ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я МОЗ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ НАУК ВИЩОЇ ОСВІТИ УКРАЇНИ
АКАДЕМІЯ НАУК ВИЩОЇ ШКОЛИ УКРАЇНИ
БАТУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ШОТА РУСТАВЕЛІ (ГРУЗІЯ)
РИЗЬКИЙ ПІВНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ (ЛАТВІЯ)
БАЛТІЙСЬКА МІЖНАРОДНА АКАДЕМІЯ (ЛАТВІЯ)
WORLD ASSOCIATION FOR POSITIVE AND TRANSCULTURAL PSYCHOTHERAPY (НІМЕЧЧИНА)
DARE INNOVATIONS (УГОРЩИНА)
КАГУЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ БОГДАНА ПЕТРИЧЕЙКА ХАШДЕУ (МОЛДОВА)
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ
КРЕМЕНЧУЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ МИХАЙЛА ОСТРОГРАДСЬКОГО
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «КИЄВО-МОГИЛЯНСЬКА АКАДЕМІЯ»
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г. С. КОСТЮКА НАПН УКРАЇНИ
УНІВЕРСИТЕТ КОРОЛЯ ДАНИЛА
ЦЕНТР УКРАЇНСЬКО-ЄВРОПЕЙСЬКОГО НАУКОВОГО СПІВРОБІТНИЦТВА

III МІЖНАРОДНА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ

«СУЧАСНІ НАПРЯМИ ЗМІН В УПРАВЛІННІ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я: МОДЕРНІЗАЦІЯ, ЯКІСТЬ, ПСИХОЛОГІЯ ТА КОМУНІКАЦІЯ»

28 травня 2026 року
м. Одеса, Україна

1256 1996 1233 LIHA-PRES
Львів – Торунь
Liha-Pres
2026

УДК 351.77-048.35(062.552)
С 91

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ КОНФЕРЕНЦІЇ:

Шнайдер Станіслав Аркадійович *– в.о. ректора Одеського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор, член-кореспондент НАМН України, заслужений діяч науки і техніки України;*
Запорожан Валерій Миколайович *– голова Вченої Ради Одеського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор, академік НАМН України;*
Орабіна Тетяна Миколаївна *– заступник генерального директора Центру громадського здоров'я МОЗ України, асистент кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, PhD;*
Марічереда Валерія Геннадіївна *– перший проректор Одеського національного медичного університету, голова групи експертів МОЗ за напрямом «Акушерство та гінекологія» – експерт-консультант Міністра охорони здоров'я України, доктор медичних наук, професор, академік НАМН вищої освіти України;*
Дідманідзе Ібраїм *– керівник Центру мов та інформаційних технологій факультету освіти Батумського державного університету імені Шота Руставелі (Грузія);*
Дьякон Роман *– президент правління Ризького північного університету, доктор технічних наук, професор, академік (Латвія);*
Волков Владислав *– ректор Балтійської міжнародної академії, доктор суспільних наук, доцент (Латвія);*
Марошвельді Дора *– засновниця та генеральна директорка DARE Innovations;*
Врабіє Сільвія *– кафедра історії та теорії освіти факультету гуманітарних та педагогічних наук Державного університету «Богдан Петричейку Хашдеу», доктор психологічних наук (Молдова);*
Борщ Вікторія Ігорівна *– професор кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології Одеського національного медичного університету, доктор економічних наук, професор;*
Наконечний Олександр Григорович *– президент Академії наук вищої школи України, доктор фізико-математичних наук, професор, академік Національної академії наук України;*
Труніна Ірина Михайлівна *– завідувач кафедри менеджменту і маркетингу Кременчуцького національного університету імені Михайла Остроградського, доктор економічних наук, професор;*
Вежновець Тетяна Андріївна *– професор кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, директор ННЦ «Бізнес-школа НМУ імені О. О. Богомольця», доктор медичних наук, професор;*
Рудінська Олена Володимирівна *– завідувач кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології Одеського національного медичного університету, кандидат економічних наук, доцент;*
Храпкіна Валентина Валентинівна *– професор кафедри менеджменту, маркетингу та підприємництва Національного університету «Києво-Могилянська академія», доктор економічних наук, професор;*
Бабієнко Володимир Володимирович *– завідувач кафедри гігієни, медичної екології та громадського здоров'я Одеського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор;*
Опря Євген Васильович *– завідувач кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та психотерапії Одеського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор;*
Литвиненко Ольга Дмитрівна *– професор кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології Одеського національного медичного університету, доктор психологічних наук, професор;*
Сердюк Людмила Захарівна *– головний науковий співробітник лабораторії психології особистості імені П. Р. Чамати Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, доктор психологічних наук, професор;*
Халік Олена Олександрівна *– завідувач кафедри психології Університету Короля Данила, кандидат психологічних наук, доцент;*
Кусик Наталія Львівна *– начальник навчально-методичного відділу, доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології Одеського національного медичного університету, кандидат економічних наук, доцент.*

Сучасні напрями змін в управлінні охороною здоров'я: модернізація, якість, психологія та комунікація: Міжнародна наукова конференція. За заг. ред. проф. В. Г. Марічереда, 28 травня 2026 року, м. Одеса. Львів – Торунь : Liha-Pres, 2026. 452 с.

С 91

ISBN 978-966-397-640-2

До збірника матеріалів конференції увійшли тези доповідей, які стали предметом обговорення учасників Міжнародної наукової конференції «Сучасні напрями змін в управлінні охороною здоров'я: модернізація, якість, комунікація» у м. Одесі 31 травня 2024 року у Одеському національному медичному університеті.

Збірник зібраний науковими фахівцями Одеського національного медичного університету і розрахований на наукових та науково-педагогічних працівників, здобувачів вищої освіти.

УДК 351.77-048.35(062.552)

© Одеський національний медичний університет, 2026
© Українсько-польське наукове видавництво «Liha-Pres», 2026

ISBN 978-966-397-640-2

ЗМІСТ

СЕКЦІЯ 1. СУЧАСНІ ПАРАДИГМИ РОЗВИТКУ МЕНЕДЖМЕНТУ ТА ПСИХОЛОГІЇ

Актуальні виклики модернізації сфери охорони здоров'я України
Шнайдер Станіслав Аркадійович **14**

Соціально орієнтована бізнес-модель як основа сталого розвитку підприємства
Карпенко Оксана Олександрівна, Гуцало Павло Сергійович **17**

Формування ціннісної пропозиції роботодавця як основа ефективного HR-бренду
Борщ Вікторія Ігорівна, Гедзелівський Віталій Ігорович **21**

Sustainable development in the context of primary education
Vrabie Silvia **24**

Доказовий менеджмент як методологічна основа підготовки керівників у сфері охорони здоров'я: досвід впровадження в магістерській програмі
Вишнивецький Іван Іванович, Парій Валентин Дмитрович **34**

Соціально орієнтована бізнес-модель як основа сталого розвитку підприємства
Бірюков Єгор Ігорович, Коляда Максим Васильович **37**

Етичне застосування штучного інтелекту в академічному середовищі психологів
Шеремета Сергій Ростиславович **41**

СЕКЦІЯ 2. СТІЙКІСТЬ, ВІДНОВЛЕННЯ ТА СТРАТЕГІЧНИЙ РОЗВИТОК НАЦІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Стратегічні напрями реформування та розвитку територіальної громади м. Одеси
Колоденко Олена Володимирівна **43**

Бізнес-резильєнтність медичних організацій як чинник сталого розвитку системи охорони здоров'я
Борщ Вікторія Ігорівна **46**

Механізми забезпечення стійкості в умовах кризових викликів
Рудінська Олена Володимирівна, Деревягін Ярослав Олександрович **51**

Актуальність стратегії розвитку закладів охорони здоров'я в умовах Європейської інтеграції
Волянська Алла Георгіївна, Ковальчук Тетяна Анатоліївна **53**

Ризик-орієнтоване управління фінансовою стійкістю медичних закладів України в умовах економічної невизначеності
Бусел Світлана Валентинівна, Сеньківська Юлія Дмитрівна..... 56

Відновлення та стратегічна трансформація медичної інфраструктури України в умовах воєнних викликів
Кусик Наталія Львівна, Дружкова Ірина Сергіївна, Коваленко Євгенія Миколаївна 60

Роль медичної гельмінтології у підготовці бакалаврів терапії та реабілітації
Костильов Олександр Васильович, Панчук Ольга Володимирівна, Романенко Олександр Вікторович 64

Професійна автономія фахівців з реабілітації: трансформація ієрархічної моделі та впровадження незалежної клінічної практики
Куц Павло Віталійович 67

Медико-соціальні передумови взаємодії первинної медичної допомоги та університетських клінік в Україні
Лихова Галина Андріївна 71

СЕКЦІЯ 3. СУЧАСНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИМ БІЗНЕСОМ

Вплив лікарняних кас на оптимізацію якості медичної допомоги
Парій Валентин Дмитрович, Грищук Сергій Миколайович..... 74

Деякі механізми управління якістю медичної допомоги в Україні, їх законодавче підґрунтя
Парій Валентин Дмитрович, Короткий Олександр Володимирович 78

Розвиток персоналізованих підходів до мотивації працівників у закладах охорони здоров'я України
Борщ Вікторія Ігорівна, Погурська Кристина Іванівна 83

Запровадження електронного документообігу як інструменту оптимізації адміністративного навантаження персоналу (на прикладі системи eHealth в Україні)
Баташова-Галінська Вікторія Олександрівна, Бусел Світлана Валентинівна 87

Особливості розвитку аптечного бізнесу в Україні в умовах воєнного стану
Варварич Тарас Богданович, Кричковська Аеліта Миронівна, Хоменко Олена Ігорівна..... 89

Мультиморбідність у пацієнтів з гіперплазією передміхурової залози та організаційні підходи до задоволення потреб у якісній медичній допомозі
Дячук Михайло Дмитрович..... 95

Оцінка медичних технологій як інструмент якісної медичної допомоги
Ємельянова Оксана Іванівна **99**

Дихотомія цілей некомерційних закладів охорони здоров'я
як детермінанта управління ціновою політикою в умовах трансформаційного
квазі-ринку
Зограб'ян Катерина Михайлівна **103**

Стратегічне управління закладами охорони здоров'я в умовах
соціально-економічної нестабільності
Князькова Валентина Яківна, Андронік Олександр Валерійович..... **107**

Управління медичними ризиками як інструмент запобігання
правопорушенням у медичній галузі
Князькова Валентина Яківна, Романченко Андрій Миколайович..... **111**

Мотивація та професійний розвиток медичного персоналу
у контексті підвищення якості медичних послуг
Князькова Валентина Яківна, Романченко Павло Андрійович..... **115**

Впровадження інтегрованої системи управління якістю
в клініко-діагностичних лабораторіях: виклики та перспективи
Кусик Наталія Львівна, Зінченко Віта Володимирівна **118**

Особливості формування репутації медичних та фармацевтичних
брендів: порівняльний аналіз
Кусик Наталія Львівна, Мирнинко Яна Сергіївна,
Гмиря Анастасія Сергіївна **121**

Зв'язок фінансових показників ЗОЗ, які надають онкологічну допомогу,
з платежами пацієнтів з власної кишені
Маранов Андрій Олександрович **125**

Прогнозування у лікарів загальної практики-сімейних лікарів
ризику психоемоційного виснаження
Машкевич Олександра Григорівна, Вежновець Тетяна Андріївна..... **129**

Актуальність і проблеми тренінгового бізнесу з домедичної допомоги
в сучасних реаліях України
Могилова Марина Михайлівна, Думнич Михайло Іванович..... **132**

Medical and social rationale for telemonitoring in chronic heart failure
at the primary health care level
Riabkov Serhii Olexandrovich..... **135**

Управління якістю медичних послуг: система
взаємопов'язаних елементів
Фоміна Єлізавета Василівна, Пономарьова Лілія Іванівна..... **138**

СЕКЦІЯ 4. ІННОВАЦІЙНЕ УПРАВЛІННЯ, ОРГАНІЗАЦІЙНІ МОДЕЛІ ТА БІЗНЕС-РІШЕННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я ТА ПСИХОЛОГІЇ

Bidirectional LSTM with temporal attention fore early detection of burnout in healthcare workers: an innovative management approach
Ibraim Didmanidze, Gregory Kakhiani, Zurab Megrelishvili 142

Assessment of Educational Quality and Professional Readiness in Georgian Dental Programs
Fridon Japaridze, Mariam Gogotishvili, Mzia Bakradze, Nato Zosidze, Iamze Nataridze, Tamuna Tsulukidze..... 147

Освітньо-цифрова екосистема як стратегічний інструмент управління сучасним медичним закладом
Горіщак Сергій Петрович 151

Комунікаційні алгоритми як інструмент управління якістю та безпекою медичної допомоги: від паузи до AI-підтримки
Гетьман Олеся Іванівна, Адельзберг Ольга Володимирівна..... 155

Механізми управління конфліктами в організації: психологічні технології попередження та вирішення
Рудінська Олена Володимирівна, Бошина Тетяна Миколаївна..... 159

Актуальність проєктного підходу до формування команд: розвиток і мотивація персоналу
Рудінська Олена Володимирівна, Кармелюк Анатолій Сергійович 162

Вплив брендингу кластерного медичного закладу на лояльність пацієнтів і стійкість до кризових ситуацій
Рудінська Олена Володимирівна, Люханова Христина Андріївна..... 165

Управління проєктами антикризового відновлення організації (в системі сучасних закладів охорони здоров'я України)
Церковна Альона Володимирівна, Черненко Олена Василівна, Черненко Вадим Сергійович 168

Впровадження data-driven підходів в управлінні людськими ресурсами медичних організацій: потенціал, обмеження та перспективи розвитку
Ярмола Таїсія Євгенівна..... 173

СЕКЦІЯ 5. ІННОВАЦІЇ ТА ВИКЛИКИ У ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'Ї: ІНТЕГРАЦІЯ, ПРОФІЛАКТИКА, СТАЛІСТЬ

Сексуально-репродуктивне здоров'я підлітків у практиці сімейного лікаря: інтегрований підхід до профілактики, маршрутизації та сталого громадського здоров'я
Марічереда Валерія Геннадіївна 177

Гігієнічна оцінка поширеності дефіциту вітаміну D серед молодого населення м. Одеси як актуальна проблема громадського здоров'я
Агаджанова Ірада Романівна, Мунціян-Подкалюк Наталя Юріївна, Посна Олена Миколаївна **180**

Аналіз вимірів впливу війни на здоров'я
Бабієнко Володимир Володимирович, Гущук Ігор Віталійович, Мокієнко Андрій Вікторович **184**

Організація профілактики алергічного риніту в системі громадського здоров'я
Бобкович Катерина Олегівна, Пилипко Катерина Ігорівна, Паламар Борис Іванович **187**

Здорова нація 2026: ментальне здоров'я та реабілітація як нові стандарти української медицини
Ватан Майя Миколаївна, Криленко Володимир Ігорович, Литвиненко Катерина Олександрівна **192**

Пролежні та їх ускладнення: контроверсії та детермінанти невдач комплексного паліативного лікування
Вергун Андрій Романович, Кузовкіна Оксана Леонідівна, Вергун Оксана Михайлівна **195**

Паранеопластичні синдроми як ранній клінічний індикатор злоякісних пухлин, клінічні прояви, огляд літератури та діагностичні аспекти
Вергун Андрій Романович, Кульчицький Василь Володимирович, Вергун Оксана Михайлівна **199**

Метаболічний синдром як проблема громадського здоров'я: роль харчових факторів та профілактичні стратегії
Горобець Микола Олександрович, Рожнова Анастасія Михайлівна .. **203**

Роль телемедицини у забезпеченні сталості та відновлення первинної медико-санітарної допомоги в умовах сучасних викликів в Україні
Горошков Олег Віталійович, Сініцина Марія Олександрівна, Ступаєнко Анастасія Сергіївна **205**

Вплив ультраоброблених продуктів на здоров'я населення
Діденко Софія Григорівна, Рожнова Анастасія Михайлівна **209**

Сексуальне здоров'я в структурі загального анамнезу: від подолання стигми до стратегій громадського здоров'я
Дністрянська Марія Владиславівна **211**

Остеопороз як актуальна проблема громадського здоров'я в умовах старіння населення
Дубовик Сергій Леонідович, Ступаєнко Анастасія Сергіївна **214**

Вплив алгоритмів короткого відеоконтенту як популяційного фактора ризику когнітивних порушень та СДУГ серед молоді: виклики для системи громадського здоров'я
Єрмолаєва Анастасія Дмитрівна, Рожнова Анастасія Михайлівна 216

Повсякденна рухова активність і самоконтроль як інструменти зниження кардіометаболічних ризиків: можливості реабілітаційної медицини та громадського здоров'я
Кіціс Анна Геннадіївна 219

Сучасний стан та стратегічні орієнтири розвитку системи громадського здоров'я України в умовах комплексних викликів
Князькова Валентина Яківна, Криленко Володимир Ігорович 223

Раціональне харчування студентської молоді як проблема громадського здоров'я
Костюк Володимир Сергійович, Рожнова Анастасія Михайлівна 226

Психологія здоров'язберігаючої поведінки дорослої особистості
Макарова Ольга Костянтинівна 230

Вакцинопрофілактика в умовах інформаційної недовіри
Малик Світлана Леонідівна, Медражевська Яна Афанасіївна, Фік Леся Олександрівна 235

Поширеність порушень харчової поведінки серед студентської молоді як проблема громадського здоров'я
Мерецька Анастасія Максимівна, Рожнова Анастасія Михайлівна 239

Ожиріння у дітей як складна медико-соціальна проблема громадського здоров'я: детермінанти, наслідки та стратегії профілактики
Мкртичян Влада Арменівна, Рожнова Анастасія Михайлівна 241

Ультраоброблені продукти харчування як фактор ризику хронічних неінфекційних захворювань: виклики для громадського здоров'я
Новікова Марія Олександрівна, Рожнова Анастасія Михайлівна 244

Роль вивчення генетики у підготовці бакалаврів терапії та реабілітації
Панчук Ольга Володимирівна, Костильов Олександр Васильович, Романенко Олександр Вікторович 247

Перспективи використання штучного інтелекту в системі громадського здоров'я
Першегуба Ярослав Володимирович, Якубінський Максим Вячеславович, Хоменко Ірина Михайлівна 249

Покоління хронічного стресу: вплив воєнних умов на показники громадського здоров'я в Україні
Рожнова Анастасія Михайлівна, Сініцина Марія Олександрівна 254

Порушення харчування дітей в умовах воєнного стану як проблема громадського здоров'я
Рожнова Анастасія Михайлівна, Стоянова Альона Петрівна 256

Розлади харчової поведінки як проблема громадського здоров'я
Стогнієнко Єлизавета Станіславівна,
Рожнова Анастасія Михайлівна 258

Використання комбінації консервативних методів фізичної терапії у дітей шкільного віку зі сколіозом
Ткач Олег Федорович 261

Ефективність механізмів реалізації політики ВООЗ «Здоров'я для всіх» у системі громадського здоров'я України
Шанигін Антон Вікторович 265

Профілактика природно-осередкових захворювань в системі громадського здоров'я
Шевчук Тетяна Ігорівна, Хлєстова Світлана Святославівна,
Горбатюк Світлана Михайлівна 269

СЕКЦІЯ 6. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ТА КОМУНІКАЦІЯ В КРИЗОВИХ УМОВАХ ТА УМОВАХ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ

Теоретичні засади дослідження життєстійкості та тривоги у сучасній психології
Литвиненко Ольга Дмитрівна, Меркулова Анна Валеріївна 273

Професійне вигорання медичних працівників в умовах війни та їх соціально-психологічна підтримка
Миколайчук Ірина Павлівна 277

Гумор і креативність як взаємодоповнюючі ресурси психологічної адаптації до кризових подій у дорослих
Халік Олена Олександрівна, Дружкова Ірина Сергіївна,
Тихонов Євген Дмитрович 282

Книготерапія як інструмент формування та підтримки психічного здоров'я
Александрова Вікторія Анатоліївна 285

Кризові стани особистості як предиктори агресивної та кримінальної поведінки
Аркуша Лариса Ігорівна, Чернов Олександр Віталійович 290

Конфлікт професійних та освітніх пріоритетів: аналіз академічної етики працюючих студентів у кризових умовах
Власик Любов Йосипівна, Гарасим Анна Андріївна 294

Синергія чи виснаження: організаційні стратегії профілактики вигорання в мультидисциплінарних командах
Дністрянський Богдан Володимирович **296**

Роль самоконтролю та креативності у формуванні психологічної стійкості працівників сфери охорони здоров'я в умовах криз
Дружкова Ірина Сергіївна, Хакімова Альбіна Фарідівна, Гапатин Соломія Василівна **298**

Цифрові інструменти соціально-психологічної підтримки особистості в умовах кризової невизначеності
Кайманова Яна Вікторівна **302**

Збереження культурної ідентичності дітей та молоді з інвалідністю в умовах воєнної кризи: психологічні механізми та комунікаційні стратегії
Подкупко Тетяна Леонідівна, Цибух Людмила Миколаївна **306**

Нейрофізіологія зцілення: шлях через тіло, рух та контакт до розблокування життя
Сініцина Оксана Василівна **309**

СЕКЦІЯ 7. ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ. СФЕРИ УПРАВЛІННЯ, РОЗВИТКУ ТА САМОПІЗНАННЯ

Самооцінка як чинник формування позитивного образу Я у дівчат підліткового віку
Аверкієва Людмила Володимірівна **312**

Особливості ставлення до смерті як чинник психологічної адаптації у різні періоди дорослості
Аксененко Вероніка Ігорівна, Терещенко Ольга Олегівна **316**

Стрес пацієнта під час звернення до лікаря: психологічні причини та базові права пацієнта
Валах Вікторія Володимирівна, Гуляєва Дар'я Максимівна **318**

Спілкування лікаря і пацієнта: коли неввічливість стає порушенням прав
Валах Вікторія Володимирівна, Дяченко Єлизавета Дмитрівна **320**

Контингентна самооцінка підлітків в умовах цифрового соціального порівняння: психологічні механізми та напрями профілактики
Гапатин Соломія Василівна, Гаврилишина Любов Богданівна **322**

Психологічні особливості адаптаційного потенціалу в особистостей з порушеннями харчової поведінки
Житнюк Юлія Юріївна, Литвиненко Ольга Дмитрівна **326**

Короткострокова психологічна допомога в медичних закладах: ефективність та організаційні аспекти впровадження
Кантарьова Наталія Василівна 330

Психологічні особливості механізмів розвитку самоприйняття в осіб із підвищеною тривожністю
Коваленко Лана Леонідівна..... 334

Психологічні механізми формування стресостійкості у дорослих на прифронтових територіях України
Ковальова Марія Володимирівна, Кліґман Ганна Миколаївна 338

Парадоксальна роль емпатії у структурі резильєнтності практикуючих психологів під час війни
Ковальова Марія Володимирівна, Лєочко Ганна Володимирівна..... 342

Психологічні чинники розвитку емоційного інтелекту у молоді
Ковальова Марія Володимирівна, Литовченко Ірина Сергіївна..... 346

Психологічні особливості саморегуляції фахівців допомагаючих професій в умовах хронічного стресу
Ковальова Марія Володимирівна, Мангул Оксана Сергіївна..... 349

Емоційний інтелект як основа формування соціального статусу підлітків
Левченко Аліна Юріївна 353

Психологічні механізми допомоги клієнтам із психосоматичними розладами
Литвиненко Ольга Дмитрівна, Лєтуча Наталія Володимирівна..... 359

Психологічні особливості переживання самотності жінками середнього віку в умовах воєнного стану
Литвиненко Ольга Дмитрівна, Старцева Анна Василівна..... 361

Теоретичні аспекти зв'язку стилів прив'язаності та задоволеності романтичними стосунками у дорослих людей
Литвиненко Ольга Дмитрівна, Широкова Марія Сергіївна..... 364

Психологічні механізми цифрового виснаження у дорослих користувачів соціальних мереж
Мусаєва Вікторія Павлівна 367

Особливості перебігу панічних атак у цивільного населення в умовах воєнного стану та їх психокорекція
Пєнова Інга Костянтинівна 371

Вплив стилів виховання на формування самооцінки підлітків
Питлюк-Смеречинська Олександра Дмитрівна, Запухляк Олег Зіновійович, Іванова Наталія Миколаївна..... 375

Підходи до активізації пізнавальної діяльності в майбутніх бакалаврів терапії та реабілітації при викладанні медичної біології
Погоріла Ірина Олегівна, Романенко Олександр Вікторович 378

Психологічні чинники впливу соціального середовища на самовизначення підлітків в умовах війни
Синиця Наталя Валеріївна, Цибух Людмила Миколаївна 381

5-компонентна модель оптимізації системи психологічної допомоги та реабілітації представників сектору безпеки та оборони у відомчих медичних закладах
Соколова Анна Сергіївна 385

Стресостійкість фахівців допомагаючих професій: ресурсний, особистісний та системний виміри
Терещенко Ольга Олегівна, Мешко Тетяна Богданівна 389

Вплив соціальних мереж на самооцінку та емоційний стан підлітків
Терещенко Ольга Олегівна, Підмогильна Альона Вікторівна 393

Психологічні чинники формування емоційного інтелекту у дітей засобами казкотерапії
Терещенко Ольга Олегівна, Чуяс Влада Олександрівна 396

Алостатичне перевантаження як чинник розвитку психосоматичних симптомів в умовах хронічного стресу
Терещенко Ольга Олегівна 400

Психологічні механізми саморегуляції у формуванні усвідомленого ставлення до тіла та екологічно відповідальної поведінки
Цибух Людмила Миколаївна, Бусел Світлана Валентинівна, Дибіна Оксана Володимирівна 402

Психологічні особливості переживання екзистенційної кризи в умовах тривалої невизначеності
Цибух Людмила Миколаївна, Цибух Анастасія Сергіївна 407

Копінг-стратегії як чинник розвитку емоційного вигорання у молодих матерів
Цибух Людмила Миколаївна, Ширикалова Оксана Ігорівна 410

Профілактика психологічного конфлікту в колективах закладів охорони здоров'я в умовах повномасштабного вторгнення
Янікова Олена Геннадіївна, Цибух Людмила Миколаївна 413

Вплив музикотерапії на рівень тривожності та емоційної напруги у підлітків
Яременко Наталія Григорівна, Цибух Людмила Миколаївна 416

СЕКЦІЯ 8. ЦИФРОВІ ТЕХНОЛОГІЇ ЕФЕКТИВНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОГО БІЗНЕСУ

Цифрові технології для автоматизованого супроводу складних біотехнічних виробництв
Наконечний Олександр Григорович, Лисенко Віталій Пилипович, Коваль Валерій Вікторович..... 419

Медична інформаційна система як інструмент безперервного моніторингу якості медичної допомоги
Парій Валентин Дмитрович, Дорохіна Анна Миколаївна, Терентюк Вадим Георгійович..... 421

Актуальні етико-правові аспекти протидії академічному плагіату та використання штучного інтелекту у вищій медичній освіті
Вергун Оксана Михайлівна, Драгочинська Лариса Федорівна, Вергун Андрій Романович..... 424

Використання штучного інтелекту для аналізу рентгенологічних знімків у стоматології
Волохова Людмила Богданівна 428

Психологічні особливості взаємозв'язку емоційного інтелекту та комунікативних навичок фахівців обліково-фінансової сфери
Ковальова Марія Володимирівна, Бушулян Катерина Олександрівна..... 434

Цифрові системи в управлінській діяльності реабілітаційних закладів
Комар Олена Миколаївна..... 438

Цифровізація комунікацій у міждисциплінарних командах в умовах відділення інтенсивної терапії
Кусик Наталія Львівна, Соколова Катерина Олегівна 441

Використання технології айтрекінгу для оцінки ефективності медичних інформаційних плакатів
Синенко Дарина Василівна, Летуновська Наталія Євгенівна..... 444

Цифрові технології в охороні здоров'я в умовах воєнного часу та перспективи післявоєнного відновлення
Фоміна Єлізавета Василівна..... 449

СЕКЦІЯ 1. СУЧАСНІ ПАРАДИГМИ РОЗВИТКУ МЕНЕДЖМЕНТУ ТА ПСИХОЛОГІЇ

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-1

АКТУАЛЬНІ ВИКЛИКИ МОДЕРНІЗАЦІЇ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Шнайдер Станіслав Аркадійович
доктор медичних наук, професор,
заслужений діяч науки і техніки України,
в.о. ректора
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна;
член-кореспондент
Національна академія медичних наук України
м. Київ, Україна

Охорона здоров'я сьогодні є не лише системою надання медичної допомоги, а й складним соціально-організаційним середовищем, де ефективність визначається не лише технологіями чи ресурсами, але й людським фактором: управлінськими рішеннями, психологічною стійкістю керівників та медичних працівників, культурою комунікації, довірою між учасниками процесу та здатністю системи навчатися.

Сучасні радикальні зміни в медичній сфері вимагають системного перегляду управлінських підходів. Модернізація має розглядатися комплексно, як процес, що охоплює:

– управління процесами та маршрути пацієнта (від звернення до лікування та реабілітації);

– планування ресурсів (кадрових, фінансових, матеріальних);

– організаційні моделі роботи закладів охорони здоров'я;

– цифрову трансформацію (як інструмент, що підсилює якість і контроль, а не як самоціль);

– управління ризиками та безперервне покращення.

Важливо підкреслити: модернізація не може бути суто «формальною» – вона має приносити вимірюваний ефект для пацієнта й для системи: швидкість, безпечність, прогнозованість і прозорість рішень.

Медицини потрібні управлінці, професійні лідери, психологи та фахівці громадського здоров'я, як зазначено в стратегії розвитку охорони здоров'я 2030.

Медицині потрібні управлінці, професійні лідери, психологи та фахівці галузі громадського здоров'я, тому що система охорони здоров'я працює в умовах: високої відповідальності та морального навантаження; професійного вигорання та психологічної вразливості медичних працівників; комунікаційних бар'єрів між пацієнтом, родиною, лікарем, адміністрацією, державою;

Отже, сучасний керівник закладу охорони здоров'я, координатор програм або автор реформ – це не лише професійний лікар та менеджер. Це лідер, який поєднує компетентності: управлінську (процеси, ресурси, стандарти), професійну (розуміння клінічного контексту), лідерську (мотивація, культура змін), психологічну (робота з напруженням, конфліктами, підтримкою персоналу), комунікаційну (ясність, емпатія, узгодження рішень).

Якість медичної допомоги – це результат системної роботи. Вона формується на різних рівнях: на рівні організації процесу (маршрутизація, черговість, тяглість), на рівні клінічних стандартів (протоколи, клінічні маршрути, аудит), на рівні управління ресурсами (кадри, обладнання, доступність), на рівні безпечності (інциденти, ризики, культура повідомлення), на рівні пацієнт-орієнтованості (доступність, зрозумілість, повага).

Аналізуючи якість, важливо впроваджувати культуру оцінки: не лише «чи зроблено», а й чи це було ефективно, чи це було безпечно, чи пацієнт отримав очікуваний результат, чи персонал витримує навантаження без втрати компетентності через стрес.

Психологічний вимір реформ є часто недооціненим. Однак у реальному житті саме він визначає, чи зможе система тримати курс на якість у довгій перспективі.

Сучасні медичні команди працюють у середовищі: постійної терміновості, емоційної залученості, професійного ризику, дефіциту часу та ресурсів, тривалого стресу.

Тому управління має включати елементи психологічної підтримки, зокрема: розвиток внутрішньої комунікації та командної взаємодії, механізми попередження конфліктів і «тихого саботажу» через втому, організаційні практики зменшення навантаження там, де це можливо, формування культури підтримки та наставництва, навчання лідерів навичкам психологічного впливу: мотивація, зворотний зв'язок, керування змінами без приниження та провини.

Комунікація в системі охорони здоров'я – це не лише стратегії спілкування, довготривалі зв'язки та ефективні домовленості. Це спосіб управління очікуваннями й поведінкою учасників.

Ефективна комунікація повинна охоплювати: комунікацію адміністрації з медичним персоналом (сенс змін, відповідальність, межі рішень), комунікацію медиків із пацієнтом і сім'єю (пояснення плану лікування, ризиків, альтернатив), комунікацію між рівнями надання медичної допомоги (узгодження маршрутів, передача даних і відповідальності), комунікацію з громадськістю та партнерами (профілактичні програми, просвіта, мотивація до здорової поведінки).

Довіра формується там, де слова підкріплені дією. А дія стає системною лише тоді, коли комунікація – стандартизована, зрозуміла та людяна.

Маємо також орієнтуватися на міжнародну співпрацю, синергію та досвід найкращих моделей системи охорони здоров'я у світі, але зберігаючи національні традиції та переваги української медицини: доступність та цінові пропозиції. Така синергія є гарантією плідних дискусій і того, що рекомендації будуть не «декларативними», а практично корисними – для реального сектору та академічного середовища.

Підсумовуючи, пропоную розглядати результати модернізації сфери охорони здоров'я через практичні орієнтири:

1. Напрацювання рекомендацій для управлінців щодо впровадження змін без руйнування якості та безпечності.
2. Інтеграція психологічного виміру в менеджмент медичних команд: не лише лікування пацієнта, а й підтримка працівника.
3. Побудова системної комунікації між усіма стейкхолдерами: від пацієнта до керівництва та партнерів.
4. Підсилення культури якості через вимірюваність, аудит та зворотний зв'язок.
5. Використання міжнародного досвіду як джерела рішень, але з адаптацією до українського контексту.

Література:

1. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року : розпорядження Кабінету Міністрів України від 17.01.2025 № 34-р. URL: https://healthstrategy2030.com.ua/UKR_Health_Strategy_2030_final.pdf (дата звернення: 18.04.2026).

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-2

СОЦІАЛЬНО ОРІЄНТОВАНА БІЗНЕС-МОДЕЛЬ ЯК ОСНОВА СТАЛОГО РОЗВИТКУ ПІДПРИЄМСТВА

Карпенко Оксана Олександрівна
доктор економічних наук, професор,
перший проректор
ЗВО «Міжнародний науково-технічний університет
імені академіка Юрія Бугая»
м. Київ, Україна

Гуцало Павло Сергійович
здобувач третього (освітньо-наукового) рівня вищої освіти
ЗВО «Міжнародний науково-технічний університет
імені академіка Юрія Бугая»
м. Київ, Україна

Сучасне підприємство функціонує в умовах, коли традиційна модель бізнесу, орієнтована переважно на максимізацію прибутку, дедалі частіше виявляється недостатньою для забезпечення довгострокової стійкості. Глобальні виклики, пов'язані з нерівністю, зміною клімату, демографічними змінами, міграційними процесами, кризою зайнятості, цифровою трансформацією та зростанням суспільних очікувань щодо відповідальності бізнесу, змінюють саму логіку підприємницької діяльності. У цих умовах підприємство має не лише генерувати економічний результат, а й створювати позитивний соціальний ефект, підтримувати розвиток громад, сприяти інклюзії, збереженню людського капіталу та підвищенню якості життя.

Особливої актуальності ця проблематика набуває для України, де повномасштабна війна загострила соціально-економічні диспропорції, посилила потребу у підтримці внутрішньо переміщених осіб, ветеранів, осіб з інвалідністю, сімей військовослужбовців, безробітних, молоді та інших вразливих груп населення. За таких умов соціально орієнтована бізнес-модель може розглядатися як інструмент не лише підприємницької активності, а й економічної стабілізації, соціальної інтеграції та післявоєнного відновлення.

Світова наукова думка дедалі частіше розглядає сталий розвиток підприємства через призму бізнес-моделі. Якщо раніше сталий розвиток асоціювався переважно з екологічною відповідальністю або корпоративною соціальною відповідальністю, то сьогодні він

трактується як інтегрована управлінська логіка, що охоплює ціннісну пропозицію, взаємодію зі стейкхолдерами, джерела доходів, партнерства, операційні процеси, соціальний вплив і довгострокову життєздатність підприємства [1; 2; 3].

Соціально орієнтована бізнес-модель підприємства може бути визначена як цілісна система створення, доставки, розподілу та відтворення економічної й соціальної цінності, у якій соціальна місія інтегрована в стратегічні цілі, операційні процеси, партнерства, фінансову логіку та механізми оцінювання результативності підприємства.

На відміну від традиційної корпоративної соціальної відповідальності, яка часто реалізується у формі окремих благодійних або репутаційних заходів, соціально орієнтована бізнес-модель передбачає, що соціальна цінність є не додатковою активністю, а частиною основної бізнес-логіки. Вона визначає, для кого підприємство створює цінність, які соціальні проблеми допомагає розв'язувати, як формує дохід, як взаємодіє зі стейкхолдерами та яким чином вимірює не лише фінансовий, а й соціальний результат.

У структурі такої бізнес-моделі доцільно виокремити кілька ключових компонентів (рис. 1).

Першим компонентом є соціально орієнтована ціннісна пропозиція. Вона має відповідати не лише ринковому попиту, а й певній суспільній потребі, а саме доступності послуг, інклюзивному працевлаштуванню, підтримці вразливих груп, екологічній відповідальності, розвитку місцевих громад, освітній або медико-соціальній підтримці. Саме цей компонент відрізняє соціально орієнтовану бізнес-модель від традиційної, оскільки цінність створюється не лише для споживача як покупця, а й для суспільства як ширшої системи стейкхолдерів.

Другим компонентом є інтеграція соціальної місії у стратегію підприємства. Якщо соціальна місія існує лише на рівні декларації, вона не забезпечує сталого розвитку. Вона має бути відображена у стратегічних цілях, політиках управління персоналом, виборі партнерів, системі мотивації, критеріях прийняття управлінських рішень і показниках результативності. Такий підхід відповідає логіці «принципу справжньої сталості бізнесу», за якої підприємство не просто зменшує негативний вплив, а цілеспрямовано формує позитивний внесок у сталий розвиток [2].

Третім компонентом є взаємодія зі стейкхолдерами. Соціально орієнтована бізнес-модель ґрунтується на розумінні підприємства як відкритої системи, що залежить від працівників, клієнтів, громад, постачальників, органів влади, громадських організацій, інвесторів, донорів та інших учасників екосистеми. В умовах війни та післявоєнного

відновлення така взаємодія набуває особливого значення, оскільки підприємство може виступати не лише економічним суб'єктом, а й учасником соціальної стабілізації.

Рис. 1. Компоненти соціально орієнтованої бізнес-моделі підприємства

Джерело: сформовано автором за допомогою інструменту Napkin AI

Четвертим компонентом є фінансова стійкість. Соціально орієнтована бізнес-модель не може бути ефективною, якщо вона не має життєздатної економічної основи. Її специфіка полягає не у відмові від доходу, а у переосмисленні ролі прибутку. Прибуток стає ресурсом підтримки місії, масштабування соціального ефекту, інвестування в людський капітал, розвиток послуг і посилення організаційної стійкості. У цьому сенсі соціально орієнтована модель відрізняється як від суто благодійної діяльності, так і від класичного комерційного бізнесу.

П'ятим компонентом є вимірювання соціального впливу. Для сталого розвитку підприємства недостатньо оцінювати лише фінансові показники. Необхідно запроваджувати індикатори соціальної результативності: кількість створених робочих місць для вразливих груп, рівень утримання персоналу, охоплення соціальними послугами, покращення доступності продукту або послуги, внесок у розвиток громади, рівень задоволеності стейкхолдерів, екологічні ефекти, якість

партнерської взаємодії. Саме здатність вимірювати й демонструвати соціальний результат підвищує довіру до підприємства та полегшує доступ до партнерств, грантів, соціальних інвестицій і репутаційного капіталу.

Шостим компонентом є інноваційність. Соціально орієнтовані бізнес-моделі часто виникають там, де традиційні ринкові або державні механізми не забезпечують належного розв'язання проблем. Тому вони використовують нові формати послуг, цифрові платформи, партнерські моделі, кроссекторальні рішення, локальні мережі підтримки, механізми повторного використання ресурсів, інклюзивний дизайн і соціальні інновації. Це наближає їх до архетипів сталих бізнес-моделей, описаних Н. Бокеном та співавторами, зокрема до моделей перепрофілювання бізнесу для суспільства й довкілля, розвитку масштабованих рішень і виконання стюардської ролі щодо стейкхолдерів [1].

Управлінське значення соціально орієнтованої бізнес-моделі полягає в тому, що вона формує довгострокові джерела стійкості підприємства. По-перше, вона посилює репутаційну стійкість, оскільки підприємство, яке створює видимий соціальний ефект, має вищий рівень довіри з боку споживачів, працівників і партнерів. По-друге, вона сприяє кадровій стійкості, оскільки соціальна місія підвищує залученість персоналу та може бути чинником утримання працівників. По-третє, вона підтримує ринкову стійкість, оскільки соціально значущі продукти й послуги часто краще відповідають актуальним потребам суспільства. По-четверте, вона розширює доступ до партнерств і фінансування, зокрема через програми підтримки соціального підприємництва, імпакт-інвестування, грантові інструменти та співпрацю з громадами.

Отже, соціально орієнтована бізнес-модель є не окремим різновидом благодійної активності, а стратегічною управлінською конструкцією, яка поєднує підприємницьку ефективність, соціальну місію, партнерську взаємодію та довгострокову сталість. Вона дозволяє підприємству перейти від логіки «прибуток плюс соціальна відповідальність» до логіки «прибуток через створення соціальної цінності». Саме така трансформація відповідає сучасним уявленням про сталий розвиток підприємства.

Література:

1. Bocken N. M. P., Short S. W., Rana P., Evans S. A literature and practice review to develop sustainable business model archetypes. Journal of Cleaner Production. 2014. Vol. 65. P. 42–56. DOI: 10.1016/j.jclepro.2013.11.039.

2. Dyllick T., Muff K. Clarifying the meaning of sustainable business: Introducing a typology from business-as-usual to true business sustainability.

Organization & Environment. 2016. Vol. 29(2). P. 156–174. DOI: 10.1177/1086026615575176.

3. Geissdoerfer M., Vladimirova D., Evans S. Sustainable business model innovation: A review. Journal of Cleaner Production. 2018. Vol. 198. P. 401–416. DOI: 10.1016/j.jclepro.2018.06.240.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-3

ФОРМУВАННЯ ЦІННІСНОЇ ПРОПОЗИЦІЇ РОБОТОДАВЦЯ ЯК ОСНОВА ЕФЕКТИВНОГО HR-БРЕНДУ

Борщ Вікторія Ігорівна
доктор економічних наук, професор,
професор кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Гедзелівський Віталій Ігорович
здобувач вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

У сучасних умовах трансформації ринку праці, кадрового дефіциту, цифровізації управління персоналом та зростання очікувань працівників щодо якості трудового життя HR-бренд набуває значення не лише комунікаційного інструменту, а й стратегічного ресурсу розвитку організації. Центральним елементом HR-бренду є ціннісна пропозиція роботодавця (Employee Value Proposition або EVP), яка відображає сукупність матеріальних і нематеріальних переваг, що організація пропонує працівникові в обмін на його компетентності, досвід, залученість і результативність.

Уперше концепція бренду роботодавця була системно представлена Т. Амблером та С. Бароу, які розглядали бренд роботодавця як «поєднання функціональних, економічних і психологічних переваг, пов'язаних із роботою у певній організації» [1]. Подальший розвиток ця ідея отримала у праці К. Бекхауса і С. Тіко, де брендинг роботодавця трактується як «довгострокова стратегія управління сприйняттям організації чинними та потенційними працівниками» [2].

Наукові дослідження свідчать, що HR-бренд формується на перетині стратегічного управління людськими ресурсами, маркетингу, організаційної культури та внутрішніх комунікацій. Ф. Лівенс і Дж. Слаутер підкреслюють, що імідж роботодавця охоплює як інструментальні характеристики: оплату праці, умови роботи, можливості кар'єрного зростання, так і символічні характеристики: репутацію, цінності, стиль лідерства, відчуття приналежності [4]. Саме EVP дозволяє інтегрувати ці компоненти в єдину систему очікувань і обіцянок роботодавця.

Українські науковці також активно розглядають EVP як стратегічний інструмент формування бренду роботодавця. Н. Самолюк, Г. Міщук і В. Міщук доводять, що релевантна ціннісна пропозиція є одним зі стратегічних напрямів залучення нових і збереження наявних працівників [8]. М. Джулай акцентує увагу на необхідності формування EVP для молодих спеціалістів, зокрема покоління Z, для якого важливими є не лише заробітна плата, а й розвиток, гнучкість, корпоративна культура, соціальна відповідальність і можливість самореалізації. Науковиця підкреслює, М. Джулай у дослідженні бренду роботодавця для покоління Z підкреслюють, що сильний HR-бренд сприяє залученню талановитих працівників, зміцненню корпоративної культури та ділової репутації компанії [3].

Практичне значення EVP полягає в тому, що вона має бути не декларативним гаслом, а реальною управлінською системою [6]. Її формування доцільно здійснювати у кілька етапів. Перший етап – діагностика очікувань персоналу та кандидатів через опитування, інтерв'ю, аналіз причин звільнень, оцінку залученості та моніторинг відгуків про роботодавця. Другий етап – визначення ключових сегментів працівників, оскільки EVP для молодих фахівців, досвідчених управлінців або медичного персоналу не може бути однаковою. Третій етап – формування змісту ціннісної пропозиції, що має включати оплату праці, безпечні умови роботи, можливості професійного розвитку, справедливе лідерство, гнучкість, визнання результатів, психологічну підтримку та соціальну значущість праці.

Окремого значення набуває автентичність EVP. Якщо заявлена ціннісна пропозиція не відповідає реальному досвіду працівника, HR-бренд втрачає довіру. Саме тому EVP має бути узгоджена з корпоративною культурою, управлінськими практиками, системою мотивації та внутрішніми комунікаціями [6]. У статті В. Пенюк HR-бренд розглядається як система позитивних образів і асоціацій щодо унікальних матеріальних і нематеріальних переваг, які отримує працівник, працюючи в організації [7].

У сучасних умовах особливого значення набувають цифрові канали просування HR-бренду. А.-М. Зівертцен, Е. Нілсен і А. Олафсен довели, що соціальні медіа впливають на сприйняття привабливості роботодавця, корпоративну репутацію та намір кандидатів подаватися на вакансії. Отже, EVP має бути послідовно представлена не лише у внутрішніх політиках, а й на кар'єрному сайті, у соціальних мережах, вакансіях, програмах адаптації, навчання та розвитку персоналу.

За результатами аналізу, ми дійшли до висновків, що для формування ефективної EVP організації доцільно:

1) проводити регулярний аудит HR-бренду та досвіду працівників;

2) визначати ключові цільові групи персоналу і кандидатів;

3) формувати EVP на основі реальних переваг організації, а не лише бажаного іміджу;

4) інтегрувати EVP у систему мотивації, навчання, кар'єрного розвитку та внутрішніх комунікацій;

5) використовувати цифрові інструменти HR-аналітики для оцінки залученості, плинності кадрів і задоволеності персоналу;

6) забезпечувати відповідність між зовнішнім HR-брендом і внутрішнім досвідом працівника.

Ціннісна пропозиція роботодавця є основою ефективного HR-бренду, оскільки саме вона конкретизує, чому працівник має обрати, залишатися та розвиватися в певній організації. EVP виконує стратегічну функцію, а саме – сприяє залученню талантів, зниженню плинності кадрів, підвищенню залученості персоналу, зміцненню організаційної культури та конкурентоспроможності. Водночас ефективність EVP залежить від її автентичності, сегментованості, доказовості та практичного впровадження в управління людським капіталом.

Література:

1. Ambler T., Barrow S. The employer brand. *The Journal of Brand Management.* 1996. Volume 4 Number 3. Pp. 185–206. URL: https://hoaqtkd.com/wp-content/uploads/2021/12/the-employer-brand.pdf

2. Backhaus K., Tikoo S. Conceptualizing and researching employer branding. *Career Development International*. 2004. Vol. 9 No. 5 pp. 501–517. DOI: https://doi.org/10.1108/13620430410550754

3. Dzhulai M. Using development of an employer's value proposition for young professionals. *Scientific Bulletin of Mukachevo State University. Series: Economics.* 2022. 9 (3). Pp. 40–47. DOI: https://doi.org/10.52566/msu-econ.9(3).2022.40-47

4. Lievens F., Slaughter J. E. Employer Image and Employer Branding: What We Know and What We Need to Know. *Annual Review Organizational*

Psychology and Organizational Behavior. 2016. 3. 407–440. https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-041015-062501

5. Sivertzen A.-M., Nilsen E., Olafsen A. Employer branding: employer attractiveness and the use of social media. *Journal of Product and Brand Management.* 2013. Vol. 22, Number 7. Pp. 473–483(11). DOI: https://doi.org/10.1108/JPBM-09-2013-0393

6. Борщ В., Кліменко В. Управління брендом сучасної організації як чинник її конкурентоспроможності. *Економіка. Фінанси.* Право. 2020. № 4/1. С. 10–13. DOI: https://doi.org/10.37634/efp.2020.4(1).2

7. Пенюк В. Теоретичні та практичні аспекти формування стратегії розвитку HR-бренду IT-галузі. *Вісник Хмельницького національного університету.* 2024. № 4. С. 61–68. DOI: https://doi.org/10.31891/2307-5740-2024-332-8

8. Самолюк Н. М., Міщук Г. Ю., Міщук В.А. Гендерні аспекти формування ціннісної пропозиції роботодавця на ринку праці. *Вісник Хмельницького національного університету.* 2021. № 4. С. 147-155. DOI: https://www.doi.org/10.31891/2307-5740-2021-296-4-24

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-4

SUSTAINABLE DEVELOPMENT IN THE CONTEXT OF PRIMARY EDUCATION

Vrabie Silvia
University Center "Bogdan Petriceicu Hasdeu"
Republic of Moldova

The relevance of this issue is enshrined in fundamental international political documents, such as the United Nations 2030 Agenda, which emphasizes that Education for Sustainable Development (ESD) is an essential vector for achieving the Sustainable Development Goals (SDGs). In this context, primary education represents the critical period for the foundation of critical thinking and awareness of human-nature interdependence, when the values and attitudes that structure future behaviors are crystallized.

Sustainable development is the central paradigm of the contemporary global agenda, engaging the three fundamental dimensions – environmental, social and economic – in a dynamic balance relationship. Unlike ecological education, which focuses predominantly on the human-environment

relationship, ESD adopts a holistic perspective, integrating ecological awareness with social responsibility and economic efficiency.

In primary education, this interdisciplinary approach stimulates critical thinking, empathy and the capacity for innovation to solve complex problems. Students learn not only the notions of respect for the environment and saving resources, but also develop a mentality of social responsibility and collaboration for the common good. This early training generates active and innovative adults, capable of contributing to a balanced future. To operationalize these principles, educational institutions carry out activities that go beyond the environmental dimension, explicitly addressing social and economic issues.

This approach meets the requirement to identify and disseminate good practices in protecting the environment, maintaining social cohesion and promoting economic prosperity. However, the effectiveness of ESD requires robust assessment tools. The fundamental goal of research in the field is to create a universal tool for assessing the sustainability of primary schools, to be included in classification and accreditation systems. This tool must measure institutional performance in relation to environmental, infrastructure, transport and educational variables, facilitating continuous improvement. Education for sustainable development in primary education is not an option, but a strategic necessity for building a fair, green and prosperous future. In the Republic of Moldova, the inclusion of ESD in the curriculum is a priority for aligning with international trends and training informed, responsible and active citizens, prepared to respond to the global challenges of the 21st century.

At a defining moment for the future of the planet, when the ecological limits of the world are becoming increasingly evident, education for sustainable development (ESD) has become not just a pedagogical option, but an existential necessity. Beyond the official rhetoric of international conferences, the signs of crisis are manifesting themselves with disturbing clarity: ecosystems are severely affected, biodiversity is collapsing at an unprecedented rate, and future generations will inherit the direct consequences of our current decisions. In this context, environmental education is not just a compartment of ESD, but its ontological foundation, its nervous system without which the other dimensions – social and economic – risk remaining mere theoretical abstractions.

The relevance of this research is provided by the increasingly narrow opportunity until 2030, the deadline set by the UN Agenda for Sustainable Development Goals, while its importance lies in the unique capacity of education to generate profound transformations without resorting to constraints, being, in essence, the only non-violent weapon capable of foreshadowing a sustainable future without sacrificing human dignity.

The National Strategy for Sustainable Development 2030 provides ambitious objectives, but implementation faces major difficulties. The waste management system operates at reduced capacities, with recycling rates below 15%, while air pollution in urban areas constantly exceeds the limit values allowed by European legislation. These objective realities require not only strict regulations, but a profound transformation of the collective mentality, an operation that can only be achieved through education. Alignment with the European Competence Framework for Sustainable Development thus becomes not a bureaucratic formality, but a strategic necessity. The implications of the ecological crisis, education is imposed as the most powerful instrument of systemic transformation.

Therefore, the research confirms the importance of using a well-structured methodological approach in investigating educational phenomena and highlights the essential role of ecological education in the formation of responsible behaviors.

At the same time, the results obtained constitute a starting point for improving teaching strategies and for the development of educational programs oriented towards the formation of sustainable ecological behavior among primary school students.

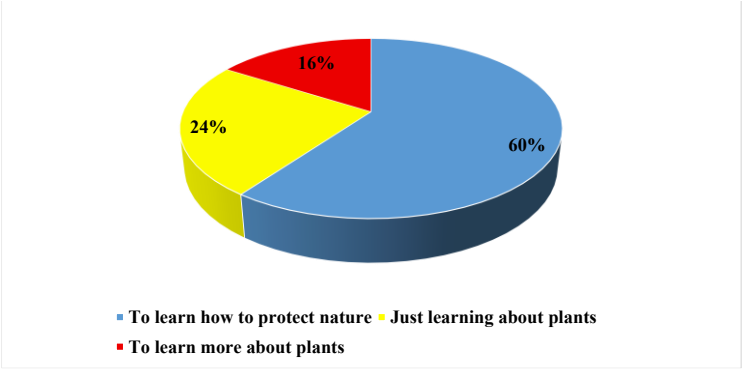

Fig. 1. Students' perceptions regarding the concept of "ecological education"

The data in Figure 1. represent students' perceptions regarding the meaning of "ecological education" providing a relevant image of the level of understanding of ecological education among the investigated subjects. The results are structured on three response options, each reflecting a certain degree of conceptual correctness.

The data analysis highlights the fact that 60% of students selected the option "To learn how to protect nature", which is the majority option. This

result indicates an adequate understanding of the essence of ecological education, as it involves the formation of responsible attitudes and behaviors towards the environment. The choice of this option demonstrates that a significant part of the respondents correctly associate ecological education with concrete actions to protect the environment, which corresponds to current educational goals, focused on the development of ecological skills and civic responsibility.

On the other hand, 24% of students opted for the option "To learn only about plants", which reveals a limited and partially correct perception of the analyzed concept. This category of responses suggests a reduction of ecological education to a strictly informative and biological dimension, without including behavioral and attitudinal aspects. Although the study of plants is part of ecological education, it is not limited to knowledge of the elements of nature, but involves a much more complex approach, which aims at the human-environment relationship and responsibility towards natural resources. Therefore, this relatively high percentage indicates the need to strengthen the applicative and value dimension of ecological education in the instructional-educational process.

A percentage of 16% of students ticked "To learn to use more plastic", an answer that reflects an erroneous understanding of the concept. This option contradicts the fundamental principles of ecological education, which promotes the reduction of the consumption of polluting materials and the adoption of sustainable practices. Although the percentage is the lowest of the three, its existence highlights the persistence of conceptual confusion and emphasizes the need for more effective educational interventions, aimed at clarifying correct ecological behaviors.

The overall interpretation of the data reveals that, although the majority of respondents (60%) have a correct perception of environmental education, a significant percentage (16% combining partially correct and incorrect answers) does not fully understand this concept. This situation indicates that representations about environmental education are still being formed and require consolidation through systematic and well-structured teaching activities.

From a pedagogical perspective, the results obtained emphasize the importance of integrating environmental education coherently into the school curriculum, especially in primary education. It is necessary for students to be involved in practical, experiential and interdisciplinary activities that go beyond the theoretical level and lead to the formation of authentic environmental behaviors. Methods such as discovery learning, thematic projects, activities in nature or greening campaigns can significantly contribute to the development of a correct and sustainable understanding of the concept.

Generalizing the above data, it highlights the existence of a positive trend among students, reflected by the majority percentage of correct answers, but also of conceptual gaps that require additional educational interventions. These results confirm the essential role of ecological education in forming an environmentally responsible generation and support the need to develop teaching strategies adapted to the age level of primary school students.

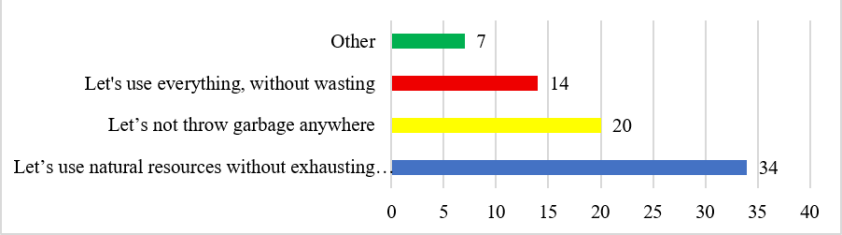

Fig. 2. Students' thinking regarding the concept of "sustainable development"

The results obtained show that the dominant option is "Let's use natural resources without exhausting them", chosen by 34 of the students. This option essentially expresses the correct meaning of the concept of sustainable development, as it directly refers to the responsible use of natural resources so that they can be preserved for future generations. The majority choice of this option indicates that almost half of the respondents have an adequate representation of sustainable development, understanding that it involves a balance between consumption, conservation and long-term responsibility. From a theoretical perspective, this result is positive, as it reflects the proximity to the established definition of sustainable development, based on meeting the needs of the present without compromising the ability of future generations to meet their own needs.

Then "Let's not throw garbage anywhere", chosen by 20 students. This answer is not completely wrong, but it reflects a partial and narrow understanding of sustainable development. Students who chose this option associate sustainable development in particular with a concrete ecological behavior, namely maintaining cleanliness and avoiding pollution through waste. Although this behavior is part of the pro-ecological behaviors promoted by environmental education and education for sustainable development, it does not cover the full complexity of the concept. Sustainable development involves not only environmental protection, but also responsible use of resources, social equity, economic responsibility and active participation in

community life. Therefore, this significant percentage indicates that a significant number of respondents reduce development.

At the same time, the option "Let's use everything, without wasting", selected by 14 of the students, reflects an erroneous understanding of sustainable development. Although the wording may apparently create the impression of efficiency, its essence contradicts the idea of sustainability, since the rapid use of resources is not compatible with the principle of their long-term conservation. The choice of this option by 14 of the students can be interpreted positively, since the majority do not confuse sustainable development with the accelerated exploitation of resources. However, the existence of this segment shows that certain confusions persist and that it is necessary to clarify the difference between efficient consumption and excessive consumption. sustainable to aspects of ecological hygiene or to punctual behaviors towards the environment.

The option "other" was selected by 7 students, which suggests that some of the students either had a different representation of sustainable development than those offered in the preset options, or did not clearly identify the answer they considered appropriate. From a methodological point of view, this category may indicate the existence of varied perspectives or even conceptual uncertainties. In the analysis for the bachelor's thesis, this category is important, because it may signal the need for further investigation through open questions or interviews, in order to understand more clearly how respondents define sustainable development and what elements they associate with this concept.

Taken as a whole, the data in figure 2 indicate that the level of understanding of the concept of sustainable development is moderate.

From a pedagogical perspective, the results of this figure are relevant, because they show that sustainable development is perceived mainly through the prism of the ecological dimension, while the social and economic dimensions are less aware. In primary education, this fact suggests the need for integrated teaching activities, which explain to students, in an accessible language, that sustainable development does not only mean cleanliness or care for nature, but also the prudent use of resources, respect for the needs of others and responsibility for the future. Teachers have the role of transforming this abstract concept into one close to children's experience, through concrete examples, life situations, thematic projects and practical activities.

At the same time, the option "Let's use everything, without wasting", selected by 14 of the students, reflects an erroneous understanding of sustainable development. Although the wording may apparently create the impression of efficiency, its essence contradicts the idea of sustainability, since the rapid use of resources is not compatible with the principle of their long-term conservation. The choice of this option by 14 of the students can be

interpreted positively, since the majority do not confuse sustainable development with the accelerated exploitation of resources. However, the existence of this segment shows that certain confusions persist and that it is necessary to clarify the difference between efficient consumption and excessive consumption. sustainable to aspects of ecological hygiene or to punctual behaviors towards the environment.

The option "other" was selected by 7 students, which suggests that some of the students either had a different representation of sustainable development than those offered in the preset options, or did not clearly identify the answer they considered appropriate. From a methodological point of view, this category may indicate the existence of varied perspectives or even conceptual uncertainties. In the analysis for the bachelor's thesis, this category is important, because it may signal the need for further investigation through open questions or interviews, in order to understand more clearly how respondents define sustainable development and what elements they associate with this concept.

Taken as a whole, the data in figure 2 indicate that the level of understanding of the concept of sustainable development is moderate.

From a pedagogical perspective, the results of this figure are relevant, because they show that sustainable development is perceived mainly through the prism of the ecological dimension, while the social and economic dimensions are less aware. In primary education, this fact suggests the need for integrated teaching activities, which explain to students, in an accessible language, that sustainable development does not only mean cleanliness or care for nature, but also the prudent use of resources, respect for the needs of others and responsibility for the future. Teachers have the role of transforming this abstract concept into one close to children's experience, through concrete examples, life situations, thematic projects and practical activities.

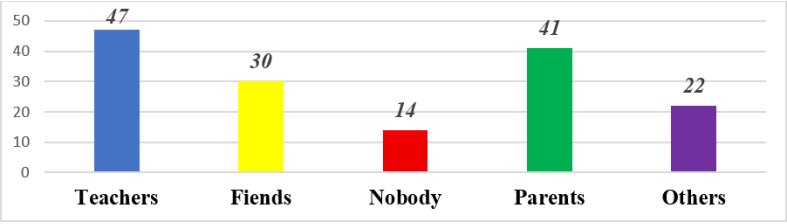

Fig. 3. The main sources that contribute to understanding the importance of environmental protection

The diagram above highlights the respondents' perceptions of the people or factors that contribute most to the formation of understanding of the need

to protect the environment. The answers are distributed across five categories: teachers, friends, nobody, parents and others. The recorded values are as follows: 47 answers for teachers, 30 answers for friends, 14 answers for nobody, 41 answers for parents and 22 answers for the category others.

The data analysis shows that teachers occupy the first place in the hierarchy of answers, with 47 options expressed, which indicates the major role of the teaching staff in the formation of students' ecological representations and attitudes. This result confirms the fact that the school and, in particular, the teacher represents a fundamental educational factor in the process of raising students' awareness of environmental issues. In the context of primary education, teachers have the opportunity to integrate ecological themes into learning activities, to capitalize on concrete situations in school life and to influence students' behaviors through personal example and practical activities. Therefore, the high frequency of this option highlights the importance of the school as a privileged space for ecological education.

The category "others", with 22 responses, suggests the existence of other sources of influence in the formation of understanding regarding environmental protection. This category may include the media, the Internet, information campaigns, extracurricular activities, community members or organizations involved in ecological projects. The presence of a relatively large number of responses in this category shows that ecological education is also supported by factors external to the school and family, which confirms the complex and social nature of the formation of ecological awareness.

An aspect that deserves special attention is represented by the option "no one", chosen by 14 respondents. Although this value is lower compared to the other options, it cannot be ignored, as it suggests that some respondents do not perceive the existence of clear or constant support in understanding the importance of environmental protection. This result may indicate either the absence of sufficiently visible educational influences, or the difficulty of some students in becoming aware of the sources that shape their attitudes. From a pedagogical perspective, this situation signals the need to intensify and clarify educational approaches, so that students can more clearly identify the people and contexts that contribute to their ecological education.

The global interpretation of the diagram highlights the fact that teachers and parents are perceived as the main factors that support the understanding of environmental protection. This hierarchy of responses is significant for the research, as it confirms the central role of the main socialization environments – school and family – in the formation of ecological awareness in primary school students. At the same time, the influence of friends and other external sources shows that ecological education is a complex process, resulting from the interaction of several educational and social factors.

From an educational perspective, the results support the idea that the effectiveness of environmental education depends on the partnership between school, family and community. The role of the teacher is essential in providing information, organizing activities and stimulating reflection on environmental issues, while parents have the role of reinforcing in the family environment the behaviors and attitudes cultivated at school. In the absence of this continuity between school and family, environmental messages may remain at a declarative level and may have a reduced impact on the actual behavior of students.

The results obtained can also be interpreted in the sense that students learn best about environmental protection when they benefit from concrete models and consistent support from significant adults. Both teachers and parents represent behavioral models, and their influence is all the greater when the messages transmitted are coherent and supported by personal example. Therefore, effective environmental education is not achieved in isolation, but through the convergent action of all factors involved in the child's education.

Generalizing the data in Figure 3, we find that teachers and parents are perceived by respondents as the main support agents in understanding the need to protect the environment. Friends and other sources of influence complete this process, and the low proportion of "nobody" answers indicates the existence of areas that require increased educational attention. These results confirm the importance of an integrated approach to environmental education, based on collaboration between school, family and community. In this context, it is necessary to intensify educational efforts aimed at clarifying concepts and forming correct environmental behaviors from the elementary school level.

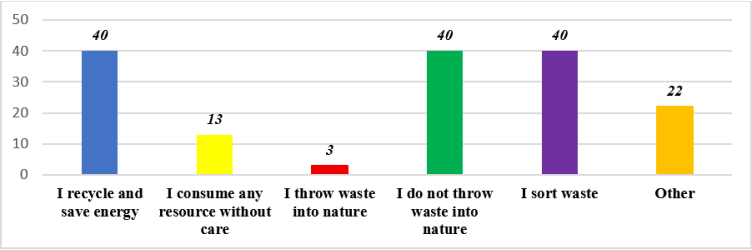

Fig. 4. Behaviors considered necessary for environmental protection

Students' perceptions of individual behaviors that can support environmental protection and the development of a responsible lifestyle. The responses are distributed across six options: "I recycle and save energy", "I consume any resource without care", "I throw waste into nature", "I do not

throw waste into nature", "I sort waste" and "Other". The values represented in the diagram indicate the following distribution: 47 responses for "I recycle and save energy", 13 responses for "I consume any resource without care", 3 responses for "I throw waste into nature", 40 responses for "I do not throw waste into nature", 40 responses for "I sort waste" and 22 responses for the "Other" category.

The data analysis reveals that the option with the highest frequency is "I recycle and save energy", chosen by 47 respondents. This result highlights a positive and relatively mature orientation of the respondents towards concrete ecological behaviors, which involve both responsible waste management and the rational use of energy resources. The choice of this variant suggests that the respondents understand the personal contribution to environmental protection not only at a declarative level, but also by referring to practical, everyday and sustainable actions. From a pedagogical perspective, this answer is relevant because it reflects a correct association between individual responsibility and the idea of a sustainable future.

The following options are in equal positions: "I do not throw waste into nature" and "I sort waste", each with 40 responses. The high frequency of these options confirms that respondents associate ecological behavior with concrete actions to prevent pollution and selectively collect waste. The option "I do not throw waste into nature" expresses a basic behavior of ecological conduct, which reflects respect for the environment and awareness of the negative effects of pollution. At the same time, the option "I sort waste" indicates a more applied level of ecological responsibility, as it involves not only avoiding harmful behaviors, but also active involvement in the correct management of waste. Together, these two responses support the idea that respondents largely identify elementary and useful ecological behaviors for protecting the planet. The "Other" category, with 22 responses, also has a significant share. This suggests that respondents perceive other ways of contributing to a better future for the planet, beyond those explicitly listed in the item. This category could include behaviors such as planting trees, reducing plastic consumption, saving water, using non-polluting transportation, reusing materials or participating in greening activities. From a methodological point of view, this result indicates a diversity of representations and an openness towards a broader understanding of ecological responsibility.

In conclusion, we find that the analysis of the concept of sustainable development highlights the fact that most students correctly associate this notion with the responsible use of natural resources, without their depletion. This reflects the existence of a favorable educational base for the introduction and consolidation of the principles of sustainability in primary education. However, the alternative or partially correct answers show that sustainable

development is still sometimes perceived in a limited manner, focused only on cleanliness or on avoiding pollution, without including the economic and social dimensions. In this sense, the results support the need for better structured educational interventions, which explain sustainable development as a complex, interdisciplinary and future-oriented process.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-5

ДОКАЗОВИЙ МЕНЕДЖМЕНТ ЯК МЕТОДОЛОГІЧНА ОСНОВА ПІДГОТОВКИ КЕРІВНИКІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ В МАГІСТЕРСЬКІЙ ПРОГРАМІ

Вишнивецький Іван Іванович
кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Парій Валентин Дмитрович
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри менеджменту охорони здоров'я
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність. Доказовий менеджмент (evidence-based management, EBMgt) – це підхід до управлінських рішень, що поєднує наукові дослідження, організаційні дані, досвід керівника та інтереси зацікавлених сторін [4]. Незважаючи на методологічну спорідненість із доказовою медициною, в освіті управлінців ці принципи залишаються нерівномірно інтегрованими в освітні програми.

В охороні здоров'я спостерігається певний поступ: дослідження фіксують зростання уваги до EBMgt-компетентностей у програмах для керівників медичних організацій [2, 5], а систематичний огляд окреслив ключові з них – критичне мислення, управління інформацією, дослідницькі навички та вміння застосовувати докази на практиці [2]. Натомість у загальних програмах MBA лише близько чверті обов'язкових курсів торкаються принципів EBMgt [1], і систематичне навчання доказовому підходу залишається обмеженим [6].

Для слухачів програми, незалежно від фахового походження, ця розбіжність особливо відчутна: лікарі, що звикли до строгих критеріїв доказовості в клініці, у менеджменті нерідко покладаються на неперевірені рецепти й популярні концепції. Разом із тим, як показали Walshe та Rundall, проблеми надмірного використання неефективних і недостатнього використання ефективних підходів у менеджменті охорони здоров'я не менш поширені, ніж у клінічній практиці [3].

Мета роботи – представити концептуальну основу та практичний досвід впровадження принципів EBMgt як методологічного стрижня курсу «Основи сучасного менеджменту» для магістерської програми «Менеджмент охорони здоров'я» НМУ імені О. О. Богомольця.

Матеріали та методи. Робота має описово-аналітичний характер і ґрунтується на аналізі міжнародних підходів до інтеграції принципів доказової практики в управлінську освіту [1–6], авторському досвіді розробки та викладання курсу у 2024–2026 навчальних роках, а також аналізі навчальних матеріалів, практичних завдань і рефлексивного зворотного зв'язку слухачів.

Результати та обговорення. Курс «Основи сучасного менеджменту» розроблений для осіб, які здобувають другу вищу освіту за спеціальністю «Менеджмент»: переважно лікарів-практиків, завідувачів відділень та керівників медичних організацій, але також фахівців інших галузей – тобто людей із досвідом у своїй сфері, але обмеженою управлінською підготовкою.

Методологічним ядром курсу обрано EBMgt – свідомо як паралель до доказової медицини. Для лікарів, які звикли мислити в доказовій парадигмі, це полегшує засвоєння управлінських концепцій і створює зрозумілу методологічну рамку. Компетентності курсу визначено відповідно до результатів систематичного огляду [2]: критичне мислення, управління інформацією, дослідницькі навички та вміння застосовувати докази в рішеннях.

EBMgt-підхід реалізується через три навчальні механізми:

1. Деконструкція управлінських міфів через доказову базу. Кожна тема відкривається аналізом поширених управлінських уявлень, що не знаходять підтвердження в дослідженнях – наприклад, про вирішальну роль харизматичного лідерства або винятково матеріальну природу мотивації. Слухачі формують звичку критичної оцінки будь-яких управлінських рецептів.

2. Використання актуальних досліджень. Ключові положення лекцій підкріплюються результатами систематичних оглядів та мета-аналізів у сфері організаційної поведінки, управління командами і лідерства [5]. Для слухачів з медичною освітою саме такий рівень доказовості є природним стандартом якості.

3. Критично-обґрунтоване використання інструментів штучного інтелекту (ШІ). Курс інтегрує навчання використанню ШІ як складової

управлінської грамотності. Практичні завдання передбачають структуровану взаємодію з ШІ-асистентами для аналізу ситуацій і структурування рішень – акцент робиться не на отриманні готових відповідей, а на формулюванні управлінських запитань, критичній оцінці отриманих від ШІ відповідей та верифікації інформації за первинними джерелами.

У розробці курсу враховано принципи навчання дорослих та кейс-метод відповідно до міжнародного досвіду проєктування програм для менеджерів охорони здоров'я [7]. Замість абстрактних зарубіжних прикладів використовуються кейси з реалій роботи в умовах контрактів із НСЗУ, ресурсних обмежень та управлінської культури вітчизняної медицини.

За відгуками слухачів, паралель між доказовою медициною та EBMgt полегшила сприйняття управлінських концепцій і підвищила мотивацію застосовувати їх у роботі.

Висновки. EBMgt може бути придатною методологічною основою підготовки керівників із медичною освітою, оскільки спирається на близьку для лікарів логіку прийняття рішень на основі доказів. Описаний досвід впровадження курсу дає підстави припустити, що інтеграція EBMgt може сприяти формуванню критичного ставлення до управлінських концепцій, розвитку навичок роботи з доказами та обґрунтованому застосуванню інструментів ШІ в управлінських рішеннях. Водночас подальше впровадження EBMgt потребує формалізованих інструментів оцінювання відповідних компетентностей і порівняльного аналізу освітніх програм для менеджерів охорони здоров'я.

Література:

1. Rousseau D.M., Gunia B.C. Evidence-Based Practice: The Psychology of EBP Implementation. *Annual Review of Psychology*. 2016. Vol. 67. P. 667–692.

2. Sanaeifar E., Houshmand E., Moghri J., Vejdani M., Tabatabaee S. S. Requirements for evidence-based management competency in healthcare: a scoping review. *Frontiers in Public Health*. 2025. Vol. 13. DOI: 10.3389/fpubh.2025.1490454.

3. Walshe K., Rundall T. Evidence-based management: from theory to practice in health care. *The Milbank Quarterly*. 2001. Vol. 79, № 3. P. 429–457.

4. Barends E., Rousseau D. M., Briner R. B. Evidence-Based Management: The Basic Principles. Amsterdam: Center for Evidence-Based Management, 2014. 65 p.

5. Lehane E., Leahy-Warren P., O'Riordan C. et al. Evidence-based practice education for healthcare professions: an expert view. *BMJ*

Evidence-Based Medicine. 2019. Vol. 24, № 3. P. 103-108. DOI: 10.1136/bmjebm-2018-111019

6. Barends E., Briner R. B. Teaching evidence-based practice: lessons from the pioneers. *Academy of Management Learning and Education*. 2014. Vol. 13, № 3. P. 476–483.

7. Khalil H., Liu C. Design and Implementation of a Contemporary Health Administration Program for Health Managers. *Frontiers in Public Health*. 2021. Vol. 9. DOI: 10.3389/fpubh.2021.735055.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-6

СОЦІАЛЬНО ОРІЄНТОВАНА БІЗНЕС-МОДЕЛЬ ЯК ОСНОВА СТАЛОГО РОЗВИТКУ ПІДПРИЄМСТВА

Бірюков Єгор Ігорович
кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту, маркетингу та публічного адміністрування ЗВО «Міжнародний науково-технічний університет імені академіка Юрія Бугая»
м. Київ, Україна

Коляда Максим Васильович
здобувач третього (освітньо-наукового) рівня вищої освіти ЗВО «Міжнародний науково-технічний університет імені академіка Юрія Бугая»
м. Київ, Україна

Сучасне підприємство функціонує в умовах високої невизначеності, посилення конкуренції, технологічної динаміки, ресурсних обмежень і зростання вимог споживачів до якості, швидкості та цінності продукту або послуги. У таких умовах ефективність управління не може забезпечуватися лише періодичними організаційними змінами або разовими проєктами оптимізації. Необхідною стає здатність підприємства системно, послідовно й щоденно вдосконалювати процеси, продукти, управлінські рішення, комунікації, робочі місця та взаємодію зі споживачами.

Концепція безперервного вдосконалення тісно пов’язана з філософією Kaizen, ощадливим виробництвом, системами управління якістю та процесним підходом. Ключова проблема полягає в тому, що

безперервне вдосконалення стає результативним лише тоді, коли воно перетворюється на елемент організаційної культури. Це означає, що працівники не лише виконують розпорядження щодо покращення процесів, а й самостійно виявляють проблеми, пропонують рішення, беруть участь у командному аналізі причин відхилень, навчаються на помилках і сприймають зміни як нормальну частину професійної діяльності.

Культура безперервного вдосконалення в системі управління підприємством може бути представлена як інтегрована управлінська модель, що поєднує ціннісні орієнтири, лідерську підтримку, залучення персоналу, стандартизацію процесів, навчання, прозору комунікацію, мотивацію, вимірювання результатів і здатність організації навчатися на помилках.

Центральним ядром моделі є створення цінності для споживача через постійне підвищення якості процесів, продуктів, послуг і управлінських рішень. Саме цінність для споживача визначає зміст і напрям удосконалення. Якщо покращення не впливає на якість, безпеку, швидкість, доступність, зручність або корисність продукту чи послуги, воно ризикує залишитися формальною адміністративною дією.

Модель культури безперервного вдосконалення доцільно розглядати через чотири взаємопов'язані рівні:

1. Ціннісно-стратегічний – формує ідейну основу культури вдосконалення та включає орієнтацію на якість, споживача і лідерство керівництва. На цьому рівні визначається, чому підприємство має постійно вдосконалюватися, які стратегічні цілі підтримує цей процес і яку роль у ньому відіграє вище керівництво.

2. Організаційно-поведінковий. Він охоплює залучення персоналу, комунікацію, прозорість, мотивацію та визнання. Цей рівень відображає те, наскільки працівники готові брати участь у покращеннях, повідомляти про проблеми, пропонувати рішення, працювати в командах і сприймати вдосконалення як частину щоденної професійної діяльності.

3. Процесно-методичний. Його основу становлять стандартизація процесів, навчання персоналу та використання інструментів безперервного вдосконалення. До таких інструментів належать PDCA, Kaizen, 5S, аналіз першопричин, картування процесів, візуальний менеджмент, управління якістю та робота з втратами. На цьому рівні культура перетворюється з декларації на практичну систему дій.

4. Аналітично-навчальний – включає вимірювання результатів, аналіз відхилень, роботу з помилками та організаційне навчання. Цей рівень забезпечує зворотний зв'язок і дозволяє підприємству оцінювати, чи справді впроваджені зміни призводять до покращення якості,

ефективності, продуктивності, задоволеності споживачів і залученості персоналу.

Таблиця 1

Компоненти моделі культури безперервного вдосконалення

№	Компонент моделі	Зміст компонента	Управлінське значення
1	Ціннісна орієнтація на якість і споживача	Визначення цінності з позиції споживача, розуміння потреб, очікувань і проблем клієнтів	Спрямовує вдосконалення не лише на скорочення витрат, а на підвищення реальної цінності продукту або послуги
2	Лідерство керівництва	Особиста залученість керівників, підтримка ініціатив, створення умов для змін	Перетворює вдосконалення з формальної вимоги на управлінський пріоритет
3	Залучення персоналу	Участь працівників у виявленні проблем, поданні пропозицій, роботі в командах покращення	Активізує внутрішній потенціал підприємства та використовує практичний досвід працівників
4	Стандартизація процесів	Опис, стабілізація та регламентування ключових процесів із можливістю подальшого перегляду	Створює базу для об’єктивного аналізу, порівняння та вдосконалення
5	Навчання та розвиток компетентностей	Формування знань і навичок щодо методів аналізу проблем, якості, втрат, даних і командної роботи	Забезпечує спроможність персоналу не лише бачити проблеми, а й професійно їх вирішувати
6	Комунікація та прозорість	Відкрите обговорення цілей, проблем, показників, відхилень і результатів	Формує довіру, зменшує опір змінам і підвищує узгодженість дій
7	Мотивація та визнання	Матеріальне й нематеріальне заохочення участі у вдосконаленні	Підтримує сталість ініціативності та командну відповідальність за результат
8	Вимірювання результатів	Використання показників якості, продуктивності, витрат, часу, дефектів, задоволеності клієнтів і залученості персоналу	Дозволяє оцінити фактичний ефект покращень і приймати рішення на основі даних
9	Організаційне навчання на помилках	Перехід від пошуку винних до аналізу причин, системних недоліків і запобігання повторенню помилок	Формує безпечне середовище для розвитку, інновацій і системного усунення проблем

Функціонування моделі культури безперервного вдосконалення ґрунтується на циклічній логіці: виявлення проблеми – аналіз причин – розроблення рішення – впровадження покращення – вимірювання результату – стандартизація успішної практики – подальше вдосконалення.

Управлінський механізм цієї моделі може бути поданий так: цінність для споживача → лідерство керівництва → залучення персоналу → стандартизація процесів → навчання та інструменти вдосконалення → прозора комунікація → мотивація і визнання → вимірювання результатів → навчання на помилках → новий цикл покращення.

Таким чином, модель не має лінійного завершення. Її сутність полягає у постійному повторенні циклів удосконалення, у межах яких кожне покращення стає новим стандартом, а кожен новий стандарт – основою для наступного покращення.

Для українських підприємств формування культури безперервного вдосконалення має стратегічне значення. Вона дозволяє за обмежених ресурсів підвищувати продуктивність, зменшувати втрати, підтримувати якість, залучати персонал до пошуку рішень і зміцнювати організаційну адаптивність. Особливо важливим є те, що безперервне вдосконалення не завжди потребує великих інвестицій. Часто значний ефект може бути досягнутий через зміну організації праці, усунення зайвих операцій, поліпшення комунікацій, стандартизацію процесів і використання знань самих працівників.

Таким чином, культура безперервного вдосконалення виступає інтегрованою управлінською системою, яка поєднує філософію Kaizen, принципи Lean-менеджменту, процесний підхід, системи управління якістю, лідерство, навчання персоналу та організаційне навчання. Її формування потребує не лише впровадження інструментів, а й зміни управлінської логіки підприємства – від контролю за виконанням до підтримки ініціативності, від покарання за помилки до аналізу причин, від разових змін до системної щоденної роботи над покращенням.

Література:

1. Bessant J., Caffyn S., Gallagher M. An evolutionary model of continuous improvement behaviour. *Technovation.* 2001. Vol. 21(2). P. 67–77. DOI: 10.1016/S0166-4972(00)00023-7.

2. Bortolotti T., Boscari S., Danese P. Successful lean implementation: Organizational culture and soft lean practices. *International Journal of Production Economics.* 2015. Vol. 160. P. 182–201. DOI: 10.1016/j.ijpe.2014.10.013.

3. Кобилюх О. Я., Мельник Г. М. Ощадливе виробництво як концепція оптимізації виробничого та управлінського процесів. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка».* 2012. С. 43–49.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-7

ЕТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В АКАДЕМІЧНОМУ СЕРЕДОВИЩІ ПСИХОЛОГІВ

Шеремета Сергій Ростиславович
доктор філософії в галузі психології
старший викладач кафедри психології та соціальної роботи
Західноукраїнський національний університет
м. Тернопіль, Україна

Термін «штучний інтелект» запровадив Дж. Маккарті у 1956 році [4, с. 2]. Проте, на сьогодні немає чіткого визначення терміну, в науковій літературі серед запропонованих визначень зустрічаються такі:

Штучний інтелект (далі – ШІ) – це симуляція людського інтелекту системою або комп'ютером. Його мета розробити машину, що здатна мислити як людина та імітувати людську поведінку: сприймання, мислення, навчання, планування, прогнозування тощо [4].

ШІ – це реальна здатність нелюдських машин або штучних сутностей виконувати завдання, вирішувати проблеми, спілкуватись, взаємодіяти та діяти логічно, що є подібним біологічних істот [3].

Використання ШІ все більше стає повсякденною річчю. Проте, як і кожен інструмент він має приносити користь та використовуватись доцільно. Все більше зустрічаємо випадки необдуманого використання даного інструменту, в тому числі, серед академічного середовища психологів.

Cheng A., Calhoun A. та Reedy G., у власному дослідженні, щодо етичного використання генеративних ШІ, зазначають, що існує мало чітких рекомендацій щодо того, як ШІ слід легітимно використовувати для написання наукової літератури [2].

Автори виокремлюють три значні загрози використання ШІ в академічних текстах:

Першою є плагіат, оскільки ШІ генерує текст на основі доступних даних і може відтворювати оригінальні джерела дослівно, без належної перевірки. В свою чергу це призводить до цитування уже тексту з плагіатом.

Другою виділяють – галюцинації ШІ. Такі моделі як ChatGPT можуть генерувати переконливий, але вигаданий контент. Моделі не можуть диференціювати реальні дані від фіктивних.

Третя загроза – фабриковані посилання. Існують часті випадки в яких ШІ генерує вигадані посилання [2, с. 3]. Зокрема існує дослідження в якому серед 50 коротких медичний статей згенерованих ChatGPT. Серед них 16% були повністю вигадані, а 38% мали невірний або вигаданий DOI [1].

Відповідно до цього автори сформували три рівні етичного використання ШІ:

Рівень 1 – Найбільш прийнятний (перекстуктурування наявного тексту): виправлення граматики та орфографії; покращення читабельності тексту та його зрозумілості; переклад роботи іншою мовою.

Рівень 2 – Умовно прийнятний (генерація нового тексту за редагуванням автора роботи): створення структури/плану на основні вже створеного матеріалу; резюмування тексту; мозковий штурм ідей та критики; покращення зрозумілості чернеток.

Рівень 3 – Етично сумнівний (не рекомендується використовувати): написання тексту без надання власних умовиводів; інтерпретація даних дослідження; проведення літературного огляду; перевірка на плагіат або етичність [2, с. 4]

Іншим важливим аспектом етичного використання є перевірка себе за чотирма запитанням:

1. Чи залишається моя робота наповнена основними ідеями, інсайтами, критичним аналізом мого авторства?

2. Чи не підриває використання ШІ компетентність людей у ключових дослідницьких навичках?

3. Чи було мною перевірено контент (в т.ч. посилання на точність і відсутність упереджень?

4. Мною було прозоро описано використання ШІ в даній роботі? [2, с. 7]

Також автори рекомендують описувати використання ШІ в розділі «методи», де автори описують, як саме використовувались інструменти [2].

Відповідно до інформації зазначеної вище використання ШІ вже є частиною життя, але цей інструмент слід використовувати етично, з урахуванням шкоди для академічної спільноти, науки та самого автора.

Література:

1. Athaluri S. A., Manthena S. V., Kesapragada V., Yarlagadda V., Dave T., Duddumpudi R. T. S. *Exploring the boundaries of reality: investigating the phenomenon of artificial intelligence hallucination in scientific writing through ChatGPT references.* Cureus. 2023. Vol. 15, № 4. e37432. DOI: 10.7759/cureus.37432.

2. Cheng A., Calhoun A., Reedy G. *Artificial intelligence-assisted academic writing: recommendations for ethical use.* Advances in Simulation. 2025. Vol. 10, № 1. P. 22. DOI: 10.1186/s41077-025-00350-6.

3. Gil de Zúñiga H., Goyanes M., Durotoye T. *A Scholarly Definition of Artificial Intelligence (AI): Advancing AI as a Conceptual Framework in Communication Research.* Political Communication. 2024. Vol. 41, № 2. P. 317–334. DOI: 10.1080/10584609.2023.2290497.

4. Xu Y. et al. *Artificial intelligence: A powerful paradigm for scientific research.* The Innovation. 2021. Vol. 2, № 4. P. 100179. DOI: 10.1016/j.xinn.2021.100179.

СЕКЦІЯ 2. СТІЙКІСТЬ, ВІДНОВЛЕННЯ ТА СТРАТЕГІЧНИЙ РОЗВИТОК НАЦІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-8

СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМИ РЕФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТКУ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ М. ОДЕСИ

Колоденко Олена Володимирівна
доктор медичних наук, доцент,
директорка департаменту охорони здоров'я
Одеська міська рада
м. Одеса, Україна

Актуальність. Одеська територіальна громада, як один із найбільших логістичних та гуманітарних хабів Півдня України, потребує комплексної трансформації медичної галузі. Сучасна стратегія розвитку міста має не лише відповідати викликам воєнного часу, а й синхронізуватися з Національною стратегією розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Основна мета – перехід від моделі «утримання закладів» до моделі «надання якісної та доступної послуги», створення єдиного медичного простору для пацієнтів.

Стратегічні напрями. Реформування мережі медичних закладів Одеси базується на принципах госпітального планування та фінансової автономізації. Для підвищення інвестиційної привабливості має розвиватись впровадження механізмів державно-приватного партнерства (ДПП) для оновлення високовартісного обладнання (МРТ, КТ, ангіографи).

Оптимізація ресурсів. Консолідація малопотужних закладів у спроможну мережу для максимізації виплат від НСЗУ за програмою медичних гарантій. Посилення ролі кластерних лікарень з максимальною кількістю договорів з НСЗУ і відповідно максимальною пропозицією послуг для пацієнта в межах програми медичних гарантій по-перше, відповідають пріоритетам світового рівня, по-друге створюють єдиний медичний простір для пацієнтів, забезпечуючи пацієнтоорієнтований підхід.

Диверсифікація доходів. Розвиток платних послуг (не пріоритетних для ПМГ) та залучення міжнародних грантів для термомодернізації будівель. Для успішної диверсифікації необхідно запровадити систему управлінського обліку, яка чітко покаже собівартість кожної послуги, щоб розуміти, які напрямки є прибутковими, а які – дотаційними.

Інтегрована модель. Від ПМД до високоспеціалізованої допомоги. Стратегія передбачає створення безбар'єрного маршруту пацієнта (рис. 1):

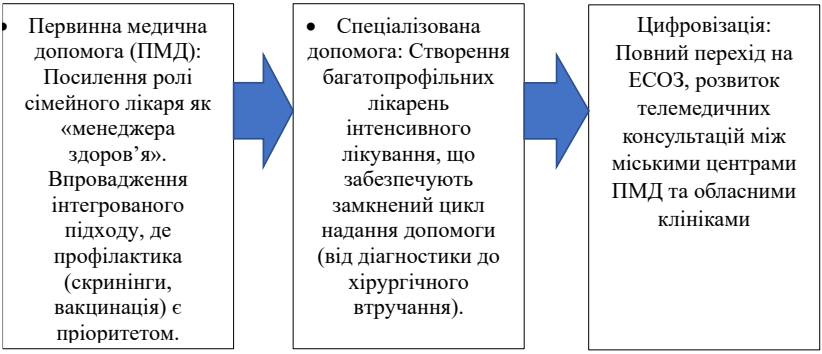

Рис. 1. Алгоритм безбар'єрного маршруту пацієнта

Нові пріоритети. Реабілітація, ментальне здоров'я та паліатив. З урахуванням наслідків війни, Одеська громада фокусується на критичних напрямках:

– медична реабілітація: створення сучасних реабілітаційних відділень у кожному районі міста. Використання мультидисциплінарних команд (фізичні терапевти, ерготерапевти).

– ментальне здоров'я: впровадження всеукраїнської програми «Ти як?». Інтеграція послуг із психологічної підтримки на рівні первинної ланки.

– паліативна допомога: розширення мережі мобільних паліативних бригад та стаціонарних хоспісних ліжок для забезпечення гідної якості життя пацієнтів.

Людський капітал та професійний розвиток як завжди в пріоритеті: збереження медичних кадрів – стратегічне питання безпеки громади. Для реалізації програми збереження медичних кадрів впроваджуються муніципальні стимули: програми забезпечення житлом (оренда, пільгові

кредити) та додаткові муніципальні надбавки для дефіцитних спеціальностей.

Стимулюється безперервний професійний розвиток (БПР): створення на базі кластерних лікарень тренінгових центрів та співпраця з міжнародними клініками для стажування лікарів.

Пацієнтоцентричність та залученість. Перехід до моделі «Value-based healthcare» (медицина, орієнтована на результат) супроводжується покращенням сервісної складової: покращення логістики в закладах, електронні черги, зворотний зв'язок через медичні ради при лікарнях. Активне проведення просвітницької кампанії для мешканців міста щодо прав пацієнтів та важливості ранньої діагностики.

Ветеранська політика: медицина для героїв. Медицина ветеранів в Одесі розглядається не як окрема галузь, а як наскрізний пріоритет:

– спеціалізовані «Зелені коридори»: позачергове надання послуг та діагностики для УБД.

– комплексна декомпресія: поєднання медичної допомоги з соціальною адаптацією та протезуванням.

– сім'ї ветеранів: психологічний супровід та медичне оздоровлення членів родин захисників.

Висновки. Реформування системи охорони здоров'я Одеси має відбуватися через призму ефективного менеджменту, цифрової трансформації та людяності. Тільки поєднання фінансової стійкості спроможних кластерних закладів із глибоким фокусом на реабілітації та ветеранській політиці дозволить громаді створити стійку систему, здатну витримувати навантаження та надавати допомогу європейського рівня.

Література:

1. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року : розпорядження Кабінету Міністрів України від 17.01.2025 № 34-р. URL: https://healthstrategy2030.com.ua/UKR_Health_Strategy_2030_final.pdf (дата звернення: 16.03.2026).

2. World Health Organization. Ukraine: Health Emergency Appeal 2025 (January 15, 2025). URL: https://reliefweb.int/report/ukraine/ukraine-who-health-emergency-appeal-2025-january-2025 (дата звернення: 15.03.2026).

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-9

БІЗНЕС-РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ МЕДИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ ЯК ЧИННИК СТАЛОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Борщ Вікторія Ігорівна
доктор економічних наук, професор,
професор кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Сучасна система охорони здоров'я України функціонує в умовах глибоких трансформацій, зумовлених зміною механізмів фінансування, автономізацією закладів охорони здоров'я, цифровізацією управлінських і клінічних процесів, зростанням конкуренції на ринку медичних послуг, кадровим дефіцитом, демографічними викликами та наслідками повномасштабної війни. Відповідно до Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року, одним із ключових орієнтирів подальшого розвитку галузі є формування ефективної, доступної, якісної та стійкої системи охорони здоров'я [12]. У таких умовах медичні організації мають не лише забезпечувати поточне надання медичної допомоги, а й підтримувати організаційну стійкість, адаптивність, якість послуг і здатність до стратегічного розвитку.

Актуальність теми визначається тим, що традиційні підходи до управління закладами охорони здоров'я, орієнтовані переважно на адміністрування та реагування на поточні проблеми, є недостатніми в умовах високої невизначеності. Українські дослідники наголошують, що трансформація системи охорони здоров'я потребує переходу від переважно адміністративної логіки управління до стратегічного менеджменту, орієнтованого на довгострокову конкурентоспроможність, ефективне використання ресурсів і адаптацію до змін зовнішнього середовища [8; 9; 10]. Медичні організації дедалі частіше стикаються з необхідністю швидко адаптуватися до зовнішніх шоків, зберігати безперервність діяльності, ефективно використовувати обмежені ресурси, підтримувати кадровий потенціал, впроваджувати цифрові інструменти та вибудовувати довіру з пацієнтами, державою, партнерами й громадою.

У науковій літературі резильєнтність систем охорони здоров'я розглядається як здатність готуватися до криз, поглинати їхній вплив, адаптуватися, трансформуватися та відновлюватися без втрати

ключових функцій [1; 2]. Дослідники підкреслюють, що резильєнтність системи охорони здоров'я не обмежується реагуванням на гострі кризи, а передбачає здатність підтримувати повсякденну ефективність, адаптувати управлінські процеси й забезпечувати стабільність функціонування в умовах хронічних стресів [3; 4]. У контексті медичної організації бізнес-резильєнтність доцільно трактувати як інтегральну управлінську спроможність, що забезпечує збереження функціональності, фінансової стійкості, кадрового потенціалу, якості медичної допомоги, інноваційної активності та довгострокової конкурентоспроможності в умовах нестабільного зовнішнього середовища [5; 6].

Бізнес-резильєнтність не може бути зведена лише до фінансової стабільності або антикризового реагування. Вона має багатовимірний характер і включає кадрову, операційну, фінансову, цифрову, стратегічну, інноваційну, партнерську та пацієнтоорієнтовану складові. Такий підхід узгоджується з концепцією організаційної резильєнтності як метаспроможності, що включає етапи передбачення, подолання кризи та адаптації після неї [5]. Саме поєднання цих компонентів формує здатність медичної організації не лише «виживати» в умовах кризи, а й використовувати трансформаційні виклики як джерело оновлення управлінських моделей і підвищення ефективності.

Кадрова резильєнтність є однією з базових умов сталого розвитку медичної організації. Вона передбачає наявність достатнього кадрового потенціалу, професійної компетентності персоналу, ефективної системи мотивації, розвитку лідерства, профілактики професійного вигорання та підтримки психоемоційного благополуччя працівників. У сфері охорони здоров'я людський капітал має особливе значення, оскільки саме персонал забезпечує якість, безпеку, безперервність і пацієнто-орієнтованість медичної допомоги. У контексті українського ринку медичних послуг кадрова стійкість розглядається як один із ключових елементів формування бізнес-резильєнтності медичних організацій [13].

Операційна резильєнтність медичної організації пов'язана зі здатністю підтримувати безперервність основних процесів у разі кризових ситуацій. Вона охоплює наявність планів реагування, резервних маршрутів надання допомоги, гнучкого розподілу ресурсів, систем управління ризиками, внутрішніх протоколів комунікації та механізмів швидкого прийняття рішень. Для закладів охорони здоров'я особливо важливим є поєднання операційної ефективності з безпекою пацієнта та якістю клінічних процесів. Концепція resilient health care акцентує увагу на тому, що безпека й якість медичної допомоги забезпечуються не лише запобіганням помилкам, а й здатністю системи адаптуватися до реальних умов клінічної практики [7].

Фінансова резильєнтність передбачає здатність медичної організації забезпечувати стабільність функціонування за умов зміни джерел фінансування, коливання попиту на медичні послуги, зростання витрат, інфляційного тиску та ресурсних обмежень. До її ключових інструментів належать стратегічне фінансове планування, диверсифікація джерел доходів, контроль витрат, розвиток партнерських і грантових програм, оптимізація бізнес-процесів та обґрунтоване інвестування в пріоритетні напрями розвитку. Українські дослідження стратегічного управління закладами охорони здоров'я підкреслюють необхідність системного аналізу ринку, ресурсного потенціалу, конкурентного середовища та фінансових ризиків як передумови ефективного управління медичними організаціями [8; 10; 11].

Цифрова резильєнтність набуває особливого значення в умовах трансформації охорони здоров'я. Використання електронних медичних записів, управлінської аналітики, телемедицини, цифрових каналів комунікації з пацієнтами, систем моніторингу показників діяльності та кіберзахисту дозволяє підвищити прозорість управління, швидкість прийняття рішень, доступність медичних послуг і гнучкість організації. Водночас цифровізація потребує інвестицій у цифрову грамотність персоналу, захист даних, сумісність інформаційних систем і зміну організаційної культури. У сучасних умовах цифрова трансформація стає не лише технологічним, а й стратегічним чинником резильєнтності медичних організацій [12; 13].

Стратегічна резильєнтність медичної організації формується через здатність керівництва бачити довгострокові цілі, аналізувати зовнішнє середовище, здійснювати сценарне планування, визначати критичні ризики, адаптувати стратегію до змін і забезпечувати узгодженість між місією, ресурсами та потребами пацієнтів. У цьому контексті важливими інструментами є SWOT-аналіз, PESTEL-аналіз, KPI, стратегічні карти, управління якістю, Lean-підходи, моніторинг ризиків і регулярне коригування стратегічних пріоритетів. Необхідність стратегічного підходу в управлінні медичними закладами обґрунтовується з огляду на зростання автономії ЗОЗ, конкуренції на ринку медичних послуг і нестабільності зовнішнього середовища [9; 10; 11].

Пацієнтоорієнтованість є не лише етичним принципом, а й важливим чинником бізнес-резильєнтності. Медична організація, яка вибудовує довіру з пацієнтами, забезпечує якість сервісу, прозору комунікацію, доступність послуг, безпеку та повагу до потреб пацієнта, має вищий потенціал стабільності та конкурентоспроможності. У сучасних умовах пацієнтоорієнтованість стає складовою стратегічної цінності медичної організації та одним із чинників її конкурентної переваги на ринку медичних послуг [8; 13].

Партнерська резильєнтність передбачає здатність медичної організації взаємодіяти з іншими суб'єктами системи охорони здоров'я та ширшої соціально-економічної екосистеми. Йдеться про співпрацю з державними органами, Національною службою здоров'я України, освітніми й науковими установами, громадським сектором, міжнародними партнерами, страховими структурами, бізнесом і місцевими громадами. ВООЗ розглядає резильєнтність систем охорони здоров'я як завдання, що потребує інтеграції політики, планування, операційного управління, моніторингу та міжсекторної взаємодії [1]. Така взаємодія розширює ресурсну базу, сприяє впровадженню інновацій, підвищує адаптивність і забезпечує сталість розвитку.

Бізнес-резильєнтність медичних організацій безпосередньо пов'язана зі сталим розвитком системи охорони здоров'я. На рівні окремого закладу вона забезпечує безперервність надання медичних послуг, раціональне використання ресурсів, стабільність персоналу, якість управління та здатність до інновацій. На рівні системи охорони здоров'я вона сприяє підвищенню доступності медичної допомоги, зменшенню вразливості до криз, формуванню довіри до медичних інституцій, ефективнішому використанню бюджетних і позабюджетних ресурсів та зміцненню громадського здоров'я [1; 2; 12].

Таким чином, бізнес-резильєнтність медичних організацій є важливою стратегічною умовою сталого розвитку системи охорони здоров'я. Її формування потребує переходу від фрагментарного антикризового реагування до системного управління стійкістю, що поєднує стратегічне планування, розвиток людського капіталу, фінансову стабільність, цифрову трансформацію, операційну безперервність, пацієнтоорієнтованість, інноваційність і партнерство. Для України, яка одночасно проходить етап реформування, цифровізації та функціонування в умовах війни, розвиток бізнес-резильєнтності медичних організацій є не лише управлінським завданням, а й передумовою збереження якості, доступності та сталості всієї системи охорони здоров'я.

Література:

1. World Health Organization. *Health systems resilience toolkit: a WHO global public health good to support building and strengthening of sustainable health systems resilience in countries with various contexts*. Geneva: WHO, 2022. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240048751

2. Kruk M. E., Myers M., Varpilah S. T., Dahn B. T. What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet*. 2015. Vol. 385(9980). P. 1910–1912. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3

3. Blanchet K., Nam S. L., Ramalingam B., Pozo-Martin F. Governance and capacity to manage resilience of health systems: towards a new conceptual framework. *International Journal of Health Policy and Management*. 2017. Vol. 6(8). P. 431–435. DOI: https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.36

4. Barasa E., Mbau R., Gilson L. What is resilience and how can it be nurtured? A systematic review of empirical literature on organizational resilience. *International Journal of Health Policy and Management*. 2018. Vol. 7(6). P. 491–503. DOI: https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.06

5. Duchek S. Organizational resilience: a capability-based conceptualization. *Business Research*. 2020. Vol. 13. P. 215–246. DOI: https://doi.org/10.1007/s40685-019-0085-7

6. Bhamra R., Dani S., Burnard K. Resilience: the concept, a literature review and future directions. *International Journal of Production Research*. 2011. Vol. 49(18). P. 5375–5393. DOI: https://doi.org/10.1080/00207543.2011.563826

7. Braithwaite J., Wears R. L., Hollnagel E. Resilient health care: turning patient safety on its head. *International Journal for Quality in Health Care*. 2015. Vol. 27(5). P. 418–420. DOI: https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv063

8. Сафонов Ю. М., Борщ В. І. Стратегічний менеджмент закладів охорони здоров'я: загальні принципи та особливості застосування в галузі охорони здоров'я України. *Актуальні проблеми економіки*. 2019. № 8(218). С. 62–69. DOI: https://doi.org/10.32752/1993-6788-2019-1-218-62-69

9. Станасюк Н., Мінко А. Необхідність стратегічного підходу в управлінні закладами охорони здоров'я та його ключові орієнтири. *Економіка та суспільство*. 2024. № 61. DOI: https://doi.org/10.32782/2524-0072/2024-61-55

10. Гуржий П. О. Стратегічне управління закладом охорони здоров'я в умовах невизначеності ринку медичних послуг. *Економічний вісник Дніпровського державного технічного університету*. 2025. № 1(10). С. 65–74. DOI: https://doi.org/10.31319/2709-2879.2025iss1(10).332422pp65-74

11. Таранич О. В., Старушкевич Ю. В. Формування стратегії розвитку медичного закладу в умовах трансформації системи охорони здоров'я. *Економіка і організація управління*. 2025. № 3(59). С. 154–162. URL: https://jeou.donnu.edu.ua/article/view/18809

12. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025–2027 роках: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 17.01.2025 № 34-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/34-2025-%D1%80

13. Борщ В., Данілко М. Підприємництво на ринку медичних послуг: стратегічні засади бізнес-резильєнтності в умовах трансформації охорони здоров'я. *Economic Synergy*. 2026. № 2(20). URL: https://es.istu.edu.ua/index.php/EconomicSynergy/article/view/395

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-10

МЕХАНІЗМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТІЙКОСТІ В УМОВАХ КРИЗОВИХ ВИКЛИКІВ

Рудінська Олена Володимирівна
кандидат економічних наук, доцент,
завідувачка кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Деревягін Ярослав Олександрович
здобувач вищої освіти, лікар-інтерн
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Актуальність. Сучасні організації функціонують в умовах високої невизначеності, спричиненої глобальними кризами, військовими конфліктами, економічною нестабільністю та швидкими технологічними змінами. В умовах повномасштабної війни в Україні питання забезпечення стійкості організацій набуває критичного значення, оскільки їх здатність адаптуватися, відновлюватися та продовжувати діяльність прямо впливає на стабільність економіки та суспільства в цілому.

Стійкість організації перестає бути лише теоретичною категорією і трансформується у практичний інструмент виживання та розвитку в кризових умовах.

Обґрунтування. Стійкість організації визначається як її здатність протистояти кризовим впливам, швидко адаптуватися до змін та відновлювати функціонування із мінімальними втратами. Вона формується через систему взаємопов'язаних механізмів управління.

Ключовими механізмами забезпечення стійкості є:

– Стратегічна гнучкість – здатність оперативно змінювати цілі та способи їх досягнення залежно від зовнішніх умов;

– Диверсифікація ресурсів та діяльності – зменшення залежності від одного джерела доходів або постачання;

– Цифровізація управління – впровадження інформаційних систем, що забезпечують безперервність бізнес-процесів;

– Кризове планування – розробка сценаріїв реагування на різні типи загроз;

– Лідерство та організаційна культура – формування команд, здатних діяти в умовах невизначеності.

Особливого значення набуває автономність організації (енергетична, логістична, кадрова), що дозволяє мінімізувати вплив зовнішніх факторів.

Таблиця

Основні механізми забезпечення стійкості організації

№	Механізм	Сутність	Очікуваний ефект
1	Адаптивне стратегічне управління	Швидка зміна стратегій відповідно до кризових умов	Підвищення гнучкості
2	Управління ризиками	Ідентифікація та мінімізація загроз	Зниження втрат
3	Цифрова трансформація	Використання IT-рішень для підтримки процесів	Безперервність діяльності
4	Диверсифікація	Розширення джерел доходів і партнерства	Фінансова стабільність
5	Розвиток людського капіталу	Навчання та підтримка персоналу	Підвищення ефективності

Пропозиції. Для підвищення стійкості організацій в умовах кризових викликів доцільно впровадити комплексний підхід, що включає:

1. Розробку антикризових стратегій із чіткими сценаріями реагування;
2. Інвестування у цифрову інфраструктуру та кібербезпеку;
3. Формування резервів ресурсів (фінансових, матеріальних, кадрових);
4. Розвиток партнерських мереж на національному та міжнародному рівнях;
5. Впровадження систем безперервного навчання персоналу.

Перспективним є створення «організацій-адаптерів», які не лише реагують на кризу, а й використовують її як можливість для трансформації та розвитку.

Висновок. Забезпечення стійкості організації в умовах кризових викликів є ключовим фактором її довгострокового існування та конкурентоспроможності. Сучасні виклики вимагають переходу від реактивного управління до проактивного, заснованого на прогнозуванні, гнучкості та інноваціях.

Організації, що впроваджують системні механізми стійкості, отримують стратегічну перевагу та здатність не лише виживати, а й розвиватися в умовах нестабільності.

Література:

1. Талеб Н. Н. Антикрихкість. Про (не)вразливе у реальному житті. – Київ: Наш формат, 2021.
2. ISO 22301:2019. Security and resilience – Business continuity management systems – Requirements.
3. OECD. Building Resilient Organizations. – Paris: OECD Publishing, 2020.

