтерів безкоштовних клінік, що працювали з людьми, залежними від психоактивних речовин у Нью-Йорку. Для позначення цього стану вчений використав образ «будівлі, що вигоріла дотла», підкреслюючи втрату енергії, внутрішнього ресурсу та професійної мотивації у фахівців, які тривалий час працювали в умовах надмірного навантаження та високої емоційної напруги [4].

Включення феномену вигорання до Міжнародної класифікації хвороб стало ключовим кроком у його офіційному визнанні: у МКХ-10 він був позначений кодом *Z73.0* як стан життєвого виснаження, проте вже у МКХ-11, чинній з 2022 року, ВООЗ класифікувала його окремо як «професійне явище» (*QD85*), розмістивши у розділі «Фактори, що впливають на стан здоров'я або контакт зі службами охорони здоров'я», що підкреслило його безпосередній зв'язок із трудовою діяльністю та підвищило його наукову легітимність [6].

Згідно з визначенням МКХ-11, вигорання трактується як «синдром, що є наслідком хронічного стресу на робочому місці, який не був успішно подоланий», і описується через три взаємопов'язані компоненти: стійке виснаження енергетичних ресурсів, формування психологічного відчуження від професійної діяльності у поєднанні з цинічними або негативними установками щодо роботи та помітне зниження суб'єктивної та об'єктивної професійної ефективності [5]. Окреслюючи ці виміри, ВООЗ підкреслює, що феномен вигорання стосується виключно трудового контексту й не застосовується для

позначення труднощів, пов'язаних з іншими сферами життя.

Упродовж більш ніж п'яти десятиліть вивчення професійного вигорання було сформовано низку концептуальних моделей, що по-різному пояснюють природу та механізми цього явища. Серед найбільш впливових підходів – Трикомпонентна модель К. Масlach, модель «Робочі вимоги – ресурси», транзакційна концепція стресу Р. Лазаруса, а також Екзистенційна модель вигорання А. Пайнс, які поєднують індивідуальні, міжособистісні та організаційні чинники розвитку вигорання [7]. Їх поява відобразила поступовий перехід від уявлень про вигорання як індивідуальний дефект до розуміння його як результату взаємодії особистості та умов професійного середовища [3].

Таблиця 1

Структурні компоненти професійного вигорання та їхні ключові прояви

Компонент	Основні характеристики	Типові прояви
Емоційний компонент	Центральний елемент вигорання; відображає виснаження емоційних ресурсів та зниження емоційної чутливості	Відчуття спустошеності й «емоційної анестезії»; емоційна лабільність (дратівливість, плаксивість); домінування негативних емоцій; зниження здатності переживати позитивні емоції
Когнітивний компонент	Зміни у функціонуванні пізнавальних процесів та професійних переконань	Труднощі концентрації; погіршення короточасної пам'яті; сповільнення мислення; «туман у голові»; негативні атитюди щодо роботи й власної компетентності; когнітивні викривлення (катастрофізація, дихотомічне мислення, знецінення позитивного)
Поведінковий компонент	Зміни у професійній та соціальній поведінці, зниження адаптивності	Зниження продуктивності; збільшення кількості помилок; прокрастинація; формалізм; презентеїзм; уникнення контактів; емоційне дистанціювання; звуження соціальної активності; компенсаторні моделі (алкоголь, кофеїн)
Психофізіологічний компонент	Наслідки тривалого стресу для тілесного та фізіологічного функціонування	Дисрегуляція кортизолу; хронічна втома; інсомнія; головні болі; м'язове напруження; шлунково-кишкові розлади; ослаблений імунітет; фіксація в станах гіперактивації або «завмирання» за полівагальною теорією

Представлене узагальнення демонструє, що професійне вигорання формується через поєднання емоційних, когнітивних, поведінкових та психофізіологічних змін, які утворюють взаємопов'язану систему прогресуючого виснаження [2].

Таблиця 2

Захисні фактори в допомагаючих професіях

Фактор	Характеристика	Ефект
Емоційна компетентність	Здатність розпізнавати й регулювати власні емоції	Зменшення емоційного перевантаження, підвищення стійкості
Професійні межі	Чітке розмежування роботи та особистого життя, уміння казати «ні»	Запобігання надмірній залученості, баланс навантаження
Супервізія та інтервізія	Регулярне отримання професійної підтримки від колег чи експертів	Зниження ризику ретравматизації, покращення саморегуляції
Соціальна підтримка	Наявність підтримуючого оточення: колеги, друзі, сім'я	Підвищення відчуття опори, зменшення професійної ізоляції
Ресурсний режим дня	Повноцінний сон, відпочинок, фізична активність, здорове харчування	Відновлення психофізіологічних ресурсів, профілактика виснаження
Професійна автономія	Можливість впливати на спосіб роботи та прийняття рішень	Підвищення мотивації, зниження ролі зовнішнього тиску
Травма-інформований підхід	Розуміння впливу травми та уникнення ретравматизації	Підвищення безпеки взаємодії, зменшення морального дистресу

Захисні фактори, представлені в таблиці, окреслюють основні ресурси, що пом'якшують вплив професійних навантажень і підтримують психологічну стійкість фахівців. Їхня дія полягає у зміцненні здатності до саморегуляції, збереженні професійних меж та формуванні безпечного середовища взаємодії [3].

Узагальнюючи можна зазначити, що робота в умовах війни та інших небезпечних ситуацій суттєво трансформує як емоційний стан фахівця, так і загальну динаміку професійної взаємодії. Підвищене навантаження, нестабільність і постійна експозиція до страждання вимагають розвинених механізмів саморегуляції, наявності чітких професійних меж і системної організаційної підтримки. У таких умовах збереження психологічної стійкості стає не лише особистим завданням, а ключовим компонентом професійної ефективності та безпеки гуманітарної роботи.

Список використаних джерел

1. Бабін С. В. Психологія емоційного вигорання: теорія та практика. Київ: Освіта, 2020. 256 с.
2. Горбунова І. М. Психічне здоров'я в умовах кризи: підходи до профілактики вигорання. Львів: НТШ, 2019. 198 с.
3. Pigott C., Others. Burnout among humanitarian aid workers: a systematic review. *Traumatology*. 2024. Vol. 30, no. 2. P. 145–157. URL: <https://doi.org/10.1037/trm0000456>.

4. Pines A. M. Burnout: an existential perspective. *Professional burnout*. 2017. P. 33–51. URL: <https://doi.org/10.4324/9781315227979-4> (date of access: 01.11.2025).
5. Polyvagal theory explained simply. *Trauma Therapy & EMDR Training I Trauma Therapist Institute*. URL: <https://www.traumatherapistinstitute.com/blog/Polyvagal-Theory-Explained-Simply#:~:text=is%20Polyvagal%20Theory?-,What%20is%20Polyvagal%20Theory?,levels%20of%20heart%20rate%20variability>. (date of access: 02.11.2025).
6. Polyvagal theory | research starters | EBSCO research. *EBSCO*. URL: <https://www.ebsco.com/research-starters/health-and-medicine/polyvagal-theory> (date of access: 02.11.2025).
7. Porges S. W. The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International journal of psychophysiology*. 2001. Vol. 42, no. 2. P. 123–146. URL: [https://doi.org/10.1016/s0167-8760\(01\)00162-3](https://doi.org/10.1016/s0167-8760(01)00162-3) (date of access: 02.11.2025).

Світлана ДОВБЕШКО,
здобувачка вищої освіти освітнього ступеня «магістр»
спеціальності С4 «Психологія»
ОПП «Практична психологія»,
Київський національний університет
імені Тараса Шевченка,
м. Київ, Україна

КОЛИ УСПІХ ПЕРЕЖИВАЄТЬСЯ ЯК ПРОВИНА: ФЕНОМЕН СТРАХУ УСПІХУ В УМОВАХ ВІЙНИ

Повномасштабна російсько-українська війна змінила не лише зовнішні умови життя українців, а й їхнє внутрішнє ставлення до власних досягнень. На фоні колективних втрат, вимушених переїздів, загибелі близьких і щоденної загрози особистий успіх дедалі частіше переживається не як джерело радості, а як щось недоречне, майже соромне. Людина, яка отримує підвищення, відкриває власну справу, завершує навчання або просто дозволяє собі задоволення від зробленого, нерідко відчуває водночас провину, що формулюється приблизно так: «як я можу радіти й рухатися вперед, коли поряд гинуть люди». Парадокс полягає в тому, що про посттравматичний стресовий розлад і втрати в суспільстві говорять багато, тоді як тихе, але масове гальмування власних прагнень залишається значно менш проговореним. Це й робить актуальним перегляд класичного психологічного феномену страху

успіху саме в контексті воєнного часу, коли він набуває особливої, соціально та морально забарвленої форми.

У психологію страх успіху ввела М. Горнер: наприкінці 1960-х вона описала так званий мотив уникнення успіху, тобто стійку тривогу щодо негативних наслідків власних досягнень [1]. У ранніх її роботах ішлося передусім про конфлікт, який переживали жінки в конкурентних ситуаціях, коли успіх загрожував їм несхваленням і втратою соціальної прийнятності. Згодом явище вийшло за межі гендерної проблематики й почало трактуватися як загальна риса особистості.

Вагомий внесок у вивчення феномену зробили М. Цукерман і С. Еллісон, які операціоналізували його, розробивши Шкалу страху успіху (Fear of Success Scale, FOSS). Це інструмент із двадцяти семи тверджень, призначений для вимірювання індивідуальних відмінностей у мотиві уникати успіху. Пункти шкали початково відображали три аспекти: ставлення людини до переваг успіху, до його ціни та до успіху порівняно з наявними альтернативами [2]. Саме завдяки таким методикам страх успіху перестав бути суто теоретичним поняттям і набув вимірюваного, діагностованого характеру.

Принципово важливо відрізнити страх успіху від спорідненого, але відмінного явища, а саме страху невдачі. Страх невдачі спрямований на уникнення болю, сорому й розчарування, пов'язаних із програшем. Натомість страх успіху пов'язаний з униканням відповідальності, змін і потенційних втрат, які супроводжують саме досягнення мети [3]. У цьому випадку тривога пов'язана не так із можливістю зазнати невдачі, як зі змінами, що настають після досягнення мети. Успіх може означати нові очікування, підвищену відповідальність і необхідність адаптуватися до незвичних обставин. Саме тому людина інколи несвідомо уникає дій, які могли б наблизити її до бажаного результату, навіть маючи достатньо здібностей і ресурсів.

У класичному розумінні страх успіху трактується насамперед як індивідуальна, диспозиційна тривога, властивість окремої особистості, що формується в історії її розвитку та виховання. Проте досвід України під час війни дає підстави припустити, що за певних умов цей феномен набуває не лише внутрішньоособистісного, а й виразно колективного підґрунтя. Саме тут, на нашу думку, пролягає межа між загальновідомим конструктом і його воєнною модифікацією, яка потребує окремого осмислення.

Одним із психологічних механізмів, що може посилювати страх успіху в умовах війни, є почуття провини вцілілого. Це особливий вид провини, що виникає в людини, яка пережила загрозу для життя подію або перебуває в безпеці тоді, коли інші страждають чи гинуть [4]. Українські фахівці зауважують, що чимало людей, які виїхали з найнебезпечніших регіонів або живуть у відносно спокійніших місцевостях, картають себе за це, відчувають

сором, нібито «роблять недостатньо», навіть попри активну волонтерську діяльність і допомогу війську [5]. Цей стан може негативно впливати як на психологічне благополуччя людини, так і на її здатність ефективно діяти [5].

Окрему роль відіграє надзвичайно висока медійність цієї війни. Події, зокрема й трагічні, докладно та безперервно висвітлюються в засобах масової інформації й соціальних мережах, тож страждання інших постійно присутнє в щоденному інформаційному полі людини [6]. Через це відчуття втрат постійно присутнє в повсякденному житті, і будь-яке особисте досягнення ніби автоматично порівнюється з чужим болем. Саме тому успіх може переживатися не лише як результат власних зусиль, а й як морально суперечливий досвід. Через це успіх інколи починає асоціюватися не з розвитком, а з моральною незручністю.

Особисті досягнення під час війни нерідко набувають суперечливого психологічного значення. З одного боку, людина прагне розвиватися, реалізовувати свої цілі та будувати майбутнє. З іншого боку, може відчувати дискомфорт через те, що її становище є безпечнішим або благополучнішим, ніж у багатьох інших. У таких умовах успіх інколи починає сприйматися не як закономірний результат власних зусиль, а як привід для внутрішнього осуду.

Додатковим чинником виступає очікування негативної оцінки з боку інших людей. Водночас такий осуд часто існує переважно у внутрішньому світі самої людини й не має реального підтвердження з боку оточення. Унаслідок цього уникнення успіху може набувати форми самообмеження, яке підтримується не стільки особистісними особливостями, скільки переживанням колективної травми та моральної відповідальності перед тими, хто постраждав від війни.

Водночас важливо відмежовувати цей феномен від здорової емпатії та солідарності. Стриманість у демонстрації благополуччя, чутливість до чужого горя й готовність ділитися ресурсами є природними та конструктивними реакціями. Про страх успіху доречно говорити лише тоді, коли провина перестає бути етичним орієнтиром і перетворюється на хронічне самообмеження, що руйнує добробут самої людини й позбавляє її здатності діяти. Межею тут слугує не сам факт переживання провини, а те, наскільки воно блокує життєву активність та самореалізацію.

Практичні прояви такого гальмування різноманітні. Людина може неусвідомлено саботувати сприятливі можливості, відмовлятися від підвищення чи визнання, приховувати власні здобутки, відкладати важливі рішення або відчувати сором замість задоволення від результату. Небезпека цього стану полягає в тому, що він пригнічує саме ту активність, якої суспільство гостро потребує під час війни, а саме економічну стійкість, відбудову, волонтерство та професійне зростання. Інакше кажучи, страх успіху, помножений на провину

вцілілого, здатний знижувати особисту й суспільну продуктивність тоді, коли вона є критично важливою для виживання й відновлення країни.

Особливої уваги заслуговує те, що воєнний страх успіху проявляється неоднаково в різних групах. Найгостріше його переживають люди, фізично віддалені від зони бойових дій, а саме внутрішньо переміщені особи та ті, хто перебуває за кордоном, адже контраст між власною безпекою й стражданням інших для них особливо помітний. Подібну вразливість виявляють і фахівці, чия праця є успішною та затребуваною, але не пов'язана з обороною, через що їхні здобутки видаються менш вартісними на тлі роботи військових і медиків. Урахування такої специфіки дає змогу адресувати психологічну підтримку точніше, не зводячи всі переживання до єдиного сценарію.

Крім того, воєнний страх успіху доцільно розглядати як можливий бар'єр на шляху психічного відновлення постраждалих. Якщо людина неусвідомлено забороняє собі рухатися вперед, вона залишається фіксованою на травмі, а кожне покращення супроводжується новою хвилею провини. Це ускладнює медичну й соціальну реабілітацію, оскільки одужання саме по собі починає переживатися як щось непристойне. Тому виявлення та опрацювання цього страху варто включати в програми психологічної підтримки.

Варто також зважати на часовий вимір цього явища. Тривалість повномасштабної війни означає, що описане самообмеження не залишається одномоментною реакцією, а здатне закріплюватися й поступово набувати рис звичної життєвої стратегії. Що довше людина відкладає власні прагнення, виправдовуючи це недоречністю успіху в теперішніх обставинах, то більшою стає ймовірність, що відмова від розвитку сприйматиметься нею як норма, а не як тимчасовий стан. У такій перспективі воєнний страх успіху перетворюється із ситуативної реакції на стійкий поведінковий патерн, який ускладнює повернення до повноцінного функціонування навіть після зниження рівня загрози. Це додатково увиразнює потребу в ранньому виявленні феномену, доки самообмеження не закріпилося як усталений спосіб переживання дійсності.

Проведений аналіз дає підстави виділити щонайменше три перспективні напрями подальшого вивчення цього феномену. Діагностичний напрям передбачає використання методик на кшталт FOSS для виявлення прихованого страху успіху, зокрема його воєнної форми. Терапевтичний полягає в розмежуванні дозволу собі жити й досягати та уявної зради тих, хто страждає. Дослідницький напрям охоплює адаптацію вітчизняних методик, які враховували б колективно-моральний вимір цього явища.

