



ПВНЗ «МЕДИКО-ПРИРОДНИЧИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

II НАУКОВІ ЧИТАННЯ

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ
МЕДСЕСТРИНСТВА, ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я
ТА ПСИХОЛОГІЇ В УМОВАХ СУЧАСНОСТІ»

07 квітня 2026 року



Миколаїв, 2026



ПВНЗ «МЕДИКО-ПРИРОДНИЧИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

II Наукових читань

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ
МЕДСЕСТРИНСТВА, ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА
ПСИХОЛОГІЇ В УМОВАХ СУЧАСНОСТІ»**

присвячені Всесвітньому Дню Здоров'я

07 квітня 2026 року

Миколаїв, 2026

УДК 614 + 159.91 (08)

*Затверджено до друку Вченою радою
Приватного вищого навчального закладу «Медико-Природничий Університет»
(протокол № 10 від 30 квітня 2026 року)*

Актуальні питання теорії та практики медсестринства, громадського здоров'я та психології в умовах сучасності: збірник матеріалів II Наукових читань (м. Миколаїв, 07 квітня 2026 р.) / за заг. ред. М. А. Волкова; ред. кол. Самойленго Г. Є., В. А. Петьков, І. А. Шпачинський, Н. А. Володка, В. М. Ярошенко. Миколаїв: ПВНЗ «МПУ», 2026. 126 с.

До збірника увійшли тези доповідей учасників II Наукових читань «Актуальні питання теорії та практики медсестринства, громадського здоров'я та психології в умовах сучасності», присвячені Всесвітньому Дню Здоров'я. Означена проблематика розглядається в порівняльному та міждисциплінарному контексті, даються конкретні рекомендації щодо набутого нового досвіду практичного застосування висновків науковців у процесі вивчення гуманітарних дисциплін.

Рекомендовано науковцям, лікарям, психологам, викладачам, аспірантам, здобувачам освіти, громадським діячам, здобувачам та всім, хто зацікавлений у сфері медсестринства, громадського здоров'я та психології.

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

ВСТУПНЕ СЛОВО.....	8
---------------------------	----------

I. МЕДСЕСТРИНСТВО. ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я. МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'Я

АКИМОВА Оксана	
Прийняття управлінських рішень: теоретичний аналіз	9
БЕКБУЛАТОВА Олена	
Вплив екологічної катастрофи на стан здоров'я населення в умовах війни	13
БЛОХОВИТА Олена	
Виконання стратегічних завдань у сфері розвитку медсестринства України	15
ВОЛОДКА Наталя	
Соціальна складова паліативного догляду	19
ГАЄВСЬКИЙ Сергій, БУЗНІК Павло	
Етичні та організаційні виклики функціонування медичних служб в умовах воєнного конфлікту	22
ГАЄВСЬКИЙ Сергій, КУЗНЕЦОВА Тетяна	
Професійне вигорання медичних працівників в умовах сучасних соціальних викликів	24
ГАЄВСЬКИЙ Сергій, ТИМОЩУК Тетяна	
Вторинна травматизація як чинник формування емоційного вигорання медичних працівників у сучасних умовах	27
ЗЕЛІНСЬКА Людмила, АКИМОВА Оксана	
Лихоманка і особливості догляду за гарячковими хворими	29
КІКТЕНКО Алевтина	
Трансформація педагогічних підходів у підготовці магістрів медсестринства в умовах сучасних соціальних викликів	31
МАРІНІНА Ірина	
Процедура визнання української кваліфікації у сфері медсестринської справи в Німеччині як перед етап академічної мобільності	33
МОКІЄНКО Андрій, ШМАКОВА Ірина	
Актуальні проблеми медсестринської освіти	36
МОРОЗ Маргарита	
Причини конфліктів в медичній практиці та обґрунтування підходів до їх попередження і вирішення	39

НАРТОВА Юлія, АКИМОВА Оксана

Характеристика різних типів лікувально-профілактичних закладів в Україні 41

ПОПОВ Андрій

Формування клінічного мислення здобувачів освіти через вивчення біології та хімії 43

ПРИСЯЖНЮК Ольга

Роль медичної сестри в ресурсі громадського здоров'я 45

САМОЙЛЕНКО Геннадій, ЯСТРЕБОВА Анна

Медсестринський супровід як чинник покращення якості життя пацієнтів із бойовими пораненнями 49

САМОЙЛЕНКО Ірина, БРИК Анна

Медична реабілітація як чинник відновлення функціональної спроможності та якості життя населення в умовах сучасних викликів 51

САМОХВАЛОВА Світлана, ЯРОШЕНКО Віра

Правова грамотність медичної сестри як основа безпечної професійної практики в умовах реформування системи охорони здоров'я України 54

СУРІНА Ганна

«Усвідомлене сповільнення» проти культури досягаторства: вплив на продуктивність 57

ТИХОВОД Юлія

Особиста гігієна пацієнта-запорука успішного лікування 59

ТРОЯНОВА Юлія

Розвиток регенеративної медицини в Україні у відновленні структури та функції тканин 62

ШАПОВАЛОВА Ганна, КОМАРОВ Василь

Деякі аспекти застосування екстракорпоральної ударно-хвильової терапії при травмах і ранах м'яких тканин 64

ШЕВЧУК Ірина

Роль медичної сестри в організації догляду при лікуванні опікової хвороби 65

ШПАЧИНСЬКИЙ Ігор

Поетичне слово як ліки від стресу 67

ШУЛЬГІНЕНКО Тетяна

Формування професійної компетентності та емпатійного підходу в медсестринстві: міждисциплінарні засади підготовки, практики та безперервного професійного розвитку 70

ЮВКО Оксана, САМОЙЛЕНКО Ірина

Методи збереження психічного здоров'я у медичних працівників в умовах стресу в аспекті громадського здоров'я 74

ЯРОШЕНКО Віра

Конституційно-правові норми регулювання суспільних відносин в Україні у сфері медичної діяльності – особливості воєнного часу 77

II. ПСИХОЛОГІЯ**БАБАЯН Юлія**

Адаптація учнів до освітнього середовища в умовах війни: психофізіологічні ресурси та педагогічні стратегії підтримки 83

ВОЛКОВ Михайло

Розвиток вищої освіти у сфері охорони здоров'я і психології в умовах сучасних викликів на засадах європейських стандартів 85

КАНЕВСЬКИЙ Віктор, СЛОБОДЯНЮК Володимир

Психологічні механізми формування дезадаптивних станів особистості в умовах сучасних криз та їх психотерапевтична корекція 88

КУЛІШ Віктор

Психологічні чинники формування професійної перспективи молоді в умовах сучасних соціальних викликів 90

КУРИЛЕНКО Тетяна

Комунікативний вимір буття людини 92

ЛИТОВЧЕНКО Віталій, ЛИМАР Валентина

Психологічні особливості професійної комунікації фахівців охорони здоров'я з пацієнтами з особливими комунікативними потребами в умовах сучасних викликів 94

МОЧАЛОВА Олександра

Шляхи подолання вигорання у батьків, що виховують дітей з особливими освітніми потребами 97

ОГАРЕНКО Анна, ЛИТВИНЕНКО Ірина

Вторинна травматизація медичних працівників у сучасних умовах 100

ПЕТЬКОВ Віталій

Психологічні механізми адаптації особистості до умов тривалого стресу в контексті збереження ментального здоров'я 102

РЕБРОВА Ольга

Психологічне консультування батьків дітей з особливими освітніми потребами як засіб подолання стресу та формування адаптаційних ресурсів 105

СЕРЬОГІНА Анна

Психологічне здоров'я українців в умовах воєнного стану 107

СТЕПЕНКО Анастасія, ЛИТВИНЕНКО Ірина

Вплив дитячо-батьківських стосунків на порушення психічного здоров'я дітей дошкільного віку 110

СУЄТІНА Юлія, МУХІНА Людмила Значення пам'яті у житті людини	114
ХОРЖЕВСЬКА Інна Психосоматичні прояви стресу та емоційної напруги в умовах сучасних кризових викликів	116
ЧАБАНЕНКО Володимир, ЛИТВИНЕНКО Ірина Інформаційна гігієна як складова збереження психологічного здоров'я	118
ШАПОШНИКОВА Юлія Рефлексивні компоненти як чинник професійного становлення майбутніх психологів в умовах сучасних викликів	121
ЮРЧУК Ярослава, ЛИТВИНЕНКО Ірина Особливості психологічного здоров'я сучасних підлітків в умовах війни	123

ВСТУПНЕ СЛОВО

Вельмишановні учасники II Наукових читань!

Вітаю вас із відкриттям II Наукових читань «Актуальні питання теорії та практики медсестринства, громадського здоров'я та психології в умовах сучасності»!

Наш захід – це стратегічний майданчик для синергії освіти, медсестринства, громадського здоров'я і психології. У часи глобальної нестабільності та нових соціальних викликів суспільство як ніколи потребує стійкої системи охорони здоров'я й психології та якісної вищої освіти. Саме тому ПВНЗ «Медико-Природничий Університет» ставить у центр уваги підготовку компетентних фахівців, здатних оперативно реагувати на запити сьогодення. Ключовим аспектом тут є якісна підготовка фахівців із медсестринства, громадського здоров'я і психології, яку забезпечує наш Університет. Саме тому ми винесли питання стратегічного вдосконалення професійної освіти в центр наукових дискусій, що і стало головним вектором нашого заходу.

Обговорення стратегій підготовки компетентних фахівців у рамках наших Наукових читань – це важливий крок до зміцнення вітчизняної охорони здоров'я, психології й освіти. Ця професійно-наукова подія об'єднує нас, дарує натхнення та допомагає формувати ту стійкість, яка так необхідна Україні сьогодні. Разом ми перетворюємо спільні виклики на спільні рішення!

Наукові читання – не лише про обмін досвідом, а й про пошук внутрішнього ресурсу та згуртованості, що є життєво важливим для України у воєнний час. Бажаю всім учасникам плідних дискусій, інтелектуального натхнення та конструктивних рішень задля нашого спільного майбутнього!

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

I. МЕДСЕСТРИНСТВО. ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я. МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'Я

Оксана АКИМОВА

заступник ректора з практичного навчання
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ: ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ

В умовах воєнного стану в Україні всі інституції функціонують в режимі надзвичайного стану (НС), а функціонування забезпечується процесом прийняття рішень в управлінні. Особливої уваги наукового аналізу заслуговує проблема прийняття управлінських рішень у кризових умовах діяльності медичного закладу. Опрацювання визначеної проблеми потребує ґрунтового теоретичного аналізу прийняття управлінських рішень, що і визначило тему даного дослідження. У психології управління поняття «проблема» використовується для позначення розриву між бажаним станом (насамперед цілями) тієї або іншої організації і її фактичним станом. А саме рішення проблеми розглядається як засіб подолання такого розриву, вибір одного з багатьох об'єктивно існуючих курсів дій (альтернатив), що дозволяють перейти від стану, що спостерігається, до бажаного.

З наукових публікацій відомо вузьке і розширене розуміння процесу прийняття рішень в управлінні. Розширене розуміння прийняття рішень - це весь процес управління, він охоплює не лише процес прийняття рішень, а й його виконання та контроль результатів його реалізації. А вузьке розуміння прийняття рішень розглядається лише як вибір кращого з чисельних альтернатив, але при тому необхідно враховувати, що альтернативні варіанти не виникають самі собою [1, 2; с. 16-20].

Тобто, процес прийняття рішень складається не тільки з вибору кращого варіанта, а й з пошуку альтернатив, встановлення критеріїв оцінювання, вибору способу оцінювання альтернатив тощо. Загалом, можна запропонувати таке визначення категорії «прийняття управлінського рішення»: прийняття рішення – це процес, що починається з констатації виникнення проблемної ситуації та завершується вибором рішення, тобто вибором дії, спрямованої на усунення проблемної ситуації [3, с. 67-69].

Розвиток будь-якої НС або кризи можна розподілити на фази [4, с. 3].

Фаза мінімізації ризиків складається із заходів, спрямованих на зниження імовірних негативних наслідків кризової ситуації або НС. Їх мета – ідентифікація уразливих місць ланки управління та прийняття упереджувальних заходів зі зниження їх уразливості. До переліку таких дій входять:

- проведення досліджень з виявлення ризиків і можливих критичних станів;
- оцінювання ризиків (ранжування за значущістю та актуальністю);
- аналіз сценаріїв і прогностичних моделей (у т. ч. ідентифікація «гірших» сценаріїв);
- ретроспективний аналіз досвіду дій за подібних обставин;
- ідентифікація експертів і фахівців, яких необхідно залучити за ситуації можливої кризи або НС;
- створення і впровадження постійно діючих систем моніторингу ситуації.

У фазі забезпечення готовності дії, спрямовані на забезпечення готовності, передбачають планування оперативних і комунікаційних заходів, основних параметрів відповідних дій, організаційних схем поведінки, необхідної ресурсної бази, а також проведення навчань і тренінгів щодо дій згідно з розробленими планами.

У теорії управління вирізняють три основні моделі прийняття рішень: класичну, поведінкову та ірраціональну. Класична модель опирається на поняття «раціональності» в прийнятті рішень. Передбачається, що особа, яка приймає рішення, має бути абсолютно об'єктивною і логічною, мати чітку мету, усі її дії в процесі прийняття рішень повинні спрямовуватися на вибір найкращої альтернативи. Відповідно до класичної моделі – особа, яка приймає рішення, має:

- чітку мету прийняття рішення;
- повну інформацію щодо ситуації прийняття рішення;
- повну інформацію щодо можливих альтернатив і їх наслідків;
- раціональну систему впорядкування переваг за ступенем їх важливості;
- завжди мати на меті максимізацію результату діяльності організації.

Отже, класична модель передбачає, що умови прийняття рішення повинні бути достатньо визначеними.

На процес прийняття управлінських рішень впливає безліч різноманітних факторів [3, с. 70–97; 5, с. 153–154; 6, с. 113–118]. До найважливіших з поміж них належать такі:

- ступінь ризику – розуміється, що завжди існує імовірність прийняття неправильного рішення, яке може несприятливо впливати на організацію.

Ризик-фактор, який керівники враховують свідомо, або підсвідомо, при прийнятті рішення, оскільки пов'язаний зі зростанням відповідальності;

- час, який відведено управлінцю для прийняття рішення. На практиці більшість керівників не мають можливості проаналізувати усі можливі альтернативи, відчуваючи дефіцит часу;

- ступінь підтримки керівника колективом – цей фактор враховує, що нових керівників сприймають не одразу.

Процес прийняття рішень включає безліч різних елементів, але неодмінно в ньому присутні такі елементи, як проблеми, цілі, альтернативи та рішення. Цей процес лежить в основі планування діяльності, тому що план – це набір рішень щодо розміщення ресурсів і напрямів їх використання для досягнення цілей. Прийняття рішень – стрижень, навколо якого обертається життя. Отже, рішення можна розглядати як продукт управлінської праці, а його прийняття – як процес, що веде до появи цього продукту [7, с. 113-118].

У процесі управління приймається величезна кількість найрізноманітніших рішень, що мають різні характеристики. Залежно від повторюваності проблеми, що вимагає рішення, всі управлінські рішення можна поділити на традиційні, що неодноразово зустрічалися в практиці керування, коли необхідно лише зробити вибір з уже наявних альтернатив, і нетипові, нестандартні рішення, коли їх пошук пов'язаний, насамперед, з генерацією нових альтернатив. Кожне управлінське рішення націлене на досягнення конкретного результату, тому метою управлінської діяльності є знаходження таких форм, методів, засобів та інструментів прийняття рішень, які могли б сприяти досягненню оптимального результату в конкретних умовах і обставинах. Технологія розроблення, прийняття і реалізації рішень та процедур, здійснення логічних, аналітичних, інформаційно-пошукових, обчислювальних та інших операцій мусить передбачати їх чітку послідовність. Розробляючи управлінські процедури, необхідно встановити порядок здійснення окремих операцій, пов'язаних зі збиранням, рухом, зберіганням, обробкою, аналізом інформації, забезпеченням нею структурних підрозділів і окремих робочих місць, а також визначити інші дії, зумовлені потребою розв'язання господарських завдань [1].

Раціональна технологія прийняття і реалізації управлінського рішення має включати наступні стадії: підготовку рішення; прийняття рішення; реалізацію рішення. На стадії підготовки прийняття управлінських рішень необхідно дотриматися процедури, яка зазвичай складається з п'яти етапів. Розглянемо докладно ці етапи. На першому етапі з'ясовується проблема, яку необхідно вирішити, а також причинно-наслідкові зв'язки цієї проблеми, проаналізовано результати цієї роботи та встановлюється здатність установи (закладу) вирішити цю проблему. На другому етапі здійснюється глибоке

системне вивчення самої проблеми та проводиться формування мети й проміжних цілей. На третьому етапі з'ясовуються потенційні можливості системи управління для вирішення поставленої проблеми, оброблюються та опрацьовуються різні варіанти вирішення цієї проблеми. На четвертому етапі обирається варіант вирішення поставленої проблеми, а на п'ятому – проводиться організацію роботи з виконання прийнятого управлінського рішення та моніторинг перебігу його виконання з жорстким контролем часу [1].

Узагальнюючи проаналізовані методологічні підходи до процесу прийняття управлінських рішень, слід погодитися, що вони відображають НС в мирних умовах і не повно відбивають показники, які характеризують ефективність прийнятого управлінського рішення в нинішніх кризових умовах діяльності медичного закладу. Це обумовлює важливість подальших досліджень означеної теми.

Список використаних джерел:

1. Бакуменко В. Д. Формування державно-управлінських рішень: проблеми теорії, методології. Практики: монографія. Київ: Вид-во УАДУ, 2000. 328 с.
2. Сорока К. О. Основи теорії систем і системного аналізу: навч. посіб. Харків: ХНАМГ, 2004. 291 с.
3. Реагування на надзвичайні ситуації: навч. посіб. Київ: Бланк-Прес, 2014. 206 с.
4. Терент'єва А. В. Управління надзвичайними ситуаціями з елементами кризового менеджменту. *Електронне наукове фахове видання «Державне управління: удосконалення та розвиток»*. 2015. № 9. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=881>
5. Терент'єва А. В. Системний аналіз як метод ухвалення та обґрунтування рішень у сфері цивільного захисту. *Інвестиції: практика та досвід*. 2014. № 12. С. 152–155.
6. Кризовий менеджмент та принципи управління ризиками в процесі ліквідації надзвичайних ситуацій: монографія / С. О. Гур'єв, А. В. Терент'єва, П. Б. Волянський. Київ, 2008. 148 с.
7. Терент'єва А. В. Прийняття управлінських рішень за умов надзвичайних ситуацій: можливості SWOT-аналізу. *Наук. зап. Ін-ту законодавства Верховної Ради України*. 2015. № 2. С. 119–124.

Олена БЕКБУЛАТОВА,
викладач циклової комісії загальної підготовки
Фахового коледжу ПВНЗ
«Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

ВПЛИВ ЕКОЛОГІЧНОЇ КАТАСТРОФИ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ВІЙНИ

Сучасні умови воєнного стану в Україні супроводжуються значними порушеннями екологічної рівноваги, що зумовлює формування комплексних загроз для здоров'я населення. Руйнування промислових об'єктів, енергетичної інфраструктури, систем водопостачання та водовідведення призводить до масштабного забруднення атмосферного повітря, ґрунтів і водних ресурсів, що має як безпосередній, так і віддалений вплив на фізичний та психічний стан людини. У зв'язку з цим дослідження екологічних наслідків війни та їх впливу на здоров'я населення є надзвичайно актуальним завданням системи громадського здоров'я.

Метою даного дослідження є аналіз впливу екологічних наслідків воєнних дій на стан здоров'я населення України та визначення основних ризиків для громадського здоров'я в умовах сучасності.

Воєнні дії спричиняють суттєве антропогенне навантаження на довкілля, що проявляється у викидах значної кількості токсичних речовин у навколишнє середовище. Пошкодження об'єктів хімічної, нафтопереробної та енергетичної промисловості супроводжується потраплянням небезпечних сполук у повітря, воду та ґрунт, що призводить до порушення природних екосистем та формування екологічної небезпеки для населення [1; 2]. Вибухи боєприпасів і пожежі спричиняють утворення оксидів азоту, сірки, чадного газу, формальдегіду та інших токсичних речовин, які здатні накопичуватися в довкіллі та негативно впливати на організм людини.

Одним із найбільш значущих факторів впливу є забруднення атмосферного повітря. Токсичні гази та тверді частинки, що утворюються внаслідок бойових дій, сприяють розвитку гострих і хронічних захворювань дихальної системи, включаючи бронхіти, бронхіальну астму та хронічну обструктивну хворобу легень. Крім того, доведено, що тривалий вплив забрудненого повітря підвищує ризик серцево-судинних захворювань та онкологічної патології [3; 4]. Оксиди азоту та сірки, взаємодіючи з водяною парою, утворюють кислотні опади, які негативно впливають як на екосистеми, так і на стан слизових оболонок органів дихання людини.

Не менш небезпечним є забруднення ґрунтів і водних ресурсів. Унаслідок бойових дій у ґрунт потрапляють важкі метали, залишки вибухових речовин,

паливно-мастильні матеріали, що порушують біохімічні та мікробіологічні процеси, знижують родючість ґрунтів і можуть включатися до харчових ланцюгів [5]. Потрапляння забруднюючих речовин у підземні та поверхневі води створює загрозу для забезпечення населення якісною питною водою, а також сприяє поширенню інфекційних захворювань. Руйнування очисних споруд і систем водовідведення призводить до потрапляння неочищених стічних вод у природні водойми, що значно підвищує епідеміологічні ризики.

Важливим аспектом є вплив воєнних дій на психічне здоров'я населення. Тривалий стрес, невизначеність, постійна загроза життю, а також погіршення екологічних умов сприяють розвитку психоемоційних порушень, зниженню імунної реактивності організму та формуванню психосоматичних розладів [6]. У поєднанні з фізичними екологічними чинниками це призводить до комплексного погіршення стану здоров'я населення.

Таким чином, екологічні наслідки війни мають багатофакторний характер і впливають на здоров'я людини через поєднання хімічних, біологічних та соціальних чинників. Забруднення повітря, води та ґрунтів, порушення санітарної інфраструктури та зростання психоемоційного навантаження формують значні ризики для громадського здоров'я. Це обумовлює необхідність розробки та впровадження ефективних профілактичних заходів, спрямованих на зниження негативного впливу екологічних факторів та збереження здоров'я населення в умовах воєнного часу.

Список використаних джерел:

1. Строкаль В. П., Бережняк Є. М., Наумовська О. І., Вагалюк Л. В., Ладика М. М., Сербенюк Г. А., Паламарчук С. П., Павлюк С. Д., Вплив російської агресії на стан природних ресурсів України: монографія. Київ, 2023.
2. Шевчук С. Ф., Коваленко О. І. Антропогенний вплив на навколишнє середовище у військовий час: монографія. Київ: Екологія України, 2022. 256 с.
3. Тимофеев В. П. Воєнні конфлікти та їх вплив на екосистеми. *Екологічна безпека*. 2023. №2. С. 15-23.
4. Екологічні наслідки воєнних дій на території України / за ред. С.Г. Дубаса. Львів: Центр екологічних досліджень, 2023. 200 с.
5. Барило М. П., Жовтобрюх В. В. Забруднення підземних вод у зоні військових дій. *Геологічні науки*. 2023. №2. С. 59-66.
6. Титаренко Т. М. Моє майбутнє залежить від мене: практики здорового сьогодення у воєнних і повоєнних умовах: монографія / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2024. 130 с.

Олена БЛОХОВИТА,
магістр медсестринства,
заступник медичного директора з медсестринства
Комунального некомерційного підприємства
«Первомайська центральна міська багатопрофільна лікарня»
Первомайської міської ради,
м. Первомайськ, Україна

ВИКОНАННЯ СТРАТЕГІЧНИХ ЗАВДАНЬ У СФЕРІ РОЗВИТКУ МЕДСЕСТРИНСТВА УКРАЇНИ

*«Медична сестра сьогодні – це не просто
технічна роль, а партнер у лікуванні, лідер догляду
та носій культури безпеки пацієнта»
Василь Лазоришинець*

Медсестринство є фундаментальною опорою системи охорони здоров'я України. В умовах сучасних викликів – від реформування галузі до наслідків збройного конфлікту – стратегічний розвиток сестринської справи набуває особливого значення. Стратегічні напрями розвитку медсестринства в Україні, затверджені на Колегії МОЗ України 9 листопада 2024 року, спрямовані на модернізацію професії, на зміцнення потенціалу медсестринського персоналу, на впровадження європейських стандартів освіти та розвиток лідерства, на підвищення якості догляду за пацієнтами та інтеграцію України в міжнародний медичний простір. [4, с.9]

Всі напрями та завдання розвитку медсестринства визначені в рамковому документі Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року, ухваленому в січні 2025 року колегією МОЗ України, як невід'ємна частина стратегії системи охорони здоров'я.

Основні напрямки виконання стратегічних завдань:

- *Модернізація освіти:* Перехід до багаторівневої системи підготовки (молодший бакалавр, бакалавр, магістр) відповідно до стандартів ЄС, запровадження сучасної симуляційної освіти. Оновлення програм додипломної та післядипломної підготовки з фокусом на клінічне мислення, навички комунікації та лідерства.

- *Розвиток професії та автономія:* Впровадження системи професійних рівнів (від сестри-початківця до провідної/спеціалізованої медичної сестри) та визначення автономних медсестринських втручань, що не потребують призначення лікаря. Впровадження доказових стандартів догляду.

- *Лідерство та управління:* Створення посад медичних сестер-менеджерів, розвиток спроможності медичних сестер брати участь у прийнятті

управлінських рішень у закладах охорони здоров'я. Розробка стандартів професійної діяльності та моніторинг якості надання медичних послуг.

- *Посилення ролі в охороні здоров'я:* Участь медичних сестер у первинній профілактиці, паліативній допомозі, реабілітації та робота з пацієнтами з хронічними захворюваннями (наприклад, роль сімейної медичної сестри).

- *Умови праці та мотивація:* Планування людських ресурсів на основі потреб, підвищення рівня заробітної плати, забезпечення безпечного робочого середовища.

- *Цифровізація:* Повне впровадження електронного документообігу (eHealth) у роботу медсестер.

2025 рік став роком розробки Проєктів професійних стандартів медичних працівників, які розробляють відповідно до Порядку розроблення, введення в дію та перегляду професійних стандартів, затвердженого постановою КМУ від 31.05.2017 № 373.

Проєкт професійних стандартів розробляється робочими групами, персональний склад яких формує розробник – Державна установа «Центр розвитку медсестринства Міністерства охорони здоров'я України». До складу робочих груп включено представників роботодавців, їх організацій та об'єднань, репрезентативних профспілок, їх організацій та об'єднань, представників сфери освіти.

Завдяки кропіткій роботі робочих груп в 2025 році винесено на громадське обговорення проєкти професійних стандартів:

1. Сестра медична старша/брат медичний старший.
2. Сестра медична/брат медичний загальної практики.
3. Сестра медична/брат медичний з реабілітації.
4. Сестра медична/брат медичний з паліативної допомоги.
5. Сестра медична/брат медичний з догляду за хворими на дому.
6. Акушерка.
7. Сестра медична (брат медичний) координатор.
8. Асистент ерготерапевта.
9. Сестра медична (брат медичний) дитячого стаціонару.
10. Сестра медична (брат медичний) громади.
11. Сестра медична (брат медичний).
12. Лаборант (медицина).
13. Сестра медична/брат медичний з догляду за ранами.

На сьогодні затверджено наказами Державної установи «Центр розвитку медсестринства Міністерства охорони здоров'я України» та погоджено МОЗ України Професійні стандарти у сфері медсестринства, які внесені до Реєстру кваліфікацій Національного агентства кваліфікацій України, а саме:

- «Сестра медична (брат медичний) з реабілітації»;
- «Сестра медична старша (брат медичний) старший»;
- «Сестра медична (брат медичний) паліативної допомоги»;
- «Сестра медична (брат медичний) з догляду за ранами».

Наступний важливий крок – це розробка освітньо-професійних програм у відповідності до Професійних стандартів.

У Києві протягом року відбувалася низка заходів, присвячених розвитку медсестринства та трансформації медсестринської освіти в Україні. Події об'єднали представників Міністерства охорони здоров'я, професійної медсестринської спільноти, закладів освіти, міжнародних партнерів і студентів навколо спільної мети – формування спроможної, сучасної та орієнтованої на потреби пацієнта медсестринської спільноти.

Під час регіональних зустрічей, організованих Бюро ВООЗ в Україні спільно з МОЗ, учасники обговорювали практичні кроки з впровадження рамкового документа Стратегічні напрями розвитку медсестринства у громадах, установах та регіонах.

Особливу увагу під час заходу приділено ролі освітян, практиків, керівників закладів охорони здоров'я, головних медичних сестер регіонів і профільних асоціацій. Відчуття професійної гідності, суб'єктності та мотивації всіх учасників процесу є рушійною силою подальших трансформацій.

Заходи стали частиною комплексних кроків, які послідовно реалізовує МОЗ спільно з міжнародними партнерами для трансформації медсестринства та забезпечення системного підходу до розвитку освіти, професійної діяльності та управління.

28 жовтня 2025 року відбувся захід, присвячений інтеграції українського медсестринства у міжнародний простір, обміну досвідом і формуванню спільних підходів до розвитку професії. Почесним гостем заходу став Генеральний директор Міжнародної ради медичних сестер (International Council of Nurses) пан Говард Катон.

Міжнародна рада медсестер (ICN) об'єднує понад 130 національних асоціацій медсестер і представляє інтереси понад 28 мільйонів медсестер у всьому світі.

Участь у зустрічі взяв президент Національної академії медичних наук України, академік Василь Лазоришинець, який наголосив на важливості міжнародної співпраці як символу підтримки, єдності та професійної солідарності з українськими медичними сестрами і братами.

Виконання даного документу передбачає напрацювання дорожньої карти з переліком конкретних заходів щодо реалізації визначених цілей та завдань, які вже через п'ять років принесуть позитивні зміни:

- збільшення кількості кваліфікованих медичних сестер на 20%;
- підвищення рівня задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги на 15%;
- зменшення рівня професійного вигорання на 25%;
- і як наслідок – збільшення тривалості життя населення на 5 років.

Реалізація стратегічних напрямів посилить роль медичних сестер і братів у сфері охорони здоров'я, адже саме така практика поширена в усьому світі.

Стратегічні напрями розвитку медсестринства та нові нормативні стандарти формують потужну основу для міжнародної інтеграції та стажування за кордоном.

Список використаних джерел:

1. Національна академія медичних наук України URL: <https://amnu.gov.ua/czentr-rozvytku-medsestrynstva-moz-ukrayiny-spilno-z-nacjonalnoyu-akademiyeu-medychnyh-nauk-ukrayiny-organizuvaly-profesijnu-zustrich/>
2. МОЗ України URL: <https://moz.gov.ua/uk/zatverdzeni-strategichni-napryami-rozvitku-medsestrinstva-yih-prezentovali-na-profesijnomu-forumi>
3. МОЗ України URL: <https://moz.gov.ua/uk/medsestrinstvo-v-ukrayini-transformaciya-osviti-ta-strategichnij-rozvitok>
4. Медична справа URL: <https://medplatforma.com.ua/article/19022-profesiini-standarty-dlia-medychnykh-pratsivnykiv>
5. Стратегічні напрями розвитку медсестринства в Україні. Київ, 2024. 18 с.
6. Реєстру кваліфікацій Національного агентства кваліфікацій України URL: <https://register.nqa.gov.ua/profstandart/sestra-medicna-brat-medicnij-z-reabilitacii>
7. Реєстру кваліфікацій Національного агентства кваліфікацій України URL: <https://register.nqa.gov.ua/profstandart/sestra-medicna-starsa-brat-medicnij-starsij>
8. Реєстру кваліфікацій Національного агентства кваліфікацій України URL: <https://register.nqa.gov.ua/profstandart/sestra-medicna-brat-medicnij-z-paliativnoi-dopomogi>
9. Реєстру кваліфікацій Національного агентства кваліфікацій України URL: <https://register.nqa.gov.ua/profstandart/sestra-medicna-brat-medicnij-z-dogladu-za-ranami>.

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

СОЦІАЛЬНА СКЛАДОВА ПАЛІАТИВНОГО ДОГЛЯДУ

Становлення системи паліативної допомоги населенню стає однією з важливих медико-соціальних проблем, яка рік від року набуває все більшої актуальності, що зумовлено як війною в Україні так і іншими чинниками: демографічними, медичними, соціально-економічними, морально-етичними тощо (ВОЗ, 2014; А. В. Царенко та ін., 2017, 2019, 2020 та інші). Велика кількість цивільного населення, в т.ч. ВПО, захисників України з важкими пораненнями потребують довготривалого догляду та реабілітації, і які перебувають в пригніченому стані свідомості та потребують багатофункціонального комплексного підходу з паліативного догляду вдома, який включає соціальну, медичну та психологічну підтримку.