4. McKinsey & Company. Organizational resilience in a crisis: What leaders need to know, 2021.
5. Рудінська О. В., Дружкова І.С., Ярмола Т. Розвиток емоційного інтелекту в медичному менеджменті–запобігання конфліктам. 2025 Сучасний стан та перспективи розвитку науки, освіти і технологій: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції (Кременчук, 4 січня 2025 р.): 2 ч. Кременчук: ЦФЕНД, 2025. Ч. 2. 83 с.
6. Рудінська О. В., Красіленко Т. М. Проєкти розвитку університетських клінік: вибір ефективних напрямів синергії. 2025. Інтегративна Антропологія. № 1, с. 70-76 URL: https://journals.onmedu.od.ua/index.php/anthropology/issue/view/146/148
7. Кабінет Міністрів України. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Київ, 2025.
8. Porter M. E. Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors. New York: Free Press, 2008.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-11

АКТУАЛЬНІСТЬ СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ ІНТЕГРАЦІЇ

Волянська Алла Георгіївна
доктор медичних наук, магістр менеджменту,
професор кафедри акушерства та гінекології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Ковальчук Тетяна Анатоліївна
кандидат медичних наук, лікар-невролог,
здобувачка вищої освіти за спеціальністю менеджмент
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Актуальність. Українська система охорони здоров'я перебуває у точці найвищої історичної відповідальності. З одного боку, вона є «тиловим фронтом», що тримає удар повномасштабної війни, з іншого – готується до фундаментальної трансформації у межах вступу України до Європейського Союзу. У січні 2025 року Кабінет Міністрів України затвердив Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року [1], яка стала базовим вектором руху для кожного закладу.

В умовах війни та на етапі реформи щодо створення спроможної мережі медичних закладів: кластеризації, стратегія кожного закладу перестала бути формальністю. Вона стала інструментом резильєнтності

(стійкості). Адаптація до викликів війни полягає в стратегії автономності (енергонезалежність, підземні операційні, запаси медикаментів) [2].

Обгрунтування. Без стратегії розвитку та покращення умов праці за стандартами ЄС Україна ризикує втратити медиків, які виїжджатимуть у європейські клініки після відкриття кордонів. Автономізація лікарень перетворила їх на підприємства (організації), що суттєво підвищує вимоги до стратегії конкурентоспроможності. Стратегія допомагає конкурувати за пацієнта та кошти НСЗУ відповідно створеному механізму програми медичних гарантій. Впровадження клінічних протоколів ЄС має знизити в перспективі рівень смертності українців та підвищити довіру населення до вітчизняної медицини [3].

Стратегія диверсифікації актуалізується потребою в масовому розгортанні послуг з реабілітації та психологічної підтримки. Сучасний приклад – створення мережі реабілітаційних центрів за стандартами ЄС на базі кластерних лікарень, що дозволяє повертати до повноцінного життя ветеранів та цивільних.

Перспективний вступ до ЄС вимагає від українських медичних закладів відповідності жорстким критеріям. Основні вектори актуальності наведені в таблиці 1.

Таблиця 1

Основні вектори актуальності стратегії розвитку закладів охорони здоров'я в умовах Європейської інтеграції

№	Вектор актуальності	Фактор інтеграції	Термін стратегії рр
1	Гармонізація з acquis communautaire	Це не лише закони, а й практичне впровадження стандартів якості ISO, безпеки пацієнта та транскордонної медицини	2026–2030
2	Участь у програмі EU4Health	Україна вже отримала доступ до фінансування ЄС (понад 4,6 млн євро на перші проекти у 2025 році), але ці кошти доступні лише тим закладам, що мають чітку стратегію розвитку та прозору систему управління	2025–2030
3	Цифровізація (eHealth)	Інтеграція в єдиний європейський простір медичних даних дозволить українцям отримувати допомогу в ЄС, а лікарям – обмінюватися досвідом у реальному часі	2027–2030

Стратегія не має на меті відбудувати «старі радянські стіни». Актуальним є будівництво сучасних енергоефективних госпіталів за принципами європейського дизайну та логістики (приклад – нові корпуси лікарень у Житомирі та Львові, що будуються за підтримки європейських партнерів). Після війни медична система стане головним

майданчиком для соціальної реінтеграції. Кожна лікарня повинна мати стратегічний напрямок інклюзивності.

Можна навести сучасні приклади реалізації співпраці Українських медичних закладів з Європейськими організаціями: проект “HEAL Ukraine”: спільна ініціатива МОЗ та Світового банку, де ЄС виділив 50 млн євро у жовтні 2025 року на реконструкцію лікарень. Фінансування отримують лише ті ЗОЗ, що пройшли аудит та мають стратегічний план розвитку. Понад 30 українських лікарень уклали прямі угоди з провідними клініками Франції, Німеччини та Польщі. Це стратегічний крок для переймання досвіду управління ще до офіційного вступу в ЄС [4].

Пропозиції. Розробка стратегії євроінтеграції для системи охорони здоров’я або окремого закладу (ЗОЗ) у 2026 році базується на результатах успішного «скринінгу» українського законодавства Європейською Комісією (вересень 2025 р.) та прийнятій Державній стратегії розвитку системи охорони здоров’я до 2030 року.

Нами запропонована дорожня карта впровадження стратегії Євроінтеграції з оцінкою перспективних результатів (оптимістичний варіант), представлена в таблиці 2.

Таблиця 2

Дорожня карта впровадження стратегії Євроінтеграції з оцінкою перспективних результатів

№	Етап	Ключові дії	Очікуваний KPI
1	Коротко-строковий (2026)	Завершення формування спроможної мережі лікарень; старт роботи єдиного фармрегулятора.	80% ЗОЗ приєднані до програм міжнародного партнерства.
2	Середньо-строковий (2027–2028)	Повна відмова від паперового документообігу; впровадження системи страхування професійної відповідальності лікарів.	Зниження рівня внутрішньолікарняних інфекцій на 20% (за стандартами ECDC).
3	Стратегічний (2029–2030)	Повна інтеграція в спільний ринок медичних послуг ЄС.	Україна входить у ТОП-15 країн Європи за індексом якості медичної допомоги.

Висновки. Актуальність стратегії розвитку закладів охорони здоров’я в умовах євроінтеграції полягає в переході від "виживання в хаосі" до "керованого прогресу". Для України це єдиний шлях не лише виграти війну, а й виграти мир, побудувавши систему, де людське життя є найвищою цінністю, як це задекларовано в Європейському Союзі. Без чіткої стратегії заклади залишаться на узбіччі реформ, втрачаючи ресурси та кадри.

Література:

1. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року. URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/3b12eed8-260c-46e5-baa7-b8418d7187ee/UKR-Strategy-2030-.pdf
2. Kniazkova V., Huz D., Rudinska O., Krylenko V. Formation of clusters of medical institutions as an administrative tool of management in the industry of health care in the conditions of decentralization. *Economics. Management. Innovations*, 2023. n.1 (32) p. DOI 10.35433/ISSN2410-3748-2023-1(32)-4
3. Князькова В. Я., Криленко В. І., Рудінська О. В. Особливості оподаткування бізнесу в україні в умовах воєнного часу . The 11th International scientific and practical conference "Modern research in world science"(January 29-31, 2023) SPC "Sci-conf. com. ua", Lviv, Ukraine. 2023. 1579 p. 2023. С. 1273.
4. Demianchuk Maryna; Rudinska Olena; KniazkovaValentyna. Motivation of insurers' staff in the health insurance sector in the turbulent times. *Ekonomichnyy analiz,* [S.l.], v. 33, n. 4, p. 129-142, dec. 2023. ISSN 2219-4649. DOI: https://doi.org/10.35774/econa2023.04.129

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-12

РИЗИК-ОРІЄНТОВАНЕ УПРАВЛІННЯ ФІНАНСОВОЮ СТІЙКІСТЮ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ В УМОВАХ ЕКОНОМІЧНОЇ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ

Бусел Світлана Валентинівна
кандидат медичних наук,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Сеньківська Юлія Дмитрівна
здобувачка вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Фінансова стійкість закладів охорони здоров'я України в сучасних умовах формується під впливом одночасної дії кількох груп ризиків, таких як воєнні, макроекономічні, демографічні, епідеміологічні, кадрові, інфраструктурні, цифрові та управлінські. Для медичних закладів ці ризики мають особливу природу, оскільки фінансова

нестабільність безпосередньо впливає не лише на економічні показники, а й на доступність, якість і безперервність медичної допомоги.

В Україні після запровадження реформи фінансування охорони здоров'я ключовим джерелом оплати медичних послуг стала Програма медичних гарантій (ПМГ), адміністрована Національною службою здоров'я України (НСЗУ). У 2026 році бюджет ПМГ становить 191,6 млрд грн, що на 16,1 млрд грн більше, ніж у 2025 році. Це підкреслює стратегічну роль державного контрактування у фінансовій стабільності медичних закладів [2]. Водночас залежність медичних закладів від контрактів із НСЗУ, обсягів наданих послуг, тарифів, кадрового забезпечення та відповідності вимогам пакетів створює потребу в системному ризик-орієнтованому фінансовому управлінні.

У міжнародній науковій і практичній літературі ризик-орієнтоване управління розглядається як складова стратегічного менеджменту організації. Концепція Enterprise Risk Management (ERM) передбачає інтеграцію управління ризиками у процеси стратегічного планування, прийняття рішень, оцінювання результативності та формування організаційної стійкості. Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO) визначає ERM як підхід, пов'язаний зі стратегією та результативністю організації, а не як ізольовану контрольну процедуру. Стандарт ISO 31000:2018 також підкреслює, що управління ризиками має бути системним, інтегрованим, адаптивним і заснованим на найкращій доступній інформації.

Для медичних закладів України фінансова стійкість означає здатність забезпечувати безперервне надання медичних послуг, своєчасну оплату праці персоналу, покриття операційних витрат, підтримання матеріально-технічної бази, виконання вимог контрактування з НСЗУ та адаптацію до зовнішніх шоків. На відміну від комерційних підприємств, ЗОЗ не можуть оцінювати фінансову стійкість лише через прибутковість, адже їхня діяльність має соціальну місію, залежить від державних гарантій і безпосередньо пов'язана з громадським здоров'ям.

Важливим джерелом для розуміння сучасного контексту є звіт ВООЗ і Світового банку Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery, у якому зазначено, що реформа фінансування охорони здоров'я посилила стійкість системи навіть в умовах економічних, демографічних та епідеміологічних шоків, спричинених війною. У звіті також наголошено, що Україна з 2017 року реалізує фундаментальну реформу фінансування охорони здоров'я з метою покращення доступу до основних медичних послуг і посилення фінансового захисту населення [3].

Разом з тим воєнний стан істотно змінює профіль ризиків медичних закладів. Зростають витрати на енергоносії, логістику, безпеку, відновлення пошкодженої інфраструктури, підтримку кадрового потенціалу, цифрову безпеку та забезпечення автономності роботи. За даними ВООЗ, станом на січень 2025 року було верифіковано понад

2200 атак на систему охорони здоров'я України, що демонструє масштаб інфраструктурного та операційного ризику для галузі [4].

У таких умовах фінансова стійкість медичних закладів повинна розглядатися через призму фінансової резильєнтності, тобто здатності закладу не лише підтримувати поточну платоспроможність, а й швидко адаптуватися до змін, зберігати критичні функції та відновлювати діяльність після кризових подій [5]. Практично це означає перехід від реактивної моделі управління, коли заклад реагує на дефіцит коштів уже після його виникнення, до превентивної моделі, що базується на прогнозуванні ризиків, сценарному плануванні, контролі ліквідності та управлінні фінансовими резервами.

Ми виділили наступні ключові ризики фінансової стійкості медичних закладів України:

1) ризики контрактування з НСЗУ, до яких належать ризики невідповідності вимогам пакетів ПМГ, втрати або скорочення контрактів, недостатнього обсягу наданих послуг, зміни тарифів, затримки або нерівномірності фінансових надходжень;

2) ризики структури доходів – багато медичних закладів мають високу залежність від одного джерела фінансування – ПМГ. Недостатня диверсифікація доходів посилює вразливість закладу до змін державної політики, тарифів або обсягів контрактування;

3) операційні ризики, які пов'язані зі зростанням витрат на оплату праці, комунальні послуги, лікарські засоби, медичні вироби, обладнання, ремонт, логістику та цифрову інфраструктуру;

4) кадрові ризики, до яких належать дефіцит медичних працівників, міграція кадрів, професійне вигорання, мобілізаційні фактори та нерівномірне кадрове забезпечення впливають на здатність закладу виконувати умови договорів і підтримувати необхідний обсяг медичних послуг;

5) інфраструктурні та воєнні ризики, а саме пошкодження будівель, перебої з електроенергією, водопостачанням, теплопостачанням, евакуація або переміщення закладів створюють прямі фінансові втрати та підвищують витрати на забезпечення безперервності діяльності;

6) ризики якості та безпеки медичної допомоги, а саме фінансові обмеження можуть призводити до відкладення оновлення обладнання, скорочення навчання персоналу, дефіциту матеріалів і погіршення клінічної результативності;

7) цифрові та кіберризики, такі як розвиток електронної системи охорони здоров'я, електронних медичних записів і цифрових сервісів, підвищує значення кібербезпеки, захисту персональних даних і безперервності інформаційних систем.

Практична модель ризик-орієнтованого управління фінансовою стійкістю медичних закладів може включати елементи, які представлені у табл. 1.

Таблиця 1

Елементи практичної моделі ризик-орієнтованого управління фінансовою стійкістю медичних закладів

Елемент моделі	Практичний зміст для ЗОЗ
Фінансова діагностика	Аналіз доходів, витрат, ліквідності, заборгованості, структури фінансування
Карта ризиків	Визначення ключових фінансових, кадрових, інфраструктурних і контрактних ризиків
Сценарне планування	Розрахунок базового, кризового та критичного сценаріїв діяльності
Стрес-тестування	Оцінка здатності ЗОЗ працювати при втраті доходів або зростанні витрат
Раннє попередження	Моніторинг індикаторів погіршення фінансового стану
Антикризовий план	Перелік управлінських дій у разі дефіциту коштів, пошкодження інфраструктури чи кадрової кризи
Моніторинг результатів	Регулярний перегляд ризиків, фінансових показників і управлінських рішень

Джерело: сформовано авторами.

Ризик-орієнтоване управління фінансовою стійкістю медичних закладів України є необхідною умовою ефективного функціонування галузі в умовах економічної невизначеності та воєнних викликів. Його значення полягає у переході від пасивного реагування на фінансові проблеми до превентивного управління ризиками, що дозволяє забезпечити безперервність медичної допомоги, зберегти кадровий потенціал, підтримати якість послуг і підвищити управлінську спроможність ЗОЗ.

Для українських медичних закладів особливо важливими є ризики контрактування з НСЗУ, ліквідності, кадрового забезпечення, інфраструктурної безпеки, зростання операційних витрат і залежності від обмеженої кількості джерел фінансування. Практичне впровадження ризик-орієнтованого управління має базуватися на фінансовій аналітиці, сценарному плануванні, стрес-тестуванні, диверсифікації фінансування, управлінні витратами та розвитку ризик-орієнтованої культури керівництва ЗОЗ.

Отже, фінансова стійкість медичного закладу в сучасній Україні – це не лише здатність балансувати доходи й витрати, а й спроможність стратегічно управляти ризиками, зберігаючи доступність, якість і безперервність медичної допомоги для населення.

Література:

1. Затверджено порядок реалізації Програми медичних гарантій на 2026 рік – рішення Уряду. Міністерство охорони здоров'я України.

URL: https://moz.gov.ua/uk/zatverdzheno-poryadok-realizaciyi-programi-medichnih-garantij-na-2026-rik-rishennya-uryadu

2. Програма медичних гарантій: що змінюється у 2026 році. URL: https://nszu.gov.ua/en/news/prohrama-medychnykh-harantii-shcho-zminiuietsia-u-2026-r?utm

3. Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery. World Health Organization, 2024. 92 p.

4. Ukraine: WHO Health Emergency Appeal 2025 (January 2025). WHO. 2025. URL: https://reliefweb.int/report/ukraine/ukraine-who-health-emergency-appeal-2025-january-2025?utm

5. Tiutiunyk, I., & Toptunenko, D. Особливості формування фінансової резильєнтності домогосподарств в умовах економічної турбулентності. *Європейський науковий журнал Економічних та Фінансових інновацій.* 2026. *1*(19), 566-579. https://doi.org/10.32750/2026-0149

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-13

ВІДНОВЛЕННЯ ТА СТРАТЕГІЧНА ТРАНСФОРМАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ІНФРАСТРУКТУРИ УКРАЇНИ В УМОВАХ ВОЄННИХ ВИКЛИКІВ

Кусик Наталія Львівна
кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Дружкова Ірина Сергіївна
кандидат історичних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Коваленко Євгенія Миколаївна
здобувачка вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Пошкодження або руйнування під час війни медичної інфраструктури, втрата кадрових ресурсів сфери охорони здоров'я,

зокрема, міграція фахівців, обмежує або унеможливлює доступ населення до медичної допомоги. Руйнування медичної інфраструктури призводить до збільшення диспропорцій у наданні медичної допомоги як в регіональному вимірі, так і в розрізі видів медичної допомоги. Продовження військових дій призводить до постійного росту потреб у відновленні інфраструктури охорони здоров'я.

Триваючий військовий конфлікт в Україні створив критичні проблеми для системи охорони здоров'я, суттєво впливаючи на здоров'я та благополуччя її населення. За даними доповіді Офісу Верховного комісара ООН з прав людини «Україна: Захист цивільного населення у збройному конфлікті – оновлення за грудень 2024 року», кількість жертв серед цивільного населення продовжує зростати, понад 40838 осіб, включаючи жінок та дітей, отримали поранення або загинули з початку війни на початку 2022 року [1].

Сектор охорони здоров'я України став військовою мішенню. За даними ВООЗ, було задокументовано 2207 нападів на медичні заклади, в результаті яких 205 осіб загинули та 698 отримали поранення. Ці напади порушили роботу 1860 медичних закладів, що ще більше ускладнило надання послуг та погіршило існуючу нерівність у сфері охорони здоров'я [2].

Станом на кінець 2024 року гуманітарна криза призвела до переміщення мільйонів людей, зокрема понад 3,6 мільйона тимчасово переміщених осіб та 6,7 мільйона біженців у всьому світі [3]. Це переміщення, у поєднанні з пошкодженням інфраструктури охорони здоров'я та перебоями в доступі до основних ліків, залишило вразливі групи населення без задоволення потреб у охороні здоров'я.

Робота в галузі управління охороною здоров'я має поширюватися на координацію, багатосекторальні оцінки, співпрацю з важливими міжнародними стейкголдерами. Експрес – оцінка збитків та потреб, яка була підготовлена спільно Урядом України, Європейською комісією, Організацією Об'єднаних Націй та Світовим банком, оцінила вартість невідкладних пріоритетів для відновлення та реконструкції у секторі охорони здоров'я України в 2024 році у 873 мільйони доларів США [4].

Серед визначених пріоритетів, Всесвітня Організація Охорони Здоров'я інвестувала понад 41 мільйон доларів США в послуги первинної медико-санітарної допомоги та ліки, готовність до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я та реагування на них, невідкладну медичну допомогу, психічне здоров'я, реабілітацію та лікарні, зокрема в інфраструктуру в цих сферах [5].

Ключовим пріоритетом у 2024 році стало підвищення енергетичної стійкості медичних закладів та розвиток інфраструктури. Руйнування теплоенергетичної інфраструктури України з початку війни серйозно

вплинуло на інфраструктуру охорони здоров'я, що робить пошук рішень для незалежного опалення медичних закладів пріоритетним завданням.

Протягом 2024 року Офіс ВООЗ в Україні відігравав важливу роль у підтримці відновлення та реконструкції пошкодженої інфраструктури охорони здоров'я, зосереджуючись на відновленні функціональності в районах, постраждалих від війни. Мобільні медичні підрозділи та польові шпиталі надавали основні послуги, поки постійні заклади ремонтувалися. Крім того, ВООЗ тісно співпрацювала з місцевими органами влади для оцінки та визначення пріоритетів потреб у реконструкції, забезпечуючи спрямування інвестицій у заклади, які матимуть найбільший вплив на вразливі групи населення. Окрім фізичної реконструкції, докладалися зусилля для підвищення стійкості ланцюгів постачання, зокрема щодо основних ліків, медичного обладнання та засобів травматологічної допомоги, постачання яких часто переривалося через конфлікт [5].

Отже, відновлення медичної інфраструктури є найважливішим завданням як сьогодення, так й майбутнього, яке потребує проведення оцінки пошкодженої інфраструктури, розробку національних рекомендацій щодо відновлення інфраструктури охорони здоров'я на рівні регіонів та держави.

До «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року» включено ціль щодо відновлення, розвитку та підтримки напрямів, пов'язаних з новими викликами та задоволенням потреб населення під час надзвичайних ситуацій. Одним із завдань з реалізації цієї цілі є: «…забезпечення єдиного підходу та визначення критеріїв пріоритетності під час поетапного відновлення інфраструктури системи охорони здоров'я з урахуванням потреб населення та його окремих груп з метою необхідності відновлення доступу до медичних послуг та урахуванням планів розвитку спроможних мереж закладів охорони здоров'я» [6]. Все це вимагає розробки довгострокового перспективного бачення повного інфраструктурного оновлення та відбудови мережі закладів охорони здоров'я України відповідно до нових будівельних норм, моделей надання медичної допомоги, розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я згідно з найкращими європейськими практиками.

Отже, узагальнимо висновки. Система охорони здоров'я України зазнала системних і масштабних втрат унаслідок війни: руйнування медичної інфраструктури, скорочення кадрового потенціалу, зниження доступності медичної допомоги для населення. Ці втрати призвели до регіональних і функціональних диспропорцій у наданні медичних послуг.

Гуманітарна криза та масова міграція населення підвищили навантаження на систему охорони здоров'я України. Одночасно

ускладнилося забезпечення безперервності лікування, доступ до лікарських засобів і медичних послуг. Особливо це актуально для вразливих груп населення.

Відновлення системи охорони здоров'я України потребує комплексного, багаторівневого та міжсекторального підходу. Це означає координацію з міжнародними організаціями, проведення системної оцінки збитків і потреб, залучення значних фінансових ресурсів.

Ключовими пріоритетами відновлення медичної інфраструктури є не лише фізична реконструкція медичних закладів, а й підвищення їхньої стійкості, енергетичної незалежності, стабільності ланцюгів постачання, розвитку первинної медичної допомоги, системи екстреної допомоги, психічного здоров'я та реабілітації.

Сучасний етап реформування системи охорони здоров'я України вимагає переходу до стратегічного відновлення та модернізації системи охорони здоров'я із впровадженням нових моделей надання медичної допомоги, оновленням інфраструктури відповідно до сучасних стандартів.

Таким чином, відновлення медичної інфраструктури України має розглядатися не лише як процес ліквідації наслідків війни, а й як можливість для трансформації системи охорони здоров'я, спрямованої на підвищення її стійкості, ефективності та доступності в довгостроковій стратегічній перспективі.

Література:

1. Україна: Захист цивільного населення у збройному конфлікті – оновлення за грудень 2024 року (Ukraine: Protection of civilians in armed conflict – December 2024 update). Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 2025. URL: https://ukraine.ohchr.org/sites/default/files/2025-01/Ukraine%20-%20protection%20of%20civilians%20in%20armed%20conflict%20%28December%20%202024%29_ENG_1.pdf

2. Система спостереження за атаками на охорону здоров'я (Surveillance System for Attacks on Health Care. World Health Organization; 2025. URL: https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx

3. Україна: Матриця відстеження переміщень [веб-сайт] (Ukraine: Displacement tracking matrix [website]) Global Data Institute Displacement Tracking Matrix. IOM UN Migration; 2025. URL: https://dtm.iom.int/ukraine

4. Україна – Третя експрес-оцінка збитків та потреб (RDNA3): лютий 2022 – грудень 2023 (Ukraine – Third Rapid Damage and Needs Assessment (RDNA3): February 2022-December 2023.) Washington, D.C.: World Bank Group; 2023. URL: https://documents.worldbank.org/en/publication/

documents-reports/documentdetail/09902132411508580 7/p1801741bea12c012189ca16d95d8c2556a

5. Річний звіт Бюро ВООЗ в Україні за 2024 рік. URL: https://www.who.int/ukraine/publications/i/item/WHO-EURO-2025-11954-51726-79169

6. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025 – 2027 роках: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 року 34-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-14

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ ГЕЛЬМІНТОЛОГІЇ У ПІДГОТОВЦІ БАКАЛАВРІВ ТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ

Костильов Олександр Васильович
кандидат біологічних наук, доцент,
доцент кафедри біології
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Панчук Ольга Володимирівна
кандидат біологічних наук,
старший викладач кафедри біології
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Романенко Олександр Вікторович
доктор біологічних наук, професор,
завідувач кафедри біології
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

В сучасній системі медичної освіти від майбутніх фахівців з фізичної терапії та ерготерапії вимагаються глибокі, інтегровані знання з фундаментальних природничо-наукових дисциплін. Серед них особливе місце посідає медична біологія, зокрема її складова з гельмінтології – розділу, що вивчає паразитичних червів, які

спричинюють захворювання в людини [1, 2]. Аналіз механізмів впливу червів, яким притаманний паразитичний спосіб існування, на організм людини свідчить про актуальність пов'язаних з цим питань для професійної діяльності медичного працівника [3]. Володіння ними дозволяє йому коректно оцінювати загальний стан пацієнта, вчасно розпізнавати в нього ймовірні ознаки паразитарних захворювань, враховувати системні прояви інвазії при плануванні та наданні допомоги пацієнтові. Бакалавр терапії та реабілітації повинен бути обізнаним в гельмінтозах і передбачати потенційний вплив збудників паразитарних хвороб на функціональну активність різних систем органів у людини.

Так, чимало гельмінтів спричинюють безпосередній вплив на м'язову систему в ураженої ними людини, зокрема, трапляються випадки зараження людей на трихінельоз, збудником якого є гельмінт *Trichinella spiralis*, при цьому його личинки мігрують у посмуговані м'язи людини (жувальні, дельтоподібні, литкові, міжреберні, діафрагму). Наслідком стають гострий міозит, міалгія, набряки та обмеження рухливості в постраждалого. За відсутності необхідного за вказаного стану лікування проведення фізичним терапевтом запланованих пацієнтові заходів з активної кінезіотерапії може призвести в нього до значного пошкодження м'язових волокон.

У випадку потрапляння до організму людини яєць паразитичних червів *Toxocara canis* або *Echinococcus granulosus* в неї можуть реєструватися ознаки синдрому, що позначається терміном larva migrans. При цьому личинки вказаних гельмінтів здатні локалізуватися в кістковій та м'язовій тканинах, спричинюючи порушення в них. Наприклад, за утворення внаслідок паразитування *Echinococcus granulosus* кісти в трубчастій кістці людини різко підвищується ризик переломів. Це вимагає від фізичного терапевта при наданні ним за його фахом допомоги пацієнтові максимальної обережності, зокрема, уникнення ударних навантажень й мануальних технік високої інтенсивності.

Продукти життєдіяльності та розпаду багатьох гельмінтів виявляють властивості алергенів. Наслідком інтоксикації організму людини, спричиненої гельмінтами, бувають артралгії, реактивні артрити, міалгії, швидка втомлюваність м'язів. Подібні реакції відмічаються в пацієнтів за опісторхозу, спричиненого гельмінтом *Opisthorchis felineus*, та за аскаридозу, спричиненого гельмінтом *Ascaris lumbricoides* [4].

Для забезпечення своєї життєдіяльності гельмінти використовують присутні в організмі людини поживні речовини. За анкілостомозу, спричиненого гельмінтом *Ancylostoma duodenale*, який є гематофагом, у хворих виникає анемія, часто реєструється залізодефіцитна анемія. У випадку дифілоботріозу, спричиненого гельмінтом *Diphylobothrium*

latum, в хворих спостерігається анемія внаслідок розвитку дефіциту вітаміну B_{12} в організмі. Вказані вище обставини можуть слугувати чинником послаблення забезпечення киснем скелетних м'язів та серцевого м'яза в уражених відповідними гельмінтами пацієнтів. Крім того фізичному терапевту необхідно мати на увазі, що чимало гельмінтів порушують всмоктування амінокислот, вітамінів та мікроелементів у травному тракті людини, наслідком чого в неї стають гіпотрофія м'язів, послаблення їхнього тонусу, уповільнення процесів регенерації.

Розуміння життєвих циклів паразитів, шляхів їхнього поширення та проникнення в організм людини, а також специфічного патогенного впливу на її м'язову, нервову та кровоносну системи дозволяє фізичному терапевту науково обгрунтовано аналізувати стан пацієнта, планувати та надавати йому необхідну медичну допомогу. Вивчення медичної гельмінтології формує у сьогоднішніх студентів елементи клінічного мислення. Крім того, засвоєння майбутніми медичними працівниками у період навчання в закладі вищої освіти актуальних проблем гельмінтології є складовою розвитку в них екологічно орієнтованого світогляду [5, 6].

Отримані в закладі вищої освіти знання з медичної гельмінтології дозволяють фізичному терапевту своєчасно вносити корективи у реабілітаційний план з надання допомоги пацієнтові. Фахівці з фізичної терапії працюють у тривалому та тісному контакті з пацієнтами. Це створює додаткові можливості для проведення санітарно-просвітницької роботи, на що також мають бути налаштовані здобувачі вищої медичної освіти [5].

Література:

1. Кравчук М., Гурняк О., Романенко О. Формування природничо-наукової компетенції у студентів при вивченні медичної паразитології. *European Humanities Studies: State and Society / Europejskie Studia Humanistyczne: Państwo i Społeczeństwo*. 2021. № 3. С. 97–107. DOI: https://doi.org/10.38014/ehs-ss.2021.3.08

2. Романенко О. В. Гідроекологічні аспекти поширення збудників трематодозів. *Екологічні науки*. 2022. № 2 (41). С. 135–140. DOI: https://doi.org/10.32846/2306-9716/2022.eco.2-41.23.

3. Панчук О. В., Костильов О. В., Романенко О. В. Медична паразитологія як складова підготовки студентів-фізичних терапевтів. *Actual problems of natural sciences development amidst the evolution of artificial intelligence (December 25–26, 2024, Riga)* : International scientific conference. Riga : Baltija Publishing, 2024. P. 63–66. DOI: https://doi.org/10.30525/978-9934-26-521-1-15.

4. Jourdan P. M., Lamberton P. H. L., Fenwick A., Addiss D. G. Soil-transmitted helminth infections. *Lancet (London, England)*. 2018. Vol. 391, Issue 10117. P. 252–265. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31930-X.

5. Погоріла І. О., Романенко О. В. Психолого-педагогічні аспекти організації екологічної освіти у вищих навчальних закладах. *Екологія: вчені у вирішенні проблем науки, освіти і практики* : зб. доповідей учасників Міжнар. наук.-практ. конф. (Житомир, 24–25 травня 2007 р.). Житомир : Вид-во «Державний агроекологічний університет», 2007. С. 230–234.

6. Основи екології : навч. посіб. / О. В. Романенко, О. В. Костильов. Київ : Фітосоціоцентр, 2001. 150 с.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-15

ПРОФЕСІЙНА АВТОНОМІЯ ФАХІВЦІВ З РЕАБІЛІТАЦІЇ: ТРАНСФОРМАЦІЯ ІЄРАРХІЧНОЇ МОДЕЛІ ТА ВПРОВАДЖЕННЯ НЕЗАЛЕЖНОЇ КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ

Куц Павло Віталійович
асистент кафедри реабілітаційних технологій
Відокремлений структурний підрозділ закладу вищої освіти
"Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»
Вінницький соціально-економічний інститут,
ерготерапевт
КНП «Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня
Вінницької обласної Ради»
м. Вінниця, Україна

Вступ. Історично вітчизняна медицина розвивалася в межах жорсткої ієрархічної (біомедичної) моделі, де монополія на клінічні рішення належала виключно лікарю, а фахівці з реабілітації розглядалися як пасивні технічні виконавці [2, с. 38]. Сучасні виклики (зростання кількості мінно-вибухових травм, складних ампутацій) довели неефективність медичного домінування: лікарі часто не володіють інструментами оцінювання біомеханіки чи ергономіки для одноосібного призначення реабілітаційних втручань [10, с. 630]. Спроби лікаря диктувати параметри вправ часто призводять до вторинних ускладнень та затримки відновлення пацієнта.

Мета роботи – обґрунтувати необхідність переходу до автономної клінічної моделі фахівців з реабілітації та визначити стратегічні кроки для її впровадження в національну систему охорони здоров'я.

Основний зміст. Професійна автономія фізичних терапевтів, ерготерапевтів та терапевтів мови і мовлення є соціальним контрактом, що базується на їхніх спеціалізованих знаннях [13, с. 99]. Незалежна клінічна практика означає, що фахівець самостійно встановлює реабілітаційний діагноз та реалізує втручання без санкціонування кожного кроку лікарем [6].

Таблиця 1

Характеристика клінічної практики

Характеристика клінічної практики	**Застаріла ієрархічна (біомедична) модель**	**Автономна клінічна (біопсихосоціальна) модель**
Епістемологічний фокус	Хвороба, патологія, структурний дефект, усунення симптому.	Функціонування, активність, участь пацієнта у житті.
Роль фахівця з реабілітації	Пасивний технічний виконавець наказів та призначень лікаря.	Незалежний клініцист, діагност, розробник індивідуального плану.
Прийняття клінічних рішень	Одноосібне домінування лікаря; жорстка вертикаль управління.	Автономне судження (Clinical Reasoning) терапевта у межах його компетенції.
Характер типових втручань	Пасивні модальності (апаратна фізіотерапія, масаж, електрофорез).	Активні модальності (терапевтичні вправи, тренування навичок, ергономіка).
Сфера відповідальності	Розмита (лікар призначив, інструктор виконав); відсутність юридичної автономії.	Персональна клінічна та юридична відповідальність терапевта за результат.

Юридичним і цифровим фундаментом цієї автономії стала Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) [5]. Надання фахівцям права автономно вести електронні медичні записи та формувати Індивідуальний реабілітаційний план (ІРП) [1] закріпило їхню персональну клінічну та юридичну відповідальність. Наступним логічним кроком стало запровадження концепції реабілітаційної монопослуги в амбулаторних умовах [7], що дозволило декомпресувати стаціонари та забезпечити економічну доцільність ведення пацієнтів з ізольованими порушеннями [8]. Стратегічним горизонтом розвитку є повноцінне впровадження «прямого доступу» [9], що, за міжнародним досвідом, суттєво знижує загальні витрати на охорону здоров'я, зменшує кількість непотрібних візуалізацій та оптимізує маршрут пацієнта [12, с. 22].

Легітимність автономної практики спирається на дві фундаментальні опори. Перша – Міжнародна класифікація функціонування (МКФ) [3; 4], яка слугує епістемологічною матрицею для діагностики, переносячи фокус із хвороби на активність та участь пацієнта. Друга – Доказова практика (EBP), яка покладає на терапевта обов'язок використовувати науково обґрунтовані активні втручання [11, с. 211] та свідомо відмовлятися від неефективних, псевдонаукових пасивних процедур (магнітотерапія, електрофорез тощо) [12, с. 25].

Висновки. Професійна автономія фахівців з реабілітації – це глибинна трансформація всієї екосистеми охорони здоров'я. Для її закріплення пропонується:

– Легалізація «Прямого доступу» на рівні клінічних маршрутів МОЗ для можливості самозвернення пацієнтів.

– Удосконалення інтерфейсів ЕСОЗ для автоматизованого моніторингу ефективності монопослуг на основі досягнення SMART-цілей, а не кількості візитів [11, с. 210].

– Модернізація вищої освіти (спеціальність І7 «Терапія та реабілітація (раніше спеціальність 227)) відповідно до міжнародних стандартів з акцентом на розвиток клінічного мислення. Можливе впровадження наскрізного навчання [3].

– Трансформація корпоративної культури лікарень із переходом від лінійної підпорядкованості до рівноправного партнерства всередині мультидисциплінарних команд.

Література:

1. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 411. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-п (дата звернення: 19.05.2026)

2. Кравчук Л. С. Фізична терапія, ерготерапія: тлумачення професійної діяльності. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. 2017. № 13. С. 37–40.

3. Куц, П. (2025). Обґрунтування необхідності наскрізної магістратури для фізичних терапевтів та оптимізації підготовки асистентів. Матеріали конференцій МЦНД, (14.11.2025; Львів, Україна), 607–610. https://doi.org/10.62731/mcnd-14.11.2025.013

4. Попович, Д. В., Бондарчук, В. І., Миндзів, К. В., & Гевко, У. П. (2023). Особливості застосування технічних засобів реабілітації у навчальному процесі здобувачів вищої освіти спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія». *Медична освіта*, (2), 57–62. https://doi.org/10.11603/m.2414-5998.2023.2.13841 (дата звернення: 19.05.2026)

5. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 03.12.2020 р. № 1053-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20

6. Професійний стандарт «Фізичний терапевт» : затв. наказом голови ГО «Українська Асоціація фізичної терапії» від 27.11.2024 р. № 01/24 ПС. URL: https://uapt.org.ua/uk/resource/practice/standarts/ (дата звернення: 19.05.2026)

7. Уряд схвалив рішення щодо впровадження реабілітаційної монопослуги. Офіційний портал Міністерства охорони здоров'я України. 2024. URL: https://moz.gov.ua/uk/uryad-shvaliv-rishennya-shodo-vprovadzhennya-reabilitacijnoyi-monoposlugi (дата звернення: 19.05.2026)

8. Demont A., et al. Direct access to physical therapy: a systematic review. BMJ Open. 2024. Vol. 15. URL: https://bmjopen.bmj.com/content/15/2/e089601

9. Glossary: Direct access. World Physiotherapy. URL: https://world.physio/resources/glossary (дата звернення: 19.05.2026)

10. Johnson M. P., Abrams S. L. Historical Perspectives of Autonomy Within the Medical Profession: Considerations for 21st Century Physical Therapy Practice. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 2005. Vol. 35, No. 10. P. 628–636.

11. Kahl Collins C., Johnson R., Masaracchio M. An evidence-based approach to the development and implementation of a plan of care. *Orthopaedic Practice*. 2017. Vol. 29, No. 4. P. 208–212.

12. Ojha H. A., Snyder R. S., Davenport T. E. Direct access compared with referred physical therapy episodes of care: a systematic review. *Physical Therapy*. 2014. Vol. 94, No. 1. P. 14–30.

13. Sandstrom R. W. The Meanings of Autonomy for Physical Therapy. *Physical Therapy.* 2007. Vol. 87, No. 1. P. 98–106.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-16

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПЕРЕДУМОВИ ВЗАЄМОДІЇ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА УНІВЕРСИТЕТСЬКИХ КЛІНІК В УКРАЇНІ

Лихова Галина Андріївна
аспірантка кафедри менеджменту охорони здоров'я
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність теми. Система охорони здоров'я України перебуває в умовах безпрецедентного виклику: воєнні дії, масштабне переміщення населення та зруйнована інфраструктура загострили хронічні проблеми первинної медичної допомоги (ПМД), що накопичувались ще з часів незалежності. На тлі реформування галузі відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [1] та впровадження Програми медичних гарантій [2] особливої ваги набуває питання структурної спроможності первинної ланки: забезпеченості кадрами, доступності послуг та якості медичної допомоги населенню. Водночас університетські клініки – потенційно потужний ресурс для підтримки ПМД – залишаються здебільшого ізольованими від первинної ланки як організаційно, так і функціонально.

Мета дослідження – виявити та систематизувати медико-соціальні передумови, що обумовлюють необхідність і можливість взаємодії первинної медичної допомоги з університетськими клініками в Україні в контексті відновлення та розвитку системи охорони здоров'я.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось із застосуванням методів системного аналізу, бібліографічного та порівняльно-аналітичного методів. Проаналізовано нормативно-правову базу України у сфері ПМД та діяльності університетських клінік, статистичні дані МОЗ України [3], звіти ВООЗ щодо організації первинної допомоги в країнах Європейського регіону [4], а також наукові публікації з питань академічної медицини та моделей сімейної медицини.

Результати дослідження. Аналіз стану первинної медичної допомоги в Україні виявив низку стійких медико-соціальних передумов, які формують запит на структурну взаємодію ПМД з університетськими клініками.

1. Кадровий дефіцит на первинному рівні. За даними МОЗ України, станом на початок 2024 року забезпеченість лікарями загальної практики – сімейної медицини становила менше 60% від нормативної

потреби, з вираженою регіональною нерівномірністю [3, с. 47]. Університетські клініки, маючи в своїй структурі кафедри сімейної медицини, здатні виступати базою для підготовки та безперервного професійного розвитку лікарів ПМД – як у довоєнний, так і у відновлювальний період.

2. Розрив між первинною та спеціалізованою ланками. Відсутність формалізованих механізмів маршрутизації пацієнтів та зворотного зв'язку між сімейними лікарями і вузькими спеціалістами призводить до дублювання досліджень, несвоєчасного скерування та зниження якості допомоги. Університетські клініки, що поєднують первинну, вторинну та третинну допомогу, можуть забезпечити горизонтальну та вертикальну інтеграцію в єдиній функціональній моделі [4, с. 23].

3. Відставання від доказової практики. Соціологічні дослідження свідчать, що значна частина лікарів ПМД в Україні має обмежений доступ до актуальних клінічних настанов та не долучена до науково-дослідної діяльності [5, с. 112]. Партнерство з університетськими клініками відкриває можливість трансляції нових знань у первинну практику через спільні клінічні розбори, постійно діючі семінари та електронні освітні платформи.

4. Соціальна вразливість цільових груп. В умовах воєнного часу суттєво зросла частка соціально вразливого населення: внутрішньо переміщені особи, ветерани з бойовою травмою, особи із хронічними захворюваннями, що втратили доступ до звичних медичних закладів. Університетські клініки з розвиненою мультидисциплінарною командою здатні забезпечити комплексний підхід до таких пацієнтів саме через первинну ланку [6, с. 88].

5. Нормативно-правові передумови. Чинне законодавство – зокрема Положення про університетську клініку [7] – формально не передбачає функцій підтримки ПМД. Водночас Концепція розвитку системи охорони здоров'я [8] та стратегічні документи МОЗ наголошують на необхідності посилення первинної ланки як основи стійкості системи. Це створює нормативний запит на розробку нових організаційних моделей взаємодії.

Висновки. Медико-соціальні передумови взаємодії ПМД та університетських клінік в Україні носять комплексний, системний характер і охоплюють кадрові, організаційні, освітні, соціальні та нормативно-правові виміри. Сукупність цих чинників обумовлює не лише теоретичну доцільність, але й практичну необхідність розробки функціонально-організаційної моделі такої взаємодії. Реалізація цієї моделі може стати стратегічним інструментом відновлення і розвитку

первинної медичної допомоги в контексті повоєнної розбудови системи охорони здоров'я України.

Література:

1. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19

2. Програма медичних гарантій на 2024 рік : затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 29.11.2023 № 1283. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1283-2023-п

3. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я України за 2023 рік / МОЗ України, ДЗ «Центр медичної статистики». Київ, 2024. 200 с.

4. WHO. Strengthening primary health care in the WHO European Region: a policy brief. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2022. 48 p.

5. Голяченко О. М., Лехан В. М. Реформування первинної медичної допомоги в Україні: проблеми та перспективи. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* 2021. № 3. С. 108–118.

6. Іпатов А. В., Дубинська Г. М. Медико-соціальні аспекти надання первинної медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам. *Проблеми військової охорони здоров'я.* 2023. Вип. 68. С. 83–95.

7. Положення про університетську клініку : затверджено наказом МОЗ України від 28.10.2002 № 385 (зі змінами). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02

8. Концепція розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року : схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 № 1331-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1331-2019-р

СЕКЦІЯ 3. СУЧАСНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИМ БІЗНЕСОМ

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-17

ВПЛИВ ЛІКАРНЯНИХ КАС НА ОПТИМІЗАЦІЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Парій Валентин Дмитрович
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри менеджменту охорони здоров'я
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Грищук Сергій Миколайович
кандидат медичних наук, доцент
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради,
Житомирський державний університет імені Івана Франка
м. Житомир, Україна

Вступ. Система охорони здоров'я України перебуває у процесі тривалої трансформації, спрямованої на підвищення доступності та якості медичної допомоги для населення [1]. В умовах обмеженого бюджетного фінансування галузі особливу актуальність набуває пошук альтернативних механізмів залучення додаткових ресурсів та оптимізації використання наявних. Одним із ефективних інструментів вирішення цього завдання є діяльність лікарняних кас – благодійних організацій, що функціонують як додаткове джерело фінансування медичних закладів та механізм соціального захисту населення [2].

Благодійна організація «Лікарняна каса Житомирської області» (далі – ЛК) є одним із найбільш успішних прикладів такої діяльності в Україні. Зареєстрована у 2000 році, організація за понад двадцятип'ятирічний період діяльності стала суттєвим джерелом додаткового фінансування галузі охорони здоров'я регіону та важливим інструментом покращення доступності медичної допомоги для населення [3].

Метою даного дослідження є аналіз досвіду БО «Лікарняна каса Житомирської області» щодо оптимізації доступності та якості медичної

допомоги населенню через впровадження інноваційних програм забезпечення, автоматизованих систем управління ресурсами та моніторингу раціонального використання лікарських засобів.

Результати дослідження. В ЛК функціонує комплексна автоматизована система управління ресурсами, яка інтегрує всі ключові бізнес-процеси організації. Система охоплює зовнішніх контрагентів (банківські установи; постачальники лікарських засобів; аптеки; заклади охорони здоров'я області (понад 30)); представництва Лікарняної каси (26) та внутрішні програмні модулі: «База членів ЛК» – персоніфікований облік членів ЛК та коштів, контроль та аналіз надходжень; «Медексперт» – облік та моніторинг використання медикаментів у закладах охорони здоров'я.

В контексті управління якістю медичної допомоги система дає можливість: аналізувати відповідність лікарських призначень протоколам лікування (в частині призначення лікарських засобів); визначати вартість лікування, фактичне використання та прогнозовану потребу в лікарських засобах; здійснювати персоніфікований облік надходжень та витрат кожного члена ЛК; автоматизувати процеси закупівлі медикаментів та забезпечення закладів охорони здоров'я.

Програмний модуль «Медексперт» є ключовим інструментом моніторингу раціонального використання лікарських засобів. До бази даних щомісячно вносяться дані про лікування до 5 тисяч осіб – електронні листи призначень та амбулаторні рецепти із зазначенням діагнозу за МКХ-10, лікаря, назв, кількості та вартості отриманих медикаментів та виробів медичного призначення. Модуль містить довідники: лікарські засоби за міжнародною АТХ-класифікацією за торговими назвами з вказанням міжнародних непатентованих назв; класифікацію хвороб за МКХ-10; лікарів, відділення, медичні заклади; клінічні протоколи; небезпечну взаємодію між лікарськими засобами при одночасному призначенні. Розроблені різноманітні звітні форми, що дозволяють проводити автоматизований моніторинг щодо раціонального використання лікарських засобів із застосуванням перспективного, економічного, експертного, фармакоекономічного аналізу та виявлення небажаних лікових взаємодій.

Перспективний аналіз полягає в автоматизованій обробці інформації про захворюваність населення та використання лікарських засобів за минулі періоди. Це дає можливість проводити перспективне планування асортименту та кількості лікарських засобів, які будуть необхідні на майбутні періоди, та формувати обґрунтоване замовлення закладів охорони здоров'я на певний період (тиждень, місяць). Такий підхід дозволяє оптимізувати запаси лікарських засобів, зменшити ризики дефіциту або надлишку препаратів, покращити планування закупівель.

Економічний аналіз полягає у визначенні та порівнянні середніх затрат на лікування за нозологічними формами, закладами охорони здоров'я, відділеннями, лікарями. За результатами проводиться поглиблений аналіз та визначаються причини значних відхилень від середніх показників.

Аналіз може здійснюватися: за нозологічними формами за МКХ-10 (порівняння вартості лікування конкретних захворювань); за лікарями (ідентифікація аномальних патернів призначень). Це дозволяє виявляти неефективні практики, оптимізувати лікарські призначення.

Експертний аналіз передбачає автоматизовану оцінку та формування звіту щодо відповідності фактичних лікарських призначень локальним клінічним протоколам (які є в довіднику модуля) за нозологіями. Аналіз можна проводити за закладами охорони здоров'я, лікарями. Спочатку здійснюється автоматизована попередня обробка електронних листів призначень, після чого формується звіт з інформацією про результат попередньої автоматизованої оцінки (відповідність/відхилення до протоколу). Звіт аналізується лікарем-експертом, при потребі спільно з адміністрацією лікарні проводиться експертиза медичної документації. При підтвердженні невідповідності протоколам в базі даних проставляється відмітка про необґрунтоване призначення препарату. Такий підхід поєднує переваги автоматизації (швидкість, масштабність) та експертної оцінки (клінічний контекст, індивідуальні особливості пацієнтів).

Фармакоекономічний аналіз дозволяє оцінювати ефективність використання лікарських засобів з точки зору співвідношення «витрати – результат» (наприклад, ABC/VEN аналіз). Модуль «Медексперт» генерує різноманітні звітні форми для проведення такого аналізу, що дає можливість: порівнювати вартість альтернативних схем лікування; оцінювати економічну доцільність призначень; формувати регіональний лікарський формуляр на основі доказових даних.

Особливо важливим напрямком моніторингу є автоматизований аналіз електронних листів призначень на предмет наявності одночасного призначення лікарських засобів, взаємодія яких є небезпечною. Програма містить довідник небажаних та небезпечних взаємодій (додаток №2 Державного формуляру лікарських засобів). Виявлення таких випадків дозволяє запобігати потенційно небезпечним побічним ефектам, підвищувати обізнаність лікарів про фармакологічні взаємодії, покращувати якість та безпеку медичної допомоги.

Впровадження системи моніторингу та аудиту сприяло підвищенню кваліфікаційного рівня лікарів через стандартизацію лікарських призначень відповідно до клінічних протоколів; систематичне ознайомлення з інструкціями до лікарських засобів; підготовку до

роботи в умовах реформування системи охорони здоров'я; навчання основам фармакоекономіки; підвищення обізнаності щодо попередження небезпечних побічних дій.

Ключовим показником ефективності впровадженої системи є показник дотримання протоколів при лікуванні членів ЛК. У 2025 році він становив 94,3%, що свідчить про високий рівень стандартизації медичної допомоги та відповідність сучасним вимогам доказової медицини.

Висновки. Досвід БО «Лікарняна каса Житомирської області» демонструє, що модель лікарняних кас є масштабованою та може бути адаптована для інших регіонів України. Ключовими передумовами успіху є: наявність системи добровільного членства з доступними внесками; прозоре управління фінансами; впровадження автоматизованих систем обліку та моніторингу; тісна співпраця з закладами охорони здоров'я всіх рівнів; орієнтація на доказові протоколи лікування.

У контексті реформування системи охорони здоров'я та впровадження програми медичних гарантій досвід ЛК набуває додаткової актуальності. Автоматизовані системи моніторингу якості та фармакоекономічного аналізу, розроблені ЛК, можуть бути корисними для аудиту медичних закладів; контролю якості медичної допомоги; оптимізації формулярів лікарських засобів; планування потреби в ресурсах на регіональному рівні.

Впровадження багаторівневої системи моніторингу (перспективний, економічний, експертний, фармакоекономічний аналіз, аналіз небезпечних взаємодій) дозволяє підвищити кваліфікаційний рівень медичних працівників, стандартизувати лікувальний процес та забезпечити раціональне використання лікарських засобів.

Досвід БО «Лікарняна каса Житомирської області» є цінним прикладом успішної реалізації моделі громадсько-приватного партнерства в охороні здоров'я, який може бути поширений на інші регіони України та адаптований до умов функціонування системи державних гарантій медичної допомоги.

Література:

1. The importance of good governance in hospital payment reform – a case study from Ukraine. Karl Karol at all. *Health Policy OPEN.* 2023. P. 100089. URL: https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2023.100089.

2. Добродзій О. Функціонування лікарняних кас як передумова формування добровільного медичного страхування в Україні. *Сталий розвиток економіки*. 2025. (4 (55). 543-549. https://doi.org/10.32782/2308-1988/2025-55-73.

3. Парій В. Д., Мишківський В. С., Грищук С. М. Благодійна організація «Лікарняна каса Житомирської області»: 25-річний досвід роботи та перспективи розвитку. *Науково-практична конференція з міжнародною участю «Роль та місце лікарняних кас на етапі трансформації системи охорони здоров'я України: (до 25-річчя утворення благодійної організації „Лікарняна каса Житомирської області")»*, 24 липня 2025 р., Київ-Житомир. 2025. С. 16–20.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-18

ДЕЯКІ МЕХАНІЗМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ, ЇХ ЗАКОНОДАВЧЕ ПІДҐРУНТЯ

Парій Валентин Дмитрович
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри менеджменту охорони здоров'я
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Короткий Олександр Володимирович
кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Підвищення якості медичної допомоги закладено в сутності поняття якості як філософської та соціально-економічної категорії. Світові системи охорони здоров'я знаходяться в тривалому пошуку підходів до вдосконалення якості медичної допомоги, виходячи з актуальних її характеристик для пацієнтів [1]. У традиційному розумінні сам термін «якість» стосується перевірки того, чи продукт або послуга відповідає очікуваним характеристикам і задовольняє споживача, іншими словами, наскільки добре продукт або послуга виконує те, для чого вона призначена [2]. В межах глобального співтовариства охорони здоров'я Інститут медицини Сполучених Штатів Америки визначив якість як «ступінь, до якого медичні послуги для окремих осіб і населення підвищують вірогідність бажаних результатів і узгоджуються з поточними професійними знаннями» [3].

У вітчизняному законодавстві визначення якості надано у наступному тлумаченні – якість медичної допомоги – надання медичної допомоги та проведення інших заходів щодо організації надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я. Оцінка якості медичної допомоги – визначення відповідності наданої медичної допомоги встановленим стандартам у сфері охорони здоров'я. Контроль якості надання медичної допомоги здійснюється шляхом застосування методів зовнішнього та внутрішнього контролю якості медичної допомоги, самооцінки медичних працівників, експертної оцінки, клінічного аудиту, моніторингу системи індикаторів якості, атестації/сертифікації відповідно до вимог чинного законодавства України та законодавства Європейського Союзу [4].

До основних інструментів забезпечення якості медичної допомоги відносяться: ліцензування господарської діяльності з медичної практики, акредитація закладу охорони здоров'я, сертифікація системи управління якістю в закладі охорони здоров'я, стандартизація медичних послуг та технологій.

В Україні відповідно до ст. 3 Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я» господарська діяльність з медичної практики – діяльність у сфері охорони здоров'я, яка підлягає ліцензуванню відповідно до Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», що провадиться закладами охорони здоров'я та фізичними особами-підприємцями з метою надання медичної (реабілітаційної) допомоги (послуги) та медичного обслуговування [5]. Постановою Кабінету Міністрів України № 285 затверджені ліцензійні умови, які встановлюють організаційні, кадрові і технологічні вимоги до матеріально-технічної бази ліцензіата, обов'язкові для виконання під час провадження господарської діяльності з медичної практики, а також визначають вичерпний перелік документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики [6].

Акредитація закладу охорони здоров'я – це офіційне визнання наявності у закладі охорони здоров'я умов для якісного, своєчасного, певного рівня медичного обслуговування населення, дотримання ним стандартів у сфері охорони здоров'я, відповідності медичних (фармацевтичних) працівників єдиним кваліфікаційним вимогам. Заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності, в тому числі аптечні, можуть добровільно проходити акредитацію [7].

Проведення акредитації, як і ліцензування, відбувається в межах відомчого простору, оскільки повноваженнями з проведення акредитації наділені Головна акредитаційна комісія МОЗ України та акредитаційні

комісії, що створюються при структурних підрозділах охорони здоров'я обласних/міських військових адміністрацій. Перспективним завданням стає створення незалежного органу з акредитації, якому від МОЗ України буде передано функції з розробки стандартів акредитації та надано функції створення методичних керівництв з акредитації, консалтингових послуг, проведення процедури підготовки та власне акредитації закладів охорони здоров'я, післяакредитаційного моніторингу [1]. Передумови цього закладені в Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року [8].

Сертифікація системи управління якістю в закладі охорони здоров'я (ДСТУ ISO 9001) є ще одним з інструментів моніторингу і оцінки якості медичної допомоги. Наявність у закладі охорони здоров'я сертифіката про відповідність системи управління якістю, впровадженої у закладі, вимогам національного стандарту ДСТУ ISO серії 9000 надає йому додаткових 10 балів від загальної суми набраним закладом (наказ МОЗ від 21.06.2023 № 1129 «Про затвердження Змін до Критеріїв акредитації закладів охорони здоров'я») [9]. В той же час, сертифікація, на наш погляд, також повинна носити добровільний характер.

Стандартизація в сфері охорони здоров'я є одним із ключових механізмів забезпечення якості, безпеки, ефективності та доступності медичної допомоги. Вона спрямована на уніфікацію підходів до профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та організації медичної допомоги, а також на впровадження доказових механізмів у практичну діяльність закладів охорони здоров'я. Систему стандартів у сфері охорони здоров'я складають державні соціальні нормативи та галузеві стандарти. Державні соціальні нормативи у сфері охорони здоров'я встановлюються відповідно до Закону України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії». Галузеві стандарти у сфері охорони здоров'я розробляються і затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Одним із базових документів у сфері стандартизації медичної допомоги є наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 № 751 (із змінами) «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» [10]. Відповідно до зазначеного наказу запроваджено систему медико-технологічних документів, що включає клінічні настанови, стандарти медичної допомоги, уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги та нові клінічні протоколи медичної допомоги. Клінічні настанови формуються на засадах найкращої медичної практики – доказової медицини та визначають сучасні підходи до профілактики, діагностики, лікування і реабілітації пацієнтів. На їх основі розробляються стандарти медичної

допомоги та уніфіковані клінічні протоколи, які забезпечують єдині вимоги до організації та надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності. Нові клінічні протоколи медичної допомоги дозволяють впроваджувати сучасні міжнародні практики та адаптувати інноваційні медичні технології до національної системи охорони здоров'я.

Важливим елементом системи стандартизації є клінічні індикатори якості медичної допомоги, які використовуються для оцінки результативності, безпеки та відповідності медичної допомоги встановленим стандартам. Клінічні індикатори дають змогу здійснювати моніторинг якості медичних послуг, виявляти проблемні аспекти організації медичної допомоги та забезпечувати безперервне удосконалення системи охорони здоров'я. Крім того, наказом № 751 передбачено впровадження клінічних маршрутів пацієнта, які регламентують послідовність дій медичних працівників та пацієнта на різних етапах надання медичної допомоги, забезпечуючи наступність, своєчасність і координацію лікувально-діагностичного процесу.

Важливе місце у стандартизації медичних технологій займає наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22.07.2009 № 529 «Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я» [11]. Формулярна система є механізмом раціонального використання лікарських засобів та базується на принципах доказової медицини, клінічної ефективності, безпечності та економічної доцільності. Відповідно до наказу впроваджено формуляри лікарських засобів трьох рівнів: державного, регіонального та локального. Державний формуляр містить перелік лікарських засобів із доведеною ефективністю та безпечністю, рекомендованих для застосування в системі охорони здоров'я України. Регіональні та локальні формуляри формуються з урахуванням потреб населення, профілю закладів охорони здоров'я та ресурсного забезпечення. Формулярна система сприяє оптимізації фармакотерапії, підвищенню якості медичної допомоги та ефективному використанню фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я.

Матеріально-технічна складова стандартизації медичних технологій регламентується наказами Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження табелів оснащення виробами медичного призначення структурних підрозділів закладів охорони здоров'я». Зазначені нормативні акти визначають перелік виробів медичного призначення та обладнання, необхідних для забезпечення належного функціонування структурних підрозділів закладів охорони здоров'я. Табелі оснащення встановлюють мінімальні вимоги до матеріально-технічного забезпечення, необхідного для надання якісної та безпечної медичної допомоги відповідно до профілю діяльності закладу.

Таким чином, система стандартизації медичних послуг і медичних технологій в Україні охоплює клінічні, фармакологічні та матеріально-

технічні аспекти надання медичної допомоги. Її функціонування забезпечує впровадження принципів доказової медицини, підвищення якості медичної допомоги, ефективне використання ресурсів та гармонізацію національної системи охорони здоров'я із міжнародними підходами до управління якістю. Зазначена система, на наш погляд, повинна бути динамічною і своєчасно реагувати на інноваційні зміни задля досягнення якісних медичних послуг.

Література:

1. Tolstanov O., Krut A., Dmitrenko I., Gorachuk V. Problems of Regulating the Quality of Medical Care in Ukraine and the Main Directions of Their Solution. *Med. perspekt*. 2022. 27. 166–173. https://doi.org/10.26641/2307-0404.2022.1.254468
2. Valakh V., Rudinska O., Busel S., Kniazkova V. Управління якістю медичних послуг в Україні в контексті міжнародного досвіду. *Економічний аналіз*. 2024. 34, № 2. С. 94–105. DOI: https://doi.org/10.35774/econa2024.02.094
3. World Health Organization. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. *World Health Organization*. 2018. URL: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c21e214e-fa6d-4507-8b34-1ae943b1e9d4/content
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про порядок контролю якості медичної допомоги» від 28.09.2012 № 752. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text.
5. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року № 2801-XII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text
6. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» від 2 березня 2016 р. № 285. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF#Text
7. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я» від 15 липня 1997 р. № 765. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/765-97-%D0%BF#Text
8. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025–2027 роках» від 17 січня 2025 р. № 34-р. URL: https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-skhvalennia-stratehii-rozvytku-systemy-okhorony-zdorovia-na-period-do-2030-roku-ta-zatverdzhennia-operatsiinoho-planu-zakhodiv-z-ii-realizatsii-u-20252027-rokakh-34r-170125
9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Змін до Критеріїв акредитації закладів охорони здоров'я» від 21.06.2023 № 1129. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1255-23#Text

10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» від 28.09.2012 № 751. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12#Text
11. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я» від 22.07.2009 № 529. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1003-09#Text

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-19

РОЗВИТОК ПЕРСОНАЛІЗОВАНИХ ПІДХОДІВ ДО МОТИВАЦІЇ ПРАЦІВНИКІВ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Борщ Вікторія Ігорівна
доктор економічних наук, професор,
професор кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Погурська Кристина Іванівна
здобувачка вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

За оцінкою ВООЗ [5], у світі до 2030 року прогнозується дефіцит 11 млн працівників сфери охорони здоров'я, а країни різного рівня розвитку стикаються з проблемами не лише підготовки, а й утримання, розподілу та ефективного використання кадрів. За таких умов традиційні моделі мотивації втрачають ефективність. OECD [6] підкреслює, що якість робочого середовища для медичних працівників визначається не лише рівнем оплати, а й співвідношенням робочих вимог і ресурсів, наявністю підтримки, автономії та можливостей для навчання. Саме тому в управлінні персоналом посилюється інтерес до персоналізованих підходів.

Сучасний кадровий менеджмент у сфері охорони здоров'я більше не може спиратися на припущення, що всіх працівників мотивують однакові стимули. Різні категорії персоналу мають відмінні професійні ролі, різну інтенсивність контакту з пацієнтом, неоднакові ризики емоційного виснаження, різні кар'єрні горизонти та різну чутливість до нематеріальних факторів. У цьому контексті персоналізована мотивація означає не індивідуальні привілеї, а диференційований управлінський

підхід, за якого набір стимулів адаптується до профілю працівника, його потреб і контексту роботи. Така логіка узгоджується із сучасним розумінням якості робочого середовища, де поряд із оплатою важливими є автономія, психологічна безпека та можливості розвитку.

Додатковим аргументом на користь персоналізації є вигорання. Систематичні огляди показують, що втручання на робочому місці можуть покращувати добробут, залученість і стійкість працівників і знижувати рівень вигорання, хоча найбільшу ефективність демонструють не одиничні, а комбіновані підходи. Отже, мотиваційна система має бути не статичною схемою преміювання, а багаторівневою системою підтримки працівника.

Однією з найпродуктивніших рамок для розвитку персоналізованого підходу до мотивації є теорія самодетермінації, згідно з якою стійка внутрішня мотивація формується тоді, коли задовольняються три базові психологічні потреби: автономія, компетентність і пов'язаність із іншими [3]. У медичному середовищі це означає, що працівник має відчувати професійну суб'єктність, спроможність якісно виконувати роботу, підтримку з боку колективу й керівництва. Автономна мотивація медичних працівників пов'язана з кращими робочими поведінковими результатами та позитивнішим сприйняттям якості роботи, а автономно-підтримувальне лідерство позитивно пов'язане з добробутом і результативністю медичних сестер.

Не менш важливою є модель «робочі вимоги – робочі ресурси», яка виходить з того, що ризик виснаження зростає, коли робочі вимоги не врівноважені ресурсами. Для закладу охорони здоров'я це означає, що мотивація персоналу не може розглядатися окремо від навантаження, чисельності кадрів, режиму праці, організації командної роботи, доступу до навчання та управлінської підтримки. Персоналізована мотивація в цій логіці – це механізм точкового підсилення саме тих ресурсів, яких бракує конкретним групам працівників.

Для України питання мотивації медичних працівників пов'язане не лише з ефективністю, а й із кадровим виживанням системи. Українські автори [1, 2] наголошують, що персонал слід розглядати як стратегічний капітал, а кадрову політику – як довгостроковий напрям організації роботи з персоналом, спрямований на баланс оновлення та збереження кадрового складу відповідно до потреб закладу та ринку праці. У вітчизняних роботах [1, 4] також підкреслюється, що автономізація закладів охорони здоров'я розширила управлінські можливості та водночас посилила вимоги до компетентності керівників у сфері сучасного кадрового менеджменту. Разом з тим, українські джерела демонструють, що навіть у реформованому середовищі оплата праці залишається важливим, але не єдиним драйвером мотивації.

Серед сучасних трендів персоналізованої мотивації в охороні здоров'я можна виділити наступні. Першим є перехід від «оплати за присутність» до управління досвідом працівника. Це означає, що заклад повинен

аналізувати не лише заробітну плату, а увесь шлях працівника, а саме адаптацію, навантаження, навчання, визнання, підтримку керівника, командну взаємодію, ризик вигорання та намір залишити роботу.

Другим трендом є зміщення акценту з однакових стимулів на комбінацію індивідуально значущих ресурсів. Для молодих фахівців це можуть бути наставництво, швидке професійне зростання та доступ до сучасних технологій; для більш досвідчених – автономія, гнучкість, визнання експертності та участь у прийнятті рішень; для працівників із високим ризиком виснаження – психологічна підтримка, оптимізація графіка, відновлювальні програми та зменшення адміністративного тиску.

Третім трендом є посилення ролі автономії та автономно-підтримувального лідерства. У середовищі, де працівник має бодай частковий контроль над способом виконання роботи, навчальною траєкторією, розкладом або професійним розвитком, зростає ймовірність внутрішньої мотивації, залученості та стійкості до стресу. Це означає відхід від надмірно директивної моделі керівництва до моделі, де керівник виступає не лише контролером, а й фасилітатором професійного розвитку команди.

Четвертий тренд – інтеграція well-being-підходу у систему мотивації. Психологічне благополуччя, профілактика вигорання, підтримка резилієнтності, нормалізація звернення по допомогу, безпечне робоче середовище і work-life balance поступово стають не «соціальними бонусами», а частиною кадрової стратегії.

П’ятий тренд – цифровізація мотиваційної політики. Йдеться не про формальну автоматизацію HR-процесів, а про використання цифрових інструментів для збору зворотного зв’язку, аналізу залученості, індивідуалізації навчання, моніторингу професійного розвитку та раннього виявлення ризиків вигорання.

Персоналізована система мотивації в закладі охорони здоров’я має будуватися як багатокомпонентна модель, що складається з:

1) Фінансового компоненту, що включає конкурентну оплату праці, доплати за складність, ризик, інтенсивність, нічні зміни, результати та наставницьку діяльність. Але його функція полягає не лише у винагороді, а й у відчутті справедливості.

2) Професійно-розвитковий компонент охоплює індивідуальні траєкторії БПР, доступ до сучасного навчання, участь у конференціях, інноваційних проєктах. Для багатьох медичних працівників саме можливість професійного зростання є ключовим довгостроковим мотиватором.

3) Організаційно-поведінковий компонент передбачає підтримувальне лідерство, участь працівників у прийнятті рішень, командну культуру, визнання внеску, регулярний якісний зворотний зв’язок та справедливий розподіл навантаження. Це безпосередньо пов’язано з потребами автономії, компетентності та пов’язаності.

4) Психологічний компонент включає програми профілактики вигорання, консультування, тренінги стресостійкості, інтервенції для команд із високим емоційним навантаженням та менеджмент психосоціальних ризиків.

5) Гнучко-адаптивний компонент повинен враховувати стадію кар'єри, сімейний стан, інтенсивність клінічного навантаження, готовність до управлінських ролей, схильність до наукової чи викладацької діяльності. Саме цей компонент і робить мотиваційну систему справді персоналізованою, а не просто багатокомпонентною.

Персоналізована система мотивації працівників є не тимчасовим управлінським трендом, а закономірним етапом еволюції кадрового менеджменту в охороні здоров'я. Для українських закладів охорони здоров'я персоналізована мотивація може стати одним із ключових інструментів утримання кадрів, зміцнення організаційної стійкості, підвищення залученості та якості медичної допомоги. У стратегічній перспективі мова йде не лише про HR-технологію, а про важливий елемент інституційної спроможності закладу.

Література:

1. Борщ В. І. Сучасна парадигма системи управління персоналом закладу охорони здоров'я. *Економіка та управління національним господарством*. 2019. № 1(69). С. 73-79. DOI: https://doi.org/10.32782/2520-2200/2019-1-11

2. Прокопець Л.В., Тодоріко І.М. Проблеми управління персоналом в закладах охорони здоров'я. *Інфраструктура ринку*. 2020. Вип. 42. С. 267-272. https://doi.org/10.32843/infrastruct42-45

3. Тадеєва, Т. В. Теорія самодетермінації Дісі-Раяна і навчальна мотивація. Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка. Сер. Педагогіка / гол. ред. Г. Терещук ; редкол.: Л. Вознюк, В. Кравець, В. Мадзігон [та ін.]. 2012. № 3. С. 213–221.

4. Янковська В.А., Талдаєв В.С. Мотивація медичного персоналу як основна функція менеджменту закладу охорони здоров'я. *Інфраструктура ринку.* 2021. Вип. 53. С. 115–119. DOI: https://doi.org/10.32843/infrastruct53-20

5. Cometto G, Boniol M, Mahat A, Diallo K, Campbell J. Understanding the *WHO health workforce support and safeguards list2023*. Bull World Health Organ. 2023 Jun 1;101(6):362-362A. https://doi.org/10.2471/BLT.23.290191.

6. OECD/European Commission (2024), Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/b3704e14-en

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-20

ЗАПРОВАДЖЕННЯ ЕЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТООБІГУ ЯК ІНСТРУМЕНТУ ОПТИМІЗАЦІЇ АДМІНІСТРАТИВНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ПЕРСОНАЛУ (НА ПРИКЛАДІ СИСТЕМИ EHEALTH В УКРАЇНІ)

Баташова-Галінська Вікторія Олександрівна
здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Бусел Світлана Валентинівна
кандидат медичних наук,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

У епоху сучасних викликів зміни в роботі системи охорони здоров'я України є важливим напрямком розвитку. Тому впровадження цифрових технологій управління в роботі медичних закладів є складною та водночас цікавою задачею. Однією з найбільших проблем у роботі лікарень та інших закладів, що надають медичну допомогу залишається велике адміністративне навантаження на персонал. Це пов'язано з необхідністю вести багато документів, повторювати інформацію та постійно готувати звітні документи. Занадто багато паперових процесів не лише ускладнює організацію роботи, але й погано впливає на ефективність використання робочого часу медичних працівників. Тому впровадження електронного документообігу стає особливо важливим для покращення управлінських процесів.

Електронний документообіг – це система, яка автоматично створює, передає, обробляє та зберігає документи в цифровому вигляді. Перевагами такого процесу також є доступність та зручність. Використання сучасних технологій робить внутрішнє спілкування між різними частинами організації набагато простішим, прискорює обмін інформацією та зменшує ризики втрати документів. Це має велику актуальність для медичних закладів, оскільки велика частина їх роботи пов'язана з обробкою медичної документації, статистичних звітів, документів з персоналу та співпрацею з державними електронними системами.

Одним з найуспішніших прикладів переходу на цифрові технології в Україні є електронна система охорони здоров'я eHealth. Запровадження цієї системи стало важливим кроком у медичній реформі і дозволило перевести велику частину документообігу в цифровий вигляд. Система забезпечує електронне ведення медичних записів, створення електронних рецептів, направлень, медичних висновків, а також взаємодію між лікарями, пацієнтами та Національною службою здоров'я України.

Практичне використання eHealth показало, що час на виконання адміністративних процедур значно скоротився. Автоматизація процесів допомогла зменшити кількість паперів, спростити пошук потрібної інформації і забезпечити швидкий доступ до даних пацієнтів. Впровадження електронних рецептів і електронних лікарняних стало особливо важливим, оскільки це дозволило зменшити бюрократію і покращити обслуговування пацієнтів. Також значно спростилась робота над звітністю.

Важливою перевагою електронного документообігу є те, що він підвищує ефективність управління персоналом. Керівники медичних закладів можуть швидко аналізувати навантаження на працівників, контролювати виконання завдань, створювати статистичні звіти та приймати управлінські рішення на основі актуальної інформації. Це допомагає покращити організацію праці, підвищити прозорість роботи закладу і більш раціонально використовувати кадрові ресурси.

Крім того, електронний документообіг підвищує рівень інформаційної безпеки. Використання електронного цифрового підпису, систем для резервного копіювання та централізованого зберігання даних допомагає захистити інформацію і забезпечити юридичну достовірність документів. Це особливо важливо в сфері охорони здоров'я, де працюють з конфіденційними даними пацієнтів.

Разом із плюсами впровадження електронного документообігу є й певні труднощі. Основні проблеми включають недостатнє технічне забезпечення деяких закладів, необхідність постійного навчання працівників і технічні збої в інформаційних системах. Проте досвід роботи eHealth показує великий потенціал цифрових технологій у медицині та потребу в подальшому розвитку електронних систем управління.

Література:

1. Про електронні документи та електронний документообіг : Закон України від 22.05.2003 № 851-IV. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/851-15#Text

2. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text

3. eHealth – електронна система охорони здоров'я України : офіц. сайт. URL: https://ehealth.gov.ua/

4. Борщ В. І., Рудінська О. В., Кусик Н. Л. Менеджмент та маркетинг в охороні здоров'я : навч. посіб. Херсон : Олді+, 2022. 264 с.

5. Денисенко М. П., Колосся І. В. Інформаційне забезпечення ефективного управління підприємством. *Економіка та держава*. 2010. № 7. С. 19–25.

6. Дишлєва С. Інформаційно-комунікаційні технології та їх роль в управлінських процесах організації. Освітній портал. 2016. URL: https://osvita.ua/school/technol/6804/.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-21

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ АПТЕЧНОГО БІЗНЕСУ В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Варварич Тарас Богданович
аспірант кафедри технології біологічно активних сполук,
фармації та біотехнології
Національний університет «Львівська політехніка»
м. Львів, Україна

Кричковська Аеліта Миронівна
кандидат фармацевтичних наук, доцент,
доцент кафедри технології біологічно активних сполук,
фармації та біотехнології
Національний університет «Львівська політехніка»
м. Львів, Україна

Хоменко Олена Ігорівна
кандидат хімічних наук,
доцент кафедри фармацевтичної хімії, фармакогнозії і ботаніки
з ресурсознавством лікарських рослин
Вищий приватний навчальний заклад
«Львівський медичний університет»
м. Львів, Україна

Аптечний бізнес в Україні в останні роки розвивається в умовах суттєвих економічних, соціальних і регуляторних змін, особливо значне місце серед зазначених факторів це воєнний стан. Фармацевтичний ринок залишається одним із важливих елементів системи охорони здоров'я, оскільки саме через аптечні заклади населення отримує основний доступ до лікарських засобів, медичних виробів, товарів профілактичного спрямування та супутньої продукції. Водночас сучасна аптека вже не є лише місцем відпуску лікарських засобів. Вона поступово перетворюється на багатофункціональний сервісний простір, у якому поєднуються фармацевтична допомога, консультаційна підтримка, цифрові сервіси, програми лояльності та елементи маркетингової взаємодії зі споживачем про що свідчать публікації як вітчизняних, так і закордонних науковців [1, с. 991].

Однією з найбільш помітних тенденцій розвитку аптечного бізнесу в Україні є посилення ролі аптечних мереж [2, с. 6]. Якщо раніше значну

частину ринку становили окремі незалежні аптеки, то сьогодні роздрібний фармацевтичний сектор дедалі більше тяжіє до мережевої моделі організації. Згідно останніх досліджень немережеві аптеки займають лише близько 14 % фармацевтичного ринку України, тоді як основна частина ринку припадає саме на аптечні мережі [3, с. 11]. Це свідчить про поступову консолідацію аптечного бізнесу та формування великих операторів фармацевтичного ринку, здатних впливати на ціноутворення, асортиментну політику, стандарти обслуговування і логістичні процеси.

Розвиток аптечних мереж пояснюється насамперед їх організаційними та економічними перевагами. Мережевий формат дає можливість централізовано здійснювати закупівлі, узгоджувати цінову політику, контролювати товарні залишки, впроваджувати єдині стандарти обслуговування та швидше реагувати на зміни попиту. Завдяки більшому масштабу діяльності аптечні мережі мають сильніші позиції у переговорах із постачальниками та виробниками, що дозволяє їм отримувати вигідніші комерційні умови. Для споживача це проявляється у ширшому асортименті, більшій доступності аптек, наявності програм зниження цін на ліки або бонусних програм, а також уможливлює замовлення ліків та медичних виробів через онлайн-сервіси.

Важливим чинником розвитку аптечних мереж стала цифровізація. В останні роки великі аптечні оператори активно розвивають сайти, мобільні додатки, чат-боти, сервіси бронювання лікарських засобів, онлайн-перевірку наявності препаратів і можливість попереднього замовлення. Такі інструменти змінюють поведінку споживача, оскільки покупець усе частіше порівнює ціни, перевіряє залишки, обирає найближчу аптеку та приймає рішення про купівлю ще до фізичного відвідування аптечного закладу. У цьому контексті аптечні мережі мають перевагу над малими незалежними аптеками, адже можуть інвестувати у цифрову інфраструктуру, автоматизацію та маркетингову аналітику.

Окремо слід відзначити вплив воєнного стану на аптечний бізнес в Україні. Повномасштабна війна створила для аптечних закладів низку викликів, серед яких порушення логістичних маршрутів, ризики для функціонування аптек у прифронтових регіонах, нестача кадрів, валютні коливання та зростання вартості імпортної продукції. Однак саме мережеві аптеки виявилися більш стійкими до кризових умов завдяки наявності розгалуженої структури, централізованого управління, резервних каналів постачання та ширших фінансових можливостей. Це не означає, що незалежні аптеки втратили значення, однак їхня конкурентоспроможність у сучасних умовах суттєво знижується.

Не менш важливим аспектом аналізу розвитку аптечного бізнесу є вивчення міжнародного досвіду функціонування аптечних мереж. Світова практика демонструє, що ступінь розвитку мережевого сегмента значною мірою залежить від державного регулювання фармацевтичного ринку, зокрема вимог до власності аптек, обмежень щодо кількості аптечних закладів в одних руках та ролі фармацевта як суб'єкта господарювання.

У більшості економічно розвинених країн аптечні мережі є звичайною та поширеною формою організації бізнесу. Зокрема, мережеві аптеки активно функціонують у США, Великій Британії, Нідерландах, Швеції, Норвегії та Ірландії. У цих країнах законодавство дозволяє володіння аптечними закладами юридичними особами, що сприяє формуванню великих аптечних операторів. Наприклад, у США значна частка ринку належить великим корпораціям, які одночасно здійснюють роздрібну торгівлю, логістику та навіть страхові послуги у сфері охорони здоров'я. Це забезпечує високу ефективність бізнес-процесів, але водночас підсилює концентрацію ринку.

Подібна ситуація спостерігається у Великій Британії, де аптечні мережі відіграють ключову роль у забезпеченні населення лікарськими засобами та інтегровані у систему національної служби охорони здоров'я. У скандинавських країнах, таких як Швеція та Норвегія, аптечний ринок також зазнав лібералізації, що призвело до швидкого розвитку мережевих структур після скасування державної монополії.

Водночас у низці європейських країн зберігається більш жорстке регулювання аптечного бізнесу, яке обмежує розвиток мереж. Зокрема, у Німеччині, Франції, Іспанії та Італії діє принцип, за яким власником аптеки може бути лише фармацевт, а кількість аптек у його власності обмежена. Такі моделі спрямовані на запобігання монополізації ринку та збереження професійної незалежності фармацевта. У результаті аптечні мережі у класичному розумінні тут або відсутні, або мають обмежений характер і функціонують у вигляді кооперативів чи асоціацій.

Загалом світовий досвід свідчить, що аптечні мережі функціонують приблизно у 76 % країн світу, хоча рівень їх впливу на ринок є різним. У частині держав вони контролюють понад половину роздрібного фармацевтичного сегмента, тоді як в інших – залишаються лише одним із форматів поряд із незалежними аптеками [3].

Порівнюючи міжнародний досвід з українською ситуацією, можна зазначити, що Україна рухається за ліберальною моделлю розвитку аптечного ринку. Відсутність жорстких обмежень щодо володіння аптечними закладами сприяє швидкому зростанню мереж і концентрації ринку. З одного боку, це дозволяє підвищити ефективність бізнесу, впроваджувати інновації та забезпечувати стабільність постачання

лікарських засобів. З іншого боку, існують ризики надмірної концентрації, що може призвести до зниження конкуренції, уніфікації цінової політики та зменшення ролі незалежних аптек.

Окрім структурних змін, сучасний розвиток аптечного бізнесу характеризується трансформацією підходів до взаємодії зі споживачем. Якщо раніше основною функцією аптеки був відпуск лікарських засобів, то сьогодні значну роль відіграють сервісні та маркетингові складові. Аптечні мережі активно формують власні бренди, розвивають продукцію під власними торговими марками, впроваджують персоналізовані пропозиції та використовують аналітику даних для прогнозування попиту. Це змінює саму сутність аптечного бізнесу, наближаючи його до класичних моделей роздрібної торгівлі.

У багатьох країнах аптеки виконують не лише комерційну, а й соціальну функцію, беручи участь у державних програмах реімбурсації, вакцинації, моніторингу хронічних захворювань. В Україні ці процеси також поступово розвиваються, зокрема через програму «Доступні ліки», що розширює роль аптек у забезпеченні фармацевтичної допомоги населенню [4, с. 1].

З метою комплексного узагальнення тенденцій розвитку аптечного бізнесу в Україні доцільно використати метод SWOT-аналізу, який представлено у таблиці 1.

Аптечні мережі мають значний потенціал для подальшого розвитку, насамперед завдяки масштабам діяльності, впровадженню інновацій та ефективному управлінню бізнес-процесами. Водночас вони функціонують у складному середовищі, де зовнішні загрози, пов’язані з воєнними діями, економічною нестабільністю та регуляторними змінами, можуть суттєво впливати на їх діяльність.

Серед можливостей найбільш перспективними є подальша цифровізація, розвиток онлайн-каналів продажу, а також розширення співпраці з медичними установами та страховими програмами. Такі напрями дозволяють не лише підвищити ефективність бізнесу, а й посилити роль аптек у системі охорони здоров’я. Слабкі сторони, зокрема кадровий дефіцит і нерівномірний рівень технологічного розвитку, потребують системного вирішення як на рівні окремих компаній, так і на рівні державної політики.

Таблиця 1

Матриця SWOT-аналізу щодо тенденцій розвитку аптечного бізнесу в Україні

SWOT-Аналіз	**Можливості (O)**	**Загрози (T)**
	А. Попит на профілактичну продукцію (БАДи, wellness) **Б.** Альянси з медзакладами **В.** Розширення портфеля (ВТМ, імпорт) **Г.** Цифровізація та автоматизація	**а)** Воєнна нестабільність **б)** Валютні коливання **в)** Регуляторний тиск **г)** Міжнародні конкуренти **д)** Логістичні обмеження
Сильні сторони (S)	**SO-стратегії**	**ST-стратегії**
I. Довіра до брендів **II.** Широка мережа аптек **III.** Сильна логістика та автоматизація **IV.** Цифрові рішення **V.** Програми лояльності	• Розвиток цифрових сервісів на основі бренду (I, IV, Г) • Розширення «аптека в смартфоні» (IV, А, Г) • Партнерства з медзакладами (V, Б) • Просування ВТМ через мережу (II, В)	• Зниження валютних ризиків через централізовані закупівлі (III, б) • Посилення логістики (III, д) • Онлайн-продажі в умовах війни (IV, а) • Аналітика для регуляторних змін (III, в) • Утримання клієнтів при конкуренції (V, г)
Слабкі сторони (W)	**WO-стратегії**	**WT-стратегії**
1. Низька прибутковість категорій **2.** Висока конкуренція **3.** Нерівномірне технічне оснащення **4.** Відставання в digital **5.** Кадровий дефіцит	• Впровадження IT для усунення відставання (3, 4, Г) • Автоматизація складів (3, Г) • Партнерства для росту прибутковості (1, Б) • Оптимізація мережі (2, 3, Г) • Digital-рішення для кадрів (5, Г)	• Автоматизація для зниження витрат (3, г) • Диверсифікація постачальників (1, б) • Закриття неефективних аптек (2, а) • Навчання персоналу під регуляції (5, в) • Альтернативна логістика (3, д)

Висновки. Аптечний бізнес в Україні в умовах воєнного стану характеризується глибокими структурними змінами, серед яких ключовою є тенденція до розвитку аптечних мереж. Мережевий формат став домінуючим, що обумовлено його економічною ефективністю, можливістю централізованого управління та здатністю швидко адаптуватися до змін ринкового середовища.

Аналіз міжнародного досвіду показує, що розвиток аптечних мереж є глобальною тенденцією, однак ступінь їх поширення залежить від державного регулювання. Україна рухається за ліберальною моделлю, що сприяє швидкому зростанню мережевого сегмента, але водночас створює ризики надмірної концентрації ринку.

В умовах сучасних викликів, зокрема воєнного стану, аптечні мережі демонструють вищу стійкість порівняно з незалежними аптеками, що ще більше посилює їх позиції. Подальший розвиток аптечного бізнесу буде пов'язаний із цифровізацією, інтеграцією в систему охорони здоров'я, розширенням сервісних функцій та підвищенням ролі клієнт-орієнтованих підходів.

Література:

1. Akalgan Aklar D., Ozcelikay G. Patient Experience in Community Pharmacies from an Experiential Marketing Perspective: Structural Equation Model. *Journal of Research in Pharmacy*. 2023. Vol. 27, № 4. URL: http://dx.doi.org/10.29228/jrp.391 (дата звернення: 18.05.2026).

2. Khomenko O. Chemical and biopharmaceutical technologies in 2025: new approaches: колективна монографія / O. Khomenko, Krychkovska, T. Varvarych. Tallinn: Nordic Sci Publisher, 2026. 204 с. *(Варварич Т. Б.)*

3. Ownership requirements of pharmacies in the EU. URL: https://www.abda.de/en/pharmacies-in-europe/ownership-requirements-of-pharmacies-in-the-eu/

4. Кабінет міністрів України. Постанова №1380 від 3 грудня 2024. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1380-2024-%D0%BF#Text

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-22

МУЛЬТИМОРБІДНІСТЬ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ЗАДОВОЛЕННЯ ПОТРЕБ У ЯКІСНІЙ МЕДИЧНІЙ ДОПОМОЗІ

Дячук Михайло Дмитрович
кандидат медичних наук,
завідувач операційного відділення з рентген-хірургічним блоком,
лікар-уролог, старший науковий співробітник наукового відділу організації медичної допомоги
Державна наукова установа «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» Державного управління справами
м. Київ, Україна

Постаріння населення світу породжує проблему мультиморбідності, тобто кількох, зазвичай двох і більше, довготривалих захворювань у однієї людини. Мультиморбідність обумовлює зниження якості життя, зростання смертності, фізичне навантаження на осіб, які здійснюють догляд, фінансовий тиск на пацієнта, його родину і систему охорони здоров'я в цілому [1].

За даними світових досліджень, загальна глобальна поширеність мультиморбідності в світі становить 37,2%, зокрема, в Південній Америці – 45,7%, Північній Америці – 43,1%, Європі – 39,2%, Азії – 35%. Більше половини дорослого населення світу віком понад 60 років мають мультиморбідні захворювання [2].

Мультиморбідність характерна, зокрема, для осіб з гіперплазією передміхурової залози (N40 за МКХ – 10). Це незлоякісне захворювання, поширене серед чоловіків старшої вікової групи. Доведено, що ймовірність наявності гіперплазії передміхурової залози зростає зі збільшенням кількості коморбідних захворювань: особи з щонайменше двома супутніми захворюваннями, мали вдвічі вищу ймовірність розвитку N40, а ті, хто мав щонайменше чотири супутні захворювання, мали майже в шість разів вищу ймовірність мати N40 порівняно з тими, хто не мав супутніх захворювань [3]. Коморбідними захворюваннями найчастіше виявлялись рак передміхурової залози, хронічна хвороба нирок, депресія, простатит [4]. У Настанові 00246. «Доброякісна гіперплазія передміхурової залози (ДГПЗ)» [5] зазначено про показання для консультацій фахівцями особи, яка обстежується на предмет виявлення гіперплазії передміхурової залози, якщо в неї є

цукровий діабет та/або неврологічні захворювання або травми, що впливають на функцію сечового міхура. Інші хвороби як коморбідні не простежуються.

З огляду на актуальність теми, медико-соціальне та економічне значення проблеми доцільно продовжувати дослідження мультиморбідності, зокрема, при гіперплазії передміхурової залози, зважаючи на ті групи населення, які перебувають під наглядом даного закладу охорони здоров'я.

Мета роботи: дослідити поширеність мультиморбідності серед чоловічого населення з гіперплазією передміхурової залози, яке перебуває під постійним медичним спостереженням Державної наукової установи «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» Державного управління справами (ДНУ «ЦІТОЗ» ДУС).

Методи дослідження: бібліографічний, аналітичний, медико-статистичний, узагальнення. Матеріали: дані 1741 пацієнта чоловічої статі з медичної інформаційної системи «Ескулап» за 2024 рік, у яких діагноз гіперплазії передміхурової залози (N40 за МКХ-10) був встановлений у будь-який момент періоду спостереження 2015–2024 років, та які мали щонайменше один валідний запис у системі в 2024 році. Записи були знеособленими з метою дотримання конфіденційності інформації та етичних вимог.

Результати дослідження. Виявлені особливості вікової структури населення, прикріпленого до спостереження: із загальної чисельності, яка дорівнювала в 2024 році 37 188 осіб, з них дітей – 4 111 осіб, дорослих – 33 077 осіб, частка осіб старшого віку (60+) складала 20 614 осіб, або 55,4%. Серед дорослого населення чоловіків нараховувалось 14 573 осіб, жінок – 18 504 осіб.

Дані на 1741 досліджуваних пацієнтів засвідчили, що всі вони були жителями міста; середній вік дорівнював 80,2±7,1 років; працювали 465 (26,7%) осіб.

Мультиморбідність визначалась за заздалегідь сформованим переліком потенційних захворювань, які, за даними наукових джерел, можуть найчастіше формувати мультиморбідність у пацієнтів з гіперплазією передміхурової залози, а також з урахуванням неінфекційних захворювань, характерних для осіб старшого віку. До нього включено: артеріальну гіпертензію (АГ), ішемічну хворобу серця (ІХС), серцеву недостатність (СН), інсульт / цереброваскулярну патологію, цукровий діабет 2 типу (ЦД 2 типу), ожиріння, хронічну хворобу нирок (ХХН), цистит, сечокам'яну хворобу (СКХ) та простатит.

Виявлено, що загальна кількість хвороб за визначеним переліком у всіх пацієнтів складала 3939 од., а середня кількість захворювань на 1 пацієнта дорівнювала 2,3 од.

Структуру мультиморбідності визначали: пацієнти з ІХС – 60,3% (1050 осіб), з АГ – 48,5% (845 осіб), наслідками інсультів/цереброваскулярною патологією – 38,4% (669 осіб), з ЦД 2 типу – 27,9% (486 осіб), простатитом – 26,8% (467 осіб), ХХН – 9,1% (159) осіб, ожирінням – 7,4% (128) осіб, СКХ – 2,9% (52 осіб), СН – 2,9% (51 осіб), циститом – 1,8% (32 особи).

Надалі проведено стратифікацію пацієнтів на взаємовиключні групи, де гіперплазія передміхурової залози сполучалась ще з однією, двома, трьома, чотирма, п'ятьма, шістьма і більше хворобами з визначеного переліку.

Група пацієнтів з N40 і ще однією хворобою з визначеного переліку дорівнювала 272 особи (15,6% від усього досліджуваного контингенту), з двома хворобами – 365 (20,9%) осіб, з трьома – 346 (19,9%) осіб, з чотирма – 231 (13,3%) особа, з п'ятьма – 136 (7,8%) осіб, з 6 і більше хворобами до N40 – 47 (2,7%) осіб.

Поширеність мультиморбідних захворювань в залежності від кількості хвороб в групі представлена в табл. 1.

Аналіз представлених даних показав, що найбільшими за чисельністю були групи пацієнтів з гіперплазією передміхурової залози та ще з двома – трьома захворюваннями. Із зростанням числа захворювань в групах зростала й поширеність мультиморбідних хвороб. Найвищою в будь-якій групі була поширеність хвороб системи кровообігу, серед яких – АГ, ІХС, наслідки інсультів. Провідне 2-ге місце в структурі належало цукровому діабету 2 типу. Надалі найбільш значимим захворюванням виявлено простатит. Ожиріння й ХХН обтяжують перебіг гіперплазії передміхурової залози, що особливо проявляється в разі 5-ти, 6-ти і більше супутніх хвороб, а СКХ, СН і цистит – за умови 6-ти і більше супутніх хвороб.

Таблиця 1

Поширеність коморбідних захворювань серед пацієнтів з гіперплазією передміхурової залози в залежності від кількості супутніх хвороб в групі

	Хвороби, що формують коморбідність у пацієнтів з гіперплазією передміхурової залози, відсоток									
Число хвороб в групі, крім N40	ІХС	АГ	Наслідки інсультів	ЦД 2 типу	Простатит	Ожиріння	СКХ	СН	Цистит	ХХН
1	42,3	12,1	18,0	11,0	12,1	1,1	1,1	0,4	0,7	1,1
2	70,4	50,1	27,7	18,4	22,5	3,0	0,5	0,8	1,6	4,9
3	85,6	72,8	56,9	32,4	32,9	5,2	2,3	1,7	0,3	9,8
4	99,0	88,3	73,6	54,5	49,4	13,9	5,2	4,3	3,9	16,0
5	92,6	92,6	79,4	80,1	63,9	28,7	11,0	13,9	4,4	33,1
6 і більше	97,9	100,0	93,6	89,4	78,7	53,2	25,5	25,5	17,0	46,8

Отримані результати дозволяють удосконалити організаційні підходи до задоволення потреб пацієнтів з гіперплазією передміхурової залози та мультиморбідністю у якісній медичній допомозі. Зокрема, лікарю-урологу – забезпечувати пацієнторієнтований підхід, диференційовано призначати комплексну терапію, забезпечувати ефективно скоординований догляд в складі мультидисциплінарної команди.

Дослідження мультиморбідності може бути використане організаторами охорони здоров'я для розробки політики в охороні здоров'я, що підтримує лікування мультиморбідності лікарями-спеціалістами, лікарями загальної практики та мультидисциплінарними командами, розробку моделей безперервних комплексних утручань, спрямованих на покращення стану здоров'я груп населення з мультиморбідністю.

Література:

1. Pati S., MacRae C., Henderson D., Weller D., Guthrie B., Mercer S. Defining and measuring complex multimorbidity: a critical analysis // *British Journal of General Practice*. 2023. Vol. 73, No. 733. P. 373–376. DOI: https://doi.org/10.3399/bjgp23X734661

2. Chowdhury S. R., Chandra Das D., Sunna T. C., Beyene J., Hossain A. Global and regional prevalence of multimorbidity in the adult population in community settings: a systematic review and meta-analysis // *EClinicalMedicine*. 2023. Vol. 57. P. 101860. DOI: https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101860

3. Halder P. Sr, Bhandari Y., Das A., Mamgai A. Association of benign prostatic hyperplasia with multimorbidity among older adults: insights from the Longitudinal Ageing Study in India (LASI), first wave // *Cureus*. 2023. Vol. 15, No. 12. P. e50608. DOI: https://doi.org/10.7759/cureus.50608

4. Song Z., Cheng Z. J., Yuan H., Chang Z., Lv Y., Huang X. та ін. Correlation between benign prostatic hyperplasia and comorbidities: a systematic analysis integrating global burden of disease and mendelian randomization study // *Journal of Translational Medicine*. 2024. Vol. 22, No. 1. P. 1035. DOI: https://doi.org/10.1186/s12967-024-05604-x

5. Tammela T. Настанова 00246. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози (ДГПЗ). 2017. 10 с. URL: https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3132 (дата звернення: 06.05.2026)

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-23

ОЦІНКА МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ЯК ІНСТРУМЕНТ ЯКІСНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Ємельянова Оксана Іванівна
кандидат медичних наук,
доцент кафедри управління охороною здоров'я
Національного університету охорони здоров'я України
імені П. Л. Шупика
м. Київ, Україна

У Стратегії розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я до 2030 року підкреслено потребу в якісній і доступній медичній допомозі в Україні, що ґрунтується на принципі Програми медичних гарантій, з безоплатним доступом до базових послуг та відповідним державним фінансуванням через Національну службу здоров'я України (НСЗУ) [8]. Реалізація Стратегії 2030 планується шляхом досягнення визначених стратегічних завдань: загальнодоступності якісних медичних послуг; координації дій усіх рівнів влади, партнерів і громадянського суспільства для посилення системи охорони здоров'я; оптимізації механізмів фінансування та раціонального використання ресурсів; розвитку людського капіталу та залучення інвестицій [8].

Надання більшої автономії закладам охорони здоров'я сприяло зростанню їх самостійності. В якості інструменту управлінських рішень для ефективного розподілу ресурсів особливої ваги набуває оцінка медичних технологій (ОМТ). За умови обмеженого фінансування госпітальна ОМТ може стати дієвим засобом управління ресурсами, сприяючи прозорому та ефективному їх розподілу.

Порядок проведення державної ОМТ в Україні регламентується відповідними нормативними актами. Насамперед, це постанова КМУ № 1300 від 23.12.2020 р., яка є основним документом, що регламентує Порядок проведення державної оцінки медичних технологій, яким визначено процедуру оцінки медичних технологій для лікарських засобів та інших технологій, що закуповуються за бюджетні кошти [6, 7]. Документ передбачає системний підхід до оцінювання клінічної ефективності та економічної доцільності медичних технологій (ліків та інших засобів лікування, діагностики та реабілітації). Проведення державної ОМТ в частині лікарських засобів покладено на Департамент ОМТ при ДП «Державний експертний центр

МОЗ України», основною функцією якого є експертиза медичних технологій з позицій клінічної ефективності, економічної доцільності, організаційних аспектів та безпеки при застосуванні лікарських засобів [3]. На підставі експертних висновків і рекомендацій обирається оптимальна медична технологія для відповідної схеми лікування, яка буде найбільш клінічно ефективною, безпечною, економічно обґрунтованою та забезпечить максимальне покриття незадоволеної медичної потреби.

Задля виконання міжнародних зобов'язань України в рамках Угоди про асоціацію з ЄС та гармонізації національного законодавства з положеннями Регламенту (ЄС) 2021/2282 від 15 грудня 2021 року і оновленої Директиви 2011/24/ЄС у 2020 році Кабінет Міністрів України вніс зміни до постанови № 1300, оновивши Порядок проведення державної ОМТ [3]. У 2023 році прийнята постанова КМУ № 1365, яка конкретизує питання фінансування та строки впровадження ОМТ для окремих категорій [2]. Окрім того, Наказом МОЗ № 1771 від 21.11.2025 затверджується Настанова з державної ОМТ щодо медичних виробів [5].

ОМТ на рівні закладу охорони здоров'я (hospital-based HTA (HB-HTA)) – це системний процес аналізу клінічної ефективності, безпеки та економічної доцільності медичних технологій (ліків, обладнання, процедур) безпосередньо з урахуванням потреб конкретної лікарні і орієнтований на управлінські рішення в межах закладу [9, с. 10]. Важливо визначити місцеві аспекти, такі як можливість закупівлі необхідного обладнання, його забезпечення; термін окупності; обґрунтованість тих чи інших закупівель для конкретної лікарні. Це дозволяє здійснювати стратегічне управління ресурсами. Алгоритм впровадження передбачає послідовні етапи: видання наказу про створення робочої групи з ОМТ із залученням клініцистів, економістів, біомедичних інженерів, ІТ та інших необхідних фахівців; опрацювання методології ОМТ (розгляд заявок від лікарів); адаптацію міжнародних моделей, наприклад HTA Core Model або рекомендацій AdHopHTA; відбір технологій для оцінки; висновок комісії (у формі повного звіту або швидкого систематичного огляду) та прийняття рішення [4, с. 9].

Госпітальна ОМТ дає керівникові конкретного закладу змогу грамотно та ефективно розпоряджатися місцевим бюджетом. При застосуванні ОМТ також враховуються етичні критерії, що дозволяє забезпечити доступність медичної допомоги, зокрема для пацієнтів з рідкісними захворюваннями. Результати ОМТ можуть бути використані для розширення переліку безоплатних лікарських засобів у межах

програми «Доступні ліки», що сприятиме наданню якісного лікування за прийнятною ціною. При цьому пацієнти отримують лише ті препарати, технології та методи лікування, переваги яких підтверджені науковими доказами.

Реалізація пілотного проєкту «Госпітальна оцінка медичних технологій» на базі Національного інституту серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова показала значимість запровадження цієї практики в інших закладах охорони здоров'я України [1, с. 1]. Проєкт використовували для оптимізації розподілу ресурсів та оцінювання доцільності впровадження нових медичних технологій. Він реалізовувався упродовж 2023 року в межах меморандуму про співпрацю між Інститутом серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова; ДП «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»; Національним медичним університетом імені О.О. Богомольця та міжнародною організацією «Management Sciences for Health, Inc.» за методологією відповідно до рекомендацій щодо впровадження госпітальної ОМТ у закладах охорони здоров'я [1, с. 2, 10].

Госпітальна ОМТ виступає ключовим інструментом модернізації лікарень та прозорого управління ресурсами, даючи керівнику змогу ефективно розпоряджатися обмеженими ресурсами без зниження якості медичної допомоги.

Досягнутий в Україні прогрес у сфері оцінки медичних технологій відкриває нові можливості для ефективного й результативного використання бюджетних коштів в умовах їх обмеженості.

Література:

1. Госпітальна оцінка медичних технологій в Україні: результати пілотного проєкту та рекомендації для подальшого впровадження / І. А. Костюк та ін. Український медичний часопис. 2024. URL: www.umj.com.ua/uk/publikatsia-260664-gospitalna-otsinka-medichnih-tehnologij-v-ukrayini-rezultati-pilotnogo-proyektu-ta-rekomendatsiyi-dlya-podalshogo-vprovadzhennya (дата звернення: 21.04.2026).

2. Деякі питання реалізації експериментального проекту щодо надання послуг з довготривалого медичного догляду окремим категоріям осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України : Постанова Кабінету Міністрів України від 23 жовт. 2025 р. № 1365. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1365-2025-%D0%BF#Text (дата звернення: 25.04.2026).

3. Євроінтеграція у сфері ОМТ: Уряд оновив порядок державної оцінки медичних технологій відповідно до стандартів ЄС : [електронний

ресурс] / Державний експертний центр МОЗ України. 2024. 13 лют. URL: https://www.dec.gov.ua/news/yevrointegracziya-u-sferi-omt-uryad-onovyv-poryadok-derzhavnoyi-oczinky-medychnyh-tehnologij-vidpovidno-do-standartiv-yes/ (дата звернення: 25.04.2026).

4. Філінюк Ф. та ін. Нормативна база прийняття рішень щодо впровадження оздоровчих технологій у лікарнях України. *Фармацевтичний журнал*. 2022. № 1. С. 6–14. https://doi.org/10.32352/0367-3057.1.22.01-2

5. Про затвердження Настанови з державної оцінки медичних технологій щодо медичних виробів : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21.11.2025 № 1771. URL: https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-21-11-2025-1771-pro-zatverdzhennya-nastanovi-z-derzhavnoyi-ocinki-medichnih-tehnologij-shodo-medichnih-virobiv (дата звернення: 25.04.2026).

6. Про затвердження Порядку проведення державної оцінки медичних технологій : Постанова Кабінету Міністрів України від 23 груд. 2020 р. № 1300. *Офіційний вісник України.* 2021. № 3. Ст. 165. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1300-2024-%D0%BF#Text-3

7. Про затвердження Порядку проведення державної оцінки медичних технологій : Постанова Кабінету Міністрів України від 23 груд. 2020 р. № 1300 : (із змінами, внесеними згідно з Постановою КМУ № 358 від 25.03.2026). URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/1300-2020-п (дата звернення: 21.04.2026).

8. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025–2027 роках : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 17 січ. 2025 р. № 34-р. URL: moz.gov.ua (дата звернення: 20.04.2026). https://moz.gov.ua/storage/uploads/3b12eed8-260c-46e5-baa7-b8418d7187ee/UKR-Strategy-2030-.pdf

9. Філінюк О. М., Бабенко М. М., Косяченко К. Л. Рекомендації щодо впровадження госпітальної оцінки медичних технологій в закладах охорони здоров'я : метод. рекоменд. Київ, 2023. 72 с.

10. Щотижневик АПТЕКА. 2024. URL: https://www.apteka.ua/article/722847 (дата звернення: 25.04.2026).

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-24

ДИХОТОМІЯ ЦІЛЕЙ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ДЕТЕРМІНАНТА УПРАВЛІННЯ ЦІНОВОЮ ПОЛІТИКОЮ В УМОВАХ ТРАНСФОРМАЦІЙНОГО КВАЗІ-РИНКУ

Зограб'ян Катерина Михайлівна
аспірантка кафедри менеджменту
Державний торговельно-економічний університет
м. Київ, Україна

Сучасне інституційне поле функціонування некомерційних закладів охорони здоров'я (НЗОЗ) в Україні дефініюється як трансформаційний квазі-ринок, де атрибути ринкової економіки – конкуренція та господарська автономія – співіснують у жорстких межах монопсонічного регулювання з боку держави. Перехід від адміністративно-командної моделі Семашка до системи стратегічних закупівель через Національну службу здоров'я України (НСЗУ) радикально змінив статус закладу з пасивного реципієнта бюджетних асигнувань на активного суб'єкта контрактних відносин [1, 2]. Проте отримана автономія значною мірою залишається декларативною через детермінацію доходів фіксованими тарифами Програми медичних гарантій (ПМГ), що формує середовище з обмеженою управлінською маневреністю та фіксує статус закладу як «ціноотримувача» [3, 4].

Вплив системної турбулентності на фінансову архітектуру некомерційного сектору охорони здоров'я найбільш релевантно розкривається через призму концепції BANI (*Brittle – крихкість, Anxious – тривожність, Nonlinear – нелінійність, Incomprehensible – незрозумілість*) [5, 6, 7].

Застосування BANI-парадигми до ринку медичних послуг пояснює фундаментальну вразливість НЗОЗ в умовах сучасних шоків (пандемій, повномасштабної війни, макроекономічних криз). У таких умовах класичні статичні моделі планування (*зокрема, жорстке постатейне кошторисне фінансування*) остаточно делегітимізуються [1, 8, 9]. Надмірна бюрократизація та орієнтація на виконання жорстких нормативів обмежують управлінську маневреність та не дозволяють адекватно реагувати на волатильність попиту. Стратегії, які раніше

забезпечували успіх, стають дисфункціональними в BANI-середовищі [5, 3].

Таким чином, інституційний перехід від пасивного бюджетного утримання до проактивної конкурентної моделі в умовах сучасного світу вимагає від менеджменту НЗОЗ трансформації мислення: від простого адміністрування дефіциту ресурсів до системного управління медичним закладом як повноцінним підприємством, здатним генерувати цінність та забезпечувати фінансову стійкість.