Отже, в умовах війни страх успіху постає як окремий феномен на перетині індивідуальної диспозиції та колективної травми. Його не можна звести до особистісної тривоги класичних моделей, оскільки тут він живиться провиною вцілілого, страхом морального осуду й переживанням успіху як

недоречності. Усвідомлення цієї специфіки може сприяти кращому розумінню психологічних наслідків війни та допомогти людям не відмовлятися від власного розвитку через почуття провини, зберігаючи ресурси для життя, праці та відновлення суспільства.

Список використаних джерел

1. Horner M. S. Toward an understanding of achievement-related conflicts in women. *Journal of Social Issues*. 1972. Vol. 28, № 2. P. 157–175.

2. Zuckerman M., Allison S. N. An objective measure of fear of success: construction and validation. *Journal of Personality Assessment*. 1976. Vol. 40, № 4. P. 422–430.

3. Цей страх таємно саботує ваш успіх: як позбутися і досягти успіху. УНІАН. URL: <https://www.unian.ua/curiosities/cey-strah-tayemno-sabotuye-vash-uspih-yak-pozbutisya-i-dosyagti-uspihu-12723129.html> (дата звернення: 09.06.2026).

4. Синдром провини вцілілого: як позбутися почуття провини під час війни. Українська правда. Життя. URL: <https://life.pravda.com.ua/society/2022/03/4/247661/> (дата звернення: 09.06.2026).

5. Провина вцілілого: чому ті, хто врятувалися, картають себе? Osvitoria Media. URL: <https://osvitoria.media/opinions/provyna-vtsililogo-chomu-ti-htovryatuvalysya-kartayut-sebe/> (дата звернення: 09.06.2026).

6. Психологічні виклики війни. Обираєш ТИ! URL: <https://uchoose.uacrisis.org/psychologichni-vyklyky-vijny/> (дата звернення: 09.06.2026).

Анна СЕРЬОГІНА,
здобувачка освітнього ступеня «бакалавр»
спеціальності «Психологія»
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»
м. Миколаїв, Україна

ПСИХОСОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

В умовах воєнного стану психосоціальна підтримка населення є однією з ключових складових збереження здоров'я нації. Йдеться не лише про реагування на кризові ситуації, а й про щоденну допомогу людям у подоланні тривоги, втрат, невизначеності та виснаження. Представляючи Первомайську філію Товариства Червоного Хреста України в Миколаївській області, я щодня бачу, як своєчасна підтримка допомагає людям не втрачати опору, надію та відчуття власної значущості.

Потреби населення в умовах воєнного стану у Первомайську, як і в багатьох громадах Миколаївського регіону, в тому, що люди стикаються з наслідками тривалого стресу. Це родини, які очікують близьких із фронту; внутрішньо переміщені особи, які втратили дім; люди старшого віку, що переживають самотність і тривогу; діти, чиє дитинство проходить у реаліях війни. Наше завдання – не лише реагувати на гострі кризові стани, а й запобігати виснаженню, ізоляції та апатії, які поступово послаблюють людину й громаду загалом.

Особливе місце у роботі нашої команди психологів займає проєкт «Клуб активного довголіття». Під час війни люди старшого віку часто залишаються наодинці зі своїми переживаннями: тривогою за рідних, відчуттям непотрібності, страхом перед майбутнім. Саме тому Клуб для них – це не просто дозвілля, а безпечний простір, де можна спілкуватися, навчатися, рухатися, ділитися досвідом і відчувати підтримку.

Для учасників Клубу ця ініціатива виконує кілька важливих функцій:

- підтримка когнітивної активності. Когнітивні вправи, настільні ігри, творчі та інтелектуальні зустрічі допомагають зберігати увагу, пам'ять і зацікавленість у житті.

- соціалізація та відчуття потрібності. Участь у спільних заходах допомагає людям старшого віку залишатися активними членами громади, відчувати власну цінність і бачити, що їхній досвід важливий для інших.

- психоемоційне розвантаження. Спілкування у форматі «рівний – рівному» дає можливість проговорити переживання, поділитися болем і водночас знайти підтримку, гумор та оптимізм у колі людей із подібним досвідом.

- комплексність підтримки: від дітей до людей поважного віку

Первомайська філія сьогодні – це простір підтримки, де зустрічаються різні покоління й різні життєві історії.

З дітьми віком 6–17 років наша команда психологів працює через використання арттерапії, розвиткові ігри та заняття в дитячих просторах. Це допомагає дітям безпечно виражати емоції, адаптуватися до складних обставин і відновлювати відчуття стабільності.

Людей старшого віку ми підтримуємо через «Клуб активного довголіття», створюючи умови для їхнього спілкування, активності, взаємодопомоги та відчуття безпеки.

Такий зв'язок поколінь формує основу стійкості громади: діти отримують підтримку для розвитку, дорослі – ресурс для допомоги іншим, а люди поважного віку – простір гідності, участі та турботи.

Психосоціальна підтримка як ресурс відновлення в умовах воєнного стану важлива, адже локальні волонтерські ініціативи перетворюються на системну культуру турботи. Досвід Первомайської філії доводить: коли психосоціальна підтримка доступна на кожному етапі життя – від дитинства до поважного віку – громада стає згуртованою, сильнішою та здатною не лише пережити кризу, а й поступово відновлюватися після неї.

Психосоціальна підтримка населення в умовах воєнного стану – це не робота лише з кризами чи окремими проблемами. Це щоденна робота з

людською гідністю, надією, довірою та вірою в те, що кожна людина, незалежно від віку чи життєвих обставин, має право на безпеку, розвиток і підтримку навіть під час війни.

Наша команда психологів в Первомайську продовжує працювати щодня, щоб підтримка населення була не лише відповіддю на виклики воєнного часу, а й основою для відновлення, згуртованості та майбутнього здоров'я нашої нації.

Список використаних джерел:

1. Товариство Червоного Хреста України. Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка. Офіційний сайт Українського Червоного Хреста. URL:

https://redcross.org.ua/?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=cid%7C22109495261%7Csearch&utm_content=gid%7C168455950970%7Caid%7C728515979226%7Cplacement%7C&utm_term&gad_source=1&gad_campaignid=22109495261&gbraid=0AAAAAo916Ve_yyGJIPjqhRZmmU-yhALDj&gclid=Cj0KCQjwornRBhCrARIsAON5exFIYqr9JwOXcZQC49dkAThw4Z1nnD9GQUmDYiedxTqq-YbTWjm6DLgaAgZYEALw_wcB

2. Товариство Червоного Хреста України. За рік понад 367 тисяч людей отримали психосоціальну підтримку від Українського Червоного Хреста. 2024. URL:

https://redcross.org.ua/?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=cid%7C22109495261%7Csearch&utm_content=gid%7C168455950970%7Caid%7C728515979226%7Cplacement%7C&utm_term&gad_source=1&gad_campaignid=22109495261&gbraid=0AAAAAo916Ve_yyGJIPjqhRZmmU-yhALDj&gclid=Cj0KCQjwornRBhCrARIsAON5exFIYqr9JwOXcZQC49dkAThw4Z1nnD9GQUmDYiedxTqq-YbTWjm6DLgaAgZYEALw_wcB

3. Національний інститут стратегічних досліджень. Поліпшення психологічного стану населення в умовах довготривалої війни. 2025. URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/sotsialna-polityka/polipshennya-psykholohichnoho-stanu-naselennya-v-umovakh>

4. Міжнародна організація з міграції. Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка в Україні. URL: <https://ukraine.iom.int/uk/psykhichne-zdorovya-ta-psykhosotsialna-pidtrymka-pzpsp>

5. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Red Cross Mental Health Response to the International Armed Conflict in Ukraine (2022–2025). Geneva, 2025. URL: <https://www.ifrc.org/document/red-cross-mental-health-response-international-armed-conflict-ukraine-2022-2025>

6. IFRC Reference Centre for Psychosocial Support. Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies: Training Guide. Copenhagen, 2024. URL: <https://www.facebook.com/Psychosocial.Center/>

УДК 159.9

Інна ЧУГУЄВА,
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри психології
Національний університет кораблебудування
імені адмірала Макарова,
м. Миколаїв, Україна

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА В УМОВАХ ВІЙНИ ЗА МОДЕЛЛЮ BASIC PH

Тези присвячені особливостям надання психологічної допомоги різним категоріям осіб в умовах війни. Представлено базовий підхід до організації процесу надання психологічної допомоги, який ґрунтується на моделі BASIC PH. Показані ресурсні канали цієї моделі, які використовуються в якості стратегій подолання стресу війни.

Ключові слова: психологічна допомога, модель подолання стресу BASIC PH, ресурсні канали, стратегії подолання стресу.

В умовах викликів сьогодення, під впливом негативних наслідків повномасштабної військової агресії проти України з боку росії нажаль значно збільшилася кількість дітей, які зазнали психотравматичного досвіду, опинилися у складних життєвих обставинах, стали жертвами насильства. Така ситуація вимагає від наукової спільноти в галузі психології адекватного реагування, зокрема, розробки та впровадження у практику дієвих методик, знарядь і засобів роботи з цими дітьми з метою покращення їхнього психологічного стану, попередження й запобігання пост-травматичних наслідків та сприяння їх пост-травматичному зростанню.

Мета тез – стислий опис психологічного підходу до подолання стресу війни за моделлю BASIC PH.

Від початку війни практичні психологи України почали шукати найбільш ефективні методи для роботи з різними категоріями осіб у подоланні стресу зумовленого війною та його наслідків. Одним з найбільш ефективних і апробованих в реалій війни виявився підхід за моделлю BASIC PH. Модель розроблена ізраїльським психологом Мулі Лахадом і включає в себе шість ключових каналів подолання стресів. Перший – це подолання стресів за допомогою цінностей, переконань і смислів. Другий пов'язаний з вивільненням і проживанням емоцій. Третій пов'язаний з включенням особистості у соціальні зв'язки, що також допомагає долати стреси. Четвертий передбачає подолання стресів за допомогою критичного мислення, аналізу та рефлексії. П'ятий - за допомогою почуття гумору, здатності мріяти, уяви й творчості. Шостий канал допомагає долати стреси через активізацію тілесних відчуттів та фізичної активності. Кожен з цих каналів може виступати основою індивідуального стилю подолання стресових та кризових ситуацій. Також можуть підключатися

інші канали, що дозволяє розширювати коло особистісних ресурсів [1]. Даний підхід реалізовано у практиці надання психосоціальної підтримки і психологічної допомоги жителям прифронтової Миколаївської області через службу підтримки ментального здоров'я Миколаївської обласної організації Товариства Червоного Хреста України провідними фахівцями якої є випускники спеціальності Психологія Національного університету кораблебудування імені адмірала Макарова.

Проблематика психологічної допомоги має доволі широкий спектр. Наприклад – це робота з психологічними станами у цивільних осіб, таких як стрес, тривога, депресивні стани, психоемоційна нестабільність. Також робота з особливостями сприймання життєвої перспективи у внутрішньо переміщених осіб, особливостями психологічних станів у дітей, підлітків, дорослих, з врахуванням гендерних і вікових відмінностей. Робота з проблемою реінтеграції демобілізованих осіб у цивільне життя. Останнім часом в фокус практичної роботи увійшли проблеми профілактики емоційного вигорання у волонтерів, професійного вигорання працівників гуманітарних організацій.

В практичній роботі ми постійно робимо пошук доступних, не складних у використанні однак ефективних практичних засобів, психологічних вправ та методик.

Сьогодні модель BASIC PH активно застосовується в практиці допомоги людям у кризових ситуаціях, у подоланні гострої стресової реакції. Активізація шістьох каналів ресурсу допомагає уникати деструктивних моделей поведінки й підтримувати продуктивні, адаптивні стратегії. Реалізується ця практична робота за допомогою використання цілого комплексу інструментів, включаючи як індивідуальні, так і групові вправи [2].

В процесі психологічної роботи з клієнтом зазвичай застосовується метод активного прослуховування каналів BASIC PH, який допомагає визначити домінуючі ресурси людини. Ключові висловлювання та ідіоми, які застосовує клієнт можуть вказувати на механізми подолання стресів. Кожен із ресурсних каналів має свої індикатори, що проявляються у способі мислення, особливостях сприйняття та стилі спілкування. Наприклад, висловлювання на кшталт «воля Божа» вказують на домінування каналу переконань (B), а часті згадки про емоційні стани («щасливий», «сумний») – на домінування каналу емоцій (A). Каналсоціальних зв'язків (S) характеризується згадками про значущих інших, канал уяви (I) – творчими образами й метафорами, канал мислення (C) – прагненням до логічності та деталізації, а фізіологічний канал (Ph) – зверненням до тілесних відчуттів і дій.

Автор моделі BASIC PH вважає, що кожна людина від природи здатна долати стрес за допомогою всіх шести ресурсних каналів. Хоча зазвичай люди покладаються лише на один-два домінуючі способи. На жаль, бувають ситуації,

коли звичний спосіб подолання може виявитися недієвим або вичерпаним, наче джерело, з якого зникла вода. У такі моменти важливо мати альтернативні ресурси, щоб уникнути психологічного виснаження. Наприклад, якщо логіка не допомагає, можна спробувати заспокоїтися через фізичну активність чи спілкування з близькими. Таким чином, можливість не просто користуватися звичними ресурсами, а розвивати всі шість ресурсних каналів дає можливість бути готовим до будь-яких викликів. Це особливо важливо робити заздалегідь, коли немає критичної потреби, створюючи міцні нейронні зв'язки для кожного способу подолання. Адже в стресових ситуаціях простіше використовувати добре відомі, «відпрацьовані» стратегії, ніж шукати нові рішення під впливом емоцій.

Стресові події та кризи мають глибокий вплив на психоемоційний стан людини, особливо в умовах, коли звичні способи подолання виявляються недостатніми або виснаженими. У цьому контексті модель BASIC PH підкреслює науково обґрунтовану необхідність розвитку й підтримки всіх ресурсних каналів як бази для психічної стійкості та адаптації до складних ситуацій.

Список використаних джерел:

1. Lahad M., Shacham M., Ayalon O. The «BASIC PH» Model of Coping and Resiliency-Theory, Research and Cross-Cultural Application. London. 2013.
2. Sazonova I. Rehabilitation environment as a factor in preventing the consequences of traumatic events and promoting post-traumatic growth of children affected by war far. *Збірник наукових праць «Проблеми гуманітарних наук*. 2023. № 51. С. 104-108.

Тетяна ЯБЛОНСЬКА,
 доктор психологічних наук, професор,
 професор кафедри психодіагностики та клінічної психології,
 Київський національний університет імені Тараса Шевченка,
 Київ, Україна

Майя НАГОРНЯК,
 кандидат філологічних наук, доцент кафедри аудіовізуальних медіа,
 Київський національний університет імені Тараса Шевченка,
 Київ, Україна

ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ В УМОВАХ СТРЕСУ ВІЙНИ

В умовах війни студентська молодь є однією з найвразливіших категорій цивільного населення. Це зумовлено специфічними завданнями розвитку, який різко порушується через війну. Адже воєнні реалії руйнують базове відчуття безпеки, формують стійкий страх; молоді люди набувають травматичного досвіду, оскільки стають безпосередніми свідками насильства, руйнувань, переживають утрату рідних і близьких, змушені полишати дім і ставати переселенцями. Порушується їх нормальний розвиток, що пов'язано із перериванням навчання, зниженням якості освітніх послуг, ускладненням соціалізації та формування ідентичності. До негативних наслідків війни належать також соціальна нестабільність, невизначеність майбутнього, інформаційний тиск, вимушена дорослість. Тож воєнна доба чинить комплексний і довготривалий вплив на юнацьку молодь, оскільки цей період життя збігається з етапом активного особистісного, професійного й соціального становлення. Але поряд із негативними наслідками (стрес, дезадаптація, зниження мотивації) спостерігаються і потенційно конструктивні зміни, зокрема формування життєстійкості, переоцінка цінностей і розвиток адаптаційних ресурсів.

Метою є вивчення особливостей життєстійкості студентської молоді в умовах стресу війни.