Ефективна паліативна допомога – це комплекс медичних, психологічних та соціальних послуг, потрібних не лише пацієнту, а й членам його родини. Головними завданнями паліативної допомоги є: позбавлення від болю, догляд, психологічна допомога, усунення або зменшення розладів життєдіяльності та інших важких проявів хвороби, соціальна допомога. На відміну від традиційної медицини, що орієнтована на одужання пацієнта або досягнення стійкої ремісії, інноваційний вид медичної допомоги – паліативна допомога має на меті, у першу чергу, покращити якість життя пацієнтів, які потребують паліативного догляду, та членів їх сімей або законних представників. Результати досліджень українських та закордонних авторів (О. З. Децик та ін., 2015; Ж. М. Золотарьова, 2015; І. Р. Кужель, 2016; В. М. Лехан та ін., 2003; Н. В. Эккерт, 2008; Б. Франческо, 2009; С. Richmond, 2005 та інші) свідчать, що члени сімей паліативних пацієнтів також потребують психосоціальної підтримки, оскільки важка невиліковна хвороба рідної людини спричиняє суттєве зниження якості життя усієї родини. Зазначене вимагає медико-соціального обґрунтування створення і розвитку системи доступної, якісної та ефективної паліативної допомоги, що дозволить забезпечити рівну доступність населення до паліативного догляду шляхом ефективного використання інституціональних, технічних та кадрових ресурсів, координації і співпраці закладів охорони здоров'я та закладів соціального захисту населення з надання соціальної послуги з паліативного догляду [3].

Соціальна складова паліативного догляду – це комплекс заходів,

спрямованих на підтримку якості життя пацієнта та членів його родини, які стикаються з проблемами невиліковної хвороби: підтримка гігієни, соціально психологічна адаптація, навчання родичів, допомога в побуті, юридичні питання. Вона реалізується через надання соціальної послуги паліативного догляду, що регулюється Державним стандартом. Наказом МОЗ України «Про організацію паліативної допомоги в Україні» в п. 5 передбачено паліативну допомогу мультидисциплінарною командою, в якій – медичні спеціалісти, фахівці різних спеціальностей: соціальні працівники, соціальні робітники, психологи, волонтери, юристи, священнослужителі та інші за потребою, які залучаються для надання спеціалізованої паліативної допомоги пацієнту та членам його сім'ї, іншим особам, що здійснюють за ним догляд [1]. Але, на жаль до цього часу не розвинена система взаємодії між закладами охорони здоров'я та соціальної сфери, через що соціальна складова паліативного догляду залишається поза увагою мультидисциплінарної команди і перекладається на родину паліативного пацієнта. Зрозуміло, що, це відбувається через дефіцит кадрів, враховуючи ситуацію в Україні, відсутність відповідного фінансування, розвиненої взаємодії між відповідними структурами та дефіциту знань, навичок соціальних робітників та їх участі у паліативному догляді.

Тому медики вимушені реагувати на подібні виклики і брати на себе відповідальність під час надання паліативного догляду. Для того, щоб зменшити тягар на родину в забезпеченні соціальної складової та покращенні якості життя, як паліативного пацієнта так і родини, необхідно медичній сестрі спланувати свій час для навчання родичів навичкам догляду, безпечному і комфортному облаштуванні приміщення, в якому перебуває паліативний хворий, а також успішній комунікації та взаємодії з іншими представниками команди.

Подібні навички потребують формуванню у майбутніх медичних працівників соціальної компетентності. Своєю чергою, багато науковців (І. Степура, В. Яковенко, Г. Савінкова) звертають увагу на особливості формування соціальної компетентності майбутніх медичних працівників у процесі їх підготовки у вищих навчальних закладах. Автори пропонують висновки щодо проблем та можливих шляхів підвищення рівня соціальної компетентності у студентів медичних спеціальностей. розглядають теоретичні аспекти соціальної компетентності медичних працівників [2; 4]. Ці дослідження роблять важливий внесок у розуміння соціальної компетентності майбутніх фахівців у галузі охорони здоров'я та її впливу на професійну практику у медичній сфері.

Соціальна компетентність входить у складники структури особистості медичного працівника як один із ключових елементів. Вона визначається як

здатність ефективно взаємодіяти з іншими людьми в різних сферах життя. Тому дуже важливо під час навчання медичних працівників зосередити увагу на формуванні соціальної компетентності майбутнього фахівця, що значно полегшить його діяльність та допоможе під час виконання професійних обов'язків. Завдяки розвиненій соціальній компетентності медична сестра завжди знайде можливість зробити все необхідне під час надання паліативного догляду для покращення якості життя як пацієнту, так і родині. А саме, зосередити увагу на навчанні родичів навичкам догляду, допомогти в налагодженні контактів з колегами, представниками соціальних структур, громадських організацій, які надають психологічну, соціальну підтримку, волонтерську допомогу родинам, що перебувають у кризовій ситуації та потребують допомоги.

Соціальна компетентність важлива для медичних сестер не лише з погляду надання якісної медичної допомоги, а й для побудови ефективних відносин із пацієнтами, колегами та іншими учасниками паліативного догляду. Все це буде сприяти побудові ефективної взаємодії із представниками соціальних структур та залученню соціальних робітників до мультидисциплінарної команди з паліативного догляду.

Соціальна складова паліативного догляду має велике значення для покращення якості життя паліативного пацієнта та його родини, що визначено Законом України «Про організацію паліативної допомоги в Україні» та регулюється Державним стандартом. Відсутність ефективної взаємодії закладів охорони здоров'я та соціальної сфери, брак кадрів, дефіцит знань та відповідних навичок у соціальних робітників, фінансування не можуть забезпечити в повному об'ємі комплексного підходу при наданні паліативного догляду, тому соціальну складову перекладено на родину та частково на медичних сестер. Для забезпечення якості надання комплексного підходу під час паліативного догляду необхідно впроваджувати навчальні курси для соціальних робітників на базі закладів медичної освіти. Під час навчання медичних сестер звернути увагу на формування соціальної компетентності для набуття високого рівня професійності та підготовки.

Список використаних джерел:

1. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0609-20#Text>

2. Степура І. В. Особливості формування соціальної компетентності майбутніх лікарів у процесі підготовки в університеті. *Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлинського. Серія: «Педагогіка, психологія, соціологія»*. 2018. Вип. 2. С. 90–95.

3. Царенко А. В. Медико-соціальне обґрунтування системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Нац.

мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика. Київ, 2020. 40 с.

4. Яковенко В. М. Соціальна компетентність майбутніх лікарів у вищих медичних навчальних закладах України. *Проблеми освіти*. 2019. Вип. 95. С. 257–264.

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

Павло БУЗНІК,
здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності «Медсестринство»
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

ЕТИЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ВИКЛИКИ ФУНКЦІОНУВАННЯ МЕДИЧНИХ СЛУЖБ В УМОВАХ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ

Сучасні воєнні конфлікти змінюють не лише масштаби потреби в медичній допомозі, а й саму логіку функціонування медичних служб. Актуальні дослідження свідчать, що в умовах війни система охорони здоров'я одночасно зазнає фізичного руйнування, кадрового виснаження, логістичних обмежень і зростання етичного навантаження на персонал [5]. Для України ця проблема має особливу гостроту: за даними ВООЗ, станом на серпень 2024 р. було зафіксовано 1940 атак на систему охорони здоров'я від початку повномасштабного вторгнення, причому лише за перші 7,5 місяця 2024 р. загинуло 34 особи, а 229 були поранені [3]. Це підтверджує, що медичні служби в умовах війни функціонують не просто в кризі ресурсів, а в середовищі постійної загрози для інституційної стійкості та безпеки персоналу.

У сучасній літературі одним із центральних етичних викликів визначається ерозія принципу медичної нейтральності. Щорічний звіт *Safeguarding Health in Conflict Coalition* за 2024 рік засвідчив понад 3600 інцидентів насильства проти медичної допомоги у зонах конфлікту у світі, що на 15% більше, ніж у 2023 році [2]. У такому контексті медичний працівник опиняється в ситуації конфлікту між професійним обов'язком допомагати, вимогами гуманітарного права та необхідністю захисту власного життя. Саме тому етична проблематика воєнної медицини нині зміщується від класичних питань деонтології до аналізу морального вибору в умовах ризику, дефіциту часу й обмеженого доступу до ресурсів.

Інший блок досліджень акцентує увагу на проблемі справедливого розподілу обмежених ресурсів. В умовах воєнного конфлікту медичні служби змушені діяти в режимі пріоритетизації: визначати черговість допомоги, перерозподіляти персонал, змінювати маршрутизацію пацієнтів, скорочувати або відтерміновувати частину планової допомоги. Аналітичні публікації, присвячені Україні, наголошують, що стійкість системи забезпечується не стільки збереженням довоєнних моделей роботи, скільки їх адаптацією – через гнучкість первинної медичної допомоги, швидке переналаштування сервісів і поєднання централізованих та локальних рішень [1; 5]. Водночас така адаптація має «людську ціну», оскільки часто спирається на перенавантаження персоналу та роботу в режимі тривалого виснаження.

Сучасні дослідження українських медичних працівників показують, що організаційні виклики невіддільні від психологічних. У 2025 році було опубліковано дані про емоційний і соматичний стан українських фахівців охорони здоров'я, які засвідчили потребу у цільовій психологічній підтримці та заходах зі зміцнення професійної стійкості [1]. Інше дослідження того ж року виявило запит медиків на визнання управлінцями специфіки їхньої воєнної праці, підвищення психологічної безпеки в колективах і кращий управлінський супровід [5]. Це означає, що ефективність медичної служби в умовах конфлікту залежить не лише від ліжкового фонду, ліків чи маршрутів евакуації, а й від якості управління командою, довіри всередині колективу та наявності підтримувального організаційного середовища.

Показовим є й те, що сучасні міжнародні та українські публікації дедалі частіше розглядають стійкість медичної системи не як суто технічну характеристику, а як поєднання організаційної гнучкості, кадрового збереження, правового захисту та етичної регуляції. У коментарях The Lancet щодо України підкреслюється дефіцит кадрів, особливо у сферах травматології та психічного здоров'я, а також потреба в інституційному посиленні служб, що працюють із наслідками війни [4]. Отже, організаційний вимір проблеми не можна зводити лише до відновлення інфраструктури: йдеться про перебудову моделей медичної допомоги відповідно до довготривалих умов воєнного ризику.

Аналіз сучасних досліджень дає підстави стверджувати, що етичні та організаційні виклики функціонування медичних служб у воєнному конфлікті мають системний характер. Їх сутність полягає у поєднанні трьох взаємопов'язаних процесів: зростання загроз для медичної інфраструктури та персоналу, посилення морального навантаження під час прийняття клінічних і управлінських рішень, а також необхідності постійної адаптації моделей надання допомоги [2; 3]. Саме тому перспективним напрямом подальших досліджень є обґрунтування таких організаційних рішень, які поєднували б

вимоги медичної ефективності, етичної прийнятності та професійної безпеки медичних працівників.

Список використаних джерел:

1. Elina Dale, Julia Novak, Denys Dmytriiev, Olga Demeshko, Jarno Habicht. (2024). Resilience of Primary Health Care in Ukraine: Challenges of the Pandemic and War. *Health Syst Reform*. Epub 2024 Jun 14. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39579586/>
2. Epidemic of violence: violence against health care in conflict (2024). Safeguarding Health in Conflict Coalition. 169 p. URL: <https://insecurityinsight.org/wp-content/uploads/2025/04/2024-SHCC-Annual-Report.pdf>
3. Grim milestone on World Humanitarian Day: WHO records 1940 attacks on health care in Ukraine since start of full-scale war (2024). World Health Organization. 19.08.2024. URL: <https://www.who.int/europe/news/item/19-08-2024-grim-milestone-on-world-humanitarian-day--who-records-1940-attacks-on-health-care-in-ukraine-since-start-of-full-scale-war>
4. Health in Ukraine amid great uncertainty (2024). The Lancet. 14.12.2024. URL: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)02712-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)02712-0/fulltext)
5. Semigina T., Skrypnyk O. (2024). Health system resilience in Ukraine during the war. *International Journal of Health Planning and Management*, 10(1). URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38875441/>

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

Тетяна КУЗНЕЦОВА,
здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності «Медсестринство»
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ СУЧАСНИХ СОЦІАЛЬНИХ ВИКЛИКІВ

У сучасних умовах функціонування системи охорони здоров'я проблема професійного вигорання медичних працівників набуває системного характеру та розглядається як один із ключових ризиків для забезпечення якості медичної допомоги. Актуальні дослідження свідчать, що поєднання пандемічних

наслідків, воєнних дій, кадрового дефіциту та зростання професійного навантаження суттєво підвищує рівень хронічного стресу серед медичного персоналу [3; 4].

Сучасні наукові підходи трактують професійне вигорання як комплексний психосоціальний феномен, що формується під впливом організаційних і середовищних чинників [5]. Згідно з визначенням World Health Organization, воно є наслідком хронічного стресу на робочому місці та проявляється через емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження професійної ефективності.

Аналіз сучасних досліджень (2023–2025 рр.) показує, що в умовах війни в Україні спостерігається стійка тенденція до зростання рівня вигорання серед медичних працівників. Дослідники відзначають, що медики працюють у ситуації тривалої невизначеності, підвищеного ризику для життя, емоційного перевантаження та необхідності прийняття швидких рішень в умовах обмежених ресурсів [4; 1]. При цьому значна частина персоналу демонструє симптоми емоційного виснаження та потребує психологічної підтримки [3].

Важливою особливістю сучасного етапу є зміщення наукового фокусу з індивідуальних причин вигорання на організаційні. У новітніх дослідженнях підкреслюється, що ключовими факторами ризику є не лише особистісні характеристики працівника, а насамперед умови праці: надмірне навантаження, дефіцит кадрів, недостатня управлінська підтримка, нечіткість ролей та відсутність ефективних механізмів реагування на кризові ситуації [2; 6].

Окрему увагу сучасні дослідження приділяють впливу воєнного контексту на психоемоційний стан медичних працівників. Робота в умовах постійної загрози, контакту з травматичними подіями та високої відповідальності сприяє формуванню не лише вигорання, але й симптомів вторинної травматизації [5]. Це вимагає перегляду підходів до організації праці та впровадження систем підтримки персоналу.

У науковій літературі останніх років обґрунтовується необхідність переходу від індивідуально орієнтованих стратегій подолання вигорання до системних підходів його профілактики. Йдеться про формування безпечного професійного середовища, оптимізацію робочого навантаження, розвиток командної взаємодії, а також інтеграцію психологічної підтримки у структуру медичних закладів [1; 6].

Професійне вигорання медичних працівників у сучасних соціальних умовах є індикатором не лише індивідуального стану, але й ефективності функціонування системи охорони здоров'я в цілому [2; 4]. Його подолання потребує комплексних змін, спрямованих на поєднання організаційних, психологічних та управлінських рішень.

Список використаних джерел:

1. Бойцанюк С. І., Левків М. О., Островський П. Ю. Емоційне вигорання у медсестер: діагностика та профілактика. *Клінічна та профілактична медицина*. 2025. № 5. С. 119–126. URL: <https://cp-medical.com/index.php/journal/article/view/606>
2. Іващенко Р., Григоров М. Ідентифікація екзогенних та ендогенних факторів ризику синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. *Експериментальна і клінічна медицина*. 2025. № 94(2). С. 128–139. URL: <https://ecm.knmu.edu.ua/article/view/10.35339.ekm.2025.94.2.ivh>
3. Професійне вигорання медичних працівників (2024). Центр громадського здоров'я МОЗ України. 20.03.2024. URL: <https://phc.org.ua/news/profesiynе-vigorannya-medichnikh-pracivnikiv>
4. Русанов В. Професійне вигорання медичних працівників в умовах війни: історичний аналіз, сучасні дослідження та авторське визначення. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Т. 9, № 3. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/529>
5. Чмир Н., Дробінська Н., Федечко М., Новосад А., Базилевич А. Емоційне вигорання медичних працівників як проблема медичної психології: сучасний стан та шляхи подолання. *Українські медичні вісті*. 2024. № 3-4 (100-101), С. 38–46. URL: <https://www.umv.com.ua/index.php/journal/article/view/360>
6. Чорна В., Хлестова С., Гудзевич Л., Калашченко С., Гринзовський А. Предиктори професійної мотивації на формування синдрому емоційного вигорання в медичних працівників світу та України. *Україна. Здоров'я нації*. 2025. (4). С. 90–102. URL: <https://journals.uzhnu.uz.ua/index.php/health/article/view/1544>

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

Тетяна ТИМОЩУК,
здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності «Медсестринство»
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

ВТОРИННА ТРАВМАТИЗАЦІЯ ЯК ЧИННИК ФОРМУВАННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У СУЧАСНИХ УМОВАХ

У сучасних умовах функціонування системи охорони здоров'я проблема емоційного вигорання медичних працівників набуває нових змістових характеристик, пов'язаних із впливом воєнних дій та тривалого психоемоційного напруження. Одним із ключових чинників, що визначають специфіку цього явища, є вторинна травматизація, яка формується внаслідок постійного контакту медичних працівників із травматичними подіями та стражданнями пацієнтів [2].

Сучасні дослідження підтверджують, що вторинна травматизація є важливою складовою професійного стресу у сфері охорони здоров'я. Зокрема, за результатами досліджень, проведених в Україні, значна частина фахівців, які працюють у кризових умовах, демонструє симптоми як емоційного вигорання, так і посттравматичного стресового розладу [5].

Важливим є також те, що сучасні наукові підходи розглядають вигорання та вторинну травматизацію як взаємопов'язані явища [3]. Дослідження українських медичних сестер показали, що тривалий вплив воєнного стресу виступає медіатором між моральним дистресом і компонентами професійної якості життя, зокрема емоційним виснаженням та вторинним травматичним стресом [5].

Організаційний контекст також відіграє ключову роль у посиленні вторинної травматизації. Дослідження умов праці медичних працівників в Україні показують, що хронічний стрес, пов'язаний із війною, поєднується з перевантаженням, дефіцитом кадрів та недостатньою управлінською підтримкою, що негативно впливає на психічне здоров'я персоналу [1; 4]. При цьому близько 70 % медичних працівників відзначають негативний вплив війни на їхню професійну діяльність та потребу в емоційній підтримці [3].

Особливістю сучасного етапу є також зростання ролі безперервного травматичного стресу, який відрізняється від класичних форм травматизації своєю тривалістю та невизначеністю. Дослідження свідчать, що саме тривалий вплив таких факторів значною мірою визначає розвиток емоційного виснаження та зниження професійної ефективності медичних працівників [2; 5].

У сучасній науковій літературі підкреслюється, що ефективне подолання вигорання вимагає врахування факторів вторинної травматизації. Зокрема, доведено ефективність програм психологічної підтримки, розвитку командної взаємодії та впровадження механізмів взаємодопомоги, які сприяють зниженню рівня професійного стресу [1; 4].

Таким чином, вторинна травматизація є одним із ключових чинників формування емоційного вигорання медичних працівників у сучасних умовах. Її врахування дозволяє більш повно зрозуміти природу професійного вигорання та обґрунтувати необхідність комплексних підходів до його профілактики, що поєднують психологічні, організаційні та соціальні заходи [2; 3].

Список використаних джерел:

1. Бойцанюк С. І., Левків М. О., Островський П. Ю. Емоційне вигорання у медсестер: діагностика та профілактика. *Клінічна та профілактична медицина*. 2025. № 5. С. 119–126. URL: <https://cp-medical.com/index.php/journal/article/view/606>
2. Русанов В. Професійне вигорання медичних працівників в умовах війни: історичний аналіз, сучасні дослідження та авторське визначення. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Т. 9, № 3. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/529>
3. Чмир Н., Дробінська Н., Федечко М., Новосад А., Базилевич А. Емоційне вигорання медичних працівників як проблема медичної психології: сучасний стан та шляхи подолання. *Українські медичні вісті*. 2024. № 3-4 (100-101), С. 38–46. URL: <https://www.umv.com.ua/index.php/journal/article/view/360>
4. Чорна В., Хлестова С., Гудзевич Л., Калашченко С., Гринзовський А. Предиктори професійної мотивації на формування синдрому емоційного вигорання в медичних працівників світу та України. *Україна. Здоров'я нації*. 2025. (4). С. 90–102. URL: <https://journals.uzhnu.uz.ua/index.php/health/article/view/1544>
5. Smoliuk N., Shulhai A.H. (2024). Peculiarities of professional burnout of nurses in war conditions. *Bulletin of Medical and Biological Research*, 6(1), 64–72. URL: <https://bibr.com.ua/en/journals/tom-6-1-2024/osoblivosti-profesiynogo-vigorannya-medichnikh-sester-statsionariv-v-umovakh-viyni>

Людмила ЗЕЛІНСЬКА,
здобувачка першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
спеціальності «Медсестринство»
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

Науковий керівник: **Оксана АКІМОВА,**
заступник ректора з навчально-виробничої практики,
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

ЛИХОМАНКА І ОСОБЛИВОСТІ ДОГЛЯДУ ЗА ГАРЯЧКОВИМИ ХВОРИМИ

Лихоманка і особливості догляду за гарячковими хворими є важливим аспектом медичного догляду, оскільки підвищення температури тіла потребує постійного контролю. Лихоманка є захисною реакцією організму, проте при значному підвищенні може погіршувати стан пацієнта. Догляд включає контроль температури, достатній питний режим, провітрювання приміщення, легкий одяг та виконання рекомендацій лікаря. Це сприяє покращенню стану пацієнта та швидшому одужанню.

1. Поняття лихоманки та її фізіологічне значення. Лихоманка – це складна захисно-приспосувальна реакція організму на дію пірогенів, яка проявляється підвищенням температури тіла. Вона активізує імунні механізми, підсилює фагоцитоз і гальмує розмноження патогенних мікроорганізмів. Разом із тим, надмірне підвищення температури може призводити до порушень функцій життєво важливих органів і систем, особливо у дітей та ослаблених пацієнтів [10].

2. Етіологія та фактори розвитку лихоманки. Причинами виникнення лихоманки є інфекційні агенти (бактерії, віруси, гриби), запальні процеси, інтоксикації, алергічні реакції, а також вплив лікарських препаратів. Важливу роль відіграють ендогенні та екзогенні пірогени, які впливають на центр терморегуляції в гіпоталамусі. Встановлення причини гарячки є ключовим для вибору адекватної тактики лікування [4].

3. Стадії розвитку лихоманки та їх характеристика. Лихоманка проходить три основні стадії: підвищення температури (озноб), стабілізації (плато) та зниження (лізис або криз). Кожна стадія має свої клінічні прояви, що потребують відповідного догляду. Наприклад, у фазі ознобу важливо зігрівати пацієнта, тоді як у фазі зниження температури – контролювати потовиділення і попереджати зневоднення [7].

4. Клінічні прояви гарячкового стану. Лихоманка супроводжується загальною слабкістю, головним болем, тахікардією, підвищеним

потовиділенням, зниженням апетиту та порушенням сну. У тяжких випадках можливі марення, судоми та порушення свідомості. Ці симптоми відображають реакцію організму на патологічний процес і потребують постійного медичного контролю [7].

5. Контроль температури та спостереження за пацієнтом. Систематичне вимірювання температури тіла є важливою складовою догляду за гарячковими хворими. Це дозволяє оцінювати динаміку захворювання, ефективність лікування та своєчасно виявляти ускладнення. Медичний персонал також повинен контролювати пульс, артеріальний тиск і загальний стан пацієнта [1].

6. Значення питного режиму та харчування. Під час лихоманки організм втрачає значну кількість рідини через потовиділення, що може призводити до зневоднення. Тому важливо забезпечити достатній питний режим, включаючи воду, чаї, розчини електролітів. Харчування має бути легким, збалансованим і багатим на вітаміни для підтримки імунної системи [3].

7. Фізичні методи зниження температури. До фізичних методів належать обтирання теплою водою, компреси, провітрювання приміщення, використання легкого одягу. Вони сприяють тепловіддачі та можуть застосовуватися як допоміжні засоби для зниження температури, особливо при помірній гарячці [2].

8. Медикаментозна терапія гарячки. Жарознижувальні препарати застосовуються за призначенням лікаря з урахуванням віку, стану пацієнта та рівня температури. Найчастіше використовують парацетамол або ібупрофен. Важливо уникати безконтрольного прийому препаратів, щоб не замаскувати симптоми основного захворювання [5].

9. Профілактика ускладнень при лихоманці. Своєчасний догляд дозволяє запобігти розвитку ускладнень, таких як зневоднення, судоми, порушення серцево-судинної діяльності. Особливої уваги потребують діти, люди похилого віку та пацієнти з хронічними захворюваннями [9].

10. Роль медичного персоналу та комплексний догляд. Медичний персонал забезпечує комплексний підхід до догляду за гарячковими хворими, який включає моніторинг стану, виконання призначень лікаря, гігієнічний догляд та психологічну підтримку. Такий підхід сприяє покращенню стану пацієнта, зменшенню ризику ускладнень і прискоренню процесу одужання [1].

Список використаних джерел:

1. Вороненко Ю. В., Гойда Н. Г. Медсестринство у внутрішній медицині : підручник. Київ: ВСВ «Медицина», 2019. 560 с.
2. Ковальчук Л. Я., Бабінець Л. С. Основи медсестринства: підручник. Тернопіль: Укрмедкнига, 2018. 432 с.
3. Матасар І. Т. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка: навч. посіб. Київ: Здоров'я, 2017. 376 с.

4. Внутрішні хвороби: підручник / за ред. Я. Р. Федоріва. Київ: Медицина, 2020. 848 с.
5. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Терапія»: наказ МОЗ України від 21.09.2010 № 798.
6. Про організацію інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я: наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 722.
7. Сімоненко В. Б. Основи клінічної медицини. Київ: Медицина, 2019. 320 с.
8. Clinical management of severe acute respiratory infections. Geneva: World Health Organization, 2020. 82 p.
9. Fever: Guidelines for Care and Management / Centers for Disease Control and Prevention. 2022. URL: <https://www.cdc.gov> (дата звернення: 25.02.2026).
10. Guyton A., Hall J. Textbook of Medical Physiology. Philadelphia: Elsevier, 2020. 1100 p.

Алевтина КІКТЕНКО

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

ТРАНСФОРМАЦІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ ПІДХОДІВ У ПІДГОТОВЦІ МАГІСТРІВ МЕДСЕСТРИНСТВА В УМОВАХ СУЧАСНИХ СОЦІАЛЬНИХ ВИКЛИКІВ

Сучасний розвиток системи охорони здоров'я та медичної освіти відбувається в умовах глибоких соціальних трансформацій, зумовлених воєнним станом, зростанням психоемоційного навантаження населення та зміною моделей взаємодії між медичним працівником і пацієнтом [3]. У цих умовах суттєво розширюється зміст професійної діяльності медичної сестри, яка дедалі більше виконує комунікативні, освітні та психологічні функції [1].

Водночас педагогічні підходи, що традиційно використовуються у підготовці магістрів медсестринства, значною мірою зберігають орієнтацію на відтворення знань і формування клінічних умінь у відносно стабільних умовах професійної діяльності [2]. Це зумовлює суперечність між актуальними вимогами до професійної ролі медичної сестри та можливостями класичної педагогічної моделі забезпечити їх реалізацію.

Зазначена суперечність проявляється у недостатній увазі до формування здатності майбутніх фахівців здійснювати ефективну комунікацію з пацієнтами у стані стресу, організовувати освітню взаємодію, а також діяти в умовах невизначеності та підвищеного психоемоційного навантаження. Відповідно до

Стандарту вищої освіти за спеціальністю 223 «Медсестринство», магістр повинен бути готовим до виконання освітніх і комунікативних функцій, що актуалізує необхідність перегляду змісту та методів підготовки [4].

Аналіз вітчизняного та зарубіжного досвіду свідчить, що сучасні підходи до підготовки медичних фахівців орієнтуються на інтеграцію клінічної, педагогічної та психологічної складових [1; 2]. У міжнародній практиці медична сестра розглядається як суб'єкт освітньої діяльності, що забезпечує навчання пацієнтів і професійної спільноти. В українських закладах вищої освіти відповідні зміни відбуваються, однак часто мають фрагментарний характер [2].

У цьому контексті трансформація педагогічних підходів передбачає перехід від знаннево-орієнтованої моделі до компетентнісної, що забезпечує формування здатності діяти у складних професійних ситуаціях. Йдеться про впровадження студентоцентрованого навчання, інтерактивних методів, проблемно-орієнтованого підходу, а також посилення психолого-педагогічної складової підготовки [2].

Психолого-педагогічна підготовка при цьому має розглядатися не як додатковий елемент, а як необхідна умова формування професійної готовності магістра медсестринства до виконання розширених функцій у системі охорони здоров'я. Її реалізація може здійснюватися через різні освітні компоненти та форми організації освітнього процесу відповідно до автономії закладу вищої освіти.

Сучасні соціальні виклики зумовлюють необхідність переосмислення педагогічних підходів у підготовці магістрів медсестринства. Подолання суперечності між вимогами професійної практики та традиційною моделлю навчання є ключовою умовою підвищення якості професійної освіти та готовності випускників до ефективної діяльності в умовах сучасності [3; 4].

Список використаних джерел:

1. Булах І. Є. Проблеми інтеграції вищої медичної освіти в європейський освітній простір. *Сучасні інфекції*. 2004. № 3. С. 95–96.
2. Гордійчук С. В. Створення стандартів нового покоління у забезпеченні якості медичної освіти. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*. 2016. Вип. 1–2 (46–47). С. 121–126.
3. Морозова О. М., Батюк Л. В., Кнігавко В. Г. Пошук стандартів вищої медичної освіти для вдосконалення системи охорони здоров'я. *Актуальні питання якості медичної освіти: матеріали XIII Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю* (Тернопіль, 12–13 трав. 2016 р.) / Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського. Тернопіль: ТДМУ, 2016. Т. 1. С. 109–111.

4. Стандарт вищої освіти за спеціальністю 223 «Медсестринство» для другого (магістерського) рівня вищої освіти: наказ МОН України від 24.06.2022 р. № 589. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2022/06/24/223-Medsestrynstvo-magistr-589-24.06.2022.pdf>

Ірина МАРІНІНА,
здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності «Медсестринство»
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

ПРОЦЕДУРА ВИЗНАННЯ УКРАЇНСЬКОЇ КВАЛІФІКАЦІЇ У СФЕРІ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ В НІМЕЧЧИНІ ЯК ПЕРЕД ЕТАП АКАДЕМІЧНОЇ МОБІЛЬНОСТІ

Адаптація всієї законодавчої системи України на сьогодні є однією з умов євроінтеграційного процесу. Стратегія підготовки медичних кадрів в Україні на сьогодні набула системного характеру. Затверджена Колегією Міністерства охорони здоров'я України 9 листопада 2024 року «Стратегія розвитку медсестринства в Україні» [2].

Значну роль в реалізації стратегії підготовки медичних сестер відіграє вища освіта. Згідно затвердженій Колегією Міністерства охорони здоров'я України 9 листопада 2024 року «Стратегії розвитку медсестринства в Україні», передбачено системний підхід до сфокусованого розвитку медсестринської освіти, практики та управління. Тобто, належну представленість медичних сестер у викладацькому складі освітніх програм з медсестринства для впровадження підходу «рівний – рівному» і посилення ролі професії [2]. Прикладом реалізації передбаченої мети у вказаному нормативному документі є практика підготовки здобувачів зі спеціальності 223 «Медсестринство» другого магістерського рівня Приватним вищим навчальним закладом «Медико-Природничий Університет», серед здобувачів якого є також авторка даного дослідження. Очікується, що своєчасне та повне виконання всього комплексу визначених у цьому документі завдань вже через п'ять років забезпечить відчутне підвищення рівня медсестринської освіти, практики й управління та, як наслідок, рівня медичного обслуговування в Україні в цілому.

Подальше підвищення компетенцій медсестринської спільноти логічно продовжиться, за сподіванням авторки даного дослідження, у здобуття медсестрами третього рівня освіти. А це передбачає академічну мобільність.

Тому досвід вивчення процедури визнання дипломів у Німеччині стає у нагоді майбутньої реалізації академічної мобільності та на сьогодні

залишається складною та недостатньо вивченою, особливо в аспекті диференціації рівнів «бакалавр» та «магістр».

Аналіз процедури визнання українських дипломів у сфері сестринської справи для рівнів «бакалавр» та «магістр» в Німеччині для врахування алгоритму майбутньої академічної мобільності визначили тему даного дослідження.

Відомо, що сучасним виміром успішної практики науково-дослідницької діяльності можна визначити реалізацію проєктів DokHub – проєктів співпраці закладів вищої освіти і науки для підготовки здобувачів ступеня доктора філософії для інституціоналізації через створення освітніх кластерів наукової освіти в університетських регіональних центрах підготовки докторів філософії (докторських шкіл / ДокХабів), які становлять освітню адміністративну інфраструктуру для якісного викладання, навчання і наукової співпраці. Викладання і навчання в кожному ДокХабі провадиться як за окремими галузями, так і для розвитку науково-організаційних і комунікативних навичок і компетенцій (зокрема: наукова комунікація і презентація, проєктний менеджмент, та ін.).