Разом з тим, варто зауважити, що діяльність НЗОЗ характеризується глибинним дуалізмом цілей, що виражається у стійкій дихотомії між суспільним обов'язком надання медичної допомоги та необхідністю підтримання фінансової життєздатності. Згідно з чинним законодавством та типовими статутами некомерційних закладів охорони здоров'я, заборонено отримання та розподіл прибутків між засновниками та працівниками. Доходи мають іти виключно на статутну діяльність та утримання установи [10]. Це створює парадокс: *заклад змушений функціонувати в конкурентному середовищі, де медичні послуги розглядаються як продукт, що має споживчу вартість та генерує економічний ефект, але при цьому позбавлений класичних ринкових інструментів реінвестування прибутку для інноваційно-технологічної модернізації* [11]. Анатомія цього конфлікту також розкривається через *«пастку гібридності»* [1], де менеджмент змушений реалізовувати стратегію ринкового суб'єкта для подолання касових розривів, одночасно виконуючи функції соціального інституту, що апріорі передбачає ігнорування критеріїв прибутковості. Межа економічної стійкості стає критичною, адже падіння коефіцієнта покриття витрат нижче одиниці сигналізує про деградацію ресурсного потенціалу, тоді як спроби жорсткої комерціалізації діяльності загрожують порушенням конституційних прав громадян на доступну медицину [12, 13]. Вирішення означеного дуалізму неможливе в межах конвенційних підходів. Подолання дихотомії вимагає переходу до комплексної стратегії.

У такій складній архітектурі середовища цінова політика НЗОЗ трансформується з технічного інструменту обліку витрат на центральний регулятор у загальній архітектурі менеджменту. Проблематика управління ціновою політикою в умовах нестабільності досліджується як у загальноекономічному контексті [14, 15, 16, 19], так і безпосередньо в секторі охорони здоров'я [17, 18]. Вона набуває *статусу ключового інструменту стратегічного управління*, що детермінує здатність закладу до динамічного балансування між

соціальними зобов'язаннями та фінансовою стійкістю. Ефективність цінової політики в умовах трансформаційного квазі-ринку прямо залежить від здатності менеджменту інтегрувати витратний базис із ринковими та ціннісними надбудовами, що дозволяє закладу самостійно генерувати ресурси для модернізації, не втрачаючи при цьому соціального мандату. Таким чином, дихотомія цілей постає не просто перешкодою, а визначальним чинником, що зумовлює необхідність впровадження принципово нових адаптивних моделей управління ціновою політикою НЗОЗ.

Авторська позиція полягає в тому, що подолання означеної дихотомії можливе через формування адаптивної цінової політики НЗОЗ, яка інтегрує витратний базис гарантованого пакету ПМГ із можливостями платних послуг, створюючи тим самим механізм перехресного фінансування розвитку закладу без порушення його некомерційного статусу.

Література:

1. Криничко Л. Державне управління системою охорони здоров'я в умовах реформування: дис. … д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02 Миколаїв: Чорноморський нац. ун-т ім. Петра Могили, 2021. 437 с.

2. Бреденкамп К., Далє Е., Дорошенко О., Джигир Ю., Хабіхт Я., Хоукінс Л., Кацага О., Майнзюк К., Пак Х. та Зусь О. 2022. Реформа фінансування системи охорони здоров'я в Україні: прогрес та майбутні напрями. Міжнародний розвиток у фокусі. Вашингтон, округ Колумбія: Світовий банк. https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1908-7

3. Нитка О. Модернізація інструментарію стратегічного менеджменту закладу охорони здоров'я: дис. … д-ра філософії: спец. 073. Тернопіль: Західноукраїнський нац. ун-т, 2025. 328 с.

4. Шимко Ю. *Реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я,* Харків: Дисертація, 2025.

5. Гоц В. В. *Вплив BANI оточення на стратегію організації*, Київ: Київський національний університет будівництва і архітектури, 2024, pp. 90–94.

6. Berger R. How to Survive in the VUCA World. Hamburg: Roland Berger, 2013. 245 p.

7. Чалюк Ю. О. Соціально-економічний розвиток в умовах RUPT, SHIVA та TACI світів. Ефективне управління економікою на світовому, державному та регіональному рівнях: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. Львів–Торунь, 2024. DOI: 10.36059/978-966-397-367-8-15.

8. Стахів О. Управління системним розвитком закладів охорони здоров'я: дис. … д-ра філософії: спец. 07 Тернопіль: Західноукраїнський нац. ун-т, 2023. 247 с.

9. Бай С. Організаційний розвиток підприємств торгівлі: автореф. дис... д-ра екон. наук: 08.00.04. Київ, 2009. 39 с.

10. Податковий Кодекс України: від 02 грудня 2010 № 2755-VI / Верховна Рада України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2755-17#Text (дата звернення 20.03.2026).

11. Сорока С. Розробка цінової політики медичного закладу з врахуванням собівартості медичної послуги. *Економіка підприємств*. 2013. № 3. С. 171–177.

12. Камінська Т. В Організаційно-економічний механізм фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я: дис. … д-ра філософії : 051 Економіка, Київ, 2025. 276 с.

13. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України (справа про безоплатну медичну допомогу) від 29 травень 2002 / Конституційний Суд України URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02#Text. (дата звернення 20.03.2026).

14. Євтушенко Н. Василькова Н. Цінова політика підприємства в умовах нестабільності. *Економічний простір*. 2025. № 197. С. 167–173. DOI: https://doi.org/10.30838/EP.197.167-173

15. Власюк В., Олексієвець О. та Олішкевич К. Проблеми формування цінової політики підприємств. *Young Scientist*. 2017. Том 5. № 45. С. 521–524.

16. Демченко Т., Слатвінський М. та Космідайло І. Стратегія управління витратами підприємст та її вплив на цінову політику. *Наукові перспективи.* 2023. № 10(40). С. 418–426. DOI: https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-10(40)-418-427

17. Гринько Т. Маліновський С. Цінова політика медичних послуг як фактор якості. *Економіка і менеджмент 2023: перспективи інтеграції та інноваційного розвитку*. 2023. Том 1. С. 39–41.

18. Юрченко Н. Стратегічні підходи до ціноутворення на ринку охорони здоров'я. *Економіка та суспільство*. 2025. № 76. DOI: 10.32782/2524-0072/2025-76-101

19. Нечитайло Б., Управлінню ціновою політикою телекомунікаційних підприємств: дис. … д-ра філософії: 073. Київ, 2024. 328 с.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-25

СТРАТЕГІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ НЕСТАБІЛЬНОСТІ

Князькова Валентина Яківна
кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Андронік Олександр Валерійович
здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Система охорони здоров'я належить до стратегічно важливих сфер суспільного розвитку, оскільки від її стабільності, доступності та якості безпосередньо залежать рівень громадського здоров'я, демографічна безпека, працездатність населення та соціально-економічна стійкість держави. У сучасних умовах заклади охорони здоров'я функціонують під впливом численних дестабілізуючих чинників: воєнних ризиків, інфляційного тиску, зростання вартості ресурсів, кадрового дефіциту, міграції населення, нерівномірності доступу до медичної допомоги та підвищення очікувань пацієнтів щодо якості сервісу.

Соціально-економічна нестабільність змінює логіку управління медичними організаціями. Якщо в умовах відносної стабільності управління може орієнтуватися переважно на планове забезпечення поточної діяльності, то в кризовому середовищі ключового значення набувають гнучкість, адаптивність, стратегічне мислення та здатність керівництва швидко приймати обґрунтовані рішення. Саме тому стратегічне управління стає не лише інструментом довгострокового розвитку, а й умовою виживання та збереження функціональної спроможності закладу охорони здоров'я.

Стратегічне управління у сфері охорони здоров'я можна розглядати як системний процес формування довгострокових цілей медичної організації, вибору оптимальних шляхів їх досягнення, розподілу ресурсів та контролю результатів з урахуванням змін зовнішнього і внутрішнього середовища. Його сутність полягає не лише у складанні планів, а у створенні цілісної управлінської моделі, яка дозволяє закладу

охорони здоров'я своєчасно реагувати на ризики, використовувати можливості та забезпечувати безперервність медичної допомоги.

Особливість стратегічного управління медичними закладами полягає у поєднанні економічної ефективності з соціальною відповідальністю. На відміну від багатьох комерційних організацій, заклади охорони здоров'я не можуть оцінювати свою діяльність виключно через фінансові показники. Важливими критеріями їхньої результативності є доступність медичної допомоги, безпека пацієнтів, клінічна ефективність, задоволеність населення, професійний розвиток персоналу та дотримання етичних стандартів [1, с. 68].

До основних етапів стратегічного управління належать: стратегічний аналіз середовища; формування місії, бачення та цілей закладу; розроблення альтернативних стратегій; вибір оптимальної стратегії; реалізація управлінських рішень; моніторинг результатів та корекція стратегічних дій. В умовах нестабільності ці етапи мають циклічний характер, оскільки зміни зовнішнього середовища потребують постійного оновлення управлінських підходів.

Соціально-економічна нестабільність проявляється через обмеженість фінансових ресурсів, коливання цін на лікарські засоби та медичні вироби, зниження платоспроможності населення, нерівномірність регіонального розвитку, кадрову міграцію та зростання психологічного навантаження на медичних працівників. Для закладів охорони здоров'я це означає необхідність працювати в умовах підвищеного попиту при одночасному обмеженні ресурсної бази.

Особливо гостро проблема стратегічного управління постає в умовах воєнних та післявоєнних викликів. Руйнування інфраструктури, переміщення населення, збільшення кількості пацієнтів із травмами, хронічними захворюваннями та психоемоційними розладами потребують від медичних установ швидкої перебудови процесів. Зростає значення маршрутизації пацієнтів, запасів критично важливих матеріалів, резервних каналів комунікації, управління персоналом у кризових умовах та взаємодії з органами влади і міжнародними партнерами.

Водночас нестабільність може виступати каталізатором управлінських змін. Кризове середовище стимулює впровадження цифрових технологій, перегляд організаційної структури, розвиток партнерств, оптимізацію витрат і формування нової культури управління, заснованої на відповідальності, доказовості та гнучкості.

Для обґрунтування стратегічних рішень доцільно використовувати PEST-аналіз, який дозволяє оцінити політичні, економічні, соціальні та технологічні фактори зовнішнього середовища. У сфері охорони здоров'я цей інструмент є особливо важливим, оскільки медичні

організації значною мірою залежать від державної політики, фінансових механізмів, демографічних процесів та рівня технологічного розвитку.

Не менш ефективним для прийняття ефективних управлінських рішень є також SWOT-аналіз, який дозволяє визначити сильні та слабкі сторони закладу охорони здоров'я, а також зовнішні можливості й загрози. Його застосування є доцільним на етапі формування стратегічних цілей, оскільки він дозволяє узгодити внутрішній потенціал закладу з викликами зовнішнього середовища [2, с. 33].

Ефективна модель стратегічного розвитку має поєднувати три взаємопов'язані рівні: аналітичний, організаційний та контрольний. Аналітичний рівень передбачає постійний збір і оцінку інформації щодо зовнішнього середовища, потреб пацієнтів, фінансових показників, кадрової ситуації та якості медичної допомоги. Організаційний рівень охоплює розроблення управлінських рішень, розподіл відповідальності, формування команд і впровадження змін. Контрольний рівень забезпечує оцінку результатів, корекцію дій та підвищення управлінської ефективності [3].

Окрему роль відіграє комунікаційна стратегія. В умовах нестабільності пацієнти потребують зрозумілої, своєчасної та достовірної інформації щодо доступності послуг, графіку роботи, правил запису, підготовки до обстежень і можливостей дистанційної консультації. Ефективна комунікація підвищує довіру до закладу та зменшує адміністративне навантаження на персонал [4, с. 6].

У сучасних умовах важливим фактором розвитку системи охорони здоров'я України є міжнародна підтримка, спрямована на відновлення інфраструктури, забезпечення медичним обладнанням, розвиток первинної медичної допомоги, підтримку психічного здоров'я та впровадження цифрових рішень. Водночас зовнішня допомога має бути інтегрована у національні та локальні стратегії розвитку, щоб забезпечити не короткостроковий ефект, а довготривалу інституційну спроможність.

Системна модернізація закладів охорони здоров'я повинна базуватися на принципах доказового управління, прозорості, економічної обґрунтованості та орієнтації на пацієнта. У цьому контексті керівник медичного закладу має виступати не лише адміністратором, а й стратегічним лідером, здатним формувати бачення розвитку, об'єднувати команду, управляти змінами та забезпечувати баланс між клінічними, економічними і соціальними результатами.

Стратегічне управління закладами охорони здоров'я в умовах соціально-економічної нестабільності є необхідною умовою забезпечення їхньої життєздатності, конкурентоспроможності та здатності надавати якісну медичну допомогу. Нестабільне

середовище створює численні виклики, проте водночас відкриває можливості для організаційного оновлення, цифровізації, розвитку партнерств та підвищення управлінської культури [5, с. 135].

Найбільш перспективними напрямами стратегічного розвитку є формування фінансової стійкості, удосконалення кадрової політики, впровадження системи управління якістю, розвиток цифрових сервісів, посилення ризик-менеджменту та створення ефективної комунікаційної моделі. Для досягнення сталих результатів стратегія повинна бути не формальним документом, а практичним інструментом управління, інтегрованим у щоденну діяльність медичного закладу.

Таким чином, заклади охорони здоров'я, які здатні прогнозувати ризики, адаптувати організаційні процеси, ефективно використовувати ресурси та підтримувати професійний розвиток персоналу, мають значно вищі шанси зберегти стабільність і забезпечити якість медичних послуг навіть в умовах тривалої соціально-економічної нестабільності.

Література:

1. Гуржий П. О. Стратегічне управління закладом охорони здоров'я в умовах невизначеності ринку медичних послуг. *Економічний вісник Дніпровського державного технічного університету*. 2025. № 1(10). С. 65–74. DOI: https://doi.org/10.31319/2709-2879.2025iss1(10).332422pp65-74

2. Камінська Т. В. Взаємодія елементів організаційно-економічного механізму у сфері охорони здоров'я. *Журнал стратегічних економічних досліджень*. 2023. № 4 (15). С. 32–41. DOI:10.30857/2786-5398.2023.4.4

3. Valakh V., Rudinska O., Busel S., Kniazkova V. Management of medical services in Ukraine in the context of international experience. *Ekonomichnyy analiz* 34 (2), 94-105. https://doi.org/10.35774/econa2024.02.094

4. Мартинюк О. А., Кусик Н. В., Рудінська О. В., Криленко В. І. Формування організаційно-економічного механізму управління закладом охорони здоров'я в сучасній парадигмі розвитку. *Економіка та суспільство*. 2024. № 64. С. 1–8. DOI: https://doi.org/10.32782/2524-0072/2024-64-56

5. Мартинюк О. А., Князькова В. Я., Кравченко В. І. Удосконалення системи управлінських рішень в закладах охорони здоров'я. *Міжнародна мультидисциплінарна наукова інтернет-конференція «Світ наукових досліджень»*. Вип. 45. С. 134-138. URL: https://www.economy-confer.com.ua/full-article/6478/

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-26

УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ РИЗИКАМИ ЯК ІНСТРУМЕНТ ЗАПОБІГАННЯ ПРАВОПОРУШЕННЯМ У МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ

Князькова Валентина Яківна
кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Романченко Андрій Миколайович
здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Узагальнення характерних для охорони здоров'я ризиків, їх систематизація та групування здійснюються з метою запобігання правопорушенням у медичній галузі.

Існує, насамперед, низка таких ризиків, які є спільними для всіх без виключення сфер діяльності. До них відносяться глобальні суспільні зміни, які впливають на життя всіх громадян та всіх галузей економіки. Звичайно такі ризики прийнято поділяти на зовнішні та внутрішні.

До зовнішніх загальносуспільних ризиків провадження буд-якої діяльності відносяться:

– політичний – пов'язаний з політичною ситуацією, що склалася у державі, та діяльністю державних органів влади (військові дії, революція, конфіскація майна, націоналізація приватної власності, тощо);

– законодавчий – спричинений змінами норм чинних правових актів, або виходом нових законодавчих актів, що можуть надати негативного впливу на становище закладу (підвищення податкових ставок, запровадження нових податків, скасування податкових пільг, тощо);

– природний – пов'язаний зі стихійними лихами (землетрус, злива) та погіршенням стану навколишнього середовища (викиди токсичних фармацевтичних відходів до каналізаційних мереж, пожежі тощо);

– регіональний – обумовлений специфікою соціально-економічного стану окремих регіонів та законодавством регіонального рівня;

– галузевий – спричинений тенденціями розвитку певної галузі охорони здоров'я (нанотехнології, інновації) та галузей, що суміжні з нею;

– макроекономічний – пов'язаний з розвитком глобальних економічних та інтеграційних процесів, що відбуваються усередині країни та у світі загалом (валютні, інфляційні/дефляційні, структурні тощо).

Внутрішні загальносуспільні ризики поділяються на:

– виробничий – спричинений особливостями протікання технологічного процесу на певному підприємстві або у закладі, організацією логістичних шляхів, рівнем кваліфікації працівників;

– інвестиційний – містить в собі потенційну загрозу неотримання очікуємого результату;

– комерційний – спричинений неправильними маркетинговими дослідженнями (помилкова цінова політика, недооцінка потенційних конкурентів на товарному ринку, тощо), внаслідок яких компанія втрачає можливість реалізувати покупцям весь обсяг виготовленої продукції [1].

У сфері медичного права виникають галузеві ризики, які є специфічними для цієї галузі. При цьому медичні ризики можуть вважатись правомірним, якщо:

– вони спричинені діями медичного працівника, спрямованими на збереження життя пацієнта та його здоров'я;

– відсутній будь-який інший спосіб лікування, ніж такий, що пов'язаний з ризиком заподіяння пацієнтові шкоди;

– своєчасно розпочаті заходи, спрямовані на зниження можливої шкоди або запобігання їй, та вони були достатніми для того, щоб надати пацієнту допомогу, за умови дій медичного працівника за нормативними приписами та медичними протоколами, використання досягнень сучасної медичної науки, теорії та практики.

У випадку порушення медичним працівником будь-якої із зазначених умов, внаслідок чого пацієнтові заподіяно шкоду (значне погіршення стану здоров'я або смерть), виникає кримінальна відповідальність за створення безпідставного ризику. Ступінь відповідальності медичного працівника встановлюється під час судово-медичної експертизи причинно-наслідкових зв'язків із врахуванням тяжкості наслідків, які можуть бути легкими, середньої тяжкості, тяжкими або такими, що спричинили смерть пацієнта.

Порушення правового статусу медичного працівника також належить до категорії ризиків. Недотримання загальнолюдських і професійних прав медиків з боку пацієнтів, їхніх родичів чи законних представників часто зумовлене емоційним станом, викликаним хворобою та переживаннями за здоров'я близьких. Водночас образи або приниження, завдані медичному працівнику, особливо у присутності сторонніх осіб, негативно впливають не лише на його професійну репутацію, а й на авторитет закладу охорони здоров'я загалом.

Нерідко медичні працівники, потрапляючи у конфліктні ситуації, недостатньо обізнані щодо власних прав. Навіть ті фахівці, які володіють відповідними знаннями, не завжди можуть оперативно та коректно сформулювати законні вимоги через недостатню поінформованість у процесуальних нормах. Крім того, значна частина медиків стикається з нерозумінням з боку колег і керівництва та не має належної підтримки від професійних об'єднань і профспілкових організацій, що ускладнює захист їхніх прав [2].

Варто також підкреслити, що реалізація кожного трудового права працівника закладу охорони здоров'я супроводжується додатковими витратами бюджетних або позабюджетних коштів. З огляду на обмеженість фінансових ресурсів та значну кількість осіб, які мають законні вимоги, керівництво медичних установ повинно забезпечувати ефективне й об'єктивне врегулювання конфліктів між пацієнтами, їхніми законними представниками та медичним персоналом. Для цього необхідно комплексно аналізувати кожну конфліктну ситуацію, враховуючи позиції всіх сторін та ґрунтуючи рішення виключно на встановлених фактах.

У 80-85 % випадків саме медичні помилки стають причиною ускладнення перебігу захворювань, що нерідко призводить до тяжкого стану пацієнта, а інколи – і до летальних наслідків. Витрати, пов'язані з недоліками у якості надання медичної допомоги, часто супроводжуються настанням цивільно-правової відповідальності у разі подання пацієнтами або їхніми родичами судових позовів до надавачів медичних послуг. Унаслідок цього заклади охорони здоров'я можуть зазнавати значних моральних і фінансових втрат, адже значна частина медичних помилок стає предметом судових спорів. У зв'язку з цим для керівника медичного закладу питання ефективного управління ризиками та мінімізації пов'язаних із ними збитків стає першочерговим [3].

В умовах ризикованих ситуацій система управління повинна забезпечувати комплексний підхід до прийняття та реалізації рішень. Насамперед це передбачає визначення можливих альтернатив ризику та їх застосування лише в межах соціально, економічно й етично прийнятних норм. Важливим напрямом є також підготовка практичних рекомендацій, спрямованих на попередження або зменшення ймовірних негативних наслідків.

Управління окремим ризиком здійснюється поетапно та охоплює низку послідовних дій (рис. 1).

Рис. 1. Етапи управління ризиком

Джерело: створено авторами

Ключовим напрямом управління ризиками у сфері охорони здоров'я є забезпечення належної якості діагностики та лікування пацієнтів. Основними засобами ризик-менеджменту в медичній галузі виступають структурні стандарти якості медичної допомоги, а також системи оцінювання кінцевих результатів професійної діяльності.

У програмах розвитку та планах діяльності закладів охорони здоров'я, а також у стратегічних документах органів управління галуззю, доцільно щорічно передбачати заходи, спрямовані на попередження ризиків виникнення медичних помилок. Важливим аспектом є також організація постійного моніторингу таких ризиків у процесі надання діагностичних і лікувальних послуг як на рівні окремих медичних установ, так і в межах державної системи управління охороною здоров'я.

Література:

1. Кримчак Л. А., Гарбузюк В. В., Рудніченко М. М., Романюк І. П. Ідентифікація ризиків діяльності закладів охорони здоров'я в системі безпекоорієнтованого управління. *Український журнал прикладної економіки та техніки*. 2021. № 3. С. 184–189. https://doi.org/10.36887/2415-8453-2021-3-25

2. Князькова В., Криленко В. Управління ризиками в системі внутрішнього контролю закладу охорони здоров'я. Матеріали 3 Міжнародної науково-практичної конференції «Modern Science: Exploring Theories, Innovations and Practical Solutions». Одеса, Україна. 30–31 грудня 2024. С. 99–103. URL: https://www.eoss-conf.com/wp-content/uploads/2024/12/Odesa_Ukraine_30_12_24.pdf

3. Мартинюк О. А., Князькова В. Я., Кравченко В. І. Удосконалення системи управлінських рішень в закладах охорони здоров'я. *Міжнародна мультидисциплінарна наукова інтернет-конференція «Світ наукових досліджень»*. Вип. 45. С. 134–138. URL: https://www.economy-confer.com.ua/full-article/6478/

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-27

МОТИВАЦІЯ ТА ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ У КОНТЕКСТІ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Князькова Валентина Яківна
кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Романченко Павло Андрійович
здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

В умовах жорсткої конкурентної боротьби на ринку медичних послуг заклади охорони здоров'я все більше усвідомлюють, що ключовим чинником успіху є не лише матеріально-технічна база, а й людський капітал. Саме якість обслуговування пацієнтів визначає конкурентоспроможність медичного закладу у довгостроковій перспективі, а вона, своєю чергою, безпосередньо залежить від рівня кваліфікації, залученості та вмотивованості медичного персоналу [1].

Мотивація медичного персоналу та його систематичний професійний розвиток є взаємопов'язаними складовими ефективного управління закладом охорони здоров'я. Мотивований співробітник не обмежується виконанням стандартних клінічних протоколів, але й прагне до вдосконалення власних компетенцій, ініціює нові підходи до взаємодії з пацієнтами та бере на себе відповідальність за результат. Тому тема є надзвичайно актуальною в умовах трансформації сучасної медичної галузі [2].

Мотивація в медицині як управлінська категорія охоплює сукупність внутрішніх і зовнішніх рушійних сил, які спонукають медичного працівника до дій, спрямованих на досягнення поставлених цілей. У контексті якості послуг розрізняють матеріальну та нематеріальну мотивацію. Матеріальна мотивація включає конкурентну заробітну плату, бонусні системи, прив'язані до показників якості надання медичних послуг, пільгові соціальні пакети. Нематеріальна – визнання заслуг, кар'єрне зростання, участь у прийнятті рішень, корпоративна культура, що підтримує орієнтованість на пацієнта [3].

Дослідження показують, що існує пряма кореляція між рівнем задоволеності персоналу умовами праці та оцінкою якості медичних послуг з боку пацієнтів. Медичні заклади, де впроваджені комплексні системи мотивації, демонструють вищий рівень задоволеності пацієнтів та нижчий рівень плинності кадрів. Це підтверджує ланцюжок: «задоволений співробітник → якісне медичне обслуговування → задоволений пацієнт → стабільний дохід медичного закладу».

Професійний розвиток медичного персоналу охоплює сукупність заходів, спрямованих на підвищення кваліфікації, розширення компетентностей та адаптацію до мінливих вимог медичного ринку. У медичній галузі до основних інструментів професійного розвитку належать:

– корпоративне навчання: тренінги, воркшопи, семінари з розвитку soft skills та пацієнтоорієнтованості;

– наставництво (менторинг): передача досвіду від кваліфікованих медичних співробітників до нових;

– ротація персоналу: розширення кругозору медичних працівників через роботу в різних підрозділах;

– e-learning: дистанційне навчання з використанням цифрових платформ та LMS-систем.

Поєднання системного навчання з практикою на робочому місці забезпечує синергетичний ефект: знання, отримані на тренінгах, закріплюються в реальних ситуаціях надання медичних послуг пацієнтам. Це особливо важливо для закладів охорони здоров'я, де кожна взаємодія з пацієнтом є унікальною і вимагає від медичного персоналу гнучкості, емпатії та здатності до нестандартних рішень [4].

Попри очевидну важливість інвестицій у медичний персонал, заклади охорони здоров'я стикаються з низкою проблем та викликів при реалізації комплексних програм мотивації та розвитку. Серед них:

– обмежені фінансові ресурси: медичні заклади часто не мають достатнього бюджету на навчання персоналу;

– висока плинність кадрів: інвестиції у навчання можуть «витікати» разом зі звільненими співробітниками;

– опір змінам: частина медичного персоналу не сприймає нові формати навчання та стандарти якості;

– складність вимірювання ефективності: важко кількісно оцінити вплив мотиваційних програм на якість надання медичних послуг у короткостроковому періоді [4].

Для подолання зазначених викликів сучасний менеджмент пропонує комплексний підхід, що включає: розробку індивідуальних планів розвитку для кожного медичного робітника (IDP); впровадження систем KPI, прив'язаних до показників якості надання медичних послуг;

формування корпоративної культури, в якій навчання є цінністю, а не обов'язком; використання моделі Kirkpatrick для оцінки ефективності навчальних програм на чотирьох рівнях – реакція, навчання, поведінка, результати [5].

Важливу роль відіграє також цифровізація процесів управління медичним персоналом. Сучасні HRM-системи дозволяють автоматизувати відстеження показників розвитку медичних робітників, персоналізувати навчальні траєкторії та своєчасно виявляти проблемні зони у якості медичного обслуговування. Технології штучного інтелекту відкривають нові можливості для прогностичної аналітики: визначення ризиків звільнення ключових фахівців та своєчасного застосування утримуючих мотиваційних заходів [5].

Отже, мотивація та професійний розвиток медичного персоналу є не витратами, а стратегічними інвестиціями в конкурентоспроможність закладів охорони здоров'я. Їх системне впровадження в управлінську практику дозволяє підвищити якість надання медичних послуг, знизити плинність медичних кадрів, зміцнити лояльність пацієнтів та забезпечити стійке зростання медичних закладів.

Література:

1. Самокіщук Р. Моделі мотивації медичних працівників у сучасних умовах. *Економіка та суспільство*. 2025. № 78. DOI: https://doi.org/10.32782/2524-0072/2025-78-147

2. Князькова В. Я., Рудінська О. В. Формування професійної культури фахівців у медичній галузі. Забезпечення якості освіти у вищій медичній школі. *Матеріали Науково-методичної міжуніверситетської конференції з міжнародною участю.* Одеський національний медичний університет. м. Одеса. 18-20.01.2023. С. 551–554. URL: https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/13302/Rudinska.pdf?sequence=1

3. Кокорєва О. В. Інноваційні підходи до мотивації праці працівників у медичних установах. *Вісник Херсонського національного технічного університету.* 2024. № 4. С. 388–393. DOI https://doi.org/10.35546/kntu2078-4481.2024.4.51

4. Мартинюк О. А., Князькова В. Я., Кравченко В. І. Удосконалення системи управлінських рішень в закладах охорони здоров'я. *Міжнародна мультидисциплінарна наукова інтернет-конференція «Світ наукових досліджень».* Випуск 45. С. 134-138. URL: https://www.economy-confer.com.ua/full-article/6478/

5. Viktoriia Valakh, Olena Rudinska, Svitlana Busel, Valentyna Kniazkova. Management of medical services in Ukraine in the context of international experience. *Economic Analysis.* 2024. Vol. 34. No. 2. Pp. 94–105. DOI: https://doi.org/10.35774/econa2024.02.094

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-28

ВПРОВАДЖЕННЯ ІНТЕГРОВАНОЇ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНИХ ЛАБОРАТОРІЯХ: ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Кусик Наталія Львівна
кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Зінченко Віта Володимирівна
здобувачка вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

В сучасних умовах швидкого розвитку медицини, впроваджені реформ та нових стандартів, актуалізується потреба упевненості в якості та компетентному виконанні лабораторних досліджень для подальшого правильного встановлення діагнозу та схеми лікування. З метою задоволеності споживачів лабораторних послуг та підвищення конкурентоспроможності централізованої клініко-діагностичної лабораторії, як частини стаціонарного медичного закладу, виникає необхідність в акредитації згідно ISO 15189:2022 [1].

Результатом впровадження системи контролю якості та компетентності в централізованій клініко-діагностичній лабораторії згідно ISO 15189:2022 є задоволення пацієнтів і всіх зацікавлених сторін у межах виконання програм медичних гарантій та впевненість: у точності результатів, у відповідності лабораторії міжнародним стандартам, у компетентності фахівців та спеціалістів лабораторії, у збережені конфіденційної інформації пацієнта. Все це спонукає лікарів та пацієнтів обирати саме таку клініко-діагностичну лабораторію для виконання лабораторних досліджень.

Інтегрована система менеджменту – це спосіб організації бізнес-процесів, при якому різні аспекти управління (якість, екологічна відповідальність, безпека персоналу) функціонують як єдиний налагоджений механізм. Замість того, щоб створювати окремі «барикади» з документів для кожного стандарту, організація впроваджує спільну методологію, що базується на міжнародних вимогах ISO, що надає таки переваги [1]:

1. Ефект синергії та усунення хаосу. В розрізнених системах часто виникає ситуація, коли одна інструкція суперечить іншій. Інтеграція дозволяє вибудувати єдину ієрархію цілей. Кожен працівник розуміє свою роль у загальній системі, що робить структуру компанії прозорою та логічною.

2. Ресурсна оптимізація (принцип «Один для всіх»). Замість розробки трьох різних пакетів документів для одного й того самого виробничого вузла, створюється комплексний регламент. Це не просто економія паперу – це радикальне скорочення часу на адміністрування, навчання персоналу та внутрішній контроль.

3. Мінімізація операційних витрат. Об'єднання систем управління дозволяє суттєво знизити бюджет на: проведення зовнішніх наглядових аудитів; підтримку актуальності нормативної бази; залучення вузькопрофільних консультантів.

4. Глобальне бачення для прийняття рішень. Керівництво отримує не «клаптики» звітів від різних відділів, а цілісну аналітичну картину. Це дозволяє виявляти приховані ризики на стику дисциплін (наприклад, як зміна технології для покращення якості вплине на екологічні показники).

5. Спрощення процедур перевірки. Інтегрований аудит проводиться за один цикл. Це мінімізує відволікання технічних спеціалістів від їхніх прямих обов'язків та дозволяє поглянути на підприємство як на живий організм, а не на набір функцій.

Інтеграція міжнародної системи управління якістю та компетентністю перетворює медичну лабораторію на еталон надійності та гарантує точність кожного аналізу.

Розглянемо переваги інтеграції системи управління якістю та компетентністю ISO для клініко-діагностичної лабораторії:

1. Експертність та безпека пацієнтів:

– системне зниження ризиків – лабораторія фокусується на запобіганні помилкам ще до їх виникнення;

– контроль якості – нагляд за життєвим циклом дослідження від моменту взяття біоматеріалу (преаналітика) до видачі фінального звіту (постаналітика);

– матеріально-технічна надійність – обслуговування обладнання та перевірки реагентів виключає технічні збої.

2. Організаційна досконалість та стійкість:

– стандартизація процесів – наявність чітких інструкцій забезпечує ідентичну якість роботи незалежно від зміни чи людського фактора;

– дії при надзвичайних ситуаціях – розроблення плану дій для безперебійної роботи під час різних надзвичайних ситуацій (блекаути, пандемії тощо).

3. Міжнародне визнання та юридична сила:

– репутація: акредитована лабораторія – це публічне підтвердження компетентності та якості, що підвищує рівень довіри з боку лікарів та пацієнтів.

4. Розвиток персоналу:

– безперервне медичне навчання – вимоги стандарту спонукають персонал до постійного вдосконалення навичок та безперервного професійного розвитку.

5. Відповідність регуляторним вимогам:

– державне партнерство – наявність ISO є обов'язковим для отримання фінансування від НСЗУ та співпраці в межах державних програм [2].

Основними ризиками та бар'єрами впровадження системи управління якістю та компетентністю ISO в клініко-діагностичну лабораторію є:

– фінансове забезпечення – відсутність фінансування для впровадження стандарту та участі в зовнішній оцінці якості, регулярному систематичному калібруванні засобів вимірювальної техніки;

– відсутність компетентного персоналу, необхідність введення в штат менеджера з якості;

– електронний документообіг – відсутність лабораторної інформаційної системи або обмеженні функції під час використання;

– психологічний опір адміністрації закладу і персоналу лабораторії, некомпетентність в пунктах стандарту;

– ризик, що інструкції фактично не виконуються на робочих місцях;

– систематичні помилки в управлінні ризиками;

– проблема з постачальниками продукції, ризик використання обладнання та реагентів, які не відповідають встановленим критеріям якості в медичній лабораторії [3].

Отже, впровадження інтегрованої системи управління якістю та компетентністю відповідно до вимог ISO 15189:2022 є стратегічно важливим напрямом розвитку централізованих клініко-діагностичних лабораторій. Воно забезпечує підвищення точності лабораторних досліджень, безпеки пацієнтів, ефективності управлінських процесів та конкурентоспроможності медичного закладу загалом.

Попри наявність певних організаційних, фінансових і кадрових бар'єрів, інтеграція стандартів якості створює основу для сталого розвитку клініко-діагностичної лабораторії, зміцнення довіри з боку пацієнтів і медичної спільноти, а також сприяє її повноцінній інтеграції у сучасний міжнародний медичний простір.

Література:

1. ДСТУ EN ISO 15189:2022 «Медичні лабораторії. Вимоги до якості та компетентності». URL: https://naau.org.ua/userfiles/files/ISO_15189_2022.pdf
2. Біучко О. Ю. Конфіденційність, повага та довіра: етичні аспекти лабораторної діагностики. *Український журнал лабораторної медицини*. 2025. Т. 3, № 3. С. 29–34. DOI: 10.62151/2786-9288.3.3.2025.05
3. Крайнюков О., Щокіна М. Акредитація лабораторій: сутність і алгоритм дій. *Молодий вчений*. 2024. № 3 (127). С. 13–17. DOI: 10.32839/2304-5809/2024-3-127-9

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-29

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ РЕПУТАЦІЇ МЕДИЧНИХ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ БРЕНДІВ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ

Кусик Наталія Львівна
кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Мирнинко Яна Сергіївна
здобувачка 1 курсу, спеціальність «Менеджмент»
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Гмиря Анастасія Сергіївна
здобувачка вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

В сучасних умовах зростання конкуренції, підвищення вимог до якості медичних і фармацевтичних послуг, а також посилення рівня інформованості споживачів і професійної спільноти, особливої актуальності набувають питання формування та управління репутацією брендів. Репутація виступає важливим нематеріальним активом, що визначає конкурентоспроможність та забезпечує довгострокову стабільність діяльності. Водночас специфіка формування репутації у медичного і фармацевтичного бізнесу має відмінності, що потребує комплексного теоретичного осмислення та порівняльного аналізу.

Медичний бренд являє собою цілісний образ медичного закладу, лікаря або медичної послуги, який формується у свідомості пацієнтів і професійної спільноти на основі якості допомоги, досвіду взаємодії, цінностей і рівня довіри. Тобто, це не лише назва чи логотип клініки, а те, як її сприймають та чи готові їй довірити своє здоров'я [1].

Особливостями медичного бренду є те, що він базується насамперед на довірі, а не лише на маркетингу; має етичні обмеження у просуванні; значною мірою залежить від людського фактору (зокрема, лікаря); формується через реальний досвід пацієнта, а не тільки рекламу. Отже, уточнене визначення поняття «медичний бренд» може бути сформульовано так: медичний бренд – це сукупність функціональних, емоційних та ціннісних характеристик суб'єкта медичної діяльності, що забезпечують його ідентифікацію, диференціацію на ринку та формування довіри з боку пацієнтів і професійної спільноти.

Репутація медичного бренду представляє собою сформоване уявлення пацієнтів, партнерів і суспільства про медичний заклад, лікаря або медичну послугу, яке базується на досвіді взаємодії, рівні довіри та очікуваннях щодо якості [1]. Отже, на відміну від комерційних брендів, у сфері охорони здоров'я репутація формується значно повільніше, але руйнується швидко; базується на довірі, а не лише на маркетингу; безпосередньо пов'язана з життям і здоров'ям людей; має сильну залежність від лікарів, а не тільки медичного закладу.

Окреслимо ключові елементи (складові) репутації медичного бренду, які відображають специфіку сфери охорони здоров'я, а саме: (1) професійну компетентність (кваліфікація та професійність лікарів, результати лікування, дотримання клінічних стандартів, безпечність процедур); (2) якість і безпеку медичних послуг (технології, обладнання, протоколи лікування); (3) пацієнтський досвід (сервіс, комунікація, емпатія, комфорт, ставлення персоналу, швидкість обслуговування); (4) довіру та етичність (відгуки пацієнтів, рекомендації, імідж у професійному середовищі, дотримання лікарської таємниці, чесність, етичність, прозорість комунікації); (5) візуальну та комунікаційну ідентичність (назва, стиль, сайт, соціальні мережі); (6) цінності та місію (орієнтація на пацієнта, етичність, доступність допомоги, соціальна відповідальність, участь у громадських ініціативах, благодійність).

Важливо зазначити, що сильна репутація медичного бренду підвищує лояльність пацієнтів; впливає на вибір медичного закладу; дозволяє залучати кращих фахівців; забезпечує конкурентну перевагу на ринку медичних послуг.

Фармацевтичний бренд являє собою сукупність уявлень про фармацевтичну компанію (виробника) або про конкретний лікарський засіб, яка формується у свідомості лікарів, фармацевтів, пацієнтів і регуляторних органів на основі якості, ефективності, безпечності продукції та рівня довіри до компанії – виробника [2].

Особливостями фармацевтичного бренду є те, що він орієнтований не лише на пацієнта, а передусім на професійну аудиторію (лікарів, фармацевтів); базується на принципах доказової медицини; функціонує в умовах державного регулювання; формується довше, ніж у інших галузях, але має високий рівень значущості. Отже, уточнене визначення поняття «фармацевтичний бренд» може бути сформульовано так: фармацевтичний бренд – це комплекс функціональних, наукових та репутаційних характеристик лікарського засобу або фармацевтичної компанії, що забезпечує їх ідентифікацію, диференціацію на ринку та формування довіри з боку медичної спільноти і споживачів.

Репутація фармацевтичного бренду представляє собою стійке уявлення споживачів, медичних працівників, регуляторів і партнерів про фармацевтичну компанію або її продукцію, що формується на основі довіри, ефективності та безпечності лікарських засобів, а також етичності діяльності компанії [2]. Отже, особливостями репутації фармацевтичного бренду є те, що вона формується не тільки серед пацієнтів, а й серед лікарів і фармацевтів; значною мірою залежить від наукової доказовості; тісно пов'язана з регуляторним середовищем; має довгостроковий характер і сильно реагує на кризи (відкликання препаратів).

До ключових елементів (складових) репутації фармацевтичного бренду, які відображають специфіку фармацевтичного бізнесу, можна віднести: (1) ефективність і безпечність препаратів (підтверджені клінічними дослідженнями результати, клінічно доведена дія, мінімізація побічних ефектів, відповідність стандартам доказової медицини); (2) якість виробництва (дотримання стандартів, стабільність складу, контроль якості на всіх етапах); (3) наукову доказовість та інноваційну діяльність (публікації, участь у дослідженнях, присутність у клінічних протоколах, розробка нових препаратів, співпраця з науковими установами); (4) довіру медичної спільноти (рекомендації лікарів, рекомендації фармацевтів, присутність у клінічних протоколах); (5) взаємодію з пацієнтами (доступність інформації, фармаконагляд, реагування на побічні ефекти); (6) комунікацію, позиціонування та етичність (інформаційна відкритість, прозорість, соціальна відповідальність, чесність у просуванні препаратів, відсутність маніпуляцій, відкритість щодо даних досліджень); (7) регуляторна відповідність (виконання вимог держорганів, відсутність штрафів).

Важливо зазначити, що сильна репутація фармацевтичного бренду підвищує довіру до препаратів і рівень їх призначення лікарями; сприяє конкурентоспроможності на ринку; полегшує вихід нових продуктів; знижує репутаційні ризики у кризових ситуаціях.

Проаналізувавши особливості та ключові елементи медичного бренду та його репутації, а також особливості та ключові елементи фармацевтичного бренду та його репутації, можна виявити різницю між

репутацією медичного та фармацевтичного бренду. Обидва поняття базуються на довірі, але формуються в різних умовах і за участю різних стейкхолдерів (рис. 1). На рисунку продемонстровано, що у медицині оцінюють процес і результат допомоги, а у фармації якість і ефективність продукту; у фармації часто вирішальним є професійне середовище, а не масова думка; у медицині більше суб'єктивного досвіду, а у фармації більше об'єктивних доказів.

Таким чином, можна зробити висновок, що репутація медичного бренду має сервісно-орієнтований і персоніфікований характер, тоді як репутація фармацевтичного бренду має продуктно-орієнтований та доказово-регульований характер, з домінуванням професійної оцінки з боку медичної спільноти. Спільним ключовим елементом репутації як медичного бренду, так й фармацевтичного, є складова – соціальна відповідальність. Активна участь у соціальних проектах, підтримка громадських ініціатив, співпраця з благодійними організаціями, тобто реалізація програм внутрішньої та зовнішньої соціальної відповідальності, дозволяють медичному та фармацевтичному бізнесу зміцнювати свою репутацію і підвищувати довіру серед споживачів.

Рис. 1. Характеристика різниці між поняттями «репутація медичного бренду» та «репутація фармацевтичного бренду»

Отже, корпоративна соціальна відповідальність відіграє важливу роль у формуванні позитивної репутації бренду, що потребує подальшого обґрунтування та дослідження.

Література:

1. Менеджмент та маркетинг в охороні здоров'я: навч. посіб. / В. І. Борщ, О. В. Рудінська, Н. Л. Кусик. Херсон: Олді+, 2022. 264 с.

2. Економіка, організація та управління у фармації: навч. посіб. [для фарм. ф-тів] / Н. В. Харченко, Р. В. Луценко, О. А. Луценко, 2025. 315 с.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-30

ЗВ'ЯЗОК ФІНАНСОВИХ ПОКАЗНИКІВ ЗОЗ, ЯКІ НАДАЮТЬ ОНКОЛОГІЧНУ ДОПОМОГУ, З ПЛАТЕЖАМИ ПАЦІЄНТІВ З ВЛАСНОЇ КИШЕНІ

Маранов Андрій Олександрович
аспірант
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Вступ. За даними бюлетеню Національного канцер-реєстру України за 2023 рік, до трійки найпоширеніших онкологічних захворювань в Україні за рівнем захворюваності і за показниками смертності входять колоректальний рак (КРР) та рак грудної залози (РГЗ) [1, с. 30]. У 2023 році частка захворюваності на КРР становила 13,3% серед чоловіків та 11,3% серед жінок. Водночас частка захворюваності на РГЗ серед жінок досягла 22,2% та частка смертей 19,4%. В той же час частка смертей від КРР становила 13,6% серед чоловіків і 15,4% серед жінок.

У 2023 році у світі захворюваність на рак за виключенням немеланомних раків шкіри складала 18,5 млн, смертність 10,4 млн. Причому орієнтовно 58% захворюваності та 66% смертності припадали на країни від низького до середнього рівня доходу згідно класифікації Світового банку. Більше того, прогноз до 2050 року вказує, що саме у цих країнах планується вищий темп зростання смертності [2]. Водночас лікування вказаних патологій є дороговартісним у всьому світі. За даними OECD 2025 року, фінансування систем охорони

здоров'я у світі здійснюється з різних джерел, зокрема за рахунок державних коштів (податки), обов'язкового медичного страхування, добровільного страхування та прямих витрат домогосподарств (платежі з власної кишені пацієнта) [4, с. 160–167].

Зважаючи на високу поширеність зазначених онкологічних захворювань, їх значний внесок у структуру смертності населення, а також вагоме соціально-економічне навантаження на систему охорони здоров'я та домогосподарства пацієнтів, ці патології становлять особливий інтерес для аналізу. Тому для дослідження неформальних платежів пацієнтів було обрано вказані патології.

Мета дослідження – дослідити фінансові показники закладів охорони здоров'я (баланс доходів та видатків ЗОЗ, частка витрат на закупівлю товарно-матеріальних цінностей (ТМЦ), середнє значення заробітної плати лікарів) як фактори ризику платежів з власної кишені пацієнтів з КРР та РГЗ.

Матеріали і методи дослідження. Для дослідження факторів ризику платежів в тому числі неформальних було обрано 25 закладів охорони здоров'я комунальної та приватної форми власності, які у 2023–2024 роках надавали допомогу за 3-ма обраними пакетами Програми медичних гарантій («Хіміотерапевтичне лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями у стаціонарних та амбулаторних умовах», «Радіологічне лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями в стаціонарних та амбулаторних умовах» та «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах»). 22 заклади з включених до вибірки є обласними онкологічними центрами. Проаналізовано обрані показники діяльності цих закладів на основі відкритих даних, що доступні на сайті НСЗУ за 2023 рік – у розділі «Дані зі звітів про доходи і витрати надавачів медичних послуг (окремі показники)» [3].

Іншим виміром даних є проведене опитування пацієнтів щодо платежів(в тому числі неформальних), які вони понесли під час лікування КРР або РГЗ. Пацієнти, що були опитані отримували лікування в Україні протягом року у період з 1 липня 2023 р. по 30 червня 2024 р., та мали отримати медичну допомогу за одним з вищезгаданих пакетів ПМГ (хіміотерапевтичне, радіотерапевтичне або хірургічне лікування). Опитано 515 респондентів чоловіків та жінок щодо лікування КРР та 612 респондентів жінок щодо РГЗ. Було проаналізовано частоту поширення платежів пацієнтів (в тому числі

неформальних) з одним з видів раку та визначено ключові фактори ризику вказаних платежів (частка витрат на закупівлю товарно-матеріальних цінностей від усіх витрат, баланс доходів та витрат, зарплати лікарів).

Результати дослідження. Аналіз отриманих результатів свідчить, що у випадку низьких витрат на закупівлю товарно-матеріальних цінностей (ТМЦ) до загальних витрат в закладі охорони здоров'я (ЗОЗ) збільшується частота власних витрат пацієнта на лікарські засоби та витратні матеріали. Так, наприклад, в Північному макрорегіоні НСЗУ визначена найнижча частка ТМЦ (31,2% проти середніх по Україні 37,6%) та найвищі витрати пацієнтів (69,6% КРР та 61,3% РГЗ проти 30,9% та 34,5% відповідно). Однак залежність не є лінійною і Центральний макрорегіон з найвищими витратами на ТМЦ (41,6%) має відносно посередні показники за витратами пацієнтів (КРР 27,5% та РГЗ 36%).

Аналіз, де вдалось зафіксувати лінійну залежність абсолютно у всіх групах порівняння – це у показнику співвідношення доходів закладу до витрат ЗОЗ та частоти платежів пацієнтів за лікарські засоби та витратні матеріали. Заклади були розділені на 3 групи. ЗОЗ, де витрати були меншими за доходи (співвідношення менше 95%) та був позитивний баланс – мали найнижчі витрати з власної кишені пацієнтів за лікарські засоби та витратні матеріали (КРР 19,8%, РГЗ 30,9% проти середніх 30,9% та 34,5% відповідно). Заклади, що мали дефіцит (співвідношення витрат до доходів більше 103%) навпаки мали найвищі платежі з власної кишені пацієнтів (КРР 41,0% та 37,4% РГЗ). До речі, саме ці заклади, що мали негативний баланс також мали найнижчу частку витрат на ТМЦ (33,5% проти середніх 37,6%). При чому найбільш вираженою різниця у витратах спостерігається для пацієнтів з КРР (від 19,8% для закладів з профіцитом до 41,0% у ЗОЗ з дефіцитом співвідношення доходів до витрат).

Нарешті заключним виміром діяльності ЗОЗ, що було досліджено у цій роботі є співвідношення середньої заробітної плати лікарів ЗОЗ та поширеності неформальних платежів (НП) пацієнтів персоналу цих закладів за групи послуг (одну послугу або декілька одночасно). Виявлено, що заклади з найнижчим рівнем середніх зарплат лікарів, яка складала 22 899 грн проти середніх 31 535 грн (група до 27 тис), мали найвищу частоту НП – КРР 40,9% та 38,3% (середні 29,1% та 28,5% відповідно). Для контексту іншими 2-ма групами порівняння за рівнем зарплати були групи лікарів з зарплатою «від 27 до 34 тис» та «більше

34 тис». У останній групі НП не були найнижчими, а близькими до середніх (КРР 26,6% та 29,1% РГЗ). Цей феномен може бути пов'язаний з регіональними особливостями ринку праці. У контексті макрорегіонального розподілу, Північний макрорегіон з найнижчими середніми зарплатами лікарів (25 842 грн проти середніх 31 535 грн) мав найвищий рівень НП (КРР 50,7% та РГЗ 42,7% проти середніх 29,1% та 28,5% відповідно).

Висновки. Отримані результати дослідження свідчать про наявність певного зв'язку між власними витратами пацієнтів з кишені при наявності КРР та РГЗ на хіміотерапевтичне, радіотерапевтичне, хірургічне лікування та рівнем балансу витрат та доходів, а саме: частка платежів з власної кишені пацієнтів на ліки та лікарські засоби у ЗОЗ з дефіцитним балансом була вища, ніж аналогічна частка у ЗОЗ з профіцитним балансом. Водночас, виявлено, що при низькому рівні заробітної плати лікарів та низькій частці витрат на ТМЦ зростає частка неформальних платежів. Отже, поліпшення фінансових показників балансу витрат та доходів може знижувати витрати пацієнтів з власної кишені на ліки та лікарські засоби, в той же час такої залежності не виявлено з рівнем зарплати лікарів та частки витрат на ТМЦ. Слід, однозначно уникати низькі рівні двох останніх показників з метою упередження витрат з власної кишені пацієнтів.

Література:

1. Рак в Україні, 2023-2024. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. *Бюлетень Національного Канцер-Реєстру України # 26*, 2025. С. 30. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_26/PDF/Bull_26.pdf (дата звернення: 19.04.2026).

2. The global, regional, and national burden of cancer, 1990–2023, with forecasts to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *Lancet* (London, England). 2025. Вип. 406. № 10512. С. 1565–1586. DOI: 10.1016/S0140-6736(25)01635-6.

3. Дані зі звітів про доходи і витрати надавачів медичних послуг (окремі показники) – Набори даних – *Data.gov.ua.* URL: https://data.gov.ua/dataset/036cf661-daeb-4434-8b4e-cd249dbc45d4 (дата звернення: 19.04.2026).

4. OECD Health at a Glance 2025: OECD Indicators. Health at a Glance. 2025. Vol. 2025. P. 160–167. DOI: 10.1787/8f9e3f98-en (accessed: 19.05.2026).

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-31

ПРОГНОЗУВАННЯ У ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ РИЗИКУ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ВИСНАЖЕННЯ

Машкевич Олександра Григорівна
аспірантка кафедри менеджменту охорони здоров'я
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, України

Вежновець Тетяна Андріївна
професорка кафедри менеджменту охорони здоров'я
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, України

Вступ. Лікарі загальної практики – сімейні лікарі (ЗПСЛ), які забезпечують перший контакт пацієнта у разі отримання ними медичних послуг, відіграють ключову роль у системі надання вказаних послуг [1, с. 1019]. Професійна діяльність лікарів загальної практики-сімейних лікарів (ЗПСЛ) характеризується високим робочим навантаженням, дефіцитом часу, високими вимоги до прийняття критичних клінічних рішень [2, с. 6]. Крім того, лікарі ЗПСЛ, стикаючись з фізичними, емоційними, екзистенційними травмами, мають хронічне емоційне включення, яке без достатнього ресурсу відновлення може призвести до психоемоційного виснаження [3, с. 4;]. Психоемоційне виснаження – стан внутрішнього енергетичного виснаження, який охоплює одночасно фізичну втому, емоційну спустошеність та зниження здатності до емоційного відгуку, є центральним компонентом професійного вигорання [3, с. 2]. Відомо, що психоемоційне виснаження негативно впливає на якість надання медичної допомоги [4, с. 217]. Зважаючи на викладене, актуальним постає питання прогнозування ризику формування психоемоційного виснаження лікарів ЗПСЛ в залежності від організаційних та психосоціальних чинників медичної практики.

Мета дослідження. Визначити фактори, які дозволяють прогнозувати ризик психоемоційного виснаження лікарів ЗПСЛ.

Матеріали та методи. Було проведено поперечне анкетне дослідження (cross-sectional survey) серед 311 лікарів ЗПСЛ для визначення прогностичних факторів психоемоційного виснаження лікарів ЗПСЛ. Дані збиралися онлайн за допомогою структурованої анкети, яка включала

декілька тематичних блоків: організаційні чинники (місце розташування медичної практики (місто >300 тис. населення; місто ≤300 тис.; селище); стаж роботи лікаря ЗПСЛ (≤5 років; 6–10 років; 11–20 років; >20 років); кількість декларацій із пацієнтами (≤1000; 1001–2000); робота в одному або декількох закладах охорони здоров'я; психосоціальні чинники (наявність агресії від пацієнтів та членів їхніх сімей (відсутній, частий, іноді; рівень заробітної плати (до 10000 грн, 10001–15000 грн, 15001–20000 грн, 20001–30000 грн, більше 30000 грн)

Для проведення аналізу використано метод побудови моделей логістичної регресії. Результуюча змінна – приймає значення Y= 1 у випадку постійного відчуття психоемоційного виснаження (106 респондентів) та Y=0 у випадку часто або іноді (205 респондентів). Були побудовані однофакторні моделі логістичної регресії прогнозування ризику постійного відчуття психоемоційного виснаження. Статистичний аналіз проводили за допомогою програмного пакета MedCalc® Statistical Software (version 22.009). Рівень статистичної значущості приймали при $p < 0,05$.

Результати дослідження. За результати логістичного регресійного аналізу не виявлено статистично значущого зв'язку ризику виникнення психоемоційного виснаження із місцем розташування медичної практики (місто >300 тис. населення; місто ≤300 тис.; селище), стажем роботи, кількістю укладених декларацій та кількістю місць роботи (посада за основним місцем роботи та посада за зовнішнім сумісництвом), в яких працювали респонденти ($p>0,05$). Так, рівень значущості відмінності (p) відношення шансів (ВШ) щодо ризику виникнення психоемоційного виснаження у лікарів ЗПСЛ, медична практика яких була розташовано в містах з чисельністю менше 300 тисяч населення, становив $p=0,30$, у селищах – $p=0,445$. Рівень значущості відмінності відношення шансів (ВШ) щодо ризику виникнення психоемоційного виснаження у лікарів ЗПСЛ зі стажем 6–10 років становив $p=0,637$, 11-20 років – $p=0,539$, >20 років – $p=0,607$. Рівень значущості відмінності відношення шансів (ВШ) щодо ризику виникнення психоемоційного виснаження у лікарів ЗПСЛ з кількістю декларацій від 1001 до 2000 становив $p=0,235$, з кількістю місць роботи – $p=0.155$.

Водночас, у проведеному дослідженні було виявлено слабкий (AUC = 0.59 95% BI 0.53 – 0.643) зв'язок ризику відчуття психоемоційного виснаження з проявами агресії пацієнтів. У випадку контакту з частими проявами агресії пацієнтів у лікарів прогнозується вищий ризик виникнення психоемоційного виснаження (($p<0.001$), ВШ = 3.78 (95% BI 1.95 – 7.32). Ризик психоемоційного виснаження у лікарів ЗПСЛ також слабо пов'язаний із рівнем зарплати (AUC = 0.58

95% BI 0.52 – 0.64). Визначено зменшення психоемоційного виснаження зі збільшенням заробітної плати, особливо серед респондентів із середнім розміром заробітної плати вище 30000 грн.

Висновки. Отримані результати свідчать, що ризик психоемоційного виснаження у лікарів ЗПСЛ більшою мірою визначається не організаційними чинниками професійної діяльності, а психо-соціальними умовами праці, зокрема рівнем агресії з боку пацієнтів та недостатньою матеріальною мотивацією. Це вказує на необхідність впровадження комплексних заходів підтримки психічного здоров'я медичних працівників, спрямованих на профілактику професійного вигорання, розвиток навичок психологічної стійкості та ефективної комунікації з пацієнтами, а також удосконалення системи фінансового забезпечення лікарів. Важливим напрямом є створення безпечного професійного середовища та програм психологічної підтримки, що сприятиме збереженню професійного ресурсу лікарів і підвищенню якості медичної допомоги.

Література:

1. Bawakid K., Rashid O. A., Mandoura N., Shah H. B. U., Mugharbel K. Professional satisfaction of family physicians working in primary healthcare centers: A comparison of two Saudi regions. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2018. Vol. 7, № 5. P. 1019–1025. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_6_18.

2. Malhotra J., Wong E., Thind A. Canadian family physician job satisfaction – is it changing in an evolving practice environment? An analysis of the 2013 National Physician Survey database. *BMC Family Practice*. 2018. Vol. 19. Art. 100. DOI: https://doi.org/10.1186/s12875-018-0786-6

3. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо профілактики професійного вигоряння медичних працівників : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04 черв. 2025 р. № 923. URL: https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-04-06-2025-923-pro-zatverdzhennya-metodichnih-rekomendaciyi-shodo-profilaktiki-psihoemocijnogo-vigorannya-medichnih-pracivnikiv-2

4. Крупський О. П., Стасюк Ю. М., Громцева О. В., Лубенець Н. В. Вплив емоційної праці сімейних лікарів на їхнє самопочуття та задоволеність роботою. *Європейський журнал питань менеджменту*. 2022. Т. 30, № 4. С. 215–223. DOI: https://doi.org/10.15421/192218

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-32

АКТУАЛЬНІСТЬ І ПРОБЛЕМИ ТРЕНІНГОВОГО БІЗНЕСУ З ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СУЧАСНИХ РЕАЛІЯХ УКРАЇНИ

Могилова Марина Михайлівна
доктор економічних наук,
професор кафедри менеджменту, маркетингу та підприємництва
Національний університет «Києво-Могилянська академія»
м. Київ, Україна

Думнич Михайло Іванович
здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти
Національний університет «Києво-Могилянська академія»
м. Київ, Україна

В Україні попит на навчання домедичної допомоги постійно зростає, що зумовлено воєнними діями, підвищеним рівнем травматизму і необхідністю швидкого реагування у критичних ситуаціях. Зокрема, до 2022 року Український Червоний Хрест щорічно навчав близько 30 тис. осіб [1], тоді як після початку повномасштабної війни у 2025 році цей показник може сягати близько 90–100 тис. осіб на рік [2; 3], що свідчить про зростання попиту більш ніж у 3 рази (понад 200%).

Паралельно зі зростанням попиту зростає і кількість провайдерів навчання. За оцінками, сформованими на основі практичного досвіду роботи у даній сфері, до початку повномасштабної війни в Україні функціонувало близько 10–12 системних тренінгових центрів, тоді як після 2022 року їх кількість зросла майже вдвічі. Водночас ці дані не враховують значну кількість індивідуальних інструкторів, курсів тактичної медицини і волонтерських ініціатив, що свідчить про високу фрагментованість ринку й відсутність чітких меж та критеріїв його функціонування.

Перспективи подальшого зростання попиту на навчання домедичної допомоги також пов’язані з розширенням кола споживачів освітніх послуг у цій сфері [4]. Корпоративний сектор є одним із ключових напрямів: роботодавці дедалі частіше впроваджують програми підготовки персоналу до дій у надзвичайних ситуаціях, зокрема в контексті вимог охорони праці та управління ризиками, зобов’язання щодо яких закріплені у ст. 18 Закону України «Про охорону праці» [5]. Попит формується і з боку освітніх закладів – шкіл та університетів, де

навички домедичної допомоги поступово інтегруються до навчальних програм як елемент базової цивільної компетентності [4]. Таким чином, ринок тренінгового бізнесу з домедичної допомоги має потенціал для виходу за межі формату разових курсів для широкої аудиторії і перетворення на структуровану галузь з диференційованими продуктами для конкретних інституційних споживачів.

Зважаючи на фактичний стан і перспективи ринку навчальних курсів з домедичної допомоги, потребує вирішення проблема його формальної інституціоналізації. На сьогодні підтвердженням нерегульованості ринку є відсутність окремої класифікації економічної діяльності для сфери домедичної підготовки. На практиці суб'єкти господарювання змушені використовувати узагальнений КВЕД «Інші види освіти», що ускладнює ідентифікацію учасників ринку, обмежує можливості збору статистики і створює передумови для відсутності єдиних вимог до якості навчання. Показовим є і те, що державні сервіси підтримки підприємництва розглядають організацію курсів домедичної допомоги як доступний вид бізнес-діяльності без чітко визначених професійних вимог до провайдерів [6]. Зокрема, на платформі «Дія.Бізнес» подано пропозиції щодо запуску відповідних курсів як підприємницької ідеї, що додатково свідчить про низький поріг входу на ринок.

У таких умовах спостерігається варіативність підходів до навчання, яка в окремих випадках набуває неоднозначного характеру. Зокрема, різні навчальні програми можуть пропонувати відмінні або навіть протилежні моделі дій у схожих критичних ситуаціях. Наслідком цього є формування псевдокомпетентності – стану, за якого людина отримує базові знання, але не здатна ефективно застосовувати їх у реальних умовах. У цьому контексті неякісне навчання може бути небезпечнішим за його відсутність, оскільки формує хибне відчуття готовності діяти і підвищує ризик помилкових рішень, що в критичних ситуаціях може мати фатальні наслідки.

Показовим є досвід Великої Британії, де ринок навчання домедичної допомоги функціонує в межах структурованої системи стандартів, сертифікації і управління якістю. Зокрема, ключову роль відіграють такі організації, як British Red Cross, British Heart Foundation й Resuscitation Council UK, які формують єдині підходи до навчання і базуються на міжнародних рекомендаціях European Resuscitation Council та International Liaison Committee on Resuscitation [7]. Крім того, відповідно до законодавства у сфері охорони праці роботодавці зобов'язані забезпечувати наявність працівників, підготовлених з надання першої допомоги, що створює стабільний попит на якісні та стандартизовані навчальні програми [8].

Важливою складовою інституціоналізації тренінгового бізнесу з домедичної допомоги є наявність систем сертифікації і оцінки результатів навчання, впровадження систем управління якістю, зокрема відповідно до стандарту ISO 9001:2015, що передбачає формалізацію процесів, контроль результатів та безперервне вдосконалення [9].

З позиції менеджменту формування псевдокомпетентності є наслідком відсутності ефективного інституційного забезпечення управління якістю освітніх послуг у сфері домедичної допомоги: не сформовано єдиних стандартів підготовки, систем контролю результатів навчання і критеріїв оцінки ефективності програм. Відповідно до підходів з управління якістю і ризиками ефективність навчання має визначатися не лише передачею знань, а й здатністю споживача послуги застосовувати їх на практиці.

Вирішення цієї проблеми пов'язане зі зміною підходів до навчання і формування інституційної системи управління якістю освітніх послуг. Зокрема, стандартизація програм, контроль результатів навчання та підвищення вимог до провайдерів мають забезпечувати формування у слухачів не лише знань, а й здатності приймати обґрунтовані рішення в умовах невизначеності.

Таким чином, розвиток тренінгового бізнесу з домедичної допомоги в Україні пов'язаний не лише зі зростанням попиту, а й потребує побудови системи управління якістю, яка гарантує ефективність навчання. Без цього кількісне зростання ринку тренінг-курсів може не лише не підвищувати рівень безпеки населення, а й підвищувати ризики через формування псевдокомпетентності.

Література:

1. Ukrainian Red Cross Society. First Aid Training. URL: https://redcross.org.ua/en/fat/.

2. Ukrainian Red Cross Society. News. URL: https://redcross.org.ua/news/2025/10/128637/

3. Ukrainian Red Cross Society. News. URL: https://redcross.org.ua/news/2025/01/101598/

4. The Growth of First Aid Training Industry: What's Next for 2025 and Beyond. URL: https://www.whatech.com/og/markets-research/medical/965567-the-growth-of-first-aid-training-industry-what-s-next-for-2025-and-beyond.html

5. Закон України «Про охорону праці» від 14.10.1992 № 2694-XII, ст. 18. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2694-12#Text

6. Дія.Бізнес. Курси першої медичної допомоги. URL: https://business.diia.gov.ua/service/idea/kursy-pershoi-medychnoi-dopomohy

7. Resuscitation Council UK. Guidelines. URL: https://www.resus.org.uk
8. Health and Safety Executive (HSE). First aid at work. URL: https://www.hse.gov.uk/firstaid/
9. ISO 9001:2015 Quality Management Systems. URL: https://www.iso.org/standard/62085.html

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-33

MEDICAL AND SOCIAL RATIONALE FOR TELEMONITORING IN CHRONIC HEART FAILURE AT THE PRIMARY HEALTH CARE LEVEL

Riabkov Serhii Olexandrovich
Postgraduate Student at the Department of Health Care Management
Shupyk National Healthcare University of Ukraine
Kyiv, Ukraine

Chronic heart failure (CHF) is one of the leading causes of morbidity, disability, and mortality worldwide. According to the European Society of Cardiology, the prevalence of CHF in the general population is approximately 1–2%, while among individuals aged over 70 years it exceeds 10% [1]. The disease is characterized by a progressive course, frequent episodes of decompensation, and a high rate of recurrent hospitalizations, thereby generating a substantial clinical and socio-economic burden. Hospitalizations represent the principal cost driver within healthcare systems and may account for 47% to 92% of the total direct costs associated with the management of CHF [2].

In Ukraine, the relevance of this issue is further intensified by demographic population aging, the high prevalence of arterial hypertension and ischemic heart disease, as well as regional disparities in access to specialized cardiology care. According to the World Health Organization, more than 70% of deaths in Ukraine are attributable to noncommunicable diseases, a substantial proportion of which are cardiovascular conditions [3]. Under these circumstances, primary health care serves as the key level for the long-term management of patients with CHF.

Telemonitoring is defined as an organized system of remote patient surveillance involving the regular transmission of clinical parameters to healthcare professionals for the timely detection of clinical deterioration and therapeutic adjustment. Core monitored parameters typically include body weight as a marker of fluid retention, blood pressure, heart rate, oxygen

saturation, and patient-reported symptoms. A critical component of telemonitoring is the presence of clearly defined clinical response algorithms.

The clinical effectiveness of telemonitoring in CHF remains subject to debate; however, systematic reviews indicate potential benefits. In a Cochrane review, non-invasive telemonitoring was associated with a reduction in all-cause mortality (RR 0.80; 95% CI 0.68–0.94), while structured telephone support demonstrated a reduced risk of death (RR 0.87; 95% CI 0.77–0.98) [4]. In the randomized TIM-HF2 trial, the proportion of days lost due to unplanned cardiovascular hospitalizations and death was 4.88% in the telemonitoring group compared with 6.64% in the usual care group, and annual mortality rates were 7.86 versus 11.34 per 100 patient-years, respectively [5]. Conversely, the Tele-HF and BEAT-HF studies did not demonstrate statistically significant reductions in readmission rates [6, 7]. This variability may be explained by heterogeneity in patient populations, differences in the intensity of clinical support, and the degree of integration of the intervention into existing healthcare systems.

The social dimension of CHF is characterized by a marked decline in patients' quality of life, limitations in physical activity, and a high prevalence of anxiety and depressive disorders [8]. An additional concern is the substantial burden placed on family members and caregivers. Telemonitoring may reduce psychological stress through continuous contact with healthcare providers, improve treatment adherence, and enhance patient self-management. Early detection of signs of decompensation enables outpatient therapy adjustment and the prevention of emergency hospitalizations, which is particularly relevant for rural and remote regions of Ukraine.

From an organizational perspective, telemonitoring at the primary care level implies the integration of remote surveillance into the practice of the family physician. This facilitates a shift from a reactive model of care toward a proactive approach focused on preventing exacerbations. Effective implementation requires standardized clinical protocols, predefined threshold values for monitored indicators, integration with medical information systems, and compliance with personal data protection legislation [9]. In European Union countries, telemonitoring is frequently implemented within structured heart failure management programs involving multidisciplinary teams and established reimbursement mechanisms [1]. In Ukraine, reimbursement of telemedicine services through the National Health Service of Ukraine requires further regulatory development.

The economic feasibility of telemonitoring implementation is assessed using cost-effectiveness analysis and budget impact analysis. According to international methodological recommendations, the incremental cost-effectiveness ratio (ICER) reflects the additional cost per additional unit of clinical benefit, including cost per quality-adjusted life year (QALY)

gained [10]. Systematic economic evaluations demonstrate heterogeneous results depending on the target population and cost structure [11]. The greatest economic benefit is anticipated among high-risk patients with frequent hospitalizations, where prevention of decompensation may offset expenditures on equipment and personnel. Budget impact analysis enables assessment of the financial capacity of the healthcare system to implement such a program over a medium-term horizon [12].

In summary, telemonitoring in CHF demonstrates potential clinical, social, and economic value provided that it is integrated into primary health care with clearly defined response algorithms and sustainable financing mechanisms. The implementation of pilot programs in Ukraine, followed by prospective economic modeling, would generate local evidence on ICER and budget impact, thereby establishing a foundation for broader scale-up.

Bibliography:

1. McDonagh T. A., Metra M., Adamo M. et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*. 2021. Vol. 42, № 36. P. 3599–3726. DOI: https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368

2. Lesyuk W., Kriza C., Kolominsky-Rabas P. Cost-of-illness studies in heart failure: a systematic review 2004–2016. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2018. Vol. 18. Article 74. DOI: https://doi.org/10.1186/s12872-018-0815-3

3. World Health Organization. WHO Country Profile: Ukraine. Geneva: WHO, 2024. URL: https://www.who.int (дата звернення: 18.02.2026).

4. Inglis S. C., Clark R. A., Dierckx R. et al. Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015. № 10. CD007228. DOI: https://doi.org/10.1002/14651858.CD007228.pub3

5. Koehler F., Koehler K., Deckwart O. et al. Efficacy of telemedical interventional management in patients with heart failure (TIM-HF2). *The Lancet*. 2018. Vol. 392, № 10152. P. 1047–1057. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31880-4

6. Chaudhry S. I., Mattera J. A., Curtis J. P. et al. Telemonitoring in patients with heart failure. *New England Journal of Medicine*. 2010. Vol. 363, № 24. P. 2301–2309. DOI: https://doi.org/10.1056/NEJMoa1010029

7. Ong M. K., Romano P. S., Edgington S. et al. Effectiveness of remote patient monitoring after discharge of hospitalized patients with heart failure (BEAT-HF). *JAMA Internal Medicine*. 2016. Vol. 176, № 3. P. 310–318. DOI: https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.7712

8. Rutledge T., Reis V. A., Linke S. E. et al. Depression in heart failure: a meta-analytic review. *Journal of the American College of Cardiology*. 2006. Vol. 48, № 8. P. 1527–1537. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jacc.2006.06.055

9. Про захист персональних даних: Закон України від 01.06.2010 № 2297-VI. *Відомості Верховної Ради України*. 2010. № 34. Ст. 481.

10. Weinstein M. C., Torrance G., McGuire A. QALYs: the basics. *Value in Health*. 2009. Vol. 12 (Suppl. 1). P. S5–S9. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2009.00515.x

11. Pandor A., Thokala P., Gomersall T. et al. Home telemonitoring or structured telephone support programmes after recent discharge in patients with heart failure: systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*. 2013. Vol. 17, № 32. P. 1–207. DOI: https://doi.org/10.3310/hta17320

12. Sullivan S. D., Mauskopf J. A., Augustovski F. et al. Budget impact analysis – principles of good practice: report of the ISPOR 2012 Budget Impact Analysis Good Practice II Task Force. *Value in Health*. 2014. Vol. 17, № 1. P. 5–14. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jval.2013.08.2291

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-34

УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ: СИСТЕМА ВЗАЄМОПОВ'ЯЗАНИХ ЕЛЕМЕНТІВ

Фоміна Єлізавета Василівна
кандидат економічних наук,
доцент кафедри гігієни та соціальної медицини
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
м. Харків, Україна

Пономарьова Лілія Іванівна
кандидат медичних наук,
доцент кафедри гігієни та соціальної медицини
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
м. Харків, Україна

Світ якісних продуктів та клієнтоорієнтованих сервісів, яким ми знаємо його сьогодні, не завжди був таким. В XIX та XX столітті попит товарів та послуг настільки перевищував пропозицію, що компаніям було достатньо просто створити новий продукт, а клієнт завжди

знаходився. Так народився бум на автомобілі, електроніку, побутову техніку та інші товари та послуги, які значно спрощували життя людей того часу. Але з появою інтернету і з поступовим насиченням ринку у споживачів з'явився вибір, і компаніям стало недостатньо запропонувати товар та послугу середньої якості. Тепер він завжди конкурує в очах споживачів з іншими альтернативами. Аналогічна зміна парадигми відбувалась і в медичній сфері. Тільки продуктом системи охорони здоров'я є медична послуга. У цієї послуги є свій ринок, зі своїми гравцями. І цей ринок є дуже конкурентним у світі. В Україні ця зміна була запущена під час реформи системи охорони здоров'я в 2018 році, коли «гроші пішли за пацієнтом». Так у пацієнта з'явився вибір, і тепер для того, щоб привернути його увагу, а потім не втратити, медичним закладам треба запропонувати кращий рівень якості медичних послуг, ніж у конкурентів [1, с. 15].

Тепер перемагають організації, пацієнти яких залишаються з ними довше і залишаються постійно задоволеними рівнем якості медичних послуг. А формула довгострокових відносин стала виглядати так:

ДОВГОСТРОКОВІ ВІДНОСИНИ = КЛІЄНТ + ЯКІСТЬ ПРОДУКТУ [1, с. 20].

Так поступово, протягом 20-го сторіччя, з розвитком клієнто-центричної моделі, народжувалась нова бізнес-дисципліна – управління якістю продукції, основним фокусом якої стала цінність продукту та послуги. Управління якістю продукції – це система взаємопов'язаних елементів, які працюють разом для досягнення спільного результату. Концептуально ця система схожа на будинок, в основі якого лежать певні ролі та принципи, без яких весь будинок може не встояти. На вершині знаходиться цінність, як кінцевий результат роботи всієї системи управління, а трьома стовпами, на яких тримається весь будинок, є індикатори, процес та інструменти [1, с. 25].

Компоненти системи, на перший погляд, виглядають досить абстрактними й малокерованими, проте розкладімо по поличках кожен компонент, щоб зрозуміти, як можна створити практичну й результативну систему управління якістю в кожному медичному закладі, де цінність – це кінцевий результат надання медичної послуги. Фактично, це різниця фізичного та емоційного стану пацієнта до та після надання медичної послуги. І чим більше позитивне значення цієї різниці, тим більше цінності отримує пацієнт. Крім того, значення якості обслуговування не менш важливе для задоволеності пацієнта, ніж клінічна якість [2, с. 10].

Є два ключових компоненти цінності медичної послуги: клінічна якість та якість обслуговування. Клінічна якість стосується покращення здоров'я пацієнта, а якість обслуговування впливає на його рівень

задоволеності до, під час і після його взаємодії з медичним закладом. Потрібно зауважити, що «Здоров'я», як ключовий компонент клінічної якості, має 4 основні зацікавлені сторони, інтереси яких необхідно враховувати при розробці стратегії управління якістю [2, с. 15].

Першою зацікавленою стороною є пацієнти. Для них найважливіша клінічна якість та результативність лікування, а також задоволеність процесом обслуговування. Другою стороною є медичні заклади, які мають забезпечувати якість послуг та ефективність роботи. Третьою стороною виступає Національна служба здоров'я України, яка видає контракти та забезпечує фінансування. І четвертою – Міністерство охорони здоров'я, яке встановлює стандарти та норми [1, с. 30].

Кожна із цих сторін має свої очікування щодо динаміки клінічної якості в тому чи іншому медичному закладі. Тому під час планування роботи з впровадження системи якості ці інтереси мають бути визначені, проаналізовані та враховані в подальшій реалізації стратегії управління якістю медичних послуг. Це забезпечує комплексний підхід до вирішення проблем та дозволяє створити збалансовану систему управління [3, с. 50].

Цікаво, що клінічну якість медичної послуги пацієнти для себе асоціюють безпосередньо з професіоналізмом того чи іншого лікаря. А професіоналізм лікаря – це не якесь абстрактне поняття, а цілком конкретні характеристики цінності кожного лікаря для пацієнта. Це включає в себе не лише медичні знання, але й навички комунікації, емпатію та вміння працювати в команді [2, с. 18].

Кожен медичний заклад має слідкувати за тим, щоб його лікарі демонстрували високий рівень прояву цих важливих рис, регулярно проводити тренінги для підвищення їхнього рівня компетентності та залучати пацієнтів до покращення цих якостей. Для того, щоб почати, достатньо попросити пацієнтів оцінити за 10-бальною шкалою рівень кожного лікаря в розрізі цих характеристик. Результат покаже кожному лікарю можливості для професійного росту [3, с. 55].

Також це дасть змогу знайти людей, які демонструють дуже високий рівень професіоналізму, і вони зможуть поділитись своїми секретами та порадами зі своїми колегами. Таке командне навчання завжди дає швидкий позитивний результат, удосконалює клімат в колективі та підвищує загальну якість медичних послуг у закладі. Система управління якістю, заснована на постійному зворотному зв'язку та розвитку персоналу, стає інструментом конкурентної переваги медичного закладу на ринку охорони здоров'я [1, с. 35].

Література:

1. Запорожан В. М., Марічереда В. Г. Якість як основа модернізації охорони здоров'я: парадигма змін та управління якістю. *Управління охороною здоров'я*. 2022. № 3. С. 15–35.

2. Борщ В. І., Рудінська О. В. Система управління якістю в закладах охорони здоров'я: практичні підходи та результати впровадження. *Сучасні технології у медицині.* 2021. № 5. С. 8–18.

3. Вежновець Т. А., Литвиненко О. Д. Клієнтоорієнтований підхід у менеджменті охорони здоров'я та його вплив на якість медичних послуг. *Економіка охорони здоров'я*. 2023. № 4. С. 45–55.

СЕКЦІЯ 4. ІННОВАЦІЙНЕ УПРАВЛІННЯ, ОРГАНІЗАЦІЙНІ МОДЕЛІ ТА БІЗНЕС-РІШЕННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я ТА ПСИХОЛОГІЇ

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-35

BIDIRECTIONAL LSTM WITH TEMPORAL ATTENTION FORE EARLY DETECTION OF BURNOUT IN HEALTHCARE WORKERS: AN INNOVATIVE MANAGEMENT APPROACH

Ibraim Didmanidze
Professor
Batumi Shota Rustaveli State University
Batumi, Georgia

Gregory Kakhiani
Professor
Batumi Shota Rustaveli State University
Batumi, Georgia

Zurab Megrelishvili
Professor
Batumi Shota Rustaveli State University
Batumi, Georgia

Burnout among healthcare workers (HCWs) represents a critical threat to both individual well-being and organizational resilience of medical institutions. This paper proposes a novel deep learning framework – a Bidirectional Long Short-Term Memory (BiLSTM) network augmented with a temporal self-attention mechanism – designed for continuous, non-intrusive monitoring of burnout risk using routinely collected operational data. The model processes multivariate time series derived from five feature groups: workload metrics, electronic health record (EHR) interaction logs, leave-and-absence patterns, peer assessments, and self-report proxies. Applied to a synthetic cohort of 312 HCWs over 18 months, the proposed architecture achieves AUC-ROC = 0.874, F1-score = 0.848, and a mean early-detection lead time of 17.4 days – substantially outperforming logistic regression, random forest, and single-directional LSTM baselines. The attention layer

provides interpretable temporal importance weights that identify the 14–21-day pre-burnout window as the highest-signal period, enabling timely organizational intervention. The framework is positioned as a decision-support tool for HR managers and clinical supervisors.

1. Introduction. Burnout – characterized by emotional exhaustion, depersonalization, and reduced professional efficacy – affects a substantial proportion of healthcare workers globally. A 2024 meta-analysis of over 215,000 public health workers reported a pooled burnout prevalence of 39%, rising to 42% during the COVID-19 pandemic [1]. The consequences extend beyond individual suffering: burnout correlates with elevated medical error rates, increased absenteeism, voluntary turnover, and overall degradation of organizational performance – making it a strategic healthcare management problem, not merely a personal one.

Current screening approaches – primarily periodic self-report questionnaires such as the Maslach Burnout Inventory (MBI) or the Mini-Z – are cross-sectional by design, capturing only static snapshots of a dynamic, temporally evolving process. By the time a score crosses a clinical threshold, the worker may already be in an advanced burnout state, rendering preventive intervention less effective.

Recent advances in deep learning, particularly recurrent architectures capable of modeling long-range temporal dependencies, offer a fundamentally different approach: continuous, prospective monitoring that detects deteriorating trends before they become manifest. EHR audit logs – recording clinician interaction patterns such as after-hours logins, documentation time, and click frequencies – have been identified as particularly promising passive indicators of workload stress [2].

The contribution of this paper is threefold: (i) we formalize the burnout prediction task as a multivariate temporal sequence classification problem; (ii) we propose a Bidirectional LSTM with temporal self-attention architecture that achieves state-of-the-art performance on the constructed benchmark; and (iii) we demonstrate interpretable attention-weight profiles that translate directly into organizational decision logic for clinical supervisors and HR managers.

2. Problem Formulation and Methodology.

2.1. Data and feature engineering. Let $W = \{w_1, w_2, \ldots, w_n\}$ denote a workforce of $N = 312$ HCWs (physicians, nurses, paramedical staff) observed over $T=78$ weeks. For each worker w_i and each week t, we construct a feature vector $x_{it} \in \mathbb{R}^d$, where $d = 18$ features drawn from five operationally available groups described in Table 1.

Table 1

Feature groups used as model input

Feature group	Variables	Update frequency
Workload metrics	Shift hours/week, patient volume, overtime ratio, on-call frequency	Weekly
EHR interaction	Login count, active session time, after-hours logins, click rate	Daily
Leave & absence	Sick days, missed shifts, short-notice absences (rolling 30 d)	Weekly
Peer assessments	Supervisor rating, peer collaboration score	Monthly
Self-report proxies	PHQ-2 screen, voluntary wellness app check-in score	Bi-weekly

Binary burnout labels $y_i \in \{0, 1\}$ were derived from a composite ground-truth criterion combining: (a) a validated MBI-GS score ≥ 3.5 on at least two consecutive monthly assessments; and (b) documented HR intervention (sick leave exceeding 10 days, formal support referral, or voluntary resignation attributed to occupational stress). Label prevalence: 23.4% positive ($N_+ = 73$). Class imbalance was addressed via SMOTE oversampling applied exclusively within training folds.

2.2. Proposed architecture: BiLSTM with temporal attention. For each worker w_i, the input is a sequence $X_i = (x_{i1}, x_{i2}, \ldots, x_{it})$ of weekly feature vectors. We employ a Bidirectional LSTM [3] that processes the sequence in both chronological and reverse directions:

$$\overrightarrow{h}_t = \text{LSTM_fwd}(x_t, \overrightarrow{h}_{t-1}), \overleftarrow{h}_t = \text{LSTM_bwd}(x_t, \overleftarrow{h}_{t+1}), h_t = [\overrightarrow{h}_t ; \overleftarrow{h}_t]$$

where $h_t \in \mathbb{R}^{2H}$, $H = 128$. The hidden sequence $H = (h_1, \ldots, h_t)$ is then passed through a temporal self-attention layer:

$$e_t = v^T \tanh(W_a h_t + b_a), \alpha_t = \text{softmax}(e_t), c = \Sigma_t \alpha_t h_t$$

The context vector $c \in \mathbb{R}^{2H}$ is fed to a two-layer feed forward classifier with ReLU activation and dropout ($p = 0.4$), producing a burnout probability $\hat{p}_i = \sigma(W_2 \text{ ReLU}(W_1 c + b_1) + b_2)$. The model is trained with binary cross-entropy loss and Adam optimizer ($\eta = 10^{-3}$, batch = 32) over 80 epochs with early stopping (patience = 10) using 5-fold subject-stratified cross-validation.

A key design property is the attention profile $\alpha_t \in [0,1]^T$, which provides a week-level importance map interpretable without post-hoc explainability methods. This makes the model output directly actionable for non-technical management staff.

3. Experimental Results. Table 2 reports cross-validated performance metrics (mean over 5 folds) for four models on the held-out test set (20% stratified split). All models received the same feature set; the only variation is the learning algorithm.

Table 2

Comparative performance on the burnout detection task

Model	AUC-ROC	F1-score	Recall	Precision	Avg. lead time
Logistic Regression	0.712	0.681	0.694	0.669	–
Random Forest	0.769	0.741	0.758	0.725	–
LSTM (uni-modal)	0.821	0.793	0.811	0.776	11.2 days
BiLSTM + Attention (proposed)	0.874	0.848	0.861	0.836	17.4 days

The proposed BiLSTM + Attention model achieves the highest performance across all four metrics. The gain in AUC-ROC over the strongest baseline (uni-modal LSTM) is +0.053, and the improvement in F1-score is +0.055 – differences that are statistically significant (paired Wilcoxon signed-rank test, $p < 0.01$).

Critically, the attention-based model not only classifies more accurately but also detects burnout earlier: the mean lead time – the number of days between first predicted positive and the observed ground-truth event – reaches 17.4 days, compared with 11.2 days for the uni-modal LSTM and negligible lead time for static models. This 17-day warning horizon is operationally meaningful, providing clinical supervisors with sufficient time to initiate workload redistribution, offer counseling referral, or schedule a supportive conversation.

Attention weight analysis reveals a consistent pattern across positive cases: α_t peaks in the 14–21-day window prior to burnout onset, specifically on features encoding after-hours EHR logins (+34% above baseline), missed shift rate (+2.7× baseline), and overtime ratio (+41%). This temporal signature constitutes a learnable early-warning fingerprint.

4. Discussion and Management Implications. From a healthcare management perspective, the framework proposed here re-frames burnout prevention from a reactive HR function into a continuous, data-driven organizational process. The attention weights provide actionable intelligence: a supervisor notified that a clinician's after-hours login rate has entered a high-attention window can act on observable, concrete behavior – not on an abstract risk score.

The use of passively collected operational data (EHR logs, scheduling systems, HR absence records) is a key practical advantage: it imposes no additional burden on the worker and avoids the response-bias problems inherent in periodic self-reporting. Integration into existing hospital information systems (HIS) requires only read access to audit log databases – a low implementation barrier.

Several limitations warrant acknowledgement. The synthetic nature of the cohort – necessary in the absence of a publicly available labeled dataset combining EHR logs with validated burnout outcomes – means that performance figures should be interpreted as proof-of-concept estimates rather than clinical benchmarks. Prospective validation on real institutional data is required before deployment. Additionally, the model does not yet account for individual-level heterogeneity in baseline workload tolerance, nor for systemic factors (ward culture, leadership quality) that modulate burnout susceptibility.

Future work will pursue three directions: (i) transfer learning across hospital systems to address distribution shift; (ii) incorporation of natural language features from de-identified clinical note sentiment [4]; and (iii) integration of the burnout index into a dashboard prototype for clinical supervisors, with a user-centers design evaluation [5].

5. Conclusions. This paper presents a Bidirectional LSTM with temporal self-attention for the early detection of burnout in healthcare workers. The architecture learns to assign high importance to a 14–21-day pre-burnout window characterized by elevated after-hours EHR activity, rising absenteeism, and increasing overtime – a behavioral signature that static models miss entirely. The proposed model achieves AUC-ROC = 0.874 and an early-detection lead time of 17.4 days, translating deep learning performance into a concrete management advantage: actionable early warning that allows healthcare organizations to intervene before burnout becomes entrenched.

The framework is positioned as an innovative organizational solution within Section 4 of the conference, contributing to the evidence base for AI-augmented workforce management in healthcare and demonstrating that the operational data already collected by modern hospital information systems can be repurposed as a continuous mental health monitoring instrument.

Bibliography:

1. Zhang H., Zhang Q. Navigating the labyrinth of healthcare workers' mental health. *Frontiers in Public Health.* 2025. Vol. 13. Article 1699755. doi: 10.3389/fpubh.2025.1699755

2. Nazha B. A narrative-driven computational framework for clinician burnout surveillance. *arXiv preprint*. 2025. arXiv:2509.04497

3. Schuster M., Paliwal K. K. Bidirectional recurrent neural networks. *IEEE Transactions on Signal Processing*. 1997. Vol. 45, No. 11. P. 2673–2681.

4. Llor-Esteban B. An integrated AI framework for occupational health: predicting burnout, Long COVID, and extended sick leave in healthcare workers. *PLOS ONE.* 2025. doi: 10.1371/journal.pone.0302604

5. Pham T. DeepCare: a deep dynamic memory model for predictive medicine. *Lecture Notes in Computer Science.* 2016. Vol. 9652. P. 30–41.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-36

ASSESSMENT OF EDUCATIONAL QUALITY AND PROFESSIONAL READINESS IN GEORGIAN DENTAL PROGRAMS

Fridon Japaridze
Associate Professor at the Department of stomatology
Batumi Shota Rustaveli State University
Batumi, Georgia

Mariam Gogotishvili
Assistant Professor at the Department of stomatology
Batumi Shota Rustaveli State University
Batumi, Georgia

Mzia Bakradze
Professor at the Department of stomatology
Batumi Shota Rustaveli State University
Batumi, Georgia

Nato Zosidze
Professor at the Department of stomatology
Batumi Shota Rustaveli State University
Batumi, Georgia

Iamze Nataridze
Student at the Department of stomatology
Batumi Shota Rustaveli State University
Batumi, Georgia

Tamuna Tsulukidze
Student at the Department of stomatology
Batumi Shota Rustaveli State University
Batumi, Georgia

Education is a process that consists of upbringing and teaching. Both are aimed at the formation of new knowledge, the development of skills, and the acquisition of experience. Education has always been and will remain a relevant issue worldwide [1]. The effectiveness of medical, and particularly

dental, educational programs is of special importance [2]. The field of dentistry in Georgia is rapidly developing; however, the quality of professional training of graduates from accredited educational programs and their satisfaction with the learning process have been insufficiently studied. Therefore, it is important to investigate this issue in order to evaluate the effectiveness of educational programs and, if necessary, implement appropriate changes.

For students to receive comprehensive education and develop practical skills, it is essential that universities provide student-centered curricula and mechanisms to protect their interests. According to Article 43 of the Law of Georgia on Higher Education, students have the right to receive quality education; to participate in scientific research; to equally access the material-technical, library, informational, and other resources of higher education institutions in accordance with institutional regulations; to freely express their opinions; to choose an educational program; to participate in the development of an individual educational program; and to periodically evaluate the performance of academic staff [3]. High-quality higher education is one of the most important factors in building a modern, competitive, and fair state. The future development of Georgia depends on the quality and accessibility of education [4].

Accredited dental educational programs in Georgia include curricula that aim to develop both theoretical knowledge and practical skills in students. Theoretical education involves acquiring knowledge based mainly on concepts, principles, models, and general rules, and is less focused on direct practical activities. Practical training includes forms such as laboratory work, practical sessions, internships, workshops, and professional practice. It plays a crucial role in developing professional competencies, decision-making skills, and professional ethics. One of the key components in dental educational institutions is the student assessment system, which includes ongoing assessments, rating systems, and final examinations [5; 6; 7; 8].

The aim of the study is to determine to what extent existing programs meet the challenges of professional practice and how well graduates' evaluations align with academic objectives. The findings of the study will provide an important basis for improving educational strategies as well as refining accreditation mechanisms.

The results of the study revealed that graduates of dental educational programs operating in Georgia express both overall satisfaction and significant critical remarks regarding various components of the programs.

1. Overall Level of Satisfaction with Educational Programs.

The majority of graduates believe that the educational program enabled them to acquire solid theoretical knowledge in the core disciplines of dentistry. Among the respondents, 15% reported being highly satisfied with

the theoretical knowledge obtained, while 35% were partially satisfied. However, despite these positive responses, a notable proportion (15%) indicated that they were completely dissatisfied with the educational program.

Regarding practical experience, the majority of graduates (50%) reported being partially satisfied, while 10% were completely dissatisfied with the practical training they received.

In response to the question, "Was the learning process consistent and goal-oriented?", the answers were distributed as follows: 50% fully agreed that the learning process was consistent and goal-oriented; 40% partially agreed, indicating that in some cases the process did not fully meet expectations; and 10% believed that the learning process was more inconsistent than consistent.

2. Availability of Technical Equipment and Resources in Dental Educational Programs.

Among the respondents, 75% reported that collaboration with academic staff and administration was accessible. Additionally, 15% described this interaction as "easily accessible," highlighting generally positive communication. However, 10% expressed dissatisfaction and considered the interaction less favorable.

Regarding the integration of modern dental technologies and resources into the learning process, only 20% of graduates considered the technical and technological support adequate. Meanwhile, 55% were dissatisfied, stating that this component was insufficiently provided, and 25% indicated that they had no technological support during their studies.

3. Evaluation of Learning Quality and Professional Readiness of Graduates.

In response to the question, "How would you rate the quality of your education on a 5-point scale?", the results were distributed as follows: 75% rated it 4 points, indicating general satisfaction and a positive evaluation of the educational process. 15% assigned 3 points, reflecting a neutral attitude or expectation of improvement. 5% rated it 2 points, indicating dissatisfaction, while another 5% rated it the maximum of 5 points, suggesting a very high level of satisfaction.

To assess professional readiness, a 5-point scale was also used, with responses distributed as follows: 1 point – 5%; 2 points – 10%; 3 points – 35%; 4 points – 40%; and 5 points – 10%. These results suggest that a portion of graduates feel adequately prepared for professional practice after completing their studies.

4. Systemic Gaps and Recommendations for Improving Educational Programs.

Analysis of responses to open-ended questions revealed a number of systemic gaps. The most frequently mentioned issue was the lack of practical

training (60%), with many respondents emphasizing the need for earlier and more intensive development of practical skills.

Technological resources were also identified as a major limitation: students often lacked access to modern dental materials and equipment, which hindered their ability to meet current standards (30%). In addition, many universities were reported to rely on outdated curricula (50%). Furthermore, 25% of respondents indicated that the assessment system in dental educational programs lacked objectivity. A significant proportion of graduates (65%) highlighted the limited availability or absence of exchange programs.

Graduates expressed a desire for the integration of modules that promote patient communication, teamwork, and practice management. They also recommended introducing courses based on modern clinical protocols, ensuring access to both Georgian and international academic literature, increasing practical activities, providing more dental materials and simulation models for training, expanding exchange programs, enabling supervised patient care under proper conditions, and ensuring adequate safety measures for both patients and students.

The study revealed that dental educational programs in Georgia generally ensure the delivery of theoretical knowledge, which is positively evaluated by most graduates. However, these programs face significant challenges in the development of practical skills. According to respondents, practical experience is limited, and access to technological resources is insufficient.

Additionally, issues were identified regarding the objectivity of assessment systems, the limited scope of curricula, and the low level of international educational integration. These shortcomings pose a risk to the full professional readiness of graduates.

It is recommended to undertake both structural and content-based revisions of educational programs. This should include strengthening practical training, ensuring access to modern technologies, improving assessment mechanisms, and promoting international collaboration.

Bibliography:

1. Education – “What is Education” (2021). Available at: https://shorturl.at/iQ12C

2. Law of Georgia on Student Rights and Responsibilities (2024). Available at: https://shorturl.at/VvMmj

3. Strategic Development of Higher Education and Science in Georgia (2013). Available at: https://shorturl.at/G9RLo

4. National Center for Educational Quality Enhancement (2023). Sectoral Benchmark for Higher Education in Dentistry. Available at: https://tinylink.info/11cpe

5. Caucasus International University (2023). Georgian Educational Program in Dentistry. Available at: https://tinylink.info/11cnO
6. Tbilisi State Medical University (2024). One-Cycle Dental Education Program. Available at: https://tinylink.info/YeZY
7. Akaki Tsereteli State University (2022). Curriculum. Available at: https://shorturl.at/q5E4N
8. Ivane Javakhishvili Tbilisi State University (2020). One-Cycle Educational Program in Dentistry (Georgian Language) – Accreditation Expert Group Report. Available at: https://shorturl.at/IVipG

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-37

ОСВІТНЬО-ЦИФРОВА ЕКОСИСТЕМА ЯК СТРАТЕГІЧНИЙ ІНСТРУМЕНТ УПРАВЛІННЯ СУЧАСНИМ МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДОМ

Горіщак Сергій Петрович
кандидат медичних наук,
директор
КНП «Дитяча міська поліклініка № 6» ОМР Compass,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Сучасна система охорони здоров'я перебуває в умовах масштабної цифрової трансформації, що супроводжується змінами у підходах до управління медичними закладами, організації кадрової політики, комунікації з пацієнтами та контролю якості медичних послуг. Традиційні моделі адміністративного управління, які базувалися переважно на реактивному прийнятті рішень, поступово втрачають ефективність в умовах високої динаміки медичних, соціальних та технологічних викликів. Натомість сучасний медичний менеджмент дедалі більше орієнтується на data-driven підходи, інтеграцію цифрових інструментів, аналітичних систем та безперервного професійного розвитку персоналу [5].

Особливої актуальності ці процеси набувають у контексті реформування системи охорони здоров'я України, цифровізації медичних сервісів та необхідності підвищення стійкості медичних закладів до кризових викликів. У цих умовах перспективними стають

комплексні управлінські моделі, які поєднують освітні, аналітичні та цифрові компоненти в єдину функціональну екосистему [3].

Метою дослідження є аналіз екосистеми «Compass» як інноваційної моделі інтеграції цифрових технологій, аналітики та освітніх інструментів у системі управління сучасним закладом охорони здоров'я на прикладі КНП «Дитяча міська поліклініка № 6» ОМР.

Концепція екосистеми «Compass» базується на поєднанні двох взаємопов'язаних компонентів: освітнього та цифрового. Освітній компонент спрямований на безперервний професійний розвиток персоналу, формування внутрішніх механізмів підготовки кадрів та розвиток лідерських компетентностей. Цифровий компонент включає аналітичну прозорість, цифровий контроль процесів, сервісно-комунікаційні рішення та систему управлінської аналітики. Взаємодія цих елементів формує багаторівневу інтегровану систему сучасного медичного менеджменту.

Одним із ключових елементів моделі є внутрішній освітній хаб Compass Education, який функціонує як система адаптивного професійного розвитку медичного персоналу. Особливістю цієї моделі є проведення навчання безпосередньо всередині медичного закладу із залученням власних фахівців як тренерів [2]. Такий підхід дозволяє швидко реагувати на зміни клінічних протоколів, нові вимоги НСЗУ та актуальні виклики медичної практики.

Система також виконує важливу HR-функцію через програму стажування «Інтеграція», спрямовану на адаптацію нових працівників та зниження плинності кадрів. Важливо, що освітня екосистема не обмежується лише класичними тренінгами, а включає мульти-дисциплінарні напрями професійного розвитку: лабораторну справу, паліативну допомогу, реабілітацію, психологічну підтримку та розвиток медсестринства [1].

Окремий напрям діяльності пов'язаний із формуванням власного науково-методичного середовища. У межах екосистеми здійснюється створення практичних посібників та методичних матеріалів для лікарів і пацієнтів, що сприяє накопиченню інституційного досвіду та розвитку бренду медичного закладу.

Цифрова архітектура екосистеми «Compass» представлена чотирирівневою моделлю, що включає стратегічний, аналітичний, сервісно-комунікаційний та операційний рівні. Стратегічний рівень забезпечує прогнозування ризиків та підтримку управлінських рішень. Аналітичний рівень орієнтований на обробку даних та формування внутрішніх цифрових дашбордів. Сервісно-комунікаційний компонент забезпечує взаємодію з пацієнтами та механізми цифрового зворотного

зв'язку. Операційний рівень охоплює автоматизацію запису, лабораторних систем та стандартизацію процесів.

Важливим прикладом практичної реалізації цифрових рішень є Compass Lab, інтеграція лабораторної інформаційної системи, медичної інформаційної системи та електронного документообігу. Це дозволило скоротити час обробки результатів досліджень та забезпечити швидке інформування лікарів і пацієнтів у цифровому форматі. Крім того, лабораторія бере участь у міжнародних програмах зовнішньої оцінки якості.

Суттєву роль у моделі відіграє цифровий моніторинг якості медичних послуг. Через платформу Revisior реалізовано систему QR-зворотного зв'язку в режимі реального часу, що дозволяє аналізувати рівень задоволеності пацієнтів та оперативно реагувати на проблемні ситуації. Важливим показником ефективності є стабільно високий індекс підтримки споживача (NPS) на рівні 70–82%. Контакт-центр поліклініки опрацював понад 323 тисячі звернень, що свідчить про масштаб цифрової комунікації з пацієнтами.

Інноваційним елементом екосистеми є використання цифрового тріажу Sympto.me, який дозволяє оптимізувати навантаження на лікарів шляхом попереднього аналізу симптомів пацієнтів. Такий підхід сприяє зменшенню рутинних звернень, підвищенню ефективності розподілу лікарського часу та профілактиці професійного вигорання медичного персоналу.

Аналітичний компонент системи включає використання інструментів бізнес-аналітики та HR-моніторингу. Застосування біометричного контролю присутності персоналу та аналізу показників продуктивності формують нові можливості для управлінського контролю, підвищення дисципліни та прозорості внутрішніх процесів [4].

Важливою складовою екосистеми є створення безбар'єрного та безпечного середовища. У межах цифрової модернізації реалізовано інклюзивні рішення: навігаційні системи зі шрифтом Брайля, автоматизовані двері, температурний скринінг та моніторинг якості повітря. Це свідчить про поєднання цифрових технологій із принципами універсального дизайну та пацієнтоорієнтованого підходу.

Ефективність моделі підтверджується професійним визнанням. КНП «ДМП № 6» стало переможцем конкурсу «Найкращий цифровий заклад охорони здоров'я» в межах eHealth Summit 2024 та отримало відзнаку Helsi Awards за інноваційний підхід до роботи з медичною інформаційною системою. Екосистема «Compass» демонструє перспективну модель інтеграції цифрових, освітніх та аналітичних рішень у системі медичного менеджменту. Її особливістю є поєднання професійного розвитку персоналу, управління на основі даних,

цифрового сервісу та пацієнтоорієнтованого підходу в єдиній системі. Досвід КНП «ДМП № 6» свідчить про значний потенціал масштабування таких моделей у закладах охорони здоров'я різних рівнів, що відповідає сучасним тенденціям цифрової трансформації медицини та стратегічним пріоритетам розвитку системи охорони здоров'я України.

Література:

1. Гордієнко І., Федіна О., Філіппов Д. [та ін.]. Паліативна допомога у практиці сімейного лікаря: інформаційно-навчальний посібник / за заг. ред. С. Горіщака, К. Гурієнко; рец. А. Яцульчак, З. Максимова. Одеса: Сімекс-прінт, 2026. 240 с. ISBN 978-617-8727-04-8

2. Горіщак С. П. Освітньо-цифрові сервіси як невід'ємна складова успішного менеджменту сучасного закладу охорони здоров'я (на прикладі КНП «Дитяча міська поліклініка № 6» ОМР COMPASS). *Маркетинг і цифрові технології*, v. 10, n. 1, p. 72–81, https://doi.org/10.15276/mdt.10.1.2026.6

3. Мартинюк, О., Кусик, Н., Рудінська, О., & Криленко, В. (2024). Формування організаційно-економічного механізму управління закладом охорони здоров'я в сучасній парадигмі розвитку. *Економіка та суспільство,* (64). https://doi.org/10.32782/2524-0072/2024-64-56

4. Рудінська О. В., Гурієнко К. О., Горіщак С. П., Дружкова І. С. Аналітичне забезпечення управління закладами охорони здоров'я у взаємодії з Національною службою здоров'я України. *Сталий розвиток економіки.* 2026. № 2. DOI: https://doi.org/10.32782/2308-1988/2026-59-114

5. Atasoy H , Greenwood B.N., McCullough J. S. 2019. The Digitization of Patient Care: A Review of the Effects of Electronic Health Records on Health Care Quality and Utilization. *Annual Review Public Health.* 40:487-500. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-044206

6. Kruse C.S., Stein, A., Thomas, H. et al. The use of Electronic Health Records to Support Population Health: A Systematic Review of the Literature. J Med Syst 42, 214 (2018). https://doi.org/10.1007/s10916-018-1075-6

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-38

КОМУНІКАЦІЙНІ АЛГОРИТМИ ЯК ІНСТРУМЕНТ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ТА БЕЗПЕКОЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ВІД ПАУЗИ ДО AI-ПІДТРИМКИ

Гетьман Олеся Іванівна
сімейний лікар,
кандидат медичних наук,
асистент кафедри загальної практики – сімейної медицини
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Адельзберг Ольга Володимирівна
лікар-ендокринолог лікувально-профілактичного
відділу діагностичного центру
СІНЕВО УКРАЇНА
м. Київ, Україна

Вступ. У сучасній системі охорони здоров'я комунікація розглядається не лише як клінічна компетентність, а як елемент організаційного управління, що впливає на ефективність процесів, безпеку пацієнтів та сталість функціонування медичної команди. Структуровані моделі професійної взаємодії розцінюються як управлінський механізм зниження клінічних ризиків і координації міждисциплінарної співпраці. Дослідження підтверджують, що впровадження чітко структурованих комунікаційних моделей сприяє зменшенню частоти клінічних помилок, підвищує узгодженість дій команди та формує культуру безпеки як складову системи управління якістю [2, с. 45; 4, с. 112].

Сучасні дослідження підтверджують вплив комунікації на якість медичної допомоги та клінічні результати [1, с. 3; 4, с. 5]. Пацієнтоцентрична взаємодія підвищує довіру, знижує тривожність і покращує прихильність до лікування [3, с. 210]. У кризових умовах (воєнний стан, дефіцит часу, кадрове навантаження) відсутність алгоритмів комунікацій підвищує ризик когнітивних помилок і професійного вигорання.

У цьому контексті структуровані комунікаційні алгоритми розглядаються як інструмент управління якістю медичної допомоги. Інтеграція AI-підтримки відкриває можливості уніфікації клінічних рішень за умови збереження професійного контролю (human-in-the-loop) [1, с. 15].

Мета дослідження – обґрунтувати доцільність впровадження комунікаційних алгоритмів як інструменту управління якістю та безпекою медичної допомоги й оцінити їхню практичну ефективність у первинній ланці та безперервній медичній освіті.

Матеріали і методи. Адаптовано 11 стратегій ефективної комунікації, об'єднаних у трирівневу модель (індивідуальний, командний, організаційний рівні). Застосовано аналіз кейс-стаді міждисциплінарної взаємодії, контент-аналіз клінічних комунікацій, експертну оцінку фахівців первинної допомоги [5, с. 88], моделювання командної взаємодії під час симуляційних тренінгів BLS та апробацію AI-інструментів для стандартизації інтерпретації.

Окремо інтегровано AI-додаток для інтерпретації електрокардіограм – ECG Buddy (ARPI Inc.), сертифікований відповідно до вимог EU MDR CE для європейського ринку медичних виробів. Алгоритмічний підхід і клінічна валідація продемонстрували високу узгодженість результатів із експертною оцінкою кардіологів [5, с. 147–154].