Аналіз наукової літератури засвідчує значний інтерес дослідників до феномену життєстійкості особистості (*hardiness*). Дослідження С. Кобейси, С. Мадді та інших вчених стали основою сучасних концепцій, які вивчають життєстійкість, резильєнтність, психологічну пружність особистості. Життєстійкість визначається як система переконань людини про себе, світ і взаємодію зі світом, яка запобігає розвитку надмірного стресу та сприяє ефективному подоланню труднощів (С. Мадді); вона пов'язана з мотивацією до подолання стресогенних життєвих ситуацій [3]. Згідно С. Мадді структура життєстійкості складається з таких компонентів: включеність, вплив і виклик. Включеність – характеристика щодо себе і навколишнього світу й характеру

взаємодії між ними, яка дає сили та мотивує людину до реалізації, лідерства, здорового образу думок і поведінки. Контроль передбачає переконання у тому, що боротьба дає можливість вплинути на результат; протилежним до цього є відчуття власної безпорадності. Прийняття ризику або виклик – це переконання індивіда у тому, що все, що з ним трапляється, сприяє його розвитку, який відбувається за рахунок знань, отриманих з досвіду [3].

Серед українських учених значний внесок у вивчення життєстійкості в умовах соціальної нестабільності та війни зробив О. Кокун. Вчений розрізняє поняття *життєстійкість* (*hardiness*) та *резильєнтність* (*resiliency*): перше поняття відображає внутрішню здатність особистості активно взаємодіяти з викликами, зберігати самоконтроль та конструктивно реагувати на труднощі, а друге зосереджується на гнучкості, адаптаційних механізмах та здатності до відновлення після кризових ситуацій [2]. Вчений вважає, що розвиток життєстійкості не є вродженою, незмінною рисою, а може бути систематично формованою характеристикою, зміцненою через психологічну підготовку, соціальну підтримку, когнітивно-поведінкові стратегії й різні методи саморегуляції [2].

Вибірку дослідження склали 120 студентів Інституту журналістики КНУ ім. Тараса Шевченка, серед яких жінки становили 90,8%, а чоловіки – 9,2%. Середній вік респондентів склав 18,7 років, медіанне значення – 18 років.

Методики дослідження. Шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale-10, PSS-10) (Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R., 1983 в адаптації Вельдбрехт О. О., Тавровецької Н. І., 2022) [1], Опитувальник життєстійкості С. Мадді (Hardiness Survey III-R); анкета, яка включала соціально-демографічні, а також якісні питання щодо життєстійкості (Як ви розумієте поняття «життєстійкість»? Якими є Ваші особисті джерела життєстійкості?). Опитування проводилося за допомогою Google Forms; поширення відбувалося шляхом розсилки посилань на опитування у соціальних мережах та месенджерах (Facebook, WhatsApp, Telegram, Viber). Всі учасники були поінформовані щодо мети збору даних, дали добровільну згоду на участь у дослідженні.

Результати дослідження. У ході аналізу результатів було встановлено, як студентська молодь осмислює зміст життєстійкості в умовах війни, які джерела вважає для себе основними та як оцінює їхній вплив на власну здатність зберігати внутрішню стійкість.

Узагальнені відповіді на якісні питання свідчать, що у свідомості більшості опитаних життєстійкість постає як практична здатність людини витримувати життєві труднощі, долати стрес, пристосовуватися до нових обставин, зберігати самовладання і не втрачати орієнтацію на подальший рух. Для студентської молоді життєстійкість у воєнний період пов'язується насамперед із функціональною здатністю витримувати напруження. Досвід

війни істотно впливає на змістове наповнення цього поняття і надає йому більш екзистенційного, особистісно значущого характеру. Основними джерелами життєстійкості опитані вважають передусім підтримку близьких людей, власні внутрішні ресурси, а також заняття, які допомагають відновлювати емоційний баланс. Тож, з одного боку, важливу роль відіграє наявність значущих стосунків, почуття прийняття і підтримки, а з іншого боку, суттєвим є рівень особистісної зрілості, уміння мобілізувати власні сили та знаходити індивідуальні способи відновлення. Таким чином, студентська молодь достатньо глибоко усвідомлює психологічний зміст життєстійкості, пов'язує її з конкретними внутрішніми та зовнішніми ресурсами і розглядає ці ресурси як важливу умову адаптації до життя в умовах війни.

В уявленнях студентів про життєстійкість найбільш вираженими є категорії подолання труднощів і стресу (51,3%), наполегливості і руху до цілей (26,1%). Життєстійкість у сприйнятті студентів включає активний компонент, пов'язаний із продовженням особистісного і професійного розвитку попри несприятливі обставини. Помітну роль у структурі уявлень займає адаптація до змін і обставин (табл.1).

Таблиця 1

Результати опитування учасників дослідження за категоріями

Блок	Категорія	% опитаних
Розуміння поняття «життєстійкість»	Подолання труднощів і стресу	51,3%
	Адаптація до змін і обставин	22,7%
	Емоційна рівновага і самоконтроль	20,2%
	Відновлення після негараздів	10,1%
	Наполегливість і рух до цілей	26,1%
	Пошук рішень і аналітичність	19,3%
Особисті джерела життєстійкості	Соціальна підтримка близьких	63,0%
	Внутрішні особистісні ресурси	33,6%
	Дозвілля і відновлювальні практики	31,9%
	Навчання, діяльність і саморозвиток	10,9%
	Духовні та ціннісні опори	7,6%

Отже, життєстійкість осмислюється як гнучкість, здатність перебудовувати поведінку, приймати нову реальність і знаходити в ній можливості для подальшого функціонування. Емоційна рівновага і самоконтроль були зафіксовані у відповідях 20,2% опитаних, а пошук рішень і аналітичність відзначили 19,3% опитаних. Ці показники демонструють, що частина студентів розглядає життєстійкість через когнітивний рівень, де важливого значення набувають здатність раціонально мислити, аналізувати ситуацію, контролювати себе та не втрачати здатності до усвідомленого вибору. Найменш представлена категорія відновлення після негараздів (10,1%).

Окремої уваги заслуговують відповіді щодо особистих джерел життєстійкості. Найчастіше опитані вказували соціальну підтримку близьких (63,0%), особистісні ресурси (33,6%), дозвілля та відновлювальні практики (31,9%). Значно рідше студенти зазначали навчання, діяльність і саморозвиток (10,9%). Це може вказувати на те, що освітня та професійна активність розглядається ними як важливий, але не провідний ресурс життєстійкості. Найменш представленою виявилася категорія духовних та ціннісних опор (7,6%), що свідчить про пов'язаність для частини студентів життєстійкості з глибшими світоглядними орієнтирами, вірою, сенсами та особистісними переконаннями, які виконують стабілізуючу функцію в кризових обставинах.

У табл. 2 подано розподіл опитаних за рівнем сприйнятого стресу.

Таблиця 2

Розподіл учасників дослідження за рівнем сприйнятим стресом

Змінні	Низький	Середній	Високий
Сприйнятий стрес	21,7%	65,8%	12,5%

Встановлено, що для переважної більшості опитаних характерний середній рівень сприйнятого стресу (65,8%). Це означає, що значна частина студентської молоді перебуває у стані постійного, але відносно контрольованого напруження, яке не є повністю деструктивним, однак потребує достатніх особистісних ресурсів для ефективного подолання. Низький рівень стресу мають 21,7% опитаних, що свідчить про наявність групи студентів, які володіють кращими механізмами адаптації або менш гостро переживають вплив стресогенних факторів. Водночас 12,5% мають високий рівень сприйнятого стресу, що вказує на існування групи підвищеного психологічного ризику. Отримані результати свідчать про те, що середній рівень стресу є типовим для більшості вибірки, але поряд із цим існує група студентів, яким потрібна додаткова увага з боку психологічної служби закладу вищої освіти.

Дані за рівнем життєстійкості за опитувальником С. Мадді свідчать про переважання у вибірці помірно сформованої життєстійкості (табл. 3).

Таблиця 3

Розподіл учасників дослідження за рівнем життєстійкості

Змінні	Низький	Середній	Високий
Життєстійкість	15%	74,2%	10,8%

Найбільшу частку становлять студенти із середнім рівнем (74,2%); низький рівень життєстійкості виявлено у 15% опитаних, що свідчить про наявність окремої категорії студентів із послабленими адаптаційними ресурсами, меншою включеністю в життя та, ймовірно, нижчою впевненістю у власній здатності справлятися зі складними обставинами. Високий рівень

зафіксовано лише у 10,8% опитаних. Отже, справді виражена, структурно зріла життєстійкість сформована лише у порівняно невеликої частини студентської молоді. Оскільки опитувальник С. Мадді глибше розкриває екзистенційні компоненти життєстійкості, пов'язані з відчуттям контролю, включеності та прийняття викликів, то невисокі показники можуть свідчити не про відсутність стійкості у студентів, а скоріше про те, що її особистісно-сміслова структура ще перебуває в процесі формування, адже в юнацькому віці система саморегуляції, життєвих смислів і внутрішньої стійкості продовжує активно розвиватися.

Кореляційний аналіз показав, що сприйнятий стрес має обернений статистично значущий зв'язок з усіма складовими життєстійкості за опитувальником Мадді, а також із загальним показником життєстійкості (табл.4).

Таблиця 4

Кореляційний аналіз сприйнятого стресу із складовими життєстійкості

Змінні	Залученість	Контроль	Прийняття ризику	Життєстійкість
Сприйнятий стрес	-0,663*	-0,701*	-0,578*	-0,699*

Примітка: * рівень статистичної значущості $p < 0,05$.

Було здійснено пошук відмінностей щодо рівня сприйнятого стресу у групах студентів з високим і низьким рівнем життєстійкості. Встановлено, що рівень сприйнятого стресу суттєво відрізняється залежно від рівня життєстійкості (табл.5).

Таблиця 5

Особливості прояву сприйнятого стресу залежно від рівня життєстійкості

Змінні	W-Краскел-Уоліс	p	Mean низький рівень	Mean середній рівень	Mean високий рівень
Сприйнятий стрес	47,9	0,001*	25,78	18,84	10,62

Примітка: * рівень статистичної значущості $p < 0,05$.

Чим вищими є внутрішні ресурси особистості, тим менш загрозливими, виснажливими та неконтрольованими сприймаються труднощі. Особливо показовим є розрив між групою з низьким рівнем життєстійкості та групою з високим рівнем, оскільки різниця між середніми значеннями є дуже суттєвою. Це дозволяє зробити висновок про те, що життєстійкість не просто супроводжує нижчий рівень стресу, а дійсно може виступати одним із ключових чинників, які опосередковують суб'єктивне переживання напруження в умовах війни. Для студентів із низьким рівнем життєстійкості характерне більш інтенсивне сприйняття навантаження, безпорадності та перевантаження, тоді як студенти з високою життєстійкістю, ймовірно, краще зберігають відчуття внутрішньої опори, контролю та здатності справлятися з труднощами.

Висновки. Результати дослідження показали, що для більшості студентів характерний середній рівень життестійкості. Встановлено, що в структурі життестійкості найвиразнішим компонентом є залученість, дещо меншою мірою представлений контроль, а найменш сформованим є прийняття ризику. Дослідження сприйнятого стресу засвідчило, що для більшості респондентів характерний його середній рівень, що відображає стан постійного, але переважно контрольованого психоемоційного напруження. Виявлено групу студентів із високим рівнем стресу, які потребують особливої уваги в межах психологічного супроводу. Виявлено виражений обернений зв'язок між життестійкістю та сприйнятим стресом. Тобто, зі зростанням життестійкості знижується рівень суб'єктивного переживання стресу, а сам феномен життестійкості виконує захисну функцію в умовах війни.

Список використаних джерел

1. Вельдбрехт О. О., Тавровецька Н. І. Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни. *Журнал сучасної психології*. 2022. № 2 (25). С. 16-27. URL: <https://journalsofznu.zp.ua/index.php/psych/article/view/2892>
2. Кокун О. М. Професійна життестійкість особистості: аналіз феномена. *Актуальні проблеми психології*. 2020. Том V. Випуск 20. С. 68-81. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/721356/1/Kokun_OM_2020_Professional_hardiness_of_personality_an_analy.pdf
3. Maddi S. Hardiness: An operationalization of existential courage. *Journal of Humanistic Psychology*. 2004. Apr. 44. P. 279-298.

НАПРЯМ 4

НОВИЙ ДОСВІД ГРОМАДСЬКИХ ОРГАНІЗАЦІЙ У ВІДНОВЛЕННІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я – ВІД МЕДИЧНОЇ ДО СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Наталя ВОЛОДКА,
старший викладач кафедри
медсестринства і громадського здоров'я
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
керівник відділення ВБО
«Турбота про літніх в Україні» у м. Миколаєві,
м. Миколаїв Україна

ПСИХОСОЦІАЛЬНА МОДЕЛЬ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЛІТНІХ ЛЮДЕЙ В УМОВАХ ВІЙНИ

Процес старіння людини є складним багатогранним явищем, яке охоплює не лише фізіологічні зміни, а й глибокі соціальні, психологічні та економічні виклики. В умовах війни ці виклики загострюються та вимагають переосмислення підходів для збереження здоров'я літніх людей через психосоціальні моделі підтримки, що значно вплине на покращення якості життя літніх людей та громадського здоров'я в цілому [2]. В умовах сучасних реалій в Україні психосоціальна підтримка літніх людей набуває особливого значення коли психоемоційний стан та соціальна ізоляція літніх людей можуть значно погіршуватися через травматичні події, втрату близьких, вимушене переселення або руйнування звичного способу життя.

Основний виклад матеріалу. Через війну в Україні в контексті громадського здоров'я спостерігається збільшення осіб похилого віку, які залишились без допомоги рідних та близьких, що негативно впливає на їх психоемоційний стан. Здоров'я як універсальна цінність посідає найвищі щаблі в системі суспільних цінностей і пріоритетів поряд із поняттями щастя та благополуччя. Здоров'я – один із ключових аспектів безпеки людини і є однією з найважливіших цінностей для суспільства є здоров'я нації. Без належного рівня здоров'я неможливий ефективний соціально-економічний розвиток країни. В основі управління громадським здоров'ям лежить концепція покращення загального стану здоров'я та благополуччя всього населення [2]. Громадське здоров'я – це наука та мистецтво запобігання захворюванням, подовження тривалості життя та сприяння здоровому способу життя через організовані зусилля суспільства [1]. В основі управління громадським здоров'ям лежить концепція покращення загального стану здоров'я та благополуччя всього населення. Третину населення складають літні люди.

Багато дослідників (Н. Гаркавенко та С. Собкова) підкреслюють важливість збереження фізичного здоров'я та поліпшення умов життя в старості для підтримання психічного здоров'я літніх людей.

Здоров'я за визначенням ВООЗ – це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних вад (1948 р.). Фізичне благополуччя людини залежить від багатьох факторів, як то спадковість, умови життя, доступ до медицини, зовнішні чинники, тощо. Психічна складова включає емоційний стан, здатність справлятися зі стресом, позитивне мислення, емоційну стабільність, уміння долати труднощі. Соціальне благополуччя передбачає соціальні зв'язки, родину, друзів, соціальні контакти, залученість до громадської діяльності. Але з віком ці контакти втрачаються, що негативно визначається на загальному стані здоров'я літніх людей і підвищує ризики. Недостатня соціальна підтримка може призвести до погіршення психічного та фізичного здоров'я. Відсутність регулярних соціальних взаємодій призводить до почуття самотності, депресії та тривоги. Дослідження показують, що соціально ізольовані люди мають підвищений ризик розвитку деменції та інших когнітивних розладів. Відчуження негативно впливає на фізичне здоров'я, збільшуючи ризик серцево-судинних захворювань, гіпертонії та загального зниження якості життя. Тому дуже важливо розробляти і впроваджувати програми, що сприяють соціальній активності літніх людей [2]. Психосоціальна підтримка літніх людей набуває особливого значення в умовах війни, коли їхній психоемоційний стан та соціальна ізоляція можуть значно погіршуватися через травматичні події, втрату близьких, вимушене переселення або руйнування звичного способу життя. Поліпшення здоров'я і благополуччя в літньому віці вимагає урядової уваги до створення у партнерстві з неурядовими організаціями соціального, фізичного та економічного середовища, що сприяє успішному старінню.

Організація творчих занять, групових зустрічей та активної діяльності може допомогти подолати відчуття самотності та страху, спричинених військовими конфліктами. Психосоціальна модель збереження здоров'я літніх людей базується на трьох взаємопов'язаних стовпах: базовій безпеці, емоційній підтримці та соціальній інтеграції [4]. Вона має на меті знизити рівень тривожності, попередити ізоляцію та мотивувати внутрішні ресурси людини, що критично важливо під час стресу. Таким чином, одним із ключових завдань суспільства є допомога літнім людям у пристосуванні до нових життєвих умов.