Розробка і пілотне викладання курсів з загальних навичок науковця (науковий менеджмент, наукова презентація, новітні засоби і методи викладання) і спеціальних фахових курсів (три для кожної між інституційної тематичної мережі) вже реалізується у відповідності до стандартів якості Європейського союзу і «Принципів інноваційної наукової освіти» [1]. Здобуття медсестрами третього рівня освіти у майбутньому передбачає академічну мобільність. Тому досвід вивчення процедури визнання дипломів у Німеччині стає у нагоді майбутньої реалізації академічної мобільності.

Отже, використовуючи порівняльний аналіз, вивчимо нормативно-правову базу, процедуру визнання українських дипломів у сфері медсестринської справи для рівнів «бакалавр» та «магістр» в Німеччині. Зокрема, нормативно-правова база визнання українських дипломів у сфері медсестринської справи для рівнів «бакалавр» та «магістр» в Німеччині, регулюється трьома рівнями законодавства: Європейський:

Директива 2005/36/EC;

- Федеральний: Anerkennungsgesetz, Pflegeberufegesetz (§40);

- Регіональний: Sozialbehörde – Amt für Gesundheit Hamburg.

- Інституційна модель визнання в Гамбурзі функціонує за трирівневою системою супроводу:

1. BAMF Hotline – інформування про процедуру та мовні вимоги.

2. Zentrale Anlaufstelle Anerkennung (ZAA) – безкоштовне консультування, допомога у зборі документів, посередництво.

3. Sozialbehörde – Amt für Gesundheit – офіційне рішення, видача Berufserlaubnis.

Порівняльний аналіз рівнів «бакалавр» та «магістр» висвітлює наступну картину:

1. Бакалавр сестринської справи:

- тривалість навчання: 3-4 роки, 180-240 кредитів ЄКТС;
- мовний рівень: B2;
- типове рішення: адаптаційний період 6-12 місяців;
- після визнання: допуск до роботи на рівні Pflegefachkraft;

2. Магістр сестринської справи:

- тривалість навчання: 1,5-2 роки після бакалаврату, 90-120 кредитів ЄКТС;

- мовний рівень: B2 (рекомендовано C1 для управлінських посад);

- типове рішення: скорочений адаптаційний період 3-6 місяців або пряме визнання за наявності досвіду;

- після визнання: допуск до роботи та можливість обіймання управлінських посад (Pflegedienstleitung, Stationsleitung).

Ключові вимоги до документів (за даними Sozialbehörde) наступні:

1. Обов'язковий пакет включає: заяву з анкетною, диплом з додатком, паспорт, життєпис із підписом, підтвердження наміру працювати в Гамбурзі, детальні докази змісту навчання (години, предмети), ліцензію, документи про досвід роботи, довідку про несудимість.

2. Формальні вимоги: документи подаються у цифровому вигляді (окремі PDF-файли з коректними назвами); переклад німецькою від присяжного перекладача (англійські документи приймаються без перекладу); процедура платна: 350–750 євро, попередній збір – 150 євро.

Додаткові вимоги для видачі Berufserlaubnis.

Після позитивного рішення необхідно надати: сертифікат німецької мови (B2, ALTE-акредитований); медичну довідку за офіційним бланком; довідку про несудимість (Führungszeugnis).

Важливо, що ці документи мають бути не старше трьох місяців на момент видачі дозволу.

Алгоритм дій відбувається у п'ять етапів:

Етап 0 – підготовка (3-6 місяців): мова B2/C1, перевірка в anabin (H+, entspricht), збір та переклад документів.

Етап 1 – консультація (2-4 тижні): звернення до ZAA, отримання індивідуальної консультації.

Етап 2 – офіційна заява (3-4 місяці): подання документів до Sozialbehörde, сплата збору.

Етап 3 – виконання умов: адаптаційний період (6-12 місяців для бакалаврів, 3-6 для магістрів) або кваліфікаційний іспит.

Етап 4 – працевлаштування: отримання Berufserlaubnis, пошук роботи або реалізація академічної мобільності.

Отже, процедура визнання в Гамбурзі є чітко регламентованою та реалізованою за умови дотримання формальних вимог. Ключові фактори успіху: мова B2/C1, раннє звернення до ZAA, ретельна підготовка документів. Ступінь магістра надає переваги: скорочення адаптаційного періоду, можливість прямого визнання, доступ до управлінських посад.

Запропонований алгоритм дозволяє оптимізувати процес та скоротити час інтеграції українських фахівців на німецькому ринку праці та /або можливої академічної мобільності.

Перспективи подальших досліджень мають зосередитися на аналізі ефективності адаптаційних програм для різних рівнів освіти, довгостроковому моніторингу кар'єрних траєкторій українських медсестер у Німеччині та порівняльному аналізі процедур визнання в різних федеральних землях.

Сучасний вимір науково-дослідницької діяльності молодих майбутніх науковців в Україні додає впевненості в сприятливих умовах успішному вирішуванню нової генерації національної еліти та їх участі у провідній ролі відстоювання проєвропейського вектору розвитку.

Список використаних джерел:

1. DokHub МНУ ім. В. О. Сухомлинського. URL: http://mdu.edu.ua/?page_id=38254
2. Стратегічні напрями розвитку медсестринства в Україні. Київ, 2024. URL: <https://surl.li/imsphk>

Андрій МОКІЄНКО,

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

Ірина ШМАКОВА,

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

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

Стан здоров'я населення в сучасних умовах потребує розширення сфери обов'язків і повноважень медичного персоналу, оскільки неухильно

збільшується склад пацієнтів похилого віку із супутньою патологією, особливо в період пандемії. Попит на кваліфіковані кадри, зокрема медичних сестер, на ринку праці постійно зростає. Необхідним є проведення політики щодо зацікавленості спеціальністю зі створенням умов для максимальної ефективності послуг, оптимізації обсягу обов'язків та підвищення актуальності їх функцій у впровадженні нових цифрових пацієнтів та отримання оптимальних результатів у наданні медичних послуг, покращення доступу населення до системи охорони здоров'я, підвищення якості медичних послуг і зниження захворюваності є основними показниками ефективної роботи. Найбільший внесок у реалізацію цієї справи повинні зробити медичні сестри [1, с. 51].

У багатьох країнах світу медсестри й медбрати відіграють визначну роль у наданні медичної допомоги на всіх рівнях: вони часто є точкою входу пацієнта до системи охорони здоров'я і супроводжують його протягом всього процесу лікування. Сучасна якісна освіта, постійний розвиток у професії та підвищення довіри до медичних сестер – це все, що підсилить систему охорони здоров'я і дозволить покращити імідж такої надважливої професії [2].

Відправною точкою будь-яких стратегічних змін є оцінювання поточної ситуації. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) презентувала результати первинного аналізу ринку праці у сфері охорони здоров'я в Україні. Документ відображає поточний стан кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України. У ньому висвітлені найнагальніші кадрові проблеми, серед них:

- дефіцит фахівців первинної ланки медичної допомоги та ключових спеціальностей, які загострилися внаслідок пандемії COVID-19 та війни;
- географічні диспропорції у забезпеченні медпрацівниками;
- відтік медичних працівників, особливо у сільській місцевості.

В документі «Стратегічні напрями розвитку медсестринства в Україні» (затверджено колегією Міністерства охорони здоров'я України 9 листопада 2024 року) серед викликів та передумов, зокрема, зазначається наступне.

На сьогодні невелика кількість медсестер погоджуються продовжувати навчання після здобуття освіти рівня фахового молодшого бакалавра, оскільки це не матиме впливу на їхній кар'єрний розвиток, адже наявність вищої освіти на рівні ступеня бакалавра, магістра чи доктора філософії не є вимогою для того, щоб обіймати більш високу посаду в ЗОЗ.

Підготовка медсестер потребує докорінних змін. Стандарти освіти для здобуття фахової передвищої освіти, бакалаврського та магістерського рівнів вищої освіти не повністю відповідають вимогам до медсестер, які диктує практика. Впродовж багатьох років освітні програми складалися для роботи

медсестер у стаціонарі. Освітні потреби медсестер, які працюють на первинному рівні надання медичної допомоги та в громадах, не були враховані.

В документі висвітлено 4 блоки питань: освіта, людський капітал і робоче середовище, розвиток лідерства в медсестринстві, посилення ролі медичних сестер в організації та наданні послуг.

Цілі та завдання, визначені в цьому документі, узгоджено з проектом Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року та операційного плану її реалізації. Їх виконання забезпечуватиметься розробленням та прийняттям цілої низки нормативно-правових актів та нормативних документів, здійсненням великого обсягу експертних робіт, проведенням серії організаційних та комунікаційних заходів як національного, так і регіонального, локального масштабів, що має бути передбачено у планах діяльності Міністерства охорони здоров'я України у 2025-2030 роках та, відповідно, синхронізовано з планами діяльності місцевих органів державної виконавчої влади та органів місцевого самоврядування.

Тому наступним етапом передбачається напрацювання дорожньої карти з переліком конкретних заходів щодо реалізації визначених цілей та завдань. Очікується, що своєчасне та повне виконання всього комплексу визначених у цьому документі завдань вже через п'ять-сім років забезпечить відчутне підвищення рівня медсестринської освіти, практики й управління та, як наслідок, рівня медичного обслуговування в Україні в цілому.

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. URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/nursing/issue/vi...>

2. Затверджені стратегічні напрями розвитку медсестринства – їх презентували на професійному форумі. 2024. URL: <https://moz.gov.ua/uk/news/zatverdzeni-strategichni-napryami-rozvitku-medsestrinstva-yih-prezentuvali-na-profesijnomu-forumi>

Маргарита МОРОЗ,
здобувачка першого (бакалаврського) рівня вищої освіти,
спеціальності Медсестринство
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

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

Психічне здоров'я є важливою частиною системи громадського здоров'я. Система не може бути стійкою без підтримки людей, які її забезпечують, – медичних працівників.

Соціальне напруження та емоційне виснаження підвищує ризик конфліктів у медичній практиці

Сучасна система охорони здоров'я функціонує в умовах соціального напруження, емоційного виснаження персоналу та високих очікувань пацієнтів, що підвищує ризик конфліктів у медичній практиці і впливає на психологічний клімат у колективі

Робота медиків часто вимагає значних емоційних і фізичних зусиль, через що виникає ризик виникнення професійного вигорання та/або особливого виду стресу – втоми від співчуття [1, 2].

Мета: виконати емпіричне дослідження впливу стресу, перевантаження та вигорання стресу, перевантаження та вигорання на конфлікти серед медичного персоналу.

Для оцінки використовували тест А. Ассінгера – коректність особистості та здатність до комунікації; методику Томаса–Кілмана – стилі поведінки в конфліктних ситуаціях; методику діагностики емоційного вигорання В. Бойка – рівень емоційного виснаження та стресостійкості; опитувальник EETS – рівень емоційної емпатії та здатність до конструктивної взаємодії [3].

База дослідження: КНП «Миколаївський обласний центр психічного здоров'я» МОР, відділення допомоги військовим із ПТСР та розладами адаптації.

Респонденти проживають і працюють у прифронтовій зоні в умовах війни в Україні, мають близьких у зоні бойових дій, двоє з них брали активну участь у бойових діях.

У ході дослідження встановлено наступне.

Позитивні аспекти:

1. Більшість медичних працівників демонструють конструктивні стилі поведінки у конфлікті (компроміс, співпраця).

2. Помірно виражений рівень емоційного вигорання → наявність професійного стресу.

3. Високий рівень емоційної емпатії → здатність до співпереживання та взаєморозуміння.

Проблемні аспекти:

1. Окремі прояви некоректної комунікації.
2. Емоційна нестабільність у стресових ситуаціях.
3. Тенденції до професійного виснаження

Встановлено, що емоційна саморегуляція є базовою умовою збереження коректності особистості в стресових ситуаціях.

Розроблено алгоритми дій для мінімізації ситуативної агресії під час професійного навантаження.

Запропоновано методи профілактики вигорання для збереження конструктивної взаємодії в колективі. Впровадження рекомендацій сприятиме підвищенню якості медичної допомоги та стабілізації психологічного клімату.

Медичний персонал має високий потенціал до конструктивної співпраці. Проте умови воєнного стану вимагають додаткової підтримки емоційної стабільності медиків.

Запропоновані заходи дозволяють перетворити енергію конфлікту на ресурс для професійного розвитку та збереження професійного здоров'я середнього медичного персоналу, що сприятиме підвищенню якості медичної допомоги та стабілізації психологічного клімату в колективі.

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. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: О-75 методичний посібник. / О. М. Кокур, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська. Київ: «КНТ», 2023. 168 с.
3. Русинка І. І. Конфліктологія. Психотехнології запобігання і управління конфліктами: навч. посіб. Київ: Професіонал, 2007. 337 с.

Юлія НАРТОВА,
здобувачка першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
спеціальності «Медсестринство»
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

Науковий керівник: **Оксана АКИМОВА,**
заступник ректора з навчально-виробничої практики,
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

ХАРАКТЕРИСТИКА РІЗНИХ ТИПІВ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УКРАЇНІ

Трансформація системи охорони здоров'я України зумовлена необхідністю відходу від застарілої моделі Семашка та переходом до стратегічної закупівлі медичних послуг. Ключовим елементом реформи стало впровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом», що юридично закріплено Законом про державні фінансові гарантії. Це дозволило змінити правовий статус більшості лікувально-профілактичних закладів, перетворивши їх на фінансово автономні комунальні некомерційні підприємства [1; 6]. Автономізація дала можливість закладам самостійно розпоряджатися ресурсами, покращувати сервіс та конкурувати за пацієнта, що є фундаментом сучасної медицини.

Сучасна класифікація лікувально-профілактичних закладів в Україні базується на територіальному принципі та рівнях надання допомоги. Згідно з Постановою Кабінету Міністрів №174, в Україні сформовано «спроможну мережу», яка поділяє заклади на три типи:

1. Загальні лікарні: надають базову медичну допомогу мешканцям однієї або кількох громад.

2. Кластерні лікарні: багатопрофільні заклади в межах госпітального округу, що забезпечують лікування найпоширеніших хвороб (інсульт, інфаркти, пологи) на високому рівні.

3. Надкластерні лікарні: найпотужніші центри обласного рівня, де зосереджено вузькоспеціалізовану допомогу та унікальне обладнання [2; 3].

Такий розподіл дозволяє державі раціонально концентрувати дороговартісну апаратуру (комп'ютерний томограф, магнітно-резонансний томограф, ангіографи) у стратегічних точках, забезпечуючи високу якість лікування та логістичну доступність для населення [3; 8].

Первинна ланка (амбулаторії, центри первинної медично-санітарної допомоги) є фундаментом системи. Тут вирішується до 80% усіх звернень громадян. Основний акцент зміщено з лікування на профілактику, вакцинацію

та раннє виявлення хронічних патологій. Велику роль відіграє інститут сімейної медицини, що забезпечує безперервність догляду.

Стаціонарна допомога зосереджена на інтенсивному лікуванні та хірургічній активності. Впроваджується концепція «хірургії одного дня», що дозволяє скоротити термін перебування пацієнта в лікарні та прискорити відновлення. Важливим досягненням є повна цифровізація медичних процесів через електронну систему охорони здоров'я eHealth. Це дозволяє вести електронні медичні записи, виписувати електронні направлення та рецепти, що забезпечує прозорість та виключає паперову бюрократію [4; 9].

Спеціалізовані медичні установи (онкологічні, кардіологічні центри) працюють як високотехнологічні хаби. Вони використовують мультидисциплінарний підхід та телемедичне консультування для лікування найскладніших випадків.

Екстрена медична допомога забезпечує дотримання правила «золотої години». Розвиток авіамедичної евакуації та міжнародна програма Medevac дозволяють рятувати життя навіть у найскладніших умовах воєнного стану [10].

Завершальним етапом є доказова реабілітація. Завдяки наказу МОЗ №82, цей процес починається вже в гострому періоді хвороби безпосередньо у стаціонарі. Використання Міжнародної класифікації функціонування дозволяє не просто лікувати хворобу, а відновлювати здатність людини до повноцінного життя та праці [5; 7].

У сучасних умовах роль медичної сестри кардинально змінилася. Вона перестала бути лише технічним виконавцем і стала повноцінним менеджером догляду.

В амбулаторії: сестра проводить самостійний долікарський прийом, патронаж, навчання пацієнтів самоконтролю (при діабеті чи гіпертонії) та керує процесом вакцинації. У стаціонарі: медсестра керує складним процесом інфекційного контролю, працює з електронними листками призначень через планшети та забезпечує високотехнологічний догляд у реанімаціях.

Діяльність медсестри сьогодні базується на стандартах медсестринського процесу, принципах етики та деонтології, що є критично важливим для створення довірливої атмосфери у закладах будь-якого типу [7; 9].

Сформована в Україні мережа лікувально-профілактичних закладів демонструє високу адаптивність до викликів сьогодення. Перспективою подальшого розвитку є посилення взаємодії між різними рівнями допомоги та повна інтеграція цифрових сервісів для забезпечення безперервного медичного маршруту пацієнта.

Список використаних джерел:

1. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII.

2. Питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 28.02.2023 № 174.
3. Лехан В. М., Гінзбург В. Г. Реформа системи охорони здоров'я в Україні. Україна. *Здоров'я нації*. 2021. № 1.
4. Програма медичних гарантій 2025: аналітичний звіт НСЗУ. URL: <https://nszu.gov.ua>
5. Реабілітація у сфері охорони здоров'я: Наказ МОЗ України від 15.01.2024 р. № 82
6. Пашков В. М. Правовий статус комунальних некомерційних підприємств у сфері охорони здоров'я. *Медичне право*. 2022. № 2.
7. Ткаченко Ю. І. Стандартизація медсестринського догляду в стаціонарах. *Сестринська справа*. 2024. № 2.
8. Вороненко Ю. В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : підручник. Київ: Книга-плюс, 2020
9. Губенко І. Я. Медсестринство в Україні: історія та сучасність. Черкаси: Брама-Україна, 2019
10. European Observatory on Health Systems and Policies. Ukraine: Health system review. 2022. Vol. 24, No. 2.

Андрій ПОПОВ,

викладач циклової комісії загальної підготовки
Фахового коледжу ПВНЗ
«Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ ЧЕРЕЗ ВИВЧЕННЯ БІОЛОГІЇ ТА ХІМІЇ

У сучасній системі медсестринської освіти особливого значення набуває формування клінічного мислення, що ґрунтується на розумінні фундаментальних біологічних і хімічних процесів, які лежать в основі функціонування організму людини та розвитку патологічних станів. Викладання біології та хімії для здобувачів освіти спеціальності «Медсестринство» виходить за межі суто теоретичної підготовки, оскільки забезпечує формування міждисциплінарних зв'язків із фізіологією, патологією, фармакологією та клінічними дисциплінами [1; 3; 4]. Саме на основі біохімічних і біологічних знань майбутні фахові молодші бакалаври медсестринства здатні усвідомлювати механізми розвитку патологічних процесів, інтерпретувати лабораторні показники та оцінювати клінічний стан пацієнта [5; 6].

Метою дослідження є обґрунтування ролі біології та хімії як фундаментальних дисциплін у формуванні клінічного мислення здобувачів освіти спеціальності «Медсестринство», а також визначення ефективних педагогічних підходів, що забезпечують інтеграцію теоретичних знань із практичною підготовкою.

Формування клінічного мислення у здобувачів освіти передбачає не лише засвоєння теоретичного матеріалу, а й розвиток здатності до його інтегрованого застосування у професійній діяльності. Біологія та хімія створюють основу для розуміння патогенетичних механізмів захворювань, проте в освітній практиці часто спостерігається фрагментарне засвоєння знань без їх належного перенесення у клінічний контекст [2]. З метою подолання цієї проблеми особливого значення набуває впровадження сучасних освітніх технологій, зокрема проблемно-орієнтованого навчання, кейс-методу та моделювання клінічних ситуацій. Відповідно до сучасних наукових підходів, використання інтерактивних методів навчання сприяє підвищенню рівня залученості здобувачів освіти, розвитку критичного мислення та формуванню здатності до аналізу і прийняття професійних рішень [8].

Застосування проблемно-орієнтованого навчання передбачає постановку перед здобувачами освіти клінічно наближених задач із подальшим самостійним пошуком шляхів їх розв'язання, що дозволяє інтегрувати біологічні та хімічні знання у практичну площину. У результаті здобувачі освіти демонструють вищий рівень сформованості умінь інтерпретації лабораторних даних, аналізу симптомів та встановлення причинно-наслідкових зв'язків між біохімічними процесами і клінічними проявами захворювань [6; 8]. Водночас традиційні лекційні форми навчання забезпечують переважно репродуктивний рівень засвоєння знань і не сприяють достатньому розвитку клінічного мислення.

Таким чином, інтеграція біології та хімії з клінічними дисциплінами, а також впровадження інноваційних педагогічних підходів забезпечують формування стійких міждисциплінарних зв'язків, розвиток клінічного мислення та підвищення мотивації здобувачів освіти до навчання [2; 7]. Модернізація змісту та методів викладання цих дисциплін є важливим напрямом удосконалення сучасної медсестринської освіти.

Отже, результати дослідження підтверджують, що біологія та хімія є ключовими фундаментальними дисциплінами у підготовці майбутніх фахових молодших бакалаврів медсестринства, оскільки забезпечують формування клінічного мислення через розуміння молекулярних і фізіологічних механізмів патологічних процесів [5; 6]. Інтеграція фундаментальних знань із професійно орієнтованими дисциплінами сприяє формуванню здатності здобувачів освіти до аналітичного мислення, інтерпретації клінічних даних і прийняття

обґрунтованих медсестринських рішень. Використання інтерактивних освітніх технологій значно підвищує ефективність освітнього процесу та відповідає сучасним вимогам підготовки конкурентоспроможних фахівців у сфері охорони здоров'я [1; 8].

Список використаних джерел:

1. Стандарт фахової передвищої освіти зі спеціальності 223 Медсестринство галузі знань 22 Охорона здоров'я освітньо-професійного ступеня «фаховий молодший бакалавр»: затв. наказом МОН України від 08.11.2021 № 1202. Київ: МОН України, 2021.
2. Карпець М. В. Міждисциплінарна інтеграція – основа професійної спрямованості навчання. *Світ медицини та біології*. 2016. № 4 (58). С. 144-147.
3. Погосян К. М., Лісовий В. М., Ольховська Л. П. та ін. Основи медсестринства: підручник. 4-те вид. Київ: Медицина. 2024.
4. Тарасюк В. С., Новицький А. О., Новицька Л. А. Клінічне медсестринство в хірургії: підручник. Київ: Медицина, 2016. 217 с.
5. Пішак В. П., Бажора Ю. І. Біологія: підручник для студентів медичних спеціальностей ВНЗ III–IV рівнів акредитації. Вінниця: Нова книга, 2004. 656 с.
6. Зіменковський Б. С., Ніженковська І. В. Біологічна і біоорганічна хімія: у 2 кн. Кн. 1: Біоорганічна хімія : підручник для мед. ВНЗ IV р. а. 2-ге вид. Київ : Медицина, 2022. 272 с.
7. Москаленко В. Ф. Громадське здоров'я: підручник. Київ: ВСВ «Медицина», 2022.
8. Norman G. Research in clinical reasoning: past history and current trends. *Medical Education*. 2005. Vol. 39, no. 4. P. 418-427.

Ольга ПРИСЯЖНЮК,

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

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В РЕСУРСІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Всесвітня організація охорони здоров'я пропонує таке визначення: «Здоров'я – не просто відсутність хвороб чи недуг, а стан повного фізичного, психічного та соціального добробуту». На здоров'я може впливати ціла низка різних чинників. Існують три аспекти здоров'я, які тісно взаємопов'язані, тому важливо дбати про кожен із них:

- Фізичне здоров'я: забезпечує енергію для повсякденного життя, полегшує адаптацію до навколишнього середовища, підвищує наші шанси уникати травм і швидко одужувати.

- Психічне здоров'я: передбачає адекватне сприйняття дійсності, уміння усвідомлювати та висловлювати свої почуття, розвинене почуття відповідальності за себе.

- Соціальне здоров'я: є здатністю ефективно спілкуватися та налагоджувати здорові взаєностосунки, адаптуватися до соціальних норм і правил, що існують у суспільстві.

Медична сестра є ключовим ресурсом громадського 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 та поєднує в собі надзвичайно велику кількість людських та ділових якостей, найважливішими з яких є доброта та емпатія. Коли людині потрібна допомога медичної сестри, то від неї чекають не лише медичних знань та професіоналізму, а і чуйного ставлення, співчуття і душевної теплоти, а також є нестандартність мислення, здатність до швидкої реакції та змога ефективно працювати в екстрених ситуаціях.

Основні аспекти ролі медичної сестри у громадському здоров'ї:

1. Профілактика та просвіта: проведення щеплень, скринінгів, формування здорового способу життя (боротьба з курінням, алкоголем, пропаганда харчування).

2. Розширені повноваження: сімейні медсестри беруть на себе моніторинг пацієнтів з хронічними захворюваннями, зменшуючи навантаження на лікарів.

3. Інфекційний контроль: участь у заходах із запобігання поширенню інфекцій у громаді.

4. Соціальна та психологічна підтримка: надання допомоги вразливим верствам населення, навчання самоогляду.

5. Комунікація та моніторинг: визначення пріоритетних медичних потреб громади та збір даних для оцінки стану здоров'я населення.

6. Завдяки своїй мобільності та близькості до пацієнта, медсестри є найдоступнішим ресурсом для впровадження змін у системі охорони здоров'я.

Здоров'я в громадах – це ключовий елемент для здорового та щасливого життя. Це про взаємодію між первинною охороною здоров'я, соціальною підтримкою та громадським здоров'ям, де всі елементи системи охорони здоров'я взаємодіють один з одним, концентруючись на жителях громади. Якщо врахувати вищезазначений факт, що система ОЗ в її класичному розумінні тільки на 10% впливає на стан здоров'я людини, можемо зробити обґрунтований висновок: стан здоров'я значною мірою залежить саме від інших, додаткових факторів, а не лише від медичної системи. Формування здорового способу життя має стати комплексною, системною та цілеспрямованою діяльністю органів державної влади та місцевого

самоврядування, громадських організацій, сім'ї, інших соціальних інститутів, спрямованою на створення як об'єктивних умов, так і світоглядних установок, здатних стимулювати зусилля людини в напрямку збереження та зміцнення власного здоров'я. Медичні сестри є важливою ланкою у системі охорони здоров'я, без якої неможливе формування, підтримання, збереження і відновлення здоров'я громадян. Виховання здійснюється через сім'ю, школу, медичні та соціальні установи, заклади культури. Повністю змінено погляд на функцію медичної сестри: це і зміцнення здоров'я пацієнтів, і профілактика захворювань, і навчання пацієнтів самодогляду та забезпеченню максимальної незалежності відповідно їх можливостям та стану здоров'я, і надання психосоціальної допомоги усім верствам населення. Через те, що такі цілі не можуть бути реалізовані виключно через сферу ОЗ, місцеве самоврядування, пацієнтські організації отримали нові повноваження для залучення ширшого кола стейкхолдерів (зацікавлених сторін) сусідніх громад, неурядових організацій та міжнародних проєктів підтримки для досягнення цих цілей, що допоможе у відновленні людського капіталу та полегшить процес відтворення та збереження здоров'я для кожного мешканця. І це не лише перспективна інвестиція, а й важливий стратегічний крок до зміцнення економічної стабільності та соціального благополуччя країни. В усьому світі до 80 % обсягу медичних послуг, які надаються пацієнту здійснюються із залученням медичної сестри, саме від них дуже часто залежить процес одужання, попередньо консультують медичні сестри, а потім, за потреби, їх скеровують на прийом до лікаря. Сучасний пацієнт очікує надання йому якісних медичних послуг, тому це вимагає від медичних сестер вміння забезпечувати індивідуальний підхід до кожного хворого і продуктивну співпрацю з його родиною, здобуття нових знань та професійних навичок, вміння самостійно оцінити його стан і потреби, встановити сестринський діагноз, вміння користуватись сучасною медичною апаратурою, цікавитись новітньою медичною інформацією, останніми досягненнями у медицині. Вони реалізуються шляхом використання таких форм санітарної освіти, як лекції, бесіди, поради-консультації, виступи на радіо, аудіозаписи (усний метод); публікації в друкованих засобах масової інформації, науково-популярні книги, брошури, пам'ятки, бюлетені, дошки з питань і відповідей (друкований метод); експозиційні стенди, муляжі, фотографії, малюнки, плакати (наочний метод); телебачення, відеофільми, діафільми, університети та школи здоров'я, курсові заходи для населення і хворих, виставки, театралізовані вистави (змішаний метод).

Медичні сестри відіграють ключову роль при наданні допомоги пацієнтам із хронічними хворобами та тяжкими станами, такими як цукровий діабет, бронхіальна астма, серцева недостатність, деякі психічні захворювання. Психічне (ментальне) здоров'я – це стан психічного благополуччя, яке дозволяє

людям справлятися з життєвими стресами. Це не тільки відсутність психічних розладів, а й стан не просто особисте благополуччя, а й важлива складова громадського здоров'я, який дозволяє людині реалізувати свій потенціал. Дбати про психічне здоров'я важливо, оскільки воно тісно пов'язане з фізичним здоров'ям, продуктивністю, соціальними зв'язками та загальним благополуччям людини. Нагадаємо, Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?» покликана надати всім українцям психологічну допомогу та навчити навичок самодопомоги.

Вітчизняне медсестринство сьогодні 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.

Однією з умов проведення ефективної профілактики захворювань, збереження та зміцнення індивідуального і громадського здоров'я є обізнаність населення з чинниками, які негативно впливають на його стан та являє собою невід'ємну складову системи охорони здоров'я.

Список використаних джерел:

1. Губенко І. Я., Карнацька О. С., Шевченко О. Т. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування: підручник. 3-є стереотипне видання. Київ: ВСВ «Медицина», 2021. 312 с.

2. Лиштва О. Самооцінка стану здоров'я населенням України: прес-реліз. Київський міжнародний інститут соціології: сайт. URL: <https://kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=768&page=1>

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

Анна ЯСТРЕБОВА,
здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності «Медсестринство»
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

МЕДСЕСТРИНСЬКИЙ СУПРОВІД ЯК ЧИННИК ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ БОЙОВИМИ ПОРАНЕННЯМИ

У сучасних умовах повномасштабної війни проблема якості життя пацієнтів із бойовими пораненнями набуває особливої актуальності. За даними ВООЗ, війна в Україні різко посилила потребу в травматологічній допомозі, реабілітації та довготривалому відновленні, а до середини 2024 року в Україні оцінювали вже близько 100 000 ампутацій, пов'язаних із війною [7]. Це означає, що результат лікування все частіше визначається не лише виживанням пацієнта, а й рівнем його подальшого фізичного, психологічного та соціального функціонування.

Сучасні дослідження та аналітичні матеріали свідчать, що якість життя пацієнтів із бойовими пораненнями залежить від безперервності медичної допомоги на всіх етапах: від стабілізації стану і хірургічного лікування до реабілітації, протезування, психологічної підтримки та соціальної адаптації [3; 4]. В українському досвіді особливо наголошується, що саме несистемність маршруту пораненого, розриви між етапами лікування і реабілітації та недостатня координація послуг знижують ефективність відновлення [4; 5].

У цьому контексті зростає роль медичної сестри як фахівця, який забезпечує не лише виконання клінічних втручань, а й безперервний медсестринський супровід пацієнта. Його зміст охоплює моніторинг стану, профілактику ускладнень, контроль болю, навчання пацієнта навичок самообслуговування, підтримку прихильності до лікування, участь у реабілітаційній команді та комунікацію з родиною [1; 3]. Саме така модель супроводу створює передумови для збереження функціональної незалежності та покращення суб'єктивної оцінки якості життя. Підхід ВООЗ до відновлення системи охорони здоров'я в Україні також підкреслює значення реабілітації, якості допомоги та ролі медсестер у первинній допомозі й відновленні [6; 7].

Особливого значення медсестринський супровід набуває у пацієнтів із поєднанням фізичної травми та психоемоційних порушень. Бойові поранення часто супроводжуються хронічним болем, тривогою, порушенням образу тіла, симптомами психологічної травматизації та труднощами адаптації до нових обмежень [1; 7]. За таких умов медична сестра виступає не лише виконавцем призначень, а й важливою ланкою підтримки, яка допомагає пацієнтові проходити складний шлях лікування та відновлення. Дані ВООЗ окремо вказують на різке зростання потреб у психічному здоров'ї, травматологічній допомозі та реабілітації на тлі війни [7].

Сучасні українські та міжнародні підходи до лікування бойових поранень передбачають організацію допомоги впродовж усього періоду лікування, а не лише на гострому етапі [2; 3]. Це змінює і професійну роль медичної сестри: від виконавця процедур до активного учасника мультидисциплінарної команди, який впливає на результати відновлення пацієнта. Такий підхід особливо важливий в умовах перевантаження системи охорони здоров'я та дефіциту реабілітаційних ресурсів [5].