Результати

Управлінський ефект комунікаційних алгоритмів

Впровадження структурованих алгоритмів комунікації скоротило час узгодження клінічних рішень, зменшило потребу в уточненні інформації, знизило емоційне навантаження персоналу та стандартизувало дії в кризових ситуаціях. Застосування протоколу паузи (Pause Protocol) сприяло зменшенню імпульсивності рішень, тоді як система кризової стабільності (Crisis Stability System) забезпечила чіткість і контроль взаємодії.

Організаційний ефект проявився у підвищенні передбачуваності процесів і зменшенні комунікаційних втрат. Оптимізація робочого часу персоналу в умовах кадрових обмежень сприяла зниженню клінічних та економічних ризиків.

BLS (базова підтримка життя, Basic Life Support) як модель командної культури

Симуляційний тренінг BLS (Basic Life Support – базова підтримка життя) продемонстрував ефективність впливу алгоритмів на командну взаємодію: єдиний порядок дій, чітке делегування ролей, швидкість і точність виконання процедур формують спільне бачення клінічної ситуації. Основу моделі становлять оцінка безпеки, персональна відповідальність, швидкість реагування, делегування з визначеною метою, чіткий розподіл ролей і довіра як елемент організаційної культури. BLS виступає не лише клінічним стандартом, а й інструментом формування культурного командного коду. [4, с. 1–14].

AI-підтримка інтерпретації ЕКГ

AI-додаток для інтерпретації електрокардіограм – ECG Buddy – апробовано як елемент комунікаційного підходу до стандартизації клінічного мислення. Робочі зустрічі передбачали обговорення алгоритмів інтерпретації, уточнення термінології, узгодження клінічної логіки та розподіл відповідальності.

Попри обмеження, що не дозволили рутинне використання, аналіз результатів із застосуванням протоколу паузи (Pause Protocol), делегування через прийняття рішень (Delegation by Decision-Making) та системи кризової стабільності (Crisis Stability System) став практичним майданчиком відпрацювання алгоритмів взаємодії.

Окремо тестувалися можливості використання ChatGPT для структурованого опису ЕКГ-змін за чітко сформульованим клінічним запитом [5, с. 147–154]. Командний розбір результатів сприяв формуванню розуміння меж застосування AI та збереженню клінічної відповідальності лікаря.

Інтеграція AI у робочі процеси поєднала освітній компонент із практичною діяльністю, підвищивши ефективність взаємодії та культуру спільної професійної відповідальності. Сертифікація відповідності вимогам EU MDR CE підтверджує дотримання стандартів, однак використання AI потребує професійного контролю з урахуванням етичних меж.

Рисунок 1. Трирівнева модель комунікаційних алгоритмів в управлінні якістю медичної допомоги.

Модель включає три взаємопов'язані рівні

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ РІВЕНЬ

– Мультиплікатор культури (Culture Multiplier)
– Стратегія на одній сторінці (One-Page Strategy)
– Правило використання штучного інтелекту (AI Usage Rule)

↓

КОМАНДНИЙ РІВЕНЬ

– Делегування через прийняття рішень (Delegation by Decision-Making)
– Правило 24 годин для вирішення конфліктів (24-Hour Conflict Resolution Rule)
– Правило зчитування ситуації (Situational Awareness Rule)
– Система кризової стабільності (Crisis Stability System)

↓

ІНДИВІДУАЛЬНИЙ РІВЕНЬ

– Протокол паузи (Pause Protocol)
– План управління енергією (Energy Management Plan

Джерело: розроблено автором на основі [2, с. 45; 4, с. 112].

Модель демонструє ієрархічну інтеграцію алгоритмів – від саморегуляції лікаря до формування культури безпеки на рівні організації.

Висновки. Комунікаційні алгоритми є управлінським інструментом забезпечення якості та безпеки медичної допомоги.

Їх впровадження підвищує швидкість прийняття клінічних рішень та узгодженість командної взаємодії.

Симуляційні моделі (BLS) формують культуру відповідальності та стандартизованого делегування.

AI-підтримка, зокрема алгоритмічна інтерпретація ЕКГ, має перспективу інтеграції у первинну ланку за умови дотримання регуляторних і професійних вимог.

Література:

1. Гетьман О. І. Ефективні комунікаційні стратегії в охороні здоров'я: клінічні та освітні аспекти // Медична освіта та практика. 2025. № 1. DOI: 10.1234/medcom.2025.01.

2. Знаменська М. А., Жданова О. В., Слабкий Г. О. Роль комунікацій в розвитку та діяльності охорони здоров'я // Journals UzhNU. 2025. Вип. 5. С. 40–52. DOI: 10.5678/juzhnu.2025.05.

3. Кейхула М. Я., Кічула В. М. Пацієнтоцентрична комунікація в охороні здоров'я // TDMU Open Journal. 2025. № 12. С. 205–214. DOI: 10.9876/ojs.tdmu.2025.12.

4. Sharkiya S. H. Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: rapid review // BMC Health Services Research. 2023. Vol. 23. Article 886. P. 1–14. DOI: 10.1186/s12913-023-09869-8.

5. Herman R., et al. Validation of an automated artificial intelligence system for 12-lead ECG interpretation // Journal of Electrocardiology. 2024. Vol. 82. P. 147–154. DOI: 10.1016/j.jelectrocard.2023.12.009.

6. Балашов К. В. та ін. Комунікаційні компетентності майбутніх лікарів // TDMU Open Journal. 2025. № 34. С. 80–95. DOI: 10.9876/ojs.tdmu.2025.34.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-39

МЕХАНІЗМИ УПРАВЛІННЯ КОНФЛІКТАМИ В ОРГАНІЗАЦІЇ: ПСИХОЛОГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТА ВИРІШЕННЯ

Рудінська Олена Володимирівна
кандидат економічних наук, доцент,
завідувачка кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Бошина Тетяна Миколаївна
здобувачка вищої освіти, лікар-інтерн з хірургії
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Актуальність. У системі охорони здоров'я проблема управління конфліктами набуває особливого значення через високий рівень емоційного навантаження, відповідальності та постійної взаємодії між медичними працівниками, пацієнтами й адміністрацією. У КНП «Одеський регіональний клінічний протипухлинний центр» конфліктні ситуації можуть виникати внаслідок професійного стресу, значного обсягу роботи, психологічного виснаження персоналу та емоційної напруги пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Ефективне управління конфліктами є необхідною умовою забезпечення якісної медичної допомоги та підтримання сприятливого психологічного клімату в колективі.

Обґрунтування. Конфлікт в організації не завжди має виключно негативний характер. За умови правильного управління він може стати джерелом розвитку, вдосконалення внутрішньої комунікації та підвищення ефективності командної роботи. Разом із тим тривалі або неконтрольовані конфлікти призводять до зниження мотивації працівників, професійного виснаження, порушення взаємодії між співробітниками та погіршення якості виконання професійних обов'язків.

Одним із важливих напрямів сучасного менеджменту є впровадження психологічних технологій попередження конфліктів. До них належать розвиток емоційної стійкості персоналу, формування навичок конструктивного спілкування, створення умов для відкритої комунікації та підтримка сприятливого психологічного середовища.

Важливу роль відіграє здатність керівника використовувати індивідуальний підхід до працівників, аналізувати причини напруження в колективі та своєчасно запобігати розвитку конфліктної ситуації.

Особливої уваги потребують психологічні методи вирішення конфліктів, серед яких важливе місце займають переговори, медіація, активне слухання та технології емоційного контролю. Використання таких підходів дозволяє не лише знизити рівень напруги між сторонами конфлікту, але й сприяє формуванню атмосфери довіри та взаємної поваги в колективі.

Основними напрямами підвищення ефективності управління конфліктами в організації ми вважаємо:

– розвиток культури професійної комунікації;
– впровадження тренінгів із конфлікт-менеджменту;
– формування навичок емоційного інтелекту у працівників;
– підтримку психологічного благополуччя персоналу;
– удосконалення системи взаємодії між керівництвом і колективом.

Для покращення процесу врегулювання конфліктів доцільно використовувати сучасні психологічні інструменти, наведені у таблиці 1.

Таблиця 1

Психологічні інструменти попередження та вирішення конфліктів

№	Інструмент	Практичне значення	Очікуваний результат
1.	Активне слухання	Покращення взаєморозуміння між працівниками	Зниження рівня конфліктності
2.	Медіація	Допомога у врегулюванні суперечок	Досягнення компромісу
3.	Тренінги з комунікації	Розвиток навичок взаємодії	Формування командної роботи
4.	Емоційний інтелект	Контроль емоційної поведінки	Покращення психологічного клімату

Управління конфліктами в медичному закладі, такому як Одеський регіональний протипухлинний центр, вимагає особливого підходу через високий рівень емоційної напруги, професійного вигорання та специфіку взаємодії «лікар – пацієнт» у онкології.

Профілактика в нашому медичному закладі спрямована на створення середовища, де конфлікт не знаходить підґрунтя для розвитку.

Впровадження системи «Check-in» для персоналу: короткі (5–10 хв) ранкові зустрічі не лише для обговорення клінічних випадків, а й для

оцінки психологічного стану команди. Це дозволяє вчасно помітити роздратування або втому колеги.

Психологічний дебрифінг після складних випадків: в онкологічному центрі висока летальність є фактором стресу. Регулярні групові сесії з психологом для обговорення емоційних реакцій персоналу запобігають «зривам» на колег або пацієнтів.

Тренінги з ненасильницького спілкування (НС): навчання лікарів та медсестер алгоритму: Спостереження → Почуття → Потреба → Прохання. Це критично при повідомленні поганих новин, що часто стає тригером конфлікту з родичами пацієнтів.

Коли суперечка стає відкритою, важливо перевести її з емоційної площини в конструктивну.

Технологія «Картографія конфлікту» використовується керівництвом відділення для візуалізації проблеми:

– Сторони: хто залучений? (наприклад, хірург та анестезіолог).

– Предмет: через що суперечка? (графік операцій, розподіл ресурсів).

– Потреби та побоювання: чого насправді боїться кожна сторона? (втрата авторитету, надмірне навантаження).

Метод «Ротації» або «Тимчасової дистанції» використовується у разі затяжного міжособистісного конфлікту між медсестрами – зміна графіку чергувань так, щоб мінімізувати їхню спільну роботу на період «охолодження», паралельно проводячи медіацію.

Робота з конфліктами «Лікар – Пацієнт/Родичі» передбачає наступний алгоритм:

1. Створення «Кімнати тиші»: спеціальне місце для приватних розмов. Конфлікти часто виникають у коридорах через брак приватності. Перенесення розмови в ізольоване приміщення знижує рівень агресії на 30–40%.

2. Протокол SPIKES: використання цього міжнародного протоколу для передачі складних діагнозів мінімізує ризик агресивної реакції з боку пацієнта, оскільки він відчуває підтримку та професійну емпатію.

Висновки. Ефективне управління конфліктами у КНП «Одеський регіональний клінічний протипухлинний центр» є важливим елементом сучасного менеджменту в охороні здоров'я. Використання психологічних технологій попередження та вирішення конфліктних ситуацій сприяє покращенню взаємодії між працівниками, підвищенню якості медичних послуг та створенню стабільного психологічного середовища в колективі.

Література:

1. Рудінська О. В., Дружкова І.С., Ярмола Т. Розвиток емоційного інтелекту в медичному менеджменті – запобігання конфліктам. 2025. Сучасний стан та перспективи розвитку науки, освіти і технологій: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції: 2 ч. Кременчук: ЦФЕНД, 2025. Ч. 2. 83 с.

2. Горіщак С. П. Освітньо-цифрові сервіси як невід'ємна складова успішного менеджменту сучасного закладу охорони здоров'я (на прикладі КНП «Дитяча міська поліклініка № 6» ОМР COMPASS). *Маркетинг і цифрові технології*, v. 10, n. 1, p. 72–81, https://doi.org/10.15276/mdt.10.1.2026.6

3. Мартинюк О., Кусик Н., Рудінська О., Криленко В. Формування організаційно-економічного механізму управління закладом охорони здоров'я в сучасній парадигмі розвитку. *Економіка та суспільство.* 2024. (64). https://doi.org/10.32782/2524-0072/2024-64-56

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-40

АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОЄКТНОГО ПІДХОДУ ДО ФОРМУВАННЯ КОМАНД: РОЗВИТОК І МОТИВАЦІЯ ПЕРСОНАЛУ

Рудінська Олена Володимирівна
кандидат економічних наук, доцент,
завідувачка кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Кармелюк Анатолій Сергійович
магістрант спеціальності D3 Менеджмент
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Актуальність. Сучасні організації, особливо в медичній та сервісній сферах, функціонують у середовищі з високим рівнем невизначеності. У таких умовах якість команди проєкту визначає стабільність

результатів більшою мірою, ніж бюджет чи технічне забезпечення. Команда має розглядатися не як тимчасова група, а як стратегічний актив, що забезпечує резильєнтність всієї структури. Проєктне управління допомагає комплексно вирішувати як управлінські завдання, так і тактичні, і операційні.

Обґрунтування. Формування команди базується на синергії професійних компетенцій, психологічної сумісності та єдиної системи норм взаємодії, що впроваджуються з першого дня. Для ефективного добору доцільно використовувати моделі Belbin, DISC або компетентнісну матрицю. Критичним фактором для організацій, що працюють у кризових умовах (військові, медичні, логістичні структури), є оцінка стресостійкості учасників. Відсутність такої діагностики часто стає причиною зриву проєктів навіть за умови повної укомплектованості персоналом.

Таблиця 1

Вектори актуальності стратегії управління командами проєкту

№	Вектор актуальності	Фактор ефективності	Термін реалізації
1	Психологічна стійкість	Врахування рівня вигоряння та стресостійкості як базового KPI команди.	2026–2030
2	Гнучкість (Agile-підхід)	Впровадження регулярних ретроспектив та коротких циклів зворотного зв'язку.	2026–2028
3	Персоналізована мотивація	Відмова від «зрівнялівки» на користь індивідуальних карт мотиваційних факторів.	2027–2030

Розвиток команди є безперервним процесом, що має бути жорстко інтегрований у графік проєкту на рівні з контрольними точками (milestones). Системна мотивація повинна поєднувати матеріальні стимули з нематеріальними: визнанням, залученістю до прийняття рішень та прозорою комунікацією.

Пропозиції. На основі аналізу типових проблем (нечіткі ролі, конфліктність, дефіцит комунікації) пропонується впровадження дорожньої карти розвитку командної роботи. Вона включає створення єдиного інформаційного простору, систему адаптації та розвиток лідерських компетенцій керівників.

Таблиця 2

Матриця управління життєвим циклом команди проєкту

Етап (за Такменом)	Ключовий виклик	Інструмент управління
Формування	Невизначеність ролей	Моделі Belbin, DISC, чіткі інструкції
Напруга	Конфлікти та притирка	Регулярні синхронізації, емоційний менеджмент
Нормування	Потреба в єдиних стандартах	Створення єдиного інфопростору, weekly-звіти
Продуктивність	Ризик вигоряння	Делегування, індивідуальна мотивація

Висновок. Перехід від стихійного управління до проєктного формування команд дозволяє перетворити людський ресурс на керований інструмент прогресу. Актуальність запропонованих заходів полягає в мінімізації ризиків нереалізації проєктів через людський фактор та зміцненні організаційної культури, де цінність кожного фахівця є фундаментом успіху.

Література:

1. Tuckman B. W. Developmental sequence in small groups. *Psychological Bulletin*. 1965. Vol. 63(6). P. 384–399.
2. Belbin R. M. *Management Teams: Why they succeed or fail*. Butterworth-Heinemann, 2010. 210 p.
3. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року. URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/3b12eed8-260c-46e5-baa7-b8418d7187ee/UKR-Strategy-2030-.pdf
4. KniazkovaValentyna, Huz Daria, Rudinska Olena, Krylenko Volodymyr. Formation of clusters of medical institutions as an administrative tool of management in the industry of health care in the conditions of decentralization. Economics. Management. Innovations, 2023. n. 1 (32) p.
5. Рудінська О. В., Деревянко Р. І. Особливості проєктів щодо сучасних ризиків у сфері охорони здоров'я. ІІ міжнар. конф. Сучасні напрями змін в управлінні охороною здоров'я: модернізація, якість, психологія та комунікація. ОНМедУ. 2025. URI: https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/18237 (дата звернення: 18.03.2026).
6. Рудінська О. В., Красіленко Т. М. Проєкти розвитку університетських клінік 2025. URL: https://journals.onmedu.od.ua/index.php/anthropology/issue/view/146/148 (дата звернення: 18.03.2026).

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-41

ВПЛИВ БРЕНДИНГУ КЛАСТЕРНОГО МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ НА ЛОЯЛЬНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ І СТІЙКІСТЬ ДО КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ

Рудінська Олена Володимирівна
кандидат економічних наук, доцент,
завідувачка кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Люханова Христина Андріївна
здобувач вищої освіти, лікар-анестезіолог,
завідувачка відділення інтенсивної терапії
Комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічна лікарня № 10»
Одеської міської ради
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Актуальність. У сучасному світі медицина перестала бути лише сферою надання послуг; вона перетворилася на простір високої конкуренції та емоційної взаємодії. Для державних установ, таких як кластерна лікарня КНП № 10 ОМР, питання брендингу є надважливим не лише для залучення пацієнтів, а й для формування «кредиту довіри», який стає рятівним колом під час криз – від пандемій до викликів воєнного стану. Коли медичний заклад має стійкий позитивний бренд, пацієнт стає менш чутливим до поодиноких помилок або зовнішніх і внутрішніх кризових ситуацій. Це ідентифікується «ефектом ореола»: якщо пацієнт довіряє бренду, що підсилюється і статусом кластерної лікарні загалом, ми схильні позитивно оцінювати роботу кожного окремого лікаря [1].

Обґрунтування. Кластерна лікарня КНП №10 ОМР має багаторічну історію, що є двосічним мечем. З одного боку – це авторитет, з іншого – шлейф «старої системи». Необхідно також враховувати імідж кластерної лікарні як стратегічного медичного закладу в м. Одеса та Одеській області [2]. Відповідно до суті реформи щодо створення спроможної мережі медичних закладів, саме кластерам і надкластерам належить базова функція забезпечення ефективної системи надання медичної допомоги населенню. Ця функція стає ще більш соціально-орієнтованою в умовах війни, коли попит від ветеранів на реабілітаційні послуги та послуги психологічної допомоги підвищується щоденно [3]. Сучасний ребрендинг установи (внутрішній та зовнішній) спрямований на трансформацію іміджу: від «бюджетної лікарні» до «центру

експертної медицини європейського рівня». Під час повномасштабного вторгнення бренд КНП № 10 ОМР став символом стабільності. Коли пацієнт бачить, що лікарня не просто функціонує, а впроваджує нові методики та відкриває спеціалізовані центри, рівень тривоги знижується. Лояльність у цей період трансформується у солідарність: пацієнти стають адвокатами бренду, підтримуючи установу в соціальних мережах та через особисті зв'язки і комунікації.

Найбільш актуальним та стратегічно важливим елементом бренду КНП №10 ОМР ми вважаємо реорганізацію та створення сучасних відділень, прикладом яких є відділення інтенсивної терапії та інші. Ми розглядаємо розвиток відділення не просто як підрозділ, а окремий суббренд, який відповідає на найболючіший запит суспільства – допомогу в тому числі і ветеранам та цивільним з хронічними травмами. Брендування найактуальніших напрямів надання медичної допомоги, а саме – реабілітація та психічна допомога – ми вважаємо за новий напрям: «Брендинг через сенс».

Основні вектори впливу на бренд медичної установи ми бачимо наступними:

Мультидисциплінарний підхід: поєднання фізіотерапії, інтервенційного лікування болю та психічної підтримки створює образ «турботливого інноватора». Фокус на ветеранах: робота з військовими – це не лише медичне завдання, а й соціальна місія. Брендування відділення як «простору, дружнього до захисників», підвищує патріотичну лояльність всієї громади.

Пацієнт, який позбувся хронічного болю, що мучив його роками, стає «пожиттєвим» прихильником закладу. У контексті ветеранів – це формування спільноти. Якщо відділення болю асоціюється з повагою, відсутністю черг та розумінням ПТСР, це створює непохитний авторитет лікарні серед військового братерства.

Для підтримки стійкості КНП № 10 ОМР та її спеціалізованих відділень в кризових ситуаціях рекомендується використовувати наступні маркетингові інструменти, наведені в таблиці 1.

Таблиця 1

Маркетингові інструменти зміцнення бренду в умовах війни

N	Інструмент	Вплив на лояльність	Роль у кризі
1	Експертний контент	Лікарі відділення болю записують відео про самодопомогу.	Формує образ надійного джерела інформації.
2	Сторітелінг	Історії успіху реабілітації ветеранів (з їхньої згоди).	Створює емоційний зв'язок та надію.
3	Цифровізація	Онлайн-запис, зручна навігація по лікарні.	Знижує рівень стресу пацієнта.
4	Прозорість	Звітність про оновлення обладнання та навчання персоналу.	Демонструє розвиток попри зовнішні обставини.

Наші пропозиції полягають у впровадженні стратегій комплексного пацієнтського досвіду : «Patient experience».

Створення «Безбар'єрного середовища довіри». Для ветеранів та пацієнтів із хронічним болем фізичний та психологічний комфорт є критичним.

Навігація «Зелений коридор». Спеціальна цифрова або кольорова розмітка від входу в лікарню безпосередньо до відділення. Це знижує стрес у пацієнтів з обмеженою мобільністю або когнітивними порушеннями (ПТСР).

Зони сенсорного розвантаження. Облаштування місць очікування з приглушеним світлом, відсутністю різких звуків та комфортними меблями. Для ветеранів це зона безпеки. Адміністратор-кейс-менеджер. Замість класичної реєстратури – супровідник, який допомагає з документами та логістикою, мінімізуючи бюрократичний стрес.

І по друге, комунікаційна стратегія: «Біль має рішення». Брендинг має транслювати надію та експертність через зрозумілі канали.

Відео-візитівки лікарів. Короткі ролики (TikTok/Reels), де лікар пояснює: «Чому болить фантомна кінцівка?» або «Як психіатр допомагає при фізичному болю?». Це дестигматизує звернення за допомогою.

Екосистема відгуків «Свої для своїх». Створення відео-інтерв'ю з ветеранами, які пройшли реабілітацію. Для військових слово побратима має більшу вагу, ніж будь-яка реклама. QR-коди на кожному кроці. У кожній палаті – доступ до чат-бота з вправами для самодопомоги, розкладом процедур та прямим зв'язком із психологом.

Висновки. Для КНП № 10 ОМР, як кластерного медичного закладу, шлях до стійкості в кризових ситуаціях лежить через персоналізацію медицини. Розвиток Відділення інтенсивної терапії, центру реабілітації та психічної підтримки – це найпотужніший репутаційний актив. Коли кластерна лікарня бере на себе складну роль допомоги ветеранам, вона перестає бути просто медичною установою. Вона стає частиною системи національної стійкості.

Література:

1. Селезньова О.О., Рудінська О.В., Кусик Н.Л. Вплив візуального мерчандайзингу на формування лояльності клієнтів. *Маркетинг і цифрові технології.* 2020. Том 4. № 3. С. 44-54. DOI: 10.15276/mdt.4.3.2020.5

2. Kniazkova V., Huz D., Rudinska O., Krylenko V. Формування кластерів медичних закладів як адміністративний засіб управління в галузі охорони здоров'я в умовах децентралізації. *Economics. Management. Innovations*. 2023. № 1(32). DOI: 10.35433/ISSN2410-3748-2023-1(32)-4

3. Красіленко Т. М., Рудінська О. В. Аспекти стрес-менеджменту та шляхи подолання професійного вигорання медичних працівників. Sustainable healthcare development: national and global dimensions : scientific monograph / edited by Valerii Zaporozhan and Valeriia

Marichereda. Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2024. P. 114–126. DOI: https://doi.org/10.30525/978-9934-26-466-5-7 URL: https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/16267

4. Грекова А. В., Литвиненко О. Д., Рудінська О. В., Князькова В. Я. Вплив цифрового стилю життя на соціально-психологічну адаптацію молоді. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2025. № 1(103). С. 6–

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-42

УПРАВЛІННЯ ПРОЄКТАМИ АНТИКРИЗОВОГО ВІДНОВЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ (В СИСТЕМІ СУЧАСНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ)

Церковна Альона Володимирівна
кандидат економічних наук,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Черненко Олена Василівна
медичний директор
Державне підприємство Український науково-дослідний інститут медицини транспорту МОЗ України,
здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Черненко Вадим Сергійович
здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Актуальність. Повномасштабна війна створила безпрецедентні виклики для системи охорони здоров'я України: руйнування інфраструктури, міграцію населення та персоналу, перевантаження екстреної допомоги, зростання потреб у реабілітації та психіатричній підтримці. За оцінками міжнародних організацій, понад 20% медичних закладів зазнали пошкоджень або руйнувань. Оновлена РВП-4 (RDNA-4) оцінює сукупні потреби відновлення України у $524 млрд на десятирічний горизонт при прямих збитках $176 млрд станом на 31.12.2024 [3]. У цих умовах антикризове управління повинно здійснюватися на основі проєктного менеджменту, який забезпечує системність, контроль ресурсів та досягнення вимірюваних результатів.

Обґрунтування. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року визначає пріоритети цифровізації, інтеграції з європейськими стандартами та підвищення якості послуг [2].

В умовах війни особливо актуальними є адаптивність управління, гнучкість бюджетування та інтеграція міжнародних стандартів якості (ISO, JCI).

Тому, ми можемо виділити наступні пріоритетні напрями відновлення, що допоможуть якнайшвидше та найефективніше відновити та покращити діяльність закладів охорони здоров'я України:

1. Відновлення інфраструктури та автономних систем енергозабезпечення.
2. Цифрова трансформація (телемедицина, BI-аналітика) [8].
3. Управління якістю та безпекою пацієнтів.
4. Розвиток університетських клінік [9].
5. HR-відновлення та психологічна підтримка персоналу.

Зазвичай, при реалізації проєктів, розподіл витрат відбувається таким чином:

Ініціація та аудит 5–7%.

– Основні інвестиції 65–75%.
– Навчання персоналу 5–10%.
– Резерв ризиків 10–15%.
– Моніторинг та контроль 3–5%.

Таким чином, при впровадженні проектного підходу в управління закладами охорони здоров'я для їхнього якнайшвидшого відновлення, оптимістичний сценарій реалізації цього проекту на протязі 3–5 років буде наступний:

1. Підвищення продуктивності закладів охорони здоров'я на 20–30% після цифровізації.
2. Зниження клінічних ризиків на 15–20% при впровадженні ISO.
3. Зменшення плинності кадрів на 15–20% при впровадженні HR-програм.
4. Зростання грантового фінансування до 10–20% у разі розвитку університетських клінік.

Побудуємо модель антикризового проєктного менеджменту для відновлення , яка базується на поєднанні класичних підходів PMBOK та гнучких методологій Agile.

Рис. 1. Модель антикризового проєктного менеджменту

Систематизуємо перспективні підходи проєктного менеджменту, використовувані інструменти та розмір очікуваного впливу у таблиці 1.

Таблиця 1

Перспективні підходи проєктного менеджменту та оптимістичний сценарій результатів їх впровадження (у перспективі на 3–5 років)

Підхід	Інструменти	Очікуваний ефект	Інвестиції	Соціальний ефект
Стратегічне вирівнювання	Дорожні карти	Узгодженість проєктів	5–10%	Прозорість
Data-driven управління	HeRAMS, KPI	Обґрунтовані рішення	3–7%	Підзвітність
Фінансування	Середньострокові контракти НСЗУ; поєднання НСЗУ/URTF/ЄІБ/муніципальних коштів	Передбачуваність доходів закладів охорони здоров'я; інвестиційна впевненість	-	Стабільність
Управління ризиками	Резервні енергосистеми, BCP/DRP, дублювання сервісів	Безперервність надання послуг під час інцидентів	5–10%	Стабільність
Цифровізація	ERP, CRM, Business intelligence (BI)	Зростання продуктивності на 20–30%	10–20%	Доступність послуг
Управління якістю	ISO, аудит, SOP, PDCA	Зниження ризиків на 15–20%, зниження витрат на 10–15%, зниження ускладнень	3–7%	Безпека пацієнтів
Університетські клініки	R&D (Research and Development), гранти	Зростання інноваційності на 25–30% [9]	Партнерські	Підготовка кадрів
HR-відновлення	KPI, програми підтримки, Навчання/сертифікації, ротації, безпекові тренінги	Зниження плинності на 15–20% [10]	5–10%	Психологічна стабільність, стійкість команд, менша плинність
Гібридний PM	Agile + PMBOK	Збільшення швидкості реалізації на 20–25%	3–5%	Підвищення ефективності

Пропозиції. На основі запропонованих підходів оберемо найбільш актуальні підходи проєктного менеджменту саме для сучасних українських закладів охорони здоров'я, що будуть якнайшвидше сприяти їх відновленню та представимо у таблиці 2.

Таблиця 2

Актуальні підходи проєктного менеджменту для відновлення українських закладів охорони здоров'я

Підхід	Опис/елементи
Data-driven управління	Використання HeRAMS + дашбордів НСЗУ для планування портфеля проєктів [5]
Середньострокові договори з платником	3-річні контракти НСЗУ для опорних ЗОЗ [3]
ДПП-моделі університетських клінік	Афіліація університетів і клінік; 10 етапів реалізації
Енерго- та кіберстійкість	Модернізація енергосистем, резервування ІТ та мереж
Пацієнтсько-орієнтований сервіс (wayfinding) [7]	Навігація, дизайн точок контакту, доступність
Мобільні клініки та телемедицина	Гібридні маршрути доступу, виїзні послуги

Висновки. Таким чином, можемо зробити наступні висновки. Антикризове відновлення закладів охорони здоров'я в Україні потребує системного поєднання інфраструктурної модернізації, цифровізації, управління якістю та розвитку людського капіталу.

Використання проєктного підходу забезпечить:

1. підвищення продуктивності медичних закладів на 20–30%;
2. зниження клінічних ризиків на 15–20%;
3. покращення кадрової стабільності;
4. підвищення інвестиційної привабливості галузі.

Найбільш ефективною моделлю є гібридне поєднання класичних стандартів управління (PMBOK) та гнучких методологій (Agile), що дозволяє забезпечити адаптивність системи в умовах високої невизначеності.

Література:

1. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року : розпорядження Кабінету Міністрів України від 17.01.2025 № 34-р. URL: https://healthstrategy2030.com.ua/UKR_Health_Strategy_2030_final.pdf (дата звернення: 16.03.2026).

2. World Health Organization. Ukraine: Health Emergency Appeal 2025 (January 15, 2025). URL: https://reliefweb.int/report/ukraine/ukraine-who-health-emergency-appeal-2025-january-2025 (дата звернення: 15.03.2026).

3. World Bank, European Commission, United Nations, Government of Ukraine. Ukraine Recovery and Reconstruction Needs Assessment (RDNA4), February 25, 2025. URL: https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2025/02/25/updated-ukraine-recovery-and-reconstruction-needs-assessment-released (дата звернення: 19.03.2026).

4. KSE Institute. Report on damages to infrastructure as of November 2024. February 2025. URL: https://kse.ua/wp-content/uploads/2025/02/KSE_Damages_Report-November-2024---ENG.pdf (дата звернення: 14.03.2026).

5. Національна служба здоров'я України. Аналітичні дашборди. URL: https://nszu.gov.ua/en/nszu-cifrova/onlain-servisi-dasbordi (дата звернення: 13.03.2026).

6. VoxUkraine. Reform Index 248: Medium-term contracting model by the NHSU. 10.12.2024. URL: https://voxukraine.org/en/reform-index-248-medium-term-contracting-model-by-the-nhsu (дата звернення: 14.03.2026).

7. Рудінська О. В., Деревянко Р. І. Особливості проєктів щодо сучасних ризиків у сфері охорони здоров'я. ІІ міжнар. конф. Сучасні напрями змін в управлінні охороною здоров'я: модернізація, якість, психологія та комунікація. ОНМедУ. 2025. URI: https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/18237 (дата звернення: 18.03.2026).

8. Селезньова О. О., Рудінська О. В., Кусик Н. Л. Візуальний мерчандайзинг. 2020. URL: https://mdt-opu.com.ua/index.php/mdt/article/view/109 (дата звернення: 17.03.2026).

9. Рудінська О. В., Красіленко Т. М. Проєкти розвитку університетських клінік 2025. URL: https://journals.onmedu.od.ua/index.php/anthropology/issue/view/146/148 (дата звернення: 18.03.2026).

10. Церковна А. В., Рахімі А. М. Маркетингова стратегія як засіб підвищення конкурентоспроможності продукції підприємства. *The XII International Science Conference «Topical tendencies of science and practice»*, December 07–10, 2021, Edmonton, Canada. Edmonton, 2021. 601 p.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-43

ВПРОВАДЖЕННЯ DATA-DRIVEN ПІДХОДІВ В УПРАВЛІННІ ЛЮДСЬКИМИ РЕСУРСАМИ МЕДИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ: ПОТЕНЦІАЛ, ОБМЕЖЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

Ярмола Таїсія Євгенівна
лікар-інтерн
Комунальне некомерційне підприємство
«Міська клінічна лікарня № 11»
м. Одеса, Україна

Сучасна парадигма управління людськими ресурсами трансформується під впливом цифровізації, розвитку технологій обробки великих даних та зростання складності організаційного середовища. У цих умовах інтуїтивні та традиційні адміністративні підходи поступово поступаються місцем evidence-based management, що базується на використанні емпіричних даних, аналітичних моделей та алгоритмічних рішень. Особливої актуальності ці трансформації набувають у сфері охорони здоров'я, яка характеризується високим рівнем невизначеності, кадровим дефіцитом, значним психоемоційним навантаженням на персонал та необхідністю забезпечення безперервності і якості медичних послуг.

У цьому контексті концепція data-driven HR розглядається як один із ключових інструментів підвищення ефективності управління персоналом. Вона передбачає системне використання HR-аналітики, технологій Big Data, predictive analytics та елементів машинного навчання для підтримки управлінських рішень. Як зазначає T. Davenport, організації, що використовують аналітику у процесі прийняття рішень, демонструють значно вищі показники ефективності та конкурентоспроможності [1, с. 79–80].

Метою дослідження є аналіз теоретико-методологічних засад, практичного потенціалу, обмежень та перспектив впровадження data-driven підходів в управлінні людськими ресурсами медичних організацій.

Data-driven управління передбачає інтеграцію інформаційних систем, зокрема HRIS (Human Resource Information Systems), електронних медичних систем та платформ управління ефективністю. Це дозволяє здійснювати комплексний аналіз кадрових процесів на основі дескриптивної, діагностичної, предиктивної та прескриптивної аналітики [2, с. 112–118].

У практиці медичних організацій data-driven підходи застосовуються для оптимізації кадрового планування, прогнозування плинності персоналу, оцінки ефективності роботи працівників, аналізу рівня професійного вигорання та управління навантаженням. Зокрема, predictive analytics дозволяє ідентифікувати працівників із високим ризиком звільнення та своєчасно впроваджувати заходи з їх утримання [3, с. 111–118].

Застосування алгоритмів машинного навчання відкриває нові можливості для моделювання поведінкових патернів персоналу, однак водночас потребує високого рівня якості даних, їх репрезентативності та наявності розвиненої цифрової інфраструктури. Як підкреслюють дослідники, ефективність HR-аналітики безпосередньо залежить від ступеня інтегрованості інформаційних систем та рівня цифрової зрілості організації [4, с. 201–207].

Таблиця1

Основні переваги та обмеження впровадження data-driven підходів в управлінні персоналом медичних закладів [7, с. 224-240]

Переваги	Обмеження
Підвищення обґрунтованості управлінських рішень на основі даних	Низька якість, фрагментарність або неповнота даних
Можливість прогнозування плинності кадрів та кадрових ризиків	Висока вартість впровадження цифрових HR-систем
Оптимізація кадрового планування та розподілу навантаження	Недостатній рівень цифрової компетентності персоналу
Підвищення продуктивності праці та ефективності персоналу	Опір змінам з боку працівників
Виявлення факторів професійного вигорання та їх мінімізація	Етичні та правові ризики обробки персональних даних
Підвищення якості підбору та адаптації персоналу	Дефіцит кваліфікованих HR-аналітиків
Формування стратегічного підходу до управління людськими ресурсами	Складність інтеграції різних інформаційних систем

Водночас впровадження data-driven HR супроводжується низкою викликів. До них належать організаційні бар'єри, пов'язані з недостатнім рівнем цифрової трансформації медичних установ, а також технологічні обмеження, що включають відсутність інтегрованих інформаційних систем та недостатню якість даних. Важливою проблемою є також дефіцит фахівців, здатних працювати з аналітичними інструментами та інтерпретувати результати аналізу.

Особливої уваги потребують етичні аспекти використання data-driven підходів. Використання алгоритмів машинного навчання може

призводити до виникнення алгоритмічної упередженості, що створює ризики дискримінації працівників. Крім того, обробка персональних даних повинна відповідати вимогам законодавства у сфері захисту інформації та принципам конфіденційності [5, с. 204–207].

Перспективи розвитку data-driven HR у сфері охорони здоров'я пов'язані з інтеграцією технологій штучного інтелекту, розширенням функціоналу цифрових платформ та впровадженням сучасних систем підтримки управлінських рішень [8; с. 1–3]. Використання аналітики великих даних дозволяє не лише оптимізувати процеси підбору, оцінювання та розвитку персоналу, але й прогнозувати кадрові потреби, рівень плинності кадрів та ризики професійного вигорання медичних працівників. У цьому контексті особливого значення набуває інтеграція різнорідних інформаційних систем (електронних медичних записів, HRM-систем, систем управління якістю), що забезпечує комплексний підхід до управління людськими ресурсами.

Важливим напрямом є також розвиток цифрових компетенцій медичних працівників і керівників, що сприятиме більш ефективному використанню аналітичних інструментів та підвищенню якості прийняття управлінських рішень.

Крім того, доцільним є поєднання data-driven підходів із розвитком емоційного інтелекту та soft skills, що забезпечує гармонізацію технологічних і гуманістичних аспектів управління. Як зазначають сучасні дослідження, ефективне управління персоналом у медичній сфері повинно враховувати як кількісні показники, так і психологічні особливості працівників [6, с. 3–5].

Висновки. Таким чином, впровадження data-driven підходів в управлінні людськими ресурсами медичних організацій є стратегічно важливим напрямом розвитку сучасного менеджменту, що відповідає вимогам цифрової трансформації системи охорони здоров'я. Використання аналітичних інструментів дозволяє підвищити обґрунтованість та оперативність управлінських рішень, оптимізувати процеси підбору, адаптації, оцінювання та розвитку персоналу, а також знизити ризики плинності кадрів і професійного вигорання. Крім того, застосування data-driven підходів сприяє більш ефективному плануванню кадрових ресурсів, підвищенню якості медичних послуг та загальній результативності діяльності закладів охорони здоров'я.

Разом із тим, реалізація даного підходу потребує комплексного врахування організаційних, технологічних та етичних чинників, зокрема забезпечення належного рівня захисту персональних даних, інтеграції інформаційних систем та формування єдиного інформаційного середовища. Подальші наукові дослідження доцільно спрямувати на адаптацію data-driven моделей до специфіки функціонування системи

охорони здоров'я України, з урахуванням інституційних особливостей, нормативно-правового регулювання та наявних ресурсних обмежень, а також на розроблення практичних рекомендацій щодо їх ефективного впровадження.

Література:

1. Ананьєва О., Халілов В. Економічна діагностика ефективності управління персоналом в умовах цифровізації. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2025. № 79–80. С. 80–87. DOI: https://doi.org/10.31732/2663-2209-2025-79-80-87

2. Грідін О. Трансформація HR-процесів через впровадження digital-технологій. *Економіка та суспільство*. 2025. № 71. С. 112–118. DOI: https://doi.org/10.32782/2524-0072/2025-71-21

3. Ковальчук О., Содома Р., Павліш Т. HR-менеджмент та HR-стратегії в умовах цифровізації. *Економіка та суспільство*. 2025. №82. С. 111–118. DOI: https://doi.org/10.32782/2524-0072/2025-82-111

4. Котовська І. HR-аналітика як складова системи управління персоналом. *Економіка та суспільство*. 2026. № 84. С. 201–207. DOI: https://doi.org/10.32782/2524-0072/2026-84-201

5. Матківська Х., Зачко О. Моделі цифровізації HR-менеджменту. *Сучасний стан наукових досліджень та технологій в промисловості*. 2024. № 27. С. 204–210. DOI: https://doi.org/10.30837/ITSSI.2024.27.204

6. Marler J. H., Boudreau J. W. An evidence-based review of HR analytics. *The International Journal of Human Resource Management*. 2017. Vol. 28(1). P. 3–26. DOI: https://doi.org/10.1080/09585192.2016.1244699

7. Tursunbayeva A., Di Lauro S., Pagliari C. People analytics–A scoping review of conceptual boundaries and value propositions. *International Journal of Information Management*. 2018. Vol. 43. P. 224–247. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2018.08.002

8. Venugopal M. et al. Transformative AI in Human Resource Management: A Systematic Review. *International Journal of Human Resource Management*. 2024. P. 1-5. DOI: https://doi.org/10.1080/23311975.2024. 2432550

СЕКЦІЯ 5. ІННОВАЦІЇ ТА ВИКЛИКИ У ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'Ї: ІНТЕГРАЦІЯ, ПРОФІЛАКТИКА, СТАЛІСТЬ

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-44

СЕКСУАЛЬНО-РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ: ІНТЕГРОВАНИЙ ПІДХІД ДО ПРОФІЛАКТИКИ, МАРШРУТИЗАЦІЇ ТА СТАЛОГО ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Марічереда Валерія Геннадіївна
доктор медичних наук, професор,
професор кафедри акушерства та гінекології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Сексуально-репродуктивне здоров'я підлітків є важливою складовою громадського здоров'я, оскільки безпосередньо впливає на якість життя молодого покоління, репродуктивний потенціал населення, демографічну стійкість і довгострокові показники здоров'я суспільства. Підлітковий вік є критичним періодом фізичного, психоемоційного та соціального розвитку, упродовж якого формуються моделі ставлення до власного тіла, сексуальної поведінки, міжособистісних стосунків, відповідального прийняття рішень і звернення по медичну допомогу.

Особливої актуальності проблема набуває в умовах сучасних викликів громадського здоров'я, зокрема повномасштабної війни в Україні, внутрішнього переміщення населення, психоемоційної травматизації, порушення доступу до медичних послуг, зростання соціальної вразливості дітей і підлітків. У таких умовах ризики небажаної або ранньої вагітності, інфекцій, що передаються статевим шляхом, ВІЛ, сексуального та гендерно зумовленого насильства, порушень менструального здоров'я та психосоціальної дезадаптації потребують системної відповіді на рівні первинної медичної допомоги.

Сімейний лікар є першою точкою контакту підлітка із системою охорони здоров'я, тому має унікальні можливості для раннього виявлення ризиків, профілактичного консультування, первинної клінічної оцінки, формування довіри, забезпечення конфіденційності та координації подальшої допомоги. У сфері сексуально-репродуктивного здоров'я діяльність сімейного лікаря не повинна обмежуватися реагуванням на окремі скарги. Вона має охоплювати оцінку менструального здоров'я, консультування щодо контрацепції, профілактику ІПСШ/ВІЛ, виявлення ознак насильства, оцінку психоемоційного стану, ризикованої поведінки та соціальної вразливості.

Інтегрований підхід передбачає поєднання доказової медицини, принципів підлітково-дружніх послуг, біопсихосоціальної оцінки, міждисциплінарної взаємодії та безперервного супроводу. Ключовими принципами такої допомоги є доступність, конфіденційність, недискримінація, повага до автономії підлітка, зрозуміла комунікація без осуду, інформована згода, залучення підлітка до прийняття рішень і створення безпечного простору для обговорення чутливих питань.

Практичним інструментом комплексної оцінки ризиків може бути HEADSS або HEEADSSS-підхід, який дає змогу оцінити сімейне середовище, навчання, харчову поведінку, соціальну активність, вживання психоактивних речовин, сексуальну поведінку, психічне здоров'я та безпекові ризики. Використання такого структурованого підходу дозволяє виявити приховані фактори ризику, які підліток не завжди озвучує під час звичайної консультації.

Профілактична складова роботи сімейного лікаря має включати консультування щодо статевого дозрівання, менструального здоров'я, здорових стосунків, згоди, контрацепції, подвійного захисту, профілактики ІПСШ/ВІЛ, вакцинації проти вірусу папіломи людини та гепатиту В, а також формування навичок відповідального звернення по медичну допомогу. Важливим є не лише інформування, а й адаптація комунікації до віку, рівня зрілості, психоемоційного стану та життєвого контексту підлітка.

Маршрутизація пацієнта-підлітка має бути ризик-орієнтованою. За низького ризику достатніми є профілактичне консультування, формування навичок безпечної поведінки та планове спостереження. За помірного ризику необхідні поглиблена оцінка, індивідуалізоване консультування, повторний контакт і, за потреби, направлення до профільного спеціаліста. За високого ризику, зокрема у випадках

підозри на сексуальне насильство, суїцидальні наміри, тяжкий психічний стан, вагітність у ранньому підлітковому віці, симптоми тяжкої інфекції або загрозу безпеці, потрібна невідкладна маршрутизація із залученням спеціалізованої медичної, психологічної, соціальної або захисної допомоги.

Особливе значення має безперервність супроводу. Сімейний лікар повинен не лише надати первинну консультацію або направлення, а й залишатися координатором маршруту, а саме пояснювати наступні кроки, контролювати виконання рекомендацій, організовувати повторні візити, оцінювати прихильність до лікування, психологічну безпеку та доступність подальшої допомоги. Саме така модель забезпечує сталість профілактичних і клінічних втручань у системі громадського здоров'я.

Таким чином, сексуально-репродуктивне здоров'я підлітків у практиці сімейного лікаря має розглядатися як комплексна сфера, що поєднує медичні, психологічні, соціальні, етичні та правові компоненти. Запровадження підлітково-дружніх, доказових і алгоритмізованих підходів у первинну медичну допомогу сприяє ранньому виявленню ризиків, зниженню стигми, підвищенню доступності послуг, своєчасній маршрутизації та формуванню відповідальної здоров'язбережувальної поведінки серед підлітків. У довгостроковій перспективі це є важливою умовою сталого розвитку громадського здоров'я, збереження репродуктивного потенціалу та покращення якості життя молодого покоління.

Література:

1. Erlandsson K., Marichereda V., Borshch V. et al. Advancing sexual and reproductive health and rights in wartime Ukraine through international collaboration.Sexual & Reproductive Healthcare. 2025. Volume 46. 101158. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2025.101158.

2. Erlandsson K., Marichereda V., Klymanska L., Klos L., Haletska I., Klimanska M., Drobot D., Borshch V., Nitochko K., Mogilevkina I., Marcellas Vlahakis M., Daka L., Vergara M., Borneskog C. Integrating sexual and reproductive health in higher education and healthcare services in Ukraine: A sustainable initiative for empowering war-affected youth. *Sexual & Reproductive Healthcare.* 2025. 101060. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2024.101060.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-45

ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ПОШИРЕНОСТІ ДЕФІЦИТУ ВІТАМІНУ D СЕРЕД МОЛОДОГО НАСЕЛЕННЯ М. ОДЕСИ ЯК АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Агаджанова Ірада Романівна
здобувач
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Мунціян-Подкалюк Наталя Юріївна
здобувач
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Посна Олена Миколаївна
здобувач
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Вітамін D є одним із ключових біологічно активних компонентів, що забезпечує підтримку кальцій-фосфорного обміну, функціонування кістково-м'язової системи, імунної відповіді та низки метаболічних процесів в організмі людини. Упродовж останніх років проблема дефіциту вітаміну D розглядається не лише як клінічна, але і як важлива медико-соціальна проблема, що має суттєве значення для системи громадського здоров'я [1, с. 87]. За даними міжнародних досліджень, недостатність або дефіцит вітаміну D спостерігається у значної частини населення світу незалежно від географічного положення країни, віку чи соціального статусу [2, с. 67].

Особливої актуальності проблема набуває серед осіб молодого віку, оскільки саме ця категорія населення характеризується високим рівнем психоемоційного навантаження, змінами харчової поведінки, недостатньою фізичною активністю та порушенням режиму праці й відпочинку. В умовах урбанізації та сучасного способу життя молодь значну частину часу проводить у закритих приміщеннях, що призводить до обмеження інсоляції та зниження природного синтезу холекальциферолу в шкірі [3, с. 350]. Додатковими чинниками ризику розвитку дефіциту вітаміну D є незбалансоване харчування, низький

рівень споживання морської риби, молочних продуктів та інших джерел вітаміну D, а також високий рівень стресового навантаження [4, с. 31].

Для України проблема дефіциту вітаміну D також залишається надзвичайно актуальною. Результати сучасних наукових досліджень свідчать про значну поширеність недостатності вітаміну D серед різних груп населення, зокрема серед студентської молоді [4, с. 11]. Водночас питання регіональних особливостей нутрітивного статусу населення південних областей України, у тому числі м. Одеси, потребують подальшого вивчення. Незважаючи на достатню кількість сонячних днів протягом року, дефіцит вітаміну D серед жителів південних регіонів залишається поширеним явищем, що може бути пов'язано зі змінами способу життя, особливостями харчування та недостатнім рівнем профілактичної обізнаності населення [4, с. 12].

З позиції громадського здоров'я дефіцит вітаміну D становить важливу проблему у зв'язку з його потенційним впливом на ризик розвитку низки хронічних неінфекційних захворювань. Недостатній рівень вітаміну D асоціюється зі зниженням імунної резистентності організму, порушеннями функціонування нервової системи, підвищенням ризику розвитку метаболічних порушень, ожиріння, серцево-судинних захворювань та психоемоційних розладів [1 с. 87; 4, с. 18]. Окремі дослідження також вказують на можливий взаємозв'язок між дефіцитом вітаміну D та синдромом хронічної втоми, зниженням когнітивної продуктивності й погіршенням якості життя молодого населення [4, с. 19].

Сучасні підходи у сфері громадського здоров'я передбачають необхідність впровадження профілактичних програм, спрямованих на раннє виявлення та корекцію нутрієнтних дефіцитів. Важливу роль у цьому відіграють лабораторний моніторинг, інформаційно-просвітницька робота та формування навичок раціонального харчування серед молоді [5, с. 164]. Перспективним напрямом є поєднання анкетних методів оцінки способу життя та харчової поведінки з лабораторним визначенням рівня 25(OH)D, що дозволяє комплексно оцінити нутрітивний статус населення та визначити основні фактори ризику розвитку дефіцитних станів.

Таким чином, проблема дефіциту вітаміну D серед молодого населення м. Одеси потребує подальшого наукового аналізу та розробки ефективних профілактичних стратегій у системі громадського здоров'я. Гігієнічна оцінка способу життя, харчового статусу та рівня забезпеченості вітаміном D може стати важливим інструментом удосконалення регіональних профілактичних програм і підвищення рівня медичної обізнаності населення.

Метою даної роботи є аналіз сучасних наукових даних щодо поширеності дефіциту вітаміну D серед молодого населення та визначення його значення як актуальної проблеми громадського здоров'я в умовах великого промислового міста.

Аналіз наукових публікацій свідчить про стійку тенденцію до зростання частоти недостатності вітаміну D серед осіб молодого віку в різних країнах світу. За оцінками міжнародних експертів, недостатній рівень 25(OH)D виявляється у значної частини студентської молоді, навіть у регіонах із достатнім рівнем сонячної активності [4, с. 24]. Це пояснюється комплексним впливом поведінкових, соціально-гігієнічних та екологічних факторів, що формують сучасний спосіб життя молодого населення.

Одним із ключових чинників розвитку дефіциту вітаміну D є зниження тривалості перебування на відкритому повітрі. Значне поширення дистанційного навчання, цифрових технологій та малорухомого способу життя призводить до обмеження природної інсоляції. Молоді люди значну частину доби проводять у приміщеннях, що негативно впливає на синтез вітаміну D у шкірі під дією ультрафіолетового випромінювання [2, с. 68]. Додатковим фактором ризику є нерегулярний режим дня, недостатня фізична активність та високий рівень психоемоційного навантаження.

Важливу роль у формуванні дефіцитних станів відіграють особливості харчування сучасної молоді. Поширення незбалансованих дієт, недостатнє споживання продуктів тваринного походження, морської риби, яєць та молочних продуктів сприяє зниженню надходження вітаміну D з їжею [5, с. 166]. Окрім цього, популяризація обмежувальних типів харчування без належного медичного супроводу може додатково підвищувати ризик формування нутрієнтних дефіцитів.

У сучасних умовах проблема дефіциту вітаміну D розглядається не лише у контексті порушень мінерального обміну, але й як фактор, що потенційно впливає на загальний стан здоров'я населення. Наукові дані свідчать про зв'язок між недостатнім рівнем вітаміну D та підвищеним ризиком розвитку метаболічних порушень, інсулінорезистентності, ожиріння, серцево-судинної патології та окремих імунозапальних процесів [4, с. 20].

Для системи громадського здоров'я важливим є впровадження комплексних профілактичних заходів, спрямованих на підвищення обізнаності населення щодо ролі вітаміну D у підтримці здоров'я. Одним із перспективних напрямів є проведення інформаційно-просвітницьких програм серед молоді з акцентом на принципи раціонального харчування, достатній рівень фізичної активності та необхідність контролю нутритивного статусу [3, с. 350]. Значну роль у ранньому

виявленні дефіцитних станів можуть відігравати профілактичні скринінгові програми із застосуванням лабораторного визначення рівня 25(OH)D у групах ризику.

Важливим компонентом профілактики є міждисциплінарний підхід, який передбачає взаємодію фахівців у сфері громадського здоров'я, гігієни, клінічної медицини та нутриціології. Комплексна оцінка способу життя, харчової поведінки та лабораторних показників дозволяє своєчасно виявляти осіб із ризиком розвитку дефіциту вітаміну D та розробляти індивідуалізовані профілактичні рекомендації.

Таким чином, дефіцит вітаміну D серед молодого населення м. Одеси слід розглядати як актуальну проблему громадського здоров'я, що потребує посилення профілактичної роботи, удосконалення системи лабораторного моніторингу та впровадження сучасних health-promoting стратегій. Формування культури відповідального ставлення до власного здоров'я та популяризація профілактичних підходів можуть стати важливими складовими збереження здоров'я молодого населення в сучасних умовах.

Література:

1. Шанигін А. В., Корхова А. С., Коломійченко Ю. В., Ватан М. М. Система оцінки ризиків розвитку вітамін-D-дефіцитних станів // Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини для здобувачів освіти другого (магістерського) рівня : матеріали наук.-практ. конф. З міжнар. участю, присвяч. 95-річчю з дня народження Л. В. Прокопової (Одеса, 27–28 квіт. 2023 р.). Одеса : ОНМедУ, 2023. с. 87. URL: https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/13269

2. Шанигін А. В. Статус вітаміну D у мешканців південних регіонів України // Міждисциплінарні дослідження: гуманітарні та природничі науки : матеріали наук.-практ. конф. (Одеса, 22–23 лип. 2022 р.). Одеса : Молодий вчений, 2022. с. 67–69. URL: https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/17217

3. Шанигін А. В., Сивий С. М., Коломійченко Ю. В. Досвід регіональної програми санітарно-гігієнічного моніторингу забезпеченості вітаміном D раціонів харчування мешканців півдня України // Світ наукових досліджень. Вип. 16 : матеріали Міжнар. мультидисциплінарної наук. інтернет-конф. (Тернопіль, Україна – Переворськ, Польща, 16–17 лют. 2023 р.). Тернопіль, 2023. С. 349–351. URL: https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/12243

4. Бабієнко В. В., Шанигін А. В. Профілактика дефіциту та недостатності вітаміну D: гігієнічне підґрунтя та практичні рекомендації : монографія. Одеса : Прес-кур'єр, 2025. 196 с. URL: https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/17476

5. Бабієнко В. В., Шанигін А. В., Рожнова А. М. Нутрітивна корекція дефіциту вітаміну D у дорослих: сучасні рекомендації // Вісник морської медицини. 2024. Т. 2, № 103. С. 164–174. URL: https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/15659

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-46

АНАЛІЗ ВИМІРІВ ВПЛИВУ ВІЙНИ НА ЗДОРОВ'Я

Бабієнко Володимир Володимирович
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри гігієни, медичної екології та громадського здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Гущук Ігор Віталійович
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри громадського здоров'я та фізичного виховання,
Національний університет «Острозька академія»
м. Острог, Рівненська область, Україна

Мокієнко Андрій Вікторович
доктор медичних наук, старший науковий співробітник,
доцент кафедри громадського здоров'я та фізичного виховання,
Національний університет «Острозька академія»
м. Острог, Рівненська область, Україна

За глобальними оцінками з 2008 року зовнішні конфлікти збільшились на понад 50% із залучення загалом 122 країн [1]. Однак, термін «війна» передбачає насильство більших масштабів та інтенсивності у порівнянні із «конфліктами» [2].

Мета роботи [3] полягала у розробці простого та прийнятного набору вимірів, який допоміг би залучити громадськість до формування своєї думки щодо війн. Це дозволило розробити 12-вимірну рамкову модель війни. Ця структура базується на концепціях соціальних та екологічних детермінант здоров'я населення. Вона має 12 взаємопов'язаних «вимірів», що починаються з літери D, які охоплюють негативний вплив на здоров'я (n=5), його соціальні (n=4) та екологічні детермінанти (n=3). Для здоров'я показниками є смертність, інвалідність, хвороби,

залежність та каліцтва. Щодо соціальних детермінант здоров'я це диспропорції в соціально-економічному статусі, переміщення населення, порушення соціальної структури та відхилення від темпів розвитку. Щодо екологічних детермінант, це руйнування інфраструктури, спустошення навколишнього середовища та виснаження природних ресурсів [3].

Кластер детермінант впливу на здоров'я.

Смертність. Ключовим показником є оцінка кількості смертей за кожен рік тривалості або протягом усього періоду конфлікту.

Інвалідність (від гострих травм). Інвалідність – це обмеження нормальної діяльності внаслідок травми, яке потребує медичної допомоги.

Розлади та захворювання. Це широка категорія, яка включає психічні захворювання (наприклад, депресивні розлади, тривогу, посттравматичний стресовий розлад, суїцидальні думки), тривале недоїдання та фізичні захворювання. Інфекції, що спостерігаються під час або після воєн, – це переважно інфекції дихальних шляхів, діарейні захворювання, кір, малярія, холера, дизентерія, менінгіт, рецидивний тиф, тиф, туберкульоз та ВІЛ/СНІД. Вони важливі під час воєн у зонах бойових дій з обмеженими ресурсами та серед біженців. Розлади та захворювання вимірюються як рівень захворюваності, або кількість уражених, або рівень смертності від хвороби.

Залежність від алкоголю, тютюну та заборонених наркотиків вимагає клінічного діагнозу. Індекси, що використовуються для вимірювання, – це стандартизована за віком поширеність алкогольної залежності, залежності від заборонених наркотиків (тобто канабісу, опіоїдів, амфетамінів та кокаїну) та куріння сигарет на 100 000 осіб.

Деформації (фізичні та психічні), включають вроджені вади та труднощі в навчанні, що виникають внаслідок вроджених вад, пов'язаних з війною. Вони виявляються за допомогою клінічного обстеження та виражаються як показники на 100 000 живонароджених [3].

Другий кластер пов'язаний із соціальними детермінантами здоров'я.

Різниця в соціально-економічному плані та стані здоров'я. До них належать зростаюча нерівність у доходах, медичному забезпеченні та стані здоров'я груп населення. Загалом, вимірювання виражаються або як абсолютні відмінності в показниках стану здоров'я, або як відносна нерівність з використанням співвідношень або індексів концентрації.

Переміщення визначається як «процес, у якому люди змушені тікати або залишати свої домівки чи місця звичного проживання, щоб уникнути наслідків збройного конфлікту та опинитися в іншій частині країни або за кордоном». Вимірювання включають абсолютну кількість

переміщених осіб для оцінки масштабів, а також кількість переміщених осіб на 100 000 населення, що корисно для порівнянь між регіонами.

Руйнування соціальної структури, включаючи руйнацію соціальної мережі та соціального капіталу. Соціальний капітал визначається як «особливості соціальної організації, такі як мережі, норми та довіра, що сприяють координації та співпраці для взаємної вигоди» та вимірюється через «соціальну згуртованість (тобто щільність та характер мереж і рівень відданості членів) та довіру (тобто схильність до корпорації та обміну)».

Зворотний людський та соціальний розвиток. Освіта, особливо дошкільна, є ключовим елементом в розрахунку Індексу розвитку людського потенціалу і є Ціллю-3 у Цілях сталого розвитку. Цілеспрямоване руйнування соціальної інфраструктури з довгостроковими наслідками може бути неочевидним, якщо воно не враховано в описах воєн. Прикладом є систематичне руйнування освіти.

Третій кластер стосується екологічних детермінант здоров'я.

Руйнування інфраструктури. Транспорт, енергетика, житло та охорона здоров'я є ключовими сферами. Для вимірювання їх руйнування доступні кілька показників. Транспорт: км доріг, мостів та шляхопроводів. Енергетика: виробництво та передача електроенергії, розподіл газу та нафтопереробні заводи. Житло: житлові одиниці, окремі будинки та гуртожитки [3].

Руйнування навколишнього середовища від прямих наслідків воєн, що вимірюються впливом на лісовий покрив, забрудненням повітря та деградацією ґрунту внаслідок забруднення. Вплив вирубки лісів нещодавно вимірювався за допомогою супутникового моніторингу. Забруднення повітря та забруднюючі речовини оцінюються за допомогою стандартних індексів забруднення.

Виснаження природних ресурсів, особливо води. Вплив на забезпечення чистою водою вимірюється за допомогою низки перебоїв у водопостачанні, порушень у роботі гідроелектростанції, забруднення поверхневих вод внаслідок військових дій, пошкодження дамб, переповнення шахт та забруднення водних ресурсів [3].

Висновок. Запропонована 12-D структура для оцінки впливу на здоров'я може стати відправною точкою для розробки універсальної матриці до всіх збройних конфліктів. Цей підхід заохочуватиме або підштовхуватиме громадськість, громадянське суспільство та інші групи, що виступають за мир, до розуміння величезного впливу війни. Людству потрібна нова мета для глобального миру, щоб запобігти мільйонам невинних жертв, яким судилося загинути від воєн у майбутньому [3].

Література:

1. Institute for Economics & Peace. Global peace index 2023: measuring peace in a complex world. URL: http://visionofhumanity.org/resources

2. Jayasinghe S. The post-millennium development goals agenda: include “end to all wars” as a public health goal. *Global Health Promotion*. 2014. Vol. 21. P. 29–32.
3. Jayasinghe S. The 12 dimensions of health impacts of war (the 12-D framework): a novel framework to conceptualise impacts of war on social and environmental determinants of health and public health. *BMJ Global Health*. 2024. Vol. 9. Article e014749. DOI: 10.1136/bmjgh-2023-014749.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-47

ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОФІЛАКТИКИ АЛЕРГІЧНОГО РИНІТУ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ’Я

Бобкович Катерина Олегівна
кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб
Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна

Пилипко Катерина Ігорівна
здобувачка вищої освіти
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Паламар Борис Іванович
доктор медичних наук, професор,
професор кафедри громадського здоров’я
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність. З кожним роком тягар алергічних захворювань у світі прогресує, перетворюючись на медико-соціальні та економічні проблеми для будь-якої системи охорони здоров’я. За даними Всесвітньої алергологічної організації, епідеміологічні дані коливаються від 10 до 40% [1]. Алергічний риніт (АР) вражає 12–30 % населення США, 23–30 % населення Європи, близько 20% населення Великої Британії.

Проблематика вивчення захворюваності на АР в Україні полягає у гіподіагностиці, пізньому зверненні пацієнтів, коли додаються прояви інших алергічних захворювань, самолікуванні, неврахуванні АР у пацієнтів з бронхіальною астмою [2]. Згідно дослідження ISAAC перше місце за поширеністю алергічних симптомів належить Україні та Великобританії. За наявними джерелами поширеність АР серед населення України коливається від 0,5 % до 18% та безпосередньо залежить від сезонності, території, віку, статі та терміну звернення до лікарів. Так, згідно з керівними документами МОЗ України, найчастіше перше звернення з АР до лікаря відбувається після 2-річного віку і охоплює близько 15% дітей шкільного віку [3]. За результатами епідеміологічних досліджень, від 15 до 40% пацієнтів з АР мають супутню бронхіальну астму, тоді як серед осіб із бронхіальною астмою частота алергічного риніту становить 76–80% [2].

Мета роботи: вивчити проблематику алергічного риніту та розглянути можливості його профілактики в системі громадського здоров'я.

Основна частина. АР – запальне захворювання слизової оболонки носа та приносових пазух, яке може мати інтермітуючий або постійний перебіг і розвиватися під впливом причинно-значущих алергенів. Глобальним аспектом проблематики АР є суттєве зниження якості життя та, інколи, втрата працездатності понад 6 робочих днів [4, 5, 6,]. В основі розвитку клінічних проявів є розвиток реакції гіперчутливості I типу, що виникає в слизовій оболонці носа при контакті з аероалергенами [7]. Питання організації профілактики АР в системі громадського здоров'я варто розглядати на рівнях боротьби з етіологічними проявами, ранньої та високо-специфічної діагностики, лікування згідно міжнародних стандартів, просвітницької діяльності серед населення. Найважливішими провокуючими факторами АР є: навколишнє середовище, територія, генетика, наявність сімейного алергічного анамнезу, контакт з тваринами, куріння, вживання наркотичних речовин, деяких видів лікувальних засобів (бета-блокатори, нестероїдні протизапальні препарати, антигіпертензивні препарати, пероральні контрацептиви та місцеві симпатоміметики) [8]. Так, АР переважає в місцевостях, де є велика кількість квітучих рослин, та набуває піку захворюваності в сезони цвітіння. Не менш важливим фактором є територія, де проживає пацієнт, тому що в місцевостях, що межують з великими заводами, автомагістралями, щільними забудовами, у зв'язку з низьким рівнем

аерації повітря алергени осідають на навколишніх поверхнях та можуть тривало перебувати там [9].

Діагностика АР базується на зборі анамнезу, оцінці клінічних даних, виконанні шкірних прик-тестів до антигенів збудників, за допомогою ІФА (імуноферментного анадізу) та мусить проходити у лікаря-алерголога в лікарнях та клініках з наявним відповідним досвідом та обладнанням. Шкірні прик-тести є гарним варіантом вибору для швидкої, високоспецифічної діагностики алергічного риніту, але результат в залежатиме від виконавця. Близько 15% результатів є хибнопозитивними [10]. Позитивними вважаються тести, коли розмір папули на 3 мм більший, ніж негативна контрольна папула. Вивчення підходів до лікування АР тривалий час залишається актуальним в міжнародних настановах, так провідне значення мають рекомендації ARIA (Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma), EPOS (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps), а також протоколи Американської академії отоларингології – хірургії голови та шиї. У 2010 році для розробки клінічних рекомендацій щодо лікування АР було впроваджено підхід GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation), який дозволяє оцінювати якість доказів і силу рекомендацій. У подальшому, зокрема у 2020 році, експерти ARIA доповнили цей підхід результатами рандомізованих контрольованих досліджень, провокаційних тестів у спеціалізованих камерах, а також даними реальної клінічної практики, отриманими з використанням мобільних технологій. Саме тоді було оприлюднено оновлену версію рекомендацій ARIA [11]. Лікування АР здійснюється поетапно та залежить від ступеня тяжкості захворювання, передбачаючи п’ять основних рівнів терапії: застосування неседативних Н1-антигістамінних препаратів (пероральних, інтраназальних або кон’юнктивальних), а також антилейкотрієнових засобів чи кромонів; призначення інтраназальних кортикостероїдів (ІНКС); комбінована терапія: інтраназальні кортикостероїди у поєднанні з азеластином; використання системних (пероральних) кортикостероїдів або інших додаткових методів лікування: направлення пацієнта до вузького спеціаліста з подальшим розглядом можливості проведення алерген-специфічної імунотерапії (АСІТ) [12].

Важливою складовою все ще залишається освітня робота з батьками або опікунами, а також із дитиною задля кращого розуміння захворювання та узгодження оцінки симптомів, що, у свою чергу, сприяє

зменшенню витрат часу і ресурсів при алергічних захворюваннях. Вона передбачає пояснення суті хвороби, виявлення та усунення тригерних факторів (зокрема алергенів і забруднювачів), інформування щодо призначеної терапії та навчання правильному використанню назальних лікарських засобів.

Підтримання постійного контакту з пацієнтом за допомогою мобільних додатків і телемедицини може покращити ефективність лікування та забезпечити додаткові дані для аналізу. За можливості дітям слід самостійно оцінювати власні симптоми, оскільки опікуни не завжди можуть об'єктивно визначити ступінь тяжкості захворювання [13]. На зменшення проявів та профілактику поширеності АР впливає робота вищих керівних медичних інстанцій (МОЗ, ДОЗи, Центр громадського здоров'я), які мають проводити просвітницьку діяльність задля збільшення інформованості щодо проблематики АР, сприяти ранньому виявленні клінічних проявів та ранньому зверненні пацієнтів, забезпечувати сучасні методи діагностики та лікування АР, збільшити проінформованість про важливість індивідуальної обізнаності про АР. На загальнодержавному рівні має проводитися ряд заходів спрямованих на зменшення забруднення навколишнього середовища.

Висновки. 1. АР – алергічне захворювання, що стрімко поширюється в усьому світі та стає медико-соціальної проблемою систем охорони здоров'я. 2. Рання сучасна діагностика та ранній початок лікування покращують результати лікування та збільшують тривалість ремісії пацієнтів з АР. 3. Формування програм обізнаності на загально-державному рівні має позитивний вплив на результати лікування. 4. Основна профілактика появи та прогресування АР полягає у зменшенні впливу алергенів на організм людини.

Література:

1. Корсакова Ю. О., Рогуля О. Ю. Дослідження тенденцій поширення алергічних захворювань у світі та в Україні. *Youth Pharmacy Science : матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Харків, 7–8 груд. 2021 р.* Харків: НФаУ, 2021. С. 627–628.

2. Лебедин А. М., Луценко К. С. Дослідження стану захворюваності на алергічний риніт в Україні. *Механізми розвитку патологічних процесів і хвороб та їхня фармакологічна корекція : матеріали II наук.-*

практ. конф. з міжнар. участю, м. Харків, 21 листоп. 2019 р. Харків, 2019. С. 224.

3. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: алергічний риніт (інформація для пацієнта). Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. URL: https://kiai.com.ua/ua/archive/2019/2%28115%29/pages-28-39/unifikovaniy-klinichniy-protokol-pervinnoyi-vtorinnoyi-specializovanoyi-ta-tretinnoyi-visokospecializovanoyi-medichnoyi-dopomogi-alergichniy-rinit-informaciya-dlya-paciienta-alergichniy-rinit-

4. Wise S. K. et al. International consensus statement on allergy and rhinology: Allergic rhinitis – 2023. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2023. Apr. Vol. 13, 4. P. 293-859. https://doi.org/10.1002/alr.23090.

5. Siddiqui Z. A. et al. Allergic rhinitis: diagnosis and management. *British Journal of Hospital Medicine.* 2 February 2022. Vol. 83, 2. P. 1-9. https://doi.org/10.12968/hmed.2021.0570.

6. Гогунська І. та ін. Проєкт "ARIA": шляхи надання медичної допомоги при алергічному риніті. Україна. *Проблеми екології і медицини.* 2019. 23(5–6). С. 3–14. https://doi.org/10.31718/mep.2019.23.5-6.01.

7. Agüero C. A. et al. Rinitis alérgica en pediatría: recomendaciones para su diagnóstico y tratamiento [Allergic rhinitis in pediatrics: recommendations for diagnosis and treatment]. *Archivos argentinos de pediatria*. 2023. Vol. 121, 2. e202202894. https://doi.org/10.5546/aap.2022-02894

8. Scadding G. K. et al. BSACI guideline for the diagnosis and management of allergic and non-allergic rhinitis (Revised Edition 2017; First edition 2007). *Clinical and experimental allergy.* 2017. Vol.47, 7. P. 856–889. https://doi.org/10.1111/cea.12953

9. Wise S. K. et al. A Synopsis of Guidance for Allergic Rhinitis Diagnosis and Management From ICAR 2023. *The journal of allergy and clinical immunology. In practice.* 2023. Vol. 11, 3. P. 773–796. https://doi.org/10.1016/j.jaip.2023.01.007

10. Nevis I. F., Binkley K., Kabali C. Diagnostic accuracy of skin-prick testing for allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis. *Allergy, asthma, and clinical immunology.* 2016. Vol. 12. 20. https://doi.org/10.1186/s13223-016-0126-0

11. Клименко В. А., Карпушенко Ю. В., Кулік Т. В., Ащеулов О. М. Ведення хворого на алергічний риніт в Україні. Міжнародні

рекомендації та власний досвід. *Астма та алергія.* 2022. 3. С. 33–40. https://doi.org/10.31655/2307-3373-2022-3-33-40

12. Zhang Y., Lan F., Zhang L. Advances and highlights in allergic rhinitis. *Allergy.* 2021. 76. P. 3383–3389. https://doi.org/10.1111/all.15044

13. Scadding G. K. et al. Allergic Rhinitis in Childhood and the New EUFOREA Algorithm. Allergy. 2021 Jul. Vol. 14, Issue. 2. P. 706589. https://doi.org/10.3389/falgy.2021.706589.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-48

ЗДОРОВА НАЦІЯ 2026: МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК НОВІ СТАНДАРТИ УКРАЇНСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

Ватан Майя Миколаївна
доктор філософії з медицини,
доцент кафедри гігієни, медичної екології та громадського здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Криленко Володимир Ігорович
здобувач вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Литвиненко Катерина Олександрівна
здобувач вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Сучасний розвиток та реформування системи охорони здоров'я України потребує впровадження нових підходів не лише до збереження та зміцнення фізичного, а й психічного здоров'я населення. Повномасштабна війна в Україні сформувала безпрецедентні виклики для системи охорони здоров'я. За рахунок соціальної, економічної

нестабільності та значного психологічного навантаження, особливої значущості набувають аспекти ментального здоров'я та медичної реабілітації. Ці питання перестали бути додатковими напрямками і перейшли вже у базові стандарти надання медичної допомоги на всіх рівнях. Саме тому формування концепції «Здорова нація 2026» є важливим напрямом модернізації української медицини.

Актуальність збереження ментального здоров'я є головним питанням не лише у нашій країні, а й у багатьох країнах світу через те, що захворюваність на розлади психіки та поведінки входить до 10 найпоширеніших захворювань і є великим соціальним тягарем і головною причиною зменшення років життя людей планети.

Ментальне здоров'я є невід'ємною складовою загального стану здоров'я людини. Постійний стрес, тривожність, емоційне виснаження та психотравмуючі події негативно впливають на працездатність, соціальну адаптацію та якість життя населення. Особливо гостро проблема психічного здоров'я проявляється серед військовослужбовців, внутрішньо переміщених осіб, дітей та підлітків.

Важливу роль у сучасній медицині відіграє система реабілітації. Реабілітаційні заходи спрямовані на відновлення фізичного та психоемоційного стану людини після травм, захворювань або стресових ситуацій. Сучасна реабілітація включає медичну, психологічну та соціальну допомогу, що забезпечує комплексний підхід до відновлення здоров'я пацієнтів. Одним із ключових напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я є створення доступної системи психологічної підтримки населення. Важливим завданням є розвиток центрів психічного здоров'я, впровадження програм психологічної допомоги та підготовка кваліфікованих спеціалістів. Значну роль також відіграє популяризація культури турботи про психічне здоров'я та подолання суспільних стереотипів щодо звернення по психологічну допомогу.

Не менш важливим є розвиток системи фізичної та медичної реабілітації. Після отриманих травм або перенесених захворювань пацієнти потребують тривалого відновлення, що включає фізіотерапію, лікувальну фізкультуру, психологічну підтримку та соціальну адаптацію. Ефективна реабілітація сприяє поверненню людини до активного життя та зменшує ризик інвалідизації.

Крім медичних аспектів, питання ментального здоров'я та реабілітації мають важливе соціально-економічне значення. Збереження психічного здоров'я населення сприяє підвищенню продуктивності

праці, соціальної стабільності та зміцненню демографічного потенціалу держави. Інвестування у профілактичні програми та реабілітаційні заходи є важливою складовою розвитку сучасної системи громадського здоров'я.

Отже, ментальне здоров'я та реабілітація є новими стандартами української медицини та повинні стати фундаментом в межах концепції «Здорова нація 2026». Важливо змінення головний акценту змістити на всесторонній підхід, де з одним пацієнтом одночасно працювали лікар фізичної та реабілітаційної медицини, фізичний терапевт, ерготерапевт, психолог та логопед. Таким чином, за рахунок подальшого розвитку цієї галузі , відбудеться розширення мережі регіональних центрів та поглиблення міжнародної співпраці для впровадження нових практик у системі охорони здоров'я. Комплексний підхід до охорони психічного та фізичного здоров'я населення сприятиме покращенню якості життя громадян та зміцненню системи охорони здоров'я України.

Література:

1. Основи громадського здоров'я / за ред. В. Ф. Москаленка. Київ : Медицина, 2021.

2. Пасхін Г. І. Особливості психологічного та емоційного стану осіб молодого віку під час військових конфліктів. *Ментальне здоров'я.* 2025. № 2. 65–69. DOI https://doi.org/10.32782/3041-2005/2025-2.11

3. Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Psychiatry. 2022

4. Коваленко І. В., Сидоренко М. П. Інтеграція психологічної допомоги в первинну ланку медицини під час воєнного стану. *Український медичний часопис.* 2025. № 3.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-49

ПРОЛЕЖНІ ТА ЇХ УСКЛАДНЕННЯ: КОНТРОВЕРСІЇ ТА ДЕТЕРМІНАНТИ НЕВДАЧ КОМПЛЕКСНОГО ПАЛІАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ

Вергун Андрій Романович
доктор медичних наук, лікар-хірург вищої категорії,
почесний академік Академії прикладних наук,
доцент кафедри сімейної медицини
Державне некомерційне товариство «Львівський національний
медичний університет імені Данила Галицького»
м. Львів, Україна
професор невідкладної медичної допомоги
факультету товарознавства, управління та сфери обслуговування
та базової загальновійськової підготовки
Львівський торговельно-економічний університет,
м. Львів, Україна

Кузовкіна Оксана Леонідівна
ординатор відділення паліативної допомоги
Комунальне некомерційне підприємство «Львівське територіальне
медичне об'єднання № 2», відокремлений підрозділ «4-а лікарня»
м. Львів, Україна

Вергун Оксана Михайлівна
кандидат медичних наук,
доцент кафедри терапії № 1, медичної діагностики та гематології,
трансфузіології факультету післядипломної освіти
Державне некомерційне товариство «Львівський національний
медичний університет імені Данила Галицького»
м. Львів, Україна

Актуальність проблеми. Ускладнення пролежнів м'яких тканин останнім часом почастішали не лише внаслідок випадків клінічних девіацій, але й через збільшення прошарку соціально незахищених верств населення, військові дії, що зокрема призвели до масової еміграції та зниження рівня догляду на паліативними хворими на дому. Пролежень, тобто декубітальна виразка (ДВ), – хронічний гнійно-некротичний процес, який розвивається у ділянках постійно існуючої хронічної зовнішньої патологічної компресії, – найчастіше у виснажених лежачих хворих на тих ділянках тіла, які сприймають найбільший тиск постелі. Проте, як стверджує клінічний досвід, – не лише постелі, – тобто

це «класичне» визначення є дещо контроверсійним. Клінічною та юридичною проблемою також є формування пріоритетів паліативної допомоги. Також грає роль відсутність відповідного матеріального забезпечення, протипролежневих матраців, потреба у яких стандартно становить 2/3–3/4 наявних ліжкомісць, проте реальні показники зазвичай є значно нижчими. Консультативна допомога існує з 2017 року для вирішення нагальних питань хворого в телефонному режимі та допомоги щодо усунення гострих симптомів. Недопрацювання на амбулаторному етапі часто детермінуються недостатнім інформуванням щодо особливостей догляду, профілактики ДВ та їх ускладнень. Стаціонарна допомога надається в паліативних і хірургічних відділеннях, скерування у які відбувається за наявності показів та вільних ліжкомісць. Одним з проблемних організаційних аспектів є своєчасна госпіталізація.

Мета роботи. Ґрунтовно дослідити, спираючись на медичний досвід, детермінанти невдач комплексного лікування та виникнення ускладнень ДВ III і IV стадій, а також вивчити найкращі методи догляду та комплексного лікування.

Основний зміст роботи. Ретро та проспективно, протягом десяти років ми проаналізували ефективність лікування 320 пацієнтів з серйозними гнійно-некротичними ускладненнями хронічного компресійного генезу. Ці хворі отримували паліативну допомогу у відділенні 4-ї міської лікарні Львова. До дослідження увійшли іммобільні пацієнти, віком від 52 до 96 років – 208 жінок та 112 чоловіків. Середній вік чоловіків становив 72 роки, а жінок – 85 років. Важливо зазначити, що всім пацієнтам було надано спеціальні протипролежневі матраци та ортопедичні пристосування, а їхнє лікування суворо відповідало чинним медичним протоколам. Також ми ретельно вивчили вже опубліковані наукові праці по даній проблемі. Результати дослідження показали, що у значної частини пацієнтів були серйозні гнійно-некротичні ускладнення. Так, у 280 осіб (що становить 87,5% від загальної кількості пацієнтів) стверджені гнійні запальні процеси, такі як абсцеси (локальні скупчення гною) та флегмони (розлите гнійне запалення тканин). Також у 127 пацієнтів (майже 40%) було діагностовано контактний остеомієліт – ураження кісток, що розвинулося внаслідок поширення інфекції з сусідніх тканин. Для лікування цих станів довелося провести велику кількість втручань. Загалом було виконано 1216 операцій з видалення відмерлих тканин та уражених кісткових фрагментів. Це означає, що в середньому на кожного пацієнта припадало майже чотири такі операції. У 886 випадках ці хірургічні процедури супроводжувалися дренуванням, в т.ч. встановленням спеціальних систем для забезпечення відтоку гною. Серед первинних операцій було виконано 193 некротомії та некректомії та 127 – видалення відмерлих тканин разом з ураженими кістковими

фрагментами. Проте найчастіше (у 896 випадках) доводилося проводити планові ренекректомії – повторні втручання з видаленням уражених тканин. З них 94 операції були повторними втручаннями безпосередньо на кістках, в середньому 2,8 ренекректомій на кожне клінічне спостереження.

Вникнення пролежнів є предиктором розвитку гнійно-запальних ускладнень (коліквацийного некрозу, гнійних запливів, тощо). Обґрунтовано клінічну доцільність диференціації субваріантів ускладнень, що супроводжуються коліквацийним некрозом і нагноєнням, а також пролежнями IV стадії із залученням суміжних сполучнотканинних структур (зокрема, перихондриту, деструкції кісткової тканини, остеомієліту тощо). Питання профілактики прогресування та ускладнень пролежнів також є недостатньо розробленими. Наявні спеціальні шкали, застосовуючи які можна передбачити ризик їх розвитку та вчасно цьому запобігти. Зазвичай застосовують усунення або зниження тиску на шкіру, елімінують патологічну вологість, рано активізують хворих. Тезу про ранню активізацію пацієнтів слід розглядати як одну з основних. Садити в ліжку, ставити на ноги і дозволяти ходити (спочатку по палаті) слід якомога раніше, узгодивши з основною і супутньою патологією, об'ємом хірургічного втручання, віком. При знаходженні хворих в ліжку для зменшення тиску на крижі не слід піднімати головний кінець ліжка більш ніж на 45 градусів; використовують також надувні круги, які підкладають під крижі і інші кісткові виступи так, щоб уникнути їх зіткнення з опорною поверхнею.

Глибина ДВ залежить від анатомічних особливостей частини тіла, де вона розташована, зокрема там, де немає підшкірної (жирової) клітковини, рани можуть бути неглибокими, проте зростає ризик поширення процесу на м'язи, сухожилля, фасції; високий ризик остеомієліту. Ми вважаємо клінічно доцільною диференціацію окремих морфологічних варіантів ускладнень, що характеризуються вологим некрозом та нагноєнням, а також поширення декубітальних виразок IV стадії на прилеглі сполучнотканинні структури (включно з перихондритом, деструкцією кісткових тканин, остеомієлітом тощо). Окремим варіантом ДВ є їх комбінація з порушенням кровопостачання, в т.ч. з оклюзійно стенотичними ураженнями. Профілактика та лікування ускладнень декубітальних виразок вимагають систематизації для розробки уніфікованих алгоритмів надання медичної допомоги. Наявність некротичних тканин, рясної ексудації, відсутності грануляційної тканини та неприємного гнильного запаху, відсутність крайової (периферичної) епітелізації вказує на потребу в оперативному втручанні та впровадженні інших клінічних стратегій комплексного лікування, зокрема DOMINATE або її модифікацій. Серед ускладнень можна виділити гнильні флегмони, вторинні гнійні артрити, вторинні

(арозійні) кровотечі – зокрема можуть виникати після операцій, що також потребує особливої уваги з боку хірурга в післяопераційний період. Важливо мати на увазі, що сухий некроз чинить тиск на м'які тканини, що лежать нижче, створюючи таким чином передумови для розвитку в них вологого некрозу та анаеробної інфекції, тож необхідно слідкувати за тим, чи наявне підтікання ексудату, неприємний запах, розм'якшення тканин. Можливі також гнійні запливи під некрозами та грануляційною тканиною, що потрібно завжди враховувати в клінічній практиці. Правильний вибір етапності операційних інтервенцій та пов'язки дозволяє контролювати процес ексудації, запобігати розпаду нових колагенових структур і впливати на неоваскуляризацію у проліферативній фазі. Доцільними є локальні препарати, які містять у своєму складі срібло, йод, гідрогелі, піну та колаген, антибіотики тощо. Дуже важливим для медичного персоналу є правильний вибір перев'язувального матеріалу відповідно до фази раневого процесу. При цьому за основу береться дренажна активність або здатність висушувати, що сприяє покращенню психологічного стану хворого. Окрім бактерій у належках та виразках також виявляються мікотичні збудники, що детермінує необхідність призначення комбінованого лікування – загальної антибіотикотерапії та місцевого застосування антисептиків та антибіотиків. При призначенні системної антибіотикотерапії ДВ варто пам'ятати про такі препарати, як іміпенем, карбапенем, меронем, лінезолід або ванкоміцин з урахуванням збудників та чутливості, а також доцільності емпіричного застосування. Необхідно завжди враховувати, що недостатня нутритивна підтримка сприяє поглибленно некрозу, розвитку ускладнень. На сьогодні широко застосовуються гіпербарична оксигенація, ранова терапія негативним тиском; ультразвукова кавітація для механічного очищення ДВ від некротично-фібринозних нашарувань, лазеротерапія, ультрафіолетове опромінення ран; у наступній фазі – клітинна терапія, «штучна шкіра», аутодермопластика. На жаль, в силу високої вартості технічних засобів, стратегія DOMINATE для лікування пролежнів у своєму «класичному» вигляді є придатною до застосування лише у великих медичних закладах з відповідним рівнем технічного забезпечення, що детермінує розроблення локальних протоколів, відповідних та адекватних можливостям конкретних паліативних відділень.

Висновки. Профілактика та лікування тяжких пролежнів та їх ускладнень потребують систематизації для розробки єдиних стратегій, стандартів, клінічних алгоритмів та протоколів догляду та медичної допомоги. Якщо декубітальна виразка не гоїться належним чином (тобто немає ознак нової, здорової грануляційної тканини), з неї постійно виділяється гнійний ексудат, присутні відмерлі ділянки або (особливо) відчувається сильний неприємний запах – це дуже тривожні клінічні «сигнали»; у таких випадках необхідне термінове хірургічне втручання

та застосування комплексного, всебічного лікування, щоб повністю подолати проблему. Оцінка ефективності паліативної допомоги при наявності пролежнів базується на клінічних детермінантах, що включають формування чистої гранулюючої ранової поверхні з мінімальною секрецією ексудату; наявність крайової (периферичної) епітелізації або кіркування.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-50

ПАРАНЕОПЛАСТИЧНІ СИНДРОМИ ЯК РАННІЙ КЛІНІЧНИЙ ІНДИКАТОР ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН, КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ, ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ТА ДІАГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ

Вергун Андрій Романович
доктор медичних наук, лікар-хірург вищої категорії,
почесний академік Академії прикладних наук,
доцент кафедри сімейної медицини
Державне некомерційне товариство «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»
м. Львів, Україна
професор невідкладної медичної допомоги
факультету товарознавства, управління та сфери обслуговування та базової загальновійськової підготовки
Львівський торговельно-економічний університет,
м. Львів, Україна

Кульчицький Василь Володимирович
кандидат медичних наук, лікар-онколог
Комунальне некомерційне підприємство «Перше територіальне медичне об'єднання м. Львова», відокремлений підрозділ «Лікарня Святого Пантелеймона»
м. Львів, Україна

Вергун Оксана Михайлівна
кандидат медичних наук,
доцент кафедри терапії № 1, медичної діагностики та гематології, трансфузіології факультету післядипломної освіти
Державне некомерційне товариство «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»
м. Львів, Україна

Актуальність проблеми. Паранеопластичний синдром (ПНС) становить ключову міждисциплінарну проблему в сучасній клінічній

медицині, оскільки його клінічні прояви часто передують виявленню первинної злоякісної неоплазії та можуть бути першою індикацією латентного онкологічного процесу. ПНС трактується як комплекс клініко-лабораторних проявів, що виникають внаслідок опосередкованого впливу пухлини на організм і не пов'язані безпосередньо з новоутворенням, метастазуванням чи інфекційними ускладненнями. Серед ключових патогенетичних механізмів виділяють ектопічне продукування пухлинними клітинами гормонів, цитокінів, пептидів та інших біологічно активних сполук, а також автоімунні відповіді, індуковані неопластичним процесом.

Мета статті. Провести аналіз сучасних даних щодо клінічної маніфестації, класифікаційних підходів та діагностичних критеріїв паранеопластичних синдромів, як ранніх індикаторів злоякісних новоутворень з метою підвищення результативності своєчасної онкологічної верифікації та оптимізації терапевтичних стратегій.

Основний зміст роботи. Клінічна значимість паранеопластичних синдромів є надзвичайною, що зумовлено труднощами їх своєчасної діагностики; поліморфність проявів детермінує відтермінування початку адекватного лікування основного неопластичного процесу. Відповідно до актуальних наукових даних, саме своєчасне виявлення паранеопластичних маніфестацій уможливлює ідентифікацію прихованого новоутворення на доклінічній стадії, що суттєво покращує прогностичні показники для пацієнтів. Паранеопластичні синдроми переважно діагностуються в осіб середнього та похилого віку, що корелює зі зростанням поширеності злоякісних неоплазій у цих вікових категоріях. Однак у науковій літературі описані й прецеденти ПНС у педіатричних пацієнтів, наприклад, при нейробластомі, що маніфестує опсоклонус-міоклонус синдромом. Особливої уваги заслуговують неврологічні паранеопластичні синдроми, здатні викликати значну та нерідко перманентну інвалідизацію пацієнтів внаслідок ураження структур центральної та периферичної нервової системи.

Розвиток сучасної імунотерапії, зокрема застосування інгібіторів імунних контрольних пунктів, стимулював науковий інтерес до проблематики ПНС, оскільки ці терапевтичні агенти потенційно модулюють автоімунні реакції та впливають на динаміку розвитку паранеопластичних неврологічних синдромів. Відтак, комплексне вивчення патогенетичних механізмів, клінічної картини, методів ранньої діагностики та терапевтичних стратегій ПНС зберігає свою надзвичайну актуальність для сучасної онкологічної та загальнотерапевтичної практики. У генезі ПНС одним із ключових механізмів є ектопічна продукція неопластичними клітинами різноманітних біологічно активних молекул, включаючи гормони, цитокіни, простагландини,

фактори росту та ферменти. Ці сполуки у фізіологічних умовах або не синтезуються даною тканиною, або продукуються у значно менших обсягах. Саме така аберантна секреція зумовлює виникнення ендокринних, метаболічних, дерматологічних, гематологічних та інших клінічних маніфестацій. Зокрема, продукування пухлиною паратгормон-подібного пептиду (PTHrP) провокує гіперкальціємію, а гіперсекреція адренокортикотропного гормону – ектопічний синдром Кушинга. Секреція вазоактивних речовин при нейроендокринних новоутвореннях становить патогенетичну основу карциноїдного синдрому. Суттєве значення у патогенезі ПНС мають також аутоімунні механізми. Під час неопластичного процесу малігнізовані клітини можуть експресувати антигени, які демонструють молекулярну мімікрію з антигенами здорових тканин організму, зокрема нервової системи, м'язової тканини, шкіри та ендокринних залоз. У відповідь на це імунна система активує синтез антитіл та цитотоксичних Т-лімфоцитів, спрямованих проти пухлинних клітин, що, водночас, призводить до ураження власних незмінених тканин. Цей механізм є центральним у формуванні більшості неврологічних паранеопластичних синдромів, зокрема підгострої мозочкової дегенерації, лімбічного енцефаліту, сенсорної нейропатії, міастенічного синдрому Ламберта–Ітона та синдрому опсоклонусу-міоклонусу. Окрім гуморальних та аутоімунних чинників, значущими є також порушення гормонального балансу та конкурентне пригнічення фізіологічної нейроендокринної регуляції організму. Гормони, продуковані пухлиною, можуть взаємодіяти з рецепторними системами, модифікуючи функцію органів-мішеней та спричиняючи тяжкі системні розлади. Додатково, у патогенезі відіграють роль генетична детермінованість, індивідуальні характеристики імунної відповіді, гістологічний тип та локалізація основної пухлини.

ПНС характеризуються значною симптомною варіативністю. Водночас, провідну клінічну значимість мають їхні неврологічні, ендокринні, дерматологічні, гематологічні, ревматологічні прояви. Особливої уваги заслуговують кутанні та мукозальні, а також недиференційовані прояви, що нерідко виступають як ранні клінічні індикатори латентної неопластичної патології і можуть передувати її клінічній маніфестації на термін від кількох місяців до декількох років. Ключове діагностичне значення мають діагностичні критерії Керта, які уможливлюють встановлення етіологічного зв'язку між шкірними проявами та онкологічним захворюванням. До найважливіших дерматологічних ПНС належить чорний акантоз, що проявляється раптовою симетричною гіперпігментацією, гіперкератозом і папіломатозними розростаннями у складках шкіри та найчастіше супроводжує аденокарциноми шлунково-кишкового тракту, особливо рак шлунка,

а також пухлини підшлункової залози, легень, молочної залози, яєчників і матки. Його патогенез пов'язаний із продукцією пухлиною факторів росту, які стимулюють проліферацію кератиноцитів і фібробластів, а клінічно він характеризується швидким прогресуванням, свербежем, ураженням слизових оболонок і можливим поєднанням із синдромом Лезера–Трела. Синдром Лезера–Трела проявляється раптовою появою множинних себорейних кератом, переважно на тулубі та кінцівках, і часто асоціюється з раком шлунка, простати та сигмоподібної кишки. Ланугінозний гіпертрихоз характеризується надмірним ростом волосся, часто поєднується з глоситом, хейлітом і чорним акантозом та є типовим для пухлин шлунково-кишкового тракту, легень і матки. Хвороба Боуена проявляється чітко відмежованими еритематозними або червонувато-коричневими бляшками з лущенням, кірками чи мокнуттям, може асоціюватися з внутрішніми злоякісними новоутвореннями та розглядається як потенційний маркер прихованого онкологічного процесу. Паранеопластична пухирчатка є тяжким аутоімунним дерматозом із пухирями на шкірі та слизових оболонках, що найчастіше супроводжує лімфопроліферативні захворювання та має несприятливий прогноз. Синдром Світа характеризується болючими еритематозними папулами, вузлами або бляшками, гарячкою та нейтрофільним лейкоцитозом і найчастіше асоціюється з гемобластозами, особливо гострим мієлоїдним лейкозом. Дерматоміозит у пацієнтів старшого віку також може бути паранеопластичним проявом, а до додаткових ознак належать еритема gyratum repens, некролітична мігруюча еритема, пальмарно-плантарна кератодермія, генералізований та аквагенний свербіж, а також васкулітні ураження шкіри.

У контексті неврологічних ПНС актуальним діагностичним стандартом визнано систему PNS-Care, яка інтегрує оцінку клінічного фенотипу, специфічних антитіл, наявності первинної пухлини та динаміки спостереження. Істотне значення у детекції прихованого неопластичного процесу відводиться ПЕТ/КТ, що демонструє високу чутливість у локалізації первинного пухлинного осередку, особливо у випадках невстановленої етіології ПНС. Гематологічні реакції охоплюють низку станів, серед яких виділяють синдром Труссо. Він характеризується мігруючим венозним тромбозом, історично описаним А. Труссо у 1856 році, і часто асоціюється зі злоякісними новоутвореннями шлунково-кишкового тракту, зокрема колоректальним раком. Патогенез цього синдрому пов'язаний з гіперкоагуляцією, що є наслідком продукції пухлинами тканинного фактора. Іншою значущою формою є тромбоендокардит – абактеріальне ураження серцевих клапанів, переважно мітрального, що виникає при онкологічних процесах. Його розвиток обумовлений порушеннями системи гемокоагуляції та автоімунними механізмами, і він нерідко

може призводити до розвитку синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові (ДВЗ-синдрому). Ревматичні ПНС представляють собою широкий спектр клінічних проявів. До них належать артропатії ревматоїдного типу, симптом «барабанних паличок» (пальці Гіппократа), склеродермоподібні шкірні зміни, дерматоміозит, поліартрити та артропатії, в т.ч. асоційовані з гіперкальціємією.

Висновки. Рання діагностика паранеопластичних синдромів має виняткове прогностичне значення, оскільки дозволяє ідентифікувати злоякісне новоутворення на початкових стадіях, оптимізувати терапевтичну стратегію та покращити показники виживання пацієнтів. Паранеопластичні прояви мають трактуватися як значущий ранній клінічний індикатор латентного онкологічного процесу, що вимагає мультидисциплінарного підходу та ефективної співпраці фахівців різних медичних напрямів.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-51

МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ ЯК ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я: РОЛЬ ХАРЧОВИХ ФАКТОРІВ ТА ПРОФІЛАКТИЧНІ СТРАТЕГІЇ

Горобець Микола Олександрович
здобувач 4 курсу
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Рожнова Анастасія Михайлівна
старший викладач кафедри гігієни, медичної екології
та громадського здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Метаболічний синдром (МС) є однією з найактуальніших проблем сучасного громадського здоров'я, що характеризується поєднанням таких метаболічних порушень, як абдомінальне ожиріння, інсулінорезистентність, артеріальна гіпертензія та дисліпідемія. Значущість цієї патології зумовлена її широким розповсюдженням та високим ризиком розвитку серцево-судинних захворювань і цукрового діабету 2 типу. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, поширеність метаболічного синдрому серед дорослого населення становить близько 20–30% і продовжує зростати.

Мета дослідження – оцінити роль харчових факторів у розвитку метаболічного синдрому та визначити ефективні профілактичні стратегії у контексті громадського здоров'я.

У сучасних умовах метаболічний синдром розглядається як мультифакторне захворювання, у розвитку якого провідну роль відіграють модифіковані фактори ризику, зокрема нераціональне харчування. Харчові звички населення значною мірою визначають метаболічний профіль організму та можуть як сприяти розвитку патологічних змін, так і виступати ефективним інструментом профілактики.

До основних харчових факторів, що сприяють розвитку метаболічного синдрому, належать надмірне споживання енергії, високий вміст у раціоні простих вуглеводів, насичених жирів та трансжирів. Особливу роль відіграє зростання споживання ультрапереоблених продуктів, які містять значну кількість доданого цукру, солі та харчових добавок. Доведено, що такі продукти асоціюються з розвитком інсулінорезистентності та хронічного системного запалення.

Водночас недостатнє споживання харчових волокон, овочів, фруктів і продуктів, багатих на поліненасичені жирні кислоти, також є важливим фактором ризику. Дефіцит цих компонентів раціону призводить до порушення ліпідного обміну, зниження чутливості тканин до інсуліну та розвитку абдомінального ожиріння.

З позицій громадського здоров'я важливим є не лише індивідуальний підхід до корекції харчування, але й впровадження популяційних профілактичних заходів. Серед них особливе значення мають освітні програми, спрямовані на формування здорових харчових звичок у населення, починаючи з дитячого віку. Важливу роль відіграє також державна політика у сфері харчування, яка включає регулювання складу харчових продуктів, маркування, обмеження реклами шкідливої їжі та впровадження податкових механізмів щодо продуктів із високим вмістом цукру.

Ефективними стратегіями профілактики метаболічного синдрому є популяризація раціонального харчування, що передбачає збільшення споживання овочів, фруктів, цільнозернових продуктів, риби та рослинних олій, а також обмеження насичених жирів, солі та цукру. Значну роль відіграє інтеграція дієтологічних рекомендацій у практику первинної медичної допомоги, що дозволяє своєчасно виявляти групи ризику та проводити профілактичні заходи.

Таким чином, метаболічний синдром є серйозною проблемою громадського здоров'я, що потребує комплексного підходу до профілактики. Раціональне харчування виступає одним із ключових модифікованих факторів ризику, корекція якого дозволяє знизити захворюваність та покращити якість життя населення.

Література:

1. World Health Organization. Global report on diabetes. Geneva: WHO; 2016.
2. Grundy S.M. Metabolic syndrome update. Trends in Cardiovascular Medicine. 2016.
3. Monteiro C.A. et al. Ultra-processed foods and health. Public Health Nutrition. 2019.
4. Estruch R. et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. New England Journal of Medicine. 2018.
5. Mozaffarian D. Dietary and policy priorities for cardiovascular disease. Circulation. 2016.
6. Alberti K.G.M.M. et al. Harmonizing the metabolic syndrome. Circulation. 2009.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-52

РОЛЬ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ СТАЛОСТІ ТА ВІДНОВЛЕННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ В УКРАЇНІ

Горошков Олег Віталійович
кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри гігієни, медичної екології та громадського здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Сініцина Марія Олександрівна
здобувач вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Ступаєнко Анастасія Сергіївна
здобувач вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Сьогодні українська медична галузь функціонує в умовах масштабних демографічних, соціально-економічних та воєнних викликів, що суттєво впливають на безперервність надання медичної

допомоги населенню, загрожують стабільному доступу громадян до лікування. Особливого значення в цих обставинах набуває забезпечення сталості первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), яка є базовим компонентом системи громадського здоров'я та першим рівнем контакту населення з медичною системою.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 50 % населення світу не має повного доступу до основних медичних послуг, а дефіцит медичних працівників до 2030 року може перевищити 10 млн осіб [1]. В Україні проблема кадрового дефіциту та територіальної нерівності у доступі до медичної допомоги суттєво загострилася внаслідок пандемії COVID-19 та повномасштабної війни [2, с. 71]. За інформацією Міністерства охорони здоров'я України, станом на 2025 рік велика кількість об'єктів медичної інфраструктури були пошкоджені або повністю зруйновані, особливо у прифронтових регіонах. Одночасно спостерігається значне навантаження на систему ПМСД через внутрішню міграцію населення, збільшення кількості пацієнтів із хронічними захворюваннями та обмежений доступ до спеціалізованої допомоги [2, с. 71].

У таких умовах саме телемедицина стає одним із ключових інструментів забезпечення функціональної стійкості системи охорони здоров'я та важливим елементом цифрової трансформації громадського здоров'я. За оцінками міжнародних аналітичних організацій, глобальний ринок телемедицини після пандемії COVID-19 демонструє щорічне зростання понад 15 %, що свідчить про стратегічну зміну підходів до організації медичної допомоги [3]. В Україні розвиток телемедицини підтримується реформою цифровізації охорони здоров'я, розвитком електронної системи eHealth та впровадженням нормативно-правових механізмів дистанційного консультування пацієнтів [4, с. 113].

Метою роботи є оцінка ролі телемедицини у забезпеченні сталості та відновлення первинної медико-санітарної допомоги в Україні в умовах сучасних викликів.

Телемедичні технології забезпечують можливість безперервного медичного супроводу пацієнтів незалежно від їхнього місця проживання, що має особливе значення для сільських, логістично віддалених та постраждалих внаслідок бойових дій територій [4, с. 115]. Використання дистанційних консультацій, електронних медичних карт, систем моніторингу стану здоров'я та цифрових платформ комунікації дозволяє реалізувати принцип пацієнтоорієнтованої медичної допомоги та суттєво підвищує доступність послуг ПМСД.

Важливим етапом розвитку телемедицини в Україні стало впровадження електронної системи охорони здоров'я eHealth, яка забезпечує автоматизацію медичних процесів, електронний

документообіг, доступ до електронних рецептів та медичних записів. За даними Національної служби здоров'я України, станом на 2025 рік до електронної системи охорони здоров'я підключено переважну більшість закладів первинної медичної допомоги, що створило основу для масштабування телемедичних сервісів та інтеграції цифрових рішень у систему громадського здоров'я [5].

Суттєвий поштовх розвитку телемедицини надала пандемія COVID-19, під час якої дистанційне консультування стало одним із основних механізмів підтримки безперервності медичної допомоги. У подальшому, в умовах воєнного стану, телемедичні технології набули стратегічного значення для забезпечення медичного супроводу населення у регіонах із порушеною логістикою та обмеженим доступом до медичних закладів [2, с. 71]. Особливого значення це набуває для пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями (гіпертонія, цукровий діабет, ХОЗЛ тощо), які потребують постійного динамічного спостереження та корекції терапії.

За результатами сучасних досліджень, використання телемедицини сприяє зниженню частоти необґрунтованих госпіталізацій, оптимізації використання кадрових ресурсів та скороченню фінансових витрат пацієнтів на отримання медичної допомоги [4, с. 210; 5]. Крім того, дистанційні консультації дозволяють сімейним лікарям оперативно залучати вузькопрофільних спеціалістів обласного та національного рівнів, що підвищує якість діагностики та медичного супроводу на рівні ПМСД.

Водночас ефективність телемедицини безпосередньо залежить від рівня розвитку цифрової інфраструктури та доступності сучасних інформаційно-комунікаційних технологій. Значними проблемами залишаються нерівномірне покриття швидкісним інтернетом у сільській місцевості, дефіцит сучасного телемедичного обладнання, кібербезпекові ризики та недостатній рівень цифрової грамотності окремих категорій населення [4, с. 210]. В найближчому майбутньому цифровізація системи охорони здоров'я розглядається як один із пріоритетних напрямів модернізації медичної галузі та підвищення стійкості системи громадського здоров'я.

Перспективним напрямом розвитку є створення інтегрованих цифрових платформ для моніторингу стану здоров'я населення, розширення телемедичних послуг у межах ПМСД, впровадження технологій дистанційної діагностики та розвиток міжрегіональних консультативних мереж [5]. Важливе значення має також залучення міжнародної технічної допомоги та інвестицій у цифрову трансформацію медичної сфери, особливо для відновлення медичної інфраструктури прифронтових територій [2, с. 71; 5].

Отже, телемедицина в сучасних умовах є не лише інноваційним технологічним рішенням, а стратегічним інструментом забезпечення сталості, адаптивності та відновлення системи первинної медико-санітарної допомоги України [6, с. 117]. Інтеграція цифрових технологій у систему громадського здоров'я сприятиме підвищенню доступності та якості медичної допомоги, оптимізації ресурсного забезпечення та формуванню більш стійкої моделі охорони здоров'я в умовах сучасних викликів [5; 6, с. 117].

Висновки. Телемедицина в сучасних умовах є одним із ключових інструментів забезпечення сталості та безперервності первинної медико-санітарної допомоги в Україні. Впровадження цифрових технологій у систему охорони здоров'я дозволяє підвищити доступність медичних послуг для населення віддалених, сільських та постраждалих внаслідок бойових дій територій, а також забезпечити ефективний медичний супровід пацієнтів із хронічними захворюваннями. Розвиток електронної системи охорони здоров'я, дистанційного консультування та цифрових платформ комунікації сприяє оптимізації кадрових і фінансових ресурсів системи ПМСД та підвищенню якості медичної допомоги.

Література:

1. World Bank and WHO. Half the world lacks access to essential health services, 100 million still pushed into extreme poverty because of health expenses. World Health Organization (WHO). 2017. URL: https://www.who.int/news/item/13-12-2017-world-bank-and-who-half-the-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-still-pushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses (дата звернення: 17.05.2026).