Всеукраїнська благодійна організація «Турбота про літніх в Україні» у своїй діяльності акцентує увагу на соціалізації та інклюзії літніх людей, включно з внутрішньо переміщеними особами, враховуючи виклики, пов'язані з війною. Запропонована психосоціальна модель підтримки сприяє інклюзії літніх людей через створення просторів для спілкування з однолітками, де вони

можуть поділитися спогадами та власним життєвим досвідом, що зміцнює їхній адаптаційний потенціал. Крім того, проводяться зустрічі із психологами, які навчають особливостям застосування дихальних практик в залежності від стану людини, інших корисних технік для подолання негативних впливів війни на стан здоров'я людей похилого віку. Рекомендовані практики психосоціальної підтримки літніми людьми застосовуються під час тривожності, безсонні, панічних атаках та інших негативних проявів психоемоційного стану. Також дуже позитивно людьми похилого віку сприймаються засоби арт-терапії, які проводяться під час дружніх зустрічей для подолання страхів, інших розладів організму. Під час спілкування люди похилого віку мають можливість отримати необхідну інформацію, обговорити проблемні питання та отримати своєчасно консультацію фахівця. Проводяться заняття – бесіди з ведення здорового способу життя та важливості соціальної інтеграції для збереження і покращення здоров'я. Всі відвідувачі дружніх зустрічей та волонтери літнього віку отримують всебічну підтримку та активно залучені до виконання завдань на збереження когнітивних функцій, покращення ментального здоров'я: вправи на тренування уваги, пам'яті, логіки та здатності концентруватися на виконанні завдань, робота з текстом. Під час зустрічей застосовуються танцювальні рухи сидячи, ігри, конкурси, читання віршів, співи, розгадування загадок та робота з природними матеріалами по виготовленню поробок. Всі заходи проходять в доброзичливій атмосфері, з розумінням корисності психосоціальної моделі для збереження здоров'я та стабілізації психоемоційного стану. Для визначення ефективності запропонованої психосоціальної моделі підтримки літніх людей з кожним новим учасником проводиться опитування та заповнюється Шкала тривоги Бека на початку відвідувань занять.. Після 4-х 6-ти відвідувань занять проводиться повторне опитування та заповнення Шкали тривоги Бека [5].

При підведенні підсумків зустрічей практично всі учасники відзначають покращення настрою, самопочуття як на рівні психоемоційного стану так і фізичного (головокружіння, тремтіння в руках, кишково-шлункові розлади) та відчуття підтримки. До того ж спостерігається сталі відносини між літніми особами Миколаєва та ВПО, що сприяє соціалізації останніх та адаптації до життя в новому місті, а також покращенню психічного і ментального здоров'я усіх учасників зустрічей.

Подібна модель психосоціальної підтримки повністю відповідає рекомендаціям провідних фахівців у сфері психічного здоров'я та запропонованій Цільовій моделі «Система у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки» [3]. Досвід співпраці з неурядовими організаціями на прикладі Всеукраїнської благодійної організації «Турбота про літніх в Україні» дає підстави для позитивного оцінювання реальних можливостей ресурсного забезпечення здоров'я літніх людей в умовах війни.

На основі викладеного матеріалу визначено актуальність і своєчасність обраної теми. Отже, модель психосоціальної підтримки літніх людей неурядовими організаціями є важливим кроком у покращенні їх психічного, соціального та фізичного благополуччя, що є складовими чинниками громадського здоров'я та покращенням якості життя літніх людей.

Список використаних джерел:

1. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення. «Томілінські читання»: матеріали VI науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 100-річному ювілею кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, Харків, 02 листопада 2023 р. / ред. кол.: В.В. М'ясоєдов, В.А. Огнєв, В.Г. Нестеренко та ін. Харків, 2023. 228 с.

2. Соціальна робота у сфері громадського здоров'я України: виклики та перспективи/ Семигіна Т., Столярик О., 2024.

3. Збітнєва О., Чабан О., Омелянович В.: Цільова модель «Система у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки» як відповідь на руйнівний вплив війни в Україні. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Том 9 № 3. URL: <http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/17939/1/v2.pdf>

4. Рекомендації щодо організації культурно – дозвілєвої діяльності осіб зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями в інтернатних установах системи соціального захисту населення. URL: <http://ipzn.org.ua/wp-content/uploads/2016/12/Rekomendatsiyi-shhodo-organizatsiyi-kulturno-dovillyevoyi-diyalnosti.pdf>

5. Український інститут когнетивно-поведінкової терапії. URL: <https://i-cbt.org.ua/wpcontent/uploads/2017/11/%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0%D0%A2%D1%80%D0%B8%D0%B2%D0%BE%D0%B3%D0%B8-%D0%91%D0%B5%D0%BA%D0%B0.pdf>

Інеса КРАШЕВЕЦ-ЛЮБЧЕНКО,
гештальт терапевт
Європейської Асоціації Психотерапевтів,
засновниця і директор
ТОВ Naturalnye essencii (Натуральні есенції)
м. Миколаїв, Україна

ЧИСТІ РОСЛИННІ ПРОДУКТИ ЯК ІНСТРУМЕНТ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

У статті розглянуто концептуальні підходи до використання 100% чистих автентичних рослинних продуктів (ефірних олій та гідролатів) як дієвого інструменту превентивної медицини та зміцнення громадського здоров'я. Проаналізовано фрактальну природу живих систем та хімічний інтелект взаємодії організму людини і рослин на молекулярному рівні. Обґрунтовано доцільність впровадження довготривалих освітніх та екологічних програм, спрямованих на формування культури вживання екологічно чистих продуктів, реабілітацію населення в умовах воєнного стану та відновлення екосистем.

Ключові слова: громадське здоров'я, превентивна медицина, преморбідні стани, ефірні олії, гідролати, фрактальний вимір природи та організму, холистичний підхід.

Сучасна криза глобального та національного громадського здоров'я вимагає переосмислення класичних медичних парадигм. Традиційна клінічна медицина історично орієнтована на вивчення патологій та курування хвороб відповідно до нозологічних кодів (симптоматика та лабораторні дослідження). Проте такий підхід фокусується на лікуванні вже наявних хвороб і часто є неефективним на етапі проявлення незначних змін здоров'я.

Громадське здоров'я – це комплексна система знань та практик, спрямована на створення умов для продовження тривалості повноцінного життя та профілактики захворюваності населення. Наукові відкриття останніх десятиліть доводять, що маніфестації хвороби передують глибокі зміни у фізіологічних процесах, які переважно не фіксуються стандартним медичним інструментарієм [1]. Ці «функціональні порушення» формують так звані преморбідні стани. Динамічність людського організму потребує нових, холистичних інструментів підтримки гомеостазу, серед яких особливе місце посідають чисті рослинні продукти (ефірні олії та гідролати).

В основі холистичної медицини лежить концепція індивідуальної програми здоров'я, яка закладена в людині від народження. Ця програма зашифрована на хімічному, біофізичному та енергетичному рівнях.

З погляду теорії хаосу та синергетики, біологічні системи мають фрактальну природу. Фрактали є складними, відкритими та динамічними системами, що перебувають у безперервному обміні з навколишнім середовищем. Цю фрактальну ізоморфність мають усі живі організми: рослини, тварини і організм людини [2].

На молекулярному рівні, який забезпечує життєдіяльність, виявляється глибока спорідненість людини та рослинного світу. Клітинні структури побудовані з аналогічних молекул і мають спільну мову молекул — хімічний інтелект [3]. Саме тому 100% чисті автентичні рослинні продукти, отримані з лікарських рослин та дикоросів в екологічних регіонах, здатні комплементарно інтегруватися у метаболічні процеси людини, захищаючи організм від шкідливих факторів та підтримуючи його природний потенціал. Метаболізм у даному контексті виступає механізмом трансформації ендогенно «чужого» у біологічно «своє».

Основними агентами біохімічної регуляції та превенції в межах дослідження визначено ефірні олії та гідролати, виготовлені за спеціальними повільними технологіями (метод Джона Красевек) без залучення синтетичних домішок.

Ефірні олії – гідрофобна фракція летких біологічно активних сполук рослин. На сьогодні ідентифіковано понад 400 хімічних компонентів ЕО (терпени, оксиди, кетони, феноли, альдегіди тощо). У рослинному світі вони виконують регуляторні, гормоноподібні та ферментативні функції. В організмі людини ЕО виявляють виражені антисептичні, антиоксидантні, адаптогенні та психоемоційні ефекти.

Гідролати – гідрофільна фракція летких речовин, розчинних у воді. Вони містять водорозчинні форми кетонів, простих ефірів, монотерпенів, а також мікроелементи, провітаміни та амінокислоти. Хімічний код гідролатів виступає м'яким і дієвим регулятором гомеостазу та якості життя через каскади біохімічних трансформацій [4].

Чистота та терапевтична цінність ефірних олій та гідролатів безпосередньо залежать від екологічних умов вирощування сировини, біоценозу дикоросів, а також суворого дотримання технологічних регламентів сушіння та дистиляції. Дані продукти можуть позиціонуватися як функціональні елементи щоденного раціону та самодогляду, що підтримують здоровий баланс біохімічних і біофізичних процесів.

На сьогодні чисті рослинні продукти вже демонструють ефективність у таких сферах:

1. Персоналізований самогляд: використання натуральних рослинних продуктів з метою пролонгації активного довголіття.
2. Антивікові (Anti-age) програми: підтримка тілесної молодості та клітинної регенерації.
3. Реабілітація та ментальне відновлення: психоемоційна підтримка цивільного населення в умовах війни та комплексна реабілітація військовослужбовців (ПТСР, декомпенсація стресу).

4. Еко-просвітництво: інтеграція знань про рослинні продукти в освітні програми для формування культури усвідомлених взаємин людини з природою [5].

Для формування нової парадигми здоров'я громадського суспільства пропонуємо перспективний план дій та стратегічні програми по екологічному та просвітницькому векторам:

1. Екологічний вектор: партнерство з агровиробниками та фермерськими господарствами з метою рекультивації та відновлення деградованих земель через вирощування лікарських рослин.

2. Освітній вектор: розробка та впровадження міждисциплінарних освітніх програм, присвячених екологічним методам самодогляду та екологічній свідомості (тріада: природа – тіло – свідомість).

Масштабування використання автентичних рослинних продуктів у системі громадського здоров'я актуалізує низку науково-практичних питань, таких як стандартизація і верифікація якості, пошук ефективних каналів дисемінації наукових знань про точні біохімічні механізми дії ефірних олій та гідролатів серед медичної спільноти та населення.

Важливим викликом є формування суспільної довіри: подолання скепсису шляхом накопичення доказової бази щодо безпеки та ефективності збереження благополуччя і здоров'я за допомогою чистих рослинних продуктів.

Отже, впровадження 100% чистих рослинних продуктів у повсякденну практику життєдіяльності є довготривалим світоглядним та еволюційним процесом. Він поєднує в собі культуру екологічного землеробства, освоєння високотехнологічних методів екстракції та системну освіту споживачів. Формування культури вживання чистих автентичних рослинних продуктів через довготривалі освітні програми здатне стати одним із фундаментальних чинників розвитку профілактичної ланки громадського здоров'я, забезпечуючи перехід від лікування хвороб до управління індивідуальним здоров'ям і довголіттям.

Список використаних джерел:

1. Грузєва Т. С. Громадське здоров'я: концепція, принципи, стратегії, розбудова системи в Україні. *Науковий вісник Національного медичного університету імені О. О. Богомольця*. 2019. № 2. С. 15–22.
2. Mandelbrot B. B. *The Fractal Geometry of Nature*. San Francisco: W. H. Freeman and Comp., 1982. 468 p. (Фундаментальна праця з фрактальної геометрії).
3. Prigogine I., Stengers I. *Order out of Chaos: Man's New Dialogue with Nature*. New York: Bantam Books, 1984. 349 p. (Джерело для обґрунтування теорії хаосу та динамічних систем в біології).

4. Baser, K.H.C., Gerhard Buchbauer. Handbook of essential oils: science, technology and applications. Library of Congress in Publication Data, 2010.

5. Schnaubelt, Kurt. Medical aromatherapy: healing with essential oils. Library of Congress Cataloging in Publication Data, 1998.

Ірина МАРІНІНА,
здобувачка освітнього рівня «бакалавр»
спеціальності «Медсестринство»,
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»
м. Миколаїв, Україна

ІНВЕРСІЯ КОЛЬОРУ У ШКІРІ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЛАЗЕРНИХ СИСТЕМ З КОРЕКЦІЇ НЕБАЖАНОЇ ПІГМЕНТАЦІЇ ТА ТРАВМАТИЧНИХ ІМПРЕГНАЦІЙ

У роботі висвітлено проблему інверсії кольору (оксидації) хімічних барвників на основі оксидів заліза під впливом лазерного випромінювання. Проведено порівняльний аналіз ефективності неодимового (Nd:YAG, 1064/532 нм), пікосекундного (< 1 нс) – генерує фотоакустичний ефект та лазер-індукований оптичний пробій (LIOB), що перевищує поріг стресової релаксації пігменту. Александритовий лазер ($\lambda = 755$ нм, тривалість ~ 100 нс) – використовувався для селективного впливу на меланін епідермісу та поверхневі пігменти. Для регулювання глибини впливу застосовувалася лінзова оптика з можливістю зміни фокусної відстані, що дозволяло одночасно обробляти різні шари дерми. Оцінка проводилася за допомогою дерматоскопії до, безпосередньо після та через 4–6 тижнів після процедури.

Результати та їх обговорення. В ході роботи встановлено, що жодна з систем не є універсальною, проте їх комбінація забезпечує синергічний ефект: Nd:YAG (1064 нм) продемонстрував найвищу ефективність для чорних, сірих та синіх барвників завдяки глибокому проникненню. Однак при високих флюенсах на наносекундних режимах спостерігався підвищений ризик теплової оксидації (інверсії) у 12% випадків при роботі з барвниками, що містять оксиди заліза. Александритовий лазер виявився високоефективним для пігментних плям, проте його застосування на фототипах шкіри III–IV супроводжувалося ризиком гіпопігментації через абсорбцію меланіном епідермісу, тому його використання для травматичного пилу було обмежене. Пікосекундний лазер довів свою перевагу у запобіганні інверсії. Завдяки домінуванню фотоакустичного механізму (ударна хвиля) над термічним впливом, температурне нагрівання пігменту мінімізувалося, що дозволило уникнути зміни валентності заліза навіть при роботі зі "складними" чорнилами. Елімінація пігменту відбувалася за

рахунок механічної фрагментації із подальшим фагоцитозом. Окремий блок дослідження стосувався видалення частинок вибухового пилу. Гетерогенний склад таких імпрегнацій (метали, оксиди, сажа) вимагав комбінованого підходу. Використання лінзової оптики дозволило змінювати глибину фокуса імпульсу, забезпечуючи «очищення» одразу на рівні сосочкового та сітчастого шарів дерми. Дотримання інтервалу 4–6 тижнів між сеансами забезпечило повну імунну елімінацію фрагментів без формування рубцевих змін за 2–3 візити.

Висновки:

1. Інверсія кольору є хімічно детермінованим процесом, ризик якого прямо корелює з тривалістю та енергією теплового впливу лазера.
2. Пікосекундні лазери є методом вибору для видалення пігментів із високим вмістом оксидів заліза, оскільки фотоакустичний ефект забезпечує дезінтеграцію без перегріву та оксидзації.
3. Комбінація Nd:YAG (для глибоких чорних фракцій) та пікосекундного режиму (для стійких та ризикованих щодо інверсії барвників) дозволяє досягти повного очищення шкіри на всіх глибинах.
4. Розроблений протокол ефективно усуває травматичні імпрегнації вибухового пилу, що є критично важливим у сучасних умовах та має високу соціальну значущість.

Список використаних джерел:

1. Anderson R.R., Parrish J.A. Selective photo the rmolysis: precise microsurgery by selective absorption of pulsed radiation. Science. 1983; 220 (4596): 524-527.
2. Ross E.V., Naseef G.S., Lin C. Comparison of responses of tattoos to picosecond and nanosecond Q-switched neodymium: YAG lasers. Arch Dermatol. 1998;134(2):167-171.
3. Дерматологія: підручник / за ред. В.І. Степаненка. Київ: Медицина, 2020. 456 с.