Отже, медсестринський супровід слід розглядати як один із ключових чинників покращення якості життя пацієнтів із бойовими пораненнями. Його ефективність визначається не лише якістю виконання медичних маніпуляцій, а й здатністю забезпечити безперервність допомоги, підтримати пацієнта на етапах лікування і реабілітації та сприяти його функціональному й психосоціальному відновленню. Такий підхід відповідає сучасним викликам системи медичної допомоги в Україні [3; 7].

Список використаних джерел:

1. Довгополий О. С., Прокопович О. А. Психосоціальна реабілітація учасників бойових дій і постраждалих під час війни: структура основних психологічних порушень серед військовослужбовців та визначення ролі медсестри в реабілітаційному процесі. *Медсестринство*. 2024. № 1. С. 67–70. URL: <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2024.1.14472>
2. Новий клінічний протокол. бойові поранення: дебридмент та іригація. Міністерство охорони здоров'я України. Київ, 2024. 24 с. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Громадське%20обговорення/2024/02-2024/29-02-2024/1/Бойові%20поранення.pdf>
3. Павлова Ю., Тимрук-Скоропад К. Звіт підсумків і досвіду реалізації ініціативи «Реабілітація травм війни в Україні». Київ, 2024. 64 с. URL: <https://patients.org.ua/wp-content/uploads/2024/12/zvit-pidsumkiv-dosvidu-realizaciyi-inicziatyvy-reabilitacziya-travm-vijny.pdf>
4. Реабілітація українських військових та ветеранів: досвід долання несистемності. (2024). Принципи. 15.12.2024. URL: <https://www.pryncyp.org/analytics/rehabilitation/>

5. Бойко С. Проблеми та перспективи медичної реабілітації інвалідів війни та інших вразливих груп населення в Україні. Національний інститут стратегічних досліджень. 2025. URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/sotsialna-polityka/problemy-ta-perspektyvy-medychnoyi-reabilitatsiyi-invalidiv-viyny>

6. Assessing the impact of primary health care outreach services delivered during the war in Ukraine: a mixed methods analysis. World Health Organization. 2025. 58 p. URL: <file:///C:/Users/User/Downloads/WHO-EURO-2025-12047-51819-79409-eng.pdf>

7. Three years of war: rising demand for mental health support, trauma care and rehabilitation (2024). World Health Organization. 24.02.2025. URL: <https://www.who.int/europe/news/item/24-02-2025-three-years-of-war-rising-demand-for-mental-health-support-trauma-care-and-rehabilitation>

Ірина САМОЙЛЕНКО,

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

Анна БРИК,

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності «Медсестринство»
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК ЧИННИК ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ СПРОМОЖНОСТІ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ

Сучасні трансформації системи охорони здоров'я характеризуються суттєвим зростанням потреби у реабілітаційній допомозі, що обумовлено як старінням населення та поширенням хронічних неінфекційних захворювань, так і наслідками бойових дій [4; 5]. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, потреба у реабілітації має щонайменше кожна третя людина упродовж життя, що визначає її як один із пріоритетних напрямів сучасної медицини.

Метою дослідження є узагальнення доказових підходів до медичної реабілітації як ключового інструменту відновлення функціональної спроможності та підвищення якості життя населення в умовах сучасних соціально-медичних викликів.

У сучасній науковій парадигмі медична реабілітація розглядається крізь призму функціонально-орієнтованого підходу, який базується на положеннях

Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (ICF). Відповідно до цього підходу, кінцевою метою лікування є не лише редукція симптомів захворювання, а відновлення активності та участі пацієнта у соціальному житті. Такий підхід дозволяє перейти від нозологічної моделі до біопсихосоціальної, що забезпечує комплексне бачення стану здоров'я [2; 3].

Результати сучасних клінічних досліджень свідчать, що ранній початок реабілітації асоціюється зі статистично значущим покращенням функціональних результатів, зниженням тривалості госпіталізації та ризику інвалідизації [2]. Зокрема, рання мобілізація пацієнтів після травм і хірургічних втручань сприяє швидшому відновленню рухових функцій і зменшенню частоти ускладнень. Водночас відтермінування реабілітаційних заходів суттєво знижує їх ефективність, що підтверджує необхідність інтеграції реабілітації у гострий етап лікування [7].

Доказова база також підтверджує ефективність мультидисциплінарного підходу до реабілітації. Координація дій лікаря, фізичного терапевта, ерготерапевта, психолога та соціального працівника забезпечує комплексний вплив на фізичні, когнітивні та емоційні компоненти функціонування [2; 7]. Такий підхід дозволяє досягати кращих результатів у відновленні самообслуговування, мобільності та соціальної активності пацієнтів.

Особливої значущості набуває реабілітація осіб, які постраждали внаслідок бойових дій. За даними сучасних досліджень, для цієї категорії пацієнтів характерна висока поширеність поєднаних травм, хронічного болю та посттравматичних стресових розладів, що потребує інтегрованого підходу до лікування [4]. У таких випадках ефективність реабілітації значною мірою залежить від поєднання фізичної терапії, психологічної підтримки та соціальної реінтеграції [1].

Важливим індикатором результативності реабілітаційних втручань є якість життя пацієнтів, яка відповідно до сучасних підходів розглядається як інтегральний показник фізичного, психічного та соціального благополуччя. Доведено, що системні реабілітаційні програми сприяють підвищенню рівня незалежності, зменшенню вираженості болю та покращенню психоемоційного стану, що безпосередньо впливає на довгострокові результати лікування [2].

У сучасних умовах особливого значення набуває інтеграція реабілітаційних послуг у систему громадського здоров'я та первинної медичної допомоги. Міжнародні рекомендації та національні нормативні документи наголошують на необхідності забезпечення безперервності реабілітації, її доступності та орієнтації на індивідуальні потреби пацієнта [5; 6]. Впровадження принципів доказової медицини, стандартизація реабілітаційних

втручань та використання сучасних технологій є ключовими факторами підвищення ефективності системи реабілітації [7].

Отже, медична реабілітація в сучасних умовах виступає не лише етапом лікування, а стратегічним інструментом відновлення функціональної спроможності та покращення якості життя населення. Її ефективність визначається раннім початком, мультидисциплінарністю та впровадженням доказових підходів, що забезпечує досягнення стійких клінічних і соціальних результатів у довгостроковій перспективі [2; 5].

Список використаних джерел:

1. Актуальна інформація з реабілітації. ДІЯ МОЗ України. 2024. URL: <https://moz.gov.ua/uk/aktualna-informacija-z-reabilitacii>
2. Безверхнюк Т. М., Бабова І. К. Забезпечення якості надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я: організаційно-методичний аспект. *Медичні перспективи*. 2022. Т. 27, № 4. С. 222-230. URL: <https://medpers.dmu.edu.ua/issues/2022/N4/222-230.pdf>
3. Мостепан Т. В., Горачук В. В., Долженко М. М. Законодавче регулювання реабілітації в сфері охорони здоров'я в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2023. № 1. С. 81-87. URL: <https://journals.uzhnu.uz.ua/index.php/health/article/view/257>
4. Нагурна Я. І. становлення системи реабілітації в Україні в умовах сьогодення. виклики та перспективи. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*. 2024. № 4(18). С. 69-76. URL: <https://journals.maup.com.ua/index.php/psych-health/article/view/4627>
5. Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 03.11.2021 № 1268. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/1268-2021-%D0%BF>
6. Про затвердження змін до клінічних протоколів медичної та реабілітаційної допомоги. Міністерство охорони здоров'я України. 2025. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/re43766>
7. Сучасна практика організації реабілітації в медичних закладах України. ДІЯ МОЗ України. 2022. URL: <https://moz.gov.ua/uk/suchasna-praktika-organizacii-reabilitacii-v-medichnih-zakladah-ukraini>

Світлана САМОХВАЛОВА,
здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності «Медсестринство»
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

Науковий керівник: **Віра ЯРОШЕНКО,**
кандидат політичних наук, доцент,
заступник ректора з наукової роботи
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

ПРАВОВА ГРАМОТНІСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ЯК ОСНОВА БЕЗПЕЧНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ПРАКТИКИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

У сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я України правова грамотність медичної сестри набуває не факультативного, а фундаментального значення. Зміна моделі медсестринської практики, цифровізація медичної документації, впровадження принципів професійної автономії та розширення функціональних повноважень зумовлюють необхідність системного розуміння медичного права. Сьогодні правова компетентність медичної сестри є не лише складовою професійної підготовки, а й ключовим інструментом захисту прав пацієнта та забезпечення юридичної безпеки самого працівника [10].

Правову основу професійної діяльності медичної сестри становить багаторівнева система регулювання. На міжнародному рівні засадничими є стандарти біоетики та прав пацієнтів (зокрема, Конвенція про права людини та біомедицину) [6]. На національному рівні базове значення мають Конституція України, Основи законодавства України про охорону здоров'я, Цивільний та Кримінальний кодекси України, а також спеціальні підзаконні акти МОЗ, що регулюють ведення медичної документації та обіг персональних даних [1; 4; 5].

Особливої актуальності ця проблематика набуває у зв'язку з оновленням законодавства щодо професійного розвитку. Зокрема, Закон України від 12.02.2025 № 4246-IX щодо підготовки та професійної діяльності працівників сфери охорони здоров'я закладає нормативне підґрунтя для перегляду кваліфікаційних вимог [3]. Такі зміни узгоджуються із сучасними міжнародними підходами до перегляду професійних ролей у сфері охорони здоров'я, зокрема з концепцією Task Shifting, рекомендованою ВООЗ [11], та створюють нормативні передумови для подальшого перегляду функціональних меж професійної діяльності медичних працівників.

У контексті розширення автономії визначальним стає правило «більше повноважень – більша відповідальність». У сучасній практиці медична сестра все частіше виконує професійні функції, що потребують самостійного правового та етичного оцінювання власних дій у межах наданих повноважень. Відповідно, вихід за межі посадових інструкцій, локальних протоколів або кваліфікаційних вимог може мати наслідком не лише дисциплінарну, а й цивільно-правову чи кримінальну відповідальність [9].

Значним напрямом ризику є цивільно-правова відповідальність у разі заподіяння шкоди здоров'ю пацієнта. За загальним правилом (ст. 1172 ЦК України), первинну відповідальність несе заклад охорони здоров'я як роботодавець. Проте у разі відшкодування шкоди закладом охорони здоров'я за певних умов може постати питання про регресні вимоги до працівника відповідно до цивільного законодавства (ст. 1191 ЦК України) [4]. Не менш суттєвим є і кримінально-правовий аспект. Питання кримінально-правової оцінки дій медичного працівника, зокрема за ст. 140 КК України, залежить від встановлення факту неналежного виконання професійних обов'язків, наявності шкоди, причинного зв'язку та вини [5].

Розуміння правового статусу пацієнта є основою щоденної практики. Особливе місце тут посідає інформована добровільна згода, правове значення якої впливає з положень Основ законодавства України про охорону здоров'я та належної практики документування медичних втручань [1; 8]. Вона є юридично й етично значущою формою реалізації права пацієнта на автономію. Для медичної сестри це означає необхідність чіткого дотримання меж власної участі в комунікації з пацієнтом та правильного документування факту згоди чи відмови. Саме належне оформлення відмови від медичного втручання нерідко стає вирішальним доказом правомірності дій персоналу у разі виникнення конфлікту [10].

У правозастосовній практиці медична документація має ключове доказове значення. У медичному праві належне документування є необхідною передумовою підтвердження правомірності професійних дій. Належне фіксування часу маніпуляції, дози, реакції пацієнта та повідомлення лікаря істотно знижує правові ризики [8; 9].

Суттєво змінює правове поле й цифровізація. Електронні медичні записи, належним чином засвідчені КЕП, мають юридичне значення та можуть використовуватися як повноцінний елемент доказової бази [7]. Водночас несанкціонований доступ до електронної системи, а також фотофіксація пацієнта без належної правової підстави або без дотримання вимог щодо згоди і конфіденційності створюють ризик порушення законодавства про захист персональних даних [2].

Правова грамотність медичної сестри є необхідною умовою безпечної, відповідальної та сучасної професійної діяльності. Умови реформування охорони здоров'я та впровадження обов'язкового безперервного професійного розвитку (БПР) вимагають формування нового типу медичної сестри – не лише клінічно компетентної, а й юридично підготовленої, здатної захистити як права пацієнта, так і власну професійну безпеку.

Список використаних джерел:

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ.
2. Про захист персональних даних: Закон України від 01.06.2010 № 2297-VI.
3. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підготовки, безперервного професійного розвитку та професійної діяльності за професіями у сфері охорони здоров'я: Закон України від 12.02.2025 № 4246-IX.
4. Цивільний кодекс України: Закон України від 16.01.2003 № 435-IV.
5. Кримінальний кодекс України: Закон України від 05.04.2001 № 2341-III.
6. Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину від 04.04.1997.
7. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411.
8. Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування: Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110.
9. Гревцова Р. Ю. Правове регулювання медичної діяльності в Україні: навч. посіб. Київ: Юрінком Інтер, 2021. 304 с.
10. Сенюта І. Я. Медичне право: право людини на охорону здоров'я. Львів: Астролябія, 2018. 640 с.
11. World Health Organization. Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams. Geneva: WHO, 2008. 96 p.

Ганна СУРІНА,
кандидат філософських наук,
ст. викладач кафедри українознавства та суспільних наук,
Миколаївський національний аграрний університет,
м. Миколаїв, Україна

«УСВІДОМЛЕНЕ СПОВІЛЬНЕННЯ» ПРОТИ КУЛЬТУРИ ДОСЯГАТОРСТВА: ВПЛИВ НА ПРОДУКТИВНІСТЬ

Управлінська культура досягаторства (або метушні) (hustle culture) – це ідеологія «більше, швидше, безперервно», яка прославляє перепрацювання, відсутність меж і постійну зайнятість як ознаку успіху. За даними досліджень 2025 року, рівень вигорання у світі сягнув рекордних показників: 66-72% працівників відчувають помірний або високий рівень вигорання, особливо серед Gen Z і Millennials (до 81-83% у молодших групах). Постійний поспіх (hurry sickness) знижує продуктивність після 55 годин роботи на тиждень, підвищує ризик інсульту на 35% і призводить до втрати креативності, мотивації та лояльності [3]. Цей соціальний феномен ідеалізує надмірну працю та постійну зайнятість як єдиний шлях до успіху. Він базується на переконанні, що кожна хвилина життя має бути продуктивною, а відпочинок сприймається як ознака слабкості або ліні. Наслідками стають хронічний стрес, «залишок уваги» при багатозадачності (attention residue), поступова втрата залученості (quiet cracking).

Натомість усвідомлене сповільнення (mindful slowing down, slow living, slow productivity) – це свідомий вибір працювати в природному темпі, з акцентом на якість, відновлення та присутність. Концепція набула популярності завдяки книзі американського дослідника Кела Ньюпорта «Уповільнена продуктивність: втрачене мистецтво досягнення успіху без вигорання» (2024), де пропонуються три принципи: робити менше справ, працювати в природному ритмі та підтримуватися якістю [2]. В останні три роки спостерігається чіткий тренд: від надмірної оптимізації (over-optimization) і виконавської зайнятості (performative busyness) до нервової регуляції, кордонів і відновлення.

Тема особливо релевантна для України: війна, невизначеність і економічний тиск посилюють досягаторство, але водночас підвищують попит на стійкість і ментальне здоров'я.

«Усвідомлене сповільнення» перетинається з практиками усвідомленості (mindfulness), уповільненої продуктивності та життя (slow productivity та slow living). Такі практики підтримують нервову регуляцію, дозволяють глибинне занурення у роботу («deer work») і відновлення. Дослідження показують, що усвідомлене сповільнення знижує рівень стресу, що опосередковано підвищує рівень відчуття благополуччя і зменшує намір звільнитися [1]. Підхід до життя

та роботи, заснований на усвідомленій сповільненості, ґрунтується на принципах навмисного зниження темпу праці, щоб бути присутніми в моменті, зменшити стрес, помічати деталі та уникати автоматичного «режиму автопілота». Йдеться не про лінощі чи прокрастинацію, а про те, щоб діяти з ясністю, якістю та увагою. Сповільнення допомагає зменшити помилки, підвищити креативність, краще регулювати емоції та енергію, фокусуватися на тому, що справді важливо, замість розпорошення на дрібниці.

Уповільнена продуктивність, ставши останнім часом певною практичною філософією, ґрунтованою на ідеях Кела Ньюпорта, стала відповіддю на сучасну культуру псевдопродуктивності, коли продуктивність вимірюють видимою зайнятістю, багатозадачністю, а не реальними значущими результатами. Ньюпорт пропонує альтернативу для усвідомлених працівників – досягати значущих результатів стійко та без вигорання. Його підхід базується на трьох ключових принципах:

- *Роби менше справ.* Зменшуй кількість зобов'язань до того рівня, коли ти можеш легко уявити їх виконання з запасом часу. Не берися за все одразу. Звільняй місце для глибокої роботи над тим, що справді важливо.

- *Працюй у природному темпі.* Не змушуй себе до постійної високої інтенсивності. Дозволь важливій роботі розгортатися в природному ритмі з періодами спокою, варіаціями інтенсивності та часом на відновлення. Не квап найважливіші задачі. Дозволь ідеям «дозрівати». Чергуй інтенсивну роботу з відпочинком. Природний темп – це не лінощі, а стійкість: штучна постійна «гарячка» виснажує і в довгостроковій перспективі зменшує результати.

- *Одержимість якістю.* Зосереджуйся на високій якості того, що створюєш, навіть якщо це означає пропустити деякі короткострокові можливості. Якість приваблює кращі можливості з часом. Краще зробити менше, але видатне, ніж багато посереднього. Це повертає фокус з «видимих дій» на реальну цінність.

Отже, культура сповільнення не зменшує, а підвищує довгострокову продуктивність за рахунок якості та стійкості. Slow Productivity від Кела Ньюпорта – це прагматична система для професійної сфери, яка інтегрує ідею уповільнення в продуктивність. Вона не проти досягнень, а проти токсичної зайнятості. Уповільнення тут стає інструментом для кращих результатів у довгій перспективі. Підхід усвідомленого сповільнення критикує «культуру постійного поспіху» і пропонує: менше, повільніше, якісніше, значить більше значущого прогресу без вигорання.

Список використаних джерел

1. Igin Sentin, Selin Metin Camgoz, Pinar Bayhan Karapinar, Eren Miski Aydin, Ozge Tayfur Ekmekci. (2025). Does mindfulness matter on employee

outcomes? Exploring its effects via perceived stress. *BMC Psychology*, 13:295. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-02626-y>

2. Newport, Cal. (2024). *Slow Productivity: The Lost Art of Accomplishment Without Burnout*. Portfolio, 256 p.

3. Robinson Bryan. (2025). Job Burnout At 66% In 2025, New Study Shows. URL: <https://www.forbes.com/sites/bryanrobinson/2025/02/08/job-burnout-at-66-in-2025-new-study-shows/>

Юлія ТИХОВОД,
здобувачка першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
спеціальності «Медсестринство»
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

ОСОБИСТА ГІГІЄНА ПАЦІЄНТА-ЗАПОРУКА УСПІШНОГО ЛІКУВАННЯ

Особиста гігієна пацієнта є надзвичайно важливою складовою ефективного лікувального процесу, профілактики ускладнень та збереження загального стану здоров'я пацієнтів у медичних закладах. Ця тема є актуальною, оскільки саме дотримання особистої гігієни дозволяє зменшити ризик виникнення інфекційних захворювань, а також підвищити якість життя пацієнтів, особливо в умовах стаціонарного лікування.

Питання особистої гігієни пацієнтів вивчалось багатьма науковцями та практиками у галузі медицини та сестринської справи. Однак у сучасних умовах недостатньо досліджено особливості гігієнічного догляду за пацієнтами з обмеженими фізичними можливостями, а також ефективні методи формування гігієнічних навичок у різних вікових групах.

Особиста гігієна пацієнта є фундаментальним елементом забезпечення безпечного, ефективного та комфортного лікування. Під цим поняттям розуміють дотримання певних санітарно-гігієнічних норм, що включають регулярне миття тіла, рук, догляд за порожниною рота, станом шкіри, нігтів, волосся, чистоту одягу та постільної білизни. Ці заходи спрямовані на попередження розвитку ускладнень, особливо інфекційного характеру, що є надзвичайно важливим у лікувальному закладі [1, с.98]. Особиста гігієна - це основа здорового способу життя, умова ефективної первинної та вторинної профілактики різних захворювань. Особиста гігієна розробляє принципи збереження і зміцнення здоров'я шляхом дотримання гігієнічних вимог у повсякденному особистому житті й діяльності. Особиста гігієна – галузь гігієни, яка розробляє питання збереження та зміцнення здоров'я людини шляхом дотримання раціонального гігієнічного режиму в побуті, особистому

житті та трудовій діяльності. До таких питань належать: догляд за шкірою й порожниною рота, гігієнічне утримання житла, одягу, взуття та ін.

До сфери особистої гігієни належать гігієна тіла й порожнини рота, фізична культура, загартовування, запобігання шкідливим звичкам, гігієна одягу та взуття, гігієна відпочинку та сну тощо. Забезпечення чистоти тіла, догляд за шкірою та волоссям – основні правила особистої гігієни й норма життя кожної людини.

Згідно з дослідженнями, недотримання особистої гігієни серед пацієнтів може спричинити поширення внутрішньолікарняних інфекцій, погіршення стану шкіри (утворення пролежнів), розвиток грибкових або бактеріальних захворювань, а також негативно впливати на психоемоційний стан хворого [2, с.51]. Особливої уваги потребують пацієнти похилого віку, люди з обмеженими фізичними можливостями, а також ті, хто перебуває на тривалому стаціонарному лікуванні. В системі охорони здоров'я особиста гігієна пацієнта розглядається як частина загальної медсестринської допомоги. Медичний персонал зобов'язаний не лише контролювати дотримання гігієнічних процедур, а й активно сприяти формуванню у пацієнтів відповідних навичок і ставлення до власного тіла як до об'єкта постійної турботи. Як зазначає Голубева Г.І. [3, с.45-47] забезпечення належного гігієнічного догляду покращує самопочуття пацієнтів, знижує рівень тривожності та сприяє швидшому одужанню. Особиста гігієна важлива для запобігання інфекціям та хворобам, зміцнення загального здоров'я та покращення психічного стану. Вона включає регулярне миття рук, догляд за тілом, ротовою порожниною, шкірою та волоссям, що допомагає усувати бактерії, віруси та бруд, а також позитивно впливає на самооцінку та соціальні стосунки.

У сучасній медичній практиці особлива увага приділяється індивідуалізації гігієнічного догляду. Це означає, що підхід до кожного пацієнта повинен враховувати його вік, стан здоров'я, наявність хронічних хвороб, фізичні та психологічні особливості. Наприклад, для пацієнтів у післяопераційний період важливою є щоденна гігієна шкіри для профілактики пролежнів, тоді як для онкохворих – ретельний догляд за ротовою порожниною через часті стоматити як побічний ефект лікування [3, с. 155-158].

Особиста гігієна пацієнта є важливою складовою медичного догляду та відіграє значну роль у профілактиці інфекційних захворювань і ускладнень. Дотримання гігієнічних правил сприяє покращенню загального стану пацієнта, прискорює процес одужання та зменшує ризик поширення інфекцій у медичних закладах. Важливу роль у формуванні та підтриманні гігієнічних навичок пацієнтів відіграє медичний персонал, який здійснює контроль за дотриманням санітарно-гігієнічних норм. Особлива увага приділяється догляду за шкірою, гігієні ротової порожнини, чистоті постільної білизни та забезпеченню

пацієнтів необхідними засобами особистої гігієни. Недотримання правил особистої гігієни може призводити до розвитку дерматологічних, інфекційних та інших захворювань, що ускладнюють процес лікування. Проведене анкетування пацієнтів і медичних працівників дозволило оцінити рівень обізнаності щодо правил гігієнічного догляду та визначити основні проблеми у цій сфері. Отримані результати дослідження дали змогу сформулювати практичні рекомендації щодо покращення організації гігієнічного догляду за пацієнтами. Підвищення рівня гігієнічної культури пацієнтів та удосконалення роботи медичного персоналу сприятимуть підвищенню ефективності лікування та покращенню якості медичної допомоги. формульовано низку практичних рекомендацій, серед яких:

- запровадження систематичного інформування пацієнтів про правила гігієни;
- розробка індивідуальних графіків догляду;
- забезпечення базовими засобами гігієни кожного пацієнта;
- проведення навчань для персоналу щодо догляду за маломобільними хворими.

Отже, для підвищення рівня особистої гігієни пацієнтів необхідна не лише медична, а й організаційна, психологічна та просвітницька підтримка. Лише за умови співпраці пацієнтів і персоналу можна досягти високої якості гігієни, що сприятиме швидшому одужанню та підвищенню якості медичних послуг загалом.

Список використаних джерел:

1. Шевченко В. В. Основи гігієни та санітарії. Київ: Центр учбової літератури, 2016. 198 с.
2. Кравченко І. О. Гігієна в роботі медичної сестри. Харків: НФаУ, 2018. 224 с.
3. Голубєва Г. І. Основи сестринської справи. Київ: Медицина, 2017. 256 с.

Юлія ТРОЯНОВА,
здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності «Медсестринство»
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

РОЗВИТОК РЕГЕНЕРАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ У ВІДНОВЛЕННІ СТРУКТУРИ ТА ФУНКЦІЇ ТКАНИН

Сучасна медицина стикається з численними викликами, пов'язаними з відновленням пошкоджених тканин після травм, опіків та ортопедичних захворювань. Незважаючи на значний прогрес у розвитку хірургічних технологій та консервативних методів лікування, традиційні підходи часто не забезпечують повного відновлення структури та функції тканин. Це може призводити до формування хронічного больового синдрому, контрактур, деформацій, обмеження рухливості та загального зниження якості життя пацієнтів. Наявні методи терапії нерідко спрямовані лише на усунення симптомів, тоді як ключовим завданням сучасної медицини є відновлення пошкоджених тканин на клітинному та молекулярному рівнях. Цим обумовлений вибір теми дослідження процесів регенерації та репарації тканин у дорослого організму, а також їхні молекулярні та клітинні механізми у відповідь на застосування сучасних методів регенеративної медицини, включно з тромбоцитарними концентратами, мезенхімальними стовбуровими клітинами та екзосомами.

Авторкою даного дослідження передбачається, що активація природних механізмів регенерації тканин може бути значно підсилена шляхом застосування комбінованих біологічних продуктів регенеративної медицини – зокрема PRP, PRF (A-PRF, i-PRF), мезенхімальних стовбурових клітин (МСК) та екзосом. Вважається, що поєднання цих біопрепаратів здатне забезпечити мультифазний вплив на ушкоджену тканину: модулювати запальну відповідь, посилювати ангіогенез, нормалізувати клітинну проліферацію, активувати синтез позаклітинного матриксу та зменшувати ризик патологічної репарації.

Регенерація та репарація є базовими біологічними процесами, які забезпечують відновлення організму після ушкоджень. Регенерація передбачає відтворення тканини з поверненням її структури та функції, тоді як репарація завершується формуванням фіброзної тканини, що забезпечує механічну цілісність, але не повну функціональність. Розуміння механізмів цих процесів має вирішальне значення для застосування сучасних регенеративних технологій.

Наукові дослідження науковців попередніх років надали старт для сучасних поглиблених досліджень. Так, наприклад, мезенхімальні стовбурові

клітини, описані Олександром Фріденштейном (1976) та концептуалізовані Арнольдом Капланом (1991), мають унікальні імуномодулюючі та ангіогенетичні властивості [1]. А Катаріна Ле Блан (2003) довела, що МСК пригнічують активацію Т-клітин і дендритних клітин, зменшуючи запальну відповідь[2].

Розвиток регенеративної медицини пройшов шлях від вивчення клітинних процесів до створення високотехнологічних біопрепаратів. Ключовими інструментами сучасної клінічної регенерації є PRP, PRF, мезенхімальні стовбурові клітини (МСК) та екзосоми.

Практична реалізація лікування із застосуванням мезенхімальних стовбурових клітин (МСК) та екзосом авторкою даного дослідження протягом останніх років підтвердила, що кожен із компонентів комбінованої терапії діє через специфічні молекулярні механізми – фактори росту (PDGF, VEGF, TGF- β , IGF-1, FGF-2), паракринні сигнали МСК, мікроРНК та білкові комплекси екзосом – і що їхній синергічний вплив здатний створювати більш сприятливе мікросередовище для відновлення тканин, ніж використання кожного інструмента окремо.

Таким чином, інтегроване застосування біопрепаратів регенеративної медицини дозволить прискорити регенерацію кісткових, хрящових та дермальних структур, зменшити інтенсивність хронічного запалення та покращити якість відновленої тканини порівняно зі стандартними методиками лікування.

Список використаних джерел:

1. Friedenstein A. J., Gorskaja J. F., Kulagina N. N. (1976). Fibroblast precursors in normal and irradiated mouse hematopoietic organs. *Experimental Hematology*, 4 (5): 267–74. PMID 976387.
2. Dominici M, Le Blanc K, Mueller I, Slaper-Cortenbach I, Marini F, Krause D, Deans R, Keating A, Prockop Dj, Horwitz E. (2006). Minimal criteria for defining multipotent mesenchymal stromal cells. *The International Society 129 for Cellular Therapy position statement. Cytotherapy*. 8(4): 315-7. DOI: 10.1080/14653240600855905

Ганна ШАПОВАЛОВА,

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

Василь КОМАРОВ,

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

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОЇ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ТРАВМАХ І РАНАХ М'ЯКИХ ТКАНИН

Екстракорпоральна ударно-хвильова терапія (УХТ) на сьогодні розглядається як перспективний, безпечний і ефективний неінвазивний метод лікування широкого спектра патологій опорно-рухового апарату, включно з ушкодженнями м'язової, кісткової та сполучної тканини. УХТ демонструє здатність стимулювати регенерацію тканин, покращувати мікроциркуляцію, ангіогенез та функціональну відновлюваність пошкоджених структур. Особливий інтерес становить застосування УХТ у лікуванні гострих і хронічних ран м'яких тканин, де мета-аналізи показали значне підвищення швидкості та відсотка загоєння ран, скорочення часу їх загоєння та зниження ризику інфікування без серйозних побічних ефектів [1].

Аналіз даних літератури свідчить про вищу клінічну ефективність УХТ у лікуванні гострих і хронічних ран м'яких тканин порівняно з монотерапією традиційними методами. Водночас підкреслюється необхідність подальших високоякісних рандомізованих досліджень для більш точного визначення її ролі та оптимальних параметрів застосування.

Перспективним напрямом є розроблення комплексних терапевтичних стратегій, що поєднують природний регенеративний потенціал тканин із сучасними медичними втручаннями, включаючи УХТ як неінвазивний метод стимуляції відновлення. Особливу увагу слід приділяти раннім інтервенціям у «золоту годину», спрямованим на активацію клітин-сателітів, пригнічення катаболічних процесів і стимуляцію ангіогенезу – ефектів, які частково реалізуються під впливом ударно-хвильової терапії [2].

Додатково перспективним є використання тканинно-інженерних біоконструкцій для відновлення м'язової маси при тяжких ушкодженнях, а також впровадження мультидисциплінарного підходу до лікування. У довгостроковій перспективі важливим є проведення досліджень, спрямованих

на оптимізацію реабілітаційних програм, зокрема визначення ефективних комбінацій фізичних навантажень, нутритивної підтримки та фармакотерапії у поєднанні з УХТ для досягнення максимально повного функціонального відновлення [3].

Список використаних джерел:

1. Moriscot A., Miyabara E. H., Langeani B., Belli A., Egginton S., Bowen T. (2021). Firearms-related skeletal muscle trauma: pathophysiology and novel approaches for regeneration. *Regenerative Medicine*, vol. 17, pp. 1–17. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41536-021-00127-1>
2. Wuerfel T., Schmitz C., Jokinen L. L. J. (2022). The effects of the exposure of musculoskeletal tissue to extracorporeal shock waves. *Biomedicines*, vol. 10, 1084. DOI: <https://doi.org/10.3390/biomedicines10051084>
3. Zhang L., Fu X. B., Chen S. et al. (2018). Efficacy and safety of extracorporeal shock wave therapy for acute and chronic soft tissue wounds: a systematic review and meta-analysis. *International Wound Journal*, vol. 15, pp. 590–599.

Ірина ШЕВЧУК,

здобувачка першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності Медсестринство
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ОРГАНІЗАЦІЇ ДОГЛЯДУ ПРИ ЛІКУВАННІ ОПІКОВОЇ ХВОРОБИ

Опікова хвороба залишається однією з найскладніших проблем сучасної медицини, що супроводжується тяжкими порушеннями функцій організму та високим ризиком розвитку ускладнень. Опікові травми часто призводять до тривалого лікування, значних фізичних і психологічних страждань пацієнтів, а також потребують комплексного медичного підходу. У зв'язку з цим особливого значення набуває роль медичної сестри, яка забезпечує безперервний догляд, контроль за станом хворого та виконання призначень лікаря.