2. Шанигін А. В., Ноябрьов Д. В. Системні виклики у сфері охорони здоров'я України та роль стратегій ВООЗ у післявоєнному відновленні. Реабілітація. Рекреація. Здоровий спосіб життя – 2025: наук.-практ. конф. з міжнародною участю, 23 травня 2025 р., м. Одеса: матеріали конф. Одеса, 2025. С. 71–74. URL: https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/17725

3. Consulting & Growth Advisory Services. Telemedicine Market Size, Share, Growth. Global Report [2034]. Fortune Business Insights. URL: https://www.fortunebusinessinsights.com/industry-reports/telemedicine-market-101067 (дата звернення: 19.05.2026).

4. Череп А. В., Дашко І. М., Огренич Ю. О., Череп О. Г., Гельман В. М. Цифрова трансформація економіки України шляхом інтеграції європейського досвіду в умовах війни та повоєнного відновлення: колективна монографія. Рига: Baltija Publishing, 2025. 396 с.

5. Міністерство охорони здоров'я України. Цифрова трансформація охорони здоров'я: підсумки 2025 року. URL: https://moz.gov.ua/uk/cifrova-transformaciya-ohoroni-zdorov-ya-pidsumki-2025-roku (дата звернення: 18.05.2026).

6. Каріх В. Цифровізація медичних послуг в Одеському регіоні за допомогою додатка eHealth. Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини для здобувачів вищої освіти другого (магістерського) рівня: наук.-практ. конф. з міжнародною участю, присвячена 125-річчю з дня заснування Одеського національного медичного університету, 4–5 вересня 2025 р., м. Одеса: тези доп. Одеса: ОНМедУ, 2025. с. 116–117. URL: https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/18647

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-53

ВПЛИВ УЛЬТРАОБРОБЛЕНИХ ПРОДУКТІВ НА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Діденко Софія Григорівна
здобувачка вищої освіти кафедри гігієни, медичної екології та громадського здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Рожнова Анастасія Михайлівна
старший викладач кафедри гігієни, медичної екології та громадського здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Актуальність теми. Ультраоброблені продукти займають значну частину сучасного раціону населення та становлять серйозну проблему громадського здоров'я. За останні десятиліття значно збільшилося споживання готової їжі, фастфуду, солодких напоїв, снеків та інших продуктів промислового виробництва. Такі зміни харчових звичок пов'язані зі швидким темпом життя, урбанізацією, активною рекламою та доступністю дешевих продуктів [1, с. 24].

За класифікацією NOVA ультраоброблені продукти – це харчові продукти, які проходять багатоетапну технологічну обробку та містять

значну кількість штучних компонентів: консервантів, барвників, емульгаторів, ароматизаторів, підсилювачів смаку та стабілізаторів. До них належать солодкі газовані напої, ковбасні вироби, чипси, кондитерські вироби, енергетичні напої, готові сніданки та напівфабрикати [2, с. 51].

Метою роботи є дослідження впливу ультраоброблених продуктів на здоров'я населення, аналіз основних ризиків їх надмірного споживання та визначення шляхів профілактики негативних наслідків.

Однією з найбільших проблем є високий вміст у таких продуктах цукру, солі, трансжирів та швидких вуглеводів. Надмірне споживання цих компонентів призводить до розвитку ожиріння, артеріальної гіпертензії, атеросклерозу та цукрового діабету 2 типу. Дослідження демонструють прямий зв'язок між регулярним вживанням ультраоброблених продуктів та ризиком серцево-судинних захворювань [3, с. 78].

Важливе значення має вплив ультраобробленої їжі на шлунково-кишковий тракт. Через низький вміст клітковини та надлишок штучних добавок порушується мікробіом кишечника, що може сприяти розвитку запальних захворювань кишечника, синдрому подразненого кишечника та метаболічних порушень. Крім того, надмірне вживання фастфуду сприяє розвитку жирової хвороби печінки.

Останні наукові дослідження також свідчать про негативний вплив ультраоброблених продуктів на психічне здоров'я. У людей, які регулярно споживають велику кількість солодких напоїв, фастфуду та снеків, частіше спостерігаються депресивні розлади, тривожність та хронічна втома [4, с. 93]. Це пов'язано з дефіцитом вітамінів, мінералів та інших поживних речовин у раціоні.

Особливо вразливою групою є діти та підлітки. Формування неправильних харчових звичок у ранньому віці може призвести до розвитку ожиріння, порушення обміну речовин та серцево-судинних захворювань у дорослому віці. Значний вплив на харчову поведінку дітей має реклама продуктів швидкого харчування та солодких напоїв.

Проблема ультраоброблених продуктів має не лише медичне, а й соціально-економічне значення. Зростання кількості хронічних неінфекційних захворювань призводить до підвищення витрат на медичне обслуговування та зниження працездатності населення. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, нездорове харчування є одним із провідних факторів передчасної смертності у світі [5].

Для профілактики негативного впливу ультраоброблених продуктів необхідно проводити комплексні заходи громадського здоров'я. До них належать популяризація здорового харчування, обмеження реклами шкідливих продуктів, удосконалення маркування харчової продукції та

проведення освітніх програм серед населення. Важливим є збільшення споживання овочів, фруктів, цільнозернових продуктів та натуральної їжі.

Висновки. Отже, ультраоброблені продукти є важливим фактором ризику розвитку багатьох хронічних захворювань. Їх надмірне споживання негативно впливає на фізичне та психічне здоров'я населення. Формування культури здорового харчування та проведення профілактичних заходів є необхідною умовою покращення громадського здоров'я.

Література:

1. Monteiro C. A., Cannon G., Levy R. et al. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. *Public Health Nutrition*. 2019. № 22(5). С. 936–941. doi: 10.1017/S1368980018003762
2. Moubarac J. C. Ultra-processed food and chronic diseases. *World Nutrition.* 2021. № 12(2). С. 50–58. DOI:10.1038/s43016-020-00207-3
3. Ludwig D. S. The role of processed food in obesity. *Journal of Nutrition*. 2020. № 150(1). С. 76–82. DOI: 10.1038/s41574-025-01143-7
4. Adjibade M., Julia C., Allès B. et al. Prospective association between ultra-processed food consumption and depressive symptoms. *BMC Medicine*. 2019. № 17. С. 93–101. DOI: 10.1186/s12916-019-1312-y
5. World Health Organization. Healthy diet. Geneva : WHO, 2023. 120 p.
6. Москаленко В. Ф. Громадське здоров'я : підручник. Київ : Медицина, 2021. 320 с.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-54

СЕКСУАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я В СТРУКТУРІ ЗАГАЛЬНОГО АНАМНЕЗУ: ВІД ПОДОЛАННЯ СТИГМИ ДО СТРАТЕГІЙ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Дністрянська Марія Владиславівна
асистент кафедри реабілітаційних технологій
Відокремлений структурний підрозділ закладу вищої освіти
«Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»
Вінницький соціально-економічний інститут
м. Вінниця, Україна

Сексуальне здоров'я є невіддільною складовою загального фізичного та ментального добробуту людини. Незважаючи на визнання ВООЗ

важливості сексуального здоров'я як фундаментального права людини, у рутинній клінічній практиці, збір сексуального анамнезу часто ігнорується або проводиться поверхнево. Ця проблема є багаторівневою і включає як стигматизацію з боку пацієнтів, так і брак комунікативних навичок або часу з боку медичних працівників [1, с. 45].

Мета роботи – проаналізувати поточний стан інтеграції питань сексуального здоров'я у загальний медичний анамнез та обґрунтувати необхідність впровадження нових стратегій громадського здоров'я для подолання існуючих бар'єрів.

Основний зміст. Традиційна біомедична модель охорони здоров'я часто відокремлює сексуальну сферу від загальносоматичної патології. Однак сучасні дослідження доводять, що сексуальні дисфункції можуть бути ранніми предикторами серцево-судинних захворювань, ендокринних порушень (зокрема, цукрового діабету), а також індикаторами депресивних та тривожних розладів. Відсутність проактивного обговорення цих питань лікарем первинної ланки призводить до пізньої діагностики інфекцій, що передаються статевим шляхом, неконтрольованого поширення ВІЛ-інфекції та зниження загальної якості життя пацієнтів [2, с. 55].

Дослідження тематики сексуального здоров'я як частини загального анамнезу та громадського здоров'я ведуться на перетині кількох дисциплін: сімейної медицини, психіатрії, соціології, реабілітації та сексології. У світовій та вітчизняній науці сформувався значний пул фактичних даних, які доводять необхідність зміни підходів.

Дослідження взаємозв'язку сексуальної функції та соматичних захворювань, зокрема клінічні предиктори є найпотужнішою доказовою базою, яка змушує медичну спільноту звертати увагу на сексуальний анамнез. Масштабні дослідження (наприклад, мета-аналізи, опубліковані в Journal of the American College of Cardiology) довели, що еректильна дисфункція є раннім маркером ендотеліальної дисфункції. Вона може випереджати прояви ішемічної хвороби серця на 3–5 років [4, с. 1422]. Дослідники активно вивчають вплив цукрового діабету та метаболічного синдрому на жіночу та чоловічу сексуальну функцію. Доведено, що порушення ліпідного обміну та нейропатії прямо корелюють зі зниженням лібідо та аноргазмією. Низка сучасних досліджень (зокрема, в контексті реабілітації ветеранів та осіб з ПТСР) фокусується на тому, як хронічний стрес, тривожні розлади, депресія та прийом антидепресантів впливають на сексуальне здоров'я. Соціологічні та медичні опитування, проведені серед лікарів загальної практики (зокрема, дослідження, що публікуються в British Journal of General Practice або звітах ВООЗ), виявили парадокс: більшість пацієнтів

хочуть, щоб лікар запитав їх про сексуальне здоров'я, але самі лікарі цього уникають.

Основною перепоною на шляху до повноцінного збору сексуального анамнезу є взаємна стигма. Пацієнти часто відчувають сором або страх осуду, особливо в контексті обговорення нетрадиційних сексуальних практик, кількості партнерів або проблем зі збудженням. З іншого боку, медичні працівники відзначають брак спеціалізованої підготовки щодо того, як ініціювати розмову про сексуальне здоров'я нейтрально та делікатно.

Для вирішення цієї проблеми стратегії громадського здоров'я повинні включати наступні кроки:

1. **Освітня модернізація:** впровадження обов'язкових тренінгів з комунікативних навичок (наприклад, за моделлю PLISSIT) для студентів-медиків та інтернів [3, с. 122].

2. **Стандартизація протоколів:** інтеграція базових скринінгових питань щодо сексуального здоров'я у стандартні анкети/опитувальники (в тому числі електронні системи охорони здоров'я) перед прийомом лікаря. Це дозволяє легалізувати тему і зняти напругу з міжособистісного спілкування [4, с. 89].

3. **Дестигматизація через просвітництво:** проведення масштабних інформаційних кампаній у сфері громадського здоров'я, які нормалізують турботу про сексуальне здоров'я та звернення до фахівців [5, с. 84].

Висновки. Сексуальне здоров'я не повинно бути «сліпою зоною» загальної медицини. Інтеграція сексуального анамнезу в рутинну практику вимагає системних змін: від перегляду навчальних програм медичних університетів до формування культури відкритості та толерантності в суспільстві. Ефективна стратегія громадського здоров'я має базуватися на принципах доказовості, конфіденційності та поваги до особистості пацієнта.

Література:

1. Романенко О. В., Коваленко І. М. Комунікативні бар'єри в практиці сімейного лікаря при зборі сексуального анамнезу. *Громадське здоров'я в Україні*. 2023. № 4. С. 42–48.

2. Іванова О. М., Петренко О. В. Сексуальна реабілітація осіб з бойовою травмою: інтеграція в мультидисциплінарний підхід. *Український вісник медичної реабілітації*. 2023. № 3. С. 55–61.

3. Carter A., Ford J. Communication barriers and the use of the PLISSIT model in primary care. *British Journal of General Practice*. 2022. Vol. 72 (715). P. 120–126.

4. Montorsi P. et al. Erectile dysfunction as a predictor of cardiovascular events: a meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*. 2020. Vol. 75, No. 12. P. 1420–1432.

5. World Health Organization. Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. Geneva : WHO, 2017. 84 p.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-55

ОСТЕОПОРОЗ ЯК АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ СТАРІННЯ НАСЕЛЕННЯ

Дубовик Сергій Леонідович
доцент кафедри гігієни, медичної екології та громадського здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Ступаєнко Анастасія Сергіївна
здобувач вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Остеопороз є одним із найбільш поширених хронічних неінфекційних захворювань сучасності та становить важливу медико-соціальну проблему у сфері громадського здоров'я. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, остеопороз посідає провідне місце серед причин інвалідизації та зниження якості життя населення старших вікових груп [1, с. 6].

У сучасних демографічних умовах проблема остеопорозу набуває особливої актуальності у зв'язку зі старінням населення та збільшенням частки осіб похилого віку. Основною клінічною небезпекою захворювання є підвищення ризику низькоенергетичних переломів, насамперед шийки стегнової кістки, тіл хребців та кісток передпліччя [2, с. 17]. Переломи, пов'язані з остеопорозом, супроводжуються високими показниками смертності, інвалідизації та значними економічними витратами для системи охорони здоров'я.

Важливим фактором розвитку остеопорозу є дефіцит кальцію та вітаміну D у харчовому раціоні населення. Недостатнє надходження цих нутрієнтів, низький рівень фізичної активності, гіподинамія та обмежене перебування на сонці сприяють зниженню мінеральної щільності

кісткової тканини [3, с. 24]. В умовах воєнного стану негативний вплив цих факторів посилюється через зміну способу життя населення, хронічний стрес та погіршення доступу до профілактичної медичної допомоги.

Особливу увагу слід приділяти жінкам у постменопаузальному періоді, які належать до групи підвищеного ризику розвитку остеопорозу внаслідок естрогенодефіциту [4, с. 41]. Водночас проблема остеопорозу є актуальною і для дітей та підлітків, оскільки недостатнє накопичення пікової кісткової маси в дитячому віці збільшує ризик розвитку захворювання у дорослому житті.

Сучасна концепція громадського здоров'я передбачає пріоритет профілактичного підходу до боротьби з остеопорозом. Основними напрямами профілактики є формування здорових харчових звичок, забезпечення достатнього рівня фізичної активності, своєчасна корекція дефіциту вітаміну D та проведення інформаційно-просвітницької роботи серед населення [5, с. 13].

Важливим компонентом профілактики є скринінг груп ризику та раннє виявлення зниження мінеральної щільності кісткової тканини. Використання денситометрії дозволяє своєчасно оцінити ризик переломів та визначити необхідність профілактичних або лікувальних заходів [6, с. 52].

Таким чином, остеопороз є важливою проблемою громадського здоров'я, яка потребує комплексного міждисциплінарного підходу. Реалізація профілактичних програм, спрямованих на збереження кісткового здоров'я населення, є необхідною умовою зниження захворюваності, інвалідизації та покращення якості життя населення України.

Література:

1. World Health Organization Prevention and management of osteoporosis. Geneva : WHO, 2023. 48 p.

2. Compston J.E., McClung M.R., Leslie W.D. Osteoporosis. *The Lancet*. 2019. Vol. 393. P. 364–376.

3. Holick M.F. Vitamin D deficiency. *New England Journal of Medicine*. 2007. Vol. 357. P. 266–281.

4. Kanis J.A., Cooper C., Rizzoli R. et al. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporosis International*. 2019. Vol. 30. P. 3–44.

5. International Osteoporosis Foundation Capture the Fracture: A global campaign to break the fragility fracture cycle. 2022. 35 p.

6. Ministry of Health of Ukraine Профілактика неінфекційних захворювань та збереження здоров'я населення України : аналітичний звіт. Київ, 2024. 61 с.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-56

ВПЛИВ АЛГОРИТМІВ КОРОТКОГО ВІДЕОКОНТЕНТУ ЯК ПОПУЛЯЦІЙНОГО ФАКТОРА РИЗИКУ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ ТА СДУГ СЕРЕД МОЛОДІ: ВИКЛИКИ ДЛЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Єрмолаєва Анастасія Дмитрівна
здобувач 4 курсу
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Рожнова Анастасія Михайлівна
старший викладач кафедри гігієни, медичної екології та громадського здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Сучасний цифровий простір суттєво трансформував спосіб споживання інформації молоддю. Особливе місце серед цифрових платформ займають сервіси короткого відеоконтенту – TikTok, Instagram Reels, YouTube Shorts та інші. Їхня популярність серед підлітків та молодих дорослих обумовлена поєднанням алгоритмічної персоналізації, швидкої зміни стимулів та системи безперервного перегляду. Алгоритми таких платформ формують індивідуалізовану стрічку контенту, яка адаптується до поведінки користувача в режимі реального часу. Це забезпечує тривале утримання уваги, однак водночас створює ризики для когнітивного функціонування та психічного здоров'я.

Упродовж останніх років проблема впливу короткого відеоконтенту на мозок молоді стала предметом активного міждисциплінарного дослідження у сфері нейропсихології, психіатрії, громадського здоров'я та цифрової медицини. Особливу занепокоєність викликає зв'язок між надмірним споживанням коротких відео та розвитком симптомів дефіциту уваги, погіршенням виконавчих функцій, зниженням здатності до тривалої концентрації та формуванням поведінкової залежності.

Алгоритми рекомендацій працюють за принципом максимізації залучення користувача. Для цього використовуються механізми змінного підкріплення, подібні до тих, що застосовуються в азартних іграх. Непередбачуваність нового контенту стимулює дофамінергічну систему винагороди, підтримуючи постійне бажання перегляду наступного відео. Молодий мозок, який перебуває на етапі формування префронтальної кори та систем самоконтролю, є особливо вразливим до такого типу стимуляції.

Дослідження свідчать, що надмірне використання платформ короткого відеоконтенту асоціюється зі зниженням показників уваги та інгібіторного контролю. У систематичному огляді та метааналізі, який охопив понад 98 тисяч учасників, було встановлено помірний зв'язок між інтенсивним використанням коротких відео та погіршенням когнітивних функцій, зокрема уваги та виконавчого контролю. Крім того, швидка зміна візуальних стимулів сприяє розвитку феномену «фрагментованої уваги», коли користувачеві стає складно тривалий час утримувати концентрацію на одному завданні.

Важливою проблемою є імітація або гіпердіагностика синдрому дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ). У соціальних мережах активно поширюється контент, що спрощує або романтизує симптоми СДУГ. Частина відео містить недостовірну інформацію, що може формувати хибне уявлення про психічні розлади та сприяти самодіагностиці серед молоді . Це створює додаткове навантаження на систему охорони психічного здоров'я та ускладнює ранню диференційну діагностику.

Серед потенційних нейропсихологічних механізмів негативного впливу короткого відеоконтенту виділяють перевантаження сенсорної системи, постійну стимуляцію системи винагороди, зниження толерантності до монотонної діяльності та ослаблення процесів довільної уваги. Також спостерігається порушення режиму сну через використання смартфонів у вечірній час. Хронічне недосипання, у свою чергу, асоціюється зі зниженням когнітивної продуктивності, емоційною лабільністю та підвищенням ризику розвитку тривожних розладів.

З позицій громадського здоров'я проблема набуває популяційного характеру. Короткий відеоконтент став частиною повсякденного середовища більшості молодих людей. Таким чином, ризики, пов'язані з алгоритмічним впливом цифрових платформ, виходять за межі індивідуальної поведінки та трансформуються у фактор, здатний впливати на когнітивний потенціал молодого покоління загалом.

Особливу небезпеку становить поєднання короткого відеоконтнту з освітнім процесом. Постійне переключення уваги між цифровими

стимулами погіршує здатність до глибокого опрацювання інформації, критичного мислення та тривалого навчання. У студентської молоді це може проявлятися труднощами із запам'ятовуванням великих обсягів матеріалу, зниженням академічної успішності та зростанням рівня психоемоційного виснаження.

У контексті системи громадського здоров'я необхідним є впровадження профілактичних стратегій цифрової гігієни. До них належать: інформування молоді щодо ризиків надмірного споживання короткого відеоконтенту; розвиток навичок усвідомленого користування соціальними мережами; обмеження часу використання платформ; популяризація фізичної активності та офлайн-комунікації; інтеграція програм медіаграмотності у навчальний процес.

Медичні працівники також повинні враховувати вплив цифрового середовища під час оцінки когнітивного та психоемоційного стану молодих пацієнтів. Скринінг тривалості екранного часу, характеру цифрової активності та якості сну може стати важливим компонентом профілактичної медицини. Водночас важливо уникати надмірної патологізації цифрових технологій, оскільки помірне та контрольоване використання соціальних платформ може мати і позитивні аспекти, зокрема освітні та комунікативні.

Отже, алгоритми короткого відеоконтенту формують нове інформаційне середовище, здатне впливати на когнітивне функціонування молоді. Зростання поширеності симптомів порушення уваги, інформаційного перевантаження та поведінкової залежності вимагає міждисциплінарного підходу за участю лікарів, психологів, педагогів та фахівців із громадського здоров'я. Проблема цифрового впливу на когнітивне здоров'я молоді потребує подальших досліджень, а також розробки державних профілактичних програм, спрямованих на формування безпечного цифрового середовища.

Література:

1. Carr N. The Shallows: What the Internet Is Doing to Our Brains. New York : W. W. Norton & Company, 2020. 320 с.

2. Alter A. Irresistible: The Rise of Addictive Technology and the Business of Keeping Us Hooked. New York : Penguin Press, 2017. 368 с.

3. Montag C., Hegelich S. Understanding Detrimental Aspects of Social Media Use Among Adolescents. Frontiers in Psychiatry. 2020. Vol. 11. С. 1–9.

4. Nguyen L. et al. Feeds, feelings, and focus: A systematic review and meta-analysis examining the cognitive and mental health correlates of short-form video use. Psychological Bulletin. 2025. Vol. 151(9). P. 1125–1146.

5. Yeung A., Ng E., Abi-Jaoude E. TikTok and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Cross-Sectional Study of Social Media

Content Quality. Canadian Journal of Psychiatry. 2022. Vol. 67(12). P. 899–906.

6. Twenge J. iGen: Why Today's Super-Connected Kids Are Growing Up Less Rebellious, More Tolerant, Less Happy. New York : Atria Books, 2018. 352 c.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-57

ПОВСЯКДЕННА РУХОВА АКТИВНІСТЬ І САМОКОНТРОЛЬ ЯК ІНСТРУМЕНТИ ЗНИЖЕННЯ КАРДІОМЕТАБОЛІЧНИХ РИЗИКІВ: МОЖЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Кіціс Анна Геннадіївна
асистент кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання
Одеський національний медичний університет,
лікар фізичної та реабілітаційної медицини
Комунальне некомерційне підприємство «Міська лікарня № 8»
Одеської міської ради
м. Одеса, Україна

Вступ. Неінфекційні захворювання залишаються однією з провідних причин смертності та інвалідизації населення у світі. Згідно даних Всесвітньої організації охорони здоров'я, серцево-судинні захворювання, ожиріння, цукровий діабет 2 типу та інші кардіометаболічні порушення формують значний соціально-економічний тягар для систем охорони здоров'я [1]. Одним із ключових модифікованих факторів ризику розвитку цих станів є недостатній рівень фізичної активності, що асоціюється зі зниженням функціональних резервів організму, порушенням метаболізму та прогресуванням хронічних захворювань [2].

Актуальність. У сучасній системі охорони здоров'я реабілітаційна медицина виконує не лише функцію відновлення порушених функціональних можливостей, але й відіграє важливу роль у профілактиці, контролі та зменшенні тягаря неінфекційних захворювань [3, 4].

Особливого значення набуває концепція повсякденної рухової активності (NEAT – non-exercise activity thermogenesis), яка включає енергетичні витрати під час звичайної щоденної діяльності: ходьби,

побутової активності, переміщень, виконання професійних обов'язків та інших форм неспортивного руху [5]. На відміну від короткотривалих тренувань, саме повсякденна рухова активність забезпечує тривалий позитивний вплив на кардіометаболічний профіль пацієнта.

Мета. Визначення ролі повсякденної рухової активності та самоконтролю у зниженні кардіометаболічних ризиків, а також обґрунтування можливостей інтеграції цих підходів у систему реабілітаційної медицини та громадського здоров'я.

Методи. Аналіз сучасних міжнародних рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я, наукових публікацій щодо впливу фізичної активності на кардіометаболічні ризики, а також узагальнення практичного досвіду застосування програм фізичної активності у реабілітаційній практиці.

Результати. В умовах сучасного суспільства урбанізація, автоматизація праці та цифровізація повсякденного життя призводять до суттєвого зниження рівня рухової активності населення [2]. Навіть за наявності епізодичних фізичних тренувань тривалий сидячий спосіб життя розглядається як незалежний предиктор несприятливих серцево-судинних подій. В українських реаліях додатковим фактором ризику виступає хронічний психоемоційний стрес, пов'язаний із військовими подіями, соціальною нестабільністю та зміною умов життя населення.

У сучасній системі охорони здоров'я реабілітаційна медицина виконує не лише функцію відновлення порушених функціональних можливостей, але й відіграє важливу роль у профілактиці, контролі та зменшенні тягаря неінфекційних захворювань. Особливого значення набуває інтеграція повсякденної рухової активності у програми профілактики та реабілітації пацієнтів із кардіометаболічними порушеннями [6, 7].

Відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я, доросле населення повинно виконувати щонайменше 150–300 хвилин аеробної фізичної активності помірної інтенсивності на тиждень. Проте значна частина населення не досягає навіть мінімального рекомендованого рівня рухової активності. У зв'язку з цим важливого значення набуває не лише структуроване фізичне тренування, але й повсякденна рухова активність – ходьба, побутові дії, підйом сходами, активне пересування протягом дня [8].

Регулярна повсякденна рухова активність позитивно впливає на функціональний стан серцево-судинної системи, сприяє покращенню периферичного кровообігу, нормалізації артеріального тиску, зменшенню проявів інсулінорезистентності та покращенню ліпідного профілю [9, 10].

Одним із ключових патофізіологічних механізмів формування кардіометаболічних порушень є інсулінорезистентність та хронічне низькоінтенсивне системне запалення [9]. Вони забезпечують перехід

від функціональних метаболічних порушень до структурного ураження судинної стінки та міокарда. Водночас тривала гіподинамія сприяє порушенню ендотеліальної функції, підвищенню жорсткості судинної стінки, активації прозапальних механізмів та прискоренню атеросклеротичного процесу [2, 4].

У клінічній практиці важливого значення набуває не лише збільшення рівня рухової активності, але й формування у пацієнта навичок самоконтролю. Самоконтроль передбачає усвідомлене спостереження за власним станом здоров'я, рівнем фізичної активності, переносимістю навантаження та дотриманням рекомендацій фахівців. Саме активне залучення пацієнта до процесу реабілітації є важливим компонентом пацієнтоорієнтованого підходу в сучасній реабілітаційній медицині [11, 12].

Використання сучасних цифрових технологій дозволяє здійснювати дистанційний моніторинг показників фізичної активності, частоти серцевих скорочень, параметрів сну та інших функціональних характеристик організму [11].

Особливе значення самоконтроль має у пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями, оскільки ефективність лікування та реабілітації у значній мірі залежить від здатності пацієнта підтримувати довготривалі зміни поведінки у повсякденному житті. Самоконтроль сприяє підвищенню прихильності до лікування, формуванню здорових поведінкових звичок та своєчасному виявленню негативних змін функціонального стану [12].

У межах клінічного дослідження було обстежено 40 пацієнтів, які перебували на післягострому або довготривалому етапі реабілітації після гострого порушення мозкового кровообігу. Пацієнти були розподілені на основну та контрольну групи. Основна група, окрім стандартної програми реабілітації, отримувала рекомендації щодо поступового збільшення рівня повсякденної рухової активності та самоконтролю інтенсивності навантаження за шкалою Borg.

Отримані результати свідчать про доцільність інтеграції повсякденної рухової активності та самоконтролю у комплексні програми реабілітації пацієнтів із кардіометаболічними ризиками. Повсякденна рухова активність є доступним, безпечним та фізіологічним інструментом первинної та вторинної профілактики серцево-судинних захворювань. Водночас самоконтроль дозволяє пацієнтам підтримувати необхідний рівень активності, формувати відповідальне ставлення до власного здоров'я та підвищувати ефективність реабілітаційного лікування.

Висновки. Повсякденна рухова активність та самоконтроль є важливими складовими профілактики й зниження кардіометаболічних ризиків та мають значний потенціал у системі реабілітаційної медицини та громадського здоров'я. Регулярна фізична активність сприяє

покращенню функціонального стану серцево-судинної системи, нормалізації метаболічних показників, зменшенню проявів інсулінорезистентності та підвищенню функціональної незалежності пацієнтів. Водночас застосування інструментів самоконтролю підвищує прихильність до лікування, формує здорові поведінкові звички та сприяє тривалому підтриманню достатнього рівня рухової активності. Інтеграція повсякденної рухової активності у комплексні програми реабілітації дозволяє підвищити ефективність відновного лікування, покращити якість життя пацієнтів та розглядатися як перспективний напрям профілактики неінфекційних захворювань.

Література:

1. World Health Organization. WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour. Geneva: WHO; 2020.
2. MEDBOX – The Aid Library. Cardiovascular diseases (CVDs). URL: https://www.medbox.org/document/cardiovascular-diseases-cvds?utm_source=chatgpt.com
3. Xu J., Hou S., Chen Z. et al. The burden of ischemic stroke in Eastern Europe from 1990 to 2021. *BMC Neurology*. 2025. Vol. 25. P. 74. DOI: 10.1186/s12883-025-04081-z.
4. Bowden Davies K. A., Norman J. A., Thompson A., Mitchell K. L., Harrold J. A., Halford J. C. G., Wilding J. P. H., Kemp G. J., Cuthbertson D. J., Sprung V. S. Short-Term Physical Inactivity Induces Endothelial Dysfunction. *Frontiers in physiology*. 2021. *12*. 659834. https://doi.org/10.3389/fphys.2021.659834
5. Kurapov A., Kalaitzaki A., Keller V., Danyliuk I., Kowatsch T. The mental health impact of the ongoing Russian-Ukrainian war 6 months after the Russian invasion of Ukraine. *Frontiers in psychiatry*. 2023. *14*. 1134780. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1134780
6. Organisation for Economic Co-operation and Development, European Commission. Health at a Glance: Europe 2024 – Paris : OECD Publishing, 2024. URL: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/11/health-at-a-glance-europe-2024_bb301b77/b3704e14-en.pdf?utm_source=chatgpt.com
7. Mensah G. A., Roth G. A., Fuster V. The Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors: 2020 and Beyond. *Journal of the American College of Cardiology*. 2019. *74*(20). 2529–2532. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.10.009
8. Bull F. C., Al-Ansari S. S., Biddle S., Borodulin K., Buman M. P., Cardon G., Carty C., Chaput J. P., Chastin S., Chou R., Dempsey P. C., DiPietro L., Ekelund U., Firth J., Friedenreich C. M., Garcia L., Gichu M., Jago R., Katzmarzyk P. T., Lambert E., … Willumsen J. F. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary

behaviour. *British journal of sports medicine*. 2020. *54*(24). 1451–1462. https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955

9. Green D. J., Hopman M. T., Padilla J., Laughlin M. H., Thijssen D. H. Vascular Adaptation to Exercise in Humans: Role of Hemodynamic Stimuli. *Physiological reviews*. 2017. *97*(2). 495–528. https://doi.org/10.1152/physrev.00014.2016

10. Pedersen B. K., Febbraio M. A. Muscles, exercise and obesity: skeletal muscle as a secretory organ. Nature reviews. *Endocrinology*. 2012. 8(8). 457–465. https://doi.org/10.1038/nrendo.2012.49

11. Bodenheimer T., Lorig K., Holman H., Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*. 2002. 288(19). 2469–2475. https://doi.org/10.1001/jama.288.19.2469

12. Lorig K. R., Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*. 2003. 26(1). 1–7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-58

СУЧАСНИЙ СТАН ТА СТРАТЕГІЧНІ ОРІЄНТИРИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В УМОВАХ КОМПЛЕКСНИХ ВИКЛИКІВ

Князькова Валентина Яківна
кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Криленко Володимир Ігорович
здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

У період глибоких соціально-економічних трансформацій та геополітичної нестабільності система громадського здоров'я в Україні набуває визначального значення як один із базових елементів національної безпеки, людського потенціалу та стійкого розвитку держави. Її функціонування виходить за межі традиційного медичного обслуговування, охоплюючи профілактичну, аналітичну, управлінську

та соціальну складові, що формують комплексний підхід до збереження та зміцнення здоров'я населення.

Актуальність розвитку цієї сфери обумовлена сукупністю факторів, які одночасно впливають на стан здоров'я населення. Серед них ключову роль відіграють демографічна криза, епідеміологічні трансформації, наслідки пандемії COVID-19, а також повномасштабні воєнні дії, що створюють безпрецедентне навантаження на систему охорони здоров'я. У цьому контексті громадське здоров'я виступає не лише як інструмент реагування на загрози, а й як механізм їх попередження через формування сприятливого середовища для життєдіяльності населення.

Характерною ознакою сучасного етапу є домінування неінфекційних захворювань у структурі смертності та захворюваності. В Україні цей показник стабільно перевищує 80%, причому найбільшу частку становлять серцево-судинні та онкологічні хвороби. Така ситуація свідчить про наявність системних прогалин у сфері профілактики, ранньої діагностики та формування культури здорового способу життя. Водночас вона підкреслює необхідність зміщення акцентів державної політики від лікування до попередження захворювань, що відповідає сучасним міжнародним підходам.

Демографічні процеси в Україні також демонструють негативну динаміку. Скорочення чисельності населення, старіння нації, зниження рівня народжуваності та зростання смертності формують складний соціально-економічний контекст, у якому система громадського здоров'я має функціонувати. Очікувана тривалість життя залишається нижчою, ніж у більшості європейських країн, що свідчить про недостатню ефективність існуючих механізмів підтримки здоров'я населення.

Суттєвий вплив на трансформацію системи громадського здоров'я справила пандемія COVID-19, яка виявила як слабкі, так і потенційно сильні сторони національної системи охорони здоров'я. З одного боку, були зафіксовані проблеми з ресурсним забезпеченням, координацією дій та кризовим управлінням. З іншого – пандемія стимулювала розвиток цифрових технологій, зокрема електронних систем обліку та моніторингу медичних даних, що створило передумови для подальшої цифровізації галузі [1].

Особливим викликом для системи громадського здоров'я стали воєнні дії, які суттєво змінили структуру захворюваності та потреб населення у медичних послугах. Зростання травматизму, поширення психічних розладів, порушення доступу до медичної допомоги в окремих регіонах – усе це потребує адаптації існуючих механізмів управління до умов кризового середовища. Значна частина населення

потребує не лише фізичної, а й психологічної підтримки, що актуалізує розвиток системи психічного здоров'я як невід'ємної складової громадського здоров'я.

У відповідь на ці виклики в Україні поступово формується нова модель управління громадським здоров'ям, орієнтована на децентралізацію, підвищення ролі регіональних структур та інтеграцію міжсекторальних підходів. Розвиток центрів контролю та профілактики хвороб, удосконалення механізмів епідеміологічного нагляду, а також впровадження сучасних інформаційних систем сприяють підвищенню ефективності управлінських рішень [2].

Важливим аспектом є також посилення міжгалузевої взаємодії, оскільки стан здоров'я населення формується під впливом широкого спектра соціальних, економічних та екологічних чинників. Ефективна політика громадського здоров'я передбачає координацію дій у сферах освіти, соціального захисту, екології та економіки, що дозволяє створити комплексні умови для збереження здоров'я населення.

Перспективи розвитку системи громадського здоров'я в Україні пов'язані з її подальшою модернізацією, інтеграцією до європейського простору та впровадженням міжнародних стандартів. Особливого значення набуває зміцнення інституційної спроможності, підвищення рівня фінансування, розвиток кадрового потенціалу та впровадження інноваційних технологій. У цьому контексті важливою є реалізація довгострокових стратегій, спрямованих на підвищення якості життя населення та забезпечення стійкості системи до зовнішніх і внутрішніх викликів [3].

Таким чином, сучасний стан громадського здоров'я в Україні характеризується складною багатофакторною динамікою, що потребує системного, науково обґрунтованого підходу до управління. Ефективне функціонування цієї системи можливе лише за умови поєднання державної політики, наукових досліджень та практичних інструментів, спрямованих на формування здорового суспільства. У стратегічній перспективі це стане важливим чинником соціальної стабільності, економічного розвитку та національної безпеки держави.

Література:

1. Князькова В. Я., Криленко В. І., Шрамко О. О. Цифрова трансформація медичної галузі як інноваційна складова реформи охорони здоров'я. Матеріали 2 Міжнародної науково-практичної конференції «New Horizons in Scientific Research: Challenges and Solutions». Марсель, Франція. 16–18 грудня 2024. С. 123–127. URL: https://www.eoss-conf.com/wp-content/uploads/2024/12/Marseille_France_16.12.24.pdf

2. Радченко О., Лагодієнко В. Сучасні тенденції та стратегічні орієнтири системи охорони здоров'я України. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*. 2021. № 20(1(47). С. 34–48. https://doi.org/10.18524/2413-9998.2021.1(47).226925

3. Немченко В. В., Криленко В. І., Рудінська О. В., Князькова В. Я., Немченко Г. В. Механізм синергії громадського здоров'я, продовольчої безпеки та поведінки споживачів: роль нейромаркетингу. *Економічний вісник Дніпровської політехніки. Науковий журнал*. 2024. № 2(86). С. 123–131. https://doi.org/10.33271/ebdut/86.123

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-59

РАЦІОНАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ЯК ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Костюк Володимир Сергійович
здобувач вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Рожнова Анастасія Михайлівна
старший викладач кафедри гігієни, медичної екології
та громадського здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Проблема раціонального харчування студентської молоді набуває особливої актуальності в контексті сучасних викликів громадського здоров'я. Студентський вік є періодом інтенсивного інтелектуального навантаження, соціальної адаптації та формування сталої моделі повсякденної поведінки. Саме в цей час закріплюються харчові звички, які надалі можуть впливати на ризик розвитку хронічних неінфекційних захворювань, рівень працездатності, психоемоційний стан і загальну якість життя. Тому харчування студентів доцільно розглядати не лише як індивідуальну побутову практику, а як важливий елемент профілактичної політики у сфері громадського здоров'я [1, с. 45].

Раціональне харчування передбачає достатнє енергетичне забезпечення організму, збалансованість основних нутрієнтів, регулярність прийомів їжі, безпечність продуктів і відповідність раціону

віку, статі, фізичній активності та умовам навчання. Для студентів це особливо важливо, оскільки навчальна діяльність потребує концентрації уваги, стабільної пам'яті, витривалості та здатності до швидкого відновлення. Недостатнє або незбалансоване харчування може проявлятися не одразу, однак поступово призводить до зниження адаптаційних можливостей організму, частішої втомлюваності, порушень сну та зменшення мотивації до навчання [5, с. 89].

За даними досліджень, значна частина студентів харчується нераціонально: пропускає сніданки, вживає їжу нерегулярно, надає перевагу фастфуду та продуктам з високим вмістом простих вуглеводів, солі й насичених жирів, недостатньо споживає свіжі овочі, фрукти, бобові, молочні продукти та джерела повноцінного білка [2, с. 112]. Такий тип харчової поведінки нерідко поєднується з дефіцитом рухової активності, тривалим перебуванням перед екранами, порушенням питного режиму та нерегулярним сном, що посилює негативний вплив на здоров'я.

Першою важливою тезою є те, що харчова поведінка студентів формується під впливом не лише особистого вибору, а й освітнього середовища. Якщо у закладі освіти відсутня доступна здорова їжа, немає достатньої перерви для повноцінного прийому їжі, а поблизу переважають заклади швидкого харчування, студент фактично опиняється в умовах, які сприяють нездоровому вибору. Тому відповідальність за профілактику порушень харчування не може покладатися виключно на саму молодь; вона має бути розподілена між студентом, родиною, закладом освіти, місцевою громадою та системою охорони здоров'я [6, с. 201].

Другою тезою є значення регулярності харчування. Пропуск сніданку або тривалі перерви між прийомами їжі можуть спричиняти різкі коливання апетиту, переїдання у вечірній час, зниження концентрації уваги під час занять і формування залежності від швидких перекусів. Для студентської молоді оптимальним є не жорстке дотримання універсальної дієти, а вироблення реалістичного режиму: повноцінний сніданок, збалансований обід, легка вечеря та за потреби корисні перекуси. Особливо важливо, щоб цей режим враховував навчальний розклад, дорогу до закладу освіти, проживання у гуртожитку та фінансові можливості студента.

Третьою тезою є необхідність підвищення нутриціологічної грамотності студентів. Молодь часто отримує інформацію про харчування з соціальних мереж, реклами, блогів або неформальних джерел, де науково обґрунтовані рекомендації змішуються з модними дієтами, міфами й комерційними порадами. Внаслідок цього частина студентів схильна або переоцінювати користь окремих продуктів, або

безпідставно виключати з раціону цілі харчові групи. Нутриціологічна грамотність повинна включати вміння читати етикетки, розуміти роль білків, жирів, вуглеводів, клітковини, вітамінів і мінералів, оцінювати достовірність інформації та планувати раціон відповідно до власних потреб [3, с. 78].

Четвертою тезою є зв'язок харчування з психічним здоров'ям. Стрес, перевтома, тривожність під час сесії та порушення режиму сну можуть провокувати емоційне переїдання або, навпаки, втрату апетиту. У студентському середовищі поширеними є спроби компенсувати втому надмірним споживанням кави, енергетичних напоїв, солодощів і висококалорійних перекусів. Такі практики дають короткочасне відчуття бадьорості, але не вирішують проблему виснаження і можуть погіршувати самопочуття. Отже, профілактика порушень харчування має бути поєднана з підтримкою психічного здоров'я, розвитком навичок саморегуляції та раціональною організацією навчального навантаження.

П'ятою тезою є важливість якості харчового середовища у кампусі. Університетські їдальні, буфети й автомати з напоями можуть або підтримувати здоровий вибір, або відтворювати модель надмірного споживання солодких напоїв, випічки, солоних снеків і смажених страв. З позиції громадського здоров'я доцільним є впровадження принципу «здоровий вибір за замовчуванням», коли в меню постійно доступні овочеві страви, каші, цільнозернові продукти, нежирні джерела білка, несолодкі напої та сезонні фрукти. Водночас важливо не забороняти продукти адміністративно, а створювати умови, за яких корисніші варіанти є доступними, зрозумілими й економічно прийнятними [7, с. 1].

Шостою тезою є потреба враховувати соціально-економічні чинники. Для багатьох студентів вибір їжі визначається обмеженим бюджетом, проживанням у гуртожитку, відсутністю кухонного обладнання, нестачею часу та необхідністю поєднувати навчання з роботою. У таких умовах рекомендації мають бути практичними: планування покупок, використання сезонних продуктів, приготування простих збалансованих страв, зменшення частоти купівлі фастфуду, вибір доступних джерел білка, таких як яйця, бобові, кисломолочні продукти, риба або м'ясо відповідно до можливостей студента. Саме практичність рекомендацій підвищує ймовірність їх реального виконання [2, с. 115].

Сьомою тезою є необхідність профілактики аліментарно-залежних ризиків. Нераціональне харчування студентської молоді може сприяти розвитку надмірної маси тіла, дефіцитних станів, анемії, гіповітамінозу, порушень травлення та метаболічних змін. Всесвітня організація охорони здоров'я наголошує, що здоровий раціон має включати

достатню кількість овочів і фруктів, обмеження вільних цукрів, солі, насичених жирів і трансжирів [4, с. 1]. Для студентів ці рекомендації мають бути подані не як абстрактні норми, а як конкретні повсякденні дії: заміна солодких напоїв водою, додавання овочів до основного прийому їжі, вибір варених або запечених страв замість смажених, контроль частоти вживання снеків.

Окремої уваги потребує дистанційне та змішане навчання. Воно змінює звичний режим дня, збільшує час перебування вдома або в гуртожитку, посилює малорухомість і часто стирає межу між навчанням, відпочинком і прийомом їжі. За таких умов зростає ризик безконтрольних перекусів, нерегулярного харчування, надмірного споживання кави та солодких напоїв. Водночас дистанційний формат може мати й позитивний потенціал: студент отримує більше можливостей самостійно готувати їжу, планувати меню та формувати сталі побутові навички. Завдання освітнього процесу полягає в тому, щоб допомогти використати ці можливості на користь здоров'я.

Важливим напрямом роботи є моніторинг харчового статусу студентів і вивчення їхніх харчових звичок. Для цього можуть застосовуватися анонімні опитування, харчові щоденники, частотні опитувальники, оцінка індексу маси тіла, аналіз скарг, пов'язаних із харчуванням, та виявлення груп ризику. Отримані дані мають використовуватися не для контролю або стигматизації студентів, а для планування профілактичних заходів, адаптації меню їдалень, проведення тематичних занять і розроблення адресних рекомендацій [6, с. 203].

З позиції закладу вищої освіти доцільними є такі практичні кроки: введення коротких освітніх модулів з основ здорового харчування; проведення інформаційних кампаній під час адаптації першокурсників; розміщення зрозумілих матеріалів у їдальнях і гуртожитках; маркування страв за основними харчовими характеристиками; забезпечення доступу до питної води; співпраця з фахівцями громадського здоров'я, сімейними лікарями, психологами та студентським самоврядуванням. Важливо, щоб ці заходи були систематичними, а не разовими, оскільки зміна харчової поведінки потребує часу та підтримувального середовища.

Таким чином, раціональне харчування студентської молоді є багатоаспектною проблемою громадського здоров'я, що поєднує медичні, соціальні, освітні, економічні та психологічні компоненти. Ключовими тезами є: необхідність формування нутриціологічної грамотності; створення здорового харчового середовища у закладах освіти; забезпечення доступності корисних продуктів; профілактика аліментарно-залежних захворювань; підтримка психічного здоров'я; розвиток навичок самостійного планування раціону; систематичний

моніторинг харчових звичок студентів. Ефективне вирішення цієї проблеми можливе лише за умови узгоджених дій держави, закладів вищої освіти, фахівців громадського здоров'я, родин і самих студентів.

Література:

1. Смоляр В. І. Фізіологія і гігієна харчування. Київ : Здоров'я, 2018. 248 с.

2. Горбась І. М., Давиденко Н. В. Харчові звички студентської молоді та їх вплив на стан здоров'я. *Проблеми харчування*. 2020. № 1–2. С. 110–118.

3. Скалецька Н. М. Соціально-гігієнічні аспекти харчування студентів вищих навчальних закладів : автореф. дис. … канд. мед. наук : 14.02.01. Київ, 2019. 24 с.

4. World Health Organization. Healthy diet : fact sheet. Geneva : World Health Organization, 2018. 6 p. URL: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/healthy-diet/healthy-diet-fact-sheet-394.pdf (дата звернення: 18.05.2026).

5. Апанасенко Г. Л., Попова Л. О. Медична валеологія. Харків : Фоліо, 2019. 312 с.

6. Марценюк В. П., Сидоренко А. В. Громадське здоров'я: теорія та практика. Тернопіль : ТНМУ, 2021. 384 с.

7. 7 правил харчування: здорова тарілка для дорослих українців. Український медичний часопис. 2017. 19 груд.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-60

ПСИХОЛОГІЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ ДОРОСЛОЇ ОСОБИСТОСТІ

Макарова Ольга Костянтинівна
здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

У сучасних умовах підвищеного психоемоційного навантаження, спричиненого війною, міграцією та хронічним стресом, проблема ставлення людини до власного здоров'я набуває особливого значення. Поведінка дорослої людини щодо здоров'я залежить не лише від рівня обізнаності, а й від особистісних установок, мотивації, самоефективності та психологічної стійкості. Ставлення до здоров'я розглядається як складна психологічна структура, що включає когнітивні, мотиваційні, поведінкові та ресурсні компоненти. Водночас цілісне дослідження цих чинників на українській вибірці залишається

недостатньо розробленим, що обумовлює актуальність інтеграції сучасних психодіагностичних методик і теоретичних підходів.

Теоретичною основою сучасних досліджень ставлення до здоров'я слугує біопсихосоціальна модель Г. Енгеля [10], яка постулює нерозривну єдність біологічних, психологічних і соціальних чинників у формуванні здоров'я та хвороби. У межах цієї парадигми поведінкові детермінанти здоров'я систематизуються через категорію переконань про джерела впливу на здоров'я. К. Уолстон, Б. Уолстон і Р. ДеВелліс [6] запропонували трифакторну модель локусу контролю здоров'я, що включає внутрішній локус (переконаність у власному впливі на здоров'я), орієнтацію на впливових інших (передусім медичних працівників) і випадок. Україномовну адаптацію Багатовимірної шкали локусу контролю здоров'я (MHLC) представлено колективом І. Данилюка, А. Курапова, К. Малишевої, І. Ягіяєва, О. Льошенко та С. Литвина [1] на вибірці 392 респонденти; підтверджено трифакторну структуру методики (α Кронбаха = 0,72) та її конвергентну валідність.

Е. Берглунд, П. Літсі та Р. Вестерлінг [7] методом структурного моделювання на вибірці пацієнтів кардіологічного профілю показали, що внутрішній локус контролю здоров'я статистично значуще позитивно пов'язаний із самооцінкою стану здоров'я, тоді як орієнтація на «випадок» і «впливових інших» демонструє негативний зв'язок із цим показником. Це підтверджує ключову роль когнітивно-атрибутивного компонента у формуванні здоров'язберігаючої поведінки осіб із хронічними соматичними захворюваннями.

Лонгітюдні дослідження М. Веттштайна, Г.-В. Валя та Й. Зіберта [9] на 20-річному часовому проміжку (вибірка 1002 особи середнього та старшого віку) встановили, що особистісні риси (низький невротизм, висока сумлінність) та позитивні установки щодо власного старіння значуще прогнозують траєкторії здоров'я в дорослому віці. Дж. Орнбергер, Е. Фікера та М. Саттон [8] на вибірці 10 693 особи 50+ методом медіаційного аналізу довели, що зв'язок між фізичним і психічним здоров'ям опосередковується вибором способу життя (фізичною активністю передусім) та параметрами соціального капіталу.

Значним внеском у психологію здоров'я є концепція первинних і вторинних актуальних здібностей Н. Пезешкіана, операціоналізована у Вісбаденському опитувальнику позитивної терапії і сімейної терапії (WIPPF 2.0). Україномовну адаптацію методики виконала Л. Сердюк [3]. Психологічні наслідки тривалого стресового впливу для дорослого населення України оцінюються через україномовну адаптацію Короткого опитувальника загального стану здоров'я (GHQ-16), здійснену Л. П'янківською та О. Савченко [2]. Мотиваційно-поведінковий рівень здоров'язберігаючої поведінки операціоналізує Опитувальник саморегуляції здорового способу життя І. Чернець та

К. Гуджабідзе [4], розроблений у логіці теорії самодетермінації Е. Десі та Р. Райана.

На основі аналізу теоретичних джерел та сучасних емпіричних даних запропоновано розглядати ставлення дорослої особистості до власного здоров'я як інтегративне психологічне утворення, що включає чотири взаємопов'язані рівні функціонування.

Особистісно-ресурсний рівень розкриває фундаментальні психологічні ресурси, які особистість мобілізує для здоров'язберігаючої поведінки. У логіці позитивної психотерапії Н. Пезешкіана [3] цей рівень структурується через категорію актуальних здібностей: первинних (терпіння, час, контакти, довіра, надія, ніжність, любов, віра/сенс) та вторинних (акуратність, пунктуальність, обов'язковість, справедливість, ощадливість тощо). Дисбаланс між цими групами здібностей, зокрема гіпертрофія вторинних на тлі знецінення первинних, є типовим патерном, який супроводжує дисфункціональні форми ставлення до здоров'я (гіпохондричний, перфекціоністсько-фітнес, заперечно-уникний). Концепція балансу чотирьох сфер життя (тіло, діяльність, контакти, фантазії/майбутнє) дозволяє оцінювати інвестиції особистості у сферу тіла без редукції цього інтересу до простої «турботи» чи «нехтування».

Симптоматичний рівень відображає актуальний психоемоційний стан особистості як індикатор кумулятивної дії стресорів і ресурсного балансу. У сучасних українських дослідженнях [2] цей рівень операціоналізується через чотири фактори GHQ-16: соматичні симптоми, тривожність і безсоння, соціальна дисфункція, депресивні симптоми. Високі показники за цими шкалами свідчать про вичерпання адаптаційних ресурсів і фактично є маркером того, що дотеперішні форми ставлення до здоров'я не забезпечують ефективної саморегуляції. Симптоматичний рівень не є самостійним предиктором поведінки – його варто інтерпретувати у зв'язку з рештою рівнів.

Когнітивно-атрибутивний рівень представлений переконаннями особистості щодо джерел впливу на власне здоров'я. Класична трифакторна модель К. Уолстона та співавторів [6], адаптована для української вибірки [1], розрізняє внутрішній локус, орієнтацію на впливових інших та орієнтацію на випадок. Дані Е. Берглунда та співавторів [7] демонструють, що внутрішній локус контролю здоров'я статистично значуще пов'язаний із кращою самооцінкою стану здоров'я. Збалансована конфігурація «високий внутрішній + помірні впливові інші + низький випадок» виступає ресурсною основою прихильності до лікування.

Мотиваційно-поведінковий рівень розкриває тип мотиваційної регуляції, що спонукає особистість дотримуватися здорового способу життя. Згідно з моделлю самодетермінації, операціоналізованою у методиці І. Чернець та К. Гуджабідзе [4], виділяють внутрішню саморегуляцію, ідентифіковану регуляцію (самовдосконалення),

інтроектовані регулятори (привабливість та енергійність) і зовнішню регуляцію. Цей рівень безпосередньо інтегрується із концепцією самоефективності А. Бандури.

Запропонована чотирирівнева модель має важливе методологічне значення: вона дозволяє переходити від констатації окремих особистісних характеристик до системного аналізу взаємозв'язків між рівнями. Так, типовий гіпохондричний патерн ставлення до здоров'я може бути описаний як: на особистісно-ресурсному рівні – гіпертрофія вторинних здібностей (акуратність, пунктуальність) при знеціненні первинних (довіра, надія); на симптоматичному рівні – підвищення тривожно-соматичного компонента GHQ-16; на когнітивно-атрибутивному рівні – підвищена орієнтація на «впливових інших» у поєднанні з «випадком»; на мотиваційно-поведінковому рівні – домінування інтроектованого регулятора «енергійність» при низькій внутрішній саморегуляції. Така багатовимірна психологічна характеристика забезпечує точніше планування психокорекційної роботи, ніж однопрофільна діагностика.

Окремої уваги заслуговує специфіка дорослого віку як етапу життєвого шляху. Лонгітюдні дані М. Веттштайна та співавторів [9] показують, що ставлення до власного старіння у середньому віці виступає потужним предиктором об'єктивно оцінюваного здоров'я. Дж. Орнбергер та співавтори [8] на великій вибірці довели, що психічне здоров'я опосередковує вплив минулого фізичного здоров'я на актуальне через спосіб життя. В умовах сучасної України додаткового значення набуває група внутрішньо переміщених осіб, у яких психологічні наслідки переміщення поєднуються з порушеннями доступу до планової медичної допомоги, втратою регулярних медичних маршрутів і дезорганізацією повсякденних здоров'язберігаючих рутин.

Прикладне значення запропонованої моделі полягає у можливості її використання в умовах первинної ланки охорони здоров'я: батарея із чотирьох україномовних методик (WIPPF 2.0, GHQ-16, MHLC, Опитувальник саморегуляції ЗСЖ) забезпечує багаторівневий профіль, який можна співвідносити із типами проблемних патернів і відповідно планувати психологічний супровід. Сукупна тривалість заповнення (близько 50–55 хвилин) є прийнятною для поліклінічної практики, тоді як інформативність профілю значно перевищує можливості скринінгових інструментів.

Систематизація сучасних теоретичних і емпіричних розробок дозволяє запропонувати чотирирівневу модель ставлення дорослої особистості до власного здоров'я, що включає особистісно-ресурсний, симптоматичний, когнітивно-атрибутивний та мотиваційно-поведінковий рівні. Інтеграція класичних концепцій (біопсихосоціальна модель Г. Енгеля, теорія самоефективності А. Бандури, концепція локусу контролю здоров'я К. Уолстона, позитивна психотерапія

Н. Пезешкіана) із сучасним україномовним психодіагностичним інструментарієм 2022–2024 років забезпечує методологічну базу для багаторівневого дослідження проблеми у вітчизняній вибірці. Перспективи подальших розвідок пов'язані з емпіричною перевіркою запропонованої моделі методом структурного моделювання на репрезентативній вибірці дорослих із урахуванням специфіки внутрішньо переміщених осіб та осіб із хронічними соматичними захворюваннями.

Література:

1. Данилюк І., Курапов А., Малишева К., Ягіяєв І., Льошенко О., Литвин С. Психометричні властивості шкали «Багатовимірна шкала локусу контролю здоров'я»: українська вибірка. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія.* 2023. № 1(17). С. 22–29. DOI: 10.17721/BPSY.2023.1(17).3

2. П'янківська Л. В., Савченко О. В. Короткий опитувальник загального стану здоров'я (GHQ-16): україномовна адаптація опитувальника загального стану здоров'я (GHQ-28) серед працівників системи МВС України. *Наукові перспективи.* 2024. № 11(53). С. 1470–1492. DOI: 10.52058/2708-7530-2024-11(53)-1470-1492

3. Сердюк Л. З. Вісбаденський опитувальник позитивної терапії і сімейної терапії (WIPPF 2.0) Н. Пезешкіана для діагностики внутрішніх ресурсів особистості. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2022. № 3–4(27). С. 130–141. DOI: 10.31108/2.2022.3.27.13

4. Чернець І. С., Гуджабідзе К. Г. Опитувальник саморегуляції здорового способу життя. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Пси*хологія. 2024. Вип. 71. С. 172–182. DOI: 10.34142/23129387.2024.71.11

5. Хомуленко Т. Б., Крамченкова В. О., Туркова Д. М., Лєсніченко Н. М., Миронович Б. С. Методика діагностики тілесного локусу контролю. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія.* 2020. Вип. 62. С. 294–316. DOI: 10.34142/23129387.2020.62.17

6. Wallston K. A., Wallston B. S., DeVellis R. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs.* 1978. Vol. 6, № 1. P. 160–170. DOI: 10.1177/109019817800600107

7. Berglund E., Lytsy P., Westerling R. The influence of locus of control on self-rated health in context of chronic disease: a structural equation modeling approach in a cross sectional study. *BMC Public Health*. 2014. Vol. 14. Art. 492. DOI: 10.1186/1471-2458-14-492

8. Ohrnberger J., Fichera E., Sutton M. The relationship between physical and mental health: A mediation analysis. *Social Science & Medicine*. 2017. Vol. 195. P. 42–49. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.11.008

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-61

ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКА В УМОВАХ ІНФОРМАЦІЙНОЇ НЕДОВІРИ

Малик Світлана Леонідівна
кандидат медичних наук,
доцент кафедри нервових хвороб
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Медражевська Яна Афанасіївна
кандидат медичних наук,
доцент кафедри пропедевтики дитячих захворювань
з доглядом за хворими дітьми
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Фік Леся Олександрівна
кандидат медичних наук,
доцент кафедри пропедевтики дитячих захворювань
з доглядом за хворими дітьми
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Вакцинопрофілактика – один із найефективніших інструментів забезпечення громадського здоров'я. Вона дозволяє запобігати розвитку інфекційних захворювань; знижувати рівень інвалідизації та смертності; зменшує економічне навантаження на систему охорони здоров'я в країнах світу. Однак в сучасних реаліях ефективність імунізаційних програм залежить не тільки від наявності та асортименту вакцин, а й від логістики їх постачання та доступності медичної допомоги. Також в останній час на перший план почала виходити рівень суспільної довіри до якості та виробника вакцин, до медичних працівників; до державних інституцій; до наукових даних і системи охорони здоров'я загалом. Саме тому інформаційна недовіра стала одним із наріжних каменів для реалізації програм вакцинопрофілактики.

За даними ВООЗ, ЮНІСЕФ і Gavi, імунізаційні програми у світі перебувають під зростаючим тиском через поєднання дезінформації, гуманітарних криз, демографічних змін і фінансових обмежень [1]. У 2024 році, за оцінками ВООЗ та ЮНІСЕФ, 14,5 млн дітей у світі не

отримали жодної дози вакцини в межах базових програм імунізації, що «говорить» про збереження значних прогалин у доступі до профілактичної допомоги та комунікації з населенням [2]. Для України ця проблема має особливе значення, оскільки система охорони здоров'я функціонує в умовах війни, внутрішньої та зовнішньої міграції; порушення звичних маршрутів отримання медичної допомоги та посиленого інформаційного впливу на населення.

Проблема недовіри до вакцинації не можна перекласти лише на низьку інформованість населення. Остання літературні дані демонструють, що вагання відносно вакцинації формуються під впливом комплексу факторів: попереднього негативного досвіду взаємодії з медичною системою, низької довіри до державних інституцій, страху перед побічними реакціями, впливу соціальних мереж, особистих переконань, релігійних або культурних уявлень, а також поширення неправдивої або емоційно забарвленої інформації [3]. У цьому контексті особливо небезпечним є те, що дезінформація часто апелює не до раціональної оцінки ризиків, а до страху, недовіри, особистих історій і відчуття втрати контролю. Такі повідомлення швидко поширюються в цифровому середовищі та можуть мати більший емоційний вплив, ніж офіційні роз'яснення медичних установ.

Пандемія COVID-19 суттєво змінила ставлення суспільства до вакцинації. З одного боку, вона продемонструвала значення швидкої розробки, впровадження та моніторингу вакцин як інструменту реагування на глобальні загрози. З іншого боку, пандемія посилила поляризацію суспільства, сприяла появі великої кількості суперечливих інформаційних повідомлень і підвищила чутливість населення до питань безпеки вакцин. У систематичних оглядах, присвячених вакцинальній нерішучості, підкреслюється, що довіра до джерел інформації є одним із провідних чинників, які впливають на готовність людини вакцинуватися [4]. Це означає, що навіть науково обґрунтована інформація може бути неефективною, якщо вона надходить від джерела, якому людина не довіряє.

В умовах України питання вакцинопрофілактики поєднується з додатковими викликами. Війна спричинила порушення доступу до первинної медичної допомоги, переміщення значної кількості населення, зростання психологічної напруги та зміну пріоритетів у сфері здоров'я. Частина населення відкладає профілактичні медичні втручання через безпекові ризики, матеріальні труднощі або відсутність постійного контакту із сімейним лікарем. Водночас ЮНІСЕФ зазначає, що в Україні станом на кінець 2024 року понад 80% дітей були вакциновані проти більшості інфекційних захворювань, однак ці показники все ще не досягають рекомендованого ВООЗ рівня 95%, необхідного для формування повноцінного колективного імунітету [5].

Це свідчить про позитивну динаміку, але також підкреслює необхідність посилення профілактичної роботи.

Особливу роль у подоланні інформаційної недовіри відіграє медичний працівник. Саме лікар первинної ланки, педіатр, акушер-гінеколог, інфекціоніст або медична сестра часто є першим джерелом інформації для пацієнта. Ефективна комунікація щодо вакцинації має будуватися не на примусі або формальному інформуванні, а на принципах емпатії, прозорості та партнерства. Пацієнту необхідно не лише повідомити про користь вакцинації, а й дати можливість поставити запитання, висловити страхи та отримати зрозумілі відповіді. Ігнорування сумнівів або знецінення побоювань може посилювати недовіру й сприяти відмові від щеплень.

Європейський центр з профілактики та контролю захворювань наголошує, що дезінформація про вакцини створює ризики для національних програм імунізації, оскільки може збільшувати вакцинальну нерішучість і знижувати охоплення щепленнями [6]. Тому стратегія протидії дезінформації повинна бути багаторівневою. Вона має включати моніторинг інформаційного простору, швидке реагування на неправдиві твердження, підготовку медичних працівників до комунікації з пацієнтами, залучення лідерів громад, освітні програми для населення та розвиток цифрової грамотності.

До груп, які потребують особливої уваги, належать батьки дітей раннього віку, вагітні жінки, особи з хронічними захворюваннями, люди старшого віку, внутрішньо переміщені особи, мешканці прифронтових територій, а також особи, які мають обмежений доступ до медичних послуг. Для кожної з цих груп комунікаційні повідомлення мають бути адаптованими. Наприклад, для батьків дітей раннього віку важливо пояснювати не лише календар щеплень, а й ризики відтермінування вакцинації. Для людей із хронічними захворюваннями необхідно акцентувати увагу на підвищеному ризику ускладнень інфекцій. Для внутрішньо переміщених осіб важливим є спрощення доступу до вакцинації незалежно від місця реєстрації.

Окремим напрямом є робота з цифровим середовищем. Соціальні мережі стали одним із головних каналів поширення як корисної медичної інформації, так і дезінформації. Тому присутність фахівців громадського здоров'я у цифровому просторі має бути системною, професійною та зрозумілою для різних вікових груп. Важливо не лише спростовувати міфи, а й пояснювати механізми дії вакцин, принципи контролю їх безпеки, значення колективного імунітету та реальні ризики інфекційних захворювань. Комунікація має бути регулярною, а не реактивною лише під час спалахів.

Не менш важливою є прозорість системи моніторингу безпеки вакцин. Повідомлення про можливі несприятливі події після імунізації повинні розглядатися відкрито, професійно та без замовчування. Спроба приховати або применшити проблему може завдати більшої шкоди довірі, ніж чесне пояснення рідкісних ризиків і механізмів фармаконагляду. Населення має розуміти, що контроль безпеки вакцин є безперервним процесом, який триває і після їх впровадження в практику.

Таким чином, інформаційна недовіра є одним із провідних бар'єрів для ефективної вакцинопрофілактики та може знижувати охоплення щепленнями навіть за наявності вакцин і функціонуючої системи охорони здоров'я. Подолання вакцинальної нерішучості потребує переходу від одностороннього інформування до довготривалої побудови довіри між населенням, медичними працівниками та інституціями громадського здоров'я.

Література:

1. Increases in vaccine-preventable disease outbreaks threaten years of progress, warn WHO, UNICEF, Gavi. World Health Organization. 2025. URL: https://www.who.int/news/item/24-04-2025-increases-in-vaccine-preventable-disease-outbreaks-threaten-years-of-progress--warn-who--unicef--gavi

2. Message by the Director of the Department of Immunization, Vaccines and Biologicals at WHO – September 2025. World Health Organization. 2025. URL: https://www.who.int/news/item/22-09-2025-message-by-the-director-of-the-department-of-immunization--vaccines-and-biologicals-at-who---september-2025

3. Brumbaugh K. Q. et al. Understanding Vaccine Hesitancy: Insights and Improvement Strategies for Childhood Vaccinations. 2025. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12567618/

4. Rahbeni T. A. et al. COVID-19 Vaccine Hesitancy: Umbrella Review of Systematic Reviews and Meta-Analyses. *JMIR Public Health and Surveillance*. 2024. URL: https://publichealth.jmir.org/2024/1/e54769

5. Vaccination is both personal protection and a contribution to community safety. UNICEF Ukraine. 2025. URL: https://www.unicef.org/ukraine/en/press-releases/vaccination-is-both

6. Promoting vaccination acceptance and uptake. European Centre for Disease Prevention and Control. URL: https://www.ecdc.europa.eu/en/immunisation-and-vaccines/communication

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-62

ПОШИРЕНІСТЬ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ЯК ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Мерецька Анастасія Максимівна
здобувачка вищої освіти кафедри гігієни, медичної екології та громадського здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Рожнова Анастасія Михайлівна
старший викладач кафедри гігієни, медичної екології та громадського здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Сучасний спосіб життя студентської молоді характеризується значним психоемоційним навантаженням, порушенням режиму праці та відпочинку, недостатньою фізичною активністю і нераціональним харчуванням. У зв'язку з цим проблема порушень харчової поведінки набуває все більшого значення у сфері громадського здоров'я. Неправильні харчові звички, зловживання фастфудом, пропуски прийомів їжі, надмірне споживання солодких газованих напоїв та енергетиків негативно впливають на фізичний і психічний стан молоді [1, с. 24].

Порушення харчової поведінки включають широкий спектр розладів, серед яких переїдання, нервова анорексія, булімія, компульсивне харчування та емоційне переїдання. Виникненню цих станів сприяють соціальні мережі, популяризація нереалістичних стандартів зовнішності, хронічний стрес, недостатня обізнаність щодо принципів здорового харчування та нерегулярний режим дня [2, с. 58].

Особливо вразливою категорією є студентська молодь, оскільки саме у студентські роки формуються основні поведінкові звички, які в подальшому впливають на стан здоров'я людини. Через високий темп навчання студенти часто нехтують повноцінним харчуванням, вживають продукти швидкого приготування та мають недостатній рівень споживання овочів, фруктів і білкової їжі [3, с. 41].

За даними сучасних досліджень, значна частина молоді має ознаки порушення харчової поведінки різного ступеня вираженості. Серед

найпоширеніших проблем виділяють безконтрольне споживання висококалорійної їжі, нічні прийоми їжі, жорсткі дієтичні обмеження та залежність від маси тіла і зовнішнього вигляду. Такі зміни можуть призводити до розвитку ожиріння, захворювань шлунково-кишкового тракту, ендокринних порушень, серцево-судинних захворювань та психоемоційних розладів [4, с. 73].

У контексті громадського здоров'я проблема порушень харчової поведінки потребує комплексного підходу до профілактики. Важливу роль відіграють санітарно-просвітницька робота, популяризація здорового способу життя, проведення інформаційних кампаній щодо принципів раціонального харчування та формування відповідального ставлення молоді до власного здоров'я. Доцільним є впровадження освітніх програм у закладах вищої освіти, спрямованих на профілактику розладів харчової поведінки та підтримку психічного здоров'я студентів [5, с. 19].

Отже, поширеність порушень харчової поведінки серед студентської молоді є актуальною проблемою громадського здоров'я, яка потребує своєчасного виявлення, профілактики та формування здорових харчових звичок серед молодого населення. Раціональне харчування є одним із ключових чинників збереження здоров'я та профілактики хронічних неінфекційних захворювань.

Література:

1. Григоренко О. В. Основи здорового харчування студентської молоді. Київ : Медицина, 2021. 112 с.

2. Коваленко Н. М., Шевченко Л. І. Порушення харчової поведінки у молоді: сучасний стан проблеми. *Громадське здоров'я Україн*и. 2022. № 3. С. 55–60.

3. Мельник Т. С. Вплив способу життя на формування харчових звичок студентів. *Медсестринство*. 2020. № 4. С. 39–43.

4. Сидоренко А. П. Актуальні проблеми ожиріння та харчової поведінки серед молоді. *Сучасна медицина.* 2023. № 2. С. 70–75.

5. Харченко В. І. Профілактика розладів харчової поведінки у системі громадського здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* 2021. № 1. С. 15–20.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-63

ОЖИРІННЯ У ДІТЕЙ ЯК СКЛАДНА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я: ДЕТЕРМІНАНТИ, НАСЛІДКИ ТА СТРАТЕГІЇ ПРОФІЛАКТИКИ

Мкртичян Влада Арменівна
здобувачка вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Рожнова Анастасія Михайлівна
старший викладач кафедри гігієни, медичної екології
та громадського здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Актуальність проблеми. Ожиріння у дітей та підлітків є одним із найгостріших викликів сучасного громадського здоров'я у глобальному вимірі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), чисельність дітей і підлітків із надмірною масою тіла або ожирінням зросла з 11 мільйонів у 1975 році до понад 340 мільйонів у 2022 році, що дає підстави характеризувати це явище як пандемію [1, с. 4]. В Україні, попри дефіцит систематичних національних досліджень, наявні моніторингові дані засвідчують, що від 15 до 20% дітей шкільного віку мають надмірну масу тіла або ожиріння [2, с. 112]. Проблема набуває особливої гостроти з огляду на те, що дитяче ожиріння є потужним предиктором ожиріння у дорослому віці, а також цукрового діабету 2 типу, серцево-судинної патології, метаболічного синдрому та психічних розладів [3, с. 28]. Усе це зумовлює як значний індивідуальний тягар хвороб, так і суттєві суспільні витрати – економічні, соціальні та демографічні.

Мета дослідження – здійснити комплексний аналіз біологічних, соціально-економічних і середовищних детермінант ожиріння у дітей, оцінити його наслідки для громадського здоров'я та обґрунтувати науково доказові стратегії міжсекторальної профілактики на рівні популяції.

Матеріали та методи. Дослідження виконане із застосуванням бібліографічного, аналітичного, епідеміологічного та порівняльного методів. Опрацьовано дані ВООЗ, звіти ЮНІСЕФ, матеріали міжнародного проєкту COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative),

нормативні документи Міністерства охорони здоров'я України, а також вітчизняні та зарубіжні наукові публікації за 2015–2024 роки. Соціальні детермінанти проаналізовано відповідно до концептуальної моделі ВООЗ щодо соціальних детермінант здоров'я [4, с. 7].

Результати та їх обговорення. Ожиріння у дітей є мультифакторним явищем, що виникає внаслідок складної взаємодії біологічних, соціально-економічних, поведінкових та середовищних чинників. З позицій громадського здоров'я ключовий науковий і практичний інтерес становлять структурні та соціальні детермінанти, що формують нерівність у здоров'ї на популяційному рівні.

Серед провідних детермінантів виокремлюються такі. По-перше, нераціональне харчування: надмірне споживання ультраоброблених продуктів із високим вмістом вільних цукрів, насичених жирів та солі на тлі дефіциту овочів, фруктів і цільнозернових продуктів. Агресивний маркетинг нездорової їжі у цифровому просторі є визнаним структурним чинником, що формує нездорові харчові уподобання з раннього дитинства [5, с. 203]. По-друге, гіподинамія: зростання тривалості екранного часу, скорочення уроків фізичного виховання в закладах освіти, брак безпечної інфраструктури для активного відпочинку в громадах – особливо у міському середовищі [6, с. 45]. По-третє, соціально-економічні нерівності: діти з малозабезпечених родин частіше мешкають у так званих «харчових пустелях» (food deserts), де доступ до якісного і різноманітного харчування є обмеженим, а ризик ожиріння – достовірно вищим [7, с. 89]. По-четверте, психосоціальні чинники: хронічний стрес, пов'язаний із несприятливими умовами проживання, порушення сімейного харчового середовища та емоційне переїдання як дезадаптивна копінг-стратегія [3, с. 31].

Наслідки ожиріння у дітей є багатовимірними. У соматичній площині – це артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, інсуліно-резистентність, неалкогольна жирова хвороба печінки, ортопедичні ускладнення та синдром обструктивного апное сну. У психосоціальній – стигматизація, булінг, знижена самооцінка, депресивні розлади та соціальна ізоляція [3, с. 33]. На системному рівні ожиріння у дітей генерує значний економічний тягар через прямі витрати на лікування ускладнень і непрямі – внаслідок зниженої продуктивності майбутніх дорослих [1, с. 9].

Стратегії профілактики. Міжнародний досвід і доказова база засвідчують, що ефективна протидія дитячому ожирінню потребує комплексного міжсекторального підходу, який охоплює кілька взаємодоповнювальних напрямів.

1. Регуляторні заходи державного рівня: запровадження акцизного оподаткування цукровмісних напоїв, маркування харчових

продуктів за системою «світлофор», обмеження реклами нездорової їжі у медіапросторі, доступному для дітей. Встановлено, що податок на солодкі напої в Мексиці скоротив їх споживання на 12% протягом першого року дії [5, с. 207].

2. Шкільні програми здорового харчування та фізичної активності: удосконалення стандартів шкільного харчування, збільшення часу на уроки фізичного виховання, запровадження перерв для рухової активності та реалізація здоров'яформувальних освітніх програм із залученням батьків [6, с. 48].

3. Розвиток здоров'яорієнтованого міського середовища: проєктування пішохідних і велосипедних маршрутів, облаштування спортивних майданчиків у доступних громадах, забезпечення шкіл питною водою та зонами для рухової активності [4, с. 14].

4. Первинна медична допомога та раннє виявлення: систематичний моніторинг антропометричних показників на профілактичних оглядах, консультування родин щодо раціонального харчування та фізичної активності, своєчасне направлення дітей із надмірною масою тіла до відповідних фахівців [2, с. 117].

5. Адресна підтримка вразливих груп: програми субсидування здорового харчування для малозабезпечених родин, пріоритетний розвиток рекреаційної інфраструктури у депривованих громадах, психосоціальна підтримка дітей з ожирінням та їхніх родин [7, с. 94].

Висновки. Ожиріння у дітей є складною медико-соціальною проблемою громадського здоров'я, що потребує системного міжсекторального реагування. Ефективна профілактика не може бути зведена до індивідуальних поведінкових змін – вона передбачає трансформацію харчового та фізичного середовища, реалізацію дієвої регуляторної політики, посилення ролі первинної медичної допомоги та подолання соціально-економічних нерівностей у здоров'ї. Для України першочерговим завданням є розробка і впровадження Національної стратегії протидії дитячому ожирінню на засадах доказової медицини та принципів «Здоров'я у всіх політиках» (Health in All Policies), що відповідатиме зобов'язанням держави в рамках Цілей сталого розвитку ООН та євроінтеграційних пріоритетів у сфері охорони здоров'я.

Література:

1. World Health Organization. Obesity and overweight. Fact sheet. Geneva : WHO, 2023. 12 с.

2. Моісеєнко Р. О., Чернишов В. П. Стан здоров'я дітей в Україні та пріоритети його збереження. *Здоров'я України*. 2021. № 3. С. 110–118.

3. Lobstein T., Jackson-Leach R. Planning for the worst: estimates of obesity and comorbidities in school-age children in 2025. Pediatric Obesity. 2016. Vol. 11, № 5. P. 26–36.

4. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva : WHO, 2010. 24 с.

5. Sacks G., Swinburn B. A., Lawrence M. A. A systematic policy approach to changing the food system and physical activity environments to prevent obesity. *Australia and New Zealand Health Policy.* 2018. № 5. С. 198–212.

6. Kohl H. W., Cook H. D. Educating the Student Body: Taking Physical Activity and Physical Education to School. Washington : National Academies Press, 2017. 489 с.

7. Marmot M. The Health Gap: The Challenge of an Unequal World. London : Bloomsbury Publishing, 2015. 394 с.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-64

УЛЬТРАОБРОБЛЕНІ ПРОДУКТИ ХАРЧУВАННЯ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ХРОНІЧНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ: ВИКЛИКИ ДЛЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Новікова Марія Олександрівна
здобувач вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Рожнова Анастасія Михайлівна
старший викладач кафедри гігієни, медичної екології
та громадського здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Актуальність. В останні десятиліття значно зросло споживання ультраперероблених продуктів харчування (УПП) у більшості країн світу, зокрема в Україні. УПП – це промислові харчові формуляції, що складаються переважно з речовин, виокремлених з їжі або синтезованих у лабораторних умовах, з мінімальним вмістом цілісних харчових продуктів [1, с. 12]. Їх широке поширення пов'язане з доступністю, тривалим терміном зберігання та інтенсивним маркетинговим

просуванням. Водночас накопичені наукові дані свідчать про зв'язок між споживанням УПП та підвищеним ризиком розвитку хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ), що робить цю проблему надзвичайно актуальною для системи охорони громадського здоров'я.

Мета дослідження – систематизувати наявні наукові дані про вплив ультраперероблених продуктів харчування на захворюваність населення на ХНІЗ та визначити пріоритетні напрями профілактичних заходів у сфері громадського здоров'я.

Матеріали та методи. Проведено аналіз публікацій у міжнародних базах даних PubMed, Scopus та Web of Science за 2015–2024 роки з використанням ключових слів «ultra-processed food», «chronic disease», «public health», «NOVA classification». Додатково опрацьовано звіти ВООЗ, ФАО та матеріали Державної служби статистики України. Методи дослідження: системний аналіз, узагальнення, компаративний аналіз.

Результати. Класифікація NOVA, розроблена науковцями Університету Сан-Паулу, виокремлює чотири групи продуктів залежно від ступеня технологічної обробки. До четвертої групи – ультраперероблених – належать газовані напої, готові страви, ковбасні вироби, снекова продукція, кондитерські вироби промислового виробництва тощо [2, с. 34].

Мета-аналіз 45 когортних досліджень (понад 1,5 млн учасників) засвідчив, що кожне збільшення частки УПП у раціоні на 10% асоціюється зі зростанням ризику серцево-судинних захворювань на 12%, цукрового діабету 2 типу – на 15%, а також підвищенням загальної смертності на 8% [3, с. 201]. В Україні, за даними досліджень харчової поведінки, частка УПП у добовому раціоні міського населення у вікових групах 18–35 років сягає 40–55% енергетичної цінності [4, с. 78].

Встановлено кілька основних механізмів несприятливого впливу УПП на здоров'я. По-перше, ці продукти характеризуються високим вмістом вільних цукрів, насичених жирів та натрію при низькому вмісті харчових волокон, вітамінів і мікронутрієнтів. По-друге, численні харчові добавки (емульгатори, підсилювачі смаку, штучні барвники) можуть порушувати склад кишкової мікробіоти та спричиняти субклінічне запалення [5, с. 119]. По-третє, надвисока смакова привабливість цих продуктів сприяє формуванню харчової адикції та переїданню.

Важливим аспектом є соціально-економічна детермінованість споживання УПП. Домогосподарства з нижчими доходами частіше обирають ці продукти через їх нижчу ціну порівняно зі свіжими продуктами харчування. Така ситуація поглиблює нерівність у здоров'ї та потребує системного підходу на рівні державної харчової політики [6, с. 45].

Висновки. Ультрапереоблені продукти харчування є значущим модифікованим фактором ризику розвитку ХНІЗ та передчасної смерті. Масштаби проблеми вимагають комплексних заходів громадського здоров'я, які мають включати: запровадження обов'язкового маркування УПП на передній стороні упаковки (front-of-pack labelling); обмеження реклами УПП, спрямованої на дітей та підлітків; введення акцизного оподаткування на продукти з надмірним вмістом цукру та солі; включення принципів здорового харчування до шкільних навчальних програм; субсидування свіжих овочів і фруктів для соціально вразливих верств населення.

Міждисциплінарна співпраця фахівців з громадського здоров'я, харчової науки, економіки та державного управління є необхідною умовою для розробки ефективної національної стратегії здорового харчування, що дозволить знизити тягар ХНІЗ та підвищити якість і тривалість життя населення України.

Література:

1. Monteiro C. A., Cannon G., Levy R. B. et al. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. *Public Health Nutrition*. 2019. Vol. 22, № 5. P. 936–941.

2. Monteiro C. A., Moubarac J. C., Levy R. B. et al. Household availability of ultra-processed foods and obesity in nineteen European countries. *Public Health Nutrition*. 2018. Vol. 21, № 1. P. 18–26.

3. Lane M. M., Gamage E., Du S. et al. Ultra-processed food exposure and adverse health outcomes: umbrella review of epidemiological meta-analyses. *BMJ*. 2024. Vol. 384. P. e077310. DOI: 10.1136/bmj-2023-077310

4. Горбань В. В., Єщенко О. І. Харчова поведінка міського населення України: результати соціологічного дослідження. *Гігієна населених місць*. 2022. № 72. С. 74–83.

5. Zinöcker M. K., Lindseth I. A. The Western Diet–Microbiome-Host Interaction and Its Role in Metabolic Disease. *Nutrients*. 2018. Vol. 10, № 3. P. 365.

6. ВООЗ. Здорове харчування: інформаційний бюлетень. Женева : Всесвітня організація охорони здоров'я, 2023. URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet (дата звернення: 10.04.2025).

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-65

РОЛЬ ВИВЧЕННЯ ГЕНЕТИКИ У ПІДГОТОВЦІ БАКАЛАВРІВ ТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ

Панчук Ольга Володимирівна
кандидат біологічних наук,
старший викладач кафедри біології
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Костильов Олександр Васильович
кандидат біологічних наук, доцент,
доцент кафедри біології
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Романенко Олександр Вікторович
доктор біологічних наук, професор,
завідувач кафедри біології
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Сучасна система охорони здоров'я орієнтується на принципи персоналізованої медицини, де вагому роль у визначенні лікувальної стратегії можуть відігравати молекулярно-генетичні технології [1]. Оскільки близько 5% населення мають генетично детерміновані патології [2], програми фізичної реабілітації пацієнтів мають враховувати за потреби їх генетичні особливості. Для студентів, які оволодівають спеціальністю І7 «Терапія та реабілітація», вивчення основ медичної генетики як складової курсу навчальної дисципліни «Медична біологія» є вагомим кроком у цьому напрямку і має слугувати елементом формування клінічного мислення в майбутнього фахівця та науково обґрунтованого застосування ним відповідних методик реабілітації пацієнтів у подальшому [3, 4]. Адже розуміння генетичних особливостей пацієнта може визначати межі допустимих для нього фізичних навантажень за надання йому професійної допомоги фізичним терапевтом. Крім того фундаментальні знання з генетики дозволяють фахівцеві враховувати особливості стану конкретного пацієнта зі спадково обумовленою патологією [4]. При цьому знання фізичним терапевтом законів, що описують явища спадковості та мінливості, має слугувати одним з вагомих чинників при плануванні реабілітаційної

програми для конкретного пацієнта і дозування передбачених йому навантажень в ході її реалізації. Знання норми реакції за відповідною ознакою чітко окреслює фізичному терапевту потенційні межі її змін під впливом певного чинника реабілітації.

Відповідно до міжнародних стандартів фахівець з фізичної терапії повинен розуміти системні прояви хвороб, у тому числі спадкових, та вчасно розпізнавати пов'язані з ними приховані небезпеки для пацієнта [5]. Наприклад, нестабільність шийного відділу хребта при синдромі Дауна, ускладнення з боку серцево-судинної системи при синдромі Марфана. Урахування у професійній діяльності відповідних факторів дозволяє фізичному терапевту при наданні професійної допомоги конкретному пацієнтові уникати небезпечних для того маніпуляцій чи надмірних навантажень.

Отже, глибокі знання з основ медичної генетики, яка вивчається майбутніми бакалаврами терапії та реабілітації в курсі «Медичної біології», є актуальною складовою формування професійної компетентності в сучасного фізичного терапевта. Вони необхідні для забезпечення впровадження науково обґрунтованого, безпечного та оптимального за змістом індивідуалізованого підходу у наданні медичної допомоги пацієнтові і сприяють вибору фахівцем необхідних видів і форм фізичних навантажень конкретному пацієнтові.

Література:

1. Feero W. G., Guttmacher A. E., Collins F. S. Genomic medicine – an updated primer. *The New England Journal of Medicine*. 2010. Vol. 362, № 21. P. 2001–2011. DOI: https://doi.org/10.1056/NEJMra0907175

2. World Health Assembly, 63 (2010). Sixty-third World Health Assembly, Geneva, 17-21 May 2010: resolutions and decisions, annexes. World Health Organization. 170 p. URL: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b38e1e09-bc76-4f9c-a6c1-dc4a03cd73bc/content

3. Омельчук О. В. Сучасний погляд на вивчення медичної генетики для професійної компетентності магістрів фізичної терапії, ерготерапії. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи*. 2021. Вип. 4 (134). С. 88–91. DOI: https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2021.4(134).21

4. Cornwall J., Osmotherly P. Genomic medicine and the future of physiotherapy. *Australasian Medical Journal*. 2014. Vol. 7, № 8. P. 361–362. DOI: https://doi.org/10.4066/AMJ.2014.2218

5. Standards and required elements for accreditation of physical therapist assistant education programs / Commission on Accreditation in Physical Therapy Education (CAPTE). Alexandria, VA : CAPTE, 2022. 45 p. URL: https://www.capteonline.org/globalassets/capte-docs/capte-pta-standards-required-elements.pdf

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-66

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Першегуба Ярослав Володимирович
кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри громадського здоров'я, епідеміології та екології
Національний університет охорони здоров'я України
імені П. Л. Шупика
м. Київ, Україна

Якубінський Максим Вячеславович
аспірант кафедри громадського здоров'я, епідеміології та екології
Національний університет охорони здоров'я України
імені П. Л. Шупика
м. Київ, Україна

Хоменко Ірина Михайлівна
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри громадського здоров'я, епідеміології та екології
Національний університет охорони здоров'я України
імені П. Л. Шупика
м. Київ, Україна

Штучний інтелект (ШІ) – це технологія, яка дозволяє комп'ютерам та машинам імітувати людське навчання, розуміння, вирішення проблем, прийняття рішень, бути творчими та автономними [1]; здатність цифрового комп'ютера або робота керованого комп'ютером виконувати завдання, які зазвичай асоціюються з розумними істотами [2].

ШІ в охороні здоров'я – це застосування ШІ для аналізу та розуміння складних медичних даних та даних охорони здоров'я. У деяких випадках він може перевищувати або розширювати людські можливості, забезпечуючи кращі або швидші способи діагностики, лікування або запобігання захворюванням [3].

Сьогодні ШІ щодня впливає на наше життя. Громадськість все більше покладається на ШІ в різних сферах життя, праці та дозвілля через те, що бізнес прагне зробити свої послуги швидшими та ефективнішими, і охорона здоров'я не є винятком. ШІ – це інструмент, що швидко розвивається та революціонізує багато аспектів охорони здоров'я. ШІ переважно застосовувався в медицині та управлінні охороною здоров'я.

Однак у сфері громадського здоров'я широке застосування ШІ почалося лише нещодавно, з появою COVID-19 [4]. Так, ШІ забезпечив сферу громадського здоров'я методами просторового моделювання, прогнозування ризиків, контролю дезінформації, спостереженням за станом здоров'я, прогнозуванням захворювань, моделюванням пандемій / епідемій та діагностики здоров'я.

ШІ може швидко аналізувати великі та складні набори даних, витягувати індивідуальні рекомендації, підтримувати прийняття рішень та підвищувати ефективність багатьох завдань, що включають обробку даних, тексту чи зображень. Таким чином, ШІ може бути використаний для підтримки спостереження за громадським здоров'ям, епідеміологічних досліджень, комунікації, розподілу ресурсів та інших форм прийняття рішень. Він також може підвищити продуктивність фахівців громадського здоров'я [5] у щоденній роботі. Використання ШІ в установах охорони здоров'я з часом зросло, частково завдяки нещодавньому зростанню доступності даних про охорону здоров'я та інноваціям у методах аналізу великих даних. ШІ охоплює численні технології та має різні визначення, причому часом між зацікавленими сторонами виникають розбіжності щодо того, які технології взагалі кваліфікуються як ШІ. Методи машинного навчання, включаючи глибоке навчання та нейронні мережі, лежать в основі багатьох інструментів ШІ, що використовуються в охороні здоров'я [6]. Автоматизуючи аналіз даних, ШІ має потенціал для отримання нових знань та покращення розуміння тенденцій та загроз у сфері громадського здоров'я. ШІ пропонує потенціал для підвищення ефективності, точності та масштабованості, що дозволяє швидше виявляти спалахи хвороб, застосовувати більш адаптовані втручання та вдосконалювати стратегії лікування. ШІ також може допомогти у виявленні нових знань та закономірностей, які аналітики-люди можуть пропустити [7].

Використовуючи технології ШІ, органи охорони здоров'я можуть покращити свою здатність виявляти кризи у сфері громадського здоров'я, реагувати на них та пом'якшувати їх наслідки. Основною проблемою в управлінні пандеміями є раннє виявлення та спостереження за інфекційними захворюваннями. Традиційні системи спостереження часто покладаються на ручну звітність та аналіз, що призводить до затримок у виявленні спалахів та впровадженні заходів контролю. Системи спостереження на базі ШІ пропонують трансформаційний підхід, використовуючи різноманітні джерела даних, включаючи соціальні мережі, медичні записи та моніторинг навколишнього середовища для виявлення ранніх ознак потенційних спалахів [8]. Аналізуючи закономірності даних у режимі реального часу,

алгоритми ШІ можуть точно визначити нові загрози, перш ніж вони переростуть у повноцінні пандемії.

Зміцнення довіри та прийняття ШІ в охороні здоров'я, а також вирішення проблем, пов'язаних з його впровадженням у клінічній практиці та сфері громадського здоров'я є важливими для реалізації його повного потенціалу. До таких проблем належать доступ до високоякісних медичних даних, заходи щодо сприяння інноваціям у сфері ШІ та забезпечення безпеки та надійності систем ШІ, що використовуються в медицині [9]. Багато хто вважає, що ШІ має здатність революціонізувати системи охорони здоров'я. Він може швидко аналізувати великі та складні набори даних, отримувати рекомендації, адаптовані до пацієнтів або умов, підтримувати прийняття рішень та підвищувати ефективність багатьох завдань, що включають обробку даних, тексту чи зображень. Однак переваги ШІ можуть бути перебільшені, а ризики його применшені [5].

ШІ має гарні можливості для підтримки трьох фундаментальних можливостей системи громадського здоров'я: комунікації, організаційні компетенції, а також оцінки та спостереження. Більш конкретно, моделі ШІ можуть допомогти в розробці комунікації на основі доказів, яка відповідає потребам різних верств населення в медичній грамотності та володінні мовою, тим самим роблячи послуги громадського здоров'я доступнішими для всіх; підвищуючи організаційну ефективність шляхом зменшення канцелярського навантаження на персонал; та генеруючи нові ідеї з нових доступних джерел даних для оцінки потреб громади та програмних результатів. Ці три застосування ШІ можуть допомогти фахівцям громадського здоров'я зрозуміти та впровадити нові технології в щоденні робочі процеси [10].

ШІ має потенціал для забезпечення більш персоналізованого досвіду. Він надає інструменти для задоволення конкретних інформаційних потреб окремих осіб та широкої громадськості. Інструменти ШІ можуть легше створювати матеріали для різних рівнів грамотності та різними мовами, якими розмовляють громади. Матеріали також можна персоналізувати відповідно до різних географічних місць та культурних факторів завдяки генераторам зображень на основі ШІ, що перетворюють текст на зображення [10]. Крім того, ШІ має потенціал узагальнювати медичну інформацію у зрозумілих форматах, щоб мешканці могли ефективніше та результативніше отримувати відповіді на свої конкретні запитання. Генеративні інструменти ШІ, які засновані на моделях великих мов, можуть розширити можливості аналітика, шукаючи, витягуючи та узагальнюючи інформацію, знайдену у великих обсягах письмового тексту. Усунення цього канцелярського навантаження дозволить аналітику витрачати більше часу на аналіз

пропозицій щодо політики охорони здоров'я та розробку більш продуманих, стратегічних рекомендацій для керівництва.

Оскільки широке використання ШІ в охороні здоров'я все ще є відносно новим, дослідження його застосування в різних медичних дисциплінах та суміжних галузях тривають. Програми ШІ застосовуються в таких практиках, як діагностика, розробка протоколів лікування, розробка ліків, персоналізована медицина, а також моніторинг та догляд за пацієнтами. Оскільки рентгенограми є найпоширенішими методами візуалізації в радіології, потенціал ШІ для допомоги в сортуванні та інтерпретації рентгенограм є особливо значним [3]. ШІ трансформував моніторинг захворювань та раннє виявлення спалахів, поєднуючи дані з електронних медичних карток, платформ соціальних мереж, систем моніторингу навколишнього середовища та супутникових даних. Завдяки машинному навчанню та обробці природної мови це дозволяє аналізувати дані в режимі реального часу, прогнозувати та оцінювати ризики, сприяючи своєчасному втручанню та оптимальному використанню ресурсів. ШІ пропонує трансформаційний потенціал для системи громадського здоров'я, покращуючи спостереження, діагностику, операційну ефективність та доступ до медичної допомоги [11]. Здатність ШІ зберігати, обробляти та аналізувати дані [12], а також виконувати завдання з підвищеним рівнем точності вже трансформує охорону здоров'я, також ШІ може виконувати завдання точно, одночасно оптимізуючи робоче навантаження та збільшуючи кількість часу, який медичні працівники повинні присвячувати догляду за пацієнтами.

Висновки

1. Впровадження ШІ в систему громадського здоров'я не є універсальним через такі фактори, як обмежена інфраструктура, брак технічного розуміння, нестача даних та етичні / конфіденційні проблеми.

2. Основні проблеми широкого впровадження ШІ в охорону здоров'я охоплюють рівність, підзвітність, конфіденційність даних, необхідність надійної цифрової інфраструктури та навички робочої сили.

3. Ризики ШІ включають потенційні порушення конфіденційності даних, неправильне тлумачення результатів, збереження упереджень та небезпеку надмірної залежності фахівців від технологій, що призводить до втрати критично важливих навичок.

4. Громадське здоров'я має потенціал для швидкого розвитку з появою нових технологій. Але ШІ – це лише інструмент, подібний до вакцини чи геномного спостереження.

5. Враховуючи досвід реагування на пандемію COVID-19 та перспективу майбутніх пандемій, інтеграція технологій ШІ в системи

охорони здоров'я має вирішальне значення для передбачення, виявлення та пом'якшення нових загроз.

6. Застосування ШІ в системі громадського здоров'я слід розглядати, як інструмент для покращення прийняття рішень людиною, а не як заміну людського досвіду та судження.

Література:

1. By Cole Stryker, Eda Kavlakoglu What is AI? IBM. URL: https://www.ibm.com/think/topics/artificial-intelligence (дата звернення: 19.04.2026).
2. Artificial Intelligence. Britannica. URL: https://www.britannica.com/technology/artificial-intelligence (дата звернення: 19.04.2026).
3. Artificial intelligence in healthcare. Wikipedia. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Artificial_intelligence_in_healthcare (дата звернення: 19.04.2026).
4. Olawade D.B., Wada O.J., David-Olawade A.C., Kunonga E., Abaire O., Ling J. Using artificial intelligence to improve public health: a narrative review. Front Public Health. 2023 Oct 26;11:1196397. doi: 10.3389/fpubh.2023.1196397. PMID: 37954052; PMCID: PMC10637620.
5. Panteli D., Adib K., Buttigieg S. et al. Artificial intelligence in public health: promises, challenges, and an agenda for policy makers and public health institutions *The Lancet Public Health,* 2025; 10, e428-e432. DOI: 10.1016/S2468-2667(25)00036-2
6. Artificial Intelligence (AI) in Health Care. Congress.gov. URL: https://www.congress.gov/crs-product/R48319 (дата звернення: 19.04.2026).
7. Using AI To Improve Public Health Efficiency and Response Readiness. Cdc.gov. URL: https://www.cdc.gov/public-health-data-strategy/php/story/using-ai-to-improve-public-health-efficiency.html (дата звернення: 19.04.2026).
8. Hunter D. J., Littlejohns P., Weale A. Public health is in crisis, but it can be fixed BMJ 2024; 384 :q760 doi:10.1136/bmj.q760
9. Challenges of integrating AI in healthcare. Artificial Intelligence in healthcare. Public Health. European Commission. URL: https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/artificial-intelligence-healthcare_en#challenges-of-integrating-ai-in-healthcare (дата звернення: 19.04.2026).
10. Bharel M., Auerbach J., Nguyen V., B DeSalvo K. Transforming Public Health Practice With Generative Artificial Intelligence. *Health Affairs.* 2024. 43(6), 776-782. doi: 10.1377/hlthaff.2024.00050

11. Giri P., Jha A., Katole A. Role of artificial intelligence in public health. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 2025. 12(7), 3383–3388. https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph 20252146

12. What role does AI play in healthcare? 2025 The Workforce Development Trust. URL: https://www.skillsforhealth.org.uk/article/what-role-does-ai-play-in-healthcare/?gad_source=1&gad_campaignid =23236899010&gbraid=0AAAADSALUGcTb9aDFfYcU4HX 38OKiZoi&gclid=EAIaIQobChMImqChp-73kwMVWhqiA x1AUiMkEAAYASAAEgJNBfD_BwE (дата звернення: 19.04.2026).

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-67

ПОКОЛІННЯ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ: ВПЛИВ ВОЄННИХ УМОВ НА ПОКАЗНИКИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Рожнова Анастасія Михайлівна
старший викладач кафедри гігієни, медичної екології та громадського здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Сініцина Марія Олександрівна
здобувач вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Повномасштабна війна в Україні спричинила суттєві зміни у структурі громадського здоров'я населення. Тривалий психоемоційний стрес, вимушене переміщення населення, руйнування медичної інфраструктури, економічна нестабільність та погіршення соціальних умов стали потужними детермінантами зростання рівня захворюваності та погіршення якості життя населення [1, с. 12].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у країнах, що перебувають у стані воєнного конфлікту, ризик розвитку психічних розладів зростає більш ніж у 2–3 рази [2, с. 4]. В Україні відзначається значне збільшення поширеності тривожних розладів, депресивних станів, посттравматичного стресового розладу, порушень сну та

психосоматичних захворювань. Особливо вразливими групами є діти, підлітки, внутрішньо переміщені особи та медичні працівники [3, с. 25].

Хронічний стрес впливає не лише на психічне, а й на соматичне здоров'я. Підвищення рівня кортизолу та тривала активація симпато-адреналової системи призводять до зростання частоти серцево-судинних захворювань, артеріальної гіпертензії, ожиріння, цукрового діабету II типу та імунних порушень [4, с. 18]. Крім того, у населення спостерігається погіршення харчової поведінки, збільшення споживання ультраоброблених продуктів та порушення режиму харчування, що негативно позначається на метаболічному здоров'ї [5, с. 41].

Суттєвою проблемою сучасного громадського здоров'я є формування так званого «покоління хронічного стресу». У дітей та підлітків війна супроводжується змінами психоемоційного розвитку, труднощами соціалізації, зниженням когнітивних функцій та порушеннями адаптаційних механізмів [6, с. 73]. За результатами міжнародних досліджень, тривалий вплив стресових факторів у дитячому віці асоціюється з підвищеним ризиком розвитку хронічних неінфекційних захворювань у дорослому віці [7, с. 91].

Окрему увагу слід приділити навантаженню на систему охорони здоров'я. В умовах війни спостерігається дефіцит медичних кадрів, порушення доступу до профілактичної допомоги, зниження рівня вакцинації населення та погіршення епідеміологічного нагляду [8, с. 52]. Це створює ризики зростання інфекційної захворюваності та ускладнює реалізацію програм громадського здоров'я.

Одним із пріоритетних напрямів післявоєнного відновлення України має стати розбудова системи психічного здоров'я та впровадження комплексних профілактичних програм. Важливими складовими є розвиток психологічної підтримки населення, популяризація здорового способу життя, формування стресостійкості, впровадження програм здорового харчування та посилення міжсекторальної співпраці у сфері громадського здоров'я [9, с. 14].

Таким чином, війна стала не лише гуманітарною та соціальною кризою, але й потужним фактором трансформації громадського здоров'я. Наслідки хронічного стресу можуть мати довготривалий вплив на демографічні показники, структуру захворюваності та якість життя населення України, що визначає необхідність розробки нових стратегій профілактики та відновлення здоров'я населення.

Література:

1. Грузєва Т.С., Іншакова Г.В. Громадське здоров'я в умовах воєнного стану в Україні. *Україна. Здоров'я нації.* 2023. № 3. С. 10–15.

2. World Health Organization Mental health and forced displacement. Geneva : WHO, 2023. 28 p.

3. Patel V., Saxena S., Lund C. et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*. 2018. Vol. 392. P. 1553–1598.

4. McEwen B.S. Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*. 1998. Vol. 338. P. 171–179.

5. Di Renzo L., Gualtieri P., Pivari F. et al. Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown. *Journal of Translational Medicine*. 2020. Vol. 18. P. 229–240.

6. UNICEF Ukraine. The impact of war on children's mental health in Ukraine. Kyiv, 2024. 35 p.

7. Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D. et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine.* 1998. Vol. 14. P. 245–258.

8. Ministry of Health of Ukraine Стан системи охорони здоров'я України в умовах війни : аналітичний звіт. Київ, 2024. 64 с.

9. World Health Organization Ukraine emergency situation reports. Geneva : WHO, 2024. 22 p.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-68

ПОРУШЕННЯ ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ ЯК ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Рожнова Анастасія Михайлівна
старший викладач кафедри гігієни, медичної екології
та громадського здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Стоянова Альона Петрівна
здобувач вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Раціональне харчування дітей є одним із ключових факторів формування здоров'я населення та важливою складовою системи громадського здоров'я. В умовах воєнного стану в Україні проблема

забезпечення дітей повноцінним та безпечним харчуванням набуває особливої актуальності у зв'язку зі зміною соціально-економічних умов, вимушеним переміщенням населення, порушенням логістичних ланцюгів постачання продуктів харчування та зростанням психоемоційного навантаження [1, с. 11].

Сучасні дослідження свідчать, що в умовах хронічного стресу у дітей змінюється харчова поведінка: збільшується споживання висококалорійних продуктів із надлишковим вмістом цукру, солі та насичених жирів, знижується частота вживання овочів, фруктів, молочних продуктів та джерел повноцінного білка [2, с. 24]. Такі зміни харчового раціону негативно впливають на процеси росту й розвитку дитячого організму та сприяють формуванню метаболічних порушень.

Однією з актуальних проблем громадського здоров'я є подвійний тягар порушень харчування у дітей. З одного боку, в умовах економічної нестабільності підвищується ризик дефіциту мікронутрієнтів, насамперед заліза, кальцію, вітаміну D та йоду [3, с. 37]. З іншого боку, спостерігається збільшення поширеності надлишкової маси тіла та ожиріння, що пов'язано зі зниженням фізичної активності та зростанням споживання ультраоброблених продуктів [4, с. 18].

Особливу небезпеку становить дефіцит вітаміну D у дітей, оскільки він асоціюється з порушенням формування кісткової тканини, зниженням імунної реактивності організму та підвищенням ризику розвитку хронічних захворювань [5, с. 43]. В умовах війни проблема поглиблюється через недостатнє перебування дітей на свіжому повітрі, обмеження фізичної активності та нераціональне харчування.

Важливим аспектом є вплив порушень харчування на психічне здоров'я дітей. Низка досліджень підтверджує взаємозв'язок між дефіцитом окремих нутрієнтів та підвищеним ризиком тривожних і депресивних розладів у дитячому віці [6, с. 58]. Таким чином, харчування дітей необхідно розглядати не лише як фізіологічну потребу, а й як важливий компонент профілактики психоемоційних порушень.

У сучасних умовах одним із пріоритетних напрямів громадського здоров'я є впровадження профілактичних програм, спрямованих на формування здорових харчових звичок у дітей. Важливими заходами є удосконалення системи шкільного харчування, проведення освітніх програм для батьків, контроль якості харчових продуктів та популяризація принципів здорового харчування [7, с. 29].

Таким чином, порушення харчування дітей в умовах воєнного стану є важливою медико-соціальною проблемою та потребує комплексного міжсекторального підходу з боку системи громадського здоров'я. Формування ефективних профілактичних стратегій є необхідною умовою збереження здоров'я майбутнього покоління України.

Література:

1. Грузєва Т. С., Іншакова Г. В. Громадське здоров'я дітей в умовах воєнного стану. *Україна. Здоров'я нації*. 2023. № 3. С. 10–16.
2. UNICEF Child nutrition in emergencies. New York : UNICEF, 2023. 52 p.
3. Black R. E., Victora C. G., Walker S. P. et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*. 2013. Vol. 382. P. 427–451.
4. Monteiro C. A., Cannon G., Levy R.B. et al. Ultra-processed foods and the nutrition transition. *Public Health Nutrition*. 2018. Vol. 21. P. 5–17.
5. Holick M. F. Vitamin D deficiency. *New England Journal of Medicine*. 2007. Vol. 357. P. 266–281.
6. World Health Organization Adolescent mental health and nutrition. Geneva : WHO, 2022. 47 p.
7. Ministry of Health of Ukraine Реформа системи шкільного харчування в Україні : аналітичні матеріали. Київ, 2024. 39 с.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-69

РОЗЛАДИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЯК ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Стогнієнко Єлизавета Станіславівна
здобувачка вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Рожнова Анастасія Михайлівна
старший викладач кафедри гігієни, медичної екології
та громадського здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

У сучасному світі проблема розладів харчової поведінки набуває все більшого поширення та стає важливою складовою громадського здоров'я. Швидкий розвиток соціальних мереж, постійний вплив стандартів краси, психологічне навантаження та стрес значно впливають на ставлення людини до власного тіла та харчування. Особливо вразливими до таких порушень є підлітки та молоді люди, оскільки саме у цьому віці

формується самооцінка та сприйняття себе. Розлади харчової поведінки негативно впливають не лише на фізичний стан людини, а й на психічне здоров'я, соціальну адаптацію та якість життя загалом. Саме тому дана проблема розглядається не тільки як індивідуальна, а і як важлива медико-соціальна проблема суспільства [1, с. 14].