Оксана ЮВКО,
здобувачка освітнього рівня «бакалавр»
спеціальності «Громадське здоров'я»
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

Ірина САМОЙЛЕНКО,
кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри медсестринства і громадського здоров'я
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО ТА ПРОФЕСІЙНОГО СТРЕСУ: ВИКЛИКИ ДЛЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я»

Психічне здоров'я є однією з ключових складових загального благополуччя людини та безпосередньо впливає на її працездатність, стресостійкість, рівень соціальної адаптації та якість життя. У контексті громадського здоров'я (ГЗ) цей компонент набуває особливого значення, оскільки визначає ефективність функціонування системи охорони здоров'я загалом. Медичні працівники виступають критично важливою ланкою цієї системи, а отже їхній психоемоційний стан безпосередньо впливає на якість та безпеку медичної допомоги населенню.

У сучасних умовах професійна діяльність медичних працівників характеризується підвищеним рівнем емоційного та фізичного навантаження. Постійний контакт із людським стражданням, високий рівень відповідальності за прийняття клінічних рішень, дефіцит часу та ресурсів формують стійкий хронічний стрес. За відсутності належних механізмів відновлення це поступово призводить до емоційного виснаження, зниження мотивації та розвитку професійного вигорання.

Система ГЗ в Україні функціонує в умовах значного навантаження, яке зумовлене кадровим дефіцитом, інтенсивним робочим темпом, необхідністю швидкого реагування на епідемічні загрози та кризові ситуації. Це створює додаткові ризики для психічного здоров'я медичних працівників і сприяє формуванню стійкого професійного стресу, що негативно впливає як на самих фахівців, так і на якість надання медичних послуг. Особливої актуальності ця проблематика набула в останні роки у зв'язку з впливом пандемії COVID-19, а також повномасштабних воєнних дій та соціально-економічної нестабільності. Ці фактори суттєво підвищили рівень психоемоційного навантаження на медичних працівників. За даними окремих досліджень, понад 62,31% медичних працівників відзначають ознаки емоційного виснаження, а значна частина має

прояви тривожних або депресивних станів. Це свідчить про системний характер проблеми та необхідність її комплексного вирішення [1; 4].

Метою дослідження є аналіз сучасних підходів до збереження психічного здоров'я медичних працівників в умовах підвищеного стресового навантаження, а також визначення основних факторів ризику професійного вигорання в системі ГЗ.

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, існує низка типових факторів, що сприяють розвитку стресу та професійного вигорання у медичних працівників. До них належать:

- високе робоче навантаження та дефіцит часу, що обмежує можливості повноцінного відпочинку;
- значна відповідальність за життя та здоров'я пацієнтів, що формує постійне психоемоційне напруження;
- робота в умовах невизначеності клінічних ситуацій;
- часті контакти з важкохворими пацієнтами та емоційно складними випадками;
- недостатній рівень організаційної та управлінської підтримки;
- порушення режиму праці та відпочинку, зокрема робота в нічні зміни;
- вплив кризових факторів, включно з воєнними діями та надзвичайними ситуаціями.

Тривала дія зазначених чинників призводить до розвитку хронічного стресу, емоційного виснаження, порушень сну, зниження працездатності та формування синдрому професійного вигорання [1; 4].

Результати анкетування медичних працівників ДУ «Чернівецький ОЦКПХ МОЗ» (генеральний директор Наталія Гопко). З метою оцінки психоемоційного стану працівників та визначення рівня професійного вигорання було проведено анонімне опитування серед працівників ДУ «Чернівецький ОЦКПХ МОЗ». У дослідженні взяли участь 126 осіб різних професійних категорій: лікарі, середній медичний персонал, лабораторні працівники та адміністративні співробітники.

Анкетування включало питання щодо умов праці, рівня емоційного навантаження та способів подолання стресу.

Отримані результати свідчать, що понад половина опитаних працівників відчують ознаки середнього або високого рівня професійного вигорання. Це вказує на наявність системної проблеми психоемоційного перевантаження в колективі.

Щодо стратегій подолання стресу, найбільш поширеними є неформальне спілкування з колегами, а також використання відпочинку та хобі. Водночас лише незначна частина респондентів регулярно застосовує фізичну активність як засіб зниження стресу. Окремо слід відзначити, що частина працівників не

використовує жодних методів саморегуляції, що підвищує ризик накопичення емоційного виснаження.

Підходи до збереження психічного здоров'я. Збереження психічного здоров'я медичних працівників потребує комплексного підходу, що включає індивідуальні, організаційні та системні заходи.

На індивідуальному рівні важливим є дотримання базових принципів здорового способу життя: регулярний повноцінний сон, збалансоване харчування, помірна фізична активність, а також своєчасний відпочинок. Значну роль відіграє вміння керувати стресом через застосування технік релаксації, дихальних вправ, а також обмеження надмірного інформаційного навантаження.

Важливим компонентом є соціальна підтримка. Спілкування з колегами, родиною та друзями сприяє зниженню рівня емоційної напруги та формуванню відчуття стабільності.

На рівні організації праці необхідно забезпечувати рівномірний розподіл навантаження, чітке визначення посадових обов'язків, створення сприятливого психологічного клімату в колективі та впровадження програм підтримки персоналу. Важливим також є забезпечення можливостей для відпочинку та відновлення під час робочого процесу.

Окрему роль відіграє система ГЗ, яка повинна включати моніторинг психічного стану медичних працівників, впровадження профілактичних програм, розвиток психологічної служби та підвищення обізнаності щодо питань психічного здоров'я [2;3].

Профілактика професійного вигорання. Профілактика професійного вигорання передбачає своєчасне виявлення перших ознак емоційного виснаження, дотримання балансу між роботою та відпочинком, а також формування навичок саморегуляції. Важливим є чергування видів діяльності для зменшення монотонності роботи та зниження психоемоційного навантаження.

У разі виникнення ознак перевтоми або емоційного виснаження рекомендується своєчасне звернення за професійною психологічною підтримкою, а також використання методів самодопомоги [2; 3].

Міжнародний досвід (європейські країни). Досвід країн Європейського Союзу (ЄС) у сфері збереження психічного здоров'я медичних працівників демонструє системний та профілактично орієнтований підхід, що базується на поєднанні індивідуальної підтримки, організаційних змін та державної політики у сфері охорони психічного здоров'я.

У багатьох країнах ЄС (зокрема в Німеччині, Нідерландах, Швеції та Данії) впроваджено обов'язкові програми підтримки психічного здоров'я медичного персоналу. Вони включають регулярні психологічні консультації,

супервізії, а також доступ до конфіденційної психологічної допомоги без стигматизації звернення.

У Німеччині значна увага приділяється організації праці: регламентуються робочі зміни, обмежується надмірне понаднормове навантаження, активно застосовується ротація персоналу між відділеннями для зниження емоційного виснаження. Також функціонують спеціальні центри підтримки медичних працівників.

У скандинавських країнах (Швеція, Норвегія, Фінляндія) широко впроваджені моделі «work-life balance», що передбачають гнучкий графік роботи, триваліші періоди відпочинку та високий рівень автономії працівників. Важливим компонентом є культура відкритого обговорення психічного стану без страху стигматизації.

У Великій Британії активно функціонує система психологічної підтримки NHS Staff Support Services, яка надає безкоштовну та конфіденційну допомогу медичним працівникам, включаючи кризові інтервенції, онлайн-консультації та групи підтримки.

Спільною рисою європейських моделей є акцент на профілактиці професійного вигорання, ранньому виявленні ознак стресу та інтеграції психологічної допомоги безпосередньо у структуру медичних закладів. Це дозволяє зменшити рівень емоційного виснаження та підвищити ефективність роботи системи охорони здоров'я.

Порівняно з країнами Європейського Союзу, український досвід роботи медичних працівників в умовах тривалого воєнного стану є унікальним і вимушено сформованим. Він охоплює багаторічні кризові умови, значне психоемоційне навантаження, роботу в умовах небезпеки, дефіциту ресурсів та постійної невизначеності. Особливістю цього досвіду є його багаторівневість: він стосується як бойових медиків, так і працівників системи охорони здоров'я в тилу, а також медичних фахівців, які були вимушені виїхати за кордон і адаптуватися до нових умов професійної діяльності.

Такий досвід є безпрецедентним для більшості країн ЄС і може становити інтерес для подальших наукових досліджень у сфері громадського здоров'я, психічної резиліентності та кризової медицини, оскільки він поєднує елементи роботи в умовах війни, масової міграції та тривалого стресового навантаження [1; 3; 4].

Практичні заходи щодо підтримки психічного здоров'я працівників ДУ «Чернівецький ОЦКПХ МОЗ». У травні 2026 року було проведено організаційну зустріч-ретрит, спрямовану на відновлення та підтримку ментального здоров'я працівників Центру. Захід охопив 40 осіб із різних підрозділів та був спрямований на зниження рівня емоційного напруження,

профілактику професійного вигорання та зміцнення внутрішніх ресурсів персоналу.

Під час зустрічі обговорювалися ключові аспекти збереження психічного здоров'я, зокрема значення емоційної стійкості в умовах тривалого стресового навантаження, важливість усвідомленого ставлення до власного психоемоційного стану, а також роль простих щоденних дій у підтриманні психологічного балансу. Окрему увагу було приділено практичним інструментам саморегуляції, формуванню навичок відновлення після стресових ситуацій та розвитку культури взаємопідтримки в колективі. Проведений захід продемонстрував високу зацікавленість працівників у питаннях ментального здоров'я та необхідність подальшого впровадження подібних ініціатив на регулярній основі [5].

Нами було розглянуто сутність стресу у медичних працівників в умовах тривалого воєнного навантаження. Українські медичні працівники вже понад 4 роки і 4 місяці працюють в умовах повномасштабної війни та майже 12 років - в умовах збройної агресії російської федерації проти України. Попри переміщення значної кількості працівників і медичних установ до центральних та західних областей України, більшість медичних фахівців зберегли свої робочі місця та продовжують професійну діяльність. Вважаємо, що питання стресостійкості та збереження психічного здоров'я цієї категорії працівників потребує особливої уваги з боку системи громадського здоров'я та державної підтримки.

З'ясовано, що основними чинниками стресу є висока професійна відповідальність, дефіцит часу, нестача кадрових і матеріальних ресурсів, а також емоційно складні ситуації у взаємодії з пацієнтами, що поступово призводить до розвитку хронічного стресу та професійного вигорання.

Результати дослідження показали, що більшість респондентів мають прояви середнього або високого рівня професійного вигорання. Найчастіше для подолання стресу використовуються спілкування з колегами та відпочинок, однак частина працівників не застосовує жодних методів самодопомоги, що вказує на необхідність посилення психологічної підтримки персоналу.

Досвід українських медичних працівників в умовах війни є унікальним для країн ЄС. Робота в умовах постійного стресу, небезпеки, переміщення та нестачі ресурсів сформувала високий рівень адаптації та стресостійкості медиків. Вважаємо, що цей досвід є важливим для подальших досліджень у сфері громадського здоров'я та психічного здоров'я медичних працівників.

Вважаємо, що закладам охорони здоров'я необхідно посилювати увагу до психічного здоров'я працівників шляхом розвитку навичок стресостійкості, формування підтримувального психологічного клімату в колективі та впровадження системних програм профілактики.

Список використаних джерел:

1. WHO. Health in the Sustainable Development Goals. URL: <https://www.who.int/health-topics/sustainable-development-goals>
2. «Східноукраїнський медичний журнал» (EUMJ)». URL: https://eumj.med.sumdu.edu.ua/index.php/journal/article/view/624utm_source=chatgpt.com
3. Психосоматична медицина та загальна практика. URL: <https://e-medjournal.com/index.php/psp/index>
4. WHO. Mental health. URL: https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use?utm_source=chatgpt.com
5. Ти як? URL: <https://howareu.com/>

НАПРЯМ 5

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ – УКРАЇНСЬКИЙ ТА СВІТОВИЙ ДОСВІД

Анна ЖДАНОВА,

заступник директора Фахового коледжу
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

ПСИХОЛОГІЧНА БЕЗПЕКА ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА У ФАХОВОМУ КОЛЕДЖІ ЯК ЧИННИК ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

У сучасних умовах якість професійної підготовки майбутніх фахівців охорони здоров'я визначається не лише змістом освітньо-професійної програми, кадровим потенціалом, матеріально-технічним забезпеченням, організацією практичної підготовки та рівнем методичного супроводу освітнього процесу. Важливого значення набуває психологічна безпека освітнього середовища, оскільки саме вона впливає на здатність здобувачів освіти ефективно навчатися, адаптуватися до освітніх і професійних вимог, взаємодіяти з учасниками освітнього процесу, долати стресові ситуації та формувати професійно важливі якості [1; 2; 3].

Актуальність теми посилюється умовами воєнного стану, змішаного навчання, соціальної нестабільності, вимушеного переміщення частини здобувачів освіти, підвищеного рівня тривожності, невизначеності та емоційного напруження. Дослідження останніх років підтверджують, що українські підлітки та молодь в умовах війни мають значне психоемоційне навантаження. Зокрема, дослідження, опубліковане у JAMA Pediatrics у 2024 році, засвідчило суттєвий тягар проблем психічного здоров'я серед українських підлітків, які перебувають під впливом війни [5]. UNESCO також наголошує на необхідності посилення психосоціальної підтримки дітей, молоді та педагогів в Україні, зокрема через створення безпечнішого освітнього середовища й підтримку освітян [4; 6].

Психологічна безпека освітнього середовища – це такий стан організації освітнього процесу, за якого здобувач освіти відчуває захищеність, повагу, прийняття, передбачуваність вимог, справедливість оцінювання, можливість звернутися по допомогу та брати активну участь в освітній взаємодії без страху приниження, дискримінації, булінгу чи психологічного тиску [1; 3].

У контексті фахової передвищої освіти психологічна безпека має розглядатися як складова внутрішньої системи забезпечення якості освіти. Вона безпосередньо пов'язана з такими показниками, як регулярність відвідування занять, навчальна мотивація, академічна доброчесність, успішність, адаптація першокурсників, якість комунікації між здобувачами освіти й педагогічними працівниками, готовність до практичної підготовки та професійного становлення [2; 7; 9].

Недостатній рівень психологічної безпеки може призводити до зниження навчальної мотивації, уникнення активної участі в заняттях, страху помилки під час відпрацювання практичних навичок, емоційного виснаження, конфліктності, формального ставлення до навчання та професійного вигорання ще на етапі здобуття освіти. Натомість психологічно безпечне середовище сприяє відкритості до навчання, розвитку самостійності, відповідальності, впевненості у власних силах і готовності до професійної діяльності [3; 7; 9].

Особливо важливим є зв'язок психологічної безпеки з практичною підготовкою майбутніх фахівців охорони здоров'я. Практичні заняття, симуляційне навчання, відпрацювання професійних алгоритмів, маніпуляцій, комунікація з пацієнтом потребують від здобувача освіти не лише знань і навичок, а й емоційної зібраності, уважності, здатності діяти в команді, не боятися уточнювати, визнавати помилки та вдосконалювати свої дії. Якщо освітнє середовище є психологічно небезпечним, здобувач може уникати активності, боятися демонструвати практичні навички, приховувати труднощі або діяти невпевнено. Це безпосередньо впливає на якість професійної підготовки [2; 3; 7].

З огляду на це психологічна безпека у фаховому коледжі має охоплювати кілька взаємопов'язаних рівнів.

Перший рівень – організаційний. Він передбачає чіткість правил освітнього процесу, зрозумілість вимог до навчання, прозорість оцінювання, доступність інформації, своєчасне інформування здобувачів освіти, підтримку в період адаптації та наявність дієвих механізмів зворотного зв'язку [2; 3].

Другий рівень – психолого-педагогічний. Він пов'язаний із характером взаємодії між педагогічними працівниками та здобувачами освіти, підтримувальною комунікацією, повагою до особистості, недопущенням приниження, стигматизації чи некоректного ставлення, а також своєчасним виявленням ознак тривожності, емоційного виснаження, дезадаптації або конфліктів [1; 3; 4].

Третій рівень – соціально-комунікативний. Він охоплює психологічний клімат в академічних групах, профілактику булінгу, формування культури взаємоповаги, розвиток навичок командної роботи, емпатії, відповідального спілкування та конструктивного розв'язання конфліктів [1; 7; 8].

Четвертий рівень – професійно-особистісний. Він спрямований на формування у майбутніх фахівців охорони здоров'я стресостійкості, емоційної саморегуляції, професійної етики, комунікативної культури, відповідальності та усвідомлення соціальної значущості обраної професії [7; 8; 9].