Мета дослідження – визначити основні аспекти діяльності медичної сестри в організації догляду за пацієнтами при лікуванні опікової хвороби.

Основна частина. Опіки виникають унаслідок впливу різних факторів, зокрема високої температури, хімічних речовин, електричного струму та радіації. Залежно від глибини ураження тканин виділяють чотири ступені опіків, що мають різні клінічні прояви та потребують різних підходів до

лікування. Важливим показником тяжкості є площа ураження, яка безпосередньо впливає на стан пацієнта та прогноз захворювання.

Перебіг опікової хвороби поділяється на декілька стадій: опіковий шок, період токсемії, септикотоксемії та період відновлення. Кожна з цих стадій супроводжується специфічними змінами в організмі, що потребують ретельного медичного контролю та відповідного лікування.

Медична сестра відіграє ключову роль у лікувальному процесі. Вона здійснює постійне спостереження за станом пацієнта, контролює життєво важливі показники (температуру тіла, артеріальний тиск, частоту серцевих скорочень і дихання), а також оцінює стан опікової поверхні. Особливу увагу приділяють своєчасному виявленню ускладнень, таких як інфекційні процеси або порушення функцій органів.

Важливою складовою роботи медичної сестри є проведення перев'язок. Вона забезпечує стерильність інструментів і матеріалів, дотримується правил асептики та антисептики, що значною мірою запобігає розвитку інфекційних ускладнень. Крім того, медична сестра виконує лікарські призначення, проводить інфузійну терапію, вводить лікарські засоби та контролює реакцію організму на лікування.

Значну роль відіграє профілактика ускладнень. Медична сестра контролює стан рани, запобігає розвитку пролежнів, підтримує гігієну пацієнта, забезпечує правильне положення тіла та сприяє ранній активізації хворого. Також важливим є контроль за водно-електролітним балансом, що має велике значення у пацієнтів з великими опіками.

Окрему увагу слід приділити харчуванню пацієнтів. При опіковій хворобі організм потребує підвищеної кількості білків, вітамінів та енергії для відновлення тканин. Медична сестра контролює дотримання дієти, допомагає пацієнту під час прийому їжі та слідкує за її переносимістю.

Психологічна підтримка є невід'ємною частиною сестринського догляду. Пацієнти з опіками часто відчувають біль, страх, тривогу та емоційне виснаження. Медична сестра повинна вміти налагодити контакт з пацієнтом, підтримати його морально, пояснити необхідність процедур і створити сприятливу атмосферу для лікування.

Не менш важливою є роль медичної сестри у реабілітації. Вона сприяє відновленню рухової активності пацієнтів, навчає їх правилам догляду за опіковими ранами, допомагає адаптуватися до змін у зовнішньому вигляді та повернутися до повсякденного життя.

Крім того, медична сестра активно взаємодіє з іншими членами медичного персоналу, що забезпечує комплексний підхід до лікування. Вона також веде медичну документацію, фіксує зміни у стані пацієнта та контролює виконання призначень.

Опікова хвороба є складним патологічним станом, що потребує комплексного лікування та тривалого догляду. Медична сестра відіграє одну з ключових ролей у лікувальному процесі, забезпечуючи постійний контроль, виконання медичних процедур, профілактику ускладнень і психологічну підтримку пацієнтів. Від професійності медичної сестри залежить ефективність лікування, швидкість одужання та якість життя пацієнтів після перенесеної опікової хвороби.

Список використаних джерел:

1. Основи медсестринства: підручник / за ред. О. Я. Касевич. Київ: Медицина, 2018.
2. Хірургія: підручник / за ред. В. М. Запорожана. Київ: ВСВ «Медицина», 2017.
3. Клінічна хірургія: навч. посіб. / за ред. М. І. Костюченка. Київ, 2019.
4. Догляд за хірургічними хворими: навч. посіб. Київ: Здоров'я, 2016.
5. Медсестринство в хірургії: підручник / за ред. І. С. Свінцицького. Київ, 2020.
6. Burn Care and Treatment / World Health Organization. Geneva, 2018.
7. European Practice Guidelines for Burn Care. Brussels, 2017.
8. Clinical Nursing Skills and Techniques / P. Perry, A. Potter. Elsevier, 2021.

Ігор ШПАЧИНСЬКИЙ,

кандидат філософських наук, доцент,
доцент кафедри загальної підготовки

ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

ПОЕТИЧНЕ СЛОВО ЯК ЛІКИ ВІД СТРЕСУ

Ще з часів Сократа відомо, що хвороби тіла та душі взаємопов'язані. Вже порівняно недавно, в 50-х роках минулого сторіччя, в медицині з'явився такий термін як «психосоматика», який безпосередньо пов'язує вплив емоційних переживань, стресів і психологічних проблем на фізичний стан людини. У сучасному світі людина перебуває в стані постійного психологічного напруження. Війни, соціальна нестабільність, інформаційне перевантаження, особисті труднощі – усе це формує хронічний стрес, який впливає не лише на емоційний стан, а й на фізичне здоров'я. У таких умовах особливої ваги набуває слово – зокрема поетичне слово, яке здатне виконувати терапевтичну функцію, ставати внутрішньою опорою та джерелом відновлення. В контексті обґрунтування зазначеного, можливо відмітити, що «поезія не тільки описує важкі досвіди й почуття людей, але й допомагає пережити й опанувати їх. Прочитання ритмічних текстів давно є частиною медитативних і сакральних

практик. Як мантри чи молитви, вірші здатні впливати на наше самопочуття, заспокоювати та відволікати від тривоги. У нещодавній публікації в *Journal of Medical Humanities* стверджується, що написання, читання чи декламування віршів може допомогти людям краще переносити соціальну ізоляцію. Завдяки поезії ми можемо відчувати, що ми не самі у нашому розпачі, тривозі чи надії. Навіть в ООН опублікували збірку поезій, яка, на думку організації, має допомогти людям покращити ментальне здоров'я» [1].

Поезія – це не просто мистецтво рим і образів. Це спосіб осмислення реальності, трансформації болю в сенс. Ще в античності Арістотель у своїй праці «Поетика» говорив про катарсис – очищення душі через співпереживання. Читаючи або створюючи поетичні тексти, людина проживає емоції, які часто не може висловити у повсякденному житті. Саме це проговорення, навіть опосередковане, зменшує внутрішню напругу. Українська література дає яскраві приклади терапевтичної сили поезії. Творчість Леся Українка, яка сама жила з тяжкою хворобою, сповнена мотивів внутрішньої стійкості та духовної сили. Її слова «*Contra spem spero!*» стали формулою надії для багатьох поколінь. Поезія Василь Стус народжувалася в умовах ув'язнення, проте вона несе не відчай, а гідність і світло внутрішньої свободи. Читаючи такі тексти, людина відчуває, що її біль не є унікальним і безвихідним — його вже хтось пережив і зміг перетворити на слово.

З психологічної точки зору поезія виконує кілька важливих функцій. По-перше, це емоційна вентиляція – можливість безпечно «випустити» накопичені почуття. По-друге, це ідентифікація: знаходячи в рядках власні переживання, людина перестає відчувати самотність. По-третє, це переосмислення – художній образ дозволяє побачити травматичну ситуацію як частину більшої історії, а не як кінець шляху. Особливої уваги заслуговує практика написання власних віршів. Творчий процес активізує уяву, знижує рівень тривожності, сприяє концентрації. Навіть якщо тексти не претендують на літературну досконалість, сам акт письма стає формою самопомоги. Людина ніби виносить тривогу назовні, переводить її з внутрішнього хаосу у впорядкований текст.

Поетичне слово також об'єднує. Спільне читання, літературні вечори, цитування в соціальних мережах створюють простір підтримки. У кризові періоди суспільства поезія часто стає голосом надії та солідарності. Вона здатна не лише лікувати окрему особистість, а й зміцнювати колективний дух. Отже, поетичне слово можна розглядати як своєрідні ліки від стресу. Воно не замінює професійної психологічної допомоги у складних випадках, проте є доступним і дієвим засобом емоційного відновлення. Через ритм, образ, метафору поезія допомагає людині прийняти власний біль, знайти сенс і відчути внутрішню рівновагу.

У світі, сповненому шуму й напруги, саме поетичне слово стає тихим простором, де душа може перепочити й знову набратися сил. В Миколаєві діє достатньо велика кількість неформальних громадських організацій, здебільшого при бібліотеках міста. Є серед них і клуби літературно – поетичного спрямування. Серед останніх можливо виділити такі, як «Літературно-творче об'єднання «Стапель»», «Клуб любителів поезії «Райдуга»», «Літоб'єднання медпрацівників «Рефлектор»» та ін. До слова, як анонсують самі члени клубів, туди можуть приходити всі, хто любить поетичне слово, а не тільки лише поети. Автор особисто відвідав засідання означених клубів [2] і може зазначити, що туди також приходять і такі діячі культури, як композитори, музиканти, співаки, письменники. Ось, наприклад, анонс клубу «Рефлектор» на Фейсбук: «Ми створюємо групу для спілкування літераторів, членів Літо «Рефлектор», а також їх друзів». Також можливо відмітити появу нових об'єднань творчого спрямування. Зокрема, на одному з останніх засідань клубу «Райдуга» було анонсовано проведення засідань музичного клубу «Співоча душа» для любителів співу. Поява останнього свідчить про те, що дійсно, «поле реалізації» творчих захоплень людей не обмежене. І можливо створювати і багато інших клубів /об'єднань за уподобаннями, зокрема, за професійною ознакою, як той же «Рефлектор» для медпрацівників, або територіальною (за місцем проживання) , або за місцем роботи тощо. Головне, щоб люди там дійсно «відпочивали душею» і отримували заряд бадьорості і оптимізму в такі нелегкі для нас часи.

Список використаних джерел:

1. Козар О. Як поезія допомагає впоратися зі стресом. 2022. URL: <https://www.kunsht.com.ua/articles/yak-poeziya-dopomagaye-vporatisya-zi-stresom#:~:text>
2. Засідання читацького клубу любителів поезії «Райдуга». Публікація Бібліотека-філія 2 ЦМБ ім. Кропивницького м. Миколаєва. URL: <https://www.facebook.com/share/p/1C9Rwaj92Z/>

ТЕТЯНА ШУЛЬГІНЕНКО,
здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності «Медсестринство»
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ТА ЕМПАТІЙНОГО ПІДХОДУ В МЕДСЕСТРИНСТВІ: МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ЗАСАДИ ПІДГОТОВКИ, ПРАКТИКИ ТА БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ

Медична сестра – це той фахівець, який проводить із пацієнтом найбільше часу. Від того, наскільки вона компетентна, уважна та здатна до співпереживання, багато в чому залежить, чи відчуває людина себе в безпеці під час лікування. Проте сьогодні в Україні система безперервного професійного розвитку (БПР) медичних сестер залишається слабкою ланкою: переважна більшість конференцій, вебінарів та майстер-класів орієнтована на лікарів, а матеріали для медичних сестер часто або відсутні, або подаються так, що сестринський персонал їх із трудом розуміє [2, 6].

Воєнний час і постпандемічне навантаження ще більше загострили цю проблему: вимоги до кваліфікації та психологічної стійкості медичних сестер зросли, а інструментів для їхнього розвитку стало не більше. Саме це і визначає актуальність теми нашого дослідження та обґрунтовує потребу в розробці авторських програм БПР, спрямованих безпосередньо на сестринський персонал [1, 9].

Медична сестра: роль, яку часто недооцінюють. Медичні сестри становлять найчисельнішу категорію медичних працівників. Щодня вони виконують маніпуляції, спостерігають за станом пацієнта, спілкуються з родичами, пояснюють призначення лікаря. Але, незважаючи на це, у багатьох медичних сестер є відчуття, що їхня праця недооцінена, а власна роль – другорядна. Це впливає на мотивацію та на якість роботи [5].

Одне із завдань БПР – допомогти медичній сестрі усвідомити власну професійну ідентичність. Це не менш важливо, ніж відпрацювати технічну навичку. Коли людина розуміє цінність своєї роботи, вона виконує її зовсім інакше.

Емпатія – це не просто «бути доброю людиною». Часто кажуть, що медична сестра має бути співчутливою «за покликанням». Але сучасна медична наука дивиться на це інакше: емпатія – це компетенція, якої можна навчитися та яку потрібно розвивати [7].

Важливо розрізняти два її різновиди. Афективна емпатія – це коли ти «заражаєшся» емоцією пацієнта. Когнітивна – коли розумієш його стан, не

розчиняючись у ньому. Медичній сестрі потрібен баланс: надто багато афективної емпатії веде до вигорання, надто мало – до холодного формалізму. Навчання цього балансу – один із центральних елементів програм БПР [4, 7].

Комунікація: теорія без практики не працює. Спілкуватися з пацієнтом – здається, що це просто. Але спробуйте пояснити літній жінці з деменцією, що їй зараз зроблять укол. Або заспокоїти родичів у приймальному відділенні о другій ночі. Ефективна медична комунікація включає вербальну культуру, активне слухання, вміння читати невербальні сигнали, здатність адаптувати пояснення до рівня пацієнта [6, 10].

Ключовий момент: цьому не можна навчитися тільки з лекцій. Потрібні рольові ігри, розбір реальних ситуацій, практика у безпечному середовищі. Без цього знання залишаться на папері.

Міждисциплінарний підхід: чому медичній сестрі потрібна психологія. Сучасна підготовка медичних сестер не може обмежуватися клінічними маніпуляціями. Щоб добре виконувати свою роботу, потрібно розуміти психологію хвороби – чому пацієнт відмовляється від лікування, чому агресує або мовчить. Тут на допомогу приходять медична психологія, біоетика, основи консультування [4, 5].

Паліативна медицина, геріатрія, педіатрія, психіатрія – в кожній з цих сфер є своя специфіка комунікації. Програми БПР мають це враховувати, а не давати лише загальні слова про «доброзичливе ставлення».

Програма БПР-47: для кого і навіщо. Програма БПР-47 – це авторська програма безперервного професійного розвитку, розроблена спеціально для медичних сестер. Її поява – пряма відповідь на проблему, про яку вже йшлося: більшість існуючих заходів БПР орієнтована на лікарів, а медичній сестрі там часто немає свого місця [1, 2].

Структура програми «БПР-47» побудована з урахуванням освітніх блоків, визначених Наказом МОЗ № 650 від 16.04.2025 р., які охоплюють такі напрями:

1. Клінічний блок – підвищення рівня знань у галузях внутрішньої медицини, кардіології, пульмонології, неврології, ендокринології, психіатрії тощо.

2. Етичний блок – формування деонтологічної культури, емпатії, моральної відповідальності, конфліктологічної грамотності.

3. Психологічний блок – розвиток емоційного інтелекту, навичок саморегуляції, профілактики вигорання.

4. Комунікативний блок – удосконалення навичок взаємодії з пацієнтами, колегами, родичами; безбар'єрна комунікація.

5. Інформаційно-цифровий блок – використання e-learning, симуляційних технологій, телемедичних платформ.

Усі блоки інтегровані у 47 тематичних профілів, що формують основу програми БПР-47.

Варто зазначити, що певні модулі програми можуть бути корисними і для лікарів – особливо у частині комунікації та профілактики вигорання. Але БПР-47 – це передусім програма для медичних сестер, написана їхньою мовою і про їхні реальні ситуації.

Рівень підготовки має значення. Одна з помилок, яку часто роблять при організації навчання, – це ставитися до медичних сестер як до однорідної групи. Але молодша медична сестра після коледжу і старша сестра відділення реанімації з 20-річним стажем – це дуже різні слухачі. Якщо давати всім один матеріал, одні нічого не зрозуміють, інші занудьгують [3].

Тому в програмі БПР-47 закладений принцип рівневої диференціації: перед навчанням визначається рівень підготовки (через тест або самооцінку), і зміст адаптується відповідно. Це підвищує і якість навчання, і задоволеність учасників.

Вигорання – це проблема системи, а не слабкість конкретної людини. Медичні сестри входять до групи ризику за рівнем емоційного вигорання. Хронічний стрес, нестача підтримки, відчуття недооціненості, важкі пацієнти – все це накопичується. Синдром вигорання – це не лінощі й не примха: це реакція організму на тривале перевантаження, яка знижує якість роботи і руйнує здоров'я самого фахівця [9].

Тому програми БПР обов'язково мають включати блок психологічної самопомоги: техніки стресостійкості, усвідомленість, вміння встановлювати межі. Без цього решта навичок швидко «згоряє» разом із людиною, яка їх набула.

Контекст сьогодні: війна і цифровізація. Воєнний час додав до роботи медичної сестри новий виклик. Потік поранених, власні особисті втрати, стрес і тривога – все це вимагає не просто клінічних навичок, а й розуміння посттравматичних реакцій та основ психологічної першої допомоги. Це нова база компетентності для медичних сестер в Україні сьогодні [8].

Одночасно відбувається цифровізація: електронна документація, телемедицина, онлайн-консультації. Медичним сестрам потрібна підтримка у цих змінах – і програми БПР мають їх у цьому супроводжувати, не перевантажуючи зайвою складністю.

Формування професійної компетентності медичних сестер – це не одноразова подія, а безперервний процес. Він потребує системного підходу: врахування рівня підготовки, реального клінічного контексту, мови, зрозумілої саме сестринському персоналу [2, 6].

Програма БПР-47 – це спроба заповнити реальну прогалину: більшість заходів підвищення кваліфікації й досі орієнтовані на лікарів, тоді як медичні

сестри залишаються без якісних інструментів розвитку. Ця програма розроблена з позиції реальних потреб сестринської практики – і саме тому має шанс справді змінити щось на краще [1, 3].

Емпатійна і компетентна медична сестра – це не ідеал з підручника. Це результат системної підтримки, освіти та поваги до її праці.

Список використаних джерел:

1. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо вдосконалення законодавства з питань діяльності у сфері охорони здоров'я» від 06.04.2017 № 2002-VIII.

2. Наказ МОЗ України «Про затвердження Положення про безперервний професійний розвиток фахівців у сфері охорони здоров'я» від 22.02.2019 № 446.

3. Наказ МОЗ України від 16.04.2025 № 650 «Про затвердження Порядку проведення атестації працівників сфери охорони здоров'я».

4. Ємець В. В., Пасієшвілі Л. М. Медична психологія: навч. посіб. Харків: ХНМУ, 2020. 220 с.

5. Касевич Н. М. Медична етика і деонтологія: підручник. 3-тє вид. Київ: Медицина, 2021. 264 с.

6. Кузьмінська О. Г. Комунікативна компетентність у підготовці медичних сестер: теоретичні основи та практичні підходи. *Медсестринство*. 2021. № 2. С. 14–19.

7. Леськів Х. Я., Рева Т. Д. Емпатія в медсестринській практиці: навч.-метод. матеріали. Тернопіль: ТНМУ, 2022. 96 с.

8. Москаленко В. Ф., Грузєва Т. С., Іншакова Г. В. Громадське здоров'я: підручник. Вінниця: Нова книга, 2021. 560 с.

9. Піщиков В. О., Чабан О. С. Синдром емоційного вигорання у медичних працівників: чинники, наслідки, профілактика. *Медицина невідкладних станів*. 2021. № 3. С. 22–28.

10. Шевченко О. Т. Формування міжкультурної комунікативної компетентності в підготовці молодших медичних спеціалістів. *Медична освіта*. 2023. № 1. С. 31–37.

Оксана ЮВКО,
здобувачка першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
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

МЕТОДИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ СТРЕСУ В АСПЕКТІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Психічне здоров'я є важливою складовою загального благополуччя людини, оскільки визначає її працездатність, здатність до соціальної адаптації та загальну якість життя в аспекті громадського здоров'я (ГЗ). Для українських медичних працівників це питання набуває особливої актуальності, адже їхня професійна діяльність пов'язана з постійним стресом, високим рівнем відповідальності та значним емоційним навантаженням. У таких умовах зростає ризик виснаження, розвитку тривожних станів і професійного вигорання, що може негативно позначатися не лише на особистому здоров'ї фахівців, а й на якості надання медичної допомоги населенню.

Система ГЗ в Україні функціонує в умовах значного навантаження, зумовленого дефіцитом кадрів, інтенсивним темпом роботи та необхідністю оперативного прийняття складних рішень. Це сприяє формуванню хронічного стресу серед медичних працівників і підвищує ризик професійного вигорання, що, у свою чергу, впливає як на стан їхнього здоров'я, так і на ефективність професійної діяльності.

Ситуація ускладнилася через пандемію COVID-19, війну та загальну нестабільність. За даними досліджень (2023), понад 62,31 % медичних працівників відчувають емоційне виснаження, а близько 40,26 % мають ознаки депресії.

Тому важливо впроваджувати прості та ефективні методи збереження психічного здоров'я як на рівні окремої людини, так і в медичних установах [1].

Метою дослідження було проаналізувати сучасні підходи та методи збереження психічного здоров'я в умовах підвищеного стресу з особливим акцентом на медичних працівниках в аспекті громадського здоров'я.

За даними ВООЗ, основними факторами стресу у медичних працівників є:

- велике навантаження та нестача часу – багато пацієнтів, постійний поспіх, інколи навіть немає часу нормально поїсти чи відпочити;
- відповідальність за життя і здоров'я пацієнтів - кожне рішення може вплинути на стан людини, тому є постійне напруження і страх помилитися;
- робота в умовах невизначеності – не завжди зрозуміло, як буде розвиватися стан пацієнта або яка ситуація виникне далі;
- емоційно складні ситуації – доводиться працювати з важкохворими пацієнтами, бачити біль, страждання, інколи втрати;
- недостатня підтримка з боку керівництва – не завжди є розуміння, допомога або справедливе ставлення на роботі;
- порушення режиму праці та відпочинку – нічні зміни, перевтома, нестача сну;
- вплив воєнних та кризових факторів – постійна тривога, небезпека, велика кількість екстрених випадків і загальна нестабільність у країні.

Тривала дія цих чинників призводить до розвитку професійного вигорання, тривожності, порушення сну та зниження працездатності [1; 5].

З метою виявлення рівня професійного вигорання, оцінки умов праці та визначення основних методів подолання стресу серед персоналу було проведено анонімне опитування «Опитування працівників щодо умов та організації роботи ДУ «Чернівецький ОЦКПХ МОЗ».

Опитування відбулося у вересні 2025 року. У ньому взяли участь 126 осіб: лікарі, помічники лікарів-епідеміологів, медичні сестри, лабораторні працівники та адміністративний персонал.

Анкета складалася з 15 запитань і охоплювала три напрямки: умови праці та навантаження; психоемоційний стан; способи подолання стресу та мотивацію. Детально розглядалися два ключові запитання.

Аналіз відповідей на запитання №1: «Чи відчуваєте Ви професійне вигорання?» показав, що понад половина медичних працівників – 75 осіб (59,5%) – відчувають середній або високий рівень професійного вигорання.

Водночас 51 особа (40,5%) зазначили, що не відчувають вигорання або стикаються з ним рідко.

Друге запитання стосувалося того, які методи працівники використовують для зниження стресу на роботі. Найчастіше медичні працівники обирають спілкування з колегами – 47 осіб (37,3%). На другому місці – відпочинок і хобі (41 особа, 32,5%). Фізичну активність обирають лише 17 осіб (13,5%).

Водночас 20 осіб (15,9%) не використовують жодних методів боротьби зі стресом.

На основі результатів проведеного анкетування було визначено основні підходи до збереження психічного здоров'я медичних працівників.

Методи збереження психічного здоров'я включають як індивідуальні заходи, так і підтримку з боку фахівців та належну організацію праці. Насамперед важливо дотримуватися базових щоденних звичок: повноцінного сну (7-8 годин), регулярної фізичної активності, раціонального харчування, обмеження надлишку негативної інформації, а також знаходити час для відпочинку та застосовувати прості техніки релаксації. Важливу роль відіграє спілкування з близькими та колегами, що сприяє зниженню емоційного напруження та підтриманню психоемоційної рівноваги.

Не менш важливою є психологічна підтримка – консультації психолога, участь у групах підтримки, тренінгах та навчання навичкам саморегуляції, які допомагають краще справлятися зі стресом.

З боку організації важливо створювати сприятливі умови праці. Це передбачає рівномірний розподіл навантаження, чітко визначення посадових обов'язків, підтримання доброзичливої атмосфери в колективі, впровадження програм підтримки працівників, а також забезпечення можливостей для повноцінного відпочинку під час робочого процесу.

Водночас важливу роль відіграє система громадського здоров'я, яка має забезпечувати державні програми підтримки, проводити моніторинг психічного стану медичних працівників, впроваджувати профілактичні заходи та підвищувати обізнаність населення щодо важливості збереження психічного здоров'я [3; 5].

Профілактика професійного вигорання передбачає прості, але важливі дії. Насамперед потрібно вчасно помічати перші ознаки втоми та емоційного виснаження. Важливо правильно поєднувати роботу і відпочинок, не допускати перевтоми. Корисно змінювати вид діяльності, щоб уникати одноманітності та психологічного виснаження. Також слід розвивати навички самопомоги - вміти заспокоюватися, відновлювати сили та керувати своїми емоціями. У разі потреби не варто залишатися наодинці з проблемами, а звертатися за підтримкою до колег, близьких або фахівців [4; 5].

Висновки:

1. Нами було розглянуто сутність стресу у медичних працівників, причини його виникнення, особливості розвитку та способи подолання.

2. З'ясували, що основними причинами стресу є велика відповідальність, нестача часу, брак працівників і ресурсів, а також складне емоційне спілкування з пацієнтами. Усе це поступово виснажує людину і може призводити до хронічного стресу.

3. Результати опитування працівників ДУ «Чернівецький ОЦКПХ МОЗ» показали, що більшість респондентів відчувають середній або високий рівень професійного вигорання. Найпоширенішими способами подолання стресу є спілкування з колегами та відпочинок. Водночас частина працівників не

використовує жодних методів самопомоги, що свідчить про потребу в додатковій психологічній підтримці.

4. Вважаємо, що закладам охорони здоров'я доцільно приділяти більше уваги психічному здоров'ю працівників. Важливо розвивати навички подолання стресу, сприяти взаємопідтримці в колективі та формувати сприятливий психологічний клімат.

Список використаних джерел:

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. Mental Health and Well-being of Health Workers. WHO Report, 2022. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/575e62ef-25a7-4cd3-a6f7-cdc4175704a3/content>
2. Mental disorders. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
3. «ЦГЗ» Професійне вигорання медичних працівників. URL: <https://phc.org.ua/news/profesiynne-vigorannya-medichnikh-pracivnikiv>
4. Аптечка психологічної самопомоги. URL: https://drive.google.com/file/d/1vsx3yPp9ELusAJKFy1497bMG_1qwtYO_/view?
5. Методичні рекомендації щодо надання першої психологічної допомоги сім'ям з дітьми, дітям, які перебувають/перебували у зоні збройного конфлікту. URL: <https://dszn-zoda.gov.ua/node/495>
6. Ти як? URL: <https://howareu.com/materials/vplyv-stresu-na-liudynu>

Віра ЯРОШЕНКО,

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

КОНСТИТУЦІЙНО-ПРАВОВІ НОРМИ РЕГУЛЮВАННЯ СУСПІЛЬНИХ ВІДНОСИН В УКРАЇНІ У СФЕРІ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ – ОСОБЛИВОСТІ ВОЄННОГО ЧАСУ

Права на збереження здоров'я та фізичний розвиток є пріоритетним напрямом світового розвитку і також Української держави, яка перебуває в активній фазі євроінтеграційних процесів. Актуальність дослідження посилюється особливостями воєнного часу, необхідністю удосконалення нормативно-правової бази для урегулювання правових суспільних відносин у сфері медицини, розробкою та використанням новітніх досягнень медичної науки, активним розвитком приватної медичної практики. Токсичність умов, зовнішня агресія сусідньої держави та загроза кризи світової економіки, негативно впливає та змінює функціонування конституційно-правових норм регулювання суспільних відносин в Україні. Значним чином акцент сподівання

на ефективність справедливого регулювання суспільних відносин конституційно-правовими нормами поступається усвідомленню власної відповідальності громадян за збереження свого життя і здоров'я. Визначенням шляхів конструктивного збереження життєвих ресурсів в нинішній умовах обумовлена тема даного дослідження.

Конституційно-правові норми є фундаментом регулювання суспільних відносин у сфері медичної діяльності, визначаючи базові права людини, обов'язки держави та загальні принципи охорони здоров'я. Ці норми у мирний час достатньою мірою функціонували успішно. Розглянемо їх більш детально.

Серед фундаментальних конституційних норм, визначених Конституцією України, центральне місце займає стаття 49 Конституції України, яка гарантує право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування: «Стаття 49. Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності. Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя» [1]. Гарантом реалізації права кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування є держава. Держава забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя, розвиток фізичної культури, підтримує діяльність закладів охорони здоров'я та створює умови для доступного медичного обслуговування. Також серед фундаментальних прав, зазначених Конституцією України є:

– право на життя (ст. 3): «Стаття 3. Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Держава відповідає перед людиною за свою діяльність. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави», та (ст. 27): «Стаття 27. Кожна людина має невід'ємне право на життя. Ніхто не може бути свавільно позбавлений життя. Обов'язок держави – захищати життя людини. Кожен має право захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань»;

– право на повагу до його гідності (ст. 28): «Стаття 28. Кожен має право на повагу до його гідності. Ніхто не може бути підданий катуванню, жорстокому, нелюдському або такому, що принижує його гідність,

поводженню чи покаранню. Жодна людина без її вільної згоди не може бути піддана медичним, науковим чи іншим досліддам» [1].

– право на інформацію (ст. 32): «Стаття 32. Ніхто не може зазнавати втручання в його особисте і сімейне життя, крім випадків, передбачених Конституцією України. Не допускається збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини. Кожний громадянин має право знайомитися в органах державної влади, органах місцевого самоврядування, установах і організаціях з відомостями про себе, які не є державною або іншою захищеною законом таємницею. Кожному гарантується судовий захист права спростовувати недостовірну інформацію про себе і членів своєї сім'ї та права вимагати вилучення будь-якої інформації, а також право на відшкодування матеріальної і моральної шкоди, завданої збиранням, зберіганням, використанням та поширенням такої недостовірної інформації», тобто право пацієнта на отримання достовірної інформації про стан свого здоров'я та медичні втручання» [1].

– право на працю (ст. 43): «Стаття 43. Кожен має право на працю, що включає можливість заробляти собі на життя працею, яку він вільно обирає або на яку вільно погоджується. Держава створює умови для повного здійснення громадянами права на працю, гарантує рівні можливості у виборі професії та роду трудової діяльності, реалізовує програми професійно-технічного навчання, підготовки і перепідготовки кадрів відповідно до суспільних потреб», тобто гарантує права медичних працівників на безпечні умови праці та справедливу винагороду» [1].

Основним галузевим законом, що деталізує конституційні норми є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»: саме використання цих норм регулює суспільні відносини, що виникають між пацієнтом та медичним працівником, закладами охорони здоров'я та державою, зокрема, «Лікар-пацієнт»: взаємодія при наданні медичної допомоги, «Держава-пацієнт»: гарантії надання безоплатної допомоги, захист прав пацієнтів, «Держава-медичний заклад»: ліцензування, акредитація, функціонування ринку медичних послуг [2].

У воєнний час можна почути, що «Конституція України на паузі» та слід розуміти, що в умовах воєнного або надзвичайного стану можуть встановлюватися окремі обмеження прав і свобод із зазначенням строку дії цих обмежень. Зокрема, «Стаття 64. Конституційні права і свободи людини і громадянина не можуть бути обмежені, крім випадків, передбачених Конституцією України. В умовах воєнного або надзвичайного стану можуть встановлюватися окремі обмеження прав і свобод із зазначенням строку дії цих

обмежень. Не можуть бути обмежені права і свободи, передбачені статтями 24, 25, 27, 28, 29, 40, 47, 51, 52, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63 цієї Конституції (з Офіційного тлумачення статті 64 в Рішенні Конституційного Суду № 9-зп від 25.12.97)» [1].

Медична система в умовах воєнного часу значно адаптувалась до викликів і ризиків. Так, використання сформованої трирівневої структури надання медичної допомоги сприяло належним чином забезпечувати функціонування медичної системи. Фундаментом системи є чіткий розподіл на ланки (рівні), що дозволяє ефективно розподіляти ресурси та забезпечувати маршрутизацію пацієнта.

Первинна ланка – первинна медична допомога, це перша ланка контакту пацієнта з медичною системою, вона представлена сімейними лікарями, терапевтами та педіатрами, які працюють у Центрах первинної медико-санітарної допомоги або приватних клініках. На цьому рівні вирішується до 80% усіх звернень громадян: діагностика поширених хвороб, вакцинація, видача рецептів за програмою «Доступні ліки» та направлення до вузьких спеціалістів.

Вторинна (спеціалізована) медична допомога надається в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями-спеціалістами (хірургами, кардіологами, отоларингологом тощо), до цієї ланки належать багатопрофільні міські та районні лікарні, консультативно-діагностичні центри. Потрапити сюди пацієнт може за направленням сімейного лікаря або в екстрених випадках.