Розлади харчової поведінки – це група психічних порушень, пов'язаних із неправильним ставленням до їжі, маси тіла та зовнішнього вигляду. До найбільш поширених форм належать нервова анорексія, нервова булімія та компульсивне переїдання. Нервова анорексія характеризується навмисним обмеженням прийому їжі через сильний страх набрати вагу. Людина має спотворене уявлення про власне тіло і навіть при критично низькій масі тіла вважає себе повною. Такий стан супродуктується значним виснаженням організму, порушенням обміну речовин, роботи серця, гормональними збоями та іншими небезпечними ускладненнями [2, с. 45].

Нервова булімія проявляється періодичними нападами переїдання, після яких людина намагається позбутися спожитої їжі шляхом викликання блювання, прийому проносних препаратів, голодування або надмірних фізичних навантажень. Подібна поведінка призводить до порушень роботи шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи, ушкодження зубної емалі та розвитку психологічної залежності від контролю маси тіла. Компульсивне переїдання характеризується втратою контролю над кількістю спожитої їжі без подальших спроб її позбутися. Внаслідок цього часто виникають ожиріння, цукровий діабет другого типу, серцево-судинні захворювання та інші хронічні патології [3, с. 112].

Причини виникнення розладів харчової поведінки є комплексними та включають психологічні, соціальні й біологичні фактори. Однією з головних причин є психологічні труднощі, зокрема низька самооцінка, депресія, тривожні розлади, емоційна нестабільність та хронічний стрес. Часто людина починає контролювати харчування як спосіб впоратися з внутрішніми переживаннями або отримати відчуття контролю над власним життям. Значний вплив на формування РХП мають соціальні мережі та сучасна медіакультура. У багатьох джерелах популяризується образ «ідеального тіла», який часто є недосяжним та нереалістичним. Постійне порівняння себе з моделями, блогерами або іншими людьми викликає невдоволення власною зовнішністю, що може стати причиною жорстких дієт, голодування або інших небезпечних методів контролю ваги. Особливо негативно це впливає на підлітків, які є більш чутливими до думки оточення [4, с. 88].

Важливу роль відіграє також сімейне середовище. Постійна критика зовнішності, надмірний контроль харчування у дитинстві, конфлікти в сім'ї або психологічне насильство можуть сприяти розвитку порушень

харчової поведінки. Окрім цього, існує і біологічна схильність до розвитку таких розладів. Деякі наукові дослідження підтверджують роль генетичних факторів та порушення роботи нейромедіаторів головного мозку у виникненні РХП [2, с. 48].

Розлади харчової поведінки мають серйозні наслідки для фізичного здоров'я людини. Тривале голодування або недостатнє харчування можуть призводити до виснаження організму, анемії, дефіциту вітамінів і мінералів, порушення функції серця та внутрішніх органів. У жінок часто виникають гормональні порушення та проблеми репродуктивної системи. У випадках переїдання значно підвищується ризик розвитку ожиріння, артеріальної гіпертензії, цукрового діабету та захворювань серцево-судинної системи. Окрім фізичних ускладнень, РХП негативно впливають на психічне здоров'я людини. У пацієнтів часто спостерігаються депресія, тривожність, почуття провини, соціальна ізоляція та зниження самооцінки. Людина може уникати спілкування з оточенням, втрачати інтерес до навчання чи роботи. У тяжких випадках можливі суїцидальні думки та поведінка. Особливо небезпечною є нервова анорексія, оскільки вона має один із найвищих рівнів смертності серед психічних захворювань [1, с. 18].

Проблема розладів харчової поведінки має велике значення для громадського здоров'я, оскільки впливає не лише на окрему людину, а й на суспільство в цілому. Зростання кількості людей із РХП призводить до збільшення витрат на медичне лікування, психологічну допомогу та реабілітацію. Також це впливає на працездатність населення та якість життя суспільства. Важливе значення має профілактика розладів харчової поведінки. Перш за все необхідно формувати у населення правильне уявлення про здорове харчування та здорове ставлення до власного тіла. У навчальних закладах доцільно проводити інформаційні лекції та бесіди щодо небезпеки жорстких дієт, впливу соціальних мереж на самооцінку та важливості психічного здоров'я. Велику роль у профілактиці відіграє сім'я, яка повинна підтримувати людину та уникати критики зовнішності [5, с. 31].

Не менш важливою є своєчасна психологічна допомога. Раннє виявлення симптомів розладів харчової поведінки значно підвищує ефективність лікування та зменшує ризик тяжких ускладнень. Лікування РХП потребує комплексного підходу за участю лікарів, психологов, психотерапевтів та дієтологів. Отже, розлади харчової поведінки є серйозною проблемою громадського здоров'я, яка потребує уваги з боку суспільства та системи охорони здоров'я. Вони негативно впливають на фізичний і психічний стан людини, можуть призводити до тяжких ускладнень та значно погіршують якість життя. Для зменшення поширення таких розладів необхідно проводити профілактичну роботу,

підвищувати рівень обізнаності населення та забезпечувати доступ до психологічної і медичної допомоги.

Література:

1. Москаленко В. Ф. Громадське здоров'я: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів. Вінниця : Нова Книга, 2013. 560 с.

2. Гавенко В. Л., Бітенський В. С., Кожевнікова В. О. Психіатрія та наркологія : підручник. Київ : ВСВ «Медицина», 2015. 512 с.

3. Профілактика розладів харчової поведінки у підлітків: метод. рекомендації / МОЗ України. Київ, 2017. 24 с.

4. Петренко О. М. Соціальні мережі як чинник формування аддиктивної поведінки молоді. *Вісник Одеського національного університету. Психологія*. 2019. Т. 24, вип. 2. С. 87–95.

5. Владимирова І. М. Сучасні виклики громадського здоров'я в Україні. *Журнал сучасної медицини*. 2021. № 3. С. 12–18.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-70

ВИКОРИСТАННЯ КОМБІНАЦІЇ КОНСЕРВАТИВНИХ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗІ СКОЛІОЗОМ

Ткач Олег Федорович
аспірант кафедри дитячої хірургії
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність теми. Деформація хребта, що формує порушення постави у кожної четвертої дитини в Україні, є актуальною проблемою серед патології опорно-рухового апарату (до 15% у структурі патології) в педіатричній популяції, і яка має тенденцію до свого збільшення [1, с. 175].

Сколіоз є одним із найпоширеніших ортопедичних захворювань дитячого віку. За даними ВООЗ, частота патології становить від 2% до 3% населення Землі, та характеризується тривимірним викривленням хребта у трьох площинах: сагітальній, фронтальній та горизонтальній, латеральним відхиленням осі хребта та ротацією хребців в фронтальній площині [8, с. 52]

Мета роботи – провести аналіз даних наукових джерел з питань лікування та фізичної реабілітації порушень постави і сколіозу у дітей із використанням ресурсів електронних баз PubMed, Google Scholar та інших, висвітлити результати власних досліджень.

Матеріали та методи. У дослідженні було залучено 31 пацієнт обох статей (18 дівчат та 13 хлопчиків), віком від 8 до 17 років із сколіотичною деформацією хребта I-II ступеня, яким проводилось консервативне лікування в медичному центрі "Аксіс" (м. Вінниця) протягом 2022-2025 рр. Величину сколіозу визначали відповідно із рентгенологічною оцінкою величини кута Кобба, яка, згідно із наказом МОЗ України, має 4 ступені [12, с. 125–126].

В загальній групі дослідження, кількісне співвідношення між хлопчиками та дівчатами склало 1:1,38, а співвідношення між I та II ступенем сколіозом, відповідно 1:2,1. Значне переважання пацієнтів обох статей, особливо дівчат, загальної групи із сколіозом II ступеня, на наш погляд, може свідчити про дещо запізніле звернення за медичною допомогою до профільного фахівця.

Результати та обговорення. Сучасне консервативне лікування застосовується як основна стратегія у пацієнтів із кутом викривлення до 40° по Коббу та базується на застосуванні комбінації певних різновекторних методик, наприклад: лікувальної фізкультури (PNF, DNS); корекційних вправ (Шрот терапія); ортопедичних засобів (корсет Шено); мануальної терапії тощо. Традиційно консервативна корекція сколіозу полягає у застосуванні індивідуально підібраному комплексу лікувальних вправ, масажу, застосуванні коригуючих ортезів для фіксації уражених зон хребта та санаторно-курортного лікування [13, с. 35–36].

Однак, на сьогоднішній день, завдячуючи прогресивному розвитку науки та апаратних технологій, виникла обґрунтована потреба та можливість застосування нових інноваційних підходів до фізичної реабілітації, які значно розширюють можливості забезпечення більш комплексного та ефективного лікування сколіотичної хвороби, на що наголошують вітчизняні фахівці.

В ході проведеного дослідження пацієнти отримували консервативне лікування, яке складалося із комбінації таких методів,як: лікувальної фізкультури (PNF, DNS); корекційних вправ (Шрот терапія); ортопедичних засобів (корсет Шено , що підбиралося індивідуально, залежно від ступеня деформації, віку дитини, статі, темпів росту та функціонального стану опорно-рухового апарату.

Комплексний підхід дозволяє не лише зупинити прогресування, але й скоригувати наявну деформацію.

Після проведення курсу розробленого консервативного лікування у всіх пацієнтів загальної групи нами відзначено позитивну клінічну та рентгенологічну динаміку.

За даними рентгенологічного контролю встановлено, що зменшення кута Кобба відбулось в межах від 5° до 10°, за даними кутометрії максимальне зменшення з 14° до 2° та по даним сколіометрії максимальне зменшення з 8° до 0°, що свідчить про ефективність використаних консервативних методів лікування при сколіозі I–II ступеня у дітей.

Висновки

1. Проблема сколіотичної хвороби в дитячому віці зал обумовлена низкою негативних факторів та несприятливих причин, які притаманні сучасним верствам дитячого населення, зокрема малорухомий спосіб життя, недостатній загальний фізичний розвиток, часто ірраціональний режим праці та відпочинку, неповноцінне та незбалансоване харчування, тривале вимушене положення тіла під час навчання.

2. Проведене дослідження підтвердило ефективність комбінації консервативних методів лікування сколіозу у дітей, дозволяючи в більшості випадків ефективно припинити прогресування деформації.

3. Зменшення величини кута Кобба на рентгенограмах, кутів при проведенні сколіометрії та кутометрії демонструє об'єктивне зменшення деформації хребта при реалізації програми фізичної терапії протягом перших 10–12 місяців.

4. Індивідуальний підхід до вибору комбінації методів консервативного лікування є ключовим чинником успішної корекції патології постави у дитячому віці.

Література:

1. Бакалюк Т. Г., Чурпій І. К., Янів О. В., Стельмах Г. О., Телиця Є. Ю. Сучасні аспекти реабілітаційного обстеження при порушенні постави у людей молодого віку. *Art of Medicine.* 2020. № 1(13). С. 175–179. DOI: https://doi.org/10.21802/artm.2020.1.13.175

2. Cheon J. H., Lim N. N., Lee G. S., Won K. H., Lee S. H., Kang E. Y., Lee H. K., Cho Y. Differences of spinal curvature, thoracic mobility, and respiratory strength between chronic neck pain patients and people without cervical pain. *Annals of Rehabilitation Medicine*. 2020. 44(1). 58–68. doi: 10.5535/arm.2020.44.1.58

3. Франк С., Франк М., Франк Г Відновлювальне лікування ідеопатичного сколіозу методом мануальної терапії. W*orld Science.* 2020. № 1(53). С. 51–57. DOI:10.31435/rsglobal_ws/31012020/6896

4. Fusco C., Zaina F., Atanasio S., Romano M., Negrini A., Negrini S. Physical exercises in the treatment of ad*olescent idiopathic scoliosis: An updated systematic review. Physiotherapy Theory and Practic.* 2011. 27. 80–114.

5. Гамма Т. В. Фізична терапія дітей віком 10–12 років зі сколіозом II ступеня / Т. В. Гамма, І. М. Григус, І. О. Орел, А. М. Гірак / Р*еабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини*. 2022. № 11. С. 10–17.

6. Kashuba V., Savliuk S., Chalii L., Zakharina I., Yavorskyi A., Panchuk A., Grygus I., Ostrowska M. Technology for correcting postural disorders in primary school-age children with hearing impairment during physical education. *Journal of Physical Education and Sport.* 2020. 20(Suppl. 2). 939–945. DOI:10.7752/jpes.2020.s2133

7. Коломієць, С. І. Сколіотична хвороба у дітей як одна з причин тривожності. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2016. № 3(2). С. 93–97.

8. Левицький А. Ф., Бур'янов О. А., Бензар І. М. та ін. Якість життя пацієнтів після консервативного лікування підліткового ідіопатичного сколіозу. *Вісник ортопедії, травматології та протезування*. 2022. № 1. С. 52–55. https://doi.org/10.37647/0132-2486-2022-112-1-52-55

9. Левицький А. Ф., Бур'янов О. А., Омельченко Т. М. та ін. Біомеханічні аспекти функціонального лікування сколіотичної деформації хребта. *Травма*. 2022. Т. 23 № 2. С. 29–39. DOI: 10.22141/1608-1706.2.23.2022.888

10. Левицький А. Ф., Рогозинський В. О., Карпінська О. Д. Динаміка корекції складної сколіотичної деформації хребта у дітей при виконанні гало-гравітаційної тракції. *Травма*. 2022. Т. 23 № 1. С. 36–42. DOI: 10.22141/1608-1706.1.23.2022.880

11. Мартинова Н. П., Могильний І. М., Агалаков В. С. Коригуюча гімнастика при сколіозі. Дніпро : ДНУ. 2022. С. 3–28.

12. Поляруш І. А., Василенко Є. В., Кобінський О. В. Огляд сучасних підходів до застосування засобів фізичної терапії при сколіотичній хворобі у підлітків. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія.* 2022. № 2. С. 125–131. DOI: https://doi.org/10.32652/spmed.2022.2.125-131

13. Popova-Ramova E., Poposka A., Lazovic M., Ramov L. Evaluation of scoliosis deviation with clinical measurements during physical therapy. *Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2013. 6(1). 31–36.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-71

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕХАНІЗМІВ РЕАЛІЗАЦІЇ ПОЛІТИКИ ВООЗ «ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ВСІХ» У СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Шанигін Антон Вікторович
доктор філософії з медицини,
доцент кафедри гігієни, медичної екології та громадського здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Політика ВООЗ «Здоров'я для всіх» є однією з базових стратегічних концепцій глобального громадського здоров'я, спрямованою на забезпечення максимально можливого рівня здоров'я для всіх груп населення незалежно від соціально-економічних, географічних та інших детермінант [1, с. 630]. У сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я України її імплементація набуває особливого значення, оскільки визначає вектор розвитку профілактичної медицини, міжсекторальної взаємодії та сталого функціонування системи громадського здоров'я.

В Україні впровадження принципів політики «Здоров'я для всіх» відбувається в умовах структурної трансформації системи охорони здоров'я, обмежених ресурсів, демографічних викликів, а також впливу соціальних, екологічних і поведінкових факторів ризику [2, с. 72]. Це зумовлює необхідність комплексної оцінки ефективності механізмів реалізації зазначеної політики з позицій громадського здоров'я.

Метою роботи є оцінка ефективності механізмів реалізації політики ВООЗ «Здоров'я для всіх» у системі громадського здоров'я України та визначення основних напрямів підвищення їх результативності в сучасних умовах.

Методологічною основою дослідження є системний підхід, аналіз нормативно-правових актів, стратегічних документів ВООЗ та України у сфері громадського здоров'я, а також узагальнення сучасних наукових публікацій щодо впровадження політики «Здоров'я для всіх».

Реалізація політики ВООЗ «Здоров'я для всіх» в Україні відбувається в умовах складної епідеміологічної, демографічної та організаційної ситуації, що суттєво впливає на ефективність механізмів громадського здоров'я [3, с. 63]. Водночас національна система демонструє ознаки поступової трансформації, зокрема через посилення первинної медичної

допомоги, цифровізацію процесів та впровадження програм державних медичних гарантій.

За даними ВООЗ, Україна належить до країн із відносно високим загальним рівнем очікуваної тривалості життя, який у 2024 році становив приблизно 74,3 років, демонструючи певне відновлення після періоду пандемії COVID-19 та кризових впливів воєнного часу [4]. Водночас цей показник залишається нестабільним і суттєво залежить від впливу зовнішніх факторів, зокрема доступності медичної допомоги та профілактичних послуг.

Структурно система охорони здоров'я України характеризується значним фінансовим навантаженням на домогосподарства. За оцінками Європейської обсерваторії систем охорони здоров'я, близько 50–51% усіх витрат на охорону здоров'я в Україні припадає на приватні платежі населення, що створює ризики катастрофічних витрат для вразливих груп [5, с. 7]. Це є одним із ключових обмежень ефективності реалізації принципу «рівного доступу», закладеного в політиці ВООЗ.

Важливою складовою громадського здоров'я є функціонування первинної медичної допомоги, яка в Україні після реформи 2018 року стала центральною ланкою системи. Водночас результати опитувань ВООЗ свідчать, що хоча 94% населення знають про свої заклади первинної медичної допомоги, рівень профілактичних оглядів залишається недостатнім: лише близько 37% пацієнтів проходять рекомендовані профілактичні обстеження [6, с. 9]. Це прямо вказує на слабкість превентивної складової системи громадського здоров'я.

Додатковим викликом є вплив війни на функціонування медичної системи. За даними ВООЗ, лише у 2025 році було зафіксовано збільшення атак на заклади охорони здоров'я приблизно на 20% порівняно з попереднім роком [7]. Попри це, близько 93% медичних закладів, які були проінспектовані ВООЗ, залишаються функціональними, що свідчить про високу адаптивність системи навіть в умовах кризового навантаження [5, с. 7].

Окремо слід відзначити тягар неінфекційних захворювань, який залишається домінуючим у структурі смертності та захворюваності. Хоча з 2000-х років спостерігається зниження передчасної смертності від НІЗ, її рівень в Україні все ще більш ніж удвічі перевищує середній показник країн ЄС [8, с. 8]. Це вказує на недостатню ефективність довгострокових профілактичних програм.

Таким чином, аналіз показує, що попри впровадження ключових механізмів політики ВООЗ «Здоров'я для всіх» (реформа первинної допомоги, створення NHSU, розвиток програм медичних гарантій), їхня ефективність обмежується високою часткою приватних витрат,

недостатнім рівнем профілактики, демографічними викликами та впливом воєнного конфлікту.

Проведений аналіз дозволяє констатувати, що реалізація політики ВООЗ «Здоров'я для всіх» в Україні має змішаний характер результативності. З одного боку, відбувається структурна модернізація системи охорони здоров'я, посилення ролі первинної медичної допомоги та впровадження інституційних механізмів фінансування через Національну службу здоров'я України. З іншого боку, ефективність цих механізмів залишається обмеженою через високу частку приватних витрат населення, недостатню орієнтацію на профілактику та значний тягар неінфекційних захворювань.

Ключовим системним викликом залишається недостатня інтеграція підходів громадського здоров'я в усі рівні управління системою охорони здоров'я. Попри формальне впровадження профілактичних програм, їх реальний вплив на зниження факторів ризику є обмеженим, що підтверджується високою поширеністю поведінкових ризиків, низьким рівнем профілактичних оглядів та значною часткою передчасної смертності від керованих причин.

У контексті підвищення ефективності реалізації політики «Здоров'я для всіх» доцільним є посилення міжсекторальної взаємодії, зокрема інтеграції політик у сфері освіти, соціального захисту, екології та громадського здоров'я. Саме міжсекторальний підхід, який є базовим принципом ВООЗ, дозволяє впливати на соціальні детермінанти здоров'я, що формують до 70% загального стану здоров'я населення [2, с. 74].

Стратегічним пріоритетом має стати переорієнтація системи з лікувальної моделі на превентивну, з акцентом на раннє виявлення факторів ризику, скринінгові програми та формування поведінки збереження здоров'я серед населення. У цьому контексті особливого значення набуває розвиток цифрових інструментів громадського здоров'я, включно з електронними реєстрами, системами епіднагляду та аналітики великих даних для прийняття управлінських рішень [1, с. 629; 3, с. 64].

Важливим напрямом також є посилення фінансової захищеності населення шляхом зменшення частки прямих витрат домогосподарств на медичні послуги та розширення пакету гарантованих послуг первинної медичної допомоги [2, с. 73]. Це відповідає принципу універсального охоплення послугами охорони здоров'я, який є одним із ключових компонентів політики ВООЗ «Здоров'я для всіх».

Отже, підвищення ефективності механізмів реалізації зазначеної політики в Україні потребує системного поєднання інституційних реформ, посилення профілактичної складової, розвитку цифрової інфраструктури та міжсекторальної взаємодії, що в сукупності забезпечить довгострокову сталість системи громадського здоров'я.

Література:

1. Шанигін А. В., Бабієнко В. В., Волошина В. К. Ключові засади Всесвітньої організації охорони здоров'я у промоції здорового способу життя // Забезпечення стійкості системи публічної влади та управління в умовах спеціальних адміністративно-правових режимів та відновлення України : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., м. Одеса, 17 трав. 2024 р. Одеса, 2024. С. 629–632. URL: https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/handle/ 123456789/15621

2. Шанигін А. В., Ноябрьов Д. В. Системні виклики у сфері охорони здоров'я України та роль стратегій ВООЗ у післявоєнному відновленні // Реабілітація. Рекреація. Здоровий спосіб життя – 2025 : матеріали наук.-практ. конф., м. Одеса, 23 трав. 2025 р. Одеса, 2025. С. 71–74. URL: https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/17725

3. Шанигін А. В. Роль ВООЗ в реалізації стратегії реабілітації пацієнтів в умовах війни. Сучасні аспекти комплексної реабілітації. Виклики та перспективи – 2024 : матеріали практ. конф., м. Одеса, 10–11 жовт. 2024 р. Одеса : ПОЛІГРАФ, 2024. С. 63–64. URL: https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/16094

4. Ukraine life expectancy. TheGlobalEconomy.com. URL: https://www.theglobaleconomy.com/Ukraine/life_expectancy/ (дата звернення: 15.05.2026).

5. Health systems in action 2024: Ukraine / European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Europe. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2024. 24 p. URL: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-ukraine-2024 (дата звернення: 15.05.2026).

6. Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery / World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen : WHO Europe, 2024. URL: https://www.who.int/ukraine/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10570-50342-75964 (дата звернення: 17.05.2026).

7. Attacks on Ukraine's health care increased by 20% in 2025 // World Health Organization. URL: https://www.who.int/news/item/23-02-2026-attacks-on-ukraine-s-health-care-increased-by-20-in-2025 (дата звернення: 15.05.2026).

8. Health systems in action: Ukraine / European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Europe. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2021. URL: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-ukraine (дата звернення: 17.05.2026).

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-72

ПРОФІЛАКТИКА ПРИРОДНО-ОСЕРЕДКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Шевчук Тетяна Ігорівна
кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри медичної біології
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Хлєстова Світлана Святославівна
кандидат педагогічних наук, доцент,
в.о. завідувача кафедри медичної біології
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Горбатюк Світлана Михайлівна
кандидат біологічних наук, доцент,
доцент кафедри медичної біології
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Природно-осередкові захворювання залишаються однією із ключових проблем сучасної епідеміології та медицини загалом, оскільки існування природних осередків зумовлені складною взаємодією біологічних, екологічних та соціально-економічних факторів. Значна частина інфекційних і паразитарних хвороб має природно-осередковий характер і пов'язана з циркуляцією збудників у природних біогеоценозах незалежно від людини. Існування таких захворювань підтримується наявністю природних резервуарів, до яких належать дикі та синантропні тварини (гризуни, птахи, ссавці, свійські тварини). В організмі резервуарних хазяїв збудники захворювань здатні перебувати тривалий час, зберігаючи життєздатність та інвазивність, а також виділятися в навколишнє середовище з біологічними рідинами тварин, відіграючи роль джерела інфекції і підтримуючи таким чином стабільність природних осередків. Водночас специфічні переносники – представники типу Членистоногих – відіграють важливу роль у передачі збудників до резервуарних хазяїв і до людей, формуючи так звані трансмісивні природно-осередкові системи [1–3].

Суттєвим чинником поширення природно-осередкових захворювань у світі є кліматичні та екологічні зміни. Потепління клімату, зміна режимів вологості, інтенсифікація сільського господарства, осушення боліт, вирубка лісів та трансформація ландшафтів сприяють розширенню ареалів проживання переносників і резервуарних хазяїв. Це підтверджується зростанням захворюваності на кліщові інфекції, зокрема хворобу Лайма, яка демонструє стабільне поширення у різних регіонах світу [4, с. 80]. Активізація природних осередків таких інфекцій спостерігається і на локальному рівні, що проявляється у періодичних спалахах та зростанні захворюваності [5, с. 27].

Не менш важливу роль у поширенні і підтриманні природних вогнищ захворювань відіграють антропогенні та соціально-економічні фактори: урбанізація, зміна землекористування, міграція населення і міжнародні подорожі, а також недостатній рівень профілактики, обмежений доступ до медичної допомоги, низька обізнаність населення та відсутність ефективних програм контролю. Ці фактори сприяють занесенню збудників в інші регіони, привезенню паразитів до людських поселень, створення антропургічних вогнищ і, відповідно, зростання захворюваності населення, тому дана проблема є досить актуальною для системи громадського здоров'я [6, 7].

Природний осередок – це біотоп, розташований на території конкретного географічного ландшафту, заселений тваринами, видові або міжвидові відмінності яких забезпечують циркуляцію збудника за рахунок його передачі від однієї тварини до іншої і без заносу даного збудника ззовні необмежено довгий період. Якщо природно-осередкове захворювання відноситься до категорії нетрансмісивного, то структура природного вогнища буде складатися з таких компонентів: збудник хвороби, природний резервуар – тварини, сприйнятливі до даного збудника, комплекс природно-кліматичних умов, в якому існує даний біогеоценоз. Якщо захворювання має трансмісивний механізм передачі, то до перерахованих компонентів слід віднести специфічного переносника. Прикладом трансмісивного природно-осередкового захворювання може бути трипаносомоз родезійського типу, існування якого забезпечується такими компонентами: збудником є трипаносома родезійська, природним резервуаром – дикі антилопи, переносником – муха це-це, природним біотопом – східна частина Африканського континенту.

В осередку відбувається циркуляція збудника від хворих тварин (донорів збудника) через переносників до здорових (реципієнтів), які в свою чергу стають в подальшому донорами збудника. Якщо людина потрапляє в природний осередок захворювання, то вона спочатку стає реципієнтом, а потім і донором збудника. В таких випадках природний

осередок набуває епідеміологічного значення. Відмічається тенденція до антропофільної орієнтації переносників захворювань. Цьому сприяє зменшення популяції тварин і збільшення популяції людей, а також діяльність людини: вирубка лісів і пов'язані з цим зміни у землекористуванні, комерційному розвитку, будівництві доріг, систем водопостачання.

Якщо збудники природно-осередкових захворювань циркулюють в одному місці лише серед диких тварин, то вони називаються природними первинними, а якщо переноситься в інший біотоп з подібними умовами, то він стає вторинним. Якщо в природний осередок попадає людина і переносить збудника до інших людей і домашніх тварин, то він починає циркулювати між ними, створюючи антропургічне вогнище хвороби. Існують також змішані вогнища, які зустрічаються повсюдно, збудники в життєвих циклах не пов'язані з оточуючим середовищем і вражають широке коло хазяїв, а людина може заразитися в будь-якій природно-кліматичній зоні. До змішаних осередків можна віднести токсоплазмоз і трихінельоз.

Складність профілактики природно-осередкових захворювань обумовлена тим, що в циркуляцію збудника в природних умовах включається велика кількість хазяїв і переносників, які можуть бути джерелами інвазії. Руйнування цілих біогеоценотичних комплексів, які виникли в результаті тривалої сумісної еволюції, екологічно не доцільно і технічно майже неможливо. Також ускладнює розробку профілактичних заходів адаптація паразитів до різних біотопів, резервуарів та здатність проникати в організм хазяїна різноманітними шляхами і механізмами (аліментарним, водним, контактним, трансмісивним, повітряним, перкутанним) [8].

Профілактика повинна бути направлена на роботу з резервуарами або з переносниками збудників хвороб [9], контроль захворюваності шляхом вакцинації, санітарії навколишнього середовища, безпека харчових продуктів, зменшення контактів людей з тваринами, захист від укусів кровосисних членистоногих [10].

Отже, природно-осередкові захворювання є особливою групою хвороб, оскільки існують в природних екосистемах незалежно від людини і передаються через тварин-резервуарів, комах-переносників або фактори довкілля. Через кліматичні, екологічні, соціально-економічні та інші антропогенні фактори людина може опинитися в такому осередку і спричинити поширення хвороб серед домашніх тварин та людей. Профілактика природно-осередкових захворювань має певні труднощі, оскільки повне знищення природних осередків неможливе через їх тісний зв'язок з екосистемами та дикими тваринами. Ускладнюють профілактичні заходи зміни клімату, неможливість

прогнозування поширення переносників, недостатнє фінансування профілактичних програм, низька обізнаність населення щодо захисту. Подальші дослідження в цьому напрямку пов'язані з розвитком сучасних молекулярних методів діагностики, створення вакцин, епідеміологічний моніторинг та прогнозування спалахів природно-осередкових захворювань.

Література:

1. Гужвинська С. О. та ін. Зоонозні інфекції, зумовлені флавівірусами: епідеміологічні аспекти. *Ветеринарна медицина*. 2025. Вип. 111. С. 25–35. https://doi.org/10.36016/VM-2025-111-4.

2. Pabst R., Sousa C. A., Essl F. *et al.* Global invasion patterns and dynamics of disease vector mosquitoes. *Nat Commun.* 2025. 16. 9127. https://doi.org/10.1038/s41467-025-64446-3.

3. Hiscox A., Jones R. T., Dennehy J. *et al.* An exploration of current and future vector-borne disease threats and opportunities for change. *Front. Public Health*. 2025. 13:1585412. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1585412.

4. Захворюваність на Лайм-бореліоз і його профілактика у військах різних країн / М.А. Андрейчин та ін. *Інфекційні хвороби*. 2025. № 2 (120). С. 78–85. https://doi.org/10.11603/1681-2727.2025.2.15303.

5. Гущук І. В., Савчук Т. М. Структура та особливості поширення інфекційних захворювань серед населення Острозького району за 2010–2020 рр. *Public Health Journal*. 2022. Вип. 2. С. 25–34. https://doi.org/10.32782/pub.health.2022.2.4.

6. Chala B., Hamde F. Emerging and Re-emerging Vector-Borne Infectious Diseases and the Challenges for Control: A Review. *Front Public Health*. 2021. 9:715759. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.715759.

7. Carvalho R., Anjos D., Harmange C. *et al*. Unpacking the risks of zoonotic and vector-borne pathogen transmission to humans in the context of environmental change. *One Earth*. 2025. Vol. 8, Is. 8. 101348. https://doi.org/10.1016/j.oneear.2025.101348.

8. Martins-Duarte E.S. Parasites and Infection: Strategies to Control, Diagnose, and Treat Parasitic Diseases. *Microorganisms.* 2025. 13(6):1254. https://doi.org/10.3390/microorganisms13061254.

9. Hopkins S.R., Jones I.J., Buck J.C. *et al*. Environmental Persistence of the World's Most Burdensome Infectious and Parasitic Diseases. *Front. Public Health* 2022.10:892366. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.892366.

10. Ellwanger J. Gorini da Veiga A. Kaminski V. *et al.* Control and prevention of infectious diseases from a One Health perspective. *Genetics and Molecular Biology*. 2021. 44. https://doi.org/10.1590/1678-4685-GMB-2020-0256.

СЕКЦІЯ 6. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ТА КОМУНІКАЦІЯ В КРИЗОВИХ УМОВАХ ТА УМОВАХ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-73

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ТА ТРИВОГИ У СУЧАСНІЙ ПСИХОЛОГІЇ

Литвиненко Ольга Дмитрівна
доктор психологічних наук,
професор кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Меркулова Анна Валеріївна
здобувачка вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Сучасні суспільні трансформації, нестабільність соціально-економічних умов, інформаційне перенавантаження, наслідки глобальних криз та воєнних подій актуалізують проблему збереження психічного здоров'я особистості. В умовах постійного стресового впливу особливого значення набувають психологічні ресурси, що забезпечують здатність людини ефективно адаптуватися до складних життєвих обставин, підтримувати емоційну рівновагу та конструктивно долати труднощі. Одним із таких ресурсів є життєстійкість, яка розглядається як важливий чинник психологічного благополуччя та стресостійкості особистості.

Водночас одним із найбільш поширених психоемоційних станів сучасної людини є тривога. Вона виникає як реакція на невизначеність, небезпеку чи внутрішній конфлікт і може проявлятися як ситуативний емоційний стан або як стійка особистісна характеристика. Підвищений рівень тривожності негативно впливає на когнітивну діяльність, міжособистісні взаємини, професійну ефективність та загальний стан психічного здоров'я.

У сучасній психології проблема співвідношення життєстійкості та тривоги набуває особливої актуальності, оскільки життєстійкість розглядається як один із провідних механізмів подолання тривожних переживань і збереження внутрішньої стабільності особистості. Теоретичне осмислення цих феноменів є важливим підґрунтям для подальших емпіричних досліджень та розробки психокорекційних програм.

Поняття життєстійкості активно розробляється у межах гуманістичної, екзистенційної та позитивної психології. Найбільш ґрунтовно концепцію життєстійкості розробив американський психолог С. Мадді, який визначав її як систему переконань і особистісних характеристик, що дозволяють людині ефективно долати стресові ситуації та зберігати психологічну стабільність. Науковець розглядав життєстійкість як інтегральну характеристику особистості, яка сприяє трансформації складних життєвих подій у можливості для особистісного розвитку.

Згідно з концепцією С. Мадді, життєстійкість включає три основні компоненти: залученість, контроль та прийняття ризику. Залученість відображає прагнення особистості активно взаємодіяти зі світом та брати участь у життєвих процесах. Контроль характеризує переконання людини у власній здатності впливати на події власного життя. Прийняття ризику передбачає готовність сприймати зміни та новий досвід як умову розвитку, навіть за відсутності гарантій успіху [3].

Українські дослідники, зокрема Чиханцова О.А. також приділяють значну увагу проблемі життєстійкості, аналізуючи її як чинник психологічної адаптації в умовах соціальної нестабільності та кризових подій. Особливого значення це питання набуває в умовах воєнного стану, коли життєстійкість виступає одним із провідних механізмів збереження психічного здоров'я та емоційної рівноваги особистості [5].

Проблема тривоги є однією з центральних у психологічній науці. Різні теоретичні підходи по-різному трактують природу цього феномена, однак більшість дослідників розглядають тривогу як емоційний стан, пов'язаний із переживанням невизначеності, загрози або очікування небезпеки.

Автор Іванова Т. В. досліджуючи тривогу як психологічний феномен зауважує, що концептуальне розрізнення тривоги як динамічного стану та властивості особистості, або особистісної диспозиції, підкреслює процесуальність феномену тривоги. Цей стан логічно розглядати як послідовність когнітивних, афективних і поведінкових реакцій, що актуалізуються в результаті впливу на людину різних форм стресових чинників [1]. При цьому стресові подразники можуть мати як зовнішній характер, так і бути зумовленими деякими внутрішніми чинниками, що

інтерпретується суб'єктом як небезпечні або загрозливі. Когнітивна оцінка небезпеки, таким чином, актуалізує стан тривоги або зростання рівня інтенсивності цього стану. Таким чином, стан тривоги можна включити в структуру загального процесу тривоги, який складається з таких компонентів, що розгортаються у певному часовому проміжку: стрес – сприйняття загрози – стан тривоги [2].

Іванова Т.В. також, зауважує, що значний внесок у вивчення тривоги зробив Зигмунд Фройд, який розглядав її як сигнал внутрішнього конфлікту між несвідомими потягами та соціальними нормами. У психоаналітичному підході тривога виконує захисну функцію, попереджаючи особистість про можливу психологічну небезпеку [2].

А. Адлер у своїй індивідуальній теорії особистості розглядав тривогу як симптом неврозу, а останній розумів досить широко – як діагностично неоднозначний термін, що охоплює численні поведінкові порушення [1]. Хворі на невроз – це люди, які вибрали неправильний стиль життя внаслідок того, що у ранньому дитинстві вони або перенесли фізичні страждання, або їх надмірно опікали, або відкидали та ігнорували. За таких умов у дітей формується надмірна тривожність, вони не відчувають себе у безпеці, внаслідок чого розвивають стратегію психологічного захисту з метою знешкодити почуття неповноцінності. Таким чином, Адлер уважав переживання тривоги ознакою невротичного розвитку, постійного переживання почуття загрози самооцінці, відчуття невпевненості та підвищеної чутливості до небезпеки різного рівня [2].

У сучасній психології тривога розглядається як багатовимірний феномен, що включає емоційний, когнітивний, поведінковий та фізіологічний компоненти. Підвищений рівень тривожності може супроводжуватися емоційним напруженням, негативними очікуваннями, труднощами концентрації уваги, соматичними проявами та зниженням адаптаційних можливостей особистості [2].

У науковій статті Мущерової К. життєстійкість і тривога розглядаються як взаємопов'язані феномени. Більшість наукових праць підтверджує наявність оберненого зв'язку між рівнем життєстійкості та проявами тривожності. Особи з високим рівнем життєстійкості зазвичай демонструють кращу емоційну регуляцію, вищий рівень самоконтролю та більш адаптивні стратегії подолання стресу [4].

Життєстійкість сприяє формуванню позитивного ставлення до труднощів, підвищує здатність особистості зберігати психологічну стабільність у кризових ситуаціях та знижує інтенсивність тривожних переживань. Натомість низький рівень життєстійкості часто

супроводжується підвищеною вразливістю до стресу, емоційною нестабільністю та схильністю до розвитку тривожних станів.

Особливого значення дослідження взаємозв'язку життєстійкості та тривоги набуває у контексті сучасних суспільних викликів. Тривале перебування в умовах небезпеки, невизначеності та емоційного напруження підвищує потребу у розвитку психологічних ресурсів особистості, здатних забезпечити ефективну адаптацію та підтримку психічного здоров'я.

Отже, життєстійкість і тривога є важливими психологічними феноменами, що суттєво впливають на психоемоційний стан та адаптаційні можливості особистості. Життєстійкість виступає інтегральною характеристикою, яка забезпечує здатність людини ефективно долати труднощі, зберігати внутрішню стабільність та підтримувати психологічне благополуччя. Тривога, у свою чергу, є природною емоційною реакцією на ситуації невизначеності та загрози, однак її надмірний рівень може негативно позначатися на психічному здоров'ї особистості.

Література:

1. Іванова Т. В. Підходи до вивчення феномена тривоги. Міжнародні челпанівські психолого-педагогічні читання. *Психологія XXI століття: досягнення і перспективи*. 2017. Т.21. С. 170–181. https://chelpanov.eeipsy.org/index.php/ eeip/article/view/268

2. Іванова Т. В. Тривога як психологічний феномен. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2020. № 6. С. 72–78. DOI https://doi.org/10.30970/2522-1876-2020-6-11

3. Кравчук С. Л. Особливості життєстійкості як фактора психологічної пружності особистості юнацького віку в умовах воєнного конфлікту. *Науковий вісник Херсонського державного університету.* 2018. № 1. С. 99-105. https://pj.journal.kspu.edu/ index.php/pj/ article/view/289

4. Мущерова К. Психологічні особливості взаємозв'язку життєстійкості та тривожності. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія,* №1(15), 2022. 30–35. https://doi.org/10.17721/BSP.2022.1(15).5

5. Чиханцова О. А. Модель життєстійкості особистості. *Актуальні проблеми психології.* 2018. № 17. С. 142–150. http://appsychology.org.ua/data/jrn/v5/i17/17.pdf

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-74

ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ ТА ЇХ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА

Миколайчук Ірина Павлівна
кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту
Державний торговельно-економічний університет
м. Київ, Україна

Воєнний стан в Україні суттєво загострив кадрову кризу в системі охорони здоров'я. Масова міграція, мобілізація та втрати персоналу призвели до гострого дефіциту кадрів, особливо у прифронтових регіонах. Медичні працівники постійно зазнають високого психоемоційного навантаження, ризику для життя, моральної травми та професійного вигорання. У цих умовах соціально-психологічна підтримка персоналу стає стратегічним фактором забезпечення резильєнтності кадрової політики закладів охорони здоров'я. Згідно з рекомендаціями ВООЗ (2024), стійкість системи охорони здоров'я значною мірою залежить від психологічної стійкості та мотивації медичного персоналу. Водночас механізми інтеграції соціально-психологічної підтримки в кадрову політику ЗОЗ залишаються недостатньо розробленими.

Мета дослідження – обґрунтувати роль соціально-психологічної підтримки медичного персоналу в умовах воєнного стану, враховуючи численні фактори професійного вигорання.

За прогнозами ВООЗ, до 2030 року у світі очікується дефіцит близько 11 мільйонів медичних працівників, переважно в країнах з низьким та середньонизьким рівнем доходів. Проблема нестачі кадрів стосується держав на всіх рівнях економічного розвитку і зумовлена хронічним недофінансуванням медичної освіти, невідповідністю освітніх стратегій реальним потребам системи охорони здоров'я, нерівномірним розподілом персоналу (особливо у сільській місцевості та віддалених регіонах), а також активною міжнародною міграцією медиків [4].

В Україні повномасштабне збройне вторгнення Російської Федерації суттєво загострило проблему професійного вигорання медичних працівників. Хронічне психоемоційне перевантаження, постійний ризик для життя, моральна травма, робота в умовах обстрілів та гострого кадрового дефіциту призвели до того, що рівень емоційного вигорання серед медиків сягнув 55–70 %. Таким чином, професійне вигорання

перетворилося з індивідуальної проблеми на серйозну системну загрозу для резильєнтності кадрової політики закладів охорони здоров'я.

Професійне вигорання (burnout) – це синдром, що виникає внаслідок хронічного стресу на робочому місці, який не був успішно подоланий, що суттєво впливає на якість життя і функціонування медичних працівників [1].

Умови воєнного стану створюють комплексний мультифакторний вплив, який суттєво підвищує ризик професійного вигорання медичних працівників. Ефективна профілактика цього синдрому вимагає системного поєднання організаційних, психологічних та соціальних заходів у межах кадрової політики закладів охорони здоров'я.

Проведений теоретичний аналіз [3] показав, що первинна ланка медичної допомоги характеризується особливо високим ризиком професійного вигорання. Це зумовлено поєднанням хронічного емоційного навантаження, кадрового дефіциту, надмірної відповідальності, складних емоційних ситуацій у спілкуванні з пацієнтами, а також специфічних воєнних стресорів – роботи під обстрілами, надання допомоги травмованим та постійних переживань за безпеку родини.

Численні сучасні дослідження підтверджують, що професійне вигорання призводить до серйозних негативних наслідків, зокрема зростання частоти серцево-судинних захворювань, розвитку депресивних станів та суттєвого зниження задоволеності професійною діяльністю [2].

Доцільно сформувати перелік факторів, що сприяють вигоранню медиків в умовах воєнного стану (табл. 1).

Таблиця 1

Перелік факторів, що сприяють вигоранню медичних працівників в умовах воєнного стану

№	Група факторів	Конкретні фактори впливу	Ступінь впливу	Заходи профілактики
1	2	3	4	5
1	**Фізична небезпека**	Ризик обстрілів, бомбардувань, робота в зонах бойових дій, мінування територій	Дуже високий	Забезпечення укриттів, евакуаційні плани, бронювання критичного персоналу, страхування життя
2	**Надмірне робоче навантаження**	Кадровий дефіцит, мобілізація та міграція персоналу, збільшення обсягу роботи	Дуже високий	Оптимізація графіків роботи, система ротації, залучення резервного персоналу, нормоване навантаження

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5
3	**Емоційно-психологічні фактори**	Постійний контакт зі смертю, важкопораненими (в т.ч. дітьми), вторинна травматизація, ПТСР	Критичний	Регулярні індивідуальні та групові психологічні консультації, супервізії, програми mindfulness
4	**Ресурсні обмеження**	Дефіцит ліків, обладнання, засобів захисту, неможливість надання допомоги в повному обсязі	Високий	Централізоване постачання ресурсів, пріоритетне забезпечення ЗОЗ, навчання роботі в умовах дефіциту
5	**Морально-етичні дилеми**	Тріаж пацієнтів, вимушена відмова в допомозі, моральна травма	Високий	Етичні тренінги, підтримка прийняття складних рішень, психологічна допомога після моральної травми
6	**Фактори невизначеності**	Постійний стрес, непередбачуваність ситуації, робота в умовах блекаутів та обстрілів	Високий	Навчання стрес-менеджменту та резильєнтності, регулярні зустрічі з керівництвом, створення стабільної корпоративної культури

Джерело: складено авторами з використанням [2]

У зв'язку з цим особливої актуальності набуває впровадження превентивних заходів. З метою забезпечення психологічної стійкості, зниження професійного вигорання, підвищення мотивації та збереження кадрового потенціалу ЗОЗ в умовах воєнного стану авторами запропоновано структуровану систему соціально-психологічної підтримки медичного персоналу, яку можна впроваджувати в кадровій політиці закладів охорони здоров'я.

Таблиця 2

Основні напрями соціально-психологічної підтримки медичних працівників

№	**Напрям підтримки**	**Конкретні заходи**	**Періодичність / Відповідальний**
1	2	3	4
1	**Психологічна допомога**	1. Індивідуальне консультування психолога/психотерапевта 2. Групові сесії (балінтовські групи) 3. Кризова психологічна допомога (24/7)	Постійно / Клінічний психолог

Продовження таблиці 2

1	2	3	4
2	**Профілактика вигорання**	4. Навчання технікам саморегуляції та стрес-менеджменту 5. Програма «Відновлення ресурсу» (відпустки, міні-відпустки) 6. Mindfulness та релаксаційні практики	Щомісяця / Психолог + HR
3	**Соціальна підтримка**	7. Матеріальна допомога (доплати за ризик, компенсації) 8. Підтримка сімей працівників (допомога дітям, евакуація) 9. Корпоративні заходи з командоутворення	Постійно / Адміністрація
4	**Організаційна підтримка**	10. Оптимізація графіків роботи 11. Система ротації персоналу 12. Забезпечення безпечних умов праці (укриття, генератори)	Постійно / Керівництво ЗОЗ
5	**Комунікаційна підтримка**	13. Регулярні зустрічі керівництва з колективом 14. Зворотний зв'язок «відкрита лінія» 15. Інформування про підтримку та права	Щотижня / Керівник + психолог

Джерело: складено авторами

Методичні рекомендації щодо профілактики професійного вигоряння медичних працівників, розроблені МОЗ України, рекомендують такі базові напрямки психосоціальної допомоги медичним працівникам із ризиком вигоряння (рис. 1).

Таким чином, професійне вигорання медичних працівників в умовах воєнного стану перетворюється із індивідуальної проблеми на системну загрозу для резильєнтності закладів охорони здоров'я.

В умовах воєнного стану соціально-психологічна підтримка медичного персоналу повинна стати одним із стратегічних пріоритетів кадрової політики закладів охорони здоров'я. Її системне та комплексне

впровадження є ключовим фактором підвищення резильєнтності кадрового потенціалу ЗОЗ.

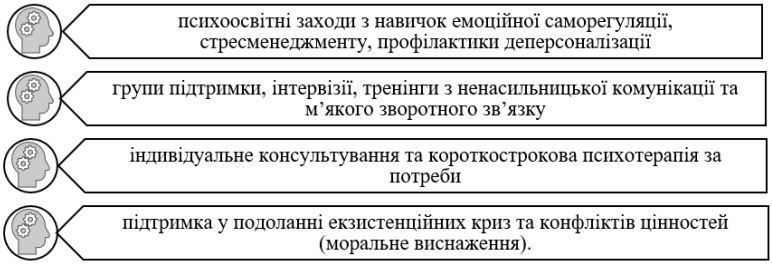

Рис. 1. Рекомендовані напрямки психосоціальної допомоги медичним працівникам із ризиком вигоряння

Джерело: складено авторами з використанням [1]

Тільки через регулярне індивідуальне консультування, групові супервізії, програми профілактики професійного вигорання, оптимізацію робочих графіків та формування культури психологічної безпеки можна суттєво знизити рівень емоційного вигорання, зберегти кадрову стабільність і забезпечити ефективне функціонування системи охорони здоров'я в умовах тривалої невизначеності.

Література:

1. Методичні рекомендації щодо профілактики професійного вигоряння медичних працівників. URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/4b061eeb-37ae-48a9-8c18-03e46c9fd5c9/dn_923_04062025_dod.pdf

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. http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/17926/1/1.pdf

3. Пивоварчик І. М., Цибух Л. М. Професійне вигорання медичних працівників первинної ланки. *Ментальне здоров'я.* 2026. № 1. DOI: https://doi.org/10.32782/3041-2005/2026-1.28

4. Health workforce. URL: https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-75

ГУМОР І КРЕАТИВНІСТЬ ЯК ВЗАЄМОДОПОВНЮЮЧІ РЕСУРСИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ДО КРИЗОВИХ ПОДІЙ У ДОРОСЛИХ

Халік Олена Олександрівна
кандидат психологічних наук, доцент,
завідувачка кафедри психології
Заклад вищої освіти «Університет Короля Данила»
м. Івано-Франківськ, Україна

Дружкова Ірина Сергіївна
кандидат історичних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Тихонов Євген Дмитрович
здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Сучасний соціальний контекст характеризується високим рівнем невизначеності, нестабільності та частими кризовими подіями, що істотно впливають на психологічний стан дорослого населення. Особливої актуальності ця проблема набуває в умовах війни, соціально-економічних трансформацій та постійного інформаційного навантаження. У таких умовах здатність особистості до психологічної адаптації стає ключовою передумовою збереження психічного здоров'я, професійної ефективності та соціального функціонування [4; 5]. Відповідно, зростає інтерес до вивчення внутрішніх ресурсів особистості, які забезпечують ефективне подолання кризових ситуацій.

У межах сучасної психологічної науки адаптація до стресу традиційно розглядається через призму копінг-стратегій (Р. Лазарус, С. Фолкман), які визначають когнітивні та поведінкові зусилля особистості, спрямовані на подолання вимог середовища. Водночас концепція резильєнтності акцентує увагу на здатності індивіда не лише витримувати стрес, але й відновлюватися після нього, трансформуючи негативний досвід у ресурс розвитку [5]. У цьому контексті особливого

значення набувають такі психологічні феномени, як гумор і креативність, які розглядаються як внутрішні ресурси адаптації.

Гумор у психології розглядається як багатовимірний феномен, що виконує низку адаптивних функцій. Передусім він виступає ефективним механізмом емоційної регуляції, сприяючи зниженню рівня тривоги, напруги та страху. Використання гумору дозволяє особистості дистанціюватися від стресової ситуації, зменшити її суб'єктивну значущість і таким чином знизити інтенсивність негативних емоцій. Крім того, гумор виконує функцію когнітивної переоцінки, дозволяючи змінити інтерпретацію подій у більш позитивному або прийнятному напрямі. Дослідження показують, що адаптивні стилі гумору (афіліативний, самопідтримувальний) пов'язані з вищим рівнем психологічного благополуччя та стресостійкості [2; 6].

Креативність, у свою чергу, дедалі частіше розглядається не лише як індивідуальна здатність до генерації нових ідей, а й як основа інноваційної поведінки особистості. У контексті кризових подій інноваційність виступає як здатність до впровадження нових способів дії, адаптації до змінених умов та трансформації власних стратегій поведінки. Таким чином, креативність переходить із когнітивного рівня на поведінковий, формуючи інноваційні патерни реагування на стресові ситуації [1; 3; 7].

Інноваційна поведінка в умовах кризи проявляється у здатності особистості не лише переосмислювати ситуацію, але й активно змінювати власні дії, знаходити нестандартні рішення та використовувати нові ресурси. Це особливо актуально в умовах невизначеності, коли традиційні стратегії виявляються неефективними. У такому контексті інноваційність можна розглядати як розширену форму адаптації, що поєднує когнітивну гнучкість, емоційну стабільність та поведінкову активність.

Взаємозв'язок гумору, креативності та інноваційності формує багаторівневу систему психологічної адаптації. Гумор забезпечує емоційне розвантаження та зниження напруги, створюючи сприятливий фон для мислення. Креативність, у свою чергу, дозволяє переосмислити ситуацію та сформувати нові інтерпретації. Інноваційність виступає завершальним етапом цього процесу, реалізуючи нові ідеї у поведінці та практичних діях. Таким чином, відбувається перехід від емоційної регуляції до когнітивної перебудови і далі – до поведінкової трансформації.

Особливий інтерес становить розгляд гумору і креативності не як ізольованих ресурсів, а як взаємодоповнюючих компонентів психологічної адаптації. Гумор, будучи емоційно орієнтованим ресурсом, забезпечує зниження негативного афекту та створює сприятливий емоційний фон для подальшої адаптації. Креативність, у свою чергу, реалізує когнітивний рівень адаптації, дозволяючи

особистості переосмислювати ситуацію та знаходити нові шляхи її вирішення. У поєднанні ці ресурси формують синергічний ефект, коли емоційне розвантаження, досягнуте через гумор, підвищує здатність до креативного мислення, а креативність, у свою чергу, розширює можливості використання гумору як адаптивної стратегії [1; 2; 6].

Такий підхід дозволяє розглядати психологічну адаптацію як багаторівневий процес, у якому емоційні та когнітивні механізми взаємодіють між собою. Зокрема, гумор може виступати «тригером» креативності, знижуючи внутрішні бар'єри та сприяючи більш вільному мисленню. Водночас креативність дозволяє генерувати нові форми гумору, що підсилює його адаптивний потенціал. Таким чином, інтеграція гумору і креативності створює більш ефективну модель подолання кризових ситуацій порівняно з використанням кожного з ресурсів окремо.

Практичне значення отриманих висновків полягає у можливості їх використання в психологічному консультуванні, психотерапії та організаційному управлінні. Зокрема, розвиток адаптивних форм гумору та стимулювання креативного мислення можуть бути включені до програм психологічної підтримки в умовах кризової трансформації. У сфері охорони здоров'я це особливо актуально для роботи з медичним персоналом, який перебуває під впливом високого рівня стресу. Використання гумору як інструменту емоційного розвантаження та креативності як засобу вирішення професійних викликів може сприяти підвищенню стійкості персоналу та запобіганню професійному вигоранню [2; 7; 8].

Гумор і креативність виступають важливими взаємодоповнюючими ресурсами психологічної адаптації до кризових подій у дорослих. Їх інтеграція забезпечує як емоційне зниження напруги, так і когнітивну перебудову ситуації, що сприяє формуванню більш ефективних стратегій подолання стресу. Запропонований підхід може слугувати теоретичною основою для розробки інноваційних психологічних інтервенцій, спрямованих на підвищення адаптивності особистості в умовах тривалих кризових навантажень. Подальші дослідження можуть бути спрямовані на емпіричне вивчення механізмів взаємодії цих ресурсів та розробку практичних інтервенцій, спрямованих на їх розвиток.

Література:

1. Dong Z., Han B., Yang T., Chen S., Cao Y., Hou Y. Humor Production Promotes Creativity: The Mediating Role of Self-Efficacy and the Moderating Role of Fear of Authority. *Behavioral Science.* 2025. *15*(8). 1003. https://doi.org/10.3390/bs15081003

2. Kaya Z., Yağan F. The Mediating Role of Psychological Resilience in the Relationship between Coping Humour and Psychological Well-being. *Journal of Theoretical Educational Sciences*. 2022. *15*(1). 146-168. https://doi.org/10.30831/akukeg.949736

3. Pekel A., Turan M.B., Güler V.Ş., Iqbal M., Pepe O., Arısoy A. and Dalbudak İ. From strain to strength through humor: resilience in professional football players. Front. Psychol. 2026. 16. 1699013. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1699013

4. Singh, Shweta and Singh, Ajai Pratap. Resilience, emotion regulation, peer relationship, humor and body-esteem in indian college students *BAU Journal – Society, Culture and Human Behavior*. 2021. Vol. 2. Iss. 2, Article 6. DOI: https://doi.org/10.54729/2789-8296.1056

5. Van der Hallen R., Jongerling J., Godor B. P. Coping and resilience in adults: a cross-sectional network analysis. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2020. *33*(5). 479–496. https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1772969

6. Wekenborg M.K., Papousek I., Perchtold-Stefan C.M. *et al.* Humor as a Moderator in the Relationship Between Emotional Exhaustion and Depressive Symptoms in University Students and the General Population. *J Happiness Stud.* 2025. 26. 129. https://doi.org/10.1007/s10902-025-00958-5

7. Бусел С. В., Дружкова І. С. Медичні інновації та правовий ландшафт в Україні: роль захисту інтелектуальної власності в закладах вищої медичної освіти Sustainable healthcare development: national and global dimensions : scientific monograph / edited by Valerii Zaporozhan and Valeriia Marichereda. Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2024. P. 176–191. https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/16269?show=full

8. Халік О. О., Питлюк-Смеречинська О. Д. Коучингові інтервенції як складова кризової допомоги в умовах війни. *Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія.* 2026. № 1. DOI: https://doi.org/10.32782/psyspu/2026.1.27

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-76

КНИГОТЕРАПІЯ ЯК ІНСТРУМЕНТ ФОРМУВАННЯ ТА ПІДТРИМКИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Александрова Вікторія Анатоліївна
здобувачка вищої освіти, психолог
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

До складових здоров'я ми відносимо психологічну та духовну складову. Психологічна складова пов'язана з емоціями, почуттями, здібностями. Психічно здорова людина вміє усвідомлено керувати власними емоціями й розвивати свій інтелект. У формуванню цих

навичок не останню роль відіграє читання книжок. Крім того, відмічають цілющі здібності книжок і розробляються цілі напрямки роботи, пов'язані з читанням: бібліотерапія, сказкотерапія, книготерапія, робота з наративами.

Вплив словесної творчості на душевний стан людини був відомий ще тисячоліття тому. У Давньому Китаї стала популярною приказка: «Буває, що одне й те саме слово терзає одного і зцілює іншого». До нашого часу дійшли відомості про те, що при вході до бібліотеки єгипетського фараона Рамзеса II висіла табличка: «Ліки для душі». Лікування за допомогою книг застосовувалося і в перших бібліотеках Греції. Наприклад, відомий лікар Піфагор використовував для зцілення хворих трави, музику, вірші та інші літературні жанри. Аристотель розглядав поезію як засіб від страждань і страху. У Європі та в мусульманських країнах цілющими вважалися книги релігійного змісту. В епоху Відродження літературу почали використовувати лікарі з лікувальною метою.

У казках, легендах, міфах, притчах та інших жанрах кристалізовані мудрість і досвід попередніх поколінь, які, безсумнівно, можуть надати значну допомогу в психологічній практиці спеціалістів. В професійній діяльності до художніх текстів, казок, міфам зверталося багато філософів, педагогів та психологів: Я. Корчак, В. А. Сухомлинський, Е. Берн, Е. Фром, К. Г. Юнг. Емма Юнг-дружина К. Г. Юнга відмічала, що коли людина знайомиться з міфом чи казкою, сприймає її всією душею, то вона зцілюється, тому що таке сприйняття повертає її до архітипічного шаблону поведінки, до істинного та законного місцю у «світовому порядку». В реальному світі ми можемо бути вразливі, але наші герої живуть вічно, вони сильні, можуть здолати любі перешкоди. Наприклад, через почуту чи прочитану історію можна подолати страхи та тривоги.

Ніна Ґеорґе в книзі «Маленька Парижська книгарня» устами свого головного героя каже: «Книга – це лікар і ліки в одній іпостасі. Вона ставить діагноз і призначає лікування. Точно добираю романи для відповідних хвороб – отак я продаю книги…» [1. с. 31].

У книзі «Лірична домашня аптека доктора Еріх Кестнер», видана письменником Еріхом Кестнером у 1939 році, кожен вірш оформлюється як «медичний рецепт» від якоїсь людської недуги.

Сучасні дослідження також підтверджують те, що книги впливають за життя. Згідно результатам всеукраїнського дослідження «Читання в контексті медіа споживання та життєконструювання» у 2020 р., більшість українців погоджуються як з тим, що «читання допомагає зробити складний вибір, коли цього вимагають життєві обставини» (64%), так і з позитивним впливом на саморозвиток (90%), духовний

розвиток (86%), професійне зростання, розслаблення і комунікацію з людьми (по 81% згодні з кожним твердженням), повагу інших (69%), родинне спілкування (64%). Цікаво, що хоч 81% визнають позитивний вплив читання на професійне зростання [4. с. 54].

Рівень задоволеності життям зростає із зростанням частоти читання: якщо серед Нечитачів 17% мають високий рівень задоволеності життям, то серед Щоденних читачів таких 36%, натомість людей з низьким рівнем задоволення життям – 45% (нечитачі) та 24% (читачі), відповідно.

На одному з тижнів читань, які проводить Український інститут книги, перша леді України Олена Зеленьска зазначила, що згідно світовим дослідженням оптимально за рік читати 12–20 книжок– це справжній тренажер для нашого мозку та цілеспрямованості.

Згідно з дослідженням University of Sussex, читання всього за шість хвилин може знизити рівень стресу на 68%. Нейропсихолог Девід Льюїс і його колеги виявили, що учасники експерименту відчували сповільнення серцебиття та зменшення м'язової напруги, адже читання повністю поглинало їхню увагу, немов пропонуючи коротку втечу від повсякденних турбот. І цей ефект був навіть сильнішим, ніж від: прослуховування музики (61%); вживання чаю чи кави (54%); прогулянки (42%).

А у 2021 році The Queen's Reading Room – літературна благодійна організація, заснована королевою Каміллою, – встановила, що читання, зокрема, художньої літератури може знизити стрес на 20%. Серед бонусів-зменшення відчуття самотності та поліпшення концентрації.

Читання може слугувати формою когнітивного відволікання. Занурюючись у розповідь – вигадану чи реальну – людина тимчасово відсторонюється від стресорів довкола та залучає різні частини мозку, особливо ті, що відповідають за уяву та емпатію. Вчені ще досліджують, як саме це впливає на рівень гормону стресу – кортизолу. Але психологічну користь читання вже можна вважати підтвердженою: література справді працює як розвантаження для мозку.

Такий цілющий вплив наративів ми відмічали також у учасників програми «Сила добра», куратором якої я була з 2015 року. Війна, розпочата в 2014 році, велика кількість людей, постраждалих від військових дій та переселення, – виникає потреба в інструментах емоційної підтримки, ресурсування, роботи з травмою війни. І саме таким інструментом в період з 2015 року для багатьох людей стає методика «Сила добра», яку запропонували нам координатори програми Миротворчість Великобританії (Peacebuilding UK). Цей проект основується на творчій тренінговій роботі з нарративами (текстами). Читання надихаючих історій доповнює процес зцілення, який є необхідним в умовах подолання наслідків війни і насилля. Завдяки

керованому читанню, обговоренню, арт-терапевтичним методикам і рольовим іграм учасники програм мають змогу обговорити цінності, потреби, складнощі, а також методи подолання стресу та тривожності, обговорити переваги діалогу і активної участі в своєму житті та житті своїх спільнот [5.с.30]. Для цієї програми підбиралися та писалися спеціальні історії, які потім використовувались на тренингових заняттях. Був розроблений «Посібник для проведення майстер-класів, соціальних заходів, семінарів та тренінгів», а також надруковано збірник розповідей «Сила добра». Авторами деяких розповідей стали люди, які постраждали від війни, переселенці. Вони також відмічають трансформаційні процеси, які відбулися з ними під час навчання, написання історій та читання їм іншим людям.

Після закінчення проекту, цю ідею роботи з наративами, як соціально-психологічну підтримку, я перенесла до свого книжкового клубу «Читалочка».

Використовуючи форму спілкування, як книжковий клуб, ми крім користі читання додаємо ще один важливий аспект щодо збереження нашого психічного та духовного здоров'я. Навіть коротка щира розмова – це не просто приємно, а життєво важливо для збереження здоров'я мозку. Коли ми підтримуємо соціальні зв'язки – спілкуємося з друзями та родичами, беремо участь у житті якоїсь спільноти – це стимулює активність мозку, зокрема ділянок, які відповідають за пам'ять та увагу. А от відсутність соціальних зв'язків та ізоляція негативно впливають на функціонування мозку – аж до активації програм саморуйнування. Тому ми бачимо, що незважаючи на повномасштабну війну, кількість книжкових клубів постійно зростає, бо люди потребують маленьких безпечних місць, де вони можуть бути почути та підтримані, де вони можуть обговорити теми, які їх цікавлять, та зануритися у «острівець спокою», – як казала одна з учасниць мого книжкового клубу. І це не просто зустрічі, а продумані, сплановані заняття за розробленим планом та таймінгом. На зустрічах використовується книга, яка була прочитана заздалегідь, чи спеціально підібрана історія, яка відповідає темі запланованої зустрічі. Перед тим, як прочитати історію (вона повинна тривати не довше 10хвилин), проводиться знайомство учасників, вправа-налаштування на тему розповіді. Після читання – обговорення за запитаннями, а також наприкінці вправа, пов'язана з закріплення навичок, які розглядалися на занятті, зворотній зв'язок також є обов'язковою складовою таких зустрічей. Тривалість такої зустрічі в середньому складає 2–3 години (заняття для дітей чи підлітків 1–1,5 години).

Якщо повернутися до досліджень, то ми побачимо, що книжки для українців – це насамперед джерело відпочинку, задоволення,

відновлення (52%населення зазначили цей мотив), в другу чергу джерело знань та корисного досвіду (26% зазначили, що читають для самоосвіти, 16% – для духовного розвитку, 11% – для роботи або навчання, хоч це і не обов'язково), і ще 19% читають обов'язкову літературу для роботи або навчання. Якщо говорити про основний мотив читання, то 41% читають насамперед для задоволення і відпочинку, 19% – для самоосвіти, саморозвитку, роботи або навчання (йдеться про необов'язкову літературу), а 11% в основному читають через необхідність, пов'язану з роботою або навчанням.

Нажаль, останні десятиріччя читання як життєва практика втрачає свою популярність у всьому світі, поступаючись споживанню «швидкої» інформації із соцмереж, доступному відеоконтенту і телебаченню. Тому постає необхідність кардинальних змін у підходах до промоції читання як усвідомлено обраної дозвіллєвої, освітньої практики та практики саморозвитку – задля всебічного та гармонійного розвитку особистості, критичного мислення та освітнього рівня, та навіть формування здорового способу життя. У книжках – не лише знання, а й підтримка. Іноді достатньо просто погортати сторінки, щоб знову відчути себе добре. Тож якщо ми відчуваємо втому, тривожність чи просто хочемо зробити паузу в буденній гонитві – дозволимо собі літературний перепочинок чи навіть літературне лікування у колі однодумці. Читайте з задоволенням та турбуйтеся про своє психічне здоров'я!

Література:

1. Ґеорґе Ніна «Маленька Парижська книгарня». Київ : Наш формат, 2023. 328 с.

2. Даніель Пеннак «Як роман». Тернопіль : Навчальна книга-Богдан, 2026 р. 120 с.

3. Данціг Ш. Навіщо читати. Київ : Видавництво Анетти Антоненко, 2014. 216 с.

4. Звіт за результатами всеукраїнського соціологічного дослідження «Читання в контексті медіа споживання та життє-конструювання», 2020 рік. URL: https://drive.google.com/drive/folders/1KCC8ZkOAXTWInqRTRchHzpVzUhKtxSf5

5. Сила добра:оповідання про ненасилля та примирення. Чернівці: «Місто», 2021. 256 с.

6. Сила добра:Посібник для проведення тематичних майстер-класів, соціальних заходів, семінарів та тренінгів. Чернівці: «Місто», 2021. 112 с.

7. Порхун Ірина «27 причин читати книгу». Київ, 2016. 88 с.

8. Ella Berthoud, Susan Elderkin. The Novel Cure: An A-Z of Literary Remediesю Canongate, 2013 p. 490 c.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-77

КРИЗОВІ СТАНИ ОСОБИСТОСТІ ЯК ПРЕДИКТОРИ АГРЕСИВНОЇ ТА КРИМІНАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

Аркуша Лариса Ігорівна
доктор юридичних наук, професор,
завідувач кафедри криміналістики, судових експертиз
та поліграфології
Національний університет «Одеська юридична академія»
м. Одеса, Україна

Чернов Олександр Віталійович
доктор філософії,
доцент кафедри криміналістики, судових експертиз та поліграфології
Національний університет «Одеська юридична академія»
м. Одеса, Україна

Кризові стани особистості є складними психічними утвореннями, що виникають у ситуаціях глибокого порушення звичних механізмів адаптації та супроводжуються відчуттям безвиході, втрати контролю над подіями, емоційної дезорганізації та зміною поведінкових стратегій. У сучасних умовах соціальної нестабільності, воєнних дій, економічних труднощів, вимушеного переселення, втрати близьких та руйнування звичних життєвих орієнтирів проблема кризових станів набуває особливої актуальності. Психологічна криза не завжди призводить до девіантної або кримінальної поведінки, однак за певних умов вона може виступати потужним предиктором агресивних дій, імпульсивних рішень та порушення соціально-правових норм.

Під кризовим станом особистості слід розуміти тимчасовий, але глибокий психоемоційний дисбаланс, що виникає внаслідок зіткнення людини з обставинами, які перевищують її адаптаційні можливості. У таких ситуаціях індивід втрачає здатність ефективно використовувати звичні способи подолання труднощів, що супроводжується різким зростанням внутрішньої напруги, тривоги, страху, почуття безсилля, фрустрації та відчаю. Кризовий стан характеризується звуженням свідомості, когнітивними викривленнями, домінуванням емоцій над раціональним аналізом, зниженням самоконтролю та схильністю до непродуманих рішень.

У психології виділяють різні види кризових станів. До них належать вікові кризи, пов’язані з природними етапами розвитку особистості;

ситуаційні кризи, спричинені зовнішніми подіями; екзистенційні кризи, що виникають через втрату сенсу життя; травматичні кризи після переживання насильства, бойових дій або катастроф; соціально-рольові кризи, зумовлені втратою професійного статусу чи сімейних ролей [1]. Кожен із цих видів криз може супроводжуватися емоційними та поведінковими реакціями, які за несприятливих умов підвищують ризик агресивних та протиправних дій.

Одним із центральних психологічних механізмів, що пов'язує кризовий стан із агресією, є фрустрація. Відповідно до класичної фрустраційно-агресивної теорії, блокування важливих потреб або цілей породжує внутрішню напругу, яка може трансформуватися в агресивну поведінку. Людина, яка переживає кризу, часто сприймає навколишній світ як несправедливий і ворожий, а власні труднощі як наслідок дій інших осіб або системи в цілому. Така інтерпретація реальності сприяє формуванню ворожих установок, підозрілості та готовності до конфронтації.

Іншим важливим механізмом є порушення емоційної регуляції. У кризових станах знижується здатність контролювати інтенсивні емоції, зокрема гнів, страх, сором і відчай. У результаті навіть незначні подразники можуть викликати непропорційно сильні реакції. Особа стає імпульсивною, дратівливою, схильною до словесної та фізичної агресії. У кримінологічному аспекті це створює передумови для вчинення насильницьких злочинів, побутових конфліктів, хуліганських дій, нанесення тілесних ушкоджень або знищення майна.

Кризові стани також супроводжуються когнітивними викривленнями. Людина може перебільшувати значущість загроз, неправильно інтерпретувати поведінку інших, вважати нейтральні дії образливими або провокаційними. Формується чорно-біле мислення, при якому ситуація оцінюється як катастрофічна, а можливі рішення сприймаються лише в крайніх формах [2]. У такому стані агресія починає розглядатися як єдиний доступний спосіб захисту або відновлення контролю над ситуацією.

Особливу роль відіграє відчуття втрати соціальної підтримки. Під час кризи людина часто ізолюється від оточення, втрачає довіру до близьких і державних інституцій, відчуває самотність та непотрібність. За відсутності конструктивної допомоги підвищується ризик звернення до деструктивних моделей поведінки, включаючи вживання алкоголю, наркотичних речовин, участь у девіантних групах або кримінальних спільнотах. Такі групи можуть створювати ілюзію підтримки, сили та соціального визнання, компенсуючи почуття безпорадності.

Кризові стани є значущими предикторами не лише агресивної, а й безпосередньо кримінальної поведінки. Предиктором у цьому

контексті виступає психологічний фактор, який підвищує ймовірність реалізації протиправних дій. У кризовому стані відбувається зниження критичності мислення, послаблення моральних обмежень та зростання готовності до ризику. Людина починає шукати швидкі способи вирішення проблем, зокрема незаконні. Наприклад, фінансова криза може підштовхнути до крадіжки, шахрайства або розкрадання; сімейна криза – до насильницьких дій; екзистенційна криза – до участі в деструктивних чи екстремістських структурах.

Особливо небезпечним є поєднання кризового стану з певними особистісними рисами. Підвищена імпульсивність, низька толерантність до фрустрації, слабкий самоконтроль, нарцисичні тенденції, емоційна нестабільність та схильність до зовнішньої атрибуції відповідальності істотно посилюють ризик агресивних і кримінальних проявів. Якщо особа звикла перекладати провину на інших, сприймає себе як жертву несправедливості та не має сформованих навичок конструктивного подолання труднощів, криза може стати каталізатором правопорушення.

Суттєвий вплив має також попередній життєвий досвід. Особи, які в дитинстві зазнавали насильства, емоційного нехтування або зростали в дисфункційних сім'ях, часто формують нестійкі механізми адаптації. У дорослому житті вони гостріше реагують на стрес і частіше використовують агресію як спосіб вирішення конфліктів. Кризові ситуації активізують ранні психологічні травми, що посилює дезорганізацію поведінки та знижує здатність до саморегуляції.

Важливим модифікуючим фактором є вживання психоактивних речовин. Алкоголь та наркотики тимчасово зменшують емоційне напруження, але водночас погіршують контроль над поведінкою, знижують здатність прогнозувати наслідки та посилюють агресивні реакції. У кризовому стані особа може використовувати психоактивні речовини як спосіб уникнення переживань, що значно підвищує ризик кримінальних правопорушень.

У кримінальній психології виділяють кілька типових сценаріїв, коли кризові стани стають безпосереднім фоном злочинної поведінки. Перший сценарій пов'язаний із гострим емоційним конфліктом, що завершується насильницьким злочином у стані сильного душевного хвилювання. Другий сценарій полягає у поступовому накопиченні соціальних і матеріальних проблем, що призводить до корисливих правопорушень. Третій сценарій передбачає залучення особи до кримінального середовища як способу компенсації втрати статусу та контролю. Четвертий сценарій стосується осіб із посттравматичними реакціями, для яких характерні підвищена настороженість, дратівливість та готовність до застосування сили.

В умовах воєнного стану значення кризових станів як предикторів агресії та злочинності суттєво зростає. Бойові дії, тривале перебування в небезпеці, загибель близьких, вимушене переміщення, економічна нестабільність та невизначеність майбутнього формують потужне

психоемоційне навантаження. Частина осіб демонструє високий рівень психологічної стійкості, однак у багатьох спостерігаються ознаки тривожних, депресивних та посттравматичних розладів. За відсутності своєчасної психологічної допомоги такі стани можуть проявлятися у зростанні конфліктності, домашнього насильства, агресивних правопорушень і різних форм соціальної дезадаптації.

Для прогнозування ризику агресивної та кримінальної поведінки важливо своєчасно виявляти психологічні індикатори кризового стану. До них належать виражена тривога, безсоння, емоційна нестабільність, почуття безнадійності, соціальна ізоляція, різкі зміни настрою, висловлювання про безвихідь, підвищена дратівливість, зловживання алкоголем або наркотиками, зниження здатності контролювати імпульси. Комплексна оцінка цих ознак дозволяє психологам, соціальним працівникам та правоохоронним органам своєчасно визначати осіб групи ризику.

Профілактика кримінальних проявів, пов'язаних із кризовими станами, має базуватися на міждисциплінарному підході. Важливе значення мають раннє психологічне консультування, кризова інтервенція, соціальна підтримка, психотерапія, програми розвитку емоційної саморегуляції та стресостійкості. Для осіб із підвищеним ризиком агресивної поведінки ефективними є когнітивно-поведінкові методи, спрямовані на корекцію викривлених переконань, формування навичок контролю гніву та конструктивного вирішення конфліктів [3].

Отже, кризові стани особистості є важливими психологічними предикторами агресивної та кримінальної поведінки. Вони впливають на емоційну сферу, когнітивні процеси, мотивацію та самоконтроль, створюючи умови, за яких протиправні дії можуть сприйматися як допустимий спосіб вирішення проблем. Разом із тим криза не є фатальним чинником злочинності. Її наслідки залежать від індивідуальних особливостей особистості, рівня соціальної підтримки, наявності адаптивних ресурсів та доступності професійної допомоги. Своєчасне виявлення та корекція кризових станів становлять важливий напрям психологічної профілактики агресії та кримінальних правопорушень.

Література:

1. Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя : збірник наукових праць / за ред : Кузікової С. Б., Щербакової І. М. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. 408 с.

2. Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика / Під ред. проф. Л. М. Юр'євої. Київ.: Видавництво ТОВ «Галерея Принт», 2017. 174 с.

3. Черезова І. О. Психологія життєвих криз особистості : навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Бердянськ, БДПУ, 2016. 193 с.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-78

КОНФЛІКТ ПРОФЕСІЙНИХ ТА ОСВІТНІХ ПРІОРИТЕТІВ: АНАЛІЗ АКАДЕМІЧНОЇ ЕТИКИ ПРАЦЮЮЧИХ СТУДЕНТІВ У КРИЗОВИХ УМОВАХ

Власик Любов Йосипівна
PhD, доцент,
доцент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я
Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна

Гарасим Анна Андріївна
здобувач вищої освіти
Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна

Академічна етика майбутнього лікаря традиційно ґрунтується на глибокому усвідомленні цінності знань та високій внутрішній мотивації. Проте в нинішніх реаліях тривалого стресу та соціально-економічної нестабільності дотримання цих фундаментальних принципів стає серйозним викликом, оскільки здобувачі освіти змушені балансувати між жорсткими вимогами медичної школи та необхідністю працювати [1]. Коли трудова зайнятість починає конкурувати з навчанням, виникає гострий конфлікт пріоритетів. У таких обставинах хронічний дефіцит часу й душевних сил змушує молоду людину обирати стратегію виживання та формального виконання вимог замість якісного й глибокого опанування майбутньої професії [2; 3]. З огляду на це, метою дослідження стало окреслення векторів змін у навчальній мотивації та принципах академічної етики студентів-медиків за умов поєднання ними роботи з отриманням освіти в умовах загальної невизначеності.

Для реалізації цієї мети було проведене поперечне дослідження, інструментом якого стала спеціально розроблена анкета у Google-формі, спрямована на виявлення викликів трудової та навчальної зайнятості. Важливою частиною інструментарію стали відкриті запитання, які дозволили забезпечити якісну складову аналізу та глибше зрозуміти суб'єктивні переживання респондентів. Усього в опитуванні взяли участь 52 студенти Буковинського державного медичного університету з третього по шостий курси. Обробка отриманих даних здійснювалася за допомогою методів описової статистики. Варто зауважити, що зважаючи на пілотний характер дослідження та локальний обсяг

вибірки, отримані результати відображають лише первинні тенденції, які потребують подальшого масштабного наукового підтвердження.

Отримані результати засвідчили високу залученість студентів до трудової діяльності: майже половина опитаних (46,7%) поєднують навчання з постійною роботою, а ще понад чверть (26,7%) працюють періодично. Прикметно, що до випускного шостого курсу більшість працюючих студентів (61,5%) зайняті поза межами медичної галузі, надаючи перевагу стабільній роботі, яку вони знайшли раніше. Така модель життєдіяльності безпосередньо позначається на сприйнятті освітнього процесу. Зокрема, виявлено тенденцію до зниження суб'єктивного бала оцінки навчального навантаження від 4,57 на третього курсу до 3,84 на випускному. При цьому найменш залученими в навчання виявилися ті, хто підробляє лише періодично (3,2 бала проти 4,0 бала у тих, хто працює постійно), що вказує на небезпеку втрати системності в освіті через хаотичний графік зайнятості.

Паралельно з цим спостерігається чітка тенденція до зростання втоми серед працюючої молоді, яка досягає свого максимуму на випускному курсі (87,5%). Таке глибоке психоемоційне виснаження розгортається на тлі виразної кризи мотивації, адже лише третина випускників твердо впевнені, що залишаться в медицині. Подібний стан створює передумови для вимушеної підміни справжнього навчання суто формальним закриттям академічних боргів. Додатковим потужним стрес-фактором виступає страх не отримати бажану лікарську спеціалізацію, який турбує більшість випускників (57,7%) і загалом знижує мотивацію у значної частини опитаних (65,4%). Тільки для незначної частки студентів ці кризові виклики стають своєрідним стимулом до активнішого навчання (7,7%). Проте для абсолютної більшості відсутність чітких життєвих орієнтирів та перспектив стає критичним деструктивним чинником для дотримання принципів академічної етики.

У підсумку можна констатувати, що зафіксовані професійні пріоритети працюючого студента поступово можуть витісняти освітні цілі. Високий рівень виснаження у поєднанні зі страхом перед майбутнім пригнічують первинну навчальну мотивацію. За відсутності належного внутрішнього ресурсу освітній процес зазнає серйозної трансформації, через що виникає реальний ризик його перетворення на механічне здобуття диплома, що прямо руйнує засади академічної доброчесності. Проте, оскільки дане дослідження виявило лише первинні тенденції у звуженій вибірці респондентів, ця проблема потребує подальшого ретельного вивчення та проведення більш потужного наукового пошуку для розробки нових моделей соціально-психологічного супроводу в закладах вищої медичної освіти.

Література:

1. Neufeld-Kroszynski G., Michael K., Karnieli-Miller O. Associations between medical students' stress, academic burnout and moral courage efficacy. *BMC Psychology*. 2024. Vol. 12, № 1. P. 296. DOI: 10.1186/s40359-024-01787-6.

2. Lim J. T. Y., Lee KH., Siw M. H., Khansa F. D., Lee F. A. M. R. F., Woon L. S.-C., Saini S. M. Burnout in medical students and its psychological correlates with mentorship, motivation and professional values. *Frontiers in Medicine*. 2026. Vol. 13. Art. 1752508. DOI: 10.3389/fmed.2026.1752508.

3. Di Vincenzo M., Arsenio E., Della Rocca B., Rosa A., Tretola L., Toricco R., Boiano A., Catapano P., Cavaliere S., Volpicelli A., Sampogna G., Fiorillo A. Is There a Burnout Epidemic among Medical Students? Results from a Systematic Review. *Medicina (Kaunas)*. 2024. Vol. 60, № 4. P. 575. DOI: 10.3390/medicina60040575.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-79

СИНЕРГІЯ ЧИ ВИСНАЖЕННЯ: ОРГАНІЗАЦІЙНІ СТРАТЕГІЇ ПРОФІЛАКТИКИ ВИГОРАННЯ В МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИХ КОМАНДАХ

Дністрянський Богдан Володимирович
КНП «Вінницька обласна клінічна дитяча лікарня Вінницької обласної Ради»
м. Вінниця, Україна

Сучасна система охорони здоров'я та соціальної допомоги базується на роботі мультидисциплінарних команд. Залучення фахівців різних профілів дозволяє реалізувати цілісний, пацієнтоцентричний підхід. Проте практика свідчить про наявність управлінського парадоксу: інструмент, створений для оптимізації процесів та розподілу навантаження, за відсутності ефективного менеджменту стає каталізатором професійного вигорання фахівців [1, с. 88].

Мета роботи – проаналізувати організаційні фактори, що призводять до виснаження в мультидисциплінарних командах, та обґрунтувати ефективні управлінські стратегії для трансформації цього ризику в командну синергію.

Основний зміст. Синергія в МДК виникає тоді, коли спільний результат перевищує просту суму зусиль окремих фахівців. Натомість

виснаження є наслідком дисфункціональної взаємодії. Дослідження показують, що емоційне та фізичне вигорання в таких командах рідко є наслідком лише надмірного клінічного навантаження. Найчастіше воно зумовлене організаційними прогалинами: розмитістю зон відповідальності, рольовими конфліктами, неефективною комунікацією та відсутністю психологічної безпеки [2, с. 45].

Особливо гостро ця проблема постає в реабілітаційних МДК, де фахівці щоденно стикаються зі складними клінічними випадками та мають справу з високим рівнем стресу пацієнтів і їхніх родин. Якщо фахівець відчуває, що його експертна думка (наприклад, оцінка функціонального стану чи соціальних потреб) ігнорується суміжними спеціалістами, це призводить до фрустрації, деперсоналізації та, зрештою, редукції професійних досягнень.

Для профілактики вигорання та забезпечення сталої роботи МДК, керівникам та лідерам організацій необхідно впроваджувати наступні організаційні стратегії:

1. Чітке розмежування ролей та алгоритмізація (SOP): кожен член команди повинен мати чітке розуміння своїх меж компетенції та зон перетину з колегами. Спільне ведення документації та використання єдиних шкал оцінювання (наприклад, на базі МКФ – Міжнародної класифікації функціонування) мінімізує непорозуміння.

2. Інституалізація супервізій та балінтівських груп: регулярні зустрічі, спрямовані не на обговорення клінічних протоколів, а на розбір емоційно складних випадків і міжособистісної взаємодії. Це дозволяє команді легалізувати стрес та отримати підтримку [3, с. 112].

3. Безперервний професійний розвиток як інструмент мотивації: організація спільних тренінгів для всієї команди (а не лише для окремих спеціальностей) формує єдине концептуальне бачення та зміцнює горизонтальні зв'язки. Важливо, щоб заклади та громадські організації, які мають статус провайдерів БПР, створювали програми, орієнтовані саме на командну взаємодію.

4. Розвиток партисипативного лідерства: координатор МДК має діяти не як авторитарний керівник, а як фасилітатор, який забезпечує рівноправне звучання голосу кожного фахівця під час командних зборів.

Висновки. Професійне вигорання в мультидисциплінарних командах – це не індивідуальна слабкість окремого працівника, а маркер неефективності організаційних процесів. Перехід від виснаження до синергії вимагає цілеспрямованої управлінської роботи: впровадження чітких протоколів взаємодії, забезпечення психологічної підтримки та формування культури рівноправного партнерства. Лише за таких умов МДК здатні забезпечувати високу якість медичної та соціальної допомоги без шкоди для здоров'я самих надавачів послуг.

Література:

1. Бойко О. В., Мельник І. М. Професійне вигорання медичних та соціальних працівників: організаційні детермінанти та шляхи подолання. *Громадське здоров'я та менеджмент*. 2023. № 2. С. 85–92.
2. Коваленко Р. С. Психологічна безпека та управління конфліктами в мультидисциплінарних реабілітаційних командах. *Вісник соціальної роботи та охорони здоров'я*. 2024. № 1. С. 41–49.
3. West M. A., Lyubovnikova J. Illusions of team working in health care. *Journal of Health Organization and Management*. 2022. Vol. 27 (1). P. 106–142.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-80

РОЛЬ САМОКОНТРОЛЮ ТА КРЕАТИВНОСТІ У ФОРМУВАННІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ ПРАЦІВНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ КРИЗ

Дружкова Ірина Сергіївна
здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Хакімова Альбіна Фарідівна
здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Гапатин Соломія Василівна
Викладач кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

В умовах соціально-політичної нестабільності, воєнних дій та трансформації системи охорони здоров'я особливої актуальності набуває проблема збереження психологічного благополуччя медичних працівників. Їх професійна діяльність пов'язана з високим рівнем стресу, емоційного виснаження та функціонуванням в умовах невизначеності, що підвищує ризик вигорання та вторинної травматизації. Це актуалізує

необхідність вивчення психологічних ресурсів адаптації та саморегуляції.

У нашому дослідженні психологічна стійкість розглядається як здатність ефективно адаптуватися до стресових і травматичних впливів, зберігаючи стабільність функціонування та здатність до відновлення. Дослідження підтверджують, що високий рівень стійкості пов'язаний із кращим психічним здоров'ям, ефективнішими копінг-стратегіями та нижчим рівнем професійного вигорання.

Одним із ключових чинників забезпечення психологічної стійкості є самоконтроль як складова ширшої системи саморегуляції. Самоконтроль визначається як здатність особистості керувати власними емоціями, поведінкою та когнітивними процесами відповідно до поставлених цілей і вимог ситуації. У межах транзакційної теорії стресу та копінгу самоконтроль проявляється через використання копінг-стратегій – когнітивних і поведінкових зусиль, спрямованих на подолання стресових ситуацій. Важливим є розрізнення адаптивних (проблемно-орієнтованих, активних) та неадаптивних (уникнення, заперечення) стратегій, які по-різному впливають на психологічну стійкість.

Разом із тим сучасні дослідження все більше підкреслюють роль креативності як важливого ресурсу психологічної адаптації. Креативність розглядається не лише як здатність до створення нових ідей, але і як форма когнітивної гнучкості, що забезпечує ефективне реагування на нестандартні, невизначені та кризові ситуації. У контексті професійної діяльності медичних працівників креативність проявляється у здатності знаходити альтернативні рішення, адаптуватися до змінних умов та переосмислювати складні ситуації, що сприяє зниженню рівня стресу та підвищенню ефективності діяльності.

Метою дослідження є виявлення особливостей взаємозв'язку самоконтролю, креативності та психологічної стійкості працівників сфери охорони здоров'я в умовах криз.

Відповідно до мети дослідження визначено завдання: оцінити рівень психологічної стійкості медичних працівників, проаналізувати копінг-стратегії як прояви самоконтролю, дослідити креативність як показник когнітивної гнучкості та встановити взаємозв'язки між зазначеними змінними.

У дослідженні використано комплекс психодіагностичних методик для оцінки компонентів саморегуляції та адаптації в умовах стресу: Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10) – для вимірювання психологічної стійкості (Connor & Davidson, 2003; Campbell-Sills & Stein, 2007), Brief COPE – для аналізу копінг-стратегій (Carver, 1997), Crisis and Trauma Assessment Scale-2 (CATS-2) – для оцінки кризового досвіду (Sachser et al., 2017), а також тест творчого мислення Ф.

Вільямса – для визначення когнітивної гнучкості. Статистична обробка даних здійснювалася із застосуванням кореляційного аналізу.

В досліджені сформульовано гіпотези щодо позитивного зв'язку психологічної стійкості з адаптивними копінг-стратегіями та креативністю, модераторної ролі креативності у процесах саморегуляції, а також негативного впливу кризового досвіду, що частково компенсується самоконтролем і креативністю.

Результати дослідження підтвердили наявність статистично значущих взаємозв'язків між психологічною стійкістю, копінг-стратегіями та креативністю у працівників сфери охорони здоров'я. Виявлено статистично значущі позитивні кореляції між психологічною стійкістю та адаптивними копінг-стратегіями ($p < 0,05$), а також між показниками креативності та рівнем стійкості.

Зокрема, було виявлено позитивний кореляційний зв'язок між рівнем психологічної стійкості та використанням адаптивних копінг-стратегій, таких як активне подолання, планування та позитивна переоцінка ситуації. Отримані результати узгоджуються з положеннями транзакційної теорії стресу і копінгу, відповідно до якої ефективність адаптації до стресових умов значною мірою залежить від характеру когнітивно-поведінкових стратегій, що застосовуються індивідом.

Водночас було встановлено, що використання неадаптивних копінг-стратегій (уникнення, заперечення, поведінкова дезактивація) негативно корелює з рівнем психологічної стійкості, що підтверджує результати сучасних досліджень щодо ролі деструктивних стратегій у формуванні емоційного вигорання та зниженні ефективності професійної діяльності медичних працівників.

Особливу увагу привертає встановлений позитивний зв'язок між показниками креативності та психологічної стійкості. Особи з вищим рівнем когнітивної гнучкості, здатності до генерації альтернативних рішень та оригінального мислення демонструють більшу ефективність у подоланні стресових ситуацій. Це узгоджується з підходами, що розглядають креативність як важливий ресурс психологічної адаптації та механізм конструктивного переосмислення кризового досвіду. Крім того, результати свідчать про те, що креативність виконує функцію модератора у взаємозв'язку між самоконтролем і психологічною стійкістю. Зокрема, у респондентів із високим рівнем креативності адаптивні копінг-стратегії виявляються більш ефективними, що може пояснюватися здатністю до більш гнучкого вибору поведінкових стратегій у складних ситуаціях.

Аналіз впливу кризового досвіду показав, що високий рівень травматичного навантаження пов'язаний зі зниженням психологічної стійкості, що відповідає результатам досліджень у сфері травматичного

стресу. Водночас було встановлено, що за умов високого рівня самоконтролю та креативності негативний вплив кризового досвіду частково нівелюється, що свідчить про їх компенсаторну функцію у процесі психологічної адаптації.

Установлено, що психологічна стійкість працівників сфери охорони здоров'я формується як інтегративний ресурс, що поєднує самоконтроль, копінг-стратегії та креативність. Адаптивні копінг-стратегії позитивно пов'язані зі стійкістю, тоді як неадаптивні – знижують її рівень. На нашу думку, креативність виступає важливим чинником саморегуляції, забезпечуючи когнітивну гнучкість, переосмислення складних ситуацій і пошук ефективних рішень.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості їх використання для розробки програм психологічної підтримки медичних працівників, спрямованих на розвиток саморегуляції, адаптивних копінг-стратегій і креативного мислення. Перспективи подальших досліджень пов'язані з поглибленим вивченням ролі креативності та розробкою психологічних інтервенцій для підвищення стійкості в умовах тривалих криз.

Література:

1. Ahmad B., Rehman K., Bangash S., Zarkaish R., Babak M., Rehman S., Ihsan S., Khattak F. A., Irfan M., Rehman A., Khan A. J., Khan Z. Coping strategies and resilient behavior among frontline healthcare workers: A scoping review. *Dialogues in Health.* 2025. *7*, 100252. https://doi.org/10.1016/j.dialog.2025.100252
2. Çağatay A., Çakmak İ. The mediating role of psychological resilience in the relationship between health anxiety and burnout among healthcare workers working in closed environments. *BMC Health Serv Res.* 2026. 26, 430 https://doi.org/10.1186/s12913-026-14240-8
3. Carver C.S. You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope. *Int. J. Behav. Med.* 4, 92–100 (1997). https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
4. Connor K.M., Davidson J.R.T. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress. Anxiety. 2003. 18. 76–82. https://doi.org/10.1002/da.10113
5. Folkman S. Stress: Appraisal and Coping. In: Gellman, M.D., Turner, J.R. (eds) Encyclopedia of Behavioral Medicine. Springer, New York, NY. 2013. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215
6. Druzhkova I., Annienkova I., Busel S., Nemchenko H., Rudinska O. Gender challenges in healthcare, psychological strategies for overcoming discrimination *Amazonia Investiga.* 2025. Vol. 14, No. 86. P. 114–130. DOI: https://doi.org/10.34069/AI/2025.86.02.10

7. Robertson, I.T., Cooper, C.L., Sarkar, M. and Curran, T. (2015), Resilience training in the workplace from 2003 to 2014: A systematic review. J Occup Organ Psychol, 88: 533-562. https://doi.org/10.1111/joop.12120

8. West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of internal medicine*, *283*(6), 516–529. https://doi.org/10.1111/joim.12752

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-81

ЦИФРОВІ ІНСТРУМЕНТИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ КРИЗОВОЇ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ

Кайманова Яна Вікторівна
старший викладач кафедри психології
Північноукраїнський інститут імені Героїв Крут
Приватного акціонерного товариства «Вищий навчальний заклад
«Міжрегіональна Академія управління персоналом»
м. Чернігів, Україна

Сучасне суспільство дедалі частіше стикається з кризовими ситуаціями, які супроводжуються невизначеністю, ризиком, тривогою та порушенням звичного способу життя. Воєнні події, соціально-економічна нестабільність, вимушене переміщення, втрата роботи, розрив соціальних зв'язків і постійний потік тривожної інформації негативно впливають на психологічний стан особистості. У таких умовах особливої актуальності набуває соціально-психологічна підтримка, спрямована на збереження емоційної рівноваги, зниження рівня стресу, підтримку адаптації та відновлення відчуття безпеки.

Особливістю кризової невизначеності є те, що людина не завжди може чітко прогнозувати майбутнє, планувати звичне життя, спиратися на стабільні соціальні структури або отримувати підтримку в традиційний спосіб. Саме тому зростає значення цифрових інструментів, які дають змогу швидко поширювати інформацію, надавати психологічну підтримку дистанційно, організовувати комунікацію між фахівцями та отримувачами допомоги, підтримувати групи взаємодопомоги та забезпечувати доступ до перевірених матеріалів із самодопомоги.

Всесвітня організація охорони здоров'я розглядає цифрове здоров'я як напрям, що має підтримувати системи охорони здоров'я через використання цифрових технологій, зокрема в країнах із різним рівнем доступу до послуг. У кризових умовах це особливо важливо, адже цифрові рішення можуть допомагати там, де традиційні сервіси перевантажені або фізично недоступні. Водночас ВООЗ наголошує, що реагування у сфері психічного здоров'я під час надзвичайних ситуацій має бути скоординованим, якісним і доступним для населення [1].

В умовах повномасштабної війни психосоціальна підтримка в Україні стала не другорядною, а необхідною складовою суспільної стійкості.

Одним із сучасних способів надання такої підтримки є використання цифрових інструментів. Вони дають змогу людині отримати допомогу незалежно від місця перебування, фізичних можливостей або доступу до традиційних форм психологічної роботи. Цифрові ресурси особливо важливі в умовах кризи, коли очна допомога може бути обмеженою або недоступною.

До основних цифрових інструментів соціально-психологічної підтримки можна віднести:

- онлайн-консультації з психологами та психотерапевтами;
- мобільні застосунки для самодопомоги й емоційної саморегуляції;
- чат-боти психологічної підтримки;
- онлайн-групи взаємодопомоги;
- інформаційні платформи з матеріалами про ментальне здоров'я;
- цифрові щоденники настрою;
- гарячі лінії та кризові чати;
- вебінари, онлайн-курси та психоосвітні програми [2].

Онлайн-консультування є одним із найбільш поширених форматів цифрової психологічної допомоги. Воно дозволяє людині звернутися до фахівця дистанційно, отримати емоційну підтримку, обговорити складну життєву ситуацію, краще зрозуміти власний стан і знайти способи подолання стресу. Такий формат є зручним для людей, які перебувають за кордоном, у небезпечних регіонах, мають обмежену мобільність або відчувають страх перед особистим зверненням до психолога.

Важливу роль відіграють мобільні застосунки та чат-боти. Вони можуть містити вправи для зниження тривоги, техніки дихання, рекомендації щодо стабілізації емоційного стану, щоденники самоспостереження, короткі психоосвітні матеріали. Такі інструменти не замінюють професійну допомогу, однак можуть бути корисними для первинної підтримки, особливо тоді, коли людині потрібно швидко заспокоїтися, структурувати думки або отримати прості рекомендації [3].

Онлайн-групи підтримки також мають значний потенціал. Вони допомагають зменшити відчуття самотності, створюють простір для обміну досвідом, підтримують почуття приналежності та взаємодопомоги. У кризових умовах людині важливо відчувати, що вона не залишилася наодинці зі своїми переживаннями. Саме тому цифрові спільноти можуть виконувати не лише інформаційну, а й емоційно-підтримувальну функцію.

Окреме значення мають інформаційні платформи з перевіреними матеріалами про психічне здоров'я. Вони допомагають людині краще зрозуміти власні реакції на стрес, дізнатися про способи самодопомоги, навчитися розпізнавати ознаки емоційного виснаження та своєчасно звертатися по фахову підтримку. У період кризи важливо, щоб така інформація була зрозумілою, доступною, науково обґрунтованою та етично поданою.

Цифрові інструменти соціально-психологічної підтримки мають низку переваг. Насамперед це доступність, оперативність, можливість анонімного звернення, зручність використання та охоплення великої кількості людей. Вони допомагають швидко поширювати корисну інформацію, підтримувати контакт із фахівцями, зменшувати соціальну ізоляцію та формувати навички емоційної саморегуляції.

Водночас використання цифрових інструментів має певні ризики. До них належать поширення неперевіреної інформації, низький рівень цифрової грамотності окремих груп населення, загроза порушення конфіденційності, надмірне інформаційне навантаження та небезпека заміни професійної допомоги випадковими порадами з Інтернету. Саме тому важливо користуватися лише надійними ресурсами, створеними або перевіреними фахівцями [3].

Особливо важливим є питання довіри до цифрової підтримки. Людина має розуміти, хто надає допомогу, чи є фахівець компетентним, як захищаються її персональні дані та в яких випадках потрібно звертатися за очною або спеціалізованою допомогою. Довіра формується через професійність, прозорість, етичність, зрозумілість і безпечність цифрового ресурсу.

Цифрові інструменти також сприяють розвитку емоційної стійкості особистості. Вони допомагають людині краще усвідомлювати свій стан, використовувати техніки саморегуляції, підтримувати соціальні контакти, отримувати своєчасну інформацію та зберігати відчуття контролю над власними діями. У кризових умовах це має велике значення, оскільки невизначеність часто посилює тривогу, безпорадність і психологічне виснаження [3].

Проте цифрова підтримка має розглядатися не як повна заміна живого спілкування чи професійної психологічної допомоги, а як

важливе доповнення до системи соціально-психологічного супроводу. Найбільш ефективною є така модель, у якій онлайн-ресурси поєднуються з роботою фахівців, підтримкою родини, громади, освітніх і соціальних інституцій.

Отже, цифрові інструменти соціально-психологічної підтримки є важливим ресурсом допомоги особистості в умовах кризової невизначеності. Вони забезпечують швидкий доступ до інформації, психологічної підтримки, самодопомоги та комунікації з іншими людьми. Їх використання сприяє зниженню рівня тривоги, підтримці емоційної стійкості, подоланню соціальної ізоляції та формуванню більшої адаптивності до складних життєвих обставин.

Водночас ефективність цифрової підтримки залежить від якості ресурсів, професійності фахівців, дотримання етичних норм, захисту конфіденційності та здатності користувача критично оцінювати інформацію. Умови кризової невизначеності потребують не одноразової психологічної реакції, а довготривалої системи підтримки. Саме тому цифрові інструменти мають розглядатися як частина ширшої моделі психосоціальної допомоги, що поєднує індивідуальні, сімейні, громадські, освітні та професійні ресурси. Їхнє завдання полягає не лише в тому, щоб надати інформацію, а й у тому, щоб підтримати людину в збереженні гідності, суб'єктності, соціального зв'язку та емоційної стійкості.

Таким чином, цифровізація соціально-психологічної підтримки відкриває значні можливості для сучасного суспільства, однак потребує відповідального впровадження. Найбільш перспективною є така модель, у якій технології не замінюють людське співчуття й професійну допомогу, а посилюють їх, роблячи підтримку більш доступною, своєчасною, безпечною та орієнтованою на реальні потреби особистості в умовах кризи.

Література:

1. World Health Organization. URL: https://www.who.int/health-topics/digital-health?utm_source

2. Lahutina S. A digital self-help tool to promote mental well-being for Ukrainians affected by war – Assessing predictors of stress. *Neuroscience Applied.* Volume 3, 2024. URL: https://www.sciencedirect.com/ science/article/pii/ S2772408524001546?utm

3. Mental health and psychosocial support in emergency settings. URL: https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2020-11/IASC%20Guidelines%20on%20Mental%20Health%20and%20Psychosocial% 20Support%20in%20Emergency%20Settings%20%28English%29.pdf

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-82

ЗБЕРЕЖЕННЯ КУЛЬТУРНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УМОВАХ ВОЄННОЇ КРИЗИ: ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ТА КОМУНІКАЦІЙНІ СТРАТЕГІЇ

Подкупко Тетяна Леонідівна
кандидат історичних наук,
доцент кафедри суспільних наук
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Цибух Людмила Миколаївна
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Повномасштабне вторгнення в Україні стало не лише величезною гуманітарною катастрофою, а й потужним психосоціальним чинником трансформації індивідуальної та колективної ідентичності. Особливо вразливою групою в умовах воєнної кризи є діти та молодь з інвалідністю, для яких поряд із фізичними, соціальними й освітніми бар'єрами виникає додатковий виклик – ризик втрати культурної приналежності, порушення зв'язку з національною традицією, мовою, звичним середовищем і усталиними формами соціальної взаємодії.

В правовому полі України активно впроваджуються практики інклюзивної освіти спираючись на Закон України № 2053-VIII щодо особливостей доступу осіб з ООП до освітніх послуг (2017), стаття 19 якого гарантує особам з ООП право на освіту на всіх рівнях. В тому числі Закон передбачає участь ООП не лише в навчальній діяльності, а й у культурному житті та житті громад [1].

Вимушене переміщення всередині країни, виїзд за кордон, руйнування усталених соціальних зв'язків, ізоляція та переживання травматичних подій істотно впливають на процес формування «Я-концепції», самоцінності та культурної самоідентифікації. Для молоді з інвалідністю ці процеси мають подвійне навантаження: поряд із переживанням війни актуалізуються питання прийняття власної ідентичності, пошуку соціального місця та відчуття культурної приналежності.

В організації і роботі з дітьми та молоддю щодо виключності в національні традиційні дійства вкрай необхідно враховувати їх попередній травматичний досвід. Психологи мають ґрунтовні напрацювання в роботі з молоддю із зони бойових дій, які масово почали з'являтися в Україні після 2014 року [2, с. 199–203].

Позааудиторна культурно-виховна робота може бути повноцінним інклюзивним інструментом. Спільна діяльність у культурному контексті є потужним чинником розвитку емпатії та зниження соціальної дистанції. ООП і звичайні учасники стають рівноправними. Їх об'єднує не жалість, а традиція, свято, творчість. Саме цей перехід від асиметрії до рівності є ключем до справжньої емпатії [3, с. 246–249].

Збереження культурної ідентичності в умовах кризи спирається на низку психологічних механізмів. По-перше це механізм культурної пам'яті. Культурна пам'ять виконує стабілізуючу функцію, створюючи для особистості символічну опору в умовах невизначеності. Залучення дітей та молоді з інвалідністю до українських традиційних практик: зимових свят, великодніх звичаїв, писанкарства, народної творчості тощо, формує відчуття тяглості поколінь і включеності у національний культурний простір. Майстер-класи в розрізі підготовки до українських традиційних свят із дітьми та молоддю з ООП із ГО «Особливі діти» допомагають у становленні культурної ідентичності, усвідомленні своєї значущості для вітчизняного суспільства.

Саме культурний ритуал стає психологічним «якорем», що знижує рівень тривожності, сприяє відновленню відчуття безпеки й підтримує внутрішню цілісність особистості. Занурення в особливості традиційних свят, їх різноманіття як по сезонам так і по регіонам допомагають відчути себе частиною великого мозаїчного різнобарвного полотна, де кожен різний але важливий і невід'ємний від цілості.

По-друге – це механізм символічної самоідентифікації. Важливим є включення особистості у систему символів культури: мови, традицій, народного мистецтва, музики, святкових практик. Символічна участь допомагає дитині чи молодій людині усвідомлювати себе частиною спільноти, незалежно від фізичних обмежень або територіального місцеперебування.

Практика інтерактивних культурних заходів у змішаному форматі (очно + онлайн) показала, що навіть перебуваючи у різних країнах, молодь з інвалідністю продовжує відчувати себе частиною українського культурного середовища. Тривале перебування за межами України, навчання в освітніх установах різних держав, спроби адаптуватися і навіть асимілюватися в новому просторі розмивають українську ідентичність. Тому заходи із залученість батьків, молоді, дітей до

спільного проведення часу в контексті українських традицій, нагадують про коріння, традиції і зв'язок із Батьківщиною.

По-третє – механізм позитивної соціальної взаємодії. Інклюзивна взаємодія у спільному культурному просторі знижує переживання ізольованості та формує позитивний соціальний досвід. У спільній творчій, ігровій та освітній діяльності стирається межа між «особливими» та «нормотиповими» учасниками; формується досвід рівноправності, взаємної підтримки й прийняття. Крім підтримки і соціальної адаптації людей з інвалідністю важливий чинник заходів – це розвиток у нормотипових учасників дійств емпатії, вміння сприймати, підтримувати, вчитися і захоплюватися різними людьми.

Зазначимо ефективні комунікаційні стратегії підтримки культурної ідентичності. Змішані формати коли поєднанні офлайн-зустрічі із онлайн на платформі Zoom. Використання Kahoot як інтерактивного ігрового цифрового середовища. Зазначені платформи дозволяють підтримувати контакт із дітьми та молоддю, які перебувають у вимушеній міграції через повномаштабне вторгнення.

Психоедукаційні практики: інформування про культурну спадщину, роль традиції в психологічній стійкості, формування позитивного образу власної культурної групи сприяє підвищенню самоцінності та зниженню екзистенційної тривоги.

Арттерапевтичні методи: символічне малювання, колективне створення казок, музично-творчі практики дозволяють інтегрувати емоційний досвід війни у безпечну символічну форму, що підтримує психологічне благополуччя та культурну самосвідомість.