Таким чином, психологічна безпека не є ізольованим напрямом виховної роботи. Вона інтегрується в освітній процес і впливає на формування як загальних, так і спеціальних компетентностей майбутнього фахівця. Це узгоджується із сучасними міжнародними підходами до освіти, де соціальні й емоційні навички розглядаються як важливий чинник академічної успішності, добробуту та подальшої життєвої реалізації здобувачів освіти. За даними OECD, вищий рівень соціальних та емоційних навичок пов'язаний із кращими освітніми результатами, нижчим рівнем пропусків занять і вищим рівнем добробуту [7; 8; 9].

Доцільно представити психологічно безпечне освітнє середовище фахового коледжу як цілісну модель, що складається з кількох взаємопов'язаних компонентів: діагностичного, профілактичного, корекційно-підтримувального, комунікативного та управлінсько-аналітичного [3; 4].

Діагностичний компонент передбачає вивчення психологічного клімату в академічних групах, рівня адаптації здобувачів освіти, навчальної мотивації, емоційного стану, наявності конфліктних ситуацій, проявів тривожності або ознак емоційного виснаження. Його реалізація можлива через анкетування, спостереження, індивідуальні бесіди, аналіз звернень здобувачів освіти та зворотний зв'язок від кураторів і педагогічних працівників [3; 4].

Профілактичний компонент спрямований на попередження психологічного неблагополуччя, конфліктів, булінгу, дезадаптації, зниження навчальної мотивації та емоційного вигорання. Він охоплює адаптаційні заходи для першокурсників, психологічну просвіту, тренінги з розвитку стресостійкості, емоційної саморегуляції, командної взаємодії, культури спілкування та академічної доброчесності [1; 3; 7].

Корекційно-підтримувальний компонент передбачає надання індивідуальної та групової психологічної допомоги здобувачам освіти, які мають труднощі в адаптації, переживають стресові події, демонструють ознаки тривожності, емоційного виснаження, невпевненості або зниження навчальної активності. Особливого значення цей компонент набуває в умовах воєнного стану, коли частина здобувачів освіти може перебувати під впливом травматичних подій, втрати відчуття стабільності та безпеки [4; 5; 6].

Комунікативний компонент моделі передбачає формування культури партнерської взаємодії між усіма учасниками освітнього процесу. Йдеться про розвиток довіри між здобувачами освіти й педагогічними працівниками, підтримувальну комунікацію, конструктивне вирішення конфліктів,

недопущення приниження, стигматизації, дискримінації чи психологічного тиску. Саме комунікативна культура значною мірою визначає, чи буде здобувач освіти готовий відкрито говорити про труднощі, ставити запитання, визнавати помилки та вдосконалювати професійні навички [1; 3; 7].

Управлінсько-аналітичний компонент забезпечує системність цієї роботи. Він передбачає координацію дій адміністрації, практичного психолога, кураторів академічних груп, педагогічних працівників і здобувачів освіти; аналіз результатів моніторингу; планування профілактичних заходів; реагування на проблемні ситуації; удосконалення внутрішніх процедур підтримки здобувачів освіти. Такий компонент дозволяє розглядати психологічну безпеку не як разову допомогу в кризовій ситуації, а як постійний елемент внутрішньої системи забезпечення якості освіти [2; 3; 4].

Очікуваними результатами впровадження такої моделі є підвищення рівня адаптованості здобувачів освіти, зниження проявів тривожності та емоційного напруження, покращення психологічного клімату в академічних групах, зростання навчальної мотивації, активності під час практичної підготовки, готовності до професійної комунікації та відповідального виконання майбутніх професійних обов'язків [7; 8; 9].

У 2025 році Міністерство освіти і науки України та UNESCO оголосили про спільні зусилля щодо зміцнення системи психосоціальної підтримки в закладах освіти, зокрема про розроблення національної рамки психосоціальної підтримки в освіті на 2025–2030 роки. Це підтверджує, що питання психологічної підтримки та безпечного освітнього середовища переходить на рівень державної освітньої політики [4].

Отже, психологічна безпека освітнього середовища у фаховому коледжі є важливим чинником забезпечення якості професійної підготовки майбутніх фахівців охорони здоров'я. Її значення полягає не лише у створенні комфортних умов навчання, а й у формуванні професійної готовності здобувачів освіти до роботи з людьми, відповідального виконання професійних обов'язків, ефективної комунікації, емоційної саморегуляції та стресостійкості [2; 3; 7].

Запропонована модель психологічно безпечного освітнього середовища фахового коледжу може розглядатися як практичний інструмент забезпечення якості професійної підготовки майбутніх фахівців охорони здоров'я. Її впровадження сприятиме не лише збереженню ментального здоров'я здобувачів освіти, а й формуванню професійно значущих якостей: відповідальності, стресостійкості, комунікативної культури, емпатії, здатності до командної взаємодії та етичної професійної поведінки [4; 7; 8; 9].

Список використаних джерел:

1. Про освіту: Закон України від 05.09.2017 № 2145-VIII. База даних «Законодавство України». *Верховна Рада України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2145-19>
2. Про фахову передвищу освіту: Закон України від 06.06.2019 № 2745-VIII. База даних «Законодавство України». *Верховна Рада України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2745-19>
3. Про затвердження Типової програми підвищення кваліфікації педагогічних, науково-педагогічних та інших працівників закладів освіти «Організація фізичного та психологічно безпечного освітнього середовища: реагування на загрози чи надзвичайні ситуації»: наказ МОН України від 06.06.2024 № 814. Міністерство освіти і науки України. URL: <https://mon.gov.ua/npa/pro-zatverdzhennia-typovoi-prohramy-pidvyshchennia-kvalifikatsii-pedahohichnykh-naukovo-pedahohichnykh-ta-inshykh-pratsivnykiv-zakladiv-osvity-orhanizatsiia-fizychnoho-ta-psykholohichno-bezpe>
4. МОН і ЮНЕСКО об'єднали зусилля для зміцнення системи психосоціальної підтримки в закладах освіти. МОН України: офіційний вебсайт. 2025. URL: <https://mon.gov.ua/news/mon-i-iunesko-obiednaly-zusyillia-dlia-zmitsnennia-systemy-psykhosotsialnoi-pidtrymky-v-zakladakh-osvity>
5. Goto R., Pinchuk I., Kolodezhny O. et al. Mental Health of Adolescents Exposed to the War in Ukraine. *JAMA Pediatrics*. 2024. Vol. 178, № 5. P. 480–488. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2816152>
6. Ukraine: 140,000 children, parents and educators benefiting from UNESCO-backed psychosocial and educational centers. UNESCO: official website. 2025. URL: <https://www.unesco.org/en/articles/ukraine-140000-children-parents-and-educators-benefiting-unesco-backed-psychosocial-and-educational>
7. Social and emotional skills. OECD: official website. URL: <https://www.oecd.org/en/topics/sub-issues/social-and-emotional-skills.html>
8. Survey on Social and Emotional Skills (SSES). OECD: official website. URL: <https://www.oecd.org/en/about/programmes/oecd-survey-on-social-and-emotional-skills.html>
9. Students' well-being. OECD: official website. URL: <https://www.oecd.org/en/topics/sub-issues/students-well-being.html>

Ігор КОЧІН,

доктор медичних наук, професор,
Державний заклад «Луганський державний медичний університет»,
м. Рівне, Україна

РОЛЬ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ У ФОРМУВАННІ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ ЗДОБУВАЧІВ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Сучасна система медичної освіти перебуває в умовах постійної трансформації, зумовленої стрімким розвитком медичної науки, впровадженням інноваційних технологій та необхідністю забезпечення високої якості медичної допомоги. За таких умов особливого значення набуває доказова медицина (Evidence-Based Medicine, EBM), яка є фундаментом прийняття клінічних рішень та невід'ємною складовою професійної підготовки майбутніх лікарів. Формування компетентностей здобувачів медичної освіти на засадах доказової медицини сприяє розвитку критичного мислення, навичок аналізу наукової інформації та здатності приймати обґрунтовані клінічні рішення.

Концепція доказової медицини була сформульована наприкінці ХХ століття як підхід до медичної практики, що передбачає інтеграцію найкращих наявних наукових доказів, клінічного досвіду лікаря та індивідуальних потреб пацієнта [1]. Відповідно до сучасних міжнародних підходів, майбутній лікар повинен володіти навичками пошуку, критичної оцінки та практичного використання наукових даних для вирішення професійних завдань [2].

Однією з ключових переваг впровадження принципів доказової медицини в освітній процес є формування критичного мислення. Традиційна модель навчання значною мірою базувалася на засвоєнні великого обсягу теоретичних знань, тоді як сучасний підхід передбачає здатність аналізувати інформацію, оцінювати її достовірність та застосовувати отримані дані в конкретних клінічних ситуаціях. Здобувачі освіти навчаються працювати з результатами клінічних досліджень, систематичними оглядами, метааналізами та міжнародними клінічними рекомендаціями, що сприяє формуванню навичок самостійного професійного розвитку протягом усього життя.

Важливим аспектом є розвиток інформаційної грамотності майбутніх медичних працівників. У сучасних умовах обсяг медичної інформації постійно зростає, а нові наукові дані швидко змінюють підходи до профілактики, діагностики та лікування захворювань. Тому здобувачі освіти повинні вміти користуватися авторитетними науковими ресурсами, такими як PubMed, Cochrane Library, UpToDate, ClinicalKey та інші міжнародні бази даних [3]. Формування навичок ефективного пошуку та оцінювання доказової інформації дозволяє майбутнім фахівцям уникати використання застарілих або недостатньо обґрунтованих методів лікування.

Використання доказової медицини сприяє розвитку клінічного мислення та навичок прийняття рішень. Під час навчання студенти аналізують клінічні випадки, порівнюють альтернативні підходи до лікування, оцінюють співвідношення користі та ризику медичних втручань. Такий підхід дозволяє не лише засвоювати теоретичні знання, а й формувати професійні компетентності, необхідні для майбутньої практичної діяльності. Доведено, що інтеграція доказової медицини у навчальні програми підвищує рівень клінічної підготовки студентів та покращує якість прийняття ними професійних рішень [4].

Не менш важливою складовою є формування навичок науково-дослідної діяльності. Робота з доказовими джерелами передбачає ознайомлення з методологією наукових досліджень, принципами статистичного аналізу та оцінкою рівня доказовості результатів. Це сприяє розвитку дослідницьких компетентностей, необхідних як для проведення власних наукових досліджень, так і для впровадження результатів сучасної науки у клінічну практику. Особливого значення доказова медицина набуває в контексті компетентнісного підходу до медичної освіти. Сучасні міжнародні стандарти підготовки медичних кадрів визначають серед ключових компетентностей здатність до безперервного професійного розвитку, використання наукових доказів у клінічній діяльності та забезпечення безпеки пацієнтів [5]. Саме тому принципи доказової медицини мають бути інтегровані не лише в окремі дисципліни, а й у всі етапи підготовки майбутніх медичних фахівців.

Важливу роль у формуванні компетентностей на засадах доказової медицини відіграють сучасні освітні технології. Одним із найбільш ефективних підходів є проблемно-орієнтоване навчання (Problem-Based Learning, PBL), яке передбачає аналіз клінічних ситуацій та самостійний пошук доказової інформації для вирішення професійних завдань. Така модель сприяє активному залученню здобувачів освіти до навчального процесу, розвитку навичок командної роботи, комунікації та клінічного мислення, що відповідає сучасним вимогам до підготовки медичних кадрів.

Значний потенціал для розвитку доказового підходу має міждисциплінарна інтеграція навчальних дисциплін. Поєднання фундаментальних медико-біологічних знань із клінічними дисциплінами дозволяє студентам краще розуміти механізми розвитку захворювань та обґрунтованість сучасних методів діагностики й лікування. Використання доказової бази під час вивчення різних навчальних курсів сприяє формуванню цілісного професійного світогляду та підготовці майбутніх лікарів до практичного застосування отриманих знань.

Окремої уваги заслуговує роль доказової медицини у формуванні культури безпеки пацієнта. Використання клінічних рекомендацій, заснованих на високоякісних наукових доказах, дозволяє зменшити ризик медичних

помилки, підвищити ефективність лікування та забезпечити раціональне використання ресурсів системи охорони здоров'я. Усвідомлення майбутніми фахівцями важливості доказового підходу сприяє розвитку професійної відповідальності та дотриманню принципів якісної й безпечної медичної практики.

Разом із тим впровадження доказової медицини в освітній процес супроводжується певними труднощами. До них належать недостатній рівень підготовки окремих викладачів щодо сучасних методів критичної оцінки літератури, обмежений доступ до окремих міжнародних ресурсів та необхідність оновлення навчально-методичного забезпечення. Вирішення зазначених проблем потребує системного вдосконалення освітніх програм та підвищення кваліфікації науково-педагогічних працівників. Сучасні цифрові технології відкривають додаткові можливості для розвитку доказової медицини в освіті. Онлайн-платформи, електронні бібліотеки, інтерактивні освітні ресурси та системи підтримки прийняття клінічних рішень дозволяють зробити процес навчання більш доступним та ефективним. Водночас важливим завданням залишається формування у студентів навичок критичного аналізу інформації та відповідального використання цифрових інструментів.

Таким чином, доказова медицина є одним із ключових чинників формування професійних компетентностей здобувачів медичної освіти. Її впровадження сприяє розвитку критичного та клінічного мислення, інформаційної грамотності, дослідницьких навичок і здатності до безперервного професійного вдосконалення. Інтеграція принципів доказової медицини в освітній процес є необхідною умовою підготовки конкурентоспроможних медичних фахівців, здатних забезпечувати якісну та безпечну медичну допомогу відповідно до сучасних міжнародних стандартів.

Список використаних джерел

1. Nielsen, L.D., Løwe, M.M., Mansilla, F. *et al.* (2024). Interventions, methods and outcome measures used in teaching evidence-based practice to healthcare students: an overview of systematic reviews. *BMC Med Educ*, 24, 306. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05259-8>
2. Straus S. E., Glasziou P., Richardson W. S., Haynes R. B. *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. 5th ed. Edinburgh: Elsevier, 2018. 336 p.
3. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* / ed. by J. P. T. Higgins, J. Thomas, J. Chandler et al. 2nd ed. Chichester : Wiley, 2019. 728 p.
4. Albarqouni L, Hoffmann T, Straus S, et al. Core Competencies in Evidence-Based Practice for Health Professionals: Consensus Statement Based on a Systematic Review and Delphi Survey. *JAMA Netw Open*. 2018;1(2):e180281. Published 2018 Jun 1. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.0281>

5. World Federation for Medical Education. Basic Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement. 2020 Revision. Copenhagen : WFME, 2020. 43 p. URL: <https://wfme.org/standards/bme>

Тетяна КУРИЛЕНКО,
Миколаївська обласна організація
Товариства Червоного Хреста України,
м. Миколаїв, Україна

АКСІОЛОГІЧНИЙ ВИМІР ОСВІТИ: ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ

Проблеми і стан розвитку освітньої сфери у сучасному інформаційному суспільстві потребує всебічної філософської рефлексії. Мова йде не тільки про форми та способи використання інтелектуальних ресурсів, про нові парадигми виробництва знання, а й про необхідність збереження і розвитку гуманістичного потенціалу людини. Технологічний характер сучасної освіти орієнтований на вузькоутилітарні цілі, а не на формування духовно збагаченої та інтелектуально розвинутої особистості.

Глобалізація освіти є феноменом сучасної культури. Осмислення освітніх процесів у глобалізаційному вимірі виявляє їхню двохаспектність: йдеться передусім про вплив глобалізації на розвиток вищої освіти, а також і про роль системи вищої освіти в глобалізаційній динаміці.

Теоретик університетської освіти П. Скотт зазначав, що університети в умовах глобалізації виступають як об'єкти і навіть жертви цього процесу, а почасти як суб'єкти та головні посередники глобалізації. На його думку, університет в усі епохи був інститутом інтернаціональним, але ніколи не був інститутом глобальним. Перед сучасними університетами постають нові завдання, адже сама глобалізація є невідокремлюваною від нових форм суспільного життя і нових форм виробництва знання.