Третинна (високоспеціалізована) медична допомога – це надання допомоги при складних захворюваннях, що потребують високотехнологічного обладнання та унікальних методів лікування. Сюди належать обласні лікарні, спеціалізовані центри (наприклад, інститути серця, онкології) та клініки при науково-дослідних інститутах Національної академії медичних наук України [3]. Надзвичайно важливою є електронна система охорони здоров'я eHealth. Сучасна система України неможлива без її цифрового ядра. eHealth – це екосистема, що об'єднує всі заклади охорони здоров'я. Завдяки їй функціонують: Електронна медична картка: історія хвороб пацієнта доступна лікарю в будь-якому куточку країни. Електронні направлення: пацієнт може обрати будь-яку лікарню (державну чи приватну), яка має договір з НСЗУ. Електронні рецепти та лікарняні: що мінімізує паперову бюрократію та корупційні ризики [4]. Також важливим виявилось використання зміни фінансової моделі: «Гроші йдуть за пацієнтом». Ключовим принципом системи є відмова від фінансування «стін та ліжок». Тепер держава через НСЗУ оплачує конкретну роботу закладу. Якщо пацієнт обирає певний заклад для пологів чи операції, саме цей заклад отримує оплату за надану послугу за встановленим

тарифом. Це стимулює заклади покращувати сервіс та оновлювати обладнання для залучення більшої кількості пацієнтів [5].

Отже, в умовах воєнного часу забезпечення конституційно-правових норм регулювання суспільних відносин у медичній сфері наближено до якнайкраще можливого виконання державою статей Конституції України ст. 3, ст. 27, ст. 28 [1].

Але загроза світової економічної кризи та коментар Національного банку України щодо рівня інфляції застерігають від подальшого можливого звуження гарантій фінансування державою медичних послуг: «...ситуація України значно ускладнена війною, адже для стабільного забезпечення Збройних сил щороку необхідно 40-50 млрд доларів, значна частина яких покривається зовнішньою допомогою. Невоєнні витрати у 2024 році у доларах США (загальні держвитрати за винятком статті «оборона») становили \$78,67 млрд або 41,3% ВВП. Зниження невійськових витрат відкрило би шлях для збільшення фінансування армії. Державні витрати досягають майже 73–75 % ВВП, а бюджетний дефіцит перевищує 20 % ВВП. Державний борг наближається до 82 % ВВП. Інфляція залишається критично високою: у травні 2025 року згідно з даними Нацбанку вона сягнула 15,9 %, у червні знизилася до 14,3 %, але все одно перевищує допустимі межі. Це фактично стає відчутним інфляційним податком для найбідніших українців. Окремим тягарем є регуляторне навантаження на економіку, яке оцінюється у 16-17 %» [6].

Враховуючи особливості трансформації суспільних відносин у XXI столітті, корисно усвідомити, що справжнім активом стає гнучкість і компетентність людини: вміння швидко перекваліфікуватись, адаптуватись до нових умов ринку, використовувати цифрові інструменти та соціальні мережі для побудови професійної репутації. Роботодавці дедалі більше оцінюватимуть не лише дипломи, а й особистий бренд, публічну експертизу та підтвержені практичні навички. Таким чином, відповідь на кризу полягає не у державних програмах «роздачі грошей», які лише посилюють інфляцію, а у розвитку фінансової грамотності, здорового економічного світогляду та внутрішніх ресурсів громадян, у формуванні культури фінансового заощадження та інвестування в знання та здоров'я. Особливо важливим є усвідомлення громадян власної відповідальності за збереження свого життя і здоров'я, відмова від шкідливих звичок, дотримання безпечної поведінки, дотримання здорового способу життя і, як наслідок, зниження кількості неінфекційних захворювань та зменшення навантаження на медичну сферу, фінансування якої в нинішніх умовах воєнного часу та світової економічної кризи може набути критичного рівня. Відповідальність за своє життя і здоров'я є обов'язком громадян згідно статті 10 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»: «Стаття 10. Обов'язки громадян у сфері

охорони здоров'я. Громадяни України зобов'язані: а) піклуватись про своє здоров'я та здоров'я дітей, не шкодити здоров'ю інших громадян» [2].

Шляхи конструктивного збереження життєвих ресурсів в нинішній умовах – це формування культури фінансового заощадження та культури здорового способу життя. Ті, хто зможе поєднати накопичення в стійких активах із системними інвестиціями у власні знання та здоров'я, зможуть не лише пройти кризу з мінімальними втратами, але й використати її як можливість для зростання. Також це підвищить ефективність навіть в токсичних умовах воєнного часу функціонування конституційно-правових норм.

Список використаних джерел:

1. Конституція України /офіційний сайт Верховної Ради України. Документ 254к/96-ВР, поточна редакція від 01.01.2020, підстава 27-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
2. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Документ 2801-ХІІ, поточна редакція від 11.02.2026, підстава [4690-IX](#) <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
3. Перелік державних установ НАМН України, які реалізують новий механізм фінансового забезпечення надання спеціалізованої медичної допомоги. Офіційний сайт НАМН України. URL: <https://amnu.gov.ua/pro-viddil/>
4. Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ). МОЗ. URL: <https://moz.gov.ua/uk/elektronna-sistema-ohoroni-zdorovya>
5. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016. № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>
6. Коментар Національного банку щодо рівня інфляції. Офіційний сайт Національного банку України. URL: <https://bank.gov.ua/ua/news/all/inflyatsiy-niy-zvit-sichen-2026-roku>

II. ПСИХОЛОГІЯ

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

АДАПТАЦІЯ УЧНІВ ДО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА В УМОВАХ ВІЙНИ: ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ РЕСУРСИ ТА ПЕДАГОГІЧНІ СТРАТЕГІЇ ПІДТРИМКИ

В умовах воєнного стану проблема адаптації учнів до освітнього середовища набуває особливої актуальності, оскільки війна створює значну кількість стресових факторів, які впливають на психічний та фізіологічний стан дітей. Руйнування звичного способу життя, вимушені переміщення, перебування в укриттях, порушення режиму дня та дистанційний формат навчання суттєво ускладнюють процес навчальної діяльності та соціальної взаємодії. У зв'язку з цим важливим є дослідження психофізіологічних ресурсів учнів та педагогічних стратегій, які сприяють їхній адаптації до нових освітніх умов.

Адаптація учнів до освітнього середовища в умовах війни розглядається як складний багаторівневий процес, що включає психологічні, фізіологічні та соціальні компоненти. Вона передбачає здатність учнів пристосовуватися до змінених умов навчання, зберігати працездатність, підтримувати мотивацію до навчання та ефективно взаємодіяти з іншими учасниками освітнього процесу. Дослідження свідчать, що в умовах воєнного стану процес адаптації ускладнюється дією численних стресорів, серед яких часті сигнали повітряної тривоги, необхідність перебування в укриттях, зміна місця проживання та освітнього середовища. Це може призводити до труднощів із концентрацією уваги, зниження навчальної активності та порушення взаємодії з однолітками [1].

Важливу роль у процесі адаптації відіграють психофізіологічні ресурси учнів, які визначають їхню здатність протистояти стресовим впливам та підтримувати ефективність навчальної діяльності. До основних психофізіологічних ресурсів належать емоційна стійкість, рівень тривожності, здатність до саморегуляції, витривалість нервової системи, когнітивні можливості та сформованість навичок подолання стресу. У дітей, які мають достатній рівень розвитку цих ресурсів, адаптація до освітнього середовища

відбувається швидше та ефективніше. Водночас у разі їх недостатнього розвитку можуть спостерігатися ознаки дезадаптації, зокрема підвищена тривожність, емоційна нестійкість, швидка втомлюваність та зниження мотивації до навчання.

У сучасних умовах війни важливим є врахування вікових особливостей учнів під час організації процесу адаптації. У молодшому шкільному віці діти особливо потребують підтримки дорослих, стабільного режиму дня та чітко структурованого навчального середовища. Для учнів середнього шкільного віку характерним є підвищений рівень емоційної реактивності, що може проявлятися у вигляді тривожності, конфліктності або замкненості. У старшому шкільному віці важливими стають питання життєвих перспектив, професійного самовизначення та формування життєвих цінностей, що в умовах війни може супроводжуватися зниженням віри у майбутнє та втратами навчальної мотивації.

Значну роль у забезпеченні ефективної адаптації учнів до освітнього середовища відіграють педагогічні стратегії підтримки. Сучасні дослідження підкреслюють необхідність використання інноваційних педагогічних підходів, спрямованих на створення безпечного, підтримувального та гнучкого освітнього середовища. До таких стратегій належать організація психологічно безпечного освітнього простору, використання інтерактивних методів навчання, індивідуалізація навчальних завдань, а також створення умов для розвитку соціальної взаємодії учнів. Важливим напрямом є також впровадження наставництва, групової роботи та програм підтримки для дітей, які були вимушені змінити місце проживання, що сприяє їхній інтеграції в нове освітнє середовище [2].

Окремої уваги потребує роль педагогів у процесі адаптації учнів. Учитель виступає не лише джерелом знань, а й важливим фактором психологічної підтримки. Його здатність створювати атмосферу довіри, розуміння та емоційної безпеки сприяє формуванню позитивного ставлення учнів до навчання. У цьому контексті важливими є такі педагогічні дії, як використання елементів арттерапії, релаксаційних вправ, ігрових методів навчання та вправ на розвиток емоційної саморегуляції.

В умовах війни важливим є створення адаптивного освітнього середовища, яке передбачає гнучкість навчальних програм, використання дистанційних технологій та врахування індивідуальних потреб учнів. Адаптація освітнього процесу до умов війни включає також розвиток інклюзивних освітніх моделей та забезпечення психологічної підтримки учнів, що сприяє збереженню їхнього психічного здоров'я та ефективності навчання.

Таким чином, адаптація учнів до освітнього середовища в умовах війни є складним процесом, що залежить від рівня розвитку психофізіологічних

ресурсів та ефективності педагогічних стратегій підтримки. Використання комплексного підходу, який поєднує психологічну допомогу, педагогічні інновації та підтримку соціального середовища, сприяє успішній інтеграції учнів у навчальний процес та збереженню їхнього психічного здоров'я.

Список використаних джерел:

1. Гнатюк О. В., Пророк Н. В., Чекстере О. Ю. Проблеми адаптації до навчання здобувачів початкової освіти в умовах воєнного стану. *Habitus*. 2023. № 54. С. 92–97.

2. Карпенко О. Г., Ворощук О. Д., Ковальська К. В. Інноваційні педагогічні підходи адаптації переміщених українських дітей до нового освітнього середовища. *Академічні візії*. 2025. Вип. 42. С. 98–104.

Михайло ВОЛКОВ

кандидат економічних наук,
ректор ПВНЗ

«Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

РОЗВИТОК ВИЩОЇ ОСВІТИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я І ПСИХОЛОГІЇ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ НА ЗАСАДАХ ЄВРОПЕЙСЬКИХ СТАНДАРТИВ

Сучасна вища освіта функціонує в умовах підвищеної невизначеності, що зумовлена поєднанням глобальних трансформаційних процесів і внутрішніх викликів – від воєнних подій та демографічних змін до динамічних зрушень на ринку праці. У цих умовах підготовка фахівців у сфері охорони здоров'я і психології набуває системного значення, оскільки безпосередньо впливає на стійкість соціальних інститутів і якість життя населення [1; 5].

Аналіз управлінської практики засвідчує, що ключовим завданням є не фрагментарне оновлення змісту освіти, а забезпечення її адаптивності – здатності освітніх програм своєчасно реагувати на зміни професійного середовища, інтегрувати нові знання та формувати готовність до діяльності в умовах невизначеності. Такий підхід передбачає перехід від жорстко регламентованих моделей до гнучких освітніх рішень, орієнтованих на міждисциплінарність і практичну спрямованість [4].

Досвід Приватного вищого навчального закладу «Медико-Природничий Університет» свідчить, що результативність трансформацій визначається системністю управлінських рішень. У процесі оновлення освітніх програм у сфері медсестринства, громадського здоров'я і психології акцент зроблено на посиленні їх прикладного характеру, узгодженні з потребами професійної

практики та розширенні можливостей для формування індивідуальних освітніх траєкторій здобувачів освіти.

Європейські стандарти забезпечення якості освіти (ESG) у цьому контексті розглядаються як інструмент удосконалення управлінських підходів, а не як формальна вимога. Їх застосування змінює логіку освітнього процесу – від орієнтації на викладання до орієнтації на результати навчання, від зовнішнього контролю до формування внутрішньої культури якості [6]. В Університеті системно удосконалюються механізми внутрішнього забезпечення якості освіти: здійснюється регулярний перегляд освітніх програм, розширюється участь здобувачів освіти в їх оцінюванні, розвиваються ефективні канали зворотного зв'язку як основа управлінських рішень.

Вагомого значення набуває економічний вимір розвитку вищої освіти. Підготовка фахівців у сфері охорони здоров'я і психології є складовою формування людського капіталу, від якого залежить довгострокова стійкість суспільства. У цьому контексті освітня діяльність розглядається як інвестиційний процес, ефективність якого визначається узгодженістю освітніх програм із потребами регіонального середовища та раціональністю використання ресурсів [4; 5].

Цифровізація освітнього процесу є не лише технологічним, а й управлінським викликом. Використання змішаних форматів навчання та електронних освітніх ресурсів забезпечує безперервність освітнього процесу, водночас потребує переосмислення підходів до організації навчання, оцінювання результатів і розвитку цифрових компетентностей учасників освітнього процесу [2; 3]. Ефективність цих змін визначається не масштабом впроваджених технологій, а рівнем їх інтеграції в освітню та управлінську практику.

У сучасних умовах посилюється соціальна функція Університету. Практика діяльності засвідчує зростання потреби у створенні безпечного освітнього середовища, розвитку психологічного супроводу та підтримці ментального здоров'я здобувачів освіти. Це відповідає загальноєвропейським тенденціям, у межах яких питання ментального здоров'я визначається одним із пріоритетних напрямів освітньої політики [7].

Розвиток вищої освіти у сфері охорони здоров'я і психології має розглядатися як комплексний процес, що поєднує освітній, соціальний та економічний виміри. Європейські стандарти у цьому процесі виконують роль методологічної основи, проте їх ефективність визначається здатністю закладу освіти інтегрувати їх у власну управлінську практику.

Узагальнюючи, слід зазначити, що інтеграція європейських стандартів якості, управлінської гнучкості та соціальної відповідальності визначає здатність закладів вищої освіти не лише реагувати на сучасні виклики, а й

формувати довгострокову стійкість системи охорони здоров'я і психологічної допомоги в суспільстві.

Список використаних джерел:

1. Bologna Process Implementation Report. (2024). European Higher Education Area. URL: <https://www.ehea.info>
2. European Commission / Eurydice. (2024). Learning and teaching in higher education in Europe: digital transformation and competence development. Luxembourg: Publications Office of the European Union. URL: <https://eurydice.eacea.ec.europa.eu>
3. European Commission. (2024) Education and Training Monitor 2024. Luxembourg: Publications Office of the European Union. URL: <https://ec.europa.eu/education>
4. European University Association. (2024). Trends 2024: European higher education institutions in times of transition. Brussels: EUA. URL: <https://www.eua.eu/publications/reports/trends-2024.html>
5. OECD (2024). Education at a Glance 2024: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2024. URL: <https://www.oecd.org/education/education-at-a-glance/>
6. Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area (ESG). (2015). Brussels: ENQA. URL: <https://www.enqa.eu/publications/esg-2015/>
7. World Health Organization. (2023). Mental health in Europe: policy and practice. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. URL: <https://www.who.int/europe>

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

Володимир СЛОБОДЯНЮК,
здобувач першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
спеціальності «Психологія»
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ДЕЗАДАПТИВНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ СУЧАСНИХ КРИЗ ТА ЇХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ

Сучасні соціальні трансформації, зокрема військові події, економічна нестабільність і зростання рівня невизначеності, зумовлюють суттєве підвищення психоемоційного навантаження на особистість. У цих умовах актуалізується проблема формування дезадаптивних психічних станів, які проявляються у вигляді тривожних, депресивних, посттравматичних та поведінкових порушень, що знижують рівень психологічного функціонування та соціальної адаптації [2; 4].

Метою дослідження є аналіз психологічних і патопсихологічних механізмів формування дезадаптивних станів особистості в умовах сучасних криз та визначення ефективних підходів до їх психотерапевтичної корекції.

У межах сучасних наукових підходів дезадаптивні стани розглядаються як результат взаємодії зовнішніх стресових факторів і внутрішніх психологічних механізмів особистості. До ключових чинників їх формування належать хронічний стрес, психотравмуючі події, порушення емоційної регуляції, дезадаптивні когнітивні установки та недостатній рівень психологічних ресурсів. Дослідження останніх років свідчать, що тривалий вплив стресових факторів призводить до виснаження адаптаційних можливостей, формування негативних афективних станів і зниження здатності до ефективного функціонування [5; 6].

З позицій патопсихології важливе значення мають порушення когнітивної сфери, зокрема спотворення мислення, ригідність установок, катастрофізація та зниження критичності до власного стану. Емоційні механізми дезадаптації проявляються у вигляді підвищеної тривожності, афективної нестабільності, почуття безпорадності та внутрішньої напруженості [3; 4]. Водночас активація дезадаптивних психологічних захистів (заперечення, проєкція, уникнення)

може сприяти тимчасовому зниженню напруги, але в довгостроковій перспективі посилює дезадаптацію.

Особливої актуальності набуває проблема формування посттравматичних стресових реакцій, які супроводжуються нав'язливими переживаннями, емоційним виснаженням та порушенням поведінкових стратегій [2]. У сучасних умовах зростає також частота аутоагресивних проявів, що свідчить про глибокі порушення процесів саморегуляції та психологічної інтеграції особистості [1].

Психотерапевтична корекція дезадаптивних станів передбачає комплексний підхід, спрямований на відновлення психологічної рівноваги та активізацію внутрішніх ресурсів особистості. Сучасні дослідження підтверджують ефективність когнітивно-поведінкової терапії, методів роботи з травмою, технік емоційної регуляції та розвитку резильєнтності [5]. Особливого значення набуває формування адаптивних копінг-стратегій, переосмислення травматичного досвіду та розвиток здатності до саморегуляції [3].

Важливим напрямом є також психологічна просвітня робота, яка сприяє підвищенню рівня усвідомлення власного психологічного стану, зниженню стигматизації психічних розладів та формуванню готовності до звернення за психологічною допомогою. Практичний досвід психологічного консультування, зокрема у службах кризової допомоги, свідчить про ефективність раннього втручання у запобіганні розвитку тяжких дезадаптивних станів [1; 2].

Таким чином, дезадаптивні стани особистості в умовах сучасних криз є результатом складної взаємодії психологічних і соціальних факторів. Їх формування зумовлюється порушенням когнітивних, емоційних і регуляторних механізмів, тоді як ефективна психотерапевтична корекція передбачає системний вплив на ці рівні [3; 5]. Урахування зазначених аспектів у практиці психологічної допомоги є необхідною умовою збереження психічного здоров'я та підвищення адаптаційного потенціалу особистості.

Список використаних джерел:

1. Каневський В. І. Можливості проєктивного методу в оцінці ознак суїцидальної поведінки. *Науковий журнал «Габітус»*. 2021. Вип. 21. С. 129–133.
2. Каневський В. І. Проблема ПТСР з точки зору футурреального підходу. *Громадське здоров'я: проблеми сьогодення та перспективи розвитку: матеріали III Регіональної науково-практичної конференції* (м. Миколаїв, 28 червня 2024 р.) / за ред. М. А. Волкова, Н. В. Башмакової, О.С. Акимової, І. Л. Шпачинського, Н. А. Володки та ін. Миколаїв: ПВНЗ «МПУ», 2024. С. 110–112.

3. Максименко С. Д. Загальна психологія: підручник. Київ: Центр учбової літератури, 2018. 272 с.

4. Савчин М. В. Психологія особистості: навч. посіб. Київ: Академвидав, 2016. 384 с.

5. Guidi J., Lucente M., Sonino N., Fava G. A. (2021). Allostatic load and its impact on health: a systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 90, no. 1, pp. 11–27. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32799204/>

6. McEwen B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological Reviews*, vol. 87, no. 3, pp. 873–904. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17615391/>

Віктор КУЛІШ

кандидат психологічних наук,
доцент кафедри психології

ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ПЕРСПЕКТИВИ МОЛОДІ В УМОВАХ СУЧАСНИХ СОЦІАЛЬНИХ ВИКЛИКІВ

Сучасний етап розвитку суспільства характеризується високим рівнем соціальної невизначеності, що зумовлюється поєднанням глобальних трансформацій, економічних змін та воєнних подій. У цих умовах проблема формування професійної перспективи молоді набуває особливої актуальності, оскільки саме вона визначає траєкторію професійного розвитку особистості, рівень її соціальної адаптації та реалізацію потенціалу [6].

Метою дослідження є аналіз психологічних чинників, що впливають на формування професійної перспективи молоді, та узагальнення сучасних наукових підходів до її розвитку в умовах соціальної нестабільності.

У сучасній психологічній науці професійна перспектива розглядається як складне інтегративне утворення, що включає уявлення особистості про майбутню професійну діяльність, очікування, ціннісні орієнтації та рівень готовності до реалізації професійних намірів. Дослідження останніх років засвідчують, що формування професійної перспективи тісно пов'язане з такими психологічними характеристиками, як мотивація досягнення, самоефективність, життєва спрямованість, рівень тривожності та психологічна стійкість [1; 7].

Особливої уваги набуває концепція «career adaptability», яка у сучасних дослідженнях визначається як ключовий ресурс професійного розвитку молоді. Встановлено, що високий рівень адаптивності до кар'єрних змін сприяє

формуванню чіткої професійної перспективи, зниженню рівня тривожності та підвищенню впевненості у прийнятті професійних рішень, тоді як її недостатній розвиток пов'язаний із невизначеністю професійних планів і зниженням мотивації до професійної реалізації [5].

Аналіз сучасних досліджень свідчить, що в умовах соціальних криз значно зростає вплив емоційних чинників на професійне самовизначення молоді. Зокрема, підвищений рівень тривожності, невизначеність майбутнього та психологічна напруженість можуть виступати як фактори, що ускладнюють формування професійної перспективи, знижують здатність до планування та прийняття рішень [2; 6]. Водночас розвиток емоційного інтелекту та психологічної стійкості сприяє більш усвідомленому професійному вибору [2].

Важливим чинником формування професійної перспективи є когнітивний компонент, що включає усвідомлення власних здібностей, інтересів і можливостей. Дослідження доводять, що молодь, яка має сформоване уявлення про власні ресурси та реалістичне бачення професійного майбутнього, демонструє вищий рівень професійної визначеності та готовності до професійної діяльності [1; 5].

Окрему роль відіграє соціальне середовище, зокрема освітній простір, який виступає важливим фактором формування професійної перспективи. Сучасні наукові підходи підкреслюють значення підтримуючого освітнього середовища, яке сприяє розвитку самосвідомості, професійної ідентичності та формуванню активної життєвої позиції [4].

Узагальнюючи результати сучасних досліджень, слід зазначити, що формування професійної перспективи молоді є багатофакторним процесом, у якому поєднуються мотиваційні, емоційні, когнітивні та соціальні компоненти [1; 2; 4]. В умовах сучасних соціальних викликів особливого значення набуває розвиток психологічних ресурсів особистості, що забезпечують здатність до адаптації, прийняття рішень та реалізації професійних намірів [5; 6].

Таким чином, психологічні чинники формування професійної перспективи молоді визначають не лише індивідуальну траєкторію професійного розвитку, але й потенціал соціальної стабільності суспільства в цілому. Їх урахування у процесі професійної підготовки та психологічного супроводу молоді є необхідною умовою ефективного реагування на сучасні виклики.

Список використаних джерел:

1. Бугерко Я. М., Гіряк Г. С. Соціально-психологічні чинники професійного самовизначення студентів закладів вищої освіти. *Наукові записки. Серія: Психологічні науки*. 2024. № (1). С. 18–24. URL: <https://journals.cusu.in.ua/index.php/psychology/article/view/332>

2. Малиш В., Ситнік С. Емоційний інтелект у структурі детермінант професійного самовизначення старшокласників. *Science and Education*. 2024. №2. С. 73–79. URL: <https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/articles/2024-2-doc/2024-2-12>

3. Берегова Г. Д., Фролова М. Е., Момоток О. М. Роль освітніх установ у професійному самовизначенні студентів в сучасних умовах. *Техніка і наука*. 2024. №12(40). С. 415–425. URL: <https://www.researchgate.net/publication/386535463>

4. Фік М. В. Особливості професійного самовизначення учнівської молоді. 2025. URL: <http://elartu.tntu.edu.ua/handle/lib/50910>

5. Хохлова Т. О. Професійне самовизначення молоді в умовах соціальних змін. 2024. URL: <https://elibrary.kdpu.edu.ua/bitstream/123456789/11338/1>

6. Шрагіна Л. І., Індивідуально-психологічні особливості професійного вибору старшокласників. *Modern Humanities*. 2024. URL: <https://journals.oneu.od.ua/index.php/mh/article/view/41>

Тетяна КУРИЛЕНКО,
методист Миколаївської обласної організації
Товариства Червоного Хреста України,
м. Миколаїв, Україна

КОМУНІКАТИВНИЙ ВИМІР БУТТЯ ЛЮДИНИ

Перед сучасним гуманітарним дискурсом постала нагальна потреба осмислити ті зміни, що відбуваються в сучасному суспільстві в зв'язку з глобальними процесами в економічній, політичній, соціальній, культурній сферах. І перш за все – осмислити ситуацію людини в світі динамічного розвитку та глобалізаційних процесів. Почасти ця ситуація нова, а почасти – ні. На думку К.-О. Апеля, ситуація людини зумовлена її родовою історією становища як «вільновідпущеника природи». Людина полишає сферу детермінації природних законів зовнішньо – як *homo faber*, внутрішньо – як *homo sapiens*. Тому, як істота розумна вона має дати відповідь на питання про те становище, яке вона сама і створила.

Сучасні тенденції розвитку суспільства та світу в цілому потребують, на рівні теорії, нових підходів щодо розуміння впливу цих процесів на людину та можливостей самої людини чинити впливати на них, керувати ними. В сучасних західних філософських, етичних, культурологічних соціологічних теоріях торує шлях нова парадигма, яка отримала назву «комунікативної». Вона певною мірою замінює парадигми «буття» та «свідомості».

«Комунікативна» парадигма виникає як наслідок повороту від суб'єктивності до інтерсуб'єктивності, який відбувся завдяки критичному

осмисленню гегелевської філософії. Зміна парадигми, що здійснювалась у процесі переходу від «філософії свідомості» до «філософії комунікації» була спрямована на пошук більш фундаментальних підвалин, аніж ті, що виводились з суб'єкту. В рамках «філософії свідомості» та «філософії комунікації» очевидність, всезагальність та універсальність цінностей, етичних норм виводяться з різних джерел: у першому випадку – з людської суб'єктивності, у другому – з людської інтерсуб'єктивності. Комунікація передбачає суб'єкт-суб'єктний зв'язок, визнання в іншій людині суверенної особистості, повагу до неї. «Комунікативна» парадигма надає змогу по-новому осмислити сучасні форми соціальної інтеграції, проблеми узгодження особистих і суспільних інтересів, індивідуальних та загальних цінностей та цілей. Втім, слід відмітити, що йдеться про соціальний зміст та смисл поняття комунікації, і що поза увагою, в рамках цих тез, залишається технічне розуміння цього поняття.

В контексті комунікативного повороту (виходу суб'єкта за свої власні межі) відкривається новий вимір розуму (ratio). Він розглядається як дискурсивний, аргументуючий. Комунікативна філософія завдячуючи працям К. - О. Апеля, Ю. Хабермаса [2] осмислює новий тип раціональності – комунікативну раціональність, умови виникнення якої – в ситуації надскладних процесів сьогодення. Ця ситуація є викликом вже не стільки окремій людині, а й людським спільнотам.

Комунікативна раціональність ґрунтується на визнанні іншого не як об'єкту, а як суб'єкту – до думок якого прислуховуються, цінності якого поділяють. В цьому закладається основа для сприйняття та визнання іншого як особистості, можливостей врахування «перспективи» іншого і, відтак, толерантного ставлення до нього. З цієї точки може бути розгорнута окрема цікава дискусія щодо іпостасей іншого як Іншого, Інакшого, Свого, Чужого Ворожого.

Комунікація, втіленням якої є дискурс, передбачає змогу спільно обговорювати та обґрунтовувати норми і цінності. Дискурс уможливорює зустріч різних думок, позицій і пошук спільної згоди. Він є способом діалогічної, аргументованої перевірки висловлювань та дій на їх універсальний зміст, значущий для всіх, хто здатен до раціональної аргументації. Кінцевою метою обговорення є досягнення консенсусу між учасниками дискурсу. Можна не погоджуватись з думками, ціннісними уподобаннями іншої людини, але толерантність означає повагу до прав іншої людини висловлювати думки та дотримуватись певних цінностей. Згода, взаєморозуміння потребують зусиль всіх учасників комунікативної дії, коли враховано позиції усіх можливих учасників, а не тільки тих, які намагаються збалансувати власні інтереси. В цьому і є цінність комунікативної раціональності.

Сучасний світ є інтегрованим і занадто концентрованим економічно, політично, технологічно тощо. В умовах розвинутих технологій окрема помилка може призвести до виникнення «ефекту доміно», в якому окремих фактор породжує ланцюг наслідків набагато більших за масштаб першої дії. Комунікативна раціональність постає способом осмислення конфліктів (різних за напругою, масштабом, складністю), які можуть бути розв'язані за допомогою дискурсу. Це спосіб не тільки мирний, але й гідний для людини. В дискурсі є тільки один примус – це «примус вагомішого аргументу». Аргументативне обговорення уможливорює відбір цінностей, норм, правил, що враховують загальнолюдські інтереси, в тому числі інтереси прийдешніх поколінь.

Список використаних джерел:

1. Апелъ К.-О. Априорі спільноти комунікацій. *Сучасна зарубіжна філософія. Течії і напрями. Хрестоматія* / пер. з нім. В. Купліна. Київ: Ваклер, 1996. С. 359–421.
2. Габермас Ю. Єдність розуму в розмаїтті його голосів / А. М. Єрмоленко. *Комунікативна практична філософія*. Київ: Лібра, 1999. С. 255 – 286.
3. Габермас Ю. Постметафізичне мислення / пер. з нім. В. Купліна. Київ: Дух і літера, 2011. 280 с.
4. Ситниченко Л. А. Першоджерела комунікативної філософії. Київ: Либідь, 1996. 173 с.

Віталій ЛИТОВЧЕНКО,

доктор філософії зі спеціальності 053 «Психологія»,
старший викладач кафедри психології
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

Валентина ЛИМАР,

здобувачка першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
спеціальності «Психологія»
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМУНІКАЦІЇ ФАХІВЦІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я З ПАЦІЄНТАМИ З ОСОБЛИВИМИ КОМУНІКАТИВНИМИ ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ

Сучасні трансформаційні процеси у сфері охорони здоров'я, зокрема розвиток інклюзивного підходу та зростання кількості пацієнтів з особливими потребами, актуалізують проблему ефективної професійної комунікації між медичним працівником і пацієнтом. Особливої значущості ця проблема набуває

в умовах соціальних криз, зокрема воєнного стану, що супроводжується підвищеним рівнем психоемоційного напруження та ускладненням доступу до медичних послуг [5; 6].

Метою дослідження є обґрунтування психологічних особливостей професійної комунікації фахівців охорони здоров'я з пацієнтами з особливими комунікативними потребами та визначення сучасних підходів до її оптимізації.

У сучасній психології професійна комунікація розглядається як складний багаторівневий процес, що включає когнітивний, емоційний і поведінковий компоненти [2]. Для пацієнтів з порушеннями слуху характерними є специфічні бар'єри у сприйнятті інформації, що зумовлює необхідність адаптації комунікативних стратегій медичного працівника [3; 7]. Недостатній рівень комунікативної компетентності фахівців може призводити до зниження якості медичної допомоги, формування тривожності у пацієнтів та розвитку недовіри до медичної системи.

Аналіз сучасних досліджень свідчить, що ефективна взаємодія з пацієнтами з особливими комунікативними потребами передбачає використання спеціальних психологічних і комунікативних прийомів, зокрема візуалізації інформації, невербальних засобів комунікації, цифрових технологій та альтернативних каналів взаємодії [3; 4]. Важливу роль відіграє емпатія, толерантність і здатність до індивідуалізації комунікації залежно від особливостей пацієнта [2].

З позицій психології важливим є врахування емоційного стану пацієнтів, які часто відчують тривогу, невпевненість та страх перед медичними процедурами. Зокрема, у стоматологічній практиці поширеним явищем є дентофобія, яка значно ускладнює процес лікування та потребує спеціальних психологічних підходів до взаємодії з пацієнтом [1; 5]. Формування довірливого контакту та зниження рівня емоційної напруги є ключовими умовами ефективної професійної комунікації.