Родинна трансмісія традицій: передача звичаїв через сімейні практики (випікання пасок, різдвяні обряди, вечорниці, спільні святкування) виконує функцію міжпоколіннєвого культурного містка.

Збереження культурної ідентичності дітей та молоді з інвалідністю в умовах воєнної кризи є не лише питанням культурної політики, а й важливим напрямом психологічної підтримки. Культурна приналежність виступає ресурсом резильєнтності, емоційної стабільності, самоприйняття та соціальної інтеграції.

Найбільш ефективними механізмами виявляються культурна пам'ять, символічна самоідентифікація, позитивна інклюзивна взаємодія, арттерапевтичні практики та цифрові комунікаційні стратегії. Саме інтеграція психологічної підтримки та культурно-комунікативних практик створює умови для формування стійкої культурної самосвідомості молоді з інвалідністю навіть в умовах тривалої воєнної нестабільності.

Література:

1. Закон України № 2053-VIII про внесення змін до законодавства щодо особливостей доступу осіб з ООП до освітніх послуг від 23.05.2017. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2053-19
2. Цибух Л. М. Особливості роботи психолога дитячого центру з підлітками із зони бойових дій (на прикладі УДЦ «Молода Гвардія») *Наука і освіта*. №9. 2016. С. 199-203.
3. Подкупко Т. Л. Вивчення історичного та етнокультурного коріння здобувачами вищої освіти ОНМЕДУ через залучення до родинних великодніх традицій. *Проблеми ідентичності культурної спадщини України в умовах російсько-української війни та у повоєнний період*. Київ: НДІУ, 2023. С. 246–249.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-83

НЕЙРОФІЗІОЛОГІЯ ЗЦІЛЕННЯ: ШЛЯХ ЧЕРЕЗ ТІЛО, РУХ ТА КОНТАКТ ДО РОЗБЛОКУВАННЯ ЖИТТЯ

Сініцина Оксана Василівна
здобувачка вищої освіти, лікарка-невропатологиня вищої категорії, психотерапевтка
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Актуальність теми дослідження зумовлена безпрецедентним рівнем травматизації населення внаслідок воєнних дій та тривалого перебування у стані невизначеності та хронічного стресу . Традиційні парадигми психотерапії, що базуються переважно на вербальній інтервенції, часто виявляються недостатньо ефективними при роботі з глибокими станами шокової травми та ПТСР. Це пояснюється нейрофізіологічними механізмами, за яких сильний стрес блокує роботу префронтальної кори мозку, унеможливлюючи раціональну переробку досвіду [3, с. 45].

Нейрофізіологічний базис травматичного блокування. Травма – це не лише ментальна подія, а передусім біологічний стан. Коли людина стикається з загрозою, мозок активує еволюційно давні механізми виживання. За Полівагальною теорією С. Порджеса, нервова система може реагувати через три стани: вентральний вагус (безпека та соціальна залученість), симпатична система (боротьба або втеча) та дорсальний вагус (завмирання, колапс) [5, с. 112].

У стані травматичного блокування енергія, що була мобілізована для захисту, залишається «законсервованою» в тілі. Це призводить до

розриву зв'язку між амигдалою (центром страху) та гіпокампом, який відповідає за контекстуалізацію спогадів. Як наслідок, тіло продовжує реагувати на минулу загрозу так, ніби вона триває у теперішньому часі.

Феноменологія заземлення та нейробіологічний механізм опори. У контексті нейрофізіології зцілення, заземлення (grounding) розглядається не просто як метафора, а як процес відновлення сенсорного зв'язку з поточною реальністю через гравітаційну стабільність. Коли нервова система перебуває в стані травматичного стресу, виникає ефект «соматичної дезорієнтації» – втрата відчуття ваги власного тіла та просторових координат. Це часто супроводжується деперсоналізацією та дереалізацією, оскільки мозок спрямовує всі ресурси на сканування гіпотетичної загрози, ігноруючи сигнали від внутрішніх рецепторів [3, с. 72]. Підхід «Bottom-up» як інструмент розблокування. Для відновлення цілісності особистості необхідно використовувати підхід «знизу-вгору» (bottom-up), де робота починається з відчуттів тіла. Тілесно-орієнтована терапія та соматичні практики дозволяють «достукатися» до стовбура мозку та лімбічної системи, минаючи когнітивні бар'єри.

Першим етапом зцілення є відновлення заземлення та відчуття опори. Нейрофізіологічно це активує пропріоцептивну систему, яка надсилає мозку сигнал про фізичну стабільність. Коли мозок отримує підтвердження того, що «я маю опору», рівень кортизолу знижується, що створює вікно для подальшої терапевтичної роботи [1, с. 28].

Відновлення відчуття опори працює через активацію пропріоцептивної системи та вестибулярного апарату. Коли людина свідомо спрямовує увагу на контакт стоп із підлогою або тазу із сидінням стільця, активуються механорецептори шкіри та глибокі рецептори м'язів і зв'язок. Цей потік аферентної інформації надходить до таламусу, а звідти – до тім'яної частки кори великого мозку, яка відповідає за формування «схеми тіла».

Нейрохімічний аспект заземлення полягає у зниженні активності гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі. Отримання чіткого сигналу «я маю тверду підтримку під собою» є біологічним антонімом до стану падіння або невагомості, які асоціюються у мозку з екстремальною небезпекою. Стабільна опора дозволяє системі перейти від режиму високої інтенсивності (high arousal) до стану функціонального спокою [1, с. 34].

Таким чином, заземлення виступає фундаментом для розширення вікна стійкості (resilience). Без відчуття фізичної опори будь-яка когнітивна робота з травмою залишається поверхневою, оскільки мозок на базовому рівні продовжує сприймати середовище як нестабільне та загрозливе.

Нейрокінетика руху: від завершення циклу до нейропластичності. Рух у терапії травми є інструментом відновлення перерваної біологічної лінії захисту. Використання спрямованого руху дозволяє «розморозити» заблоковані ділянки через механізм

сенсомоторного перенавчання. Важливим аспектом є робота з мікрорухами, які активують ретикулярну формацію, що відповідає за рівень неспання та готовності системи до дії.

Коли клієнт у безпечному просторі відтворює рух, який був заблокований, він надсилає сигнал у мозок про те, що «дія завершена». Це сприяє нейропластичності – формуванню нових синаптичних зв'язків, які замінюють старі патерни безпорадності патернами ефективності [2, с. 115].

Рух як засіб завершення біологічних циклів. Рух є ключовою мовою нервової системи. У ситуації травми реакція «боротьби-втечі» часто залишається незавершеною через неможливість фізичної дії. Це створює м'язовий панцир та соматичну дисоціацію. Використання мікрорухів, ритмічної активності та спрямованої м'язової напруги дозволяє тілу «допрожити» заблоковану дію. Це не просто фізична вправа, а нейродинамічний процес перенастроювання нейронних мереж, який сприяє інтеграції травматичного досвіду [2, с. 67].

Соціальна ко-регуляція та контакт. Людина є соціальною істотою, і наша нервова система здатна заспокоюватися через присутність іншої людини. Безпечний терапевтичний контакт активує вентральну гілку блукаючого нерва, яка є «гальмом» для симпатичного збудження. Через співналаштування (attunement), погляд та тембр голосу фахівця клієнт навчається заново відчувати безпеку. Це відновлює здатність до комунікації та соціальної адаптації, що є кінцевою метою розблокування життя після травми [4, с. 156].

Висновки. Інтеграція нейрофізіологічних знань у практику тілесної роботи дозволяє створити цілісний шлях зцілення. Перехід від виживання до повноцінного функціонування можливий лише через повернення усвідомленості в тіло. Розблокування життєвої енергії відбувається тоді, коли нервова система відновлює свою гнучкість, здатність до саморегуляції та соціального контакту.

Література:

1. Баєвський Р. М. Прогнозування станів на межі норми та патології. Київ: Здоров'я, 2016. 240 с.

2. Ван дер Колк Б. Тіло пам'ятає все. Яку роль у терапії травми відіграє тіло. Львів : Видавництво Старого Лева, 2022. 450 с.

3. Левін П. Зцілення від травми. Коротка програма для відновлення впевненості у своєму тілі. Київ : Основи, 2019. 180 с.

4. Огден П. Сенсомоторна психотерапія: техніка та методи. Харків : КСД, 2020. 320 с.

5. Порджес С. Полівагальна теорія: нейрофізіологічні основи емоцій, прив'язаності та саморегуляції. Київ : Наш Формат, 2021. 380 с.

СЕКЦІЯ 7. ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ. СФЕРИ УПРАВЛІННЯ, РОЗВИТКУ ТА САМОПІЗНАННЯ

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-84

САМООЦІНКА ЯК ЧИННИК ФОРМУВАННЯ ПОЗИТИВНОГО ОБРАЗУ Я У ДІВЧАТ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

Аверкієва Людмила Володимірівна
здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Дівчина–підліток – це особистість, яка проживає чутливий і водночас визначальний етап життя, коли дитинство поступово відходить, а дорослість лише починає окреслюватися, тому вона по-новому відкриває себе, свої переживання і власну цінність: загострюється сприйнятливість до ставлення інших, особливо однолітків, і навіть незначні слова чи реакції можуть помітно впливати на самооцінку. Дівчина уважніше придивляється до своєї зовнішності, замислюється над здібностями, рисами характеру, намагається зрозуміти, якою є насправді, водночас поєднуючи вразливість із прагненням до самостійності.

У таких умовах самооцінка виступає не лише характеристикою особистості, але й важливим чинником, що визначає якість формування образу Я. Як зазначає О. Гуменюк, Я-концепція формується у процесі соціальної взаємодії та відображає цілісне уявлення людини про себе, яке включає оцінний компонент [2; с. 52].

Звернення до проблеми самооцінки у підлітковому віці зумовлене тим, що сучасні підлітки дедалі частіше стикаються з внутрішніми труднощами, які не завжди помітні ззовні. Середовище, у якому вони зростають, змінюється дуже швидко: значну роль відіграють соціальні мережі, постійний інформаційний потік, нові орієнтири щодо успіху та зовнішності. Не можна забувати й про війну, яка формує досвід тривоги, нестабільності, втрат і невизначеності, змінює відчуття безпеки та впливає на емоційний стан підлітків, у тому числі на те, як вони сприймають себе і власні можливості [3]. Усе це впливає на те, як підлітки сприймають себе, нерідко посилює сумніви та невпевненість. У такій ситуації звернення до самооцінки як важливого чинника

формування позитивного образу Я дає змогу глибше осмислити процес особистісного становлення і окреслити шляхи підтримки підлітків.

У наукових підходах самооцінка розглядається як складова Я-концепції, що відображає ставлення особистості до себе. І. Гресько підкреслює, що образ Я включає когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти, які перебувають у тісному взаємозв'язку [1, с. 12]. Самооцінка у цьому контексті виконує функцію регулятора поведінки, визначає рівень домагань, впливає на міжособистісні відносини.

Особливості формування образу Я у підлітковому віці пов'язані з активним пошуком ідентичності. Як зазначає С. Світлична, у цей період відбувається переосмислення власного досвіду, формування нових уявлень про себе, що часто супроводжується нестійкістю самооцінки [4; с. 129]. Для дівчат характерним є підвищена увага до зовнішності, соціального схвалення, міжособистісних відносин, що безпосередньо впливає на формування образу Я.

Аналіз психологічних досліджень дозволяє виокремити основні чинники, які визначають характер самооцінки у дівчат підліткового віку:

1) вплив сім'ї, у якій зростає дівчина, адже саме вдома вона вперше відчуває, чи її приймають і підтримують, чи, навпаки, виникає відчуття невпевненості, і з цього поступово складається її ставлення до себе;

2) ставлення однолітків, їхні слова і реакції, які часто переживаються досить гостро і впливають на те, як дівчина починає сприймати себе серед інших;

3) уявлення про «ідеальну» зовнішність і поведінку, з якими дівчина стикається у повсякденному житті, особливо в медіапросторі, через що вона нерідко порівнює себе з іншими;

4) власний досвід успіхів і невдач, який поступово накопичується і або додає впевненості, або викликає сумніви у власних можливостях;

5) здатність замислюватися над собою, своїми почуттями і вчинками, що допомагає краще зрозуміти себе і спокійніше ставитися до власних недоліків.

Самооцінка виконує важливу функцію у формуванні позитивного образу Я, оскільки саме через неї відбувається інтеграція досвіду особистості. Адекватна самооцінка сприяє розвитку впевненості, відкритості до нового досвіду, здатності будувати конструктивні взаємини. Натомість занижена або завищена самооцінка може призводити до внутрішніх конфліктів, труднощів у соціальній адаптації.

Становлення позитивного образу Я у дівчат підліткового віку не відбувається просто або лінійно. На нього впливають і внутрішні переживання, і те, що відбувається навколо. Те, як дівчина думає про себе, багато в чому пов'язане з її самооцінкою, адже саме через неї вона

осмислює власний досвід, почуття і ставлення до себе. Щоб краще показати, з чого складається цей процес, доцільно звернутися до узагальнення основних аспектів, поданих у таблиці 1, де відображено їх зміст і те, як вони проявляються у житті дівчат підліткового віку.

Таблиця 1

Аспекти формування позитивного образу Я у дівчат підліткового віку та їх прояви

Аспект	Змістове наповнення	Приклад прояву
розвиток самоприйняття	формування здатності дівчини приймати власну зовнішність, риси характеру та індивідуальні особливості без надмірної залежності від зовнішніх оцінок, з урахуванням підвищеної чутливості до критики	дівчина спокійно реагує на зауваження щодо зовнішності, не знецінює себе через невідповідність ідеалам
формування реалістичного уявлення про себе	усвідомлення власних можливостей і обмежень, адекватне співвіднесення очікувань із реальними досягненнями, прийняття власного тіла та здібностей	дівчина визнає свої сильні сторони в навчанні, але не драматизує труднощі в окремих предметах
підтримка позитивного досвіду успіху	накопичення досвіду досягнень у значущих сферах діяльності, що сприяє зміцненню впевненості у собі та позитивного самосприйняття	участь у шкільному проєкті або творчому конкурсі, де дівчина отримує схвалення та відчуття власної компетентності
розвиток емоційної саморегуляції	формування здатності усвідомлювати власні емоції, керувати ними та конструктивно реагувати на складні ситуації, пов'язані із самосприйняттям	дівчина не впадає у тривалу самокритику після конфлікту з однолітками, а намагається осмислити ситуацію
створення безпечного соціального середовища	забезпечення підтримувального простору, у якому дівчина може вільно виражати себе, отримувати прийняття та конструктивний зворотний зв'язок	у сім'ї або шкільному колективі дівчина відкрито висловлює думки без страху осуду

Джерело: складено автором на основі джерел [1; 2; 4]

У дослідженні О. Гуменюк підкреслюється, що гармонійна Я-концепція формується за умови узгодженості між реальним і ідеальним образом Я, що забезпечує внутрішню цілісність особистості [2; с. 97]. Це положення має особливе значення для підліткового віку, коли розбіжність між бажаним і реальним часто стає джерелом напруження.

Звернення до практичного виміру проблеми дозволяє стверджувати, що формування позитивного образу Я у дівчат підліткового віку потребує цілеспрямованої підтримки з боку дорослих. Йдеться про створення умов, у яких підліток відчуває прийняття, має можливість для самовираження, отримує конструктивний зворотний зв'язок. Важливо, щоб оцінювання з боку дорослих не зводилося до критики, а сприяло усвідомленню сильних сторін особистості.

У межах проведеного теоретичного аналізу здійснено спробу переосмислити роль самооцінки у формуванні образу Я дівчини-підлітка.

Запропоновано розглядати самооцінку не лише як оцінний компонент Я-концепції, а як внутрішній механізм, через який дівчина поступово узгоджує власний досвід, переживання і уявлення про себе.

На відміну від підходів, у яких самооцінка подається переважно як наслідок зовнішніх впливів, у дослідженні акцент зроблено на її активній ролі у структуруванні самосприйняття.

Узагальнення теоретичних положень дало змогу систематизувати основні аспекти формування позитивного образу Я та представити їх у вигляді цілісної моделі (табл. 1), яка відображає взаємозв'язок самоприйняття, реалістичного уявлення про себе, емоційної саморегуляції та досвіду особистих досягнень.

Такий підхід дозволяє розглядати формування образу Я не як фрагментарний процес, а як внутрішньо пов'язану динамічну систему, що має значення для подальшого використання у психологічній практиці роботи з дівчатами підліткового віку.

Отже, самооцінка відіграє помітну роль у тому, як у дівчат підліткового віку складається уявлення про себе. Саме через неї вони поступово осмислюють власні риси, пережитий досвід і стосунки з іншими, що відображається і в поведінці, і у внутрішньому стані. Від того, наскільки дівчина здатна приймати себе, значною мірою залежить її впевненість і те, як вона будує взаємини з оточенням. Розуміння того, як формується самооцінка, дає змогу краще побачити цей процес і визначити способи підтримки дівчат у підлітковому віці.

Література:

1. Гресько І. М. Становлення Я-концепції особистості: структура та етапи розвитку. *Вісник Донецького національного університету імені Василя Стуса. Серія Психологічні науки.* (Лис., 2024), С. 9-17. DOI: https://doi.org/10.31558/2786-8745.2024.1(4).1

2. Гуменюк О. Є. Психологія Я-концепції : монографія. Тернопіль : Економічна думка, 2002. 186 с.

3. Кокун О. М. Життєстійкість і резильєнтність людини в сучасному світі: теорія, дослідження, практика. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2025. 214 с.

4. Світлична С. П. Особливості розвитку особистості та образу «Я» у підлітковому віці. *Педагогіка та психологія.* 2019. №2. С. 127–134.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-85

ОСОБЛИВОСТІ СТАВЛЕННЯ ДО СМЕРТІ ЯК ЧИННИК ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ У РІЗНІ ПЕРІОДИ ДОРОСЛОСТІ

Аксененко Вероніка Ігорівна
здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Терещенко Ольга Олегівна
асистент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Феномен ставлення до смерті займає особливе місце в екзистенційній та віковій психології, оскільки визначає спосіб, у який людина осмислює власну природу, скінченність життя та межі особистісного існування [8, с. 124]. У науковій літературі ставлення до смерті розглядається як багатовимірне психологічне утворення, що включає когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти. Когнітивний компонент включає в себе уявлення, переконання та світоглядні схеми, що визначають, як людина інтерпретує смерть. Він формується під впливом культури, релігії, життєвого досвіду та освіти. Емоційний компонент передбачає переживання, пов'язані з думками про смерть: страх, тривога, уникання, прийняття, спокій, амбівалентність. Емоційний компонент є найчутливішим і часто відображає рівень внутрішньої стабільності й екзистенційної зрілості. Поведінковий компонент включає в себе дії та реакції, які людина демонструє у ситуаціях зіткнення з темою смерті: уникання, агресивні реакції, філософське осмислення, пошук підтримки, адаптивні форми самозахисту.

Голтер запропонував вісім вимірів страху смерті: страх процесу вмирання, страх мертвих, страх бути знищеним, страх смерті значущих інших, страх невідомого, страх свідомої смерті, страх за тіло після смерті та страх передчасної смерті [6, с. 996–999]. Це прямо перегукується з деприваційною теорією сучасного філософа Ш. Кеґана де смерть є злом не сама по собі, а через те, чого вона позбавляє. Він наголошував, що цінність життя визначається порівнянням двох світів – де людина померла і де продовжує жити. При цьому якість самого життя суттєво впливає на сприйняття смерті. Для тих, хто страждає від невиліковної хвороби, вона може бути полегшенням, тоді як для тих, хто живе повним щасливим життям, усвідомлення смертності здається нестерпним [6, с. 6–87].

Ставлення людини до смерті на різних етапах дорослості значно відрізняється та впливає на її резилієнтність. Для збереження внутрішнього балансу люди у кожній віковій категорії використовують певні захисні механізми та копінг-стратегії для створення умовного буфера, який знижує рівень екзистенційної тривоги [7, с. 92]. У молодому віці впевненість у власній невразливості та далека перспектива смерті, мінімізують рівень страху смерті. На цьому етапі життя превалюють копінг-стратегії уникання та ігнорування. Поряд із цим значну для молодих людей важливу роль відіграє соціальний копінг, коли підлітки звертаються до однолітків, шукаючи підтвердження власної значущості та для отримання підтримки [1, с. 186–189]. У дорослому віці сенси та досягнення сприяють більш високому рівню стійкості та стають важливою опорою у житті. Копінг-стратегії передбачають активну внутрішню роботу з переживаннями – інтеграцію страху, прийняття невизначеності та переорієнтацію життєвих пріоритетів. Формується так званий генеративний копінг, який проявляється у прагненні залишити після себе спадщину у вигляді дітей, досягнень або соціального внеску [4, с. 64–69]. У похилому віці прийняття та інтеграція життєвого досвіду суттєво допомагають справлятися із усвідомленням власної смертності. [5, с. 21–31]. Цей етап характеризується тим, що копінг-стратегії набувають екзистенційного характеру, коли індивід здійснює ретроспективну оцінку життя та інтегрує пережитий досвід. На цьому етапі, важливу роль відіграє духовний або релігійний копінг, що також ефективно сприяє подоланню страху смерті [2, с. 220].

Ставлення до смерті має багатовимірний характер і не зводиться виключно до страху чи тривоги. Воно може проявлятися через страх смерті, уникнення теми смерті, нейтральне прийняття, прийняття смерті як переходу або як втечі. Водночас резильєнтність є складним феноменом, що охоплює здатність до емоційної саморегуляції, збереження внутрішньої рівноваги, ефективного реагування на стрес, гнучкого пристосування до життєвих змін і підтримання цілісності Я. Отже, є підстави припускати, що різні типи ставлення до смерті будуть по-різному пов’язані з рівнем резильєнтності. Важливо підкреслити, що резилієнтність – це не вроджений механізм, який є у кожної людини у будь-якому віці [3, с. 302–316]. Цю здатність треба розвивати та укріплювати, спираючись на такі фактори, як культурні цінності, самооцінка, сенси та релігія.

Література:

1. Дубровіна І. В. «Психологія розвитку», Київ, 2011, 528. С. 186–189 с.
2. Мирончак К. В. Зустріч зі смертю: способи організації життєвого досвіду: монографія. К. : Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2020. 220 с.

3. Савчин М. Резилієнтність як потенціал відновлення особистості у складних життєвих ситуаціях. Сучасні аспекти науки: XXXI. Частина міжнародної колективної монографії / Міжнародний економічний інститут. Чеська Республіка: Міжнародний економічний інститут. 2023. С. 453. С. 302–316.
4. Frankl V. *The Will to Meaning*, Penguin Books, 1988, p. 64–69.
5. Greenberg, Solomon, Pyszczynski, *Handbook of Experimental Existential Psychology*, Guilford Press, 2004, p. 21–31.
6. Hoelter J. W. Multidimensional treatment of fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1979. 47(5), 996–999.
7. Neimeyer, *Death Anxiety Handbook*, 1994, 587 p. 92 p.
8. Rank O. *Will Therapy and Truth and Reality*. New York: Knopf. p. 124
9. Shelly Kagan Death. Yale University Press 2012. The Open Yale Courses Series, pp. 6–87.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-86

СТРЕС ПАЦІЄНТА ПІД ЧАС ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ: ПСИХОЛОГІЧНІ ПРИЧИНИ ТА БАЗОВІ ПРАВА ПАЦІЄНТА

Валах Вікторія Володимирівна
кандидат юридичних наук, доцент, медичний адвокат,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Гуляєва Дар'я Максимівна
здобувачка вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Вступ. Звернення до лікаря для багатьох пацієнтів пов'язане зі стресом, тривогою та побоюванням, що є природною психологічною реакцією на невизначеність, можливу загрозу здоров'ю та втрату контролю над ситуацією. Психоемоційна напруга хворого безпосередньо впливає на якість медичної комунікації та подальший комплаєнс (готовність дотримуватися рекомендацій фахівця). Для психолога важливо розуміти механізми виникнення цього стресу та роль правового захисту пацієнта у його нівелюванні.

Психологічні тригери стресу в медичному контексті. Основними передумовами тривожного стану пацієнта є очікування серйозного діагнозу, страх болю або інвазивних маніпуляцій, а також несприятливий минулий досвід. Невідомість результатів обстеження створює когнітивний дисонанс: пацієнт відчуває загрозу власному «Я» і життєвим планам [1, с. 24]. Недостатнє розуміння медичної термінології та процедур лише посилює відчуття втрати контролю, що в психології здоров'я вважається одним із найсильніших стресогенних факторів.

Стрес проявляється у поведінці: пацієнт може ставати замкненим, дратівливим або надмірно пасивним. Така реакція заважає чітко викласти анамнез, що може призвести до діагностичних помилок. Більше того, сильний страх часто спонукає до уникнення медичної допомоги, що перетворює психологічну проблему на загрозу життю.

Право на інформацію як інструмент зниження тривожності. Право на повну та достовірну інформацію про стан здоров'я закріплене у ст. 39 «Основ законодавства України про охорону здоров'я». З точки зору психології, реалізація цього права виконує функцію когнітивної структуризації. Коли лікар пояснює діагноз, варіанти терапії та можливі наслідки доступною мовою, рівень тривоги пацієнта знижується за рахунок заміщення «страшної невідомості» конкретним планом дій [2].

Забезпечення права на інформовану згоду (ст. 43 Основ) повертає пацієнту відчуття суб'єктності та контролю над власним тілом. Це перетворює його з пасивного об'єкта маніпуляцій на активного партнера лікувального процесу, що є критично важливим для стабілізації психоемоційного стану.

Право на повагу до гідності та психологічна безпека. Право на повагу до гідності (ст. 28 Конституції України) у медичному середовищі трансформується у вимогу гуманного та доброзичливого ставлення. Для людини в стані вразливості, болю або психологічної нестійкості тактовність медичного персоналу є формою психологічної підтримки. Уважне вислуховування та підтримка з боку лікаря допомагають хворому відчути себе захищеним. Зневажливе ставлення, навпаки, розцінюється як психологічне насильство, що посилює травматичний досвід візиту до лікарні.

Висновки. Напруга пацієнта – це не лише емоційне тло, а й клінічно значущий фактор. Дотримання базових прав пацієнта на інформацію та повагу є найефективнішим немедикаментозним способом зниження стресу. Формування культури спілкування, що базується на захисті прав людини, дозволяє мінімізувати психологічні бар'єри та підвищити ефективність системи охорони здоров'я в цілому.

Література:

1. Конституція України : Закон від 28.06.1996 № 254к/96-ВР.
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII.

3. Абрамова Н. О. Психологія пацієнта: стресостійкість та комунікація. Одеса, 2021. 156 с.
4. Хартія прав пацієнтів в Україні (проєкт) / Всеукраїнська рада захисту прав та безпеки пацієнтів.
5. Медичне право України : посібник / за ред. С. Г. Стеценка. К. : Юрінком Інтер, 2019.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-87

СПІЛКУВАННЯ ЛІКАРЯ І ПАЦІЄНТА: КОЛИ НЕВВІЧЛИВІСТЬ СТАЄ ПОРУШЕННЯМ ПРАВ

Валах Вікторія Володимирівна
кандидат юридичних наук, доцент, медичний адвокат,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Дяченко Єлизавета Дмитрівна
здобувачка вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Вступ. Взаємодія лікаря та пацієнта є не лише складовою професійної роботи, а й важливим елементом якісного лікувального процесу, який безпосередньо впливає на фізичний та психоемоційний стан хворого. Просте дотримання правил люб'язного спілкування – уважне вислуховування, такт, приязний і спокійний тон, повага до особистості хворого – створюють атмосферу взаєморозуміння та довіри. Проте в українських реаліях проблема медичної етики та деонтології часто виходить за межі простого етикету, перетворюючись на правову площину.

Психоемоційний вплив комунікації на процес одужання. Психологічний стан пацієнта є фундаментом, на якому будується ефективність будь-якої терапії. Коли лікар виявляє емпатію та ввічливість, у пацієнта знижується рівень кортизолу, що позитивно впливає на імунну відповідь організму. Навпаки, грубість або ігнорування з боку медичного персоналу посилюють тривожність, страх та відчуття безпорадності. Для людини в стані болю або хронічної недуги будь-яке різке слово може стати тригером для відмови від подальшого лікування [2, с. 18].

Ігнорування запитань пацієнта про його стан чи схему лікування створює інформаційний вакуум, який заповнюється деструктивними фантазіями та недовірою до системи охорони здоров'я в цілому. Таким чином, культура спілкування є не другорядним аспектом, а терапевтичним інструментом.

Законодавче підґрунтя права на гідне ставлення в Україні. Відповідно до ст. 28 Конституції України, кожен має право на повагу до його гідності. У сфері медицини це право конкретизується в «Основах законодавства України про охорону здоров'я». Зокрема, стаття 6 гарантує пацієнтові право на гуманне і шанобливе ставлення з боку медичних працівників. Це означає, що неввічливість – це не просто «поганий настрій» лікаря, а пряме порушення законодавчої норми.

Більше того, Цивільний кодекс України (ст. 297) захищає право на гідність та честь. Якщо грубість лікаря призвела до погіршення психологічного стану пацієнта (наприклад, спричинила депресивний розлад або гіпертонічний криз), це може бути підставою для відшкодування моральної шкоди. Важливо розрізняти конструктивну критику стану здоров'я та особистісні образи чи зневагу.

Коли неввічливість стає правопорушенням. Межа між неетичною поведінкою та правопорушенням пролягає там, де дії медика починають обмежувати доступ до медичної допомоги або принижувати людську сутність. Наприклад:

– Відмова надати інформацію про діагноз у зрозумілій формі (порушення ст. 39 Основ законодавства);

– Дискримінаційні висловлювання щодо віку, статі чи соціального статусу пацієнта;

– Публічне розголошення медичної таємниці в іронічному або зневажливому тоні.

У таких випадках пацієнт має право звернутися зі скаргою до головного лікаря, Національної служби здоров'я України (НСЗУ) або до суду. Юридична практика показує, що дедалі більше позовів ґрунтуються саме на порушенні деонтологічних норм, що потягли за собою фізичні наслідки.

Висновки. Гуманізація медицини в Україні є неможливою без перегляду стандартів спілкування. Ввічливість лікаря – це не бонус для пацієнта, а його законне право та професійний обов'язок фахівця. Для майбутнього психолога розуміння цього зв'язку є ключовим, адже саме психологічна підтримка та етична взаємодія є основою захисту прав людини в системі охорони здоров'я.

Література:

1. Конституція України: Закон України від 28 червня 1996 р. № 254к/96-ВР / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. Ст. 141.

2. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України.* 1993. № 4. Ст. 19.

3. Цивільний кодекс України: Закон України від 16 січня 2003 р. № 435-IV / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. 2003. № 40–44. Ст. 356.

4. Етичний кодекс лікаря України: прийнятий Всеукраїнським з'їздом лікарських організацій та X з'їздом Всеукраїнського лікарського товариства 27 вересня 2009 р. Київ, 2009.

5. Біоетика та медичне право: підручник / за ред. В. М. Князевича. Київ, 2018.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-88

КОНТИНГЕНТНА САМООЦІНКА ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ ЦИФРОВОГО СОЦІАЛЬНОГО ПОРІВНЯННЯ: ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ТА НАПРЯМИ ПРОФІЛАКТИКИ

Гапатин Соломія Василівна
магістр психології,
асистент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Гаврилишина Любов Богданівна
здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Підлітковий вік традиційно розглядається у віковій психології як сензитивний період становлення самосвідомості, у межах якого самооцінка набуває статусу центрального особистісного новоутворення. Проте за останнє десятиліття контекст, у якому розгортається це становлення, зазнав радикальної трансформації. Сучасний підліток формує уявлення про себе не лише у безпосередній взаємодії з референтним оточенням, а й у середовищі, де соціальне порівняння опосередковане алгоритмічно курованими стрічками соціальних мереж. Відтак постає потреба у концептуальному розмежуванні рівня самооцінки та її структурної стабільності – характеристики, яка, на наш

погляд, є недостатньо представленою в українському психологічному дискурсі.

Метою цих тез є теоретичне обґрунтування феномену контингентної (залежної від зовнішнього зворотного зв'язку) самооцінки підлітків в умовах цифрового соціального порівняння та окреслення психолого-педагогічних напрямів її профілактики.

Теоретичним підґрунтям проблеми слугують три взаємодоповнювані концепції. Класична теорія соціального порівняння Л. Фестінгера постулює, що за відсутності об'єктивних критеріїв людина оцінює власні здібності й думки шляхом зіставлення себе з іншими. Концепція «дзеркального Я» Ч. Кулі акцентує, що самосприйняття конструюється через інтеріоризацію уявлень про те, як особистість сприймається значущими іншими. Нарешті, модель контингенцій самоцінності Дж. Крокер і К. Вулф розрізняє глобальний рівень самооцінки та домени, у яких самоцінність є умовною: коли самоповага «прив'язана» до конкретної сфери, події в цій сфері спричиняють виражені коливання самооцінки навколо її типового рівня [4]. Саме синтез цих трьох положень дозволяє пояснити, чому цифрове середовище є настільки потужним чинником дестабілізації підліткового «Я-образу».

Принципова особливість соціальних мереж полягає у тому, що вони перетворюють соціальне порівняння з епізодичного на безперервний і кількісно вимірюваний процес. Як влучно зауважують К. Мідглі та співавтори, для користувача соцмереж кожен день стає подобою «зустрічі випускників», на якій він постійно зіставляє себе з ретельно відібраними образами інших; експериментально показано, що перебування у такому середовищі знижує стан самооцінки переважно через висхідне порівняння [7]. Метааналітичні дані підтверджують, що експозиція до висхідних об'єктів порівняння в соціальних мережах систематично пов'язана з погіршенням самооцінкових та емоційних показників [8]. Лонгітюдне дослідження повсякденних порівнянь у вибірці підлітків засвідчило: у ті моменти, коли підліток вдається до висхідного порівняння, він повідомляє про нижчу самооцінку, а депресивна симптоматика виступає чинником ризику саме висхідних зіставлень [6].

Водночас було б методологічним спрощенням трактувати зв'язок цифрової активності та самооцінки як прямолінійний і однозначно негативний. Парасолькові огляди П. Валкенбург, А. Маєра та І. Бейенс демонструють, що більшість оглядів кваліфікують відповідні асоціації як «слабкі» або «непослідовні», а ефекти соціальних мереж є нелінійними та виявляють суттєву міжіндивідуальну варіативність [9]. Іншими словами, цифрове середовище є не універсальним патогенним чинником, а радше підсилювачем уже наявної вразливості. Ключовим предиктором тут виступає не обсяг екранного часу як такий, а ступінь,

до якого підліток робить власну самоцінність контингентною щодо цифрового схвалення – кількості «лайків», коментарів, переглядів.

На основі викладеного можна виокремити психологічний механізм формування контингентної самооцінки підлітка. Його початковою ланкою є вікова сензитивність до думки референтної групи, яка в умовах кризи ідентичності загострюється. Цифрове середовище надає цій потребі квантифікований, миттєвий і практично безмежний канал зворотного зв'язку. Поступово метрики онлайн-схвалення інтеріоризуються як домен самоцінності; самоповага починає «пульсувати» услід за цими показниками. Результатом стає флуктуаційний патерн: формально вимірюваний рівень самооцінки може залишатися середнім, проте її структурна стабільність виявляється низькою. Показово, що повторне застосування шкали самооцінки М. Розенберга з тижневим інтервалом у таких підлітків дає істотні розбіжності балів – діагностичний маркер, що його варто враховувати у психодіагностичній практиці.

Слід наголосити на ще одному аспекті, актуальному для українського контексту. Повномасштабна війна різко підвищила рівень фонової тривоги та невизначеності, у яких відбувається становлення особистості підлітка. За таких умов цифрове середовище нерідко перетворюється на основний механізм ескапізму та емоційної саморегуляції, що додатково посилює залежність самооцінки від онлайн-зворотного зв'язку. Відтак проблема контингентної самооцінки в Україні набуває специфічного звучання і потребує врахування комбінованого впливу вікових, цифрових та воєнно-стресових чинників.

Емпіричним підґрунтям пропонованих тез слугують також результати психодіагностичної роботи, проведеної авторкою під час виробничої практики у психологічній службі закладу загальної середньої освіти. Було простежено, що серед підлітків із запитом на проблематику самооцінки виокремлюється група з вираженим флуктуаційним патерном самосприйняття, для якого характерна чітка прив'язка коливань самопочуття до цифрового зворотного зв'язку – «спади» після перегляду стрічок ровесників у вечірній час та «піки» після отримання онлайн-схвалення. Цей емпіричний факт узгоджується з наведеними вище теоретичними положеннями і підтверджує доцільність виокремлення контингентної самооцінки як самостійного предмета психологічного супроводу.

Виходячи з розуміння описаного механізму, профілактична робота, на нашу думку, має будуватися не навколо заборони цифрової активності, а навколо послаблення контингентності самооцінки. Доцільними видаються такі напрями: формування навичок цифрової гігієни (часові межі користування, відмова від перегляду стрічок у періоди емоційної вразливості); психоедукація щодо механізмів алгоритмічного підсилення висхідного порівняння; наративна робота над відновленням «реального Я» поза цифровим простором; розвиток

рефлексивної компетентності, що дозволяє підлітку відстежувати власні тригери самооцінки. Принципово важливим є залучення до профілактичної роботи батьків, оскільки сімейне середовище – прийняття, підтримка автономії, безоцінкова комунікація – лишається стійким ресурсом стабілізації самооцінки навіть в умовах інтенсивного цифрового впливу.

Таким чином, контингентна самооцінка підлітків в умовах цифрового соціального порівняння постає як окрема психологічна проблема, що не зводиться ані до рівня самооцінки, ані до обсягу екранного часу. Її ядром є структурна нестабільність самоповаги, зумовлена інтеріоризацією метрик онлайн-схвалення як домену самоцінності. Перспективу подальших досліджень убачаємо в емпіричній верифікації запропонованої моделі на розширеній вибірці українських підлітків, у розробці діагностичного інструментарію для оцінювання стабільності самооцінки, а також в апробації цільових профілактичних програм у закладах освіти.

Література:

1. Александров Д., Охріменко І., Зарічанський О., Яцишин О. Особливості соціально-психологічної адаптації вимушено переміщених осіб до нового соціального середовища. *Insight: The Psychological Dimensions of Society*. 2025. № 13. С. 544–566. DOI: https://doi.org/10.32999/2663-970X/2025-13-22

2. Вельдбрехт О., Зінченко Н., Тавровецька Н. Шкала самооцінки Розенберга: українська адаптація та психометричні властивості. *Інсайт: психологічні виміри суспільства.* 2025. № 13. С. 142–172. DOI: https://doi.org/10.32999/2663-970X/2025-13-7

3. Фестінгер Л. Теорія когнітивного дисонансу / пер. з англ. Київ: Наш формат, 2018. 296 с.

4. Crocker J., Wolfe C. T. Contingencies of self-worth. Psychological Review. 2001. Vol. 108, № 3. P. 593–623. DOI: https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.3.593

5. Erikson E. H. Identity: Youth and Crisis. New York: W. W. Norton & Company, 1968. 336 p.

6. Burnell K., Trekels J., Prinstein M. J. et al. Adolescents' Social Comparison on Social Media: Links with Momentary Self-Evaluations. *Affective Science.* 2024. Vol. 5. P. 295–299. DOI: https://doi.org/10.1007/s42761-024-00240-6

7. Midgley C., Thai S., Lockwood P. et al. When every day is a high school reunion: Social media comparisons and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology.* 2021. Vol. 121, № 2. P. 285–307. DOI: https://doi.org/10.1037/pspi0000336

8. McComb C. A., Vanman E. J., Tobin S. J. A meta-analysis of the effects of social media exposure to upward comparison targets on self-evaluations

and emotions. *Media Psychology.* 2023. Vol. 26, № 5. P. 612–635. DOI: https://doi.org/10.1080/15213269.2023.2180647

9. Valkenburg P. M., Meier A., Beyens I. Social media use and its impact on adolescent mental health: An umbrella review of the evidence. *Current Opinion in Psychology.* 2022. Vol. 44. P. 58–68. DOI: https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.08.017

10. Chen D., Zhang Q., Yu S. et al. Longitudinal Relations Between Adolescent Self-Esteem and Mental Health Concerns: The Mediation of Self-Control and Moderation of Parental Autonomy Support. *Journal of Adolescence*. 2024. Vol. 97. P. 840–849. DOI: https://doi.org/10.1002/jad.12458

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-89

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ В ОСОБИСТОСТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

Житнюк Юлія Юріївна
здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Литвиненко Ольга Дмитрівна
доктор психологічних наук, професор,
професор кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Порушення харчової поведінки належать до тих психологічних явищ, у яких тілесний, емоційний, когнітивний і соціальний виміри тісно переплітаються між собою. Вони не зводяться лише до особливостей приймання їжі, контролю ваги чи зовнішніх поведінкових проявів. За ними часто стоять напруга, нестійкість самосприйняття, складність емоційної регуляції, залежність самооцінки від тілесного образу та обмежений набір способів подолання стресу. Саме тому аналіз порушень харчової поведінки потребує не тільки клінічного опису симптомів, а й ширшого психологічного бачення, яке дає змогу

зрозуміти, як особистість пристосовується до внутрішніх і зовнішніх викликів.

У цьому контексті особливого значення набуває поняття адаптаційного потенціалу. У працях О. Д. Литвиненко адаптаційний потенціал розглядається як складна ієрархічно-паритетна система адаптивностей особистості, а не окрема риса чи фіксована властивість. Дослідниця виокремлює внутрішньоособистісну адаптивність, поведінкову адаптивність, відсутність дезадаптаційних порушень, особистісний соціально-психологічний потенціал і компетентнісну адаптивність як взаємопов'язані складові цілісної системи [1, с. 74–81; 2, с. 59–63]. Такий підхід дозволяє розглядати адаптаційний потенціал як багаторівневу характеристику, що виявляється в емоційній стійкості, когнітивній гнучкості, здатності до саморегуляції, конструктивній поведінці та соціальній взаємодії.

Метою тез є теоретичне обґрунтування психологічних особливостей адаптаційного потенціалу в особистостей з порушеннями харчової поведінки на основі наукових положень О. Д. Литвиненко та сучасних підходів до розуміння харчових розладів.

Теоретична логіка дослідження ґрунтується на припущенні, що порушення харчової поведінки можуть бути пов'язані не лише з окремими особистісними рисами, а й з особливостями функціонування всієї системи адаптаційних ресурсів. Людина, яка має достатній рівень емоційної регуляції, здатна гнучко оцінювати ситуацію. Вона спирається на підтримувальні соціальні зв'язки, використовує конструктивні стратегії подолання труднощів. Харчова поведінка в таких осіб рідше стає основним способом зниження психологічної напруги. Натомість при емоційному виснаженні або дефіциті адаптаційних ресурсів контроль над їжею, тілом чи вагою може набувати компенсаторного значення.

О. Д. Литвиненко підкреслює інтегративний характер адаптаційного потенціалу, вказуючи, що він поєднує психологічні, психічні та соціально-психологічні властивості, які актуалізуються особистістю у змінюваних умовах життєдіяльності [2, с. 59–63; 3, с. 267–270]. Для розуміння порушень харчової поведінки це положення є принципово важливим. Воно зміщує акцент із зовнішнього опису харчових проявів на питання про те, які внутрішні ресурси особистості виявляються недостатніми, перевантаженими або неузгодженими між собою.

Насамперед специфіка адаптаційного потенціалу в осіб із порушеннями харчової поведінки виявляється в емоційній сфері. Для таких осіб характерними можуть бути труднощі розпізнавання й прийняття власних переживань, підвищена внутрішня напруга, тривожність, сором, провина та схильність до самозвинувачення. За таких обставин харчова поведінка здатна перетворюватися на

непрямий спосіб емоційної регуляції. Обмеження харчування іноді переживається як спроба відновити контроль, тоді як переїдання може тимчасово знижувати напругу або приглушувати неприємні переживання. Однак така регуляція не розв'язує психологічної проблеми, а лише закріплює дезадаптивний цикл.

Когнітивний компонент адаптаційного потенціалу пов'язаний із тим, як людина інтерпретує власний досвід, оцінює себе, сприймає тіло, помилки, соціальні очікування та життєві труднощі. У контексті порушень харчової поведінки цей компонент може характеризуватися ригідністю мислення, дихотомічними оцінками, завищеними вимогами до себе, надмірною значущістю зовнішності та тілесних параметрів. Міжнародні класифікаційні системи описують порушення харчової поведінки через стійкі зміни харчових патернів, надмірну зосередженість на вазі, формі тіла та пов'язані з цим поведінкові прояви [5, p. 338–350; 6]. Проте в психологічному аналізі важливо враховувати, що ці прояви підтримуються певною системою переконань і оцінок.

Поведінковий компонент адаптаційного потенціалу відображає здатність особистості обирати способи дії, які відповідають ситуації та не руйнують її психологічне функціонування. У разі порушень харчової поведінки така здатність може бути звуженою: замість різноманітних стратегій подолання стресу формується повторюваний сценарій, пов'язаний із контролем їжі, уникненням соціальних ситуацій, ритуалізованою поведінкою, переїданням або надмірним самоконтролем. У короткій перспективі ці дії можуть створювати відчуття полегшення, але в довгостроковій перспективі вони посилюють залежність людини від дезадаптивного способу реагування.

Соціально-психологічний компонент адаптаційного потенціалу виявляється через якість міжособистісних зв'язків, досвід підтримки, здатність звертатися по допомогу, витримувати близькість і зберігати автономність у стосунках. Порушення харчової поведінки нерідко посилюються на тлі соціального порівняння, критики, досвіду неприйняття, стигматизації тіла або завищених очікувань щодо зовнішності. Водночас підтримувальне середовище може виступати ресурсом відновлення: воно знижує ізольованість, допомагає людині розширювати способи саморегуляції та поступово відділяти самоцінність від тілесних параметрів.

Особливу увагу слід приділити регулятивному виміру адаптаційного потенціалу. У концепції О. Д. Литвиненко розвиток адаптаційного потенціалу пов'язаний не лише з наявністю ресурсів, а й зі здатністю особистості актуалізувати їх у конкретних життєвих умовах [4, с. 127–134]. Для осіб із порушеннями харчової поведінки саме ця здатність часто є вразливою. Людина може мати окремі ресурси, але не

використовувати їх у момент напруження, натомість повертаючись до звичного патерну контролю над їжею або тілом.

З позиції теоретичного аналізу взаємозв'язок між адаптаційним потенціалом і порушеннями харчової поведінки доцільно розглядати як двосторонній. З одного боку, недостатньо сформований або виснажений адаптаційний потенціал може підвищувати ризик дезадаптивних харчових патернів. Це відбувається тоді, коли особистість має обмежені можливості для емоційної регуляції, недостатню когнітивну гнучкість, слабку соціальну підтримку або труднощі з конструктивним подоланням стресу. З іншого боку, самі порушення харчової поведінки поступово виснажують адаптаційні можливості: посилюють емоційну нестабільність, тілесну незадоволеність, соціальне уникнення, внутрішній конфлікт і залежність самооцінки від зовнішніх критеріїв.

Адаптаційний потенціал не слід ототожнювати з адаптацією як процесом пристосування. Адаптація описує перебіг взаємодії людини з умовами середовища, тоді як адаптаційний потенціал характеризує ресурсну основу, завдяки якій така взаємодія стає можливою. Саме тому дослідження адаптаційного потенціалу в осіб із порушеннями харчової поведінки дозволяє перейти від питання «які симптоми спостерігаються?» до глибшого питання «які ресурси особистості не спрацьовують або потребують розвитку?».

Отже, психологічні особливості адаптаційного потенціалу в особистостей з порушеннями харчової поведінки виявляються у специфічному поєднанні емоційної вразливості, когнітивної ригідності, поведінкової повторюваності, труднощів саморегуляції та залежності від соціального оцінювання. Концептуальні положення О. Д. Литвиненко створюють продуктивну теоретичну основу для аналізу цього зв'язку, оскільки дозволяють розглядати адаптаційний потенціал як систему адаптивностей, а не як ізольований набір особистісних якостей [1, с. 74–81; 2, с. 59–63].

Теоретичне осмислення цієї проблеми має практичну перспективу. Воно може бути використане для подальшого розроблення психопрофілактичних і психокорекційних підходів, спрямованих на розвиток емоційної саморегуляції, когнітивної гнучкості, тілесного прийняття, конструктивних копінг-стратегій і соціальної підтримки. У такому підході порушення харчової поведінки розглядаються не лише як окремий симптомокомплекс, а й як прояв складнішого процесу дезадаптації, що потребує цілісного психологічного розуміння.

Література:

1. Литвиненко О. Д. Адаптаційний потенціал як система адаптивностей особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки».* 2018. Вип. 2, т. 1. С. 74–81.

2. Литвиненко О. Д. Внутрішня структура адаптаційного потенціалу як системи адаптивностей. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія».* 2018. № 7. С. 59–63. DOI: 10.25264/2415-7384-2018-7-59-63.

3. Литвиненко О. Д. Адаптаційний потенціал особистості як її інтегративна характеристика. Science and Practice: Collection of Scientific Articles. Melbourne : Thorpe Bowker, 2016. P. 267–270.

4. Литвиненко О. Д. Соціально-психологічна програма розвитку адаптаційного потенціалу сучасної молоді та її ефективність. *Теоретичні і прикладні проблеми психології.* 2018. № 3 (47), т. 3. С. 127–134.

5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, DC : American Psychiatric Publishing, 2013. 947 p.

6. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2024 release. Geneva : World Health Organization, 2024. URL: https://icd.who.int/ (date of access: 01.05.2026).

7. Fairburn C. G. Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders. New York : Guilford Press, 2008. 324 p.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-90

КОРОТКОСТРОКОВА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА В МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ: ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ

Кантарьова Наталія Василівна
кандидат психологічних наук, медичний психолог,
доцент кафедри психіатрії, наркології,
медичної психології та психотерапії
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Сучасні соціальні трансформації, що супроводжуються підвищеним рівнем невизначеності, інтенсивними стресогенними впливами та зростанням психоемоційного навантаження, актуалізують проблему надання ефективної психологічної допомоги у системі охорони здоров'я. У цих умовах, як зазначається у сучасних наукових дослідженнях, зростає потреба у впровадженні форм психологічної підтримки, здатних забезпечити швидкий і водночас клінічно значущий ефект. Особливої

актуальності це набуває в контексті поєднання соматичних захворювань із психоемоційними порушеннями, що істотно впливають на перебіг лікування.

У зв'язку з цим короткострокова психологічна допомога розглядається як один із перспективних напрямів оптимізації медико-психологічного супроводу. Як зазначається у науковій літературі, її специфіка полягає у структурованості, часовій обмеженості та орієнтації на досягнення конкретних терапевтичних результатів у стислі терміни. Такий підхід відповідає сучасним вимогам системи охорони здоров'я, де ефективність втручання поєднується з раціональним використанням ресурсів.

У працях вітчизняних дослідників проблема психологічного супроводу особистості в умовах хвороби розглядається крізь призму адаптації до кризових ситуацій та активізації внутрішніх ресурсів. Як зазначає Т. М. Титаренко, переживання хвороби виступає складним життєвим процесом, що потребує переосмислення життєвого досвіду та мобілізації особистісного потенціалу [3]. Як зазначає В. О. Бондаренко, ключовими механізмами подолання кризових станів виступають саморегуляція та рефлексія, які забезпечують ефективну адаптацію до змінених умов [1].

У сучасній західній психології короткострокова психотерапія розглядається як науково обґрунтований і клінічно ефективний підхід. Як зазначає Ф. Ляйхзенрінг, короткострокова психодинамічна психотерапія демонструє високу ефективність у лікуванні широкого спектра психічних розладів, зокрема депресивних і тривожних станів [11]. У подальших працях дослідник наголошує на її здатності забезпечувати не лише редукцію симптомів, але й глибинні зміни у структурі особистості. Аналогічної позиції дотримується Г. Габбард, який підкреслює, що ефективність короткострокових втручань значною мірою визначається якістю терапевтичного альянсу та фокусуванням на центральному внутрішньому конфлікті [9].

З точки зору теоретико-методологічних засад, короткострокова психологічна допомога базується на інтеграції різних підходів. У межах психодинамічної парадигми, як зазначає Д. Маллан, терапія спрямована на виявлення та опрацювання ключових несвідомих конфліктів, що зумовлюють симптоматику [13]. У свою чергу, Х. Даваноо розглядає інтенсивну короткострокову динамічну психотерапію як метод активного опрацювання афективних переживань, що забезпечує швидкі терапевтичні зміни [7].

Емпіричні дослідження підтверджують ефективність короткострокових психологічних втручань у медичних закладах. Як зазначають Е. Дріссен та співавтори, короткострокова психодинамічна терапія забезпечує статистично значуще зниження симптомів депресії та

покращення загального психічного стану пацієнтів [8]. Подібні результати отримано у дослідженні І. Казеллі та колег, де продемонстровано високу ефективність цього підходу при депресивних розладах [6]. Крім того, як зазначають А. Малкомсен та співавтори, короткострокова психодинамічна терапія є співставною за ефективністю з когнітивно орієнтованими втручаннями [14].

Специфіка застосування короткострокової психологічної допомоги у медичних закладах визначається особливостями клінічного контексту. Передусім це обмеженість часу взаємодії з пацієнтом, що вимагає високого рівня структурованості та фокусованості терапевтичного процесу. Як зазначається у клінічних дослідженнях, важливим є також врахування коморбідності психічних і соматичних розладів, що потребує комплексного підходу до лікування. У цьому контексті психологічна допомога виконує функцію стабілізації емоційного стану, зниження рівня тривоги та підтримки адаптаційних можливостей пацієнта.

Ефективність короткострокових втручань, як зазначається у сучасних дослідженнях, зумовлюється дією ключових психологічних механізмів. Одним із них є фокусування на центральному внутрішньому конфлікті, що дозволяє швидко ідентифікувати джерело дистресу. Важливу роль відіграє також розвиток емоційної регуляції, яка, за Дж. Гроссом, є базовим компонентом психологічного благополуччя [10]. Крім того, як підкреслює Е. Бордін, терапевтичний альянс виступає універсальним предиктором ефективності психотерапії [5].

Суттєвим є вплив короткострокової психологічної допомоги на якість взаємодії «лікар–пацієнт». Як зазначають Н. Вовк, Л. Мохнар та О. Дячкова, ефективна комунікація сприяє формуванню довіри, підвищенню прихильності до лікування та покращенню результативності медичних втручань [2]. З цієї точки зору психологічна підтримка дозволяє знизити рівень тривоги та підвищити ефективність клінічного процесу.

Подальший розвиток цього напряму пов’язаний зі стандартизацією та уніфікацією процедур психологічної допомоги. Це включає визначення критеріїв відбору пацієнтів, розробку клінічних алгоритмів та впровадження валідних інструментів оцінки результативності.

Важливим принципом є індивідуалізація психологічної допомоги. Як зазначають сучасні дослідники, навіть за короткотривалого формату інтервенції повинні враховувати особистісні характеристики пацієнта, його життєвий досвід і специфіку реагування на стрес. Гнучкість і адаптивність підходів підвищують ефективність психологічного втручання [6].

Окремої уваги потребує психологічна підтримка медичного персоналу. Як зазначається у працях, присвячених функціонуванню психологічних служб, короткострокові інтервенції можуть ефективно

використовуватися як засіб профілактики емоційного вигорання, зниження рівня стресу та підтримки професійної працездатності [4].

Крім того, ефективність короткострокової психологічної допомоги значною мірою залежить від міждисциплінарної взаємодії. Узгодженість дій лікарів і психологів забезпечує цілісність підходу до пацієнта та підвищує результативність лікування [9].

З позиції управління охороною здоров'я короткострокова психологічна допомога є економічно та організаційно доцільною. Її впровадження сприяє скороченню тривалості лікування, зменшенню частоти повторних звернень і підвищенню ефективності використання ресурсів. У цьому контексті короткострокові психологічні інтервенції виступають як важливий інструмент модернізації системи охорони здоров'я.

Водночас перспективи подальшого розвитку короткострокової психологічної допомоги пов'язані з її інтеграцією у стандарти медичної практики, розробкою національних протоколів та розширенням підготовки медичних працівників у сфері психологічних компетентностей.

Отже, короткострокова психологічна допомога є перспективним напрямом розвитку медичної психології, що поєднує клінічну ефективність, організаційну доцільність і відповідає сучасним викликам системи охорони здоров'я.

Література:

1. Бондаренко В. О. Психологічний зміст та структура особистісної відповідальності. *Psychology travelogs*. 2024. № 1. С. 258–269. https://doi.org/10.31891/PT-2024-1-25

2. Вовк Н. П., Мохнар Л. І., Дячкова О. М. Psychological aspects of communication improvement in emergencies. *Вчені записки ТНУ ім. В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2024. Т. 35 (74), № 6. DOI https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.6/05

3. Титаренко Т. М. Життєвий шлях особистості в постмодерністському дискурсі. *Психологія особистості*. 2010. № 1. С. 11–18. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Po_2010_1_4

4. Allan Abbass, Town J. M., Driessen E. Determinants of access to health care for depression. *Journal of Affective Disorders*. 2018. Vol. 234. P. 80–88. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.092

5. Edward Bordin. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 1979. Vol. 16. P. 252–260.

6. Irene Caselli et al. Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2023. Vol. 325. P. 169–176. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.161

7. Habib Davanloo. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. *Harvard Review of Psychiatry*. 2000.

8. Ellen Driessen et al. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2010. Vol. 30(1). P. 25–36. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.010
9. Glen O. Gabbard. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. 5th ed. Washington : American Psychiatric Publishing, 2017
10. James J. Gross. Conceptual foundations of emotion regulation. *Handbook of Emotion Regulation*. 3rd ed. New York : Guilford Press, 2024
11. Falk Leichsenring. Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: A systematic review. *The Lancet Psychiatry*. 2015. Vol. 2(7). P. 648–660. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00155-8
12. Peter Luyten et al. Clinical and cost-effectiveness of blended psychotherapy. *JMIR Research Protocols*. 2026. Vol. 15. e80511. https://doi.org/10.2196/80511
13. David Malan. *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics*. London : Routledge, 2018
14. Malkomsen et al. Comparative effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive behavioral therapy. *BMC Psychiatry*. 2025. Vol. 25. P. 113. doi: 10.1186/s12888-025-06544-6

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-91

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МЕХАНІЗМІВ РОЗВИТКУ САМОПРИЙНЯТТЯ В ОСІБ ІЗ ПІДВИЩЕНОЮ ТРИВОЖНІСТЮ

Коваленко Лана Леонідівна
здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Проблема розвитку самоприйняття в осіб із підвищеною тривожністю є актуальною для сучасної психології особистості, консультативної психології та психотерапевтичної практики. Тривожність впливає не лише на емоційний стан, а й на спосіб, у який людина інтерпретує власні можливості, помилки, обмеження та життєві труднощі. За умов підвищеної тривожності внутрішній досвід нерідко сприймається як доказ особистісної слабкості або неспроможності: хвилювання ототожнюється з некомпетентністю, помилка – з невдачею, а невизначеність – із загрозою. У такій ситуації самоприйняття набуває

значення психологічного ресурсу, що підтримує цілісність Я-концепції, емоційну стійкість і здатність діяти без надмірного самозвинувачення.

Самоприйняття доцільно розглядати як здатність особистості визнавати власну цінність, приймати свої риси, переживання, життєвий досвід і обмеження без глобального самознецінення. Воно не зводиться до самооцінки, оскільки самооцінка часто залежить від успішності, соціального схвалення або відповідності певним стандартам. Натомість самоприйняття передбачає більш стабільне ставлення до себе, у межах якого людина може бачити власні труднощі, але не перетворює їх на підставу для заперечення себе. У працях, присвячених особистісному прийняттю, воно розглядається як умова цілісного ставлення до себе й іншого, а не як пасивне схвалення будь-яких форм поведінки [1, с. 56-77].

Метою роботи є теоретичне обґрунтування психологічних особливостей механізмів розвитку самоприйняття в осіб із підвищеною тривожністю. Досягнення цієї мети передбачає розкриття змісту самоприйняття як особистісного утворення, аналіз його зв'язку з тривожністю, самокритичністю, емоційною регуляцією та непереносимістю невизначеності, а також визначення механізмів, які можуть сприяти формуванню більш реалістичного і доброзичливого ставлення до себе.

Підвищена тривожність характеризується посиленою чутливістю до потенційної загрози, очікуванням негативної оцінки, страхом помилки, потребою в надмірному контролі та труднощами у прийнятті невизначеності. Для тривожної особистості типовим є напружене порівняння реального «Я» з ідеальним образом себе. Якщо людина очікує від себе постійної безпомилковості, емоційної стриманості та повного контролю над обставинами, то будь-яке хвилювання сприймається як відхилення від бажаного стандарту. Унаслідок цього формується внутрішній конфлікт між реальним досвідом і жорсткими вимогами до себе, що підтримує самокритику та ускладнює прийняття власної вразливості.

Важливим чинником тривожних проявів є непереносимість невизначеності. Вона проявляється у прагненні отримати гарантії безпеки, постійно передбачати негативні наслідки й уникати ситуацій, у яких результат не можна повністю контролювати. Систематичний огляд і метааналіз А. Сахіб, Дж. Чен, Д. Карденас та А. Л. Калір показують, що непереносимість невизначеності пов'язана з труднощами емоційної регуляції та менш адаптивними стратегіями опрацювання емоцій [2]. Для розвитку самоприйняття це важливо, адже людина з високою потребою у визначеності може сприймати власні емоції як «неправильні» саме тому, що вони не піддаються повному контролю.

Першим механізмом розвитку самоприйняття є когнітивна переоцінка власного досвіду. Йдеться про виявлення автоматичних негативних думок, категоричних самосуджень і дисфункційних переконань, які підтримують тривожність. Людина з підвищеною тривожністю може мислити у форматі жорстких вимог: «я повинна завжди справлятися», «я не маю права хвилюватися», «якщо я помилюся, мене засудять». Когнітивна переоцінка не означає механічної заміни негативних думок на позитивні; її сутність полягає у перевірці реалістичності внутрішніх висновків, відокремленні факту від припущення і формуванні більш гнучкого пояснення.

Другим механізмом є розвиток емоційної регуляції. Підвищена тривожність часто супроводжується прагненням уникати неприємних переживань, придушувати їх або контролювати через надмірне планування. Проте емоційне уникання лише тимчасово знижує напруження; у довгостроковій перспективі воно посилює страх перед власними реакціями. Самоприйняття формується тоді, коли людина навчається помічати емоції, називати їх, витримувати їхню інтенсивність і не ототожнювати власну цінність із тимчасовим станом.

Третім механізмом є самоспівчуття. К. Нефф визначає його як підтримувальне ставлення до себе у ситуаціях болю, помилок або особистих труднощів; воно включає доброзичливість до себе, усвідомлення спільності людського досвіду та уважне ставлення до власних переживань без надмірного ототожнення з ними [3, с. 193–218]. Метааналізи Луо, Че та Лей, а також Ган і Кім засвідчують, що інтервенції, спрямовані на розвиток самоспівчуття, можуть знижувати симптоми тривоги, стресу й депресивні прояви [4, с. 132–141; 5, с. 1553–1581].

Четвертим механізмом розвитку самоприйняття є зниження самокритичності. Самокритика часто виконує для тривожної людини захисну функцію: здається, що жорсткий контроль над собою допоможе уникнути помилок, осуду або невдачі. Однак надмірна самокритичність виснажує, підсилює тривожне очікування і зменшує здатність до спонтанності. Систематичний огляд і метааналіз Вейклін, Перман та Саймондс свідчать, що втручання, пов’язані із самоспівчуттям, можуть зменшувати самокритику [6, с. 1–25].

П’ятим механізмом є формування психологічної гнучкості. Вона передбачає здатність бути в контакті зі своїми думками, емоціями та тілесними реакціями, не уникаючи їх, і водночас діяти відповідно до власних цінностей. Метааналіз Онг, Бартел та Гофман засвідчив, що вища психологічна негнучкість пов’язана з нижчим рівнем благополуччя [7, с. 26–41]. Отже, розвиток гнучкості є важливою умовою зниження тривожного уникання і формування більш приймаючого ставлення до себе.

Рефлексивно-метакогнітивний механізм передбачає здатність спостерігати за власними думками й емоціями без повного ототожнення з ними. Для тривожної особистості характерним є злиття з думками, коли припущення сприймаються як факти, а можливість негативного результату – як його неминучість. Розвиток метакогнітивної позиції дозволяє змінити формулу «я не впораюся» на «у мене виникла думка, що я не впораюся». Ця відмінність створює дистанцію між особистістю і тривожним змістом, знижує інтенсивність самозвинувачення та відкриває простір для вибору поведінки.

Практичний розвиток самоприйняття доцільно здійснювати через усвідомлення тривожних реакцій, роботу з автоматичними негативними думками, розвиток емоційної регуляції, формування доброзичливішого внутрішнього діалогу та поступове закріплення нових способів ставлення до себе у реальних життєвих діях.

Отже, психологічні особливості механізмів розвитку самоприйняття в осіб із підвищеною тривожністю полягають у взаємодії когнітивних, емоційно-регулятивних, метакогнітивних, поведінкових і міжособистісних процесів. Підвищена тривожність ускладнює прийняття себе через самокритичність, катастрофізацію, непереносимість невизначеності, емоційне уникання та страх негативної оцінки. Водночас розвиток самоприйняття сприяє зниженню внутрішньої напруги, формуванню більш стабільного образу «Я», підвищенню психологічної гнучкості та розширенню ресурсів особистісного розвитку.

Література:

1. Фурман А. В. Теоретична модель особистісного прийняття людини людиною. *Психологія і суспільство*. 2020. № 1. С. 56-77. DOI: https://doi.org/10.35774/pis2020.01.056

2. Sahib A., Chen J., Cárdenas D., Calear A. L. Intolerance of uncertainty and emotion regulation: A meta-analytic and systematic review. *Clinical Psychology Review.* 2023. Vol. 101. Article 102270. DOI: https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102270

3. Neff K. D. Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention. *Annual Review of Psychology.* 2023. Vol. 74. P. 193-218. DOI: https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047

4. Luo X., Che X., Lei Y. Characterizing the effects of self-compassion interventions on anxiety: Meta-analytic evidence from randomized controlled studies. *Journal of Contextual Behavioral Science.* 2023. Vol. 30. P. 132–141. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.10.004

5. Han A., Kim T. H. Effects of Self-Compassion Interventions on Reducing Depressive Symptoms, Anxiety, and Stress: A Meta-Analysis.

Mindfulness. 2023. Vol. 14, no. 7. P. 1553–1581. DOI: https://doi.org/10.1007/s12671-023-02148-x

6. Wakelin K. E., Perman G., Simonds L. M. Effectiveness of self-compassion-related interventions for reducing self-criticism: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy.* 2022. Vol. 29, no. 1. P. 1–25. DOI: https://doi.org/10.1002/cpp.2586

7. Ong C. W., Barthel A. L., Hofmann S. G. The Relationship Between Psychological Inflexibility and Well-Being in Adults: A Meta-Analysis of the Acceptance and Action Questionnaire. *Behavior Therapy*. 2024. Vol. 55, no. 1. P. 26–41. DOI: https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.05.007

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-92

ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ У ДОРОСЛИХ НА ПРИФРОНТОВИХ ТЕРИТОРІЯХ УКРАЇНИ

Ковальова Марія Володимирівна
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Клігман Ганна Миколаївна
здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

В умовах повномасштабного вторгнення та тривалих бойових дій на території України здатність протистояти стресу стає однією з найбільш затребуваних навичок сучасної людини. Особливої гостроти ця проблема набуває для дорослого населення прифронтових територій, яке щодня стикається з реальними загрозами життю, вимушеним переміщенням, втратою звичного укладу та постійною невизначеністю. Рівень психоемоційного навантаження в таких умовах є критично високим, що робить питання формування стресостійкості вкрай актуальним.

Актуальність дослідження психологічних механізмів формування стресостійкості дорослого населення прифронтових територій України

визначається кількома взаємопов'язаними чинниками. По-перше, тривалість повномасштабного збройного конфлікту зумовила перехід від гострих стресових реакцій до хронічного психоемоційного виснаження, що суттєво змінює характер психологічних порушень і вимагає переосмислення наявних підходів до допомоги. По-друге, цивільне населення прифронтових зон є специфічною та недостатньо дослідженою групою, яка свідомо залишається на місці проживання попри постійну загрозу, зберігаючи звичний уклад життя в екстремальних умовах. По-третє, незважаючи на зростання кількості досліджень у сфері психологічної травми та резилієнтності, комплексного вивчення механізмів стресостійкості саме цієї категорії населення в українському науковому просторі досі бракує. Таким чином, дослідження має як теоретичну значущість – у частині розвитку інтегративних моделей стресостійкості, – так і практичну цінність, оскільки його результати можуть слугувати науковим підґрунтям для розробки ефективних програм психологічної підтримки населення в умовах воєнного часу.

Дослідження стресостійкості особистості в умовах збройного конфлікту є складним мультидисциплінарним завданням, яке неможливо повноцінно розв'язати в межах лише однієї теоретичної схеми. Прифронтові регіони України сьогодні є унікальним і водночас трагічним середовищем, де цивільне населення систематично зазнає впливу хронічних стресорів: від безпосередньої загрози фізичному виживанню до глибокої соціальної ізоляції та руйнування звичного життєвого устрою [1, 6]. Оскільки цей вплив не є короткочасним епізодом, а тривалою реальністю, виникає гостра потреба в переосмисленні класичних концепцій стресу та адаптації. Теоретична база сучасного розуміння цього феномену формується на перетині фізіологічних, когнітивно-транзакційних, ресурсних та системних підходів, кожен з яких додає важливий елемент до загальної картини людської стійкості.

У межах цього дослідження вивчаються психологічні механізми формування стресостійкості у дорослого цивільного населення, яке проживає на прифронтових територіях України в умовах тривалого збройного конфлікту. Предметом аналізу є взаємодія когнітивних, емоційних, вольових та мотиваційно-смислових компонентів стресостійкості, що функціонують на трьох рівнях: індивідуально-психологічному, міжособистісному та спільнотному. Особлива увага приділяється специфічним механізмам, що забезпечують психологічну рівновагу в умовах хронічного воєнного стресу, а саме: когнітивній переоцінці ситуації, смислоутворенню, саморегуляції та стратегіям збереження особистісних ресурсів. Дослідження спирається на інтегративний підхід, що поєднує теорію загального адаптаційного синдрому Г. Сельє, когнітивно-транзакційну модель Р. Лазаруса та

С. Фолкмен, теорію збереження ресурсів С. Хобфолла та концепцію резилієнтності, що разом утворюють комплексну теоретичну основу для розуміння феномену людської стійкості в умовах сучасної війни.

Фізіологічна теорія Ганса Сельє розглядає стрес як загальний адаптаційний синдром. У контексті прифронтового життя найважливішою стає третя фаза цього синдрому, це фаза виснаження. Коли адаптаційна енергія організму вичерпується через нескінченний цикл тривоги та мобілізації, виникає ризик психосоматичних захворювань та глибоких депресивних станів. Проте фізіологічний підхід не враховує суб'єктивне значення подій, тому він обов'язково має бути доповнений когнітивно-транзакційною моделлю Річарда Лазаруса та Сьюзен Фолкмен. Згідно з цією моделлю, стрес є результатом взаємодії, де ключову роль відіграє когнітивна оцінка ситуації. Для мешканця прифронтової зони критично важливою є не лише первинна оцінка небезпеки, а й вторинна оцінка власних ресурсів, а саме переконання у здатності впоратися з викликом. Саме тут формуються копінг-стратегії, які дозволяють людині або активно розв'язувати проблеми, або регулювати свій емоційний стан, коли прямий вплив на ситуацію неможливий.

Особливе місце у розумінні динаміки стійкості посідає теорія збереження ресурсів Стівена Хобфолла (COR). Вона пояснює, що в умовах війни люди стикаються з катастрофічними «спіралями втрат», де втрата житла або роботи тягне за собою руйнування соціальних зв'язків та підрив віри в себе. Стресостійкість у цьому розрізі постає як здатність особистості не лише захищати наявні ресурси, а й створювати «спіралі набуття», знаходячи нові джерела підтримки та сенсу навіть у деструктивному середовищі. Отже, стресостійкість у прифронтовому контексті – це не відсутність втрат, а здатність перетворювати їх на імпульс до пошуку нових ресурсів і смислів.

У структурі стресостійкості як цілісної властивості можна виокремити кілька взаємопов'язаних компонентів. Когнітивний компонент включає гнучкість мислення та здатність до переосмислення травматичного досвіду. Емоційний компонент базується на навичках саморегуляції та здатності витримувати високий рівень невизначеності. Вольовий компонент забезпечує збереження цілеспрямованості, а мотиваційно-смисловий стає тим стрижнем, навколо якого будується психологічний захист [3]. Саме смислотворення – здатність знайти відповідь на питання «заради чого я це тримаю?» – виступає найпотужнішим психологічним механізмом, що дозволяє конвертувати страх у продуктивну дію. Вплив зовнішніх подій на людину залежить від її реакції – чи капітулює вона перед труднощами, чи діє як борець [1].

Специфіка прифронтового психологічного ландшафту полягає у феномені «нормалізації аномалії». Люди адаптуються до життя під обстрілами, що з одного боку дозволяє психіці функціонувати,

а з іншого – веде до емоційного притуплення та когнітивного виснаження [2]. Традиційні методи психологічної допомоги, такі як класична когнітивно-поведінкова терапія, потребують суттєвої адаптації в таких умовах. Якщо у мирний час сприйняття світу як небезпечного місця вважається когнітивним викривленням, то в прифронтовій зоні це є адекватним відображенням реальності. Тому завданням психологічних механізмів стійкості тут є не усунення тривоги, а розвиток здатності діяти ефективно в її присутності.

Результати наукових розвідок О. М. Кокуна, С. Б. Кузікової, О. С. Чабана, О. О. Хаустової, [4, 5], вказують що серед цивільного населення, яке безпосередньо зазнає наслідків воєнних дій, окрему групу підвищеного психологічного ризику становлять жителі прифронтових територій України. Систематичне та тривале перебування представників зазначеної категорії в умовах екстремального психотравмівного впливу спричиняє глибокі порушення як на рівні фізичного та психічного здоров'я, так і в площині соціальної поведінки – руйнуючи звичні стратегії адаптації та базові моделі взаємодії з оточенням.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що психологічні механізми стресостійкості утворюють складну, динамічну систему, де фізіологічні реакції, когнітивні оцінки, ресурсний обмін та смислові структури працюють як єдине ціле. Центральним координатором цієї системи є механізм саморегуляції, який дозволяє особистості балансувати між мобілізацією та відновленням. Тільки інтегративний підхід, що враховує як внутрішній світ людини, так і специфічний соціально-політичний контекст прифронтових територій, дає змогу повноцінно охарактеризувати феномен людської незламності в умовах сучасної війни. Такий погляд дозволяє перейти від моделі «людини, яка страждає» до моделі «людини, яка активно долає», що є критично важливим для майбутнього відновлення суспільства.

Література:

1. Кондратюк С. М. Життєстійкість як ресурс подолання життєвих труднощів в умовах війни. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2022. № 4. С. 78–83. DOI: https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2022.4.11

2. Мерзлякова О. Л. Резильєнтність або психологічна стійкість: концепт, вимірювання, розвиток (аналітичний огляд). *Аналітичний вісник у сфері освіти й науки.* Вип. 18. Київ, 2023. С. 96–120.

3. Кресан О.Д. Резильєнтність як прояв стійкості людини до стресу під час кризових життєвих подій. Виміри особистісних трансформацій в умовах війни і повоєнного відновлення : матеріали VII Всеукраїнського науково-практичного семінару (м. Чернівці, 11 жовтня 2024 року) / Т. М. Титаренко (голов. ред.) та ін. Чернівці : Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича, 2024. С. 41–45.

4. Кокун О. М. Життєстійкість і резильєнтність людини в сучасному світі: теорія, дослідження, практика : монографія. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025. 214 с.
5. Кузікова С., Зливков В., Лукомська С., Щербак Т., Котух О. Психологічний супровід особистості в умовах війни: навчальний посібник. Київ–Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М., 2024. 260 с.
6. Бялонович С. В. Підходи до вивчення стрес-чинників, що діють на психічне здоров'я людини під час війни. Актуальні проблеми охорони психічного здоров'я українського народу у воєнний і повоєнний час: Матеріали методологічного семінару НАПН України 16 листопада 2023 року: Зб. матеріалів / За ред. В. Г. Панка. Київ: Педагогічна думка, 2023. С. 9–13.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-93

ПАРАДОКСАЛЬНА РОЛЬ ЕМПАТІЇ У СТРУКТУРІ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ПРАКТИКУЮЧИХ ПСИХОЛОГІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Ковальова Марія Володимирівна
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Лєочко Ганна Володимирівна
здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Повномасштабна війна в Україні поставила перед фаховою спільнотою психологів питання, яке донедавна мало здебільшого теоретичне звучання, питання професійного виживання. Психолог, який працює в умовах тривалого воєнного стресу, опиняється у специфічній позиції: він є одночасно фахівцем, що надає допомогу, і цивільною особою, яка переживає ту саму катастрофу, що й її клієнти. Такі обставини роблять дослідження резильєнтності психологів не академічною абстракцією, а нагальною прикладною потребою. В межах загальної проблематики резильєнтності існує вужчий вузол, який, заслуговує на окреме теоретичне опрацювання, парадоксальної ролі емпатії.

Метою дослідження є теоретичне та практичне обґрунтування парадоксальної ролі емпатії як феномену, за якого та сама професійно значуща якість психолога виступає водночас ресурсом і чинником вразливості його професійної резильєнтності, а також окреслення напрямів урахування цього парадоксу у системах фахової підтримки.

У сучасній психології резильєнтність рідше тлумачать як сталу рису та частіше як динамічний процес адаптації, що розгортається за наявності значних несприятливих обставин. А. Мастен у класичній праці запропонувала розглядати резильєнтність як «звичайну магію» наслідок дії нормативних адаптаційних систем людини, а не виняткового обдарування [3]. Дж. Бонанно концептуально відокремив резильєнтність від відновлення, показавши, що стабільне функціонування після потенційно травматичних подій є поширеною, ніж рідкісною траєкторією [1]. Ресурсно орієнтована модель С. Гобфолла доповнює цю картину: адаптація стає неефективною тоді, коли швидкість вичерпання ресурсів перевищує швидкість їх поповнення [2]. Саме в межах ресурсної логіки парадокс емпатії набуває чіткого окреслення.

Формулюючи сутність парадоксальної ролі, емпатія це здатність до співпереживання емоційного налаштування на стан іншого, тонкого розуміння його досвіду є професійним інструментом психолога, без якого терапевтичний контакт неможливий. Емпатична відкритість є каналом, через який травматичний досвід клієнта проникає у внутрішній світ фахівця. Психолог не може бути ефективним, не відкриваючись досвіду іншого, але відкриваючись він стає вразливим. Якості, які роблять його придатним до професії, є водночас тими, що його виснажують. Це не побічний дефект професійної діяльності, а її структурна особливість, закладена у самій природі допомагаючого фаху.

Деструктивний полюс парадоксальної емпатійної ролі добре описаний у міжнародній літературі через низку суміжних, але концептуально відмінних конструктів. Поняття вікарної (опосередкованої) травматизації, введене для позначення кумулятивної трансформації когнітивних схем фахівця внаслідок емпатичного залучення до травматичних історій клієнтів, фіксує поступову зміну уявлень про безпеку, довіру та сенс. Споріднене поняття виснаження співчуття описує вичерпання власне емпатичної здатності за умов тривалої турботи. Сюди ж долучається вторинний травматичний стрес із симптоматикою, близькою до посттравматичного стресового розладу, а також концепт моральної травми. Спільним для цих конструктів є те, що шляхом їх виникнення слугує саме емпатія те, що в інших обставинах є чеснотою фахівця.

Проте було б суттєвим спрощенням звести парадоксальної ролі емпатії лише до його деструктивного боку. Емпіричні дані свідчать, що

психологи нерідко демонструють вищі, а не нижчі показники резильєнтності порівняно із загальними вибірками, що зазнали подібного впливу. Це вказує на захисний ефект професійної підготовки та рефлексивної компетентності навіть в умовах так званої паралельної експозиції, коли фахівець і клієнт перебувають в одному стресовому полі. Конструктивний полюс парадоксальної ролі полягає в тому, що емпатичний резонанс із досвідом іншого може бути не лише виснажливим, а й таким, що породжує сенс: відчуття власної причетності, значущості зробленого, належності до спільноти. Психометрично резильєнтність позитивно корелює з оптимізмом, самоефективністю та задоволеністю життям і негативно з депресією й тривогою; для українських вибірок ця закономірність також потребує систематичної перевірки за валідованими інструментами на кшталт Шкали резильєнтності Коннора–Девідсона [4] чи Короткої шкали резильєнтності [5].

Ключове теоретичне питання, формулюється не як «шкідлива емпатія чи корисна», а як питання про опосередковані чинники, що визначають, у який бік розгорнеться парадокс. На основі аналізу літератури можна виокремити принаймні три такі чинники. Перший рефлексивна практика, здатність фахівця створювати проміжок між емпатичним стимулом і власною реакцією; саме ця відстань, а не відсутність емпатії, є серцевиною професійної резильєнтності. Другий асертивність як уміння встановлювати й утримувати професійні межі, без яких емпатична залученість стає необмеженою. Третій наявність утримувального середовища (супервізія, інтервізія, особиста терапія), у якому емпатично засвоєний важкий матеріал може бути опрацьований, а не накопичений. За відсутності цих чинників емпатія тяжіє до виснаження; за їх наявності лишається ресурсом.

Слід наголосити на одній концептуальній засторозі. Поширене в пострадянській професійній культурі ототожнення резильєнтності з емоційним самовладанням, зі здатністю «не відчувати», є, на наш погляд, хибним і навіть небезпечним. Придушення емоцій радше пов’язане зі зниженою довгостроковою адаптивністю, аніж із резильєнтністю. Тому стратегія управління парадоксом емпатії не може полягати у згортанні емпатичної здатності це знищило б фахівця як професіонала. Вона має полягати у розвитку тих опосередковувальних структур, які дозволяють емпатії залишатися відкритою, не стаючи руйнівною.

З викладеного випливає кілька висновків, що мають значення для організації фахової підтримки психологів. По-перше, парадоксальну роль емпатії доцільно розглядати як самостійну теоретичну рамку, що пояснює, чому професійна резильєнтність не зводиться до особистісної.

По-друге, у системах підтримки емпатію не варто трактувати ані як беззастережний захисний чинник, ані як суто фактор ризику її вплив є нелінійним і опосередкованим. По-третє, профілактична робота має фокусуватися не на «зменшенні» емпатії, а на зміцненні рефлексії, асертивності та утримувального середовища. Перспективу подальших досліджень вбачаємо в емпіричній верифікації запропонованої моделі на вибірці українських психологів зокрема у перевірці опосередковувальної ролі рефлексивної практики й асертивності у зв'язку між емпатичною залученістю та показниками вигорання й вторинного травматичного стресу.

Література:

1. Лазос Г. П. Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психології. Консультативна психологія і психотерапія.* 2018. Т. 3, вип. 14. С. 26–64.

2. Односталко О. С., Кірєєва З. О., Бірон Б. В. Психометричний аналіз адаптованої версії Шкали резильєнтності CD-RISC-10. *Габітус*. 2020. Вип. 14. С. 110–117. DOI https://doi.org/10.32843/2663-5208.2020.14.17

3. Гудир-Наумова Д. Р. Розробка та валідизація методики оцінки стресу і психологічного відновлення: досвід українських громадян у контексті війни. *Mental Health: Global Challenges Journal.* 2024. № 2(8). С. 28–36. DOI: https://doi.org/10.48020/mppj.2024.02.02

4. Романчук О. В. Витривалість у резильєнтності. Як берегти і плекати психологічну стійкість в умовах тривалої війни. *Український інститут когнітивно-поведінкової терапії.* 2023. URL: https://i-cbt.org.ua/resilience-endurance/ (дата звернення: 18.05.2026).

5. Чернобровкін В., Морозова О. Аналіз сучасних підходів до розвитку і посилення резилієнс особистості. *Технології розвитку інтелекту*. 2021. Т. 5, № 1(22). DOI: https://doi.org/10.31108/3.2021.5.1.11

6. Figley C. R. Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized. New York : Brunner/Mazel, 1995. 268 p.

7. McCann I. L., Pearlman L. A. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*. 1990. Vol. 3, No. 1. P. 131–149.

8. Connor K. M., Davidson J. R. T. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003. Vol. 18, No. 2. P. 76–82.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-94

ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ РОЗВИТКУ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ У МОЛОДІ

Ковальова Марія Володимирівна
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Литовченко Ірина Сергіївна
здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

В умовах розвитку та становлення сучасного суспільства проблема дослідження психологічних особливостей емоційного інтелекту набуває все більшого значення. Розуміння власного внутрішнього світу та власних емоцій, вміння ними керувати сприятиме більш гармонійній взаємодії особистості в соціумі, а розуміння та прийняття неповторності внутрішнього світу та емоційних переживань іншої людини сприятиме налагодженню дружніх та толерантних відносин. Емоційний інтелект є важливою характеристикою особистості, яка реалізується в її здібностях розуміти емоції, узагальнювати їх зміст, виокремлювати емоційний аспект у міжособистісних стосунках, регулювати емоції у такий спосіб, щоб сприяти успішній пізнавальній діяльності та спілкуванню з оточуючими [2, с. 36].

Термін «емоційний інтелект» увійшов у наукову термінологію зарубіжної психології завдяки американським психологам Дж. Майєру та П. Селовей. Вчені висунули гіпотезу, яка зосереджена на когнітивних здібностях інтелекту, пов'язаних з обробкою інформації про емоції. Вони запропонували першу концептуалізацію емоційного інтелекту в загальній статті, опублікованій у 1990 році, першій публікації на цю тему. На думку авторів, емоційний інтелект це здатність сприймати власні почуття й емоції та почуття інших і використовувати цю інформацію для контролю власних думок і дій [1, с. 267].

Сучасні дослідники все більше звертають увагу на актуальність розвитку емоційного інтелекту у молоді, розглядаючи це як важливий чинник формування особистості та її психологічного розвитку. Цей етап

онтогенезу характеризується значними змінами в емоційній сфері, що робить емоційний інтелект особливо актуальним для молоді [4; 5].

Вітчизняні вчені Е. Носенко та Н. Коврига розглядають емоційний інтелект як здатність розпізнавати, розуміти те керувати своїми емоціями та емоціями інших людей, а також використовувати ці знання для досягнення своїх цілей [6].

Для молоді характерний інтенсивний розвиток емоційної сфери, що передбачає зміцнення впевненості в собі, розвиток рефлексивних здібностей та вміння аналізувати ситуацію з різних позицій. У цьому періоді активно розвивається емоційна сфера, удосконалюється впевненість у собі, здатність до рефлексії, вміння дивитися на ситуацію зі сторони. Ці зміни створюють сприятливі умови для розвитку емоційного інтелекту в особистості молоді.

Однією з ключових складових особистісного розвитку людини є емоційний інтелект. Емоційний інтелект – це здатність особистості правильно сприймати, виражати свої емоції та керувати ними, що є чинником успішної соціальної адаптації [3]. Це поняття охоплює кілька ключових компонентів, зокрема емоційну обізнаність, що передбачає здатність індивіда розпізнавати, усвідомлювати й аналізувати власні емоційні стани, а також інтерпретувати та диференціювати свої внутрішні емоційні переживання й розпізнавати емоційні вирази інших людей. Крім того, іншим аспектом емоційного інтелекту є здатність керувати своїми емоціями, що охоплює як регулярне управління емоційними реакціями в різних ситуаціях, так і використання емоційних станів для досягнення певних цілей. Ефективне управління емоціями дає можливість людині зберігати самоконтроль у стресових ситуаціях і ухвалювати зважені рішення.

Актуальність теми визначається важливістю емоційного інтелекту для успішної соціалізації, адаптації та психічного здоров'я молоді в сучасному світі, особливо в умовах кризових ситуацій (військовий стан, пандемії, швидкі зміни в суспільстві). Розуміння чинників, що впливають на його розвиток, дозволить розробити ефективні програми психологічної підтримки та розвитку.

Емоційний інтелект визнаний ключовим для життєвого успіху та психологічного благополуччя у розвитку молоді в періоді становлення особистісних якостей. Розвинений ЕІ сприяє кращій соціальній адаптації, знижує ризик дезадаптивної поведінки та емоційного виснаження.

Незважаючи на значну кількість робіт, присвячених феномену ЕІ, питання провідних психологічних чинників у молоді, залишається недостатньо вивченим.

Серед багатьох чинників можна виділити такі основні:

Внутрішні чинники: самосвідомість (самопізнання), саморегуляція, мотивація, емпатія та соціальні навички. Також важливими є особистісні якості, самооцінка та ціннісні орієнтації.

Зовнішні чинники: особливості сімейних стосунків, умови виховання, освітнє середовище та загальний життєвий досвід. Взаємозв'язок чинників: існує тісний взаємозв'язок між рівнем емоційного інтелекту та іншими психологічними характеристиками, такими як рівень тривожності, стресостійкість та здатність до емпатії.

Аналіз досліджень показує, що явище «емоційний інтелект» розглядається як здатність до розпізнання, розуміння емоцій і управління ними, служить для визначення сукупності здібностей, знань та вмінь, пов'язаних з регуляцією емоційної сфери особистості, необхідних для успішної соціалізації та комунікації. Вчені одностайні у тому, що емоційний інтелект поєднує у собі вміння розрізняти та розуміти емоції, керувати власним емоційним станом та емоціями партнерів зі спілкування.

Таким чином, розуміння ключових психологічних чинників дозволяє розробляти ефективні програми для підтримки молоді у формуванні їхньої емоційної компетентності, що є важливою передумовою їхнього успішного майбутнього. Розвинений емоційний інтелект виступає міцним фундаментом для психічного здоров'я, соціальної адаптації та успішної самореалізації молоді в сучасному світі.

Література:

1. Mayer J. D. Emotional intelligence meet traditional standard for an intelligence / J.D. Mayer, P. Salovey, D. Caruso. Intelligence. 1999. P. 267–298.

2. Буркало Н. І. Психологічні особливості емоційного інтелекту. *Психологічний часопис*. 2019. Вип. 7. С. 34–49. URL: https://doi.org/10.31108/1.2019.5.7.

3. Дерев'янко С. П. Феноменологія емоційного інтелекту: навч.-метод. посіб. Чернігів: Десна Поліграф, 2016. 312 с.

4. Зарицька В. В. Психологія емоційного інтелекту. Запоріжжя: Олді+, 2022. С. 107–151.

5. Вахрушева Л. М. Психологія емоційного інтелекту в юнацькому віці. Львів: Психологія і суспільство, 2021. 232 с.

6. Носенко Е. Л., Карина Н.В. Емоційний інтелект: концептуалізація феномену, основні функції: монографія. Київ : Вища школа, 2003. 126 с.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-95

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ФАХІВЦІВ ДОПОМАГАЮЧИХ ПРОФЕСІЙ В УМОВАХ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ

Ковальова Марія Володимирівна
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Мангул Оксана Сергіївна
здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Проблема саморегуляції фахівців допомагаючих професій в умовах хронічного стресу постає однією з найактуальніших у сучасній психологічній науці. Безпрецедентні соціальні виклики – пандемія COVID-19, повномасштабна війна в Україні, зростання масштабів психологічних травм у населення-суттєво підвищили вимоги до психологів, психотерапевтів, лікарів, соціальних працівників, рятувальників та педагогів. Постійний контакт із людьми у стані страждання, кризи й життєвих труднощів, висока емоційна нагруженість, етичні дилеми та необхідність ухвалення відповідальних рішень в умовах часткової інформації роблять цю групу фахівців особливо вразливою до хронічного стресу та професійного вигорання [7; 8; 10].

Саморегуляція особистості розглядається сучасною психологічною наукою як інтегральне багаторівневе утворення, що поєднує когнітивні, емоційні, мотиваційні та особистісно-смислові компоненти й виконує функцію управління психічною активністю, поведінкою і діяльністю людини [1; 2]. У працях Л. Тютюнник [2], І. Галян [1], Н. Шуй [3] наголошено на свідомому характері саморегуляції, її зв'язку з рефлексією, моральною свідомістю та системою ціннісно-смислових орієнтирів суб'єкта. У зарубіжних дослідженнях акцентовано дворівневий характер саморегуляції: емоційна регуляція (emotion regulation) та свідома саморегуляція діяльності (self-regulation of activity) [4; 8; 9]. Концепція G. Bonanno про «гнучку саморегуляцію» (regulatory flexibility) [4] підкреслює здатність змінювати стратегії реагування

залежно від характеру ситуації як ключову умову посттравматичного відновлення.

Сучасні підходи концептуалізують саморегуляцію як метаресурс особистості, що мобілізує і координує інші психологічні ресурси для досягнення професійних і життєвих цілей [1; 2; 3]. Структуру саморегуляції утворюють п'ять рівнів: фізіологічний (регуляція психофізіологічного стану), емоційний (управління афективними реакціями), когнітивний (контроль уваги, пам'яті, мислення), поведінковий (цілеспрямованість дій) та особистісно-смисловий, який узгоджує всі попередні рівні з ціннісно-смисловими настановами суб'єкта [2; 3; 9].

У контексті професійної діяльності саморегуляція виконує низку функцій: енергетичну (підтримання необхідного рівня активності), регуляційну (узгодження зовнішніх та внутрішніх вимог), стабілізуючу (збереження психічної рівноваги), розвивальну (забезпечення професійного й особистісного зростання) та захисну (профілактика негативних психоемоційних станів) [2; 3].

Хронічний стрес визначається як стан тривалої активації нейробіологічних та психологічних адаптаційних механізмів унаслідок безперервної або повторюваної дії стресорів. На відміну від гострого стресу, що мобілізує адаптаційні ресурси, тривалий вплив стресорів призводить до структурної та функціональної перебудови психіки й мозку [5; 6]. C. Lupien та її колеги [6] показали, що хронічний стрес спричиняє дисрегуляцію гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, порушення синаптичної пластичності, зменшення обсягу гіпокампа й префронтальної кори, посилення активності мигдалини. Принципово важливим є те, що страждають саме ті структури мозку, які забезпечують виконавчий контроль, регуляцію уваги, контроль імпульсів та емоційну регуляцію – нейропсихологічна основа саморегуляції [5; 6]. Це створює замкнене коло: хронічний стрес погіршує саморегуляцію, а зниження саморегуляції підсилює дезадаптивні наслідки стресу.

Систематичні огляди [7] демонструють, що понад половина психологів і фахівців психічного здоров'я мають помірний або високий рівень професійного стресу, а понад 20 % – клінічно значуще вигорання. Серед освітніх психологів Англії показники сягають 72-73 % помірних чи високих рівнів вигорання та вторинного травматичного стресу [7]. Чинники хронічного стресу фахівців допомагаючих професій доцільно систематизувати у чотири групи: робочі навантаження та умови праці; емоційні вимоги діяльності (контакт із травмою, агресією, ризиком суїциду); організаційні проблеми (слабка підтримка керівництва, рольові конфлікти, відсутність якісної супервізії); особистісно-рольові

тиски (перфекціонізм, схильність до самопожертви, ранні дезадаптивні схеми) [7; 8; 10]. В умовах пандемії COVID-19 та воєнних дій ці чинники набули нової інтенсивності [3; 10].

Аналіз літератури дозволяє виокремити психологічні особливості процесу саморегуляції фахівців допомагаючих професій в умовах хронічного стресу. По-перше, провідну роль відіграє емоційна регуляція: адаптивні стратегії (когнітивна переоцінка, прийняття) асоціюються з нижчим рівнем вигорання, тоді як дезадаптивні (румінація, пригнічення емоцій) – з його зростанням [8; 9]. По-друге, саморегуляція інтегрально пов'язана зі стресостійкістю та особистісними ресурсами (емпатійність, толерантність до невизначеності, просоціальні копінг-стратегії) [3; 4]. По-третє, важливими модераторами стресу постають самоспівчуття та психологічна гнучкість [4; 8]. По-четверте, ефективність саморегуляції залежить від зовнішніх ресурсів – супервізії, коучингу, групової підтримки [3; 7]. По-п'яте, саморегуляція фахівця має дворівневий характер: вона забезпечує не лише психологічне благополуччя, а й виступає інструментом професійної діяльності, безпосередньо впливаючи на якість терапевтичного контакту [3; 8]. Особливе значення має нейропсихологічна вразливість саморегуляції до хронічного стресу: тривала робота у стресогенному середовищі поступово підриває її нейропсихологічну основу [5; 6], що актуалізує потребу цілеспрямованих програм підтримки.

В умовах війни традиційні механізми психологічного відновлення часто виявляються недостатніми. Саме тому постає нагальна потреба у глибшому розумінні процесів саморегуляції – як внутрішнього ресурсу, що дозволяє фахівцям допомагаючих професій зберігати рівновагу, витримку та гуманність навіть у найскладніших обставинах [3; 4; 10].

Висновки. Отже, саморегуляцію фахівця допомагаючої професії в умовах хронічного стресу доцільно визначати як багаторівневу динамічну систему, що інтегрує фізіологічний, емоційний, когнітивний, поведінковий та особистісно-смисловий рівні психічної активності й виконує метарегуляторну функцію щодо інших психологічних ресурсів. Подальша емпірична розробка передбачає вивчення структурних компонентів саморегуляції, її ресурсів і чинників у конкретних професійних групах, а також створення психологічних програм її підтримки.

Література:

1. Галян І. М. Психологічний аналіз сутності саморегуляції як особистісної здатності. *Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія*. 2015. Вип. 20, ч. 1. С. 154–161.

2. Тютюнник Л. Саморегуляція як психологічний феномен. *Вісник Національного університету оборони України*. 2025. № 87(5). С. 207–215. DOI: https://doi.org/10.33099/2617-6858-2025-87-5-207-215

3. Шуй Н. Концептуальні засади саморегуляції емоційної сфери в професійній діяльності соціального працівника. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2025. № 2(78). С. 588–594. DOI: https://doi.org/10.31732/2663-2209-2025-78-588-594

4. Bonanno G. A. The resilience paradox. *European Journal of Psychotraumatology*. 2021. Vol. 12, No. 1. Article 1942642. DOI: 10.1080/20008198.2021.1942642.

5. Girotti M., Bulin S. E., Carreño F. R. Effects of chronic stress on cognitive function – from neurobiology to intervention. *Neurobiology of Stress*. 2024. Vol. 33. Article 100670. DOI: 10.1016/j.ynstr.2024.100670.

6. Lupien S. J., Juster R.-P., Raymond C., Marin M.-F. The effects of chronic stress on the human brain: from neurotoxicity, to vulnerability, to opportunity. *Frontiers in Neuroendocrinology*. 2018. Vol. 49. P. 91–105. DOI: 10.1016/j.yfrne.2018.02.001.

7. McCormack H. M., MacIntyre T. E., O'Shea D., Herring M. P., Campbell M. J. The prevalence and cause(s) of burnout among applied psychologists: a systematic review. *Frontiers in Psychology*. 2018. Vol. 9. Article 1897. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.01897.

8. Pálfi K., Major J., Horváth-Sarródi A. et al. Adaptive emotion regulation might prevent burnout in emergency healthcare professionals. *BMC Public Health*. 2024. Vol. 24. Article 3061. DOI: 10.1186/s12889-024-20547-0.

9. Gross J. J. Emotion regulation: current status and future prospects. *Psychological Inquiry*. 2015. Vol. 26, No. 1. P. 1–26. DOI: 10.1080/1047840X.2014.940781.

10. Kercher A., Schwerdtfeger A. R., Ferchhoff D. Burnout, depression and anxiety in healthcare professionals during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19, No. 13. Article 7857. DOI: 10.3390/ijerph19137857.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-96

ЕМОЦІЙНИЙ ІНТЕЛЕКТ ЯК ОСНОВА ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНОГО СТАТУСУ ПІДЛІТКІВ

Левченко Аліна Юріївна
здобувачка першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
Житомирський державний університет імені Івана Франка
м. Житомир, Україна
Науковий керівник: ***Фальковська Людмила Миколаївна***
старший викладач кафедри
соціальної та практичної психології
Житомирський державний університет імені Івана Франка
м. Житомир, Україна

На сучасному етапі розвитку психологічної науки особливої гостроти набуває питання соціальної адаптації особистості в умовах цифрової трансформації та мінливих суспільних ієрархій. Як слушно зазначає Д. Гоулман [1; 3], традиційний рівень інтелекту (IQ) вже не є єдиним і визначальним предиктором життєвого успіху; натомість емоційна компетентність стає фундаментом для вибудовування ефективних міжособистісних зв'язків. Для підліткового віку, який у працях Е. Еріксона визначається як період інтенсивного пошуку ідентичності, проблема визнання у групі однолітків стає домінуючою потребою.

На нашу думку, розгляд соціометричного статусу як статичного показника є недостатнім без урахування внутрішніх механізмів регуляції поведінки. Дослідження П. Саловея та Дж. Маєра [4] доводять, що здатність розпізнавати емоційні стани оточуючих дозволяє підлітку гнучкіше реагувати на групові запити, що безпосередньо впливає на його популярність чи ізоляцію. У вітчизняній психології над цією проблематикою активно працює Е. Л. Носенко, підкреслюючи, що емоційний інтелект виступає медіатором соціальної взаємодії [2].

Попри значну кількість теоретичних напрацювань, питання про те, які саме компоненти EQ (наприклад, управління власними емоціями чи розуміння чужих) найбільше впливають на статус «лідера» або «знехтуваного» в конкретному класному колективі, залишається дискусійним. Зокрема, Р. Бар-Он акцентує увагу на стресостійкості як елементі емоційного інтелекту, що може бути вирішальним для підлітка в умовах групового тиску [5].

Дослідження проводилось впродовж 2025–2026 н. р. Загальна вибірка складала 50 осіб (учні 5, 6 та 7 класів).

Підсумовуючи результати нашого дослідження соціального статусу підлітків за методикою Дж.Морено, ми можемо побачити, як сильно трансформується структура колективу від 5-го до 7-го класу. Аналізуючи дані 5-го класу, ми помітили найбільш сприятливу картину: статус «прийнятих» тут має більшість учнів 55,6%, «зірок» 5,2%, тоді як «знехтуваних» 28%, а «ізольованих» та «аутсайдерів» по 5,6%. Ми вважаємо, що це свідчить про збереження дитячої відкритості та ще досить здоровий емоційний клімат, де більшість дітей почуваються безпечно.

Вже у 6-му класі ситуація стає напруженою, кількість «знехтуваних» підстрибує майже до половини класу 46,7%, а «прийнятих» стає значно менше лише 26,7%. При цьому кількість «зірок» зростає до 13,3%, а «ізольованих» та «аутсайдерів» залишається на рівні 6,7%. Такий перекіс ми пояснюємо початком гострої підліткової кризи, коли діти починають жорстко конкурувати за лідерство і самоствердуватися через відштовхування інших.

У 7-му класі негативні тенденції фактично закріплюються, «знехтуваних» залишається дуже багато 41,2%, «прийнятих» 29,4%, «зірок» 17,6%, а от кількість «аутсайдерів» зростає до 11,8% (при відсутності «ізольованих» у цій вибірці). Це показує нам, що до 7-го класу в колективі формується стійка ієрархія, де конфліктність і поділ на «своїх» та «чужих» стають звичною справою. Загальна динаміка показує нам поступове руйнування групової згуртованості від 5-го до 7-го класу. Ми пояснюємо це тим, що з віком потреби підлітків у визнанні зростають, але через недостатньо розвинений емоційний інтелект вони не завжди вміють будувати стосунки екологічно. У результаті замість підтримки в класах починає домінувати стратегія ігнорування або неприйняття несхожих учнів, що призводить до розростання групи соціального ризику (знехтуваних та аутсайдерів).

Дослідження емоційного інтелекту підлітків демонструє переважання середнього інтегративного рівня в усіх вікових паралелях: від 67% у п’ятикласників до 60% у учнів шостих та 65% у сьомих класів. Найбільш розвиненими шкалами стабільно залишаються емпатія та розпізнавання емоцій інших, що підкреслює орієнтацію підлітків на спілкування. Проте виявлено критичний дефіцит навичок управління власними емоціями, особливо у шостих 53,3% низького рівня та сьомих класах 52,9%. Якщо у п’ятому класі профіль ЕІ є більш рівномірним, то в шостому спостерігається емоційний вибух із різким зростанням конфліктності, а в сьомому поглиблення кризи самомотивації на тлі розвитку рефлексії.

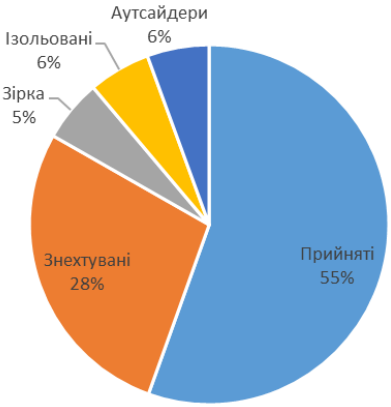

Рис. 1. Співвідношення соціального статусу в 5 класі

Рис. 2. Співвідношення соціального статусу в 6 класі

Рис. 3. Співвідношення соціального статусу в 7 класі

Група лідерів демонструє найвищі показники 72% мають високий загальний рівень EI. Особливо вираженою є емпатія 85,7% (низький рівень взагалі відсутній), що робить їх емоційними магнітами. Емоційна обізнаність висока у 71,4% лідерів. Проте управління емоціями є найскладнішим компонентом навіть, лише 42,8% мають високий рівень, а 28,6% низький. Кореляційний аналіз показав коефіцієнти близькі до 0, що свідчить про те, що статус зірки у даному колективі тримається на зовнішніх факторах, а не на EI.

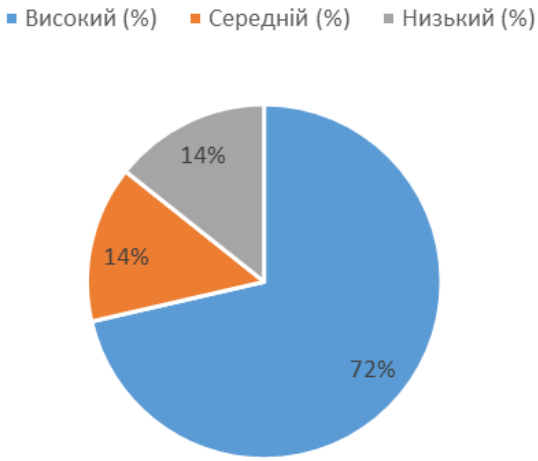

Рис. 4. Результати дослідження загального (інтегративного) рівня емоційного інтелекту (за методикою Н. Холла) учнів «Соціометрична зірка»

Група прийняті є найбільш однорідною. 94% мають середній рівень ЕІ (високий рівень – 0%). У них переважає середня самомотивація (88,2%) та стабільні показники емоційної обізнаності й емпатії (70,6% – середній рівень, 29,4% – високий). Соціальний успіх прийнятих базується на передбачуваності та неконфліктності. Для цієї групи виявлено помірний прямий зв'язок (0,52) між рівнем ЕІ та стабільністю статусу.

Знехтувані характеризуються вразливістю при високій чутливості. Більшість (79%) мають середній загальний ЕІ. Специфікою групи є відносно висока емпатія (21,1% – високий рівень, 68,4% – середній), що змушує їх гостро відчувати негативне ставлення до себе. Головною проблемою є саморегуляція. 52,6% мають низький рівень управління емоціями. Кореляція між статусом та ЕІ тут помірна (0,34–0,42), що вказує на можливість покращення статусу через розвиток емоційних навичок.

У групі «Ізольовані» спостерігається полярність та відсутність середніх значень. 67% мають низький ЕІ, 33% високий. Для більшості (66,7%) характерні низькі показники за всіма шкалами емпатією, управлінням емоціями та розпізнаванням почуттів. Кореляційний зв'язок повністю відсутній, що підтверджує рівень ЕІ ніяк не впливає на їхню самотність колектив їх просто не помічає.