Глобалізація постає для освіти і, зокрема, для системи вищої освіти складним і потужним викликом. Відомо, що глобалізація як цілісний процес охоплює соціальні, економічні, політичні, культурні напрямки, найбільш суперечливим з яких є економічний. Впровадження ринкових бізнес-практик до системи вищої освіти призводить до негативних наслідків. По-перше, академічна функція університетів стає другорядною, а по-друге, освітній процес у вищій школі не повинен нагадувати промисловий конвеєр, адже одним із завдань вищої освіти є формування духовно розвиненої особистості.

Слід зазначити, що перетворення вищої освіти в масову в різних країнах, стало одним із найважливіших соціальних явищ другої половини минулого і початку цього століття. Так, із середини 50-х років до середини 90-х

чисельність студентів майже у всіх західноєвропейських країнах збільшилася більш ніж у 10 разів. Елітарна система вищої освіти змінюється масовою. При цьому зберігається і посилюється тенденція до комерціалізації науки та освіти, наслідком якої є фрагментація освітньо-наукової діяльності, втрата цілісності освітньо-виховного процесу, домінування технократичних цінностей над гуманістичними.

Як визначальний чинник розвитку сучасної системи вищої освіти, глобалізація дедалі більше прив'язує діяльність університетів до реалій ринкових відносин, що веде до поступового перетворення викладачів вищої школи на своєрідних підприємців. Подібні тенденції не тільки не сприяють, але й скоріше перешкоджають актуалізації такої соціально значущої освітньої функції як формування високорозвиненої духовної особистості, залученню людини до спадщини світової духовної культури. Суперечливий вплив глобалізаційних процесів на освіту в цілому (і університетську, зокрема) проявляється у зменшенні соціально-рекреативного значення і гуманістичної цінності освіти. Але попри стандартизацію систем знання у всіх провідних країнах світу, яка ґрунтується на спільних економічних, політичних і ціннісних імперативах, структура сучасної освіти не є монолітною. І це можна оцінювати позитивно з огляду на те, що гуманістичний вимір освіти не буде постійно підпорядкованим іншим завданням, цілям, цінностям.

Слід додати та зазначити, що аксіологічний вимір в осмисленні сучасних освітніх процесів актуалізує дискусію серед освітян, фахівців, дослідників-науковців щодо ціннісної дихотомії: розуміння освіти як блага та освіти як послуги. Загальновідомо, що благо як філософська категорія відображає позитивний ціннісний зміст буття та й те, що цінності не є історичними константами, їхній зміст змінюється відповідно до соціокультурного контексту. Теза «Освіта як благо» уможливорює її подвійне розуміння в залежності від того у множині чи однині використовується лексема благо. Так, освіта мислиться як поєднання благ (матеріальних та духовних), які вона може надати людині. Але в такому разі благо може бути редуковано до поняття корисності. Далі може мовитись про персональне та суспільне благо. Але важливо не втрачати горизонт та не загубити головний «масштаб» освіти, а саме – особистість. Тому що освіта – це не тільки формування, розвиток, саморозвиток, самореалізація особи, це процес творення особистості.

На думку Джона Гріна «ідеологія» освітньої послуги, приносить величезну шкоду, бо освіту не можна надати як послугу, її можна лише здобути [2]. Це по-перше. По-друге, слід відмітити заміщення сутнісного розуміння освіти функціональним. Сервісна функція освіти *versus* творчості. Це реалії і ризики освітнього сьогодення, та навіть більше – тих соціокультурних процесів, які визначатимуть майбутнє людських спільнот (локальних, глобальних).

Список використаних джерел

1. Волох О. Ю., Гвалтюк О. І., Пирогов С. Є. Проблеми соціалізації студентської молоді в контексті інтеграції українського суспільства в глобальний інформаційний науково-освітній простір. *Традиційна культура в умовах глобалізації: культурна ідентифікація та інформаційне суспільство: матеріали науково-практичної конференції* (м. Харків, 18-19 травня 2012 року). Харків, 2012. С. 21-25.
2. Джон Грін. Освіта як суспільне благо, а не «послуга» <https://vseosvita.ua/c/blog/post/115518> (дата звернення: 28.06.2026).
3. Кремень В. Філософія освіти ХХІ ст. *Персонал*. 2003. № 1. С. 4-18.
4. Чупрій Л. В. Становлення національної системи освіти в умовах глобалізаційних викликів. *Філософія і політологія в контексті сучасної науки*. 2012. Вип. 4. С. 37-43.

Андрій МОКІЄНКО,

доктор медичних наук, старший науковий співробітник,
доцент кафедри медсестринства та громадського здоров'я
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»
м. Миколаїв, Україна

Ірина ШМАКОВА,

доктор медичних наук, професор,
професор кафедри медсестринства та громадського здоров'я
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»
м. Миколаїв, Україна

ПОТОЧНИЙ СТАТУС МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ У ПІВДЕННІЙ ЄВРОПІ

У 1999 році 29 європейських країн приєдналися до Болонської декларації, яка визначена як угода, спрямована на посилення єдності та однорідності у вищій освіті в Європі. Таким чином, усі учасники погодилися рухатися до запровадження трициклової системи вищої освіти, методу визнання кваліфікацій за кордоном та системи забезпечення якості. Наразі 49 країн та Європейська Комісія входять до складу Групи подальших дій з Болонського процесу.

Згідно з нещодавніми дослідженнями, для розробки транснаціональної навчальної програми з медсестринства та побудови більш глобального підходу до вищої освіти у сфері медсестринства необхідно розглянути нові концепції. Для забезпечення успішної освіти та зменшення культурного та соціального розмаїття потрібно більше креативності, комунікації, моніторингу якості та

врахування досвіду студентів. Визначені такі проблеми для медсестринства як мовні та комунікативні труднощі, упередження та стереотипи, відсутність сфери компетенцій. Однак, розвиток комунікативних навичок в освітній програмі може запобігти таким труднощам та підвищити якість медичного обслуговування.

Мета огляду [1] полягала в аналізі поточного стану медсестринської освіти та проведенні порівняльного дослідження отриманих результатів із законодавчою базою чотирьох південно-європейських країн: Португалії, Іспанії, Італії та Греції.

Результати огляду призвели до визначення трьох основних тем для оцінки, тоді як оцінка законодавчої бази виявила фундаментальні правові основи, що стосуються навчальної програми з медсестринства у вибраних країнах. Згадані основні теми були такими:

- гетерогенність медсестринської освіти;
- клінічна основа медсестринства та сфери компетенцій погано визначені;
- еволюція медсестринської освіти, покращення якості, рекомендації та стандартні вимоги.

Переважає більшість перевірених досліджень вказували на гетерогенність медсестринської освіти. Аналіз всієї навчальної програми з медсестринства в Іспанії виявив відмінності між державними та приватними університетами за предметами та розподілом ECTS. Дослідження показало мінливість навчальних програм з медсестринства в одній країні. Цей факт вимагає встановлення більш обмежувальної законодавчої бази відповідно до розподілу ECTS та визначення навчальних блоків. Якщо існує явна невідповідність у змістовній програмі однієї країни, ця неоднорідність може експоненціально зростати серед міжнародних програм. Крім того, стосовно клінічної практики, запропоновано розглядати результати не лише з урахуванням кількості годин, а й емпіричних результатів.

Більше того, неоднорідність медсестринської освіти присутня у спеціалізованих та докторських програмах. Щодо спеціалізованих медсестер повідомляється про відсутність визначення ролі спеціалізованої медсестри, а також про невідповідність у процесі та навчанні спеціалістів у європейських країнах. Щодо докторських програм, виявлено необхідність встановлення рекомендацій та підвищення якості, щоб гарантувати прогрес та розвиток таких програм.

Крім того, останні результати підкреслюють важливість визначення ролі медсестри, оскільки виявлено брак чіткого опису, включаючи погане уявлення про області компетенції медсестер. Припускається, що встановлення спільних областей компетенцій у навчальній програмі в Європі може сприяти рівності в освіті медсестер, а також гарантувати високоякісну сестринську допомогу. Крім

того, показано позитивний зв'язок між студентами-медсестрами із самооцінкою компетентності та сприйнятим ступенем якості. Пропонується збільшення клінічних годин та розвиток навичок критичного мислення для підвищення компетентності.

Встановлено загальну неоднорідність навчальної програми та клінічної основи медсестринської освіти. Повідомлено, що для зменшення різноманітності освітніх шляхів та звань/ступенів у медсестринстві необхідний міжнародний опис ролі медсестри. Більше того, ця різноманітність освітніх програм може призвести до того, що люди подаватимуть заявки на одну й ту саму роботу без однакового рівня освіти та не зможуть виконувати ту саму роль. Уніфікація та стандартизація навчальної програми з медсестринства може сприяти міжнародній мобільності між студентами та випускниками.

рім того, від медсестер очікується, що вони реагуватимуть на будь-яке клінічне середовище та успішно справлятимуться з постійно мінливими потребами суспільства. Для задоволення потреб людей у сфері охорони здоров'я, освіта в галузі медсестринства повинна адаптуватися та розвиватися так швидко, як того вимагає суспільство. Ще одним фактором, що враховується у покращенні якості, є залучення студентів до процедури. Цей факт може покращити їхні професійні комунікативні навички та здатність до вирішення проблем. Більш точні та обмежувальні рекомендації та встановлення стандартів також визначені як необхідний захід для підвищення якості освіти.

Згідно з основними європейськими директивами, Португалія, Іспанія, Греція та Італія дотримуються встановленої мінімальної тривалості навчання протягом року та загальної кількості годин. Наразі чотири обрані країни включають ступінь бакалавра з медсестринства до своїх програм вищої освіти. Що стосується структури ступеня, навчальна програма з медсестринства в Португалії, Іспанії та Греції складається з 240 кредитів ECTS, розподілених на чотири роки навчання, тоді як бакалавр з медсестринства в Італії охоплює лише 180 кредитів ECTS, розподілених на три роки навчання. Отже, основна існуюча відмінність між цими чотирма досліджуваними країнами полягає в тривалості навчання та розподілі кредитів ECTS. Поточна різноманітність у Європі посилює нерівність у набутті компетенцій студентами-медсестрами. Навчальні програми з медсестринства з 240 кредитами ECTS вимагають додаткового розподілу кредитів ECTS для клінічної практики.

Європейське законодавство щодо медсестринства та вищої освіти видається занадто слабким. Враховуючи поточні результати, існує потреба у більших вимогах до однорідності медсестринства. Зусилля, спрямовані на забезпечення однорідності медсестринської справи, можуть покращити міжнародну мобільність між студентами та випускниками, а також обмін науковими знаннями. Гомогенізація медсестринської справи в охороні здоров'я

може покращити якість медичної допомоги та одночасно гарантувати безпеку пацієнтів, оскільки вона має бути основою всіх планів догляду.

Це дослідження [1] надає огляд поточного неоднорідного стану медсестринської освіти та основних відмінностей між правовими базами навчальних програм чотирьох південно-європейських країн. Результати опитування включають дані та докази, що підтверджують правові проблеми або питання, які потребують вирішення щодо більш точного регулювання навчальної програми з медсестринської справи.

Аналіз, проведений у дослідженні, зіткнувся з кількома обмеженнями, головним чином через брак досліджень у цій галузі, особливо тих, що використовують однаковий методологічний підхід. Крім того, незважаючи на законодавчі зусилля щодо сприяння стандартизованій освіті та, як наслідок, професійній практиці, слід визнати наявність розривів в кількості кредитів ECTS та тривалості академічної підготовки, необхідної з точки зору кількості років. Хоча медсестринська справа має багату історичну спадщину як професія, зберігається помітний розрив між законодавчими базами, освітніми підходами та професійною практикою. Таку ситуацію можна покращити, зокрема, шляхом координації цих трьох важливих компонентів. Важливо зазначити, що отримані результати стосуються лише загальних аспектів освітнього ландшафту. Тим не менш, вони можуть слугувати цінною відправною точкою для більш поглибленого та, якщо можливо, більш всебічного аналізу.

Необхідні майбутні дослідження для обґрунтування та ініціювання правових змін щодо освіти медсестер з метою забезпечення міжнародної єдності.

Список використаних джерел:

1. Antão C., Antolí-Forner A., Fernandes H., Alves S. B., Pimentel H.(2023). Current Nursing Education Considering Southern Europe's Reality and Legal Framework: *A Two-Phased Research Approach*. *Nurs. Rep*, vol. 13(4), p. 1342–1353. DOI: <https://doi.org/10.3390/nursrep13040113>

Єгор МОРОЗ,
асистент кафедри клінічної фармакології,
патологічної анатомії та соціальної медицини,
Державний заклад «Луганський державний медичний університет»,
м. Рівне, Україна

ВИКОРИСТАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ

Стрімкий розвиток цифрових технологій та впровадження штучного інтелекту (ШІ) стали одними з ключових чинників трансформації сучасної системи освіти. Особливо актуальним це питання є для медичної освіти, яка потребує постійного оновлення знань, розвитку клінічного мислення та формування професійних компетентностей майбутніх лікарів. Поява генеративних моделей штучного інтелекту, зокрема ChatGPT, Gemini, Claude та інших великих мовних моделей, відкрила нові можливості для організації освітнього процесу, персоналізації навчання та підвищення ефективності підготовки медичних фахівців.

За даними сучасних досліджень, більшість студентів-медиків позитивно оцінюють потенціал ШІ для навчання та професійного розвитку. Так, у систематичному огляді *M. Gordon* та співавторів встановлено, що студенти та лікарі визнають здатність ШІ покращувати клінічне мислення, дослідницькі навички та ефективність навчання [1]. Водночас майже 96 % студентів медичних факультетів висловлюють потребу у формальному навчанні щодо використання інструментів штучного інтелекту у професійній діяльності [2].

Одним із найважливіших напрямів застосування ШІ в медичній освіті є персоналізація навчального процесу. Алгоритми штучного інтелекту здатні аналізувати рівень знань студента, визначати прогалини у засвоєнні матеріалу та формувати індивідуальні освітні траєкторії. Завдяки цьому студенти можуть отримувати адаптовані рекомендації щодо вивчення певних тем, виконання практичних завдань та підготовки до підсумкового контролю.

Суттєвим досягненням останніх років стало використання генеративних мовних моделей як інтелектуальних освітніх помічників. Такі системи можуть пояснювати складні патофізіологічні механізми, допомагати у підготовці до ліцензійних іспитів, створювати клінічні ситуаційні задачі та забезпечувати миттєвий зворотний зв'язок. Дослідження демонструють, що використання ChatGPT під час проблемно-орієнтованого навчання сприяє покращенню результатів тестування та розвитку клінічних навичок студентів [3].

Перспективним напрямом є інтеграція ШІ у симуляційне навчання. Традиційні симуляційні центри потребують значних матеріальних ресурсів, тоді як інтелектуальні віртуальні пацієнти дозволяють створювати реалістичні клінічні сценарії з можливістю багаторазового відпрацювання навичок. Такі

технології забезпечують безпечне освітнє середовище для розвитку комунікативних компетентностей, збору анамнезу, прийняття клінічних рішень та аналізу лікарських помилок.

Окремої уваги заслуговує застосування штучного інтелекту для оцінювання результатів навчання. Автоматизовані системи здатні аналізувати відповіді студентів, перевіряти тестові завдання, формувати персоналізований зворотний зв'язок та оцінювати рівень сформованості компетентностей. Це дозволяє підвищити об'єктивність контролю знань та оптимізувати навантаження викладачів. Попри значні переваги, впровадження ШІ у медичну освіту супроводжується низкою викликів. Одним із головних ризиків є можливість генерації недостовірної або застарілої інформації. Незважаючи на високий рівень розвитку сучасних мовних моделей, вони можуть формувати так звані «галюцинації» – правдоподібні, але помилкові відповіді. Це створює потенційні ризики при використанні ШІ для навчання без належної експертної перевірки отриманих даних [4].

Серйозною проблемою залишається питання академічної доброчесності. Використання генеративних моделей може сприяти несанкціонованому виконанню навчальних завдань, зниженню рівня самостійної роботи студентів та формуванню залежності від цифрових інструментів. У зв'язку з цим особливого значення набуває розробка етичних принципів використання ШІ в освітньому середовищі та формування відповідної цифрової культури серед здобувачів освіти.