Особливого значення набуває питання безбар'єрності медичної допомоги, що передбачає створення доступного комунікативного середовища для пацієнтів з порушеннями слуху [5; 6]. Це включає використання сучасних цифрових інструментів, адаптацію інформаційних матеріалів та впровадження інноваційних підходів, спрямованих на підвищення якості взаємодії між лікарем і пацієнтом [4].

У контексті професійної підготовки фахівців охорони здоров'я важливим є формування комунікативної компетентності, що включає розвиток навичок ефективного спілкування, емпатії, стресостійкості та готовності до роботи в умовах інклюзивного середовища [2; 7]. Практична підготовка повинна передбачати моделювання комунікативних ситуацій, що відображають реальні професійні виклики.

Підвищення якості взаємодії між медичним працівником і пацієнтом з особливими комунікативними потребами вимагає переосмислення ролі комунікації як стратегічного ресурсу системи охорони здоров'я. Орієнтація на індивідуалізацію підходів, розвиток емпатії та впровадження інклюзивних практик комунікації створює передумови для формування доступного та людиноцентричного медичного середовища [6; 8].

Список використаних джерел:

1. Литовченко В. П. Медичне інтерв'ю в системі стоматологічної допомоги пацієнтам з особливими потребами. *Медичні перспективи*. 2022. Т. 27. № 4. С. 239–249. URL: <https://repo.dma.dp.ua/8380/>

2. Литовченко В. П. Основні положення концепції кафедри професійної комунікації лікаря-стоматолога. *Габітус*. 2023. Вип. 56. С. 224–228. URL: <https://habitus.od.ua/journals/2023/56-2023/42.pdf>

3. Литовченко В. П. Психологічна складова роботи фахівців медичної сфери з пацієнтами з порушенням слуху: історичні аспекти і рекомендації. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2023. № 1(109). С. 60–90. URL: https://ojs.csnukr.in.ua/index.php/Exceptional_child/article/view/128

4. Литовченко В. П. Психологічна підтримка пацієнтів з порушеннями слуху: методичні прийоми та рекомендації для лікарів-стоматологів. *Журнал сучасної психології*. 2024. № 1(32). С. 79–87.

5. Литовченко В. П., Литовченко С. В. Безбар'єрність стоматологічної допомоги пацієнтам з особливими комунікативними потребами: організаційний та психологічний аспекти. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2022. № 1. С. 131–139. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/items/dc988876-d71a-427a-a313-b1e18e012378>

6. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо запровадження принципів безбар'єрності під час надання медичних та реабілітаційних послуг в закладах охорони здоров'я: наказ МОЗ України від 06.02.2024 р. № 198. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/v0198282-24>

7. Прохоренко Л. І. До питання формування професійної комунікації лікаря та пацієнта з порушенням слуху. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2024. № 1(24). С. 120–148. URL: <https://spp.org.ua/index.php/journal/article/view/244>

8. Про затвердження Порядку надання медичної допомоги з організації скринінгу та діагностики порушень слуху у дітей: наказ МОЗ України від 29.04.2025 р. № 736. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-29-04-2025-736-pro-zatverdzhennya-poryadku-nadannya-medichnoyi-dopomogi-z-organizaciyi-skriningu-ta-diagnostiki-porushen-sluhu-u-ditej>

УДК 159.99

Олександра МОЧАЛОВА,
Практичний психолог Закладу дошкільної освіти № 52 (ясла-садок)
комбінованого типу Миколаївської міської ради,
Миколаївської області
м. Миколаїв, Україна

ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ ВИГОРЯННЯ У БАТЬКІВ, ЩО ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

В тезах представлено теоретичний аналіз проблеми емоційного вигоряння батьків, які виховують дітей з особливими освітніми потребами (дітей з ооп). На основі вивчення наукової літератури з психології сім'ї, психології особистості, психології здоров'я, психоаналізу, соціальної психології було розглянуто ключові аспекти проблеми емоційного вигоряння батьків, що виховують дітей з ооп. Окремо виділені причини емоційного вигоряння батьків та окреслено шляхи подолання емоційного вигоряння батьків, що виховують дітей з ооп.

Сучасний етап розвитку нашого суспільства характеризується великим психологічним навантаженням батьків. Зміна звичного способу життя, збільшене перебування у стані стресу, особливо на територіях, близьких до місць проведення бойових дій, поширення неповних та повторношлюбних сімей, збільшення кількості сімей, в яких є "особливі" діти – ці фактори суттєво змінюють психологічний стан батьків, а більш за все тих, які виховують дітей з особливими освітніми потребами.

Емоційне вигорання – це синдром, що розвивається на основі неперервного впливу на людину стресових ситуацій і призводить до інтелектуальної, душевної і фізичної перевтоми та виснаження [1, с. 66].

Синдром емоційного вигоряння відноситься до числа феноменів особистісної деформації, тому ні в якому разі не можна ігнорувати проблему емоційного вигоряння батьків – вона впливає і на здоров'я та якість життя як батьків, так і на психологічне здоров'я і виховання дітей з особливими освітніми потребами.

Емоційне вигоряння – це психічний стан виснаження, що характеризується втратою мотивації, емоційною спустошеністю та зниженням працездатності внаслідок тривалого професійного стресу [2, с. 273].

Батьківське вигоряння – це стан фізичного, емоційного та розумового виснаження через тривалий стрес від виховання дитини [4, с. 126], що проявляється втомою, дратівливістю, іноді проявами байдужості, емоційним відстороненням, втомою, дратівливістю та навіть агресією.

З народженням малюка з'являється досить складна ситуація, змінюється побут, поведінка сім'ї, орієнтири батьків, необхідність взаємодіяти із соціальними інститутами. Багато психологів, фахівців з сімейної психології та психології особистості визнають низьку психологічну компетентність батьків, їх дефіцит знань про психологію дитини, про особливості виховання дітей з ооп, про брак навичок конструктивної взаємодії [3, с. 5].

Маємо констатувати, що для більшості сучасних сімей, народження дитини не є її зміцненням, а навпаки, часто саме народження дитини яскраво висвітлює проблеми, які є в сім'ї. Народження дитини назавжди змінює чоловіка та жінку – вони набувають нового статусу - вони тепер - батьки! Виховання малечі – найвідповідальніша справа і це щоденна робота душі та серця. Поява дитини – це випробування, яке перевіряє на міцність не тільки почуття подружжя один до одного, їхні стосунки, цінність, а й їхню витривалість.

Як показує практика, батько часто занурюється в роботу, іноді зовсім мало часу приділяє догляду за дитиною та її вихованню, а мати перебуває весь час з дитиною і знаходиться в нестабільному психо-емоційному стані, вона фізично, емоційно виснажена, що з часом призводить до емоційного вигорання. А в цей час дитина потребує посмішки батьків, уваги, активності, турботи, врівноваженості, енергії, часу і головне – любові, яку не може в повній мірі виявляти матір (а іноді й батько), яка завжди втомлена, фізично та емоційно виснажена.

Зрозуміло, що такий стан матері напряму передається малечі, що, в свою чергу, становить загрозу для відчуття дитиною захищеності, комфортності (саме в психологічній складовій). В результаті і мати (батько), і дитя досить далекі від психо-емоційного благополуччя. Маленька дитина не відчуває стабільності, оскільки настрої матері (батька) може змінюватись декілька разів на день. Це дуже складний період для батьків і дитини - вони всі перебувають в стресі!

Емоційне вигорання є однією з актуальних проблем сучасних батьків, що виховують дитину з ооп. Вони майже весь час знаходяться під впливом психологічного навантаження, стресу, що негативно впливає не лише на фізичний, а й на психологічний стан батьків.

Після проведення дослідження можна окреслити шляхи подолання емоційного вигорання батьків:

1. Підвищення психологічної компетентності батьків. Психологічна компетентність батьків включає систему знань про дитину, самопізнання, самоконтроль, а також вміння застосовувати їх для гармонійного виховання та ефективної взаємодії. Вона передбачає усвідомлене ставлення до батьківства, емоційну теплоту, адекватний стиль виховання та формування міцних взаємин,

що впливають на розвиток самоповаги та особистості дитини. Чоловік та жінка мають бути психологічно підготовленими до батьківства!

2. Комплексний підхід: фізичне оновлення (достатній відпочинок, фізична активність, повноцінне харчування) та виділення часу на власні потреби, хобі, виділення часу “на себе”, збереження якості життя завдяки розумному розподіленню побутових навантажень, кращому плануванню свого часу, вмінню повноцінно відпочивати і відновлювати свої сили. Важлива відмова від перфекціонізму та зниження вимог до себе.

3. Продуктивна взаємодія з членами сім’ї. У вихованні дитини можуть приймати участь всі члени сім’ї, надати допомогу можуть бабусі і дідусі, які з радістю йдуть, наприклад, на прогулянку з дитиною. Вони можуть надати допомогу і у годуванні дитини, у проведенні гігієнічних процедур. Але батьки мають попросити допомоги у бабусі та дідуся, зробити це від серця, й отримають більше розуміння, співчуття та любові й до батьків дитини. Якщо немає можливості отримати допомогу родичів – можна найняти няню, яка буде гарним помічником батьків.

Синдром емоційного вигоряння батьків, що виховують дитину з особливими освітніми потребами – це психічний стан виснаження, який відбивається не лише на стані батьків, а й на їх взаємодії з дитиною, і його не можна ігнорувати.

Список використаних джерел:

1. Приходько Ю. О., Юрченко В. І. Психологічний словник-довідник: навч. посіб., 4-те вид., випр. і доп. Київ: Каравела, 2020. 418 с.
2. Психологічний словник / авт.-уклад. В. В. Синявський, О. П. Сергеєнкова; ред. Н. А. Побірченко. Київ: Науковий світ, 2007. 336 с.
3. Титаренко Т. М., Кляпець О. Я. Запобігання емоційному вигоранню в сім’ї як фактор гармонізації сімейних взаємин: науково-методичний посібник. Київ: Міленіум, 2007. 142 с.
4. Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків: Прапор, 2007. 640 с.

Анна ОГАРЕНКО,
здобувачка освіти 3 курсу, спеціальності Психології
Навчально-наукового гуманітарного інституту
Національного університету кораблебудування
імені адмірала Макарова,
м. Миколаїв, Україна

Науковий керівник: **Ірина ЛИТВИНЕНКО**,
кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри психології
Навчально-наукового гуманітарного інституту
Національного університету кораблебудування
імені адмірала Макарова,
м. Миколаїв, Україна

ВТОРИННА ТРАВМАТИЗАЦІЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У СУЧАСНИХ УМОВАХ

Актуальність теми зумовлена умовами повномасштабної війни, які суттєво впливають на психологічний стан медичних працівників в емоційно складних, травматичних умовах.

***Ключові слова:** вторинна травматизація, втома від співчуття, медичні працівники, стресостійкість, вікарна травма, саморегуляція, моральна травма.*

Упродовж тривалого періоду війни значна частина населення вже має прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та гострих стресових реакцій (ГСР), що виникли внаслідок пережитих травматичних подій. Водночас особливої уваги потребують медичні працівники, які щоденно контактують із травматичними історіями пацієнтів. Така професійна діяльність підвищує ризик розвитку вторинної травматизації, що негативно впливає на їх психоемоційний стан та професійну ефективність.

Вторинна травматизація (вікарна травма) – це психологічний стан, що виникає після ознайомлення з розповідями, фото чи відео про страждання інших людей. Це непрямий вплив, коли людина особисто не пережила трагедію, але отримує симптоми, схожі на ПТСР (тривога, безсоння, жахи), через чужий біль.

Вперше концепція вторинного травматичного стресу була описана Ч. Фіглі у 1995 році, який визначив цей стан як «вартість турботи про інших» та описав його у своїй книзі «Compassion Fatigue» (Втома від співчуття). [1]

Можна виділити три основні причини виникнення вторинної травматизації в медика. Перша: емпатичний зв'язок та «дзеркальні нейрони»,

коли медик уважно слухає пацієнта або бачить його страждання, у його мозку активуються дзеркальні нейрони. Вони змушують фахівця співпереживати біль так, ніби він є його власним. Друга причина: постійний вплив жорстокої реальності руйнує переконання про те, що «світ безпечний». Третя причина: накопичення сенсорних тригерів медици запам'ятовують травму через органи чуття: запах горілого, крики болю, вигляд понівечених тіл. Ці образи закарбовуються в пам'яті і можуть пізніше виникати як флешбеки.

Медики, що працюють з постраждалими після психотравмуючих подій, завжди мають підвищені ризики для власного ментального здоров'я. Результати системного дослідження IRC та ZDOROVІ за листопад 2024 року показали, що 30% перебувають у критичному стані щодо особистого добробуту. 46% респондентів не мають оптимістичного погляду на майбутнє. 30% медиків зазначають повну відсутність підтримки з боку керівництва щодо їх ментального стану. [2]

Сучасні українські дослідження описують стан «емоційної анестезії» у медичних працівників. Це приклад того, як вторинна травма змушує «відключати» емоції, щоб вижити, що згодом призводить до важкої депресії. Цікаво ще те, що найвищий рівень стресу спостерігається у медсестер, які мають прямий і тривалий контакт із пораненими.

Медики під час пандемії COVID-19 – це один із найсвіжіших і найбільш задокументованих прикладів масової вторинної травматизації. Лікарі стикалися з «моральною травмою», коли були змушені обирати, кому давати апарат ШВЛ, а кому ні.

Браян Брайд проводив дослідження фахівців, що працювали на місцях терактів 11 вересня. Він зафіксував, що навіть досвідчені лікарі, які не постраждали фізично, демонстрували повний спектр симптомів ПТСР: уникнення розмов про роботу та надмірну тривожність.

Для мінімізації негативних наслідків вторинної травматизації, слід використовувати багаторівневу систему самопомоги. Важливими є техніки когнітивно-поведінкової саморегуляції, зокрема практики дихання по квадрату, майндфулнес, спостереження за природою – дозволяють перервати потік спогадів про травми пацієнтів та бути «тут і зараз», а також щоденна «інформаційна гігієна». Важлива комунікація з колегами та близькими, спілкуватися про свої почуття, переживання. Також може допомогти зняти напругу контакт з домашніми тваринами. Важливо піклуватися про своє фізичне здоров'я та тіло. Тренування, масажі, прогулянки – допомагають зняти стрес. [3]

Застосування цих інструментів в комплексі та системно дозволяє трансформувати вторинну травму у посттравматичне зростання, зберігаючи ресурс медичного працівника в умовах тривалого стресу.

Список використаних джерел:

1. Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized / ed. by C. R. Figley. New York: Brunner/Mazel, 1995. 268 p.
2. Психічне здоров'я медиків під час війни: результати дослідження IRC за участю «Здорові». Громадський простір. URL: <https://www.prostir.ua/?news=psyhichne-zdorovya-medykiv-pid-chas-vijny-rezultaty-doslidzhennya-irc-za-uchastyu-zdorovi> (дата звернення: 02.04.2026).
3. Ти як? Сайт програми ментального здоров'я. URL: <https://howareu.com/self-help> (дата звернення: 02.04.2026).

Віталій ПЕТЬКОВ,

кандидат психологічних наук, доцент,
завідувач кафедри психології

ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ АДАПТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ ДО УМОВ ТРИВАЛОГО СТРЕСУ В КОНТЕКСТІ ЗБЕРЕЖЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я

У сучасних умовах суспільної нестабільності, воєнних подій, тривалої невизначеності та хронічного психоемоційного напруження особливого значення набуває проблема адаптації особистості до умов тривалого стресу. Для сфери психології, громадського здоров'я та психологічної реабілітації ця проблема є однією з ключових, оскільки тривалий стрес впливає не лише на емоційний стан людини, а й на її когнітивне функціонування, поведінкові стратегії, працездатність та якість соціального функціонування [5; 10; 11]. Дані сучасних досліджень свідчать, що хронічний стрес асоціюється з накопиченням алостатичного навантаження, яке відображає кумулятивний психофізіологічний вплив стресорів і пов'язане з погіршенням психічного та соматичного здоров'я [8; 9; 5].

Метою дослідження є обґрунтування ролі психологічних механізмів адаптації особистості до умов тривалого стресу та визначення їх значення для збереження ментального здоров'я в умовах сучасних викликів.

У науковій літературі адаптація до стресу розглядається як багаторівневий процес, що включає когнітивні, емоційно-регулятивні, поведінкові та соціально-психологічні механізми. Провідне місце серед них посідають когнітивна оцінка ситуації, саморегуляція, стресостійкість, гнучкість поведінки, здатність до відновлення після психотравмуючих подій та використання підтримувальних соціальних ресурсів [4; 5; 10]. Сучасні

дослідження підкреслюють, що саме резильєнтність, ефективні копінг-стратегії та соціальна підтримка є важливими чинниками психічної адаптації в умовах хронічного стресу та травматичних подій [4; 11].

Особливу увагу в контексті тривалого стресу привертає концепція алостазу та алостатичного навантаження. Відповідно до цього підходу, короткочасна стресова реакція має адаптивний характер, однак за тривалого впливу стресорів ресурси організму виснажуються, що призводить до емоційної дезадаптації, зниження концентрації уваги, порушень сну, тривожних і депресивних проявів та зниження працездатності [8; 9]. Саме тому проблема збереження ментального здоров'я в умовах тривалого стресу повинна розглядатися не лише як індивідуально-психологічна, а і як міждисциплінарна проблема на перетині психології здоров'я, психології праці та психологічної реабілітації [5; 10].

В умовах воєнних конфліктів і тривалих кризових подій ризики для ментального здоров'я істотно зростають. Сучасні дослідження свідчать про високу поширеність симптомів посттравматичного стресу, депресії та тривоги серед цивільного населення в умовах збройного конфлікту, а також про значущу роль щоденних стресорів, невизначеності та втрати відчуття безпеки у підтриманні психологічного напруження [2; 6; 11]. Окремі дослідження також підтверджують значне психічне навантаження на медичних працівників та необхідність розширення доступу до психологічної підтримки [7].

У зв'язку з цим важливого значення набуває психологічна підтримка та реабілітація, спрямовані на розвиток адаптаційних ресурсів особистості. До найбільш доцільних напрямів належать формування навичок емоційної саморегуляції, розвиток конструктивних копінг-стратегій, відновлення відчуття контролю над власним життям, підвищення психологічної стійкості, підтримка соціальної взаємодії та психоосвітня робота [4; 10; 3]. Міжнародні організації також акцентують увагу на необхідності розвитку багаторівневої системи психосоціальної підтримки, спрямованої на зміцнення індивідуальних і спільнотних ресурсів резильєнтності [10; 3].

Таким чином, психологічні механізми адаптації особистості до умов тривалого стресу є важливим чинником збереження ментального здоров'я в сучасному кризовому суспільстві. Найбільше значення мають когнітивна переоцінка, емоційна саморегуляція, резильєнтність, соціальна підтримка та своєчасне включення особистості в програми психологічної допомоги й реабілітації [4; 5; 10]. Урахування цих механізмів у підготовці майбутніх психологів відповідає сучасним вимогам до фахівців у сфері психології та узгоджується зі Стандартом вищої освіти за спеціальністю 053 «Психологія» [1].

Список використаних джерел:

1. Стандарт ВО України: перший (бакалаврський) рівень, галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки, спеціальність 053 Психологія: затв. наказом Міністерства освіти і науки України від 24.04.2019 р. № 565. Київ: МОН України, 2019. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2019/04/25/053-psikhologiya-bakalavr.pdf>
2. Ahmed S. H. et al. (2024). Prevalence of post-traumatic stress disorder and depressive symptoms among civilians in armed conflict settings: a meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 13; no. 37(3):e101438. DOI: <https://doi.org/10.1136/gpsych-2023-101438>
3. Aqtam I. (2025). A narrative review of mental health and psychosocial impact of the war in Gaza: psychosocial support, resilience, and adaptation. *Eastern Mediterranean Health Journal*, vol. 31, no. 2, pp. 89–96. URL: <https://applications.emro.who.int/EMHJ/V31/02/1020-3397-2025-3102-89-96-eng.pdf>
4. Buenrostro-Jáuregui M. H. et al. (2025). A comprehensive overview of stress, resilience, and early life stress: insights into neuroplasticity mechanisms. *Biomedicines*, vol. 13, no. 4. Article 945. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40243691/>
5. Guidi J., Lucente M., Sonino N., Fava G. A. (2021). Allostatic load and its impact on health: a systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 90, no. 1, pp. 11–27. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32799204/>
6. Huțul T. D. et al. (2024). “The war is here!” anxiety, trauma centrality, and daily stressors among Ukrainian and Romanian civilians. *Frontiers in Psychology*, vol. 16, no. 8, pp. 1260-1268. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37561441/>
7. Lawry L. L. et al. (2024). A qualitative preliminary study of Ukrainian healthcare workers’ mental health during the ongoing conflict. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41790572/>
8. McEwen B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological Reviews*, vol. 87, no. 3, pp. 873–904. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17615391/>
9. McEwen B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 840, pp. 33–44. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9629234/>
10. World Health Organization. (2023). Regional framework for the future of mental health in the Western Pacific 2023–2030. Geneva/Manila: WHO. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/373225>
11. Yasenok V. et al. (2025). Mental health burden of persons living in Ukraine and Ukrainian refugees: current evidence. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40789716/>

Ольга РЕБРОВА,

кандидат психологічних наук,

доцент кафедри психології

ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,

м. Миколаїв, Україна

ПСИХОЛОГІЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ ЯК ЗАСІБ ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ ТА ФОРМУВАННЯ АДАПТАЦІЙНИХ РЕСУРСІВ

У сучасних умовах соціальної нестабільності, зокрема в контексті воєнних подій, суттєво зростає рівень психологічного навантаження на сім'ї, які виховують дітей з особливими освітніми потребами. Поєднання факторів, пов'язаних із особливостями розвитку дитини, обмеженим доступом до освітніх і реабілітаційних послуг, а також загальною соціальною невизначеністю, формує комплекс хронічних стресогенних впливів, що негативно позначається на психоемоційному стані батьків [3; 4]. За даними сучасних досліджень, саме батьки дітей з особливими освітніми потребами демонструють значно вищий рівень тривожності, депресивних проявів і психоемоційного виснаження порівняно із загальною популяцією [3].

Метою дослідження є аналіз сучасних наукових підходів до психологічного консультування батьків дітей з особливими освітніми потребами та обґрунтування його ефективності як механізму зниження стресу і розвитку адаптаційних ресурсів в умовах кризових соціальних змін.

Аналіз сучасних наукових досліджень свідчить, що батьківство в умовах виховання дитини з особливими освітніми потребами пов'язане з підвищеним рівнем хронічного стресу, який має як психологічні, так і психосоматичні прояви [3; 5]. Встановлено, що тривалий стресовий вплив призводить до виснаження адаптаційних можливостей особистості, зниження рівня психологічної стійкості та формування дезадаптивних поведінкових стратегій [5].

У цьому контексті психологічне консультування розглядається як науково обґрунтований інструмент психологічної підтримки, спрямований на відновлення ресурсного стану особистості. Сучасні дослідження підкреслюють ефективність комплексного підходу до консультування, який поєднує емоційну підтримку, психологічну просвіту, розвиток копінг-стратегій і формування навичок саморегуляції [1; 4]. Такий підхід дозволяє не лише знизити рівень стресу, але й активізувати внутрішні ресурси особистості та підвищити її здатність до адаптації.

Особливого значення набуває робота з емоційними переживаннями батьків, зокрема почуттям провини, тривоги, страху за майбутнє дитини та

емоційного виснаження. Дослідження доводять, що саме неусвідомлені або неконструктивно пережиті емоції виступають чинником посилення психологічної напруги та перешкоджають формуванню ефективних стратегій подолання стресу [1].

Ключовим результатом психологічного консультування є розвиток адаптаційних ресурсів батьків. У сучасній науковій літературі адаптаційні ресурси розглядаються як комплекс психологічних характеристик, що забезпечують здатність особистості ефективно функціонувати в умовах стресу. До них належать емоційна стійкість, саморегуляція, сформовані копінг-стратегії, соціальна підтримка та рівень резильєнтності [5]. Актуалізація цих ресурсів є визначальним фактором як психологічного благополуччя батьків, так і ефективності інклюзивного освітнього процесу [2].

В умовах сучасних кризових викликів особливої значущості набуває інтеграція психологічного консультування у систему інклюзивної освіти. При цьому психолог виступає не лише як консультант, але й як координатор взаємодії між родиною, освітнім середовищем та системою соціальної підтримки, що забезпечує цілісний підхід до супроводу сім'ї [2; 4].

Таким чином, результати аналізу сучасних досліджень підтверджують, що психологічне консультування є ефективним засобом подолання стресу та формування адаптаційних ресурсів батьків дітей з особливими освітніми потребами. Його системне застосування сприяє підвищенню рівня психологічного благополуччя, оптимізації сімейної взаємодії та створенню умов для гармонійного розвитку дитини в умовах соціальних трансформацій.

Список використаних джерел:

1. Борисенко З. П., Гринців М. Р. Роль та специфіка консультативної роботи з батьками дітей з особливими освітніми потребами. *Проблеми гуманітарних наук*. 2023. № 53. С. 34–40.

2. Василенко О. М., Безручук Ю. О. Соціально-психологічний супровід батьків дітей з особливими освітніми потребами. *Psychology Travelogs*. 2023. № 2. С. 25–30.

3. Кушнір Н. М. Особливості психологічних станів батьків дітей з особливими освітніми потребами. *Наукові записки. Серія: Психологічні науки*. 2024. № 4. С. 57–63. DOI: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-4-8>

4. Михайленко О. Ю., Кучер О. В. Психологічний супровід батьків дітей з особливими освітніми потребами. *Габітус*. 2024. № 62. С. 115–120. URL: <https://habitus.od.ua/journals/2024/62-2024/20.pdf>

5. Кихтюк О., Федотова Т., Кульчицька А. Психологічна підтримка та ресурсність батьків дітей з особливими освітніми потребами у клінічній практиці психолога. *Psychological Prospects Journal*. 2025. Вип. 45. С. 52–64. URL: <https://www.researchgate.net/publication/392384710>

Анна СЕРЬОГІНА,
здобувачка першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
спеціальності Психологія
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,
м. Миколаїв, Україна

ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНЦІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Воєнний стан в Україні супроводжується тривалим психотравмуючим впливом на населення. Масштабні втрати, небезпека для життя, вимушене переселення та соціально-економічна нестабільність формують умови хронічного стресу.

Згідно з підходами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), психічне здоров'я є невід'ємною складовою загального здоров'я та визначає здатність людини функціонувати в суспільстві.

За оцінками МОЗ України: близько 15 млн українців потребують психологічної підтримки та понад 3-4 млн осіб потребуватимуть спеціалізованого лікування.

Система охорони психічного здоров'я в Україні регулюється такими ключовими документами:

- Закон України «Про психіатричну допомогу»;
- Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні до 2030 року;
- Національна програма психічного здоров'я та психосоціальної підтримки;
- Ініціатива програми «Ти як?»;

Важливими напрямками є:

- інтеграція психічного здоров'я у первинну медичну допомогу;
- розвиток мультидисциплінарного підходу;
- децентралізація послуг на рівень громад.

МОЗ України наголошує, що «Психічне здоров'я є одним із пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я в умовах війни».

Воєнний стан формує широкий спектр психічних реакцій:

1. Короткострокові реакції: гостра стресова реакція; шок, страх, дезорієнтація; порушення сну, апетиту.
2. Довготривалі наслідки: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР); депресивні розлади; генералізована тривожність; психосоматичні порушення.

За класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я, такі стани можуть мати як адаптивний, так і патологічний характер залежно від тривалості та інтенсивності впливу.

В умовах сучасних викликів в Україні поняття вразливих груп населення значно розширилося. Це категорії людей, які мають обмежені можливості для самозахисту, забезпечення власних потреб або реалізації прав через фізичні, економічні чи соціальні обставини.

В умовах сучасних викликів в Україні поняття вразливих груп населення значно розширилося. Це категорії людей, які мають обмежені можливості для самозахисту, забезпечення власних потреб або реалізації прав через фізичні, економічні чи соціальні обставини.

Особливої уваги потребують:

1. Діти та підлітки: регрес поведінки, страхи, труднощі навчання.
2. Військовослужбовці та ветерани: високий ризик ПТСР і моральної травми.

3. Внутрішньо переміщені особи (ВПО): адаптаційні труднощі, втрата соціальних зв'язків.

4. Особи, що пережили втрату: ускладнене горювання.

5. Фахівці допоміжних професій: синдром емоційного вигорання.

Воєнний стан впливає на психічне здоров'я, тому його доцільно розглядати через біопсихосоціальну модель:

1. Біологічний рівень: виснаження нервової системи, порушення сну.

2. Психологічний рівень: тривога, страх, травматичні переживання.

3. Соціальний рівень: ізоляція, втрата ресурсів, зміна соціальних ролей.

Такий підхід відповідає міжнародним стандартам, рекомендованим Всесвітньою організацією охорони здоров'я.

В Україні формується багаторівнева система підтримки:

1. Первинний рівень:

- сімейні лікарі (скринінг, базова допомога);
- психологічна підтримка у громадах.

2. Спеціалізований рівень:

- психотерапія;
- психіатрична допомога;
- реабілітаційні програми.

«Гуманітарний сектор» охоплює широку сферу діяльності, спрямовану на підтримку людського життя, захист прав та розвиток суспільства. На даний час, гуманітарний сектор, активно інтегрується з медичною сферою для надання послуг вразливим верствам населення. Зокрема через діяльність Товариства Червоного Хреста України, міжнародних організації (UNICEF, WHO, IOM), а також мобільними бригадами психосоціальної підтримки.

Відповідно до міжнародних стандартів ВООЗ рекомендує підходи:

- інтеграції психічного здоров'я у всі рівні допомоги;
- навчання неспеціалізованих працівників (mhGAP);

- акцента на стійкість (resilience) населення.

Україна активно імплементує ці підходи у національну систему.

Ключовими ресурсами психологічної стійкості та ресурсами відновлення є: соціальна підтримка; збереження рутин; фізична активність; обмеження інформаційного перевантаження; розвиток навичок саморегуляції.

Психологічна стійкість розглядається як динамічний процес адаптації до стресу.

До викликів та проблем системи сучасної соціальної та медичної інфраструктури, що перебувають під значним навантаженням відносяться:

- недостатня кількість фахівців;
- стигматизація звернення за допомогою;
- нерівномірний доступ до послуг;
- перевантаження системи охорони здоров'я.

Розвиток гуманітарного сектору та системи соціальної підтримки в Україні зараз переходить від етапу «екстреного реагування» до етапу сталого відновлення. З огляду на існуючі виклики, можна виділити ключові перспективи, які визначатимуть майбутнє цієї сфери:

- розширення мережі центрів психічного здоров'я;
- цифровізація послуг (онлайн-консультування);
- розвиток шкільної психологічної служби;
- довготривала реабілітація ветеранів;
- формування культури турботи про психічне здоров'я.

Воєнний стан є потужним фактором ризику для психічного здоров'я. Психологічні наслідки мають довготривалий характер. Ефективна допомога потребує системного та міждисциплінарного підходу. Важливим є поєднання державної політики та міжнародної підтримки. Формування психологічної стійкості населення – стратегічне завдання держави.

Психічне здоров'я українців в умовах воєнного стану є одним із ключових викликів сучасності. Системна державна політика, підтримка міжнародних організацій та розвиток психологічної культури суспільства створюють підґрунтя для відновлення та зміцнення української нації.

Список використаних джерел:

1. Міністерство охорони здоров'я України – офіційні матеріали щодо психічного здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/uk/mental-health>

2. Всесвітня організація охорони здоров'я. Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies. URL: <https://openwho.org/channel/Mental+health+and+psychosocial+support+in+emergencies/>

3. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року: розпорядження КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1018-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text>

4. Про затвердження плану заходів на 2024-2026 роки з реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року: розпорядження КМУ від 21 червня 2024 р. № 572-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/572-2024-%D1%80#Text>

5. Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка. Товариство Червоного Хреста України. URL: <https://redcross.org.ua/mhpps/>

Анастасія СТЕПЕНКО,
здобувачка освіти, 3 курсу спеціальності Психології
Навчально-наукового гуманітарного інституту
Національного університету кораблебудування
імені адмірала Макарова,
м. Миколаїв, Україна

Ірина ЛИТВИНЕНКО,
кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри психології
Навчально-наукового гуманітарного інституту
Національного університету кораблебудування
імені адмірала Макарова,
м. Миколаїв, Україна

ВПЛИВ ДИТЯЧО-БАТЬКІВСЬКИХ СТОСУНКІВ НА ПОРУШЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Проблема психічного здоров'я дітей дошкільного віку сьогодні є надзвичайно актуальною. Саме в цей період закладається основа особистості дитини, формуються її емоції, поведінка, ставлення до себе та до інших людей. І головним середовищем, у якому це відбувається, є сім'я. Дитячо-батьківські стосунки – це не просто взаємодія між дорослими і дитиною, а фундамент, на якому будується психічне благополуччя дитини.

У ранньому віці дитина повністю залежить від батьків – фізично, емоційно і психологічно. Вона ще не вміє самостійно пояснити свої почуття, заспокоїти себе або знайти рішення у складній ситуації. Саме батьки виступають для неї «провідниками» у світ емоцій. Якщо дорослі реагують на потреби дитини з любов'ю, терпінням і розумінням, дитина поступово вчиться довіряти світу, регулювати свої емоції та будувати здорові стосунки.