Всесвітня організація охорони здоров'я наголошує на необхідності забезпечення прозорості, безпеки, захисту персональних даних та справедливості під час впровадження систем штучного інтелекту у сферу охорони здоров'я та медичної освіти [5]. Аналогічні рекомендації містяться у міжнародних настановах щодо етичного використання ШІ в освіті медичних працівників, де підкреслюється важливість контролю якості контенту, захисту конфіденційності та запобігання алгоритмічним упередженням [6]. Важливо підкреслити, що штучний інтелект не повинен розглядатися як заміна викладача. Найефективнішою моделлю є поєднання експертного педагогічного супроводу та інтелектуальних цифрових інструментів. У такому випадку ШІ виступає засобом підтримки навчального процесу, сприяючи підвищенню його ефективності, доступності та адаптивності.

Таким чином, використання штучного інтелекту в медичній освіті є одним із найбільш перспективних напрямів модернізації освітнього процесу. Інтеграція інтелектуальних технологій сприяє персоналізації навчання, розвитку клінічного мислення, вдосконаленню симуляційної підготовки та оптимізації оцінювання знань. Водночас ефективне впровадження ШІ потребує розробки нормативних засад, дотримання етичних принципів та формування

цифрових компетентностей як у студентів, так і у викладачів медичних закладів вищої освіти.

Список використаних джерел

1. Gordon M., Daniel M., Lin Y. et al. A scoping review of artificial intelligence in medical education. *Medical Teacher*. 2024. Vol. 46(8). P. 903–917. DOI: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2024.2314198>
2. Maaß L, Grab-Kroll C, Koerner J, et al. Artificial Intelligence and ChatGPT in Medical Education: A Cross-Sectional Questionnaire on students' Competence. *J CME*. 2024; 14(1):2437293. Published 2024 Dec 24. <https://doi.org/10.1080/28338073.2024.2437293>
3. Michalczak M., Wiśniewski M., Kaczmarek M. et al. Artificial Intelligence in Medical Education: A Narrative Review. *AI*. 2025. Vol. 6(12). P. 322. DOI: <https://doi.org/10.3390/ai6120322>
4. Wei Q, Yao Z, Cui Y, Wei B, Jin Z, Xu X. Evaluation of ChatGPT-generated medical responses: A systematic review and meta-analysis. *J Biomed Inform*. 2024;151:104620. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2024.104620>
5. World Health Organization. Ethics and governance of artificial intelligence for health: guidance on large multi-modal models. Geneva : WHO, 2025. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240084759>
6. Masters K. Ethical use of Artificial Intelligence in Health Professions Education: AMEE Guide No. 158. *Med Teach*. 2023; 45(6):574-584. DOI: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2023.2186203>

Ганна ШАПОВАЛОВА,

доктор медичних наук, доцент, доцент кафедри терапії та реабілітації
Національного університету фізичного виховання і спорту України
м. Київ, Україна

Вікторія БУРЕНКО,

магістр кафедри терапії та реабілітації
Національного університету фізичного виховання і спорту України
м. Київ, Україна

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНИХ ЗМІНАХ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА У ОСІБ СТАРЕЧОГО ТА ПОХИЛОГО ВІКУ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Серед уражень хребта, що супроводжуються неврологічними проявами, найбільш часто зустрічаються дегенеративно-дистрофічні процеси. Вони відносяться до найбільш розповсюдженої патології, а питома вага неврологічних проявів дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта (ДДЗХ) становить значну частку усіх захворювань периферичної нервової системи [1].

Больові синдроми при дегенеративно-дистрофічних захворюваннях хребта частіше вражають людей працездатного віку (75-90% захворюваності). Захворювання мають схильність до затяжного перебігу з неодноразовими рецидивами, призводять не тільки до тимчасової, а й стійкої втрати працездатності, маючи при цьому тенденцію до зростання.

Вважається, що здебільшого причиною виникнення вертеброгенного больового синдрому є остеохондроз хребта, який є проявом дегенеративного ураження міжхребцевого диску з залученням тіл хребців, міжхребцевих суглобів, в подальшому – тіл суміжних хребців, зв'язкового і м'язевого апарату.

Остеохондроз хребта є системним мультифакторним процесом, в розвитку якого грають травматичний, віковий, дисгемічний, гормонально-ендокринний, імунологічний, спадковий і деякі інші чинники.

З метою ліквідації больового синдрому призначають фонофорез або електрофорез з розчинами місцевих анальгезуючих препаратів (новокаїну, лідокаїну та ін.) на паравертебральну область, синусоїдальні модульовані струми, імпульсні струми низької частоти (ампліпульстерапія, діадинамічний струм), черезшкірна електрична стимуляція. Комплекс фізіотерапевтичного лікування також включає магнітотерапію, яка виконує функцію базисного методу довготривалої дії. З метою поліпшення кровообігу і ремієлінізації нервових стовбурів проводяться теплові процедури за типом контактного тепла: парафінолікування та ін.

Лікувальні вправи в період затихання гострих явищ (ремісії) спрямовані на тренування і зміцнення м'язів спини, живота, сідниць, відновлення і покращення кровопостачання міжхребцевих дисків, розвантаження хребта від статичного навантаження. У комплекс також включають загально-розвиваючі та дихальні вправи, динамічні вправи для нижніх кінцівок із полегшених вихідних положень (лежачи на животі, на боці) [2].

Обґрунтовано ефективність впливу різних засобів фізичної терапії та їх комплексного використання при остеохондрозі поперекового відділу хребта, а саме, покращених методик лікувального масажу, комплексу лікувальної гімнастики, статичних та динамічних вправ та вправ виконаних на дошці Євмінова. Автори стверджують, що комплексне призначення покращених елементів лікувального масажу, вправ на дошці Євмінова та комплексу лікувальної гімнастики, статичних та динамічних вправ набагато підвищило ефективність фізичної реабілітації як при перших, так і при клінічно виражених неврологічних симптомах хребтового остеохондрозу [3].

Нещодавні дослідження виявили, що дегенеративні порушення хребта можуть прискорювати метаболічні фактори та токсичне середовище, зокрема наявність у пацієнта цукрового діабету. Для пацієнтів з ЦД характерним є наявність хронічного мікрозапального середовища, яке сприяє розпаду матриці міжхребцевих дисків, зниженню синтезу протеоглікану, втраті глікозаміноглікану (ГАГ) і загибелі клітин хряща. Також хронічна гіперглікемія викликає порушення обміну вуглеводів, білків та інших речовин та мікросудинні ускладнення, що призводить до недостатнього надходження поживних речовин до міжхребцевих дисків і, зрештою, до їх дегградації. Дегенерацію міжхребцевих дисків також посилюють додаткові фактори ризику пов'язані з ЦД – вік та високий ІМТ. З віком в тканині хребця зменшується вміст води, збільшується механічна жорсткість та зменшується висота диска. Дослідження показують, що у пацієнтів, які мають історію діабету понад 10 років, підвищується ризик розвитку дегенеративних змін міжхребцевих дисків в поперековому відділі хребта, які провокують болі в попереку. Крім того, тяжкість проявів остеохондрозу напряму залежить від якості контролю глікемії. При недостатній компенсації ЦД, хронічна гіперглікемія призводить до утворення продуктів глікації (приєднання глюкози до амінокислот), які відкладаються у печінці, тканинах багатих колагеном (хрящі, кістки) та на стінках кровоносних судин. Ці гліковані продукти призводять до ущільнення колагену, зокрема у хрящі, що порушує його функцію. Найяскравішим представником продуктів глікації, який можна визначити лабораторно є глікований гемоглобін. Цей показник служить маркером якості лікування діабету. Окрім впливу на хрящ, хронічна гіперглікемія призводить до втрати кістками кальцію, розвитку остеопорозу та підвищує ризик переломів [4].

Особливо маніфестними є вище зазначені прояви у осіб похилого та старечого віку із хронічними захворюваннями, що супроводжуються гіподинамією, яка у свою чергу прискорює розвиток дегенеративних процесів у поперековому відділі хребта.

Поперековий стеноз хребтового каналу (LSS) – дегенеративний процес поступового звуження хребетного каналу або міжхребцевих отворів, що може стискати нервові та судинні елементи в поперековому відділі хребта. Це захворювання переважно вражає осіб похилого та старечого віку. Зі старінням населення та нестабільними витратами на охорону здоров'я спостерігається пов'язане зростання поширеності LSS.

Аналіз даних літератури за результатами досліджень в різних країнах свідчить про широке поширення у літніх пацієнтів із LSS супутніх захворювань, особливо діабету другого типу, що обмежують ефективність медикаментозного лікування і фізичної терапії, та когнітивних і депресивних станів, які впливають на суб'єктивне відчуття болю.

Слід визнати необхідними подальші дослідження впливу різних методів фізичної терапії на перебіг LSS у осіб похилого та старечого віку із цукровим діабетом.

Список використаних джерел:

1. Свиридова Н. К., Серeda В. Г., Попов О. В., Павлюк Н. П., Усович К. М., Свистун В. Ю. Дегенеративно-дистрофічні захворювання хребта: особливості діагностики та лікування. *Східно-європейський журнал по неврології*. 2015. №2(2). С.14-26.

2. Голяченко А. О., Рогава Х. Т. Комплексна фізична реабілітація пацієнтів із остеохондрозом поперекового відділу хребта. *Медсестринство*. 2020. №1. С. 22-24.

3. Попович Д. В., Коваль В. Б., Салайда І.М., Вайда О.В., Руцька А.В. Реабілітація хворих на остеохондроз хребта. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2017. № 4. С. 74-77.

4. Гончар О. Остеохондроз та діабет: Чи існує зв'язок? Мій цукровий. URL: <https://mysugar.media/aktual-no/osteohondroz-ta-diabet-chi-isnuye-zv-yazok-10319886.html>

Ігор ШПАЧИНСЬКИЙ,
кандидат філософських наук, доцент,
доцент кафедри загальної підготовки
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

ВИКЛАДАЧ & ШІ – ЩО ДАЛІ?

Багато «списів ламається» сьогодні на тему, які професії можуть зникнути, або в якій сфері штучний інтелект (ШІ) може замінити людину. Щоб навести усі існуючі щодо цього точки зору, буде потрібно, мабуть, не десятки, а сотні сторінок тексту. Тож ми обмежимося тільки кількома думками з цього приводу, торкаючись, зокрема, сфери освіти. І в якості аналізу розглянемо спочатку роздуми сучасного (хоча, на жаль, його вже зараз немає з нами) відомого англійського вченого (педагога), автора книг, оратора та консультанта з питань розвитку творчого мислення, систем освіти та інновацій у державних та громадських організаціях, директора Мистецтва у шкільних проектах (*The Arts in Schools Project*) Кена Робінсона.

Отже, він, зокрема, наголошував, що «Великі вчителі – основа великих шкіл. Граючи різні ролі, вчителі вирішують три ключові завдання:

- Натхнення: надихають учнів своєю пристрастю до свого предмета; стимулюють їх добиватися максимальних успіхів у межах своїх можливостей.

- Упевненість: допомагають учням здобувати навички та знання, що дозволяють відчувати впевненість у собі, стати незалежними людьми, які будуть і надалі продовжувати розвивати свої таланти та накопичувати знання та досвід.

- Креативність: надають учням можливість експериментувати, проводити розслідування, ставити питання та розвивати навички та здатність до нестандартного мислення» [1].

На сьогоднішній час існує досить велика кількість прихильників третього пункту цих завдань, а саме, що з цим може непогано вправитись і ШІ; значно менша кількість дослідників може доєднатись в цьому плані до другого пункту; проте майже не існує голосів на користь систем ШІ в якості вчителя щодо пункту першого, оскільки емоції – це безперечна прерогатива саме людини.

Торкаючись далі у своїй праці проблеми «творчості», Робінсон зазначає, що «справжнім рушієм творчості є спрага до відкриттів та любов до своєї справи як такої. Коли учень має мотив вчитися, він природним чином, без особливих зусиль, набуває навички, які знадобляться для досягнення наміченої мети» [1]. Зайве обґрунтовувати, що категорії «спрага» і «любов» відносяться до афективної, а не когнітивної (логіка) сфери психіки.

Розглянемо, насамкінець, такий широко відомий вислів, як «проведення заняття – це своєрідний театр одного актора». За різними інтерпретаціями його

наводили різні дослідники-педагоги й у різні часи, серед яких був, зокрема, і наш видатний педагог В.О. Сухомлинський. Торкнувся цієї теми і К. Робінсон. Він, в свою чергу, цитує слова великого театрального режисера Пітера Брука, який визнавав, що «...єдине, без чого ніяк не можна обійтися, – це актор у певному просторі та аудиторія, яка стежить за його грою. І нехай це буде лише один актор і один глядач, але це найважливіші обов'язкові елементи театального дійства. Актор, який грає драму, та аудиторія, яка слухає його та переживає певні емоції. Театр – це по суті взаємозв'язок між глядачами та драмою. І він буде надавати найбільш трансформуючий ефект, тільки якщо повністю сфокусований на цих взаєминах і на тому, щоб зробити їх максимально міцними». Якщо театр вирішує це завдання, стверджує Пітер Брук, більше, по суті, нічого не потрібно. І режисер дуже переконливо підтверджує правоту цих слів цілою низкою революційних, що прославилися на весь світ, театральних вистав. На нашу думку, аналогія з освітою тут очевидна... Основна мета освіти – допомогти школярам вчитися. У цьому і полягає роль вчителя... Суть, серце освіти – це взаємодія вчителя з учнем. Все інше залежить від того, наскільки продуктивні та успішні ці відносини» [1].

В свою чергу, директор Інституту педагогічної освіти і освіти дорослих Національної академії педагогічних наук України, академік Національної академії педагогічних наук України, Заслужений працівник вищої школи УРСР, доктор філософських наук, професор Зязюн Іван Андрійович (1938-2014 рр.), у своїй праці «Педагогічна майстерність», в однойменному розділі «Урок-театр одного актора» також торкаючись цієї теми, вже підкреслював, що «звичайно, вибудувати педагогічну дію за принципом театальної на уроці – справа зовсім не проста. Ще важчою вона є в межах школи.

Зрозуміло, колективна дія акторського ансамблю на сцені зовсім інша, ніж педагогічна дія в класі, де педагог-актор має відразу ж стати педагогом-режисером, віддавши свої акторські функції учням. Постає питання про те, як зробити учнів діяльними, не байдужими до вчителя, до теми уроку. Більше того, про те, як зробити їх щасливими від перебування на уроці, навчання у школі в цілому, від спілкування з учителем на уроці і учителями в школі» [2; с.128].

Таким чином, підсумовуючи, можемо зазначити наступне. Враховуючи: по-перше, той безперечний факт, що своєрідним «запалювачем» потягу до засвоєння знань з будь-якої сфери є мотивація того, хто навчається; і по-друге, спираючись на наведені вище думки, можемо констатувати, що у діалозі «вчитель & штучний інтелект» останнє слово залишається, все ж таки, за вчителем. Принаймні поки що.

Список використаних джерел:

1. Кен Робінсон і Луї Ароніка. Школа майбутнього. Як виростити талановиту дитину. URL: [https://www.tnfeu.ac.in/pdf/library/School_Education/3%20%20Creative%20Schools_%20The%20Grassroots%20Revolution%20That%E2%80%99s%20Transforming%20Education%20\(%20PDFDrive%20\).pdf](https://www.tnfeu.ac.in/pdf/library/School_Education/3%20%20Creative%20Schools_%20The%20Grassroots%20Revolution%20That%E2%80%99s%20Transforming%20Education%20(%20PDFDrive%20).pdf) (дата звернення 4.05.2026).
2. Педагогічна майстерність: підручник / І. А. Зязюн, Л. В. Крамущенко, І. Ф. Кривонос та ін.; За ред. І. А. Зязюна. Київ: Вища школа, 1997. 349 с.

НАУКОВЕ ЕЛЕКТРОННЕ ВИДАННЯ

**«МАЙБУТНЄ ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ: ВИКЛИКИ ТА
МОЖЛИВОСТІ»**

**Збірник матеріалів
II Всеукраїнської науково-практичної конференції
м. Миколаїв,**

18 червня 2026 р.

Відповідальна за випуск: Віра ЯРОШЕНКО

Відповідальність за зміст матеріалів несуть автори.

Редакційна колегія може не поділяти думок авторів.

Підписано до друку 30.06.2026 р.
Формат 60 x 84/16. Гарнітура Times New Roman. Друк офсетний.
Обсяг: 7,5 ум.-друк. арк.

Україна, 54018, м. Миколаїв, пр-т Богоявленський, 43-А,
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»
e-mail: info@vnz-mpu.com.ua
моб. тел.: (093) 549-33-15