Одним із найважливіших чинників є емоційна прив'язаність між дитиною і батьками. Коли дитина відчуває, що її люблять незалежно від її поведінки, що

її приймають і підтримують, у неї формується базове відчуття безпеки. Це відчуття є основою психічного здоров'я. Якщо ж прив'язаність порушена – наприклад, через холодність, часту відсутність батьків або нестабільну поведінку дорослих – дитина може відчувати тривогу, страх, невпевненість у собі.

Також важливим аспектом у контексті впливу дитячо-батьківських стосунків на психічне здоров'я дитини є питання: якою має бути сім'я, щоб сприяти гармонійному розвитку дитини? [1]

Успішною можна вважати таку сім'ю, в якій задовольняються основні потреби кожного її члена, де враховуються інтереси і можливості дитини, а сама дитина розглядається як цінна та унікальна особистість. У такій родині особлива увага приділяється не лише фізичному, але й емоційному та духовному благополуччю. Атмосфера будується на повазі, підтримці та розвитку гідності кожного. Хоча такі умови можуть здаватися складними для досягнення, насправді вони формуються через щоденні дії та ставлення батьків.

Першим і ключовим чинником здорової сімейної атмосфери є любов. Важливо розуміти, що для дитини велике значення мають не лише стосунки з батьками, а й взаємини між самими батьками. Діти дуже чутливо реагують на конфлікти, сварки, напруження в родині, і такі емоційно насичені події часто залишають глибокий слід у їхній психіці. Відносини між мамою і татом фактично стають моделлю, яку дитина переносить у своє доросле життя.

Любов у сім'ї можна умовно розглядати у двох напрямках: як стосунки між батьками і як ставлення батьків до дитини. Якщо дитина щоденно відчуває турботу, тепло, прийняття, це формує у неї базове відчуття безпеки і правильне розуміння міжособистісних стосунків. Саме через такі прояви любові закладаються цінності, які в подальшому визначають поведінку та психічну стійкість дитини.

Другим важливим чинником є правильне виховання. Йдеться про такий підхід, у якому поважається гідність дитини, визнається її індивідуальність, а не пригнічується її особистість. Виховання має базуватися не на страху чи покараннях, а на розумінні, підтримці та чітких орієнтирах. Водночас важливо враховувати, що на поведінку батьків впливають їхній емоційний стан, власний життєвий досвід, пережиті образи, а також соціально-економічні умови. Проте навіть за наявності цих факторів ставлення до дитини не повинно ставати деструктивним.

Відповідальність батьків за емоційний і психологічний стан дитини є основою ефективного виховання. Важливо приймати дитину такою, якою вона є, з її сильними та слабкими сторонами, і водночас встановлювати зрозумілі межі. Наявність правил і кордонів не обмежує дитину, а навпаки – створює відчуття стабільності та безпеки.

Третім чинником є послідовність у сімейному вихованні. Дитині важливо бачити, що батьки дотримуються єдиних підходів: однаково оцінюють поведінку, узгоджено реагують на порушення правил, мають спільне бачення виховання. Непослідовність породжує у дитини тривогу, невпевненість і незрозуміння того, як правильно діяти.

Четвертий важливий аспект – це особистий приклад батьків. Діти значно більше навчаються через спостереження, ніж через слова. Вони переймають стиль поведінки дорослих, їхні реакції на труднощі, способи спілкування з іншими людьми. Якщо батьки демонструють чесність, повагу, спокій у конфліктних ситуаціях, дитина засвоює ці моделі як норму.

Батьки для дитини тривалий час є головним орієнтиром у світі. Через їхню поведінку дитина пізнає соціальні норми, формує уявлення про добро і зло, вчиться будувати взаємини. Саме тому навіть незначні, на перший погляд, дії дорослих можуть мати значний вплив на розвиток дитини.

Важливо також розуміти, що поведінка дитини часто є відображенням сімейної атмосфери. Якщо дитина проявляє агресію, тривожність або неслухняність, це може бути сигналом про внутрішні проблеми в родині. Тому замість покарання доцільно звернути увагу на причини такої поведінки.

Отже, створення здорової сімейної атмосфери через любов, повагу, послідовність і позитивний приклад є ключовою умовою профілактики порушень психічного здоров'я у дітей дошкільного віку. Саме сім'я виступає тим середовищем, яке або зміцнює психіку дитини, або, навпаки, стає джерелом її внутрішніх труднощів.

Стиль виховання в сім'ї безпосередньо впливає на психічний розвиток дитини та може бути як фактором захисту, так і причиною формування різних порушень [2]. Дослідники Стенфордського університету визначили чотири основні стилі виховання – авторитетний, нехтуючий, дозвільний і авторитарний. Кожен з цих стилів по-різному впливає на дитячу поведінку та стосунки в сім'ї.

Перший стиль – авторитетний (демократичний) – це коли батьки встановлюють правила, але пояснюють їх і слухають дитину. Вони підтримують і допомагають, тому дитина росте впевненою та самостійною. Порушення трапляються рідко, але інколи може з'являтися страх не виправдати очікування.

Другий стиль – нехтуючий (індиферентний) – це коли батьки мало спілкуються і не приділяють уваги дитині. Вона відчуває себе покинутою, стає замкненою або агресивною. У майбутньому можливі тривожність, депресія і проблеми з довірою до людей.

Третій стиль – дозвільний (ліберальний) – це коли батьки все дозволяють і уникають заборон. Дитині бракує меж, тому вона може бути неслухняною і

імпульсивною. З часом це призводить до проблем з дисципліною, навчанням і спілкуванням.

Четвертий стиль – авторитарний (жорсткий) – це коли батьки дуже суворі і не враховують почуття дитини. Вона боїться помилок і відчуває напруження. Це може викликати низьку самооцінку, тривожність або агресію.

Найбільш сприятливим для психічного здоров'я є демократичний стиль виховання, який поєднує підтримку, повагу до дитини та чіткі межі. Він сприяє формуванню емоційної стабільності, впевненості в собі та здатності до здорової соціальної взаємодії.

Важливо також розуміти, що поведінка дитини часто є відображенням сімейної атмосфери [3]. Якщо дитина проявляє агресію, тривожність або неслухняність, це може бути сигналом про внутрішні проблеми в родині. Тому замість покарання доцільно звернути увагу на причини такої поведінки.

Отже, створення здорової сімейної атмосфери через любов, повагу, послідовність і позитивний приклад є ключовою умовою профілактики порушень психічного здоров'я у дітей дошкільного віку. Саме сім'я виступає тим середовищем, яке або зміцнює психіку дитини, або, навпаки, стає джерелом її внутрішніх труднощів.

Список використаних джерел:

1. Фактори здорової атмосфери сім'ї. URL: <https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi79/0058896.pdf>
2. Моделі дитячо-батьківських стосунків у психології, стилі виховання. URL: <https://vmpdu.edu.vn.ua/novyny/4-styli-vyhovannya-dytyny-vyznachte-sviy>
3. Позитивне виховання – ключ до здоров'я. URL: <https://childdevelop.com.ua/articles/upbring/2/>

УДК 159.9

Юлія СУЄТІНА,
група 2557 ст 3, Навчально-науковий гуманітарний інститут
Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова
м. Миколаїв, Україна

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

ЗНАЧЕННЯ ПАМ'ЯТІ У ЖИТТІ ЛЮДИНИ

Пам'ять є однією з найважливіших психічних функцій людини. Вона забезпечує збереження, накопичення та відтворення інформації, яка була отримана в процесі життєдіяльності. Завдяки пам'яті людина здатна накопичувати досвід, використовувати знання у практичній діяльності, а також формувати уявлення про навколишній світ. Без пам'яті неможливе навчання, розвиток мислення, мовлення та формування особистості.

Ключові слова: пам'ять, психічні функції, особистість, досвід, інформація.

У сучасному суспільстві роль пам'яті значно зростає. Людина щодня стикається з великим обсягом інформації, який необхідно сприймати, обробляти та запам'ятовувати. Саме тому дослідження пам'яті є важливим напрямом психологічної науки. Вивчення механізмів пам'яті дозволяє зрозуміти, як людина засвоює інформацію, чому іноді виникають труднощі із запам'ятовуванням та як можна покращити процес збереження і відтворення знань.

Проблема пам'яті досліджувалася багатьма вченими у різні історичні періоди. Значний внесок у розвиток теорії пам'яті зробили такі дослідники, як Hermann Ebbinghaus, William James та інші [6]. Їхні дослідження дали змогу зрозуміти основні закономірності функціонування пам'яті та її роль у пізнавальній діяльності людини.

Пам'ять – це психічний процес, який забезпечує запам'ятовування, збереження та відтворення інформації. Вона є основою пізнавальної діяльності людини, оскільки дозволяє використовувати раніше набутий досвід у нових ситуаціях.

Значну увагу дослідженню пам'яті приділяв американський психолог і філософ William James, який розглядав пам'ять як здатність мозку зберігати та відтворювати пережитий досвід. У своїй праці «Principles of Psychology» він підкреслював, що пам'ять є основою формування свідомості людини.

Завдяки пам'яті людина може зберігати знання, навички та вміння протягом тривалого часу. Пам'ять також відіграє важливу роль у формуванні особистості, оскільки вона пов'язує минулий досвід людини з її теперішнім і майбутнім.

У психології пам'ять розглядається як складний багаторівневий процес, який включає кілька основних етапів: запам'ятовування; збереження; відтворення; забування. Ці процеси тісно пов'язані між собою і забезпечують ефективне функціонування пам'яті[5].

У психології існує кілька класифікацій пам'яті залежно від різних критеріїв.

За тривалістю збереження інформації виділяють:

- Короткочасну пам'ять – забезпечує збереження інформації протягом короткого часу.

- Довготривалу пам'ять – забезпечує тривале збереження знань, досвіду та навичок.

- Оперативну пам'ять – використовується під час виконання конкретних завдань.

Функціонування пам'яті забезпечується кількома основними процесами:

- Запам'ятовування – це процес закріплення нової інформації. Він може бути довільним або мимовільним.

- Збереження – процес утримання інформації у пам'яті протягом певного часу.

- Відтворення – процес відновлення раніше засвоєної інформації.

- Забування – процес часткової або повної втрати інформації.

Закономірності процесу забування досліджував німецький психолог Hermann Ebbinghaus. У результаті своїх експериментів він створив так звану криву забування, яка показує, що найбільша частина інформації втрачається у перші години після її засвоєння. Ці дослідження стали важливим кроком у розвитку експериментальної психології пам'яті [2].

Для покращення пам'яті використовують різні мнемічні прийоми: асоціації; логічне групування інформації; створення образів; складання планів та схем.

Сучасна психологія продовжує активно досліджувати механізми пам'яті. Науковці використовують новітні методи нейропсихології, когнітивної психології та нейрофізіології для вивчення процесів запам'ятовування та відтворення інформації[1, 3, 4].

Отже, пам'ять є складним психічним процесом, який відіграє важливу роль у пізнавальній діяльності людини. Вона забезпечує накопичення досвіду, формування знань та розвиток мислення.

Список використаних джерел

1. Baddeley A. D. Working Memory, Thought, and Action. Oxford: Oxford University Press, 2010.
2. Eysenck M. W., Keane M. T. Cognitive Psychology: A Student's Handbook. 6th ed. New York: Psychology Press, 2015.
3. Sternberg R. J., Sternberg K. Cognitive Psychology. 7th ed. Boston: Cengage Learning, 2017.
4. Goldstein E. B. Cognitive Psychology: Connecting Mind, Research, and Everyday Experience. 4th ed. Boston: Cengage Learning, 2014.
5. Reisberg D. The Science of Perception and Memory: A Pragmatic Guide. New York: Oxford University Press, 2013.
6. Nairne J. S. Psychology of Learning and Memory. 3rd ed. Boston: Cengage Learning, 2016.

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

ПСИХОСОМАТИЧНІ ПРОЯВИ СТРЕСУ ТА ЕМОЦІЙНОЇ НАПРУГИ В УМОВАХ СУЧАСНИХ КРИЗОВИХ ВИКЛИКІВ

У сучасних умовах суспільної нестабільності, зокрема в контексті воєнних подій, соціальної напруженості та тривалої невизначеності, спостерігається суттєве зростання рівня емоційного напруження серед населення. Хронічний стрес стає одним із провідних факторів ризику порушень психічного та соматичного здоров'я, що обумовлює актуальність дослідження психосоматичних проявів як інтегративного феномену взаємодії психічних і фізіологічних процесів [4; 5].

Метою дослідження є обґрунтування особливостей психосоматичних проявів стресу та емоційної напруги в умовах сучасних кризових викликів і визначення їх ролі у формуванні загального стану здоров'я особистості.

Психосоматичні прояви розглядаються як результат складної взаємодії емоційних, когнітивних та фізіологічних механізмів. За даними сучасних досліджень, тривалий вплив стресових факторів призводить до порушення нейроендокринної регуляції та розвитку соматичних симптомів, зокрема порушень сну, головного болю, серцево-судинних і гастроінтестинальних розладів [4; 5]. Важливу роль у цьому процесі відіграє емоційна напруга, яка виступає тригером психофізіологічних змін та сприяє накопиченню психосоматичних реакцій.

Сучасні дослідження свідчать, що хронічний стрес є ключовим чинником розвитку психосоматичних порушень та негативно впливає на когнітивне функціонування, емоційний стан і загальне самопочуття особистості [4]. Встановлено, що соматичні симптоми тісно пов'язані з рівнем тривожності та депресії, а їх інтенсивність зростає за умов тривалого психоемоційного напруження [1].

Особливу увагу дослідники приділяють ролі резильєнтності та соціальної підтримки у зменшенні психосоматичних проявів. Доведено, що високий рівень психологічної стійкості та наявність соціальної підтримки сприяють зниженню проявів тривоги, депресії та соматичних симптомів [2; 6]. Водночас недостатність адаптаційних ресурсів особистості підвищує ризик розвитку психосоматичних розладів.

В умовах воєнних конфліктів психосоматичні прояви набувають особливої інтенсивності. Дослідження, проведені серед населення України, свідчать про значне зростання рівня тривожності, травматизації та стресових реакцій, що супроводжуються соматичними скаргами [3]. Подібні результати отримані й у міжнародних дослідженнях, які демонструють високий рівень посттравматичних і депресивних проявів у населення, що перебуває в умовах збройних конфліктів [1].

Крім того, дослідження серед медичних працівників показують, що високий рівень емоційного виснаження супроводжується соматичними симптомами та зниженням якості життя, що свідчить про тісний зв'язок психічного та фізичного здоров'я [7]. Це підкреслює необхідність комплексного підходу до збереження ментального здоров'я.

У зв'язку з цим важливого значення набуває психологічна підтримка та реабілітація, спрямовані на розвиток адаптаційних ресурсів особистості. До найбільш доцільних напрямів належать формування навичок емоційної саморегуляції, розвиток конструктивних копінг-стратегій, підвищення психологічної стійкості та забезпечення соціальної підтримки [2; 6].

Таким чином, психосоматичні прояви стресу та емоційної напруги є важливим індикатором стану здоров'я особистості в умовах сучасних кризових викликів. Їх вивчення дозволяє глибше зрозуміти механізми взаємодії психічного і соматичного рівнів функціонування організму, а також визначити ефективні напрями психологічної допомоги та профілактики. Урахування цих аспектів сприяє підвищенню якості психологічної допомоги та відповідає сучасним викликам у сфері громадського здоров'я.

Список використаних джерел:

1. Ahmed S. H. et al. (2024). PTSD and depression in conflict settings: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38881616/>

2. Cheng P. et al. (2024). Psychological resilience and social support in mitigating post-traumatic symptoms. *BJPsych Open*. URL: <https://doi.org/10.1192/bjo.2024.64>
3. Huțul T. D. et al. (2024). Anxiety, trauma and stress among Ukrainian civilians. *Frontiers in Psychology*. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37561441/>
4. Jiang W., Yuan Y. (2023). Current trends in psychosomatic symptoms and stress-related disorders. *Current Pharmaceutical Design*. URL: <https://www.researchgate.net/publication/371678157>
5. Mostafavi Abdolmaleky H. et al. (2025). Psychosomatic disorders, epigenome, and gut microbiota. *Cells*. URL: <https://www.mdpi.com/2073-4409/14/24/1959>
6. Sodolevska V. (2025). Enhancing psychological resilience in war conditions. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, vol. 10, no. 2, pp. 1-16. URL: <https://m.e-medjournal.com/index.php/psp/article/download/574/1473>
7. Sydorenko A. Y. et al. (2025). Resilience, psychosomatic health, and support needs of healthcare professionals during war. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 188, URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399924004070>

Володимир ЧАБАНЕНКО,
здобувач освіти 3 курсу, спеціальності Психології
Навчально-наукового гуманітарного інституту
Національного університету кораблебудування
імені адмірала Макарова,
м. Миколаїв, Україна

Науковий керівник: **Ірина ЛИТВИНЕНКО**,
кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри психології
Навчально-наукового гуманітарного інституту
Національного університету кораблебудування
імені адмірала Макарова,
м. Миколаїв, Україна

ІНФОРМАЦІЙНА ГІГІЄНА ЯК СКЛАДОВА ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Сучасне суспільство перебуває в стані безперервного й стрімкого інформаційного потоку. Розвиток цифрових технологій та соціальних медіа кардинально змінив способи комунікації та отримання новин. В умовах соціальних криз, глобальної невизначеності та постійних змін цей інформаційний простір часто набуває яскраво вираженого негативного характеру. У зв'язку з цим, збереження, відновлення та охорона здоров'я людини сьогодні неможливі без урахування впливу інформаційного середовища на її психіку. Саме тому концепція інформаційної гігієни стає

критично важливою навичкою сучасності, яка виконує роль своєрідного «щита» для нашого ментального та фізичного благополуччя.

Інформаційна гігієна – це комплекс заходів та практик, спрямованих на свідоме, дозоване та критичне споживання інформації з метою запобігання негативному впливу інформаційного шуму на психологічний стан людини. Вона передбачає вміння фільтрувати джерела, розпізнавати маніпуляції та вчасно обмежувати інформаційне навантаження для збереження емоційної стабільності.

Вплив інформаційного середовища на психологічний та фізичний стан. Згідно з даними Міністерства охорони здоров'я України, інформаційне середовище має безпосередній та надзвичайно потужний вплив на психічне здоров'я та загальне благополуччя людини [1]. У ситуаціях, коли інформаційний простір перенасичений тривожними та трагічними новинами, виникає так званий інформаційний стрес. Механізм його виникнення пов'язаний із тим, що людський мозок еволюційно налаштований гостро та швидко реагувати на потенційну небезпеку. Відповідно, постійний потік негативних новин активує симпатичну нервову систему, провокуючи безперервний викид гормонів стресу – кортизолу та адреналіну. Внаслідок цього нервова система перевантажується, оскільки організм перебуває у стані постійної бойової готовності, не маючи можливості для повноцінного розслаблення та відновлення ресурсів.

Симптоматика такого інформаційного перевантаження яскраво проявляється як на фізіологічному, так і на психологічному рівнях. Фахівці порталу психологічної допомоги Help24 зазначають, що надмірне споживання новин може викликати головний біль, м'язову напругу, порушення сну (безсоння, часті пробудження або поверхневий сон), а також проблеми з боку шлунково-кишкового тракту [2]. На психологічному рівні інформаційний стрес призводить до підвищеної дратівливості, втрати зосередженості, зниження когнітивних функцій та розвитку хронічної фонові тривожності. Людина може відчувати емоційне виснаження, апатію та стійке відчуття безпорадності перед масивом негативу.

Окремої уваги в контексті інформаційного стресу заслуговує феномен постійного моніторингу новин, який отримав назву «думскролінг» (від англ. doom – загибель, scrolling – гортання). Це нав'язлива, майже неконтрольована потреба безперервно переглядати стрічку новин, навіть якщо вони є вкрай негативними та психологічно травматичними. Психологічна пастка думскролінгу полягає в ілюзії контролю: людині здається, що володіючи максимальною кількістю інформації та відстежуючи події щохвилини, вона зможе краще підготуватися до потенційної небезпеки [1; 2]. Проте на практиці цей процес має зворотний ефект – він лише посилює панічні настрої та

катастрофізує мислення. Утворюється небезпечне замкнене коло: тривога змушує шукати нову інформацію, а споживання нової негативної інформації генерує ще більший рівень тривоги, що зрештою призводить до нервового зриву або глибокого емоційного вигорання.

Практичні стратегії дотримання інформаційної гігієни для нейтралізації негативного впливу інформаційного шуму та збереження ментального ресурсу необхідно впроваджувати конкретні інструменти інформаційної фільтрації. Психологи та медіаексперти виділяють кілька ключових стратегій, які дозволяють трансформувати хаотичне споживання контенту у свідому та безпечну звичку.

По-перше, критично важливою є фільтрація джерел інформації. Національне інформаційне агентство «Укрінформ» наголошує на необхідності використання принципу «інформаційного мінімалізму»: краще обрати 2–3 перевірені та офіційні ресурси, ніж бути підписаним на десятки анонімних каналів у месенджерах [3]. Анонімні джерела часто використовують маніпулятивні технології, клікбейтні заголовки та емоційно забарвлену лексику для штучного підвищення охоплень, що прямо шкодить психологічному стану читача. Перевірка фактів (фактчекінг) та орієнтація на першоджерела дозволяють знизити рівень ірраціонального страху, викликаного дезінформацією.

По-друге, дієвим методом є управління часом споживання інформації. Експерти порталу Help24 рекомендують техніку «інформаційних вікон» – встановлення чітких часових меж (наприклад, 15–20 хвилин вранці та ввечері) для ознайомлення з новинами [2]. Особливо важливо дотримуватися правила «цифрової тиші» за годину до сну та протягом першої години після пробудження. Це пов'язано з тим, що мозок найбільш вразливий до стресових чинників у ці періоди, а отримання негативного заряду зранку задає деструктивний тон на весь робочий день.

Для тих, хто відчуває високий рівень фонові тривоги, фахівці радять використовувати вправу «Час для хвилювань». Її суть полягає у виділенні обмеженого проміжку часу (наприклад, з 17:00 до 17:20) спеціально для читання новин та проживання емоцій, пов'язаних з ними. Якщо тривожна думка виникає в інший час, її слід свідомо «відкласти» до визначеної години. Це допомагає запобігти розмиванню тривоги на весь день і зберігати концентрацію на повсякденних справах.

Нарешті, Міністерство охорони здоров'я України акцентує увагу на важливості саморефлексії та фізичної активності як противаги цифровому навантаженню [1]. Регулярний «діджитал-детокс» (повна відмова від гаджетів на кілька годин або вихідний день) дозволяє нервовій системі вийти зі стану гіперстимуляції. Заміна перегляду стрічки новин на фізичні вправи, прогулянки

на свіжому повітрі або живе спілкування сприяє відновленню психологічного ресурсу та покращенню когнітивних функцій.

Підсумовуючи вище викладене, можна стверджувати, що в сучасних умовах інформаційна гігієна є не просто додатковою перевагою, а базовою вимогою для збереження психологічного здоров'я. Вона є невід'ємною частиною загальної системи охорони здоров'я та профілактики стрес-асоційованих розладів.

Свідоме ставлення до інформації, яку ми споживаємо, дозволяє не лише знизити рівень тривожності та запобігти емоційному вигоранню, а й зберегти здатність до критичного мислення та раціонального прийняття рішень. Формування культури інформаційної гігієни – це тривалий процес, що вимагає самодисципліни та вольових зусиль, проте результати у вигляді внутрішнього спокою, стабільної працездатності та покращення якості життя є безперечним пріоритетом для кожної людини в інформаційну епоху.

Список використаних джерел:

1. Вплив інформаційного середовища на психічне здоров'я та благополуччя. МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/vpliv-informacijnogo-seredovischa-na-psihichne-zdorov%80%99ja-ta-blagopoluchchja>

2. Як перегляд новин впливає на психічне здоров'я. Help24 TeleHealth. URL: <https://h24.org.ua/ua/blog/44/>

3. Конкретно про інформаційну гігієну: як саме її дотримуватись. Укрінформ. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3974272-konkretno-pro-informacijnu-gigienу-ak-same-ii-dotrimuvatis.html>

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

РЕФЛЕКСИВНІ КОМПОНЕНТИ ЯК ЧИННИК ПРОФЕСІЙНОГО СТАНОВЛЕННЯ МАЙБУТНІХ ПСИХОЛОГІВ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ

У сучасних умовах суспільних трансформацій, зокрема в контексті воєнного стану, зростає значущість підготовки висококваліфікованих фахівців психологічного профілю, здатних ефективно реагувати на складні соціально-психологічні виклики. Професійне становлення майбутніх психологів передбачає не лише засвоєння теоретичних знань і формування практичних умінь, але й розвиток особистісних якостей, серед яких особливе місце посідає

рефлексія як механізм усвідомлення власної діяльності, переживань та професійного досвіду [1; 2].

Метою дослідження є обґрунтування ролі рефлексивних компонентів у професійному становленні майбутніх психологів в умовах сучасних викликів та визначення їх значення для підвищення ефективності психологічної допомоги.

Рефлексія розглядається як складний психічний процес, що забезпечує здатність особистості до самоаналізу, саморегуляції та усвідомлення власних когнітивних і емоційних станів [1]. У професійній діяльності психолога рефлексивні компоненти виступають важливим інструментом аналізу взаємодії з клієнтом, оцінки ефективності застосованих методів та корекції професійної поведінки. Особливого значення рефлексія набуває в умовах кризових ситуацій, коли психолог стикається з підвищеним емоційним навантаженням, необхідністю швидкого прийняття рішень та високою відповідальністю за результати своєї діяльності [3; 4].

У процесі професійної підготовки майбутніх психологів розвиток рефлексивних компонентів забезпечує формування здатності до критичного мислення, усвідомлення власних професійних ресурсів та обмежень, а також підвищує рівень емоційної компетентності [2; 3]. В умовах сучасних викликів, пов'язаних із воєнними подіями, соціальною нестабільністю та зростанням рівня тривожності населення, значення рефлексії як інструменту професійного саморозвитку значно посилюється. Саме завдяки сформованим рефлексивним навичкам майбутній психолог здатен ефективно здійснювати професійну діяльність, запобігати емоційному вигоранню та забезпечувати якісну психологічну допомогу [1; 4].

Важливим аспектом є впровадження у освітній процес методів, що сприяють розвитку рефлексивних умінь, зокрема використання тренінгових технологій, супервізії, аналізу професійних ситуацій, ведення рефлексивних щоденників та застосування експериментально-психологічних методик. Використання таких підходів сприяє активізації внутрішніх ресурсів здобувачів освіти, формуванню здатності до самоспостереження та усвідомленого професійного розвитку [2; 3].

Таким чином, рефлексивні компоненти є ключовим чинником професійного становлення майбутніх психологів, оскільки забезпечують розвиток критичного мислення, емоційної стійкості та здатності до саморегуляції. Їх цілеспрямоване формування у процесі професійної підготовки відповідає вимогам сучасних освітніх стандартів та сприяє підвищенню якості психологічної допомоги в умовах динамічних соціальних змін [5].

Список використаних джерел:

1. Максименко С. Д. Загальна психологія: підручник. Київ: Центр учбової літератури, 2018. 272 с.

2. Максименко С. Д. Психологія особистості. Київ: КММ, 2007. 296 с.
3. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія: підручник. Київ: Академвидав, 2010. 448 с.
4. Савчин М. В., Василенко Л. П. Вікова психологія: навч. посіб. Київ: Академвидав, 2011. 384 с.
5. Стандарт вищої освіти України: перший (бакалаврський) рівень, галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки, спеціальність 053 Психологія: затв. наказом Міністерства освіти і науки України від 24.04.2019 № 565. Київ: МОН України, 2019.

Ярослава ЮРЧУК,
здобувачка освіти 3 курсу, спеціальності Психології
Навчально-наукового гуманітарного інституту
Національного університету кораблебудування
імені адмірала Макарова,
м. Миколаїв, Україна

Науковий керівник: **Ірина ЛИТВИНЕНКО,**
кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри психології
Навчально-наукового гуманітарного інституту
Національного університету кораблебудування
імені адмірала Макарова,
м. Миколаїв, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я СУЧАСНИХ ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

Психологічне здоров'я підлітків в Україні сьогодні перебуває під впливом безпрецедентних викликів, зумовлених тривалою збройною агресією. Підлітковий вік є критичним періодом онтогенезу, що характеризується активною перебудовою нейроендокринної системи та інтенсивним пошуком соціальної ідентичності. Війна руйнує базове відчуття безпеки, яке є фундаментальною умовою для здорового розвитку особистості. У цих умовах підлітки стають однією з найбільш вразливих категорій населення, оскільки їхні внутрішні ресурси адаптації та механізми психологічного захисту часто виявляються недостатніми для подолання хронічного екстремального стресу.

Психоемоційна дестабілізація та механізми стресу у підлітковому віці. Згідно з офіційними моніторинговими дослідженнями, підлітки віком 12–17 років демонструють найвищий рівень тривожності серед усіх вікових груп населення [1]. Війна створює ситуацію «подвійної кризи»: нормативної (пубертатної) та зовнішньої (екзистенційної). Це призводить до виникнення

стану хронічного психологічного виснаження, коли нервова система працює на межі своїх можливостей. Основними симптомами порушення психологічного здоров'я є когнітивна дисфункція: погіршення пам'яті, розсіяність уваги та різке зниження мотивації до навчання. Постійне перебування в зоні потенційної небезпеки активує симпатичну нервову систему, провокуючи надмірний викид гормонів стресу – кортизолу. Внаслідок цього виникає стан «гіперпильності», що зрештою призводить до емоційного оніміння, апатії або тривалих депресивних станів, які потребують фахового втручання [2].

Диференціація психічних реакцій за гендерною ознакою. Важливою особливістю психологічного стану юнацтва є відмінність у формах реагування на травму залежно від статі. Наукові спостереження вказують на те, що дівчата частіше схильні до інтерналізації переживань. Це проявляється через підвищену емоційну лабільність, розвиток фобій та розладів харчової поведінки. Для них характерним є глибоке емпатичне переживання подій, що може призводити до вторинної травматизації. Натомість у хлопців частіше спостерігається екстерналізація стресу: прояви агресії, конфліктність або ризикована поведінка як спосіб відреагування внутрішнього напруження. Варто зауважити, що тривожність у хлопців нерідко маскується під соматичні скарги: головний біль, порушення сну або болі в ділянці серця [3]. Спільним для обох груп є відчуття «втраченого майбутнього», що блокує здатність до життєвого планування та самореалізації.

Психологічна травма та механізми формування резильєнтності. Війна формує специфічний травматичний профіль покоління, який включає втрату дому, вимушену міграцію та постійний страх за життя близьких. Руйнація стабільного соціального кола друзів є для підлітка критичною втратою, оскільки саме спілкування з однолітками є провідною діяльністю в цьому віці. Проте, поряд із деструктивними змінами, спостерігається формування резильєнтності – психологічної стійкості до травматичних подій. Важливим ресурсом стає активна залученість до соціально значущої діяльності (волонтерства), що дозволяє підлітку трансформувати стан безпорадності на відчуття власної дієвості та контролю над ситуацією. Підтримка з боку значущих дорослих, збереження сімейних ритуалів та розвиток нових копінг-стратегій дозволяють мінімізувати ризики розвитку ПТСР та сприяють посттравматичному зростанню особистості [1].

Психологічне здоров'я підлітків в умовах війни характеризується високою пластичністю та здатністю до адаптації, проте потребує постійної зовнішньої підтримки. Основним завданням сучасного психологічного супроводу є не лише корекція симптомів стресу, а й створення умов для безпечної соціалізації молоді та відновлення їхнього почуття приналежності до спільноти. Розуміння гендерних та індивідуально-психологічних особливостей

реагування на воєнні виклики є ключем до збереження ментального потенціалу та здоров'я майбутнього покоління України.

Список використаних джерел:

1. Психічне здоров'я дітей та підлітків в умовах війни / ЮНІСЕФ Україна. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/mental-health-children-war>
2. Як підтримати дитину під час війни: поради психолога / Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/mentalne-zdorov-ja-ditej>
3. Психологічна підтримка молоді в кризових ситуаціях / Національна академія педагогічних наук України. URL: https://naps.gov.ua/ua/activities/mental_health/

НАУКОВЕ ЕЛЕКТРОННЕ ВИДАННЯ**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ МЕДСЕСТРИНСТВА,
ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПСИХОЛОГІЇ В УМОВАХ
СУЧАСНОСТІ»**

Матеріали доповідей II Наукових читань,

м. Миколаїв,

07 квітня 2026 р.

Відповідальні за випуск: Віра ЯРОШЕНКО

Відповідальність за зміст матеріалів несуть автори.
Редакційна колегія може не поділяти думок авторів.

Підписано до електронного розміщення 30.04.2026 р.
Формат 60 x 84/16. Гарнітура Times New Roman. Друк офсетний.
Обсяг: 7,75 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