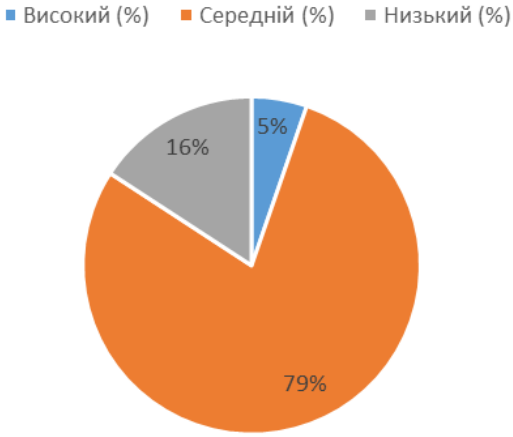

Рис. 5. Результати дослідження загального (інтегративного) рівня емоційного інтелекту (за методикою Н. Холла) учнів групи «Знехтувані»

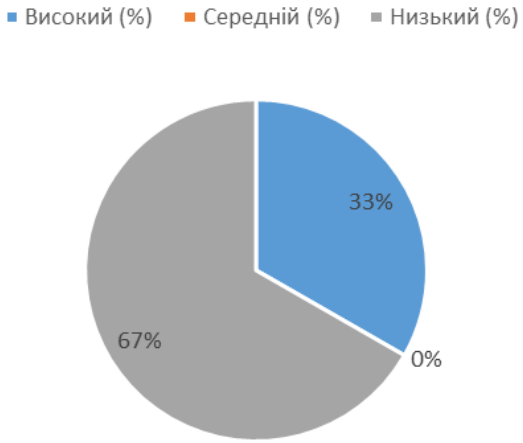

Рис. 6. Результати дослідження загального (інтегративного) рівня емоційного інтелекту (за методикою Н. Холла) учнів групи «Ізольовані»

Група аутсайдери характеризується тотальним дефіцитом емоційних навичок. 100% мають низький рівень інтегративного EI. Показники управління емоціями та самомотивації перебувають на нульовій позначці високого та середнього рівнів (100% – низький рівень). Виявлено сильний обернений зв'язок (-0,8) чим нижче EQ, тим більше негативних виборів отримує підліток. Коефіцієнт -0,63 за шкалою розпізнавання емоцій підтверджує, що саме емоційна сліпота є причиною їхнього відторгнення.

Отже, підсумовуючи, можна сказати, що емоційний інтелект відіграє роль невидимого регулятора, який визначає межі соціального успіху або відчуження в підлітковому середовищі. Висока емоційна компетентність не гарантує автоматичного лідерства, проте вона виступає надійним захисним механізмом, що оберігає підлітка від соціального відторгнення. Популярність у групі часто базується на зовнішніх чинниках, тоді як стабільне позитивне сприйняття однолітками тримається на здатності до емпатії та неконфліктності.

Найбільш критичним фактором дезадаптації виявляється емоційна сліпота неспроможність зчитувати стан інших, що неминуче призводить до конфліктів та статусу аутсайдера. Водночас невміння керувати власними імпульсами робить підлітків вразливими до групового тиску, незалежно від їхнього інтелектуального потенціалу. Таким чином, саме розвиток здатності розуміти почуття оточуючих та опанування навичок саморегуляції є ключовими для гармонійної інтеграції особистості в колектив. Виявлені закономірності підкреслюють, що емоційна грамотність є необхідною умовою для подолання кризи ідентичності та побудови здорової ієрархії в класному середовищі.

Література:

1. Гоулман Д. Емоційний інтелект. пер.з англ. С. Л. Гумецької. Харків : Віват, 2019. 512 с.

2. Носенко Е. Л. Емоційний інтелект: концептуалізація феномену, основні функції: монографія. Київ : Вища школа, 2003. 126 с.

3. Goleman D. Emotional intelligence. New York : Bantam Books, 1995. 352 p.

4. Mayer J., Salovey P., Caruso D., Sitarenios G. Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion,* 2001. №1. P. 232–242.

5. Reuven Bar-On. The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI)1 *Psicothema* 2006. Vol. 18, supl., pp. 13-25 URL: https://www.redalyc.org/pdf/727/72709503.pdf (дата звернення: 10.03.26).

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-97

ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ДОПОМОГИ КЛІЄНТАМ ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Литвиненко Ольга Дмитрівна
доктор психологічних наук,
професор кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Лєтуча Наталія Володимирівна
здобувачка вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Психосоматичні розлади є однією з найбільш актуальних проблем сучасної клінічної психології та психотерапії, оскільки поєднують у собі як соматичні, так і психологічні чинники виникнення й перебігу захворювання. У сучасних умовах високого рівня стресу, емоційного виснаження та соціальної нестабільності кількість психосоматичних проявів суттєво зростає. Найчастіше психосоматичні механізми проявляються через захворювання серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, дихальної системи, дерматологічні та ендокринні порушення.

Проблематика психосоматичних розладів активно досліджувалася у працях Франца Александера, який одним із перших обґрунтував взаємозв'язок між емоційними конфліктами та соматичними симптомами. Значний внесок у розвиток психосоматичного підходу зробили також Зігмунд Фройд, Фелен Данбар, Пітер Сіфнеос, а у сучасній психології – Джон Сарно, Бессел ван дер Колк та інші дослідники.

В українській психологічній науці питання психосоматики розглядаються у роботах Максименка, Титаренко, Карвасарського та інших авторів, які акцентують увагу на ролі стресу, емоційного пригнічення та особистісних ресурсів у формуванні психосоматичних порушень.

Психосоматичний розлад розглядається як результат складної взаємодії психологічних, біологічних та соціальних факторів. Значну роль у виникненні симптоматики відіграють хронічний стрес, внутрішньоособистісні конфлікти, тривожність, емоційне пригнічення та труднощі емоційної регуляції. Нерідко соматичний симптом виступає

своєрідним механізмом психологічного захисту або способом несвідомого вираження внутрішнього конфлікту.

Одним із ключових психологічних механізмів допомоги клієнтам із психосоматичними розладами є розвиток емоційної усвідомленості. Багато дослідників підкреслюють, що пацієнти з психосоматичними проявами часто мають труднощі з ідентифікацією та вербалізацією власних емоцій, що визначається поняттям алекситимії.

Неможливість конструктивного переживання емоцій призводить до їх соматизації, тобто тілесного вираження психологічного напруження.

Важливу роль у психологічній допомозі відіграють механізми емоційної регуляції та формування адаптивних копінг-стратегій. Згідно з транзакційною моделлю стресу Річарда Лазаруса та Сьюзен Фолкман, саме спосіб оцінки стресової ситуації та методи її подолання визначають рівень психологічної адаптації людини.

Використання адаптивних копінг-стратегій – пошуку підтримки, когнітивної переоцінки, планування та саморегуляції – сприяє зниженню психоемоційного напруження та послабленню соматичних проявів.

Серед основних напрямів психологічної допомоги особливе значення мають когнітивно-поведінкова терапія, психодинамічний підхід, тілесно-орієнтована терапія та методи релаксації.

1. Когнітивно-поведінкова терапія спрямована на виявлення дезадаптивних переконань, катастрофізації та негативних автоматичних думок, що підтримують психосоматичну симптоматику.

2. Психодинамічний підхід дозволяє досліджувати несвідомі конфлікти та пригнічені емоції, які можуть проявлятися через тілесні симптоми.

3. Тілесно-орієнтовані методи допомагають відновити контакт із власним тілом, знизити рівень м’язового напруження та покращити здатність до саморегуляції.

4. Значну ефективність також демонструють техніки дихальної релаксації, майндфулнес-практики та методи психофізіологічного розслаблення, спрямовані на зменшення тривоги та стабілізацію емоційного стану.

Окрему роль у процесі психологічної допомоги відіграє терапевтичний альянс між психологом і клієнтом. Атмосфера безпеки, прийняття та емоційної підтримки сприяє формуванню довіри, підвищує мотивацію до психотерапії та допомагає клієнту усвідомити зв’язок між психологічними переживаннями й тілесними симптомами.

Узагальнення сучасних наукових підходів свідчить, що ефективна допомога клієнтам із психосоматичними розладами має бути комплексною та включати роботу з емоційною сферою, когнітивними установками, копінг-стратегіями та тілесними проявами стресу.

Важливими умовами успішної терапії є розвиток емоційної компетентності, зниження рівня хронічного стресу та формування навичок психологічної саморегуляції.

Практична значущість дослідження полягає у можливості використання отриманих теоретичних положень для розробки програм психологічного супроводу осіб із психосоматичними проявами, а також для профілактики психоемоційного виснаження та соматизації стресу.

Література:

1. Александер Ф. Психосоматична медицина: принципи та практичне застосування / пер. з англ. Київ : Основи, 2002. 352 с.

2. Титаренко Т. М. Життєстійкість особистості: соціальна необхідність та безпека. Київ : Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, 2009. 105 с.

3. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. New York : Springer Publishing Company, 1984. 456 p.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-98

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ САМОТНОСТІ ЖІНКАМИ СЕРЕДНЬОГО ВІКУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Литвиненко Ольга Дмитрівна
доктор психологічних наук,
професор кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Старцева Анна Василівна
здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти
кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

В умовах повномасштабної війни в Україні проблема психологічного благополуччя особистості набуває особливої наукової та практичної значущості. Воєнні дії, вимушене переміщення, втрата звичного способу життя, розлука з близькими, постійна небезпека, соціально-економічна

нестабільність та невизначеність майбутнього створюють потужний психотравмувальний фон, який безпосередньо впливає на емоційний стан особистості та особливості її соціального функціонування.

Одним із найбільш поширених психологічних феноменів у таких умовах є переживання самотності, яке особливо гостро проявляється у жінок середнього віку. Саме жінки частіше за інші соціальні групи переживають дефіцит емоційної підтримки, одночасно виконуючи численні ролі – матері, дружини, доньки, фахівчині, опікунки родини, нерідко залишаючи власні потреби поза увагою. У сучасних дослідженнях, присвячених соціально-психологічним особливостям переживання самотності жінками в умовах воєнного стану, встановлено, що воєнний стрес значно підвищує ризик формування емоційної ізоляції, тривожності, депресивних проявів та внутрішньої відчуженості. Також з'ясовано, що переживання самотності може посилюватися у ситуаціях втрати партнера, вимушеної міграції, сепарації з близькими, зміни соціального статусу або руйнування звичного соціального середовища.

Важливий внесок у розуміння психологічних особливостей самотності в умовах вимушеної міграції зробило емпіричне дослідження І. М. Леонової, присвячене вивченню переживання почуття самотності жінками – внутрішньо переміщеними особами (ВПО) [3]. Результати дослідження дозволили виявити низку індивідуально-психологічних чинників, пов'язаних із переживанням самотності. Емпірично встановлено, що даний феномен супроводжується почуттям безнадійності, внутрішньої дезорієнтації, втрати контролю над власним життям, обмеженням свободи вибору та труднощами в адаптації до нових обставин життя. На емоційно-поведінковому рівні це може проявлятися підвищеною дратівливістю, ворожістю, агресивними реакціями, конфліктністю, емоційною закритістю та соціальним відчуженням. Крім того, дослідницею встановлено взаємозв'язок між високим рівнем переживання самотності та такими емоційними станами, як образа, гіркота, розчарування, почуття несправедливості, що формуються внаслідок пережитих травматичних подій, втрати дому, звичного соціального середовища та вимушеного переселення. Особлива увага приділяється незадоволеним потребам жінок – ВПО, зокрема потребам в емоційній близькості, міжособистісній підтримці, сімейній взаємодії, самореалізації, професійній стабільності та матеріальній безпеці. Водночас високий рівень самотності, як правило, супроводжується такими особистісними характеристиками, як невротичність, емоційна лабільність, депресивність, спонтанна агресивність, підвищена чутливість до критики, відчуженість, труднощі

у формуванні довірливих міжособистісних стосунків, почуття бездомності та втрата життєвих орієнтирів.

Важливим доповненням до розуміння зазначеної проблематики є дослідження О. О. Романовської та Г. В. Крутько, присвячене проблемі психологічної ізоляції та самотності в умовах війни на прикладі внутрішньо переміщених осіб (ВПО) [1]. Авторки розглядають психологічну ізоляцію як стан внутрішнього дискомфорту, що виникає внаслідок розриву між потребою особистості у значущих соціальних контактах та реальними можливостями їх задоволення. Дослідниці наголошують, що в умовах війни психологічна ізоляція нерідко виконує захисну функцію, спрямовану на тимчасове зниження інтенсивності емоційного болю, проте її тривале збереження може призводити до соціальної дезадаптації, емоційного виснаження та зниження якості життя.

Емпіричні результати показали, що значна частина внутрішньо-переміщених осіб відчуває дефіцит спілкування, труднощі в емоційному саморозкритті, нерозуміння з боку оточення, сум за втраченим соціальним середовищем та труднощі у формуванні нових міжособистісних зв'язків. Зокрема, 35% респондентів регулярно відчувають нестачу соціальної взаємодії, а понад половина опитаних зазначає труднощі у встановленні нових дружніх контактів після вимушеного переміщення.

Порівняльний аналіз результатів обох досліджень підтверджує, що переживання самотності жінками в умовах війни є складним багатовимірним феноменом, який формується під впливом як об'єктивних соціально-ситуативних чинників (вимушене переселення, втрата дому, розрив значущих соціальних зв'язків, невизначеність майбутнього, економічна нестабільність), так і суб'єктивних особистісних чинників, серед яких особливого значення набувають емоційна лабільність, тривожність, депресивність, зниження особистісної ресурсності, нестійкість самооцінки, криза життєвих смислів, дефіцит психологічної безпеки.

Таким чином, результати проаналізованих досліджень свідчать про те, що самотність жінок середнього віку в умовах воєнного часу є не лише реакцією на зовнішні травматичні обставини, а й глибоким внутрішньоособистісним переживанням, яке охоплює емоційну, соціальну, мотиваційно-ціннісну та екзистенційну сферу особистості. Це, своєю чергою, обґрунтовує необхідність розробки комплексних практичних програм психологічної підтримки та рекомендацій, спрямованих на відновлення особистісних ресурсів, зміцнення соціальної підтримки, формування адаптивних копінг-стратегій та відновлення суб'єктивного відчуття психологічної безпеки.

Література:

1. Романовська О. О., Крутько Г. В. Проблема психологічної ізоляції та самотності в умовах війни. *Теорія і практика управління соціальними системами: філософія, психологія, педагогіка, соціологія*. 2024. № 2. С. 86–107. https://doi.org/10.20998/2078-7782.2024.2.08
2. Леонова І. М. Соціально-психологічні чинники, які впливають на самотність жінок-мешканок тимчасово окупованої території. *Габітус.* 2021. № 22. С. 132–138. https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.22.23
3. Леонова І. М. Соціально-психологічні особливості переживання почуття самотності жінками – внутрішньо переміщеними особами. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2021. № 1. С. 51–56. https://doi.org/10.32838/2709-3093/2021.1/09

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-99

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЗВ'ЯЗКУ СТИЛІВ ПРИВ'ЯЗАНОСТІ ТА ЗАДОВОЛЕНОСТІ РОМАНТИЧНИМИ СТОСУНКАМИ У ДОРОСЛИХ ЛЮДЕЙ

Литвиненко Ольга Дмитрівна
доктор психологічних наук,
професор кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Широкова Марія Сергіївна
здобувачка вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Актуальність дослідження обумовлена потребою ґрунтовного аналізу психологічних чинників, що впливають на якість романтичних стосунків. Стилі прив'язаності, концептуалізовані Дж. Боулбі та М. Ейнсворт і надалі розвинені в теорії дорослої прив'язаності К. Хейзен і П. Шейвера, розглядаються як відносно стабільні внутрішні моделі сприйняття себе та інших. Вони мають істотний вплив на рівень задоволеності партнерством, інтенсивність конфліктів, емоційну близькість і загальну стійкість взаємин. Особливого значення

дослідження цього взаємозв'язку набуває в сучасних умовах воєнного стану в Україні, оскільки пережитий травматичний досвід може посилювати прояви тривожного та уникального стилів прив'язаності, що ускладнює формування гармонійних партнерських відносин.

У контексті динамічних соціальних трансформацій, цифровізації способів комунікації та впливу потужних стресогенних факторів (військові дії, економічна нестабільність, глобальні кризи) сучасні романтичні стосунки стають більш уразливими. Проблема незадоволеності взаєминами залишається однією з провідних причин розлучень, виникнення психологічного дистресу та зниження загального рівня психологічного благополуччя. Результати вітчизняних і міжнародних досліджень свідчать, що значна частина дорослих у тривалих стосунках (приблизно 40–60 %) демонструє високий рівень незадоволеності, що нерідко пов'язано з неусвідомленими моделями емоційної взаємодії, сформованими в ранньому дитинстві.

Сучасна психологічна наука розглядає прив'язаність як фундаментальний біопсихосоціальний конструкт, що формує внутрішні робочі моделі себе та значущих інших і продовжує активно впливати на емоційну регуляцію, міжособистісну поведінку та якість близьких стосунків протягом усього життя.

Чотириосновна модель стилів прив'язаності (безпечний, тривожно-зайнятий, дистанційно-уникальний та боязко-уникальний), розроблена К. Бартолом'ю та Л. Горовицем і підтверджена численними емпіричними дослідженнями, є найбільш валідною і широко застосовуваною в сучасній психології [1]. Українські дослідження доповнюють міжнародні дані, демонструючи культурну специфіку та посилення невпевнених стилів прив'язаності в умовах воєнного травматизму.

Партнерські стосунки у дорослих людей постають як складна динамічна система, що включає різноманітні типи та види: зареєстровані та незареєстровані, моногамні та консенсусно-немоногамні, короткотермінові, довготермінові, дистанційні та віртуальні.

Сучасні соціально-економічні трансформації, цифровізація комунікацій і воєнні реалії України зумовлюють зростання частки незареєстрованих та дистанційних форм стосунків, а також зміну їхньої функціональної спрямованості в бік прагматичної підтримки та емоційної безпеки. Теорія трикутника любові Р. Стернберга та її сучасні валідації дозволяють систематизувати психологічні компоненти стосунків і пов'язати їх зі стилями прив'язаності [6] .

Сучасні дослідження однозначно свідчать, що безпечний стиль прив'язаності є найадаптивнішим і найсильніше корелює з високою задоволеністю стосунками, емоційною близькістю, конструктивним

розв'язанням конфліктів та стабільністю пари. Особи з безпечним стилем демонструють позитивні внутрішні моделі себе («я вартий любові») та інших («інші надійні»), що дозволяє їм комфортно балансувати між близькістю та автономією.

Емпіричні дані Рокоча на вибірці 50 українських подружніх пар у воєнний період показали статистично значущий позитивний зв'язок між безпечним стилем і рівнем задоволеності шлюбом ($r = 0,68$, $p < 0,01$), емоційною близькістю та зниженою конфліктністю навіть за умов міграції та економічної нестабільності [3].

Аналогічні результати отримано в польських дослідженнях [4], де безпечна прив'язаність до співдружжя пояснювала до 45 % варіації задоволеності шлюбом у батьків дітей дошкільного та молодшого шкільного віку. Міжнародні мета-аналізи [5] підтверджують, що безпечний стиль сприяє вищій інтимності, кращій комунікації та нижчому рівню ревнощів, що особливо важливо в умовах хронічного стресу.

Натомість тривожно-зайнятий стиль прив'язаності асоціюється з гіперактивацією системи прив'язаності, що проявляється в постійному пошуку підтвердження любові, страхом відмови, ревнощами та емоційною залежністю. Такі особи часто провокують конфлікти через гіпервігіляцію сигналів відкидання, що призводить до циклів «переслідування–відсторонення» в парі.

Дослідження на українській молоді виявило, що тривожний стиль значуще знижує якість романтичних стосунків, особливо в жінок, де кореляція з показниками довіри, інтимності та відданості була сильнішою негативною порівняно з чоловіками [2]. У контексті війни тривожність посилюється через сепарацію та втрати, тривожно-амбівалентний стиль разом із фрустрацією потреби в компетенції був значущим предиктором ПТСР і неконструктивних захисних механізмів.

Найсуттєвішим теоретичним висновком є доведений вплив стилю прив'язаності на всі ключові параметри партнерських стосунків: емоційну близькість, якість комунікації, рівень конфліктності, сексуальну задоволеність, стабільність пари та загальну суб'єктивну задоволеність.

Безпечний стиль виступає надійним предиктором гармонійних, стабільних і задовільних стосунків, тоді як невпевнені стилі (особливо тривожно-зайнятий і боязко-уникальний) суттєво підвищують ризик дисфункціональних патернів, емоційного вигорання та розриву відносин. Воєнний контекст в Україні посилює негативний вплив невпевнених стилів, але водночас створює умови для потенційної корекції через терапевтичні втручання, зокрема емоційно-фокусовану терапію.

Отже, теоретичний аналіз засвідчив, що стиль прив'язаності є стрижневим психологічним фактором, який опосередковує якість

і задоволеність партнерськими стосунками у дорослих. Водночас залишається недостатньо вивченим взаємозв'язок стилів прив'язаності з рівнем задоволеності в українських умовах воєнного часу, особливості цього зв'язку в різних вікових і статевих групах, а також ефективність психолого-корекційних програм, спрямованих на переформування дисфункціональних стилів прив'язаності.

Література:

1. Бартолом'ю К. Самооцінка генералізованого типу прив'язаностіє *Психологічні науки.* – 1991 (укр. адапт. 2022). № 1. С. 45–62.
2. Плахотнюк М. В. Вплив стилю прив'язаності на характер романтичних стосунків у молоді. Одеса : ОНУ, 2025. 98 с.
3. Рокоча Д. Б. Вплив типів прив'язаності дорослих на якість подружніх стосунків. Тернопіль : ТНТУ, 2025. 198 с.
4. Marmola M. Styl przywiązania do współmałżonka a poziom satysfakcji z małżeństwa u rodziców dzieci przedszkolnych i wczesnoszkolnych na wsi i w mieście. *Fides et Ratio*. 2025. № 62 (2). S. 1–17. DOI:10.34766/j4e7zd39
5. Feeney J. A. Adult romantic attachment: developments in the study of couple relationships. Handbook of attachment. *Guilford Press*, 2016. P. 435–463.
6. Sternberg R.J. A triangle Theory of love. *Psychological Review*.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-100

ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ЦИФРОВОГО ВИСНАЖЕННЯ У ДОРОСЛИХ КОРИСТУВАЧІВ СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ

Мусаєва Вікторія Павлівна
здобувачка вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Цифрове виснаження – феномен, який за останнє десятиліття став одним із ключових викликів цифрової епохи. Соціальні платформи стали не лише засобом комунікації, а й інструментом професійної взаємодії, отримання інформації та соціального порівняння. Разом із позитивними можливостями цифрового середовища посилюється проблема цифрового виснаження, що проявляється у психоемоційному перевантаженні, когнітивній втомі, зниженні концентрації уваги, емоційному вигоранні та підвищенні рівня тривожності. Дослідження

останніх років відзначають стрімке зростання випадків такого виснаження і зростання поширеності цього явища.

Цифрове виснаження визначається як стан емоційної, когнітивної та фізіологічної перевантаженості, що виникає через тривалу взаємодію з цифровими платформами (соціальними мережами, наприклад Tik Tok, Instagram, Facebook, тощо). Особливо це характерно для дорослих користувачів, для яких соціальні мережі поєднуються з професійними, соціальними та сімейними обов'язками.

Розуміння психологічних механізмів, що запускають та стимулюють цифрове виснаження, дозволяє глибше зрозуміти взаємодію між технологіями та людською психікою. Можемо виокремити наступні ключові психологічні механізми цифрового виснаження:

1. **Механізм інформаційного перевантаження.** Соціальні мережі генерують безперервні потоки контенту, що перевищують можливості когнітивної переробки людиною в певну одиницю часу. Людина стикається з надмірною кількістю повідомлень, зображень, відео-рілзів та новин, значна частина яких не має для неї реальної цінності, але за рахунок налаштованих алгоритмів, є в певну міру цінною і цікавою для окремого користувача. Поглинання великого об'єму інформації в певну одиницю часу призводить до когнітивної перенасиченості, коли знижується здатність до концентрації, зростає психічна збудженість, роздратованість, що у свою чергу призводить до зниження уваги і загального тонусу.

2. **Механізм соціального порівняння.** Оскільки контент соцмереж транслює певну, часто ілюзорно-ідеальну, картину життя і зовнішності активних користувачів, соцмережі створюють умови для постійного порівняння себе з іншими, що часто веде до емоційного напруження, незадоволеності власним життям і заниження самооцінки. Висхідні порівняння з більш успішними, привабливими або ресурсними особами активують почуття соціальної неповноцінності (неадекватності), що є одним із найважливіших чинників емоційного виснаження.

3. **Механізм FOMO**. Дослідження демонструють, що FOMO, або страх пропустити важливу інформацію, стимулює компульсивне перевіряння стрічки, постійний моніторинг друзів та новин, а також підвищену тривожність при відсутності джерела інформації. Це створює хронічний дистрес, відчуття внутрішньої напруги та втрати контролю.

4. **Дофамінові цикли винагород**. Соціальні мережі функціонують за принципом інтермітуючого підкріплення, де користувач не знає, коли саме отримає повідомлення, лайк чи коментар. Ця непередбачуваність активує дофамінову систему мозку, формує залежнісну поведінку від постійного застосування соцмережі і сприяє виснаженню нервової системи в довгостроковій перспективі.

5. **Алгоритмічне підсилення та ефект «безперевної стрічки»**. Алгоритми персоналізації створюють умови, за яких користувач отримує нескінченний потік релевантного чи бажаного для себе контенту. Це призводить до стану, який інколи називають “scrolling trance” – автоматичного, неконтрольованого гортання стрічки (чи частіше – рілзів), що формує неконтрольовану втрату часу, погіршення саморегуляції та глибшу когнітивну втому.

6. **Емоційне зараження**. Емоційно насичений контент – шоковий, агресивний, провокативний – має більшу віральність. Регулярне споживання такого контенту спричиняє: емоційну виснаженість, втрату ресурсу для емпатії, підвищений рівень фонової тривоги.

7. **Розмиття кордонів між роботою та особистим життям**. Соцмережі підсилюють ефект постійної доступності. У дорослих користувачів це пов’язано з ризиком: хронічної втоми, порушення сну, зниження якості відпочинку, появи симптомів професійного вигоряння.

Дослідження останніх років виокремлюють кілька груп факторів ризику цифрового виснаження у дорослих користувачів: індивідуальні фактори (високий рівень тривожності, румінації, перфекціонізм, знижена здатність до саморегуляції, емоційна залежність від соціального схвалення), соціально-психологічні фактори (цифрова культура продуктивності або так званого «успішного успіху», очікування швидких відповідей і постійної присутності, тиск професійного середовища бути проактивним), технологічні фактори (безперервність і агресивність нотифікацій, алгоритми утримання уваги, дизайн максимальної залученості (infinite scroll).

Як наслідок, цифрове виснаження має комплексний вплив на психічне здоров’я та поведінку дорослих користувачів. Серед ключових наслідків спостерігається зниження працездатності, уваги та концентрації, порушення сну та розвиток цифрового безсоння (пробудження для продовження використання соцмереж), підвищення рівня тривожності та дратівливості, психоемоційне вигорання, формування залежнісних патернів цифрової поведінки, погіршення міжособистісних стосунків через втрату емоційного ресурсу.

Профілактика цифрового виснаження базується на розвитку цифрової гігієни і часового обмеження, емоційної саморегуляції та навичок критичного ставлення до інформації. До ефективних стратегій належать: обмеження часу використання соцмереж (наприклад, функцію «батьківського контролю»), вимкнення непотрібних нотифікацій; впровадження цифрових пауз і технік «digital detox»; практики майндфулнес для відновлення уваги; свідоме і відповідальне споживання інформації; встановлення чітких меж між роботою та

особистим часом; розвиток навичок медіаграмотності; гігієна сну – обмеження використання гаджетів перед та протягом сну.

Підсумовуючи вищезазначене, цифрове виснаження є складним феноменом, що виникає на перетині психологічних, соціальних і технологічних чинників. Вивчення психологічних механізмів цього явища дозволяє не лише краще розуміти природу стресу, пов'язаного з використанням соціальних мереж, але й створювати ефективні програми профілактики та психологічної підтримки дорослого населення. У світі, де цифрові технології стають невід'ємною частиною життя, надзвичайно важливо розробляти підходи, які підтримують баланс між користю та психологічною безпекою, зберігаючи ментальне здоров'я користувачів.

Література:

1. Choi Y., Lim S. Digital fatigue and emotional burnout among social media users: A systematic review. *Computers in Human Behavior.* 2024. Vol. 150. P. 107–959.
2. Meier A., Yates K., Schäfer S. Digital well-being: A conceptual framework. *Journal of Media Psychology*. 2022. Vol. 34, no. 2. P. 67–80.
3. Brailovskaia J., Teismann T. The relationship between social media use, stress and burnout. *Journal of Affective Disorders*. 2020. Vol. 277. P. 551–558.
4. Dhir A., Yossatorn Y., Kaur P., Chen S. Online social media fatigue and psychological well-being. *Telematics and Informatics*. 2018. Vol. 35, no. 7. P. 1936–1947.
5. Keles B., McCrae N., Grealish A. A systematic review of the influence of social media on depression, anxiety, and psychological distress. *Adolescent Research Review*. 2020. Vol. 5. P. 187–205.
6. Beyens I., Pouwels J., van Driel I., Keijsers L. Social media, attention, and mental fatigue. *Nature Human Behaviour*. 2023. Vol. 7. P. 35–48.
7. Fischer-Grote L., Otto L. Digital overload: Cognitive load and emotional exhaustion in social media contexts. *New Media & Society*. 2021. Vol. 23, no. 5. P. 1241–1260.
8. Frison E., Eggermont S. Toward a model of social media fatigue: A meta-analysis. *Media Psychology*. 2020. Vol. 23, no. 1. P. 1–31.
9. Salo M., Pirkkalainen H., Koskelainen T. Technostress and social networking services. *Information & Management*. 2019. Vol. 56, no. 7. P. 103–150.
10. Brailovskaia J., Cosima S., Margraf J. The relationship between online behavior, mental health and well-being during the digital era. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking.* 2021. Vol. 24, no. 4. P. 228–236.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-101

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПАНІЧНИХ АТАК У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ ТА ЇХ ПСИХОКОРЕКЦІЯ

Пєнова Інга Костянтинівна
кандидат психологічних наук, медичний психолог,
асистент кафедри психіатрії, наркології, медичної психології
та психотерапії
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Умови воєнного стану в Україні супроводжуються тривалим психотравмуючим впливом на цивільне населення, що виявляється у формуванні широкого спектра тривожних і стресових розладів. Постійна загроза життю та фізичній безпеці, систематичні повітряні тривоги, вимушене внутрішнє переселення, втрата близьких, економічна дестабілізація та хронічне інформаційне напруження призводять до прогресуючого психоемоційного виснаження і зростання поширеності тривожних розладів серед різних груп населення [5, 6]. Одним із найбільш типових клінічних проявів психоемоційної дезадаптації в умовах воєнного стресу є панічні атаки.

Відповідно до сучасних діагностичних критеріїв DSM-5-TR та МКХ-11, панічна атака визначається як раптовий епізод інтенсивного страху або вираженого дискомфорту, що досягає піку протягом кількох хвилин і супроводжується щонайменше чотирма соматичними, когнітивними та емоційними симптомами [1]. В умовах тривалого воєнного конфлікту кількість осіб із тривожно-панічними станами суттєво зростає, що обумовлює необхідність поглибленого дослідження їхніх особливостей та розробки адаптованих підходів до надання психологічної допомоги.

Актуальність теми визначається також недостатньою адаптованістю класичних психотерапевтичних протоколів до умов пролонгованої воєнної небезпеки, за яких джерело тривоги є об’єктивно реальним і постійно присутнім.

Воєнний стан формує умови хронічного стресу, за яких центральна нервова система перебуває у стані перманентної симпатичної активації. Відповідно до теорії алостатичного навантаження, тривале перевантаження адаптаційних систем організму призводить до поступового виснаження нейроендокринних ресурсів [7]. У цивільного

населення це клінічно маніфестується підвищеною тривожністю, емоційною лабільністю, порушеннями сну, дратівливістю та вираженими соматовегетативними реакціями.

Метааналіз досліджень, проведених у зонах збройних конфліктів, свідчить про значно вищу поширеність тривожних розладів і ПТСР серед цивільного населення порівняно з популяційними нормами мирного часу [6]. Панічні атаки в умовах збройного конфлікту мають низку специфічних феноменологічних особливостей: зростання частоти нападів у відповідь на зовнішні ситуаційні тригери (сигнали повітряної тривоги, звуки вибухів, медійні повідомлення про бойові дії), а також широко задокументоване поєднання панічної симптоматики з ознаками посттравматичного стресового розладу [5], що ускладнює диференційну діагностику та клінічне ведення таких осіб.

В умовах воєнного стану панічні атаки стійко асоціюються з вираженою гіперпильністю та постійним очікуванням загрози. Значна частина пацієнтів схильна до катастрофічної інтерпретації фізіологічних проявів тривоги як симптомів тяжкої соматичної патології, що сприяє формуванню феномену тривожної сенситивності та «страху страху». Особливістю воєнного контексту є також відсутність умов для повноцінного психоемоційного відновлення, що призводить до прогресуючого виснаження адаптаційних ресурсів особистості.

Серед основних психологічних чинників, що детермінують виникнення та підтримання панічних атак у цивільного населення в умовах збройного конфлікту, провідне місце посідають: хронічний стрес і накопичена психотравма, дефіцит базового відчуття безпеки, високий рівень екзистенційної невизначеності, інформаційне перенавантаження та вимушена соціальна ізоляція [5, 8]. Додатковими патогенними факторами є порушення режиму сну і відпочинку та хронічне соматичне виснаження.

Важливу модеруючу роль відіграють індивідуально-психологічні характеристики особистості: висока тривожна сенситивність, схильність до катастрофізації, низька стресостійкість, тенденція до соматизації та ригідність копінг-стратегій. Дослідження цивільного населення України в умовах збройного конфлікту показують, що резильєнтність особистості та наявність соціальної підтримки виступають суттєвими захисними чинниками щодо розвитку тривожних розладів [8].

Відповідно до когнітивної моделі Д. М. Кларка, ключовим механізмом ініціації та підтримання панічних атак є катастрофічна інтерпретація тілесних відчуттів [2]. В умовах воєнного стресу цей механізм потенціюється об’єктивно небезпечним зовнішнім середовищем, що суттєво ускладнює диференціацію адаптивної та патологічної тривоги.

До доказово обґрунтованих психокорекційних технік належать:

– психоедукація щодо нейробіологічних механізмів виникнення панічних атак і нормалізації тривожних реакцій;

– навчання технікам діафрагмального дихання та контрольованої дихальної регуляції;

– прогресивна м'язова релаксація;

– техніки заземлення (зокрема протокол «5-4-3-2-1») та стабілізаційні вправи;

– когнітивна реструктуризація та робота з катастрофічними автоматичними думками;

– інтероцептивна експозиція для зниження тривожної сенситивності;

– формування адаптивних копінг-стратегій і навичок саморегуляції.

Компонентний метааналіз свідчить, що інтероцептивна експозиція у поєднанні з когнітивною реструктуризацією є найбільш ефективними складовими КПТ при панічному розладі. Особливого практичного значення набувають техніки швидкої психологічної стабілізації, застосовні безпосередньо під час повітряних тривог. У таких випадках виправданим є використання протоколу «Психологічна перша допомога», спрямованого на відновлення відчуття безпеки та контролю.

У роботі з цивільним населенням принципового значення набувають п'ять доказово обґрунтованих елементів масового травматичного втручання: формування відчуття безпеки, заспокоєння, підвищення індивідуальної та колективної ефективності, відновлення соціальних зв'язків та підтримання надії. У випадках тяжкого перебігу або коморбідності з ПТСР психокорекційна допомога доповнюється відповідною фармакологічною підтримкою та/або EMDR-терапією [3]. Моніторинг стану психічного здоров'я населення в динаміці є необхідною передумовою для планування ресурсів системи психологічної допомоги.

Таким чином, панічні атаки в умовах воєнного стану є одним із найпоширеніших клінічних проявів психоемоційної дезадаптації цивільного населення. Їх перебіг характеризується поєднанням інтенсивної тривоги, соматовегетативних розладів, вираженої гіперпильності та хронічного очікування небезпеки на тлі об'єктивно загрозливого середовища.

Воєнний стрес суттєво підвищує ризик розвитку тривожно-панічних станів, особливо в осіб із підвищеною тривожною сенситивністю, недостатньо сформованими механізмами психологічної адаптації та наявним психотравмувальним досвідом. Специфіка воєнного контексту полягає у безперервному характері стресового впливу та відсутності умов для повноцінного психоемоційного відновлення. Ефективна

психокорекційна допомога вимагає комплексного підходу, що поєднує психоедукацію, доказово обґрунтовані когнітивно-поведінкові техніки, методи стабілізації та стратегії відновлення адаптаційного потенціалу особистості. Подальші систематичні дослідження цієї проблематики є необхідною умовою для вдосконалення системи медико-психологічної допомоги населенню в умовах збройного конфлікту.

Література:

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5-TR)*. 5th ed., text rev. Washington: American Psychiatric Association Publishing, 2022. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425787
2. Clark D. M. A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*. 1986. Vol. 24, № 4. P. 461–470. DOI: 10.1016/0005-7967(86)90011-2
3. Ehlers A., Clark D. M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2000. Vol. 38, № 4. P. 319–345. DOI: 10.1016/S0005-7967(99)00123-0
4. Hobfoll S. E., Watson P., Bell C. C., Bryant R. A., Brymer M. J., Friedman M. J., Ursano R. J. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*. 2007. Vol. 70, № 4. P. 283–315. DOI: 10.1521/psyc.2007.70.4.283
5. Karatzias T., Shevlin M., Ben-Ezra M., McElroy E., Redican E., Hyland P. War exposure, posttraumatic stress disorder, and complex posttraumatic stress disorder among parents living in Ukraine during the Russian war. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2023. Vol. 147, № 3. P. 276–285. DOI: 10.1111/acps.13520
6. Lim I. C. Z. Y., Tam W. W. S., Chudzicka-Czupała A., McIntyre R. S., Teopiz K. M., Ho R. C., Ho C. S. H. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress in war – and conflict-afflicted areas: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*. 2022. Vol. 13. Article 978703. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.978703
7. McEwen B. S. Neurobiological and systemic effects of chronic stress. *Chronic Stress*. 2017. Vol. 1. DOI: 10.1177/2470547017692328
8. Orel E., Gnambs T., Dorozhovets N. Impact of the war in Ukraine on resilience, protective, and vulnerability factors. *Frontiers in Psychiatry*. 2023. Vol. 14. Article 1055022. DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1055022
9. Papola D., Ostuzzi G., Tedeschi F., Gastaldon C., Purgato M., Dragioti E., Barbui C. CBT treatment delivery formats for panic disorder: a systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychological Medicine*. 2023. Vol. 53, № 7. P. 2717–2729. DOI: 10.1017/S0033291721005377

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-102

ВПЛИВ СТИЛІВ ВИХОВАННЯ НА ФОРМУВАННЯ САМООЦІНКИ ПІДЛІТКІВ

Питлюк-Смеречинська Олександра Дмитрівна
кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри психології
Заклад вищої освіти «Університет Короля Данила»
м. Івано-Франківськ, Україна

Запухляк Олег Зіновійович
кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри психології
Заклад вищої освіти «Університет Короля Данила»
м. Івано-Франківськ, Україна

Іванова Наталія Миколаївна
здобувачка вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

У сучасних умовах суспільних трансформацій проблема формування особистості підлітка набуває особливої актуальності. Підлітковий вік є складним етапом психічного розвитку, який характеризується активним становленням самосвідомості, системи цінностей, соціальної ідентичності та самооцінки [1; 4; 6]. Саме в цей період формується уявлення особистості про себе, власні можливості, соціальну значущість та місце у суспільстві. Одним із ключових чинників, що впливають на процес формування самооцінки підлітків, виступає сімейне середовище та особливості батьківського виховання.

Сім'я є первинним соціальним інститутом, у межах якого дитина отримує перший досвід міжособистісної взаємодії, емоційної підтримки, оцінювання та соціалізації. Саме батьківські установки, стиль комунікації та емоційний клімат у родині значною мірою визначають характер формування самосприйняття дитини. Позитивний психологічний мікроклімат у сім'ї сприяє розвитку впевненості у собі, емоційної стабільності та адекватної самооцінки, тоді як дефіцит підтримки, надмірний контроль або емоційне відчуження можуть формувати внутрішню невпевненість, тривожність та занижену самооцінку [1; 5; 7].

У психологічній науці проблема стилів виховання розглядається як одна з ключових у контексті розвитку особистості дитини. Найбільш

поширеною є класифікація стилів виховання, запропонована Д. Баумрінд, відповідно до якої виділяють авторитарний, демократичний та ліберальний стилі виховання. Подальші дослідження доповнили цю класифікацію індиферентним стилем, який характеризується емоційною дистанційованістю та низьким рівнем залученості батьків у життя дитини [9].

Демократичний стиль виховання вважається найбільш сприятливим для гармонійного розвитку особистості підлітка. Він ґрунтується на поєднанні емоційної підтримки, довіри, поваги до особистості дитини та помірного контролю. Батьки, які використовують демократичний стиль виховання, заохочують самостійність підлітка, підтримують відкриту комунікацію та враховують його думку. Такий стиль сприяє формуванню адекватної самооцінки, розвитку впевненості у собі, відповідальності та емоційної стабільності [4; 5; 9].

Авторитарний стиль виховання характеризується жорстким контролем, високим рівнем вимогливості та недостатнім емоційним прийняттям дитини. У таких сім'ях домінують дисципліна, підкорення та обмеження самостійності підлітка. Часте використання критики, покарань та придушення емоційних проявів може негативно впливати на формування самооцінки. Підлітки, які виховуються в умовах авторитарного стилю, нерідко демонструють невпевненість у собі, високий рівень тривожності, залежність від зовнішньої оцінки або, навпаки, протестну поведінку та агресивність [4; 8; 9].

Ліберальний стиль виховання характеризується мінімальним контролем та високим рівнем поблажливості з боку батьків. У таких сім'ях дитині надається значна свобода без достатнього формування меж та відповідальності. Хоча підлітки можуть відчувати емоційну підтримку, відсутність чітких правил і послідовності у вихованні інколи ускладнює розвиток самоконтролю та адекватного самосприйняття. Самооцінка таких підлітків може бути нестійкою та залежною від ситуативних факторів [4; 9].

Особливо негативний вплив на розвиток особистості має індиферентний стиль виховання, який супроводжується емоційною холодністю, байдужістю до потреб дитини та недостатньою участю у її житті. Дефіцит батьківської уваги та підтримки може сприяти формуванню почуття непотрібності, емоційної ізоляції та заниженої самооцінки. У підлітків, які виховуються в умовах емоційного відчуження, частіше спостерігаються труднощі соціальної адаптації, внутрішня невпевненість та емоційна нестабільність [4; 5].

Самооцінка є важливим компонентом структури особистості та визначає характер ставлення людини до себе, власних можливостей і соціальної значущості. У підлітковому віці самооцінка набуває особливої динамічності та чутливості до зовнішніх впливів. Саме в цей період підлітки активно порівнюють себе з однолітками, прагнуть соціального схвалення та формують власну систему життєвих орієнтирів. Адекватна самооцінка сприяє розвитку психологічної

стійкості, ефективної комунікації та успішної соціалізації, тоді як її порушення можуть бути чинником розвитку тривожних і депресивних станів [1; 8].

Суттєвий вплив на формування самооцінки підлітків мають також особливості емоційної взаємодії у сім'ї. Позитивна підтримка, довіра, визнання досягнень та прийняття особистості дитини створюють умови для формування впевненості у собі та позитивного образу «Я». Водночас постійна критика, порівняння з іншими, ігнорування емоційних потреб або психологічний тиск можуть сприяти розвитку внутрішньої невпевненості та низької самооцінки.

У сучасних умовах важливим додатковим чинником виступає інформаційний простір та соціальні мережі. Підлітки часто порівнюють себе з ідеалізованими образами успішності та зовнішності, що може посилювати залежність самооцінки від зовнішнього схвалення. За відсутності емоційної підтримки з боку батьків та навичок критичного мислення це може негативно впливати на психологічне благополуччя підлітка.

Особливого значення набуває психологічна просвіта батьків щодо особливостей підліткового віку та впливу стилів виховання на психоемоційний розвиток дитини. Формування навичок ефективної комунікації, емоційної підтримки та конструктивної взаємодії у сім'ї сприяє розвитку адекватної самооцінки та психологічної стійкості підлітків. Значний профілактичний потенціал мають сімейне консультування, психоедукаційні програми та тренінги батьківської компетентності [1; 3].

У межах дослідження передбачається аналіз взаємозв'язку між стилями сімейного виховання та рівнем самооцінки підлітків. Практичне значення роботи полягає у можливості використання отриманих результатів для розробки психопрофілактичних програм, спрямованих на гармонізацію дитячо-батьківських взаємин, розвиток позитивного самосприйняття та підвищення психологічного благополуччя підлітків [2; 3].

Стиль сімейного виховання є одним із провідних чинників формування самооцінки підлітків. Гармонійна емоційна взаємодія, підтримка самостійності дитини, атмосфера довіри та психологічної безпеки створюють сприятливі умови для розвитку впевненої, емоційно стійкої та соціально адаптованої особистості.

Література:

1. Титаренко Т. М. Сучасна психологія особистості : навч. посіб. Київ : Каравела, 2013. 372 с.

2. Рудінська О. В., Дружкова І. С., Васькова А. В. Психологічні аспекти формування гендерної рівності в умовах суспільної трансформації та війни. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ (серія психологічна).* 2025. № 1. С. 52–59. DOI: https://doi.org/10.32782/2311-8458/2025-1-7

3. Халік О. О., Питлюк-Смеречинська О. Д. Коучингові інтервенції як складова кризової допомоги в умовах війни. *Слобожанський науковий*

вісник. Серія: Психологія. 2026. № 1. DOI: https://doi.org/10.32782/psyspu/2026.1.27
4. Berk L. Development Through the Lifespan. Boston: Pearson Education, 2018. 864 p.
5. Harter S. The Construction of the Self: Developmental and Sociocultural Foundations. New York : Guilford Press, 2012. 413 p.
6. Lerner R.M. and Steinberg L. The Scientific Study of Adolescent Development: Past, Present, and Future. In *Handbook of Adolescent Psychology* (eds R.M. Lerner and L. Steinberg). 2004. https://doi.org/10.1002/9780471726746.ch1
7. Rogers C. On Becoming a Person. Boston : Houghton Mifflin, 1961. 420 p.
8. Orth U., Robins R. W. The development of self-esteem. *Current Directions in Psychological Science.* 2014. *23*(5). 381–387. https://doi.org/10.1177/0963721414547414
9. Darling N., Steinberg L. Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin.* 1993. *113*(3). 487–496. https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.3.487

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-103

ПІДХОДИ ДО АКТИВІЗАЦІЇ ПІЗНАВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В МАЙБУТНІХ БАКАЛАВРІВ ТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ВИКЛАДАННІ МЕДИЧНОЇ БІОЛОГІЇ

Погоріла Ірина Олегівна
кандидат педагогічних наук, доцент,
доцент кафедри біології
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Романенко Олександр Вікторович
доктор біологічних наук, професор,
завідувач кафедри біології
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

В Україні підготовка фахівців першого (бакалаврського) рівня вищої освіти за спеціальністю 17 «Терапія та реабілітація» галузі знань І «Охорона здоров'я та соціальне забезпечення» організовується у відповідності до затвердженого стандарту [1], яким передбачено, зокрема, оволодіння студентами комплексом природничо-наукових дисциплін. Однією з них при підготовці бакалаврів терапії та реабілітації як майбутніх асистентів фізичного терапевта у Національному

медичному університеті імені О. О. Богомольця є навчальна дисципліна «Медична біологія», що пропонується для вивчення студентами на другому курсі. Для забезпечення її викладання передбачене впровадження відповідних підходів до формування в здобувачів вищої медичної освіти загальних і професійних компетентностей, до активізації пізнавальної діяльності особистості, розвитку в неї критичного мислення, креативності, комунікативних навичок. Окреме місце при цьому займає напрацювання викладачами науково-обґрунтованих підходів до розробки принципів формування моделі комплексу завдань ситуаційного характеру з медичної біології з урахуванням їх місця у забезпеченні організації практично-орієнтованої складової навчального процесу [2, 3]. Дієвим доповненням до позначеного може бути використання освітніх кейсових технологій на основі розв'язання ситуаційних задач професійно-орієнтованого характеру у процесі підготовки бакалаврів терапії та реабілітації. З цим пов'язані питання актуалізації розвитку особистості, становлення її у професійному контексті, формування в неї життєвих і фахових компетентностей, підвищення її освітнього рівня в умовах застосування сучасних форм і методів навчання в закладі вищої освіти.

Так, кейс-метод, зокрема, спирається на суб'єкт-суб'єктну взаємодію викладача і здобувача вищої освіти, коли ними спільно опрацьовуються моделі практично-орієнтованих ситуацій у діяльності медичного працівника, здійснюється аналіз актуальних медико-біологічних проблем, розв'язуються завдання та задачі ситуаційного характеру професійного спрямування. Під час такої діяльності викладач прагне налаштувати майбутніх бакалаврів терапії та реабілітації приймати необхідні, важливі в контексті їх подальшої професійної діяльності рішення [4, 5]. Робота над відповідними кейсами в ході аудиторних навчальних занять з медичної біології, а також на засіданнях студентського наукового гуртка біологічного профілю в позааудиторний час передбачає, зокрема, аналіз учасниками освітнього процесу конкретної ситуації медико-біологічного спрямування з певного освітньо-наукового напрямку (з біології клітини, з біології індивідуального розвитку, з медичної генетики, з медичної паразитології), обґрунтування та утвердження групою студентів виробленого в процесі обговорення ними відповідного спільного рішення, визначення викладачем рівня володіння студентами фактажем, що підлягає опрацюванню. Для результативного використання кейс-методу при вивченні майбутніми бакалаврами терапії та реабілітації медичної біології необхідним є створення викладачем в студентській аудиторії комфортної психологічної атмосфери.

Таким чином, під час аудиторного навчального заняття з медичної біології у майбутніх асистентів фізичного терапевта є можливість проаналізувати відповідну, пов'язану з подальшою професійною діяльністю ситуацію, обрати найефективніший алгоритм розв'язання визначеної проблеми. В ході дискусії майбутні бакалаври терапії та

реабілітації пропонують варіанти вирішення конкретного проблемного питання медико-біологічного характеру, приймають найбільш оптимальні на їх думку рішення, беручи на себе відповідальність за кінцевий результат. Залежно від типу ситуації, що підлягає аналізу, позначений підхід передбачає досягнення певних освітніх цілей, зокрема формування в майбутніх бакалаврів терапії та реабілітації навичок застосування засвоєного ними теоретичного матеріалу з медичної біології з метою вироблення вмінь аналізувати проблеми практичного спрямування, формулювати професійно-орієнтовані завдання, формувати навички прогнозування способів вирішення проблемних ситуацій, розробляти різнопланові підходи до реалізації поставлених завдань. Серед виховних складових впровадження кейс-методу можна відзначити розвиток в особистості студента елементів творчості, цілеспрямованості, відповідальності за колективну роботу в групі, впевненості в собі, життєвої компетентності, соціальної активності, здатності до саморозвитку, самовдосконалення, самореалізації.

У ході підготовки майбутніх бакалаврів терапії та реабілітації з медичної біології імплементація в навчальний процес кейс-методу може сприяти підвищенню якості навчання здобувачів вищої освіти, активізації їх пізнавальної діяльності, формуванню в них навичок розв'язання проблем ситуаційного характеру. Це має стати в нагоді у професійній діяльності майбутніх асистентів фізичних терапевтів у подальшому. Впровадження позначеного методу в організацію навчального процесу з медичної біології доцільно розглядати як чинник, що налаштовує студентів до колективної роботи в групі, до прийняття узгоджених рішень.

Для формування особистості майбутнього асистента фізичного терапевта важливими є розвиток в сьогоднішнього студента аналітичного і творчого мислення, вміння систематизувати інформацію медико-біологічного характеру, розробляти альтернативні рішення проблем професійного спрямування. Застосування кейс-методу має стимулювати в здобувачів вищої освіти формування позитивної мотивації до оволодіння навчальною дисципліною, до ефективного засвоєння програмного матеріалу з медичної біології, до розвитку відповідних особистісних і професійних компетенцій, що в цілому є важливим для фахового становлення майбутніх бакалаврів терапії та реабілітації.

Література:

1. Про внесення змін до стандарту вищої освіти зі спеціальності 227 «Терапія та реабілітація» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти: Наказ Міністерства освіти і науки України від 29.10.2024 р. № 1541. URL: https://mon.gov.ua/static-objects/mon/sites/1/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2024/30-10-2024/227-terapiya-ta-reabilitatsiya-bakalavr-1541-vid-29-10-2024.pdf

2. Романенко О., Гурняк О. Природничо-наукова складова у підготовці фахівців з реабілітації в закладах вищої освіти. *Молодь і ринок: щомісячний науково-педагогічний журнал*. 2024. 1(221). С. 64–72. https://doi.org/10.24919/2308-4634.2024.298626

3. Романенко О. В., Гурняк О. М. Медична біологія як складова підготовки бакалавра фізичної терапії. *«Вісник науки та освіти (Серія «Філологія», Серія «Педагогіка», Серія «Соціологія», Серія «Культура і мистецтво», Серія «Історія та археологія»)»*: журнал. 2025. № 3(33) 2025. С. 1341–1359. https://doi.org/10.52058/2786-6165-2025-3(33)-1341-1359

4. Єрошенко Г. А., Клепець О. В., Рябушко О. Б., Ваценко А. В., Улановська-Циба Н. А., Передерій Н. О., Кінаш О. В., Шевченко К. В. Засоби активізації пізнавальної діяльності студентів на практичних заняттях із медичної біології. *Сучасні тренди розвитку медичної освіти: перспективи і здобутки*: матеріали навчально-наукової конференції з міжнародною участю, 24 березня 2022 року. м. Полтава. 2022. С. 101–103. URL: https: //repository.pdmu.ua/handle/123456789/17903

5. Головко Н., Кузьнєцова О. Активізація пізнавальної діяльності студентів засобами інтерактивних технологій. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія «Педагогіка».* 2022. Том 2. № 16. С. 5–8. https://doi.org/10.17721/2415-369.2022.16.01

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-104

ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ВПЛИВУ СОЦІАЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА НА САМОВИЗНАЧЕННЯ ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

Синиця Наталя Валеріївна
здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Цибух Людмила Миколаївна
кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Війна в Україні спричинила глибокі зміни у соціальній структурі та психологічному стані всього населення. Як відомо, однією з найбільш

уразливих груп є підлітки, адже саме у цьому віці відбувається активний розвиток самосвідомості, формування ідентичності та становлення ціннісних орієнтацій. Під впливом війни процес самовизначення ускладнюється хронічним стресом, почуттям небезпеки, соціальною нестабільністю та ризиком переживання психотравматичних подій.

Особливе значення має дослідження того, як соціальне середовище – сім'я, школа, громада, інформаційний простір – може посилювати або, навпаки, пом'якшувати негативні наслідки війни для психологічного розвитку юнаків.

Питання самовизначення підлітків у нинішніх умовах складно розглядати поза контекстом війни, яка суттєво змінює саму логіку їх соціалізації. Якщо в умовно стабільному середовищі підлітковий вік асоціюється з пошуком себе, експериментуванням із ролями, формуванням життєвих орієнтирів, то в ситуації постійної небезпеки цей процес часто відбувається під тиском тривоги, втрат і невизначеності. У таких умовах самовизначення не зникає як завдання розвитку, але набуває іншого змісту і темпу [1].

Соціальне середовище традиційно виступає базовим контекстом формування ідентичності. Йдеться не лише про сім'ю чи школу, а й про ширший соціальний простір, у якому підліток щоденно взаємодіє і вибудовує уявлення про себе. В умовах війни цей простір стає нестабільним: частина сімей переживає розлуку або втрати, освітній процес переривається чи змінює формат, звичні контакти з однолітками руйнуються або трансформуються. У підсумку підліток опиняється в ситуації, де звичні "опори" для самовизначення послаблюються або зникають [2].

У цьому контексті окремої уваги потребує вплив громади як ширшого соціального середовища. У працях М. Левицької підкреслюється, що в умовах кризи громада не може розглядатися однозначно – її вплив має подвійний характер. З одного боку, саме в громаді концентрується колективний досвід війни: новини про втрати, обговорення небезпеки, загальний емоційний фон [9].

З іншого боку, саме вона часто стає тим середовищем, яке дозволяє підлітку не залишатися наодинці зі своїм досвідом. Через взаємодію з іншими, участь у спільних активностях, включеність у життя спільноти формується відчуття належності та підтримки. Це особливо важливо в підлітковому віці, коли потреба бути частиною групи є однією з провідних. У такому сенсі громада може виступати простором відновлення, де виникають умови для розвитку резильєнтності не лише на індивідуальному, а й на колективному рівні [9].

Таким чином, вплив громади на самовизначення підлітка доцільно розглядати як амбівалентний: вона одночасно може підсилювати травматичний досвід і виконувати ресурсну функцію. Те, який із цих аспектів переважатиме, значною мірою залежить від якості соціальних

взаємодій, рівня підтримки та наявності конструктивних моделей реагування на кризу.

Якщо перейти до власне психологічних чинників самовизначення, то в умовах війни вони набувають особливої ваги. Передусім варто говорити про відчуття психологічної безпеки. Без мінімального рівня безпеки підліток обмежений у можливості досліджувати себе та пробувати різні варіанти майбутнього. У ситуації, коли базовим стає питання виживання, горизонти планування природно звужуються [3].

Не менш значущим є емоційний стан. Підвищена тривожність, страх, напруження впливають не лише на самопочуття, а й на когнітивні процеси – здатність аналізувати, планувати, приймати рішення. У такому стані самовизначення часто відкладається або набуває ситуативного характеру.

Важливу роль відіграє якість міжособистісних взаємин. Підтримка з боку дорослих і однолітків може частково компенсувати нестабільність зовнішніх умов, тоді як конфліктність чи емоційна віддаленість, навпаки, посилюють дезорієнтацію підлітка [4].

Окремо варто відзначити розвиток рефлексії. Саме здатність осмислювати власний досвід, у тому числі складний або травматичний, дозволяє інтегрувати його в особистісну структуру без руйнівних наслідків. У цьому сенсі рефлексія стає не просто когнітивною функцією, а важливим механізмом психологічної адаптації.

Ціннісно-смислова сфера також зазнає змін. Для частини підлітків спостерігається звуження інтересів до базових потреб, однак в інших випадках, навпаки, відбувається переосмислення життєвих пріоритетів і формування більш глибокого розуміння власних цінностей [6].

І, нарешті, важливим інтегративним чинником є резильєнтність – здатність зберігати відносну стабільність і відновлюватися попри складні обставини. Вона формується не лише як індивідуальна риса, а й у взаємодії з соціальним середовищем, зокрема громадою [8].

Отже, самовизначення підлітків в умовах війни не можна розглядати як ізольований внутрішній процес. Воно формується у складній взаємодії зовнішніх соціальних умов і внутрішніх психологічних ресурсів. Громада в цьому процесі відіграє особливу роль, поєднуючи в собі як ризики, так і можливості для розвитку, що необхідно враховувати як у теоретичних дослідженнях, так і в практиці психологічної підтримки підлітків.

Проведений аналіз показав, що рівень сприйнятого стресу доцільно розглядати як результат взаємодії кількох факторів, серед яких важливу роль відіграють як особистісні особливості, так і професійні інтереси. Особистісні риси можуть виступати як внутрішні ресурси адаптації або, навпаки, як фактори ризику, тоді як сформованість професійних орієнтацій може виконувати функцію стабілізації емоційного стану.

Отримані результати підкреслюють важливість комплексного підходу до вивчення психологічної адаптації підлітків. Врахування як особистісних характеристик, так і професійних інтересів дає змогу більш повно зрозуміти механізми переживання стресу та визначити можливі напрями психологічної підтримки.

Література:

1. Деменко О. Ф. Особливості соціальної адаптації особистості в умовах сучасного кризового суспільства. Актуальні проблеми психологічної та соціальної адаптації в умовах кризового суспільства : зб. матеріалів IV Всеукр. наук.-практ. круглого столу з міжнародною участю (м. Ірпінь, 24 квіт. 2019 р.). Ірпінь, 2019. С. 18–21.

2. Казібекова В. О. Психологічні ресурси особистості у кризових ситуаціях. Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя : матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф. (22–23 лют. 2018 р.). Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2018. С. 48–49.

3. Кокун О. В. Життєстійкість і резильєнтність людини в сучасному світі: теорія, дослідження, практика : монографія. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025. 214 с.

4. Панок В. Г. Алгоритми діяльності практичного психолога як інструмент психологічної допомоги особистості у закладах освіти. Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя : матеріали V Міжнар. наук.-практ. конф. (Суми, 28 лютого – 1 березня 2019 р.). Суми, 2019. С. 324–328.

5. Пріб Г. А., Раєвська Я. М., Бегеза Л. Є. Соціально-психологічні особливості адаптації особистості в умовах бойових дій. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія : Психологія*. 2022. Том 33 (72), № 2. С. 104–109. DOI https://doi.org/10.32838/2709-3093/2022.2/17

6. Ткачишина О. Р. Особливості соціально-психологічної адаптації особистості в кризових умовах. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія : Психологія.* 2021. Том 32 (71), № 3. С. 93–98. DOI https://doi.org/10.32838/2709-3093/2021.3/15

7. Alipour F., Ahmadi S. Social support and posttraumatic stress disorder (PTSD) in earthquake survivors: A systematic review. *Social Work in Mental Health*. 2020. Vol. 18, No. 5. P. 501–514. DOI:10.1080/15332985.2020.1795045

8. Alvis L., Zhang N., Sandler I. N., Kaplow J. B. Developmental manifestations of grief in children and adolescents: caregivers as key grief facilitators. *Journal of Child & Adolescent Trauma*. 2022. P. 1–11. DOI: 10.1007/s40653-021-00435-0

9. Lewicka M. Place attachment, place identity, and place memory: restoring the forgotten city past. *Journal of Environmental Psychology*. 2008. Vol. 28, No. 3. P. 209–231.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-105

5-КОМПОНЕНТНА МОДЕЛЬ ОПТИМІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРЕДСТАВНИКІВ СЕКТОРУ БЕЗПЕКИ ТА ОБОРОНИ У ВІДОМЧИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ

Соколова Анна Сергіївна
психотерапевт, клінічний психолог
ДУ «Територіальне медичне об'єднання
Міністерства внутрішніх справ України по Запорізькій області»
м. Запоріжжя, Україна

У період російсько-української війни одним з важливих завдань системи охорони здоров'я є повернення до служби, соціального життя й родини представників сектору безпеки та оборони зі складними психоемоційними станами, стрес-асоційованими та травматичними ураженнями головного мозку. Основними викликами для української системи охорони здоров'я стали: специфіка військової травми, стрімке зростання кількості таких пацієнтів, а також їх довготривале відновлення.

Гострою проблемою є збільшення кількості пацієнтів з суїцидальною поведінкою через втрату відчуття контролю над власним життям та соціальну дезадаптацію. Окремої уваги потребує суттєве збільшення кількості осіб з когнітивними порушеннями, спричиненими довготривалим надмірним стресом та наслідками вибухових травм. Зниження пам'яті, уваги, виконавчих функцій негативно впливає на морально-психологічний стан представників сектору оборони та безпеки. Наприклад, вони починають забувати важливу для себе інформацію не лише службового, а й особистого характеру (про річницю весілля, день народження коханої людини тощо). Це знижує точність та ефективність виконання службових обов'язків і може спричинити збільшення бойових втрат.

Таким чином, екстреним завданням для відомчої медицини стала оптимізація системи психологічної допомоги та реабілітації представників сектору оборони та безпеки. Наразі потрібна синергія клінічних, соціальних та організаційних інструментів, щоб створити стійку та адаптивну систему відновлення їх психічного здоров'я.

Усвідомлення надзвичайної гостроти ситуації та аналіз існуючих «вузьких місць» у психологічній роботі зі службовцями дали розуміння, що вирішення цього завдання потребує відходу від фрагментованих дій

на користь системної стратегії. Практичне рішення повинно комплексно закривати виявлені дефіцити та забезпечувати досягнення таких цілей:

– формування довіри до психологів та збільшення мотивації на роботу з ними;

– заміна відчуття відчуженості осіб з бойовим досвідом відчуттям приналежності;

– своєчасна нейропсихологічна діагностика та корекція при стрес-асоційованих та травматичних ураженнях головного мозку;

– зменшення ризиків, пов'язаних з прихованим когнітивним дефіцитом;

– забезпечення повноцінного повернення осіб, які отримали ампутації кінцівок, до соціального життя через потрібність та активність;

– зниження суїцидальних ризиків;

– пришвидшення психологічного відновлення осіб з досвідом полону;

– збільшення стресостійкості;

– профілактика госпітального синдрому;

– збільшення ефективності реабілітаційних заходів та стаціонарного лікування.

Комплексно впоратися з усіми цими завданнями у відомчих медичних закладах здатна запропонована 5-компонентна модель оптимізації системи психологічної допомоги та реабілітації:

1. Формування культури звернення за психологічною допомогою.
2. Нейропсихологічна реабілітація та середовищний вплив.
3. Специфічні протоколи та превенція кризових станів.
4. Інституційна підтримка та професіоналізація фахівців.
5. Цифровізація та моніторинг (Digital Health).

Формування культури звернення за психологічною допомогою, в першу чергу, передбачає збільшення довіри до конфіденційності психотерапевтичного процесу, яке може бути досягнуто шляхом створення жорсткого етичного кодексу психологів, задіяних у роботі з представниками сфери безпеки та оборони. Елементом розвитку культури звернення до психолога вбачається проведення показів тематичних фільмів під час стаціонарного лікування. Також важливим є створення інституту ветеранського лідерства, оскільки службовці традиційно довіряють «своїм» і, коли у «свого» виходить психоемоційно відновитися, то це стимулює також звернутися до спеціаліста за допомогою.

Критичним викликом є збільшення кількості пацієнтів з травматичними ураженнями головного мозку, які потребують нейропсихологічної діагностики та корекції. Ситуація ускладнюється

феноменом прихованого когнітивного дефіциту, коли поєднання численних легких черепно-мозкових травм спричиняє стійкі когнітивні порушення. При цьому, враховуючи відсутність видимих фізичних ушкоджень, представники сектору оборони та безпеки не звертаються до лікарів за допомогою одразу після потрапляння під вплив вибухової хвилі. Накопичення ЛЧМТ призводить до зниження вищих психічних функцій, що негативно впливає на якість виконання службових обов'язків і може спричинити збільшення бойових втрат. Для комплексного покращення ситуації потрібні, в першу чергу, спеціалісти з глибокими знаннями нейропсихології. За їх участі та методологічної підтримки Української асоціації нейропсихології варто впровадити регулярні профілактичні нейропсихологічні скринінги, психоедукацію щодо впливу вибухової хвилі на мозок та можливостей нейропсихологічної корекції, реабілітації, компенсації. Дієвим інструментом стануть групові когнітивні тренінги для амбулаторних та стаціонарних хворих у рамках відомчого медичного закладу.

Впровадження в повсякденну практику медичних закладів мультимодального сенсорного простору – ще один спосіб покращити якість допомоги службовцям та пришвидшити їх відновлення [1, с. 654]. Втручання з використанням технологій прогностично сприяє скороченню термінів відновлення на 25%, знижує ризик розвитку госпітального синдрому на 27%, зменшує рівень неконтрольованої агресії на 31%, підвищує ефективність психокорекційної роботи на 22%.

Враховуючи зростання кількості осіб з суїцидальними тенденціями, критичним викликом є створення тренінгів з превенції суїциду [2, с. 566], які будуть корисні не лише для спеціалістів у сфері психології, але й для службовців, які хочуть вчасно розпізнавати кризові стани.

Вдалим рішенням буде організація у відомчих медзакладах груп підготовки до бойового стресу, а також розширення практики залучення до адаптивного спорту службовців, які отримали ампутацію кінцівок. Залучення людей з інвалідністю до активного життя сприяє не лише фізичній реабілітації, а й може стати новим хобі або професійною реалізацією. Крім того, адаптивні види спорту, зокрема ампфутбол, підтримують реінтеграцію у суспільство, ментальне відновлення та емоційну стабілізацію [3].

Травмачутливий підхід до роботи з особами, які мають досвід полону, в першу чергу потребує розуміння особливостей взаємодії. Для цього важливо у всіх відомчих медзакладах, які дотичні до роботи з такою категорією пацієнтів, провести змістовне очне навчання співробітників правилам дбайливого спілкування та поводження для мінімізації ризику повторної травматизації.

Окрім цього спеціалісти з психології, які працюють у відомчих медзакладах, наразі потребують створення інституту зовнішньої супервізії, наприклад, за підтримки Міжнародної спілки супервізорів,

для запобігання професійному вигоранню та збільшення професійних компетенцій. Ще одна актуальна потреба психологів системи МВС стосується поглибленого навчання нейропсихології. Інституційна підтримка потрібна і для тих фахівців, котрі хочуть здобути медичну освіту для розширення компетенцій. У цей непростий військовий час важливо дбати не лише про тих, хто потребує допомоги, але й про тих, хто професійно допомагає іншим.

Завершальний компонент запропонованої моделі оптимізації системи психологічної допомоги та реабілітації представників сектору безпеки та оборони – цифровізація та моніторинг (Digital Health). Цей компонент, в першу чергу, включає створення мобільного додатку «Ментальний помічник» для щоденного самоконтролю стану службовців та можливості швидкого зв'язку з психологом через вбудовану «тривожну кнопку». Технологічною відповіддю на сучасні виклики стане і біофідбек-системи (індивідуальні датчики), котрі дозволяють у реальному часі кожному службовцю бачити свої показники (пульс, дихання, напруження м'язів тощо) і вчитися керувати ними через психорелаксаційні методики. Всі дані, зібрані датчиком, будуть фіксуватися у додатку, що дозволить за допомогою аналітичних алгоритмів штучного інтелекту, виявляти психічні ризики у представників сектору безпеки та оборони ще до появи клінічних симптомів.

Реалізація запропонованої 5-компонентної моделі знаменує перехід відомчої медицини від реактивного лікування наслідків до проактивної стратегії комплексного відновлення особистості. Адже в умовах тривалої війни збереження психічного здоров'я службовців сектору безпеки та оборони дорівнює збереженню самої держави.

Література:

1. Тривоги, травми та обсесивно-компульсивні розлади : пер. 3-ого вид. / Н. М. Саймон, Е. Голландера, Б. О. Ротбаум, Д. Д. Стайна та ін.; за ред. Н. М. Саймон; наук. ред. пер. Б. Михайлов. Київ, 2025. 821 с.

2. Психіатрія та психотерапія: інтенсивний курс : пер. 10-ого вид. / А. Брюкнер, А. Гасан, К. Гімке та ін.; за заг. ред. К. Ліба; наук. ред. пер. О. Маковійчук. Київ, 2025. 601 с.

3. Бідний М. В. Ампфутбол – це прояв сили, витримки й незламності наших Героїв та Героїнь. Офіційний портал Міністерства молоді та спорту України. URL: https://mms.gov.ua/news/matvii-bidnyi-ampfutbol-tse-proiav-syly-vytrymky-i-nezlamnosti-nashykh-heroiv-ta-heroin (дата звернення: 20.05.2026).

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-106

СТРЕСОСТІЙКІСТЬ ФАХІВЦІВ ДОПОМАГАЮЧИХ ПРОФЕСІЙ: РЕСУРСНИЙ, ОСОБИСТІСНИЙ ТА СИСТЕМНИЙ ВИМІРИ

Терещенко Ольга Олегівна
асистент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Мешко Тетяна Богданівна
здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Фахівці допомагаючих професій – медики, психологи, соціальні працівники, педагоги – щоденно функціонують в умовах хронічного професійного навантаження, яке поєднує інтенсивний міжособистісний контакт, постійну емоційну залученість і підвищену відповідальність за благополуччя інших.

Така специфіка діяльності суттєво підвищує ризик розвитку емоційного вигорання, стресу, вікарної травми та втоми від співчуття, яка може виникати раптово, на відміну від вигорання. У розгорнутій перспективі зазначені стани можуть призводити до професійної деформації. В умовах воєнного стану в Україні ці ризики набувають особливої гостроти: фахівці допомагаючих професій стикаються одночасно з особистими наслідками травматичного досвіду та зростаючим попитом на їхні послуги, що ще більше виснажує адаптаційні ресурси. Водночас питання про те, які психологічні ресурси і чинники визначають здатність фахівця зберігати ефективність і психологічне здоров'я, залишається дискусійним і потребує систематизації на теоретичному рівні.

У сучасному науковому дискурсі стресостійкість розглядається як багатовимірний конструкт, що не зводиться до однієї риси чи здатності. Узагальнення наявних підходів – ресурсного, системного та особистісного –дозволяє розглядати стресостійкість як складне, багаторівневе утворення, що поєднує властивості особистості, процеси саморегуляції, адаптаційні механізми та поведінкові стратегії подолання, забезпечуючи збереження психофізичної рівноваги та ефективність діяльності в умовах стресу [3, с. 42]. Лише інтеграція цих

підходів уможливлює повноцінний опис феномену: ресурсний підхід описує динаміку засобів подолання, системний – взаємодію особистості з середовищем, особистісний – стабільні диспозиції суб'єкта.

Ресурсний підхід базується на теорії збереження ресурсів (Conservation of Resources, COR) С. Хобфолла як провідній теоретичній моделі стресостійкості: стрес виникає в ситуаціях реальної або загрозливої втрати значущих ресурсів або за відсутності їх приросту після суттєвих інвестицій [6, с. 103]. У межах цього підходу стресостійкість трактується як інтегральна, динамічна властивість особистості, рівень якої безпосередньо залежить від наявності ресурсів: їх накопичення підвищує стійкість, тоді як дефіцит – знижує. Психологічні ресурси особистості складають взаємопов'язану систему внутрішніх і зовнішніх компонентів. Внутрішні ресурси охоплюють когнітивні (гнучкість мислення, рефлексія, когнітивна переоцінка), емоційні (емоційний інтелект, саморегуляція) та ціннісно-смислові складники (осмисленість, мотивація, відповідальність). Зовнішні ресурси включають соціальну підтримку – з боку колег, керівництва та близьких – а також умови праці [2, с. 23].

Системний підхід розглядає стресостійкість не як ізольовану рису, а як інтегративну характеристику взаємодії особистості з середовищем – систему, яка постійно перебудовується для досягнення нового рівня стабільності. Серед сучасних представників цього напряму – О. Когут, яка визначає стресостійкість як цілісну властивість особистості, що включає взаємопов'язані психофізіологічні, емоційно-комунікативні, когнітивні та ціннісно-вольові компоненти [3, с. 44], та О. Сорока, яка операціоналізує її через структурні компоненти, стан кожного з них, їхню взаємодію та динаміку усвідомленої адаптації [4, с. 131]. Водночас системний підхід акцентує, що стресостійкість формується під впливом генетично зумовлених особливостей і соціальних умов, тобто є результатом розвитку, а не лише природженою рисою.

Особистісний підхід до стресостійкості зосереджується на відносно стабільних індивідуальних характеристиках, що визначають вразливість або стійкість до стресу. Серед ключових представників цього напряму – Т. Циганчук, яка трактує стресостійкість як характеристику, що регулює структуру особистості через механізми самоконтролю, саморегуляції та емоційної стійкості, та Г. Дубчак, яка розрізняє мікроаналітичний рівень (стресостійкість як індивідуальна риса) і макроаналітичний (як стиль поведінки, зумовлений темпераментальними механізмами) [3, с. 43]. У контексті воєнного стану дослідниця О. Чиханцова підкреслює значущість внутрішнього локусу контролю, раціональності та гнучкості мислення: резильєнтні особистості не занурюються в катастрофізацію, а шукають конкретні рішення та способи адаптації [5, с. 146].

Поєднання ресурсного, особистісного та системного підходів утворює теоретичне підґрунтя для багаторівневого аналізу чинників стресостійкості фахівців допомагаючих професій. Модель вимог та ресурсів роботи (JD-R) уточнює механізм: хронічний стрес виникає тоді, коли інтенсивність вимог-перешкод перевищує адаптаційні можливості індивіда, а наявні ресурси є недостатніми для компенсації енерговитрат [8, с. 1]. Відповідно, чинники стресостійкості систематизуються на трьох рівнях: індивідуальному, організаційному та міжособистісному.

На індивідуальному рівні стресостійкість підтримують: особистісні ресурси (оптимізм, почуття покликання, сенс роботи), розвинений емоційний інтелект, адаптивні копінг-стратегії (орієнтація на вирішення проблем, позитивне переосмислення, пошук підтримки), практики майндфулнесу та навички саморегуляції [1, с. 1573]. Натомість знижують стресостійкість: низька самооцінка, песимізм, відсутність навчання саморегуляції та схильність до пригнічення емоцій.

На організаційному рівні захисними чинниками є: чіткий розподіл ролей, автономія у виконанні обов'язків, адекватне навантаження, доступ до програм психологічної допомоги та можливості для професійного розвитку. Особливо значущою є службова супервізія, яка демонструє найсильніший захисний ефект щодо ризику емоційного вигорання у фахівців, що працюють із кризовими клієнтами [7, с. 2]. Ризик вигорання підвищують надмірна бюрократія, конфлікт ролей та дефіцит ресурсів.

На міжособистісному рівні ключовим буфером виступає соціальна підтримка – з боку колег, керівництва та родини. Відчуття допомоги й розуміння знижує ймовірність вигорання та сприяє відновленню після стресових епізодів [9, с. 1].

Стресостійкість фахівців допомагаючих професій є складним, динамічним утворенням, яке не може бути зведене до однієї особистісної риси чи ресурсу. Теоретичний аналіз засвідчує, що ефективна підтримка стресостійкості вимагає інтеграції ресурсного, системного та особистісного підходів. Ресурсний підхід фокусує увагу на динаміці накопичення та витрати внутрішніх і зовнішніх ресурсів; системний – на умовах середовища та їх взаємодії з індивідуальними характеристиками фахівця; особистісний – на стабільних рисах і ціннісно-смислових детермінантах адаптації. Лише комплексний вплив на всіх трьох рівнях – індивідуальному, організаційному та міжособистісному – здатний забезпечити збереження психологічного здоров'я та професійну ефективність фахівців, які несуть на собі значне суспільне навантаження, особливо в умовах тривалого воєнного конфлікту.

Література:

1. Гоян І. М., Цибуліна І. В., Кочерга Є. В., Базика Є. Л. Проблема стресостійкості фахівців допомагаючих професій як чинника професійного самозбереження. *Наукові перспективи.* 2025. № 4(58). С. 1570–1578. DOI: https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-4(58)-1570-1578

2. Даценко О. А. Психологічний ресурс особистості як наукова парадигма. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія.* 2020. Т. 31 (70), № 4. С. 22–27. DOI: https://doi.org/10.32838/2709-3093/2020.4/03

3. Когут О. О. Психологія стресостійкості особистості : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.07. Переяслав, 2021. 535 с.

4. Сорока О. М. Від системно–рівневої організації стресостійкості фахівця морського транспорту до структурно–функціональної моделі її розвитку. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права.* 2022. Вип. 4. С. 131–138. DOI: https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2022.4.19

5. Чиханцова О. А. Резильєнтність як особистісний ресурс українців в умовах воєнного стану. *Журнал сучасної психології.* 2025. № 2 (37). С. 146–152. DOI https://doi.org/10.26661/2786-7471/2025-2-16

6. Hobfoll S. E., Halbesleben J., Neveu J.–P., Westman M. Conservation of Resources in the Organizational Context: The Reality of Resources and Their Consequences. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior.* 2018. Vol. 5. P. 103–128. DOI: 10.1146/annurev-orgpsych-032117-104640.

7. Iosim I., Runcan P., Dan V., Nadolu B., Runcan R., Petrescu M. The Role of Supervision in Preventing Burnout among Professionals Working with People in Difficulty. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2022. Vol. 19, No. 1. Art. 160. DOI: 10.3390/ijerph19010160.

8. Junker T. L., Bakker A. B., Derks D., Pletzer J. L. Work Engagement in Agile Teams: Extending Multilevel JD-R Theory. *Journal of Organizational Behavior.* 2025. DOI: 10.1002/job.2860.

9. Shahwan S., Tay E. H., Shafie S., Tan Y. B., Gunasekaran S., Tan R. H. S., Satghare P., Zhang Y., Wang P., Tan S. C., Subramaniam M. The protective role of resilience and social support against burnout during the COVID–19 pandemic. *Frontiers in Public Health.* 2024. Vol. 12. Art. 1374484. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1374484.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-107

ВПЛИВ СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ НА САМООЦІНКУ ТА ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ПІДЛІТКІВ

Терещенко Ольга Олегівна
асистент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Підмогильна Альона Вікторівна
здобувач вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

У сучасних умовах глобальної цифровізації соціальні мережі перетворилися з інструменту комунікації на ключове середовище онтогенетичного розвитку підлітків. Особливої актуальності набуває проблема трансформації самооцінки та емоційного стану під впливом віртуального простору, що створює нові виклики для ментального здоров'я молоді в умовах соціальної нестабільності. Підлітковий вік є сенситивним періодом для становлення самооцінки, у межах якого відбувається перехід від дитячих нормативних орієнтирів до дорослих моделей поведінки, а також активний процес формування ідентичності. Водночас у сучасному цифровому середовищі самооцінка у підлітковому віці може розглядатися як динамічна система, формування якої значною мірою залежить від реакцій, оцінок і схвалення в соціальних мережах [5, с. 5].

Теоретичний аналіз проблеми дозволяє виокремити кілька ключових підходів до пояснення впливу соціальних мереж на психіку підлітків. Зокрема, у межах теорії соціального порівняння Л. Фестінгера підкреслюється, як підліток використовує оточуючих для оцінки власних здібностей. Модель інтерналізації соціокультурних стандартів (Т. Фардулі, Е. Томпсон) пояснює, що підлітки схильні до внутрішнього привласнення соціокультурних стандартів зовнішності. У підлітковому віці, коли тіло зазнає бурхливих змін, виникає гостра сенситивність до будь-якої невідповідності еталонам привабливості. З позиції концепції «уявної аудиторії» Д. Елкінда самооцінка створює фундамент для свідомого саморозвитку, з іншого – породжує специфічне когнітивне викривлення, відоме як феномен «уявної аудиторії». У вітчизняній психології (Г. Костюк, С. Максименко, І. Бех) розвиток самосвідомості

підлітка розглядається як процес саморегуляції на основі внутрішніх ресурсів. [2, с. 1011–1017].

Таким чином, психологічні особливості підліткової самооцінки в умовах цифрового середовища характеризуються лабільністю, яка проявляється у різких коливаннях між переживанням власної винятковості та відчуттям повної неспроможності; поляризованістю оцінок і схильністю до дихотомічного мислення та катастрофізації негативного досвіду; орієнтацією на зовнішнє підкріплення, за якої уявлення про власну цінність значною мірою залежать від соціального статусу в групі та кількісних показників схвалення у цифровому просторі, зокрема лайків і коментарів.

Результати теоретичного аналізу свідчать, що підліткова самооцінка в мережі функціонує як відкрита система, позбавлена автономії. Одним з ключових чинників негативного впливу на самосприйняття підлітків виступає цифрова адикція, що зумовлюється нейропсихологічною вразливістю – дисбалансом між гіперактивною лімбічною системою та незрілістю префронтальної кори. Серед провідних компонентів адиктивного впливу виділяють витіснення віртуальним життям реальних інтересів, візуальну об'єктивація, коли відбувається розрив між схваленим «Я-віртуальним» та реальним образом та втрату вольового контролю внаслідок «алгоритмічного поглинання». Емпірично доведено, що підлітки з високим рівнем алгоритмічного поглинання демонструватимуть значущо вищі показники соціальної тривожності, зумовленої дією «уявної аудиторії». Дефіцит віртуального схвалення активує механізм «соціального болю», що ідентифікується мозком аналогічно до фізичної травми та корелює з низькою самоповагою [6, с. 1355–1360].

Серед деструктивних чинників цифрового середовища, що деформують самосприйняття підлітків, також виділяють: синдром FOMO (нав'язливий страх соціальної ізоляції); кібербулінг, що активує механізм соціального болю аналогічно до фізичної травми; та ілюзія норми, яка через механізм висхідного порівняння призводить до девальвації власного досвіду. Окрему загрозу становить дисморфофобія, спровокована ШІ-маніпуляціями з образом тіла, та ефект дисоціації при алгоритмічному поглинанні контенту, що виснажує когнітивні ресурси саморегуляції. Виявлено, що використання цифрових фільтрів та ретуші (вектор Instagram) корелює з ризиками розвитку дисморфофобії, особливо у дівчат-підлітків, які демонструють вищу емоційну вразливість до маніпуляцій. [6, с. 143–146].

Серед чинників, які здійснюють позитивний вплив виділяються: соціально-психологічні чинники та роль автономії-сепарації підлітка, наявність групі однолітків та формування відчуття «Ми», розвиток

рефлексії – здатності критично осмислювати власні стани та відокремлювати «Я-реальне» від «Я-віртуального, наявність професійної ідентичності, практика Digital Detox, зміцнення внутрішніх критеріїв самооцінювання та формування реальних сфер досягнень поза віртуальним простором, свідоме медіаспоживання та розвиток критичного мислення. [1, с. 28–36].

Узагальнення результатів підтверджує, що цифрове середовище є значущим чинником трансформації підліткової самооцінки та емоційного стану. Орієнтація на зовнішнє схвалення, постійне соціальне порівняння та залежність від реакцій у соціальних мережах підвищують емоційну вразливість підлітків, сприяють нестабільності самооцінки та посиленню проявів соціальної тривожності. Це визначає необхідність впровадження програм медіагігієни та зміцнення суб'єктності для стабілізації психічного здоров'я особистості в цифрову еру [3, с. 4–44].

Література:

1. Березовська Л. І. Вплив соціальних мереж на психологічне благополуччя особистості. *Питання психології*. 2020. № 2 (55). С. 28–36. https://doi.org/10.33099/2617-6858-2020-55-2-28-36

2. Бобилева Я. В., Сорока Д. Г. Психологічні аспекти формування самооцінки особистості під впливом соціальних мереж. *Перспективи та інновації науки. Серія: Психологія.* 2024. № 12. С. 1009–1017 DOI: https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-12(46)-1009-1017.

3. Єременко О. Збірник наукових праць. 2016. Вип. VI. https://elibrary.kdpu.edu.ua/bitstream/123456789/6121/1/%D0%90%D0%BA%D1%82%D1%83%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%96%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B5%D0%BC%D0%B8%20%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%97%206.pdf

4. Калінчук Л. О. Вплив соціальних мереж на ментальне здоров'я підлітків: виклики та перспективи. *Перспективи та інновації науки. Серія: Психологія.* 2025. № 6. С. 1353–1362. https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-6(52)-1353-1362

5. Максименко С. Д. Генеза здійснення особистості : монографія. К. : ТОВ «КММ», 2006. 240 с. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/734643/1/%D0%93%D0%B5%D0%BD%D0%B5%D0%B7%D0%B0%20%D0%B7%D0%B4%D1%96%D0%B9%D1%81%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%20%D0%BE%D1%81%D0%BE%D0%B1%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%96%20%28%D1%83%D0%BA%D1%80.%D0%B2%D0%B0%D1%80.%2C%20%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D1%96%D1%8F%2C%20%D0%9C%D0%B0%D0%BA%D1%81%D0%B8%D0%BC

%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE%20%D0%A1.%D0%94.%20200
6%D1%80.%29%20%281%29.pdf
6. Нечиталюк М. О. Соціально-психологічні чинники впливу соціальних мереж на психіку підлітків. Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку : матеріали Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. (15 листопада 2024 р.). Переяслав, 2024. Вип. 102. С. 143–146.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-108

ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ У ДІТЕЙ ЗАСОБАМИ КАЗКОТЕРАПІЇ

Терещенко Ольга Олегівна
асистент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Чуяс Влада Олександрівна
здобувач вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Емоційний інтелект у дошкільному віці є важливою умовою гармонійного розвитку дитини. Він охоплює здатність розпізнавати власні емоції, розуміти переживання інших людей, називати емоційні стани, співпереживати, регулювати поведінку та знаходити прийнятні способи вираження почуттів. К. Борисенко та С. Бадер підкреслюють, що розвиток емоційного інтелекту дітей старшого дошкільного віку пов'язаний із формуванням емоційної обізнаності, емпатії, здатності до саморегуляції та розуміння соціальних ситуацій [1, с. 49]. Н. Волік розглядає емоційний інтелект дошкільника як інтегровану якість, що формується у взаємодії з дорослими, однолітками, освітнім середовищем і спеціально організованими розвивальними впливами [2, с. 32].

У дошкільному віці дитина ще опановує мову емоцій. Вона часто переживає сильні почуття, але потребує допомоги дорослого для їх називання, пояснення й регуляції. І. Грицюк та С. Міліщук зазначають, що діти старшого дошкільного віку краще розпізнають базові емоції з яскравими зовнішніми проявами, однак складніше пояснюють причини

переживань, пов'язаних зі страхом, смутком, образою або тривогою [4, с. 31]. С. Дерев'янко та С. Лавренко підкреслюють потребу в діагностиці емоційного інтелекту саме в дитячому віці, оскільки рівень розпізнавання емоцій, емпатії, емоційної саморегуляції впливає на подальше спілкування, адаптацію й навчальну готовність дитини [5, с. 24].

Одним із ефективних засобів формування емоційного інтелекту виступає казкотерапія. Казка є природною для дошкільника формою пізнання світу, оскільки поєднує сюжет, образ, дію, моральний вибір, емоційне переживання та безпечне програвання складних життєвих ситуацій. Н. Харченко та О. Туркулець доводять позитивний вплив казки на емоційну сферу дошкільників, зокрема на рівень тривожності, емоційного інтелекту, самопочуття, настрою й активності [6, с. 70]. А. Хаустова також розглядає казку як засіб розвитку емоційної сфери дошкільників, оскільки через образ персонажа дитина вчиться впізнавати власні переживання, співпереживати та обирати прийнятну поведінку [7, с. 201].

Психологічними чинниками формування емоційного інтелекту дітей засобами казкотерапії є емоційна включеність дитини в сюжет, ототожнення з персонажем, розвиток емпатії, мовленнєве позначення емоцій, безпечне обговорення складних переживань і підтримувальна позиція дорослого. Під час роботи з казкою дитина вчиться бачити зв'язок між подією, почуттям і поведінкою персонажа. Наприклад, герой може злитися через втрату іграшки, боятися темного лісу, сумувати через самотність або радіти через допомогу друга. Через обговорення таких ситуацій дошкільник поступово засвоює, що емоції мають причини, можуть змінюватися й потребують безпечного вираження. Особливу роль відіграє емоційний словник дитини. Якщо дошкільник має обмежений набір слів для опису почуттів, він частіше передає свій стан поведінкою: плачем, протестом, уникненням, імпульсивною реакцією або замкненістю. Казкотерапія розширює цей словник через прості запитання: «Що відчував герой?», «Чому йому стало страшно?», «Як можна його підтримати?», «Що допомогло йому заспокоїтися?». Л. Гладун та І. Жаркова, аналізуючи формування емоційного інтелекту старших дошкільників засобами театралізованої діяльності, зазначають, що образне проживання ролі сприяє розумінню емоцій, розвитку співпереживання та засвоєнню соціально прийнятних форм поведінки [3, с. 11].

Метою дослідження було перевірити ефективність казкотерапії у розвитку емоційного інтелекту дітей старшого дошкільного віку та зниженні тривожності. Дослідження проведено на базі Одеського ЗДО «Ясла-садок» № 15 серед 38 дітей віком 5-7 років. Вибірку поділено на експериментальну й контрольну групи по 19 дітей: перша брала участь

у казкотерапевтичній програмі, друга продовжувала освітню діяльність у звичайному режимі.

Емпіричне дослідження мало квазіекспериментальний характер і охоплювало підготовчий, констатувальний, формувальний, контрольний та аналітичний етапи. На констатувальному етапі було проведено первинну діагностику емоційного інтелекту, емоційної регуляції та тривожності дітей. Для цього використано методику І. Омельченко «Інтерсуб'єктний та інтрасуб'єктний емоційний інтелект», Emotional Regulation Checklist і проєктивну методику «Обери потрібне обличчя» Р. Теммл, М. Доркі, В. Амен.

На початку дослідження експериментальна та контрольна групи мали близькі стартові показники емоційного інтелекту: середній рівень переважав в обох групах, а низький рівень був однаковим – по 26,3%. Середній бал емоційного інтелекту становив 18,4 бала в експериментальній групі та 18,0 бала в контрольній, що підтверджує порівнюваність груп до початку програми. Первинна діагностика показала, що діти краще розпізнавали радість і злість, тоді як смуток, страх, подив і спокій у сюжетних ситуаціях викликали більше труднощів. Частина дітей правильно обирала зображення, але не могла пояснити причину емоційного стану персонажа, що підтвердило потребу у спеціальній роботі з розвитку розуміння емоцій.

Авторська програма казкотерапевтичних занять була спрямована на розвиток емоційного інтелекту дітей: розпізнавання й називання емоцій, розуміння причин переживань, розвиток емпатії, самозаспокоєння та безпечне вираження почуттів. Програма містила 7 занять тривалістю 25–30 хвилин. Кожне заняття включало казковий сюжет, бесіду, запитання про емоції, вправи на впізнавання почуттів, творче завдання або коротку вправу на саморегуляцію. Основою програми було обговорення переживань через образ казкового героя, що допомагало дітям безпечно говорити про складні емоції.

Після завершення програми в експериментальній групі зафіксовано виражену позитивну динаміку: частка дітей із високим рівнем емоційного інтелекту зросла з 15,8% до 63,2%, а з низьким рівнем зменшилася з 26,3% до 5,3%. Середній показник емоційного інтелекту підвищився з 18,4 до 27,8 бала, емоційної регуляції – з 18,9 до 25,6 бала, тоді як емоційна лабільність / негативізм знизилася з 37,4 до 27,2 бала, а індекс тривожності – з 42,6% до 24,1%. У контрольній групі зміни були мінімальними: емоційний інтелект зріс з 18,0 до 19,2 бала, а індекс тривожності знизився з 43,0% до 40,8%. Статистична перевірка за t-критерієм Стьюдента підтвердила достовірність змін в експериментальній групі за всіма показниками ($p < 0,001$), тоді як у контрольній групі статистично значущих змін не виявлено ($p > 0,05$).

Якісний аналіз показав, що казкотерапевтичні заняття відповідали віковим можливостям: діти активно включалися в сюжет, співпереживали персонажам, пояснювали їхні вчинки та пропонували способи допомоги. Після програми діти точніше називали власні емоції, частіше використовували фрази підтримки, зверталися по допомогу й намагалися домовлятися під час конфліктів.

Отримані результати свідчать, що основними психологічними чинниками формування емоційного інтелекту засобами казкотерапії є емоційно безпечне середовище, образний зміст казки, ототожнення з персонажем, активне обговорення переживань, підтримка дорослого та регулярність занять. Казкотерапія допомагає дітям розпізнавати емоції, пояснювати їх причини, співпереживати, добирати слова для власних станів і використовувати прості способи самозаспокоєння. Практичне значення дослідження полягає в можливості використання казкотерапії у роботі психолога, вихователя та батьків для розвитку емоційного словника, емпатії, саморегуляції й зниження тривожності. Отже, дослідження підтвердило ефективність казкотерапії у розвитку емоційного інтелекту дітей старшого дошкільного віку. Після програми в експериментальній групі зросли показники емоційного інтелекту й емоційної регуляції, а рівень тривожності та емоційної лабільності знизився. Казкотерапія є доцільним засобом розвитку емоційної сфери, оскільки поєднує гру, образ та співпереживання.

Література:

1. Борисенко К. Ю., Бадер С. О. Особливості розвитку емоційного інтелекту дітей старшого дошкільного віку. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: «Педагогіка. Соціальна робота».* 2021. № 1(48). С. 48-52. DOI: 10.24144/2524-0609.2021.48.48-52

2. Волік Н. М. Розвиток емоційного інтелекту дітей дошкільного віку в умовах закладу дошкільної освіти: дис. ... д-ра філософії: 012 – Дошкільна освіта. Запоріжжя, 2023. 299 с.

3. Гладун Л. В., Жаркова І. І. Емоційний інтелект та його формування в старшого дошкільника засобами театралізованої діяльності. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти.* 2023. Вип. 4. С. 9-16. DOI: https://doi.org/10.32782/academ-ped.psyh-2023-4.02

4. Грицюк І. М., Міліщук С. О. Особливості розвитку емоційного інтелекту у дітей дошкільного старшого віку. *Психологічні студії*. 2023. № 1. С. 29-35. DOI:10.32782/psych.studies/2023.1.4

5. Дерев'янко С. П., Лавренко С. А. Методичні засоби діагностики емоційного інтелекту у дітей. *Вісник Львівського університету. Серія: Психологічні науки.* 2020. Вип. 7. С. 23-29. DOI https://doi.org/10.30970/PS.2020.7.4

6. Харченко Н. В. Казка як метод впливу на емоційну сферу дошкільників. *Психологічний журнал*. 2021. (6), 68–73. DOI: https://doi.org/10.31499/2617-2100.6.2021.229297

7. Хаустова А. В. Розвиток емоційної сфери дітей старшого дошкільного віку засобами казки. *Наукові записки*: зб. матеріалів наук.-практ. конф. викладачів і студентів. Серія «Мистецтво». Вінниця : Планер, 2018. С. 199–203.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-109

АЛОСТАТИЧНЕ ПЕРЕВАНТАЖЕННЯ ЯК ЧИННИК РОЗВИТКУ ПСИХОСОМАТИЧНИХ СИМПТОМІВ В УМОВАХ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ

Терещенко Ольга Олегівна
асистент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

У сучасних соціальних умовах, що характеризуються тривалими стресогенними впливами, невизначеністю та підвищеним психоемоційним навантаженням, зростає поширеність психосоматичних симптомів і захворювань. Значна частина клінічних проявів не може бути пояснена виключно біомедичними чинниками, що зумовлює необхідність використання інтегративних концепцій, які поєднують психологічні, фізіологічні та соціальні аспекти функціонування людини [2, с. 12].

Однією з таких концепцій є концепція алостазу, яка пояснює взаємозв'язок між емоційним напруженням, поведінковими реакціями та фізіологічними змінами, що накопичуються в організмі у процесі тривалого впливу стресових факторів і забезпечують механізм переходу психологічного дистресу до соматичних порушень [5, с. 880]. Алостатичне перевантаження – це стан, у якому вимоги середовища та хронічний стрес перевищують адаптаційні ресурси організму.

Механізм розвитку алостатичного перевантаження пов'язаний з тривалою активацією систем стресу. За тривалого перевищення адаптаційних ресурсів організму активація систем стресу (гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, автономної нервової, імунної та метаболічної систем) спричиняє накопичення фізіологічного навантаження та поступове зниження здатності організму підтримувати внутрішню рівновагу. У цих умовах адаптаційні механізми, що спочатку забезпечують стабільність, починають сприяти розвитку патологічних змін, що описується як процес «зношування» організму внаслідок

тривалого стресового впливу [1, с. 11]. Підвищене алостатичне навантаження, спричинене хронічним стресом також пов'язане зі структурними та функціональними змінами головного мозку, які можуть виступати біологічною основою розвитку психічних і психосоматичних розладів [4, с. 2].

До розвитку алостатичного перевантаження може призвести вплив частих стресорів та повторюваного фізіологічного збудження, відсутність адаптації до повторюваних стресорів, нездатність припинити стресову реакцію після завершення дії стресора, а також недостатня алостатична відповідь для ефективного подолання стресових впливів [3, с. 12]. Згідно діагностичних критеріїв психосоматичних досліджень (DCPR-R) клініметричними критеріями алостатичного перевантаження є наявність ідентифікованих життєвих подій або хронічного стресу, що перевищує можливості подолання, порушення фізичного самопочуття, соціального функціонування та взаємодії із зовнішнім світом [2, с. 3].

Алостатичне перевантаження пов'язане з розвитком широкого спектра психосоматичних симптомів, зокрема хронічного болю, порушень функціонування шлунково-кишкового тракту, серцево-судинних розладів, порушень сну, підвищеної втомлюваності та інших соматичних скарг. Часто такі симптоми мають функціональний характер і посилюються під впливом емоційного напруження або психосоціальних труднощів. У клінічній практиці вони нерідко супроводжуються тривогою, депресією, соматизацією та зниженням якості життя [3, с. 15].

Ефективне подолання алостатичного перевантаження передбачає комплексні втручання, спрямовані на відновлення адаптаційних ресурсів особистості, зниження рівня стресу та формування навичок емоційної регуляції. Такі втручання включають психотерапевтичні методи, розвиток стратегій подолання, зміни способу життя, підтримка соціальних ресурсів і формування здорових поведінкових патернів [2, с. 13; 1, с. 17; 5, с. 893; 3.с. 15].

Алостатичне перевантаження є важливим теоретичним і клінічним конструктом, який пояснює механізми взаємозв'язку між хронічним стресом і психосоматичними проявами. Воно виступає своєрідним містком між психологічними переживаннями та тілесними реакціями, забезпечуючи розуміння переходу від емоційного напруження до соматичних симптомів. Розуміння концепції алостатичного перевантаження у психологічних дослідженнях і психотерапевтичній практиці сприяє більш глибокому розумінню природи психосоматичних розладів і розробці ефективних стратегій допомоги, спрямованих на підтримання психологічного та фізичного благополуччя людини.

Література:

1. Bobba-Alves, N., Juster, R. P., Picard, M. The energetic cost of allostasis and allostatic load. *Psychoneuroendocrinology.* 2022. 146. P. 105951. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2022.105951

2. Fava, G. A., Cosci, F., Sonino, N. Current Psychosomatic Practice. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2017. *86*(1). P. 13–30. https://doi.org/10.1159/000448856

3. Guidi, J., Lucente, M., Sonino, N., Fava, G. A. Allostatic Load and Its Impact on Health: A Systematic Review. *Psychotherapy and psychosomatics.*2021.90(1). P. 11–27. https://doi.org/10.1159/000510696

4. Lenart-Bugla, M., Szcześniak, D., Bugla, B., Kowalski, K., Niwa, S., Rymaszewska, J., Misiak, B. The association between allostatic load and brain: A systematic review. *Psychoneuroendocrinology.* 2022. *145.* P. 105917. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2022.105917

5. McEwen B. S. Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological reviews*. 2007. *87*(3). P. 873–904. https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-110

ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ САМОРЕГУЛЯЦІЇ У ФОРМУВАННІ УСВІДОМЛЕНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ТІЛА ТА ЕКОЛОГІЧНО ВІДПОВІДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

Цибух Людмила Миколаївна
кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Бусел Світлана Валентинівна
здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Дибіна Оксана Володимирівна
здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

У сучасних умовах соціально-екологічних трансформацій зростає значення формування екологічно відповідальної поведінки та усвідомленого ставлення до власного тіла як взаємопов'язаних вимірів розвитку особистості. Посилення екологічних викликів і зростання

уваги до тілесності актуалізують потребу в інтеграції відповідних психологічних підходів.

Попри значний обсяг досліджень, екологічна психологія та психологія тілесності залишаються недостатньо узгодженими. У цьому контексті ключового значення набуває саморегуляція як універсальний механізм, що забезпечує узгодження когнітивних, емоційних і поведінкових процесів та перехід від знань до відповідальної поведінки.

Саморегуляція визначається як здатність контролювати імпульси, емоції та дії відповідно до довгострокових цілей і виступає базовою умовою екологічно орієнтованої поведінки, що передбачає пріоритет суспільних інтересів над ситуативними вигодами.

Актуальність зумовлена необхідністю виявлення інтегративних механізмів саморегуляції та розробки теоретичної моделі формування усвідомленого способу життя.

Саморегуляція є ключовим механізмом сучасної психології, що забезпечує когнітивний контроль, емоційну та поведінкову організацію діяльності й включає постановку цілей, моніторинг і корекцію поведінки. Вона визначає здатність діяти відповідно до внутрішніх цінностей, а не лише зовнішніх стимулів, і виступає основою соціально відповідальної поведінки [2]. Вона тісно пов'язана із самосвідомістю, яка забезпечує усвідомлення емоційних і тілесних станів. Тілесна усвідомленість і усвідомленість (mindfulness) сприяють зниженню автоматизму реакцій, підвищенню емоційного контролю та формуванню адаптивної поведінки, включаючи проекологічні установки [4].

У межах екологічної психології показано, що поведінка формується через психологічні медіатори – установки, самоефективність і соціальні норми [7]. Це підтверджує, що саморегуляція інтегрує когнітивні, емоційні та соціальні чинники й забезпечує перехід від установок до реальної поведінки.

Когнітивний компонент саморегуляції охоплює процеси усвідомлення, інтерпретації та оцінки досвіду і відіграє ключову роль у формуванні ставлення до власного тіла та довкілля. Він проявляється через усвідомлення тілесних станів, формування екологічної обізнаності та рефлексію, що забезпечує оцінку дій відповідно до внутрішніх цінностей. Дослідження підтверджують, що усвідомлення є базовою умовою зміни поведінки, оскільки дозволяє вийти за межі автоматичних реакцій і сформувати адаптивні стратегії, на що вказують Нільсен К. С., Кольонья В. та Ланге Ф. У сфері екологічної поведінки когнітивні процеси забезпечують трансформацію знань у внутрішньо прийняті переконання [6; 7].

Емоційна складова саморегуляції визначає мотиваційний аспект поведінки, оскільки емоції виступають її внутрішніми детермінантами. Вона включає емоційну регуляцію, екологічну тривожність та емпатію, які формують емоційну основу відповідальної поведінки та забезпечують її спрямованість і стійкість.

Сучасні дослідження засвідчують, що емоційне залучення є ключовим чинником екологічної поведінки, оскільки саме через емоції відбувається інтеріоризація цінностей, на що вказує Клейтон С. [3]. Водночас Клейтон С. та Каразсія Д. підкреслюють амбівалентний характер екологічної тривожності: за умов ефективної емоційної регуляції вона стимулює відповідальну поведінку, тоді як її надмірність призводить до уникнення та психологічного виснаження [3]. Ефективність емоційної саморегуляції визначається здатністю до усвідомлення й конструктивного опрацювання переживань. У контексті тілесності це проявляється у прийнятті власного тіла, зниженні самокритики та формуванні позитивного самосприйняття.

Поведінковий компонент саморегуляції забезпечує реалізацію когнітивних і емоційних процесів у діях через самоконтроль, формування звичок і відповідальність за вибір, що забезпечує перехід від установок до стійких практик. Сучасні підходи доводять, що сталі поведінкові зміни ґрунтуються на формуванні звичок, на що звертають увагу Верпланкен Б. та Рой Д. [9], тоді як Гаґґер М. С. і Лущинська А. підкреслюють роль планування та намірів у переході до дії [5]. У цьому контексті саморегуляція забезпечує як ініціювання, так і підтримання поведінкових змін.

Когнітивні, емоційні та поведінкові механізми саморегуляції утворюють цілісну інтегративну систему, яка забезпечує формування усвідомленого способу життя, спрямованого на гармонізацію взаємодії людини із власним тілом і навколишнім середовищем.

Одним із ключових аспектів дослідження є виявлення внутрішнього зв’язку між ставленням людини до власного тіла та її екологічною поведінкою. У сучасній психології все більше поширюється ідея про те, що ці два виміри мають спільну психологічну основу.

Тіло виступає первинним рівнем взаємодії людини зі світом. Через тілесний досвід формується базове відчуття безпеки, контролю та ідентичності. Відповідно, усвідомлене ставлення до тіла створює передумови для більш широкого усвідомлення взаємозв’язку людини з навколишнім середовищем.

У межах екологічної психології зазначене положення знаходить відображення у концепції екологічної ідентичності, яка передбачає включення природного середовища до структури Я особистості. Як підкреслює Клейтон С., екологічна ідентичність формується через усвідомлення взаємозв'язку людини з природою та відіграє важливу роль у регуляції поведінки, зумовлюючи більш відповідальне ставлення до довкілля. Подальші дослідження, зокрема роботи Клейтон С., Ірвінґа Дж. та співавторів, розширюють це розуміння, доводячи, що високий рівень екологічної ідентичності корелює зі сталими екологічними практиками та внутрішньо мотивованою поведінкою.

Водночас у психології тілесності наголошується, що позитивне ставлення до власного тіла є важливим показником психологічного благополуччя та пов'язане з підвищеним рівнем самоповаги, самоприйняття та емоційної стійкості, на що звертають увагу Тилка Т.Л. та Вуд-Баркаллоу Н.Л. [8]. Сучасні дослідження у цьому напрямі підтверджують, що тілесна усвідомленість виступає важливим компонентом саморегуляції, оскільки забезпечує здатність до самоспостереження, регуляції емоцій та поведінкових реакцій.

Інтеграція зазначених підходів дозволяє обґрунтувати взаємозв'язок між тілесною усвідомленістю, саморегуляцією та екологічною поведінкою як єдиний взаємозумовлений процес. Усвідомлене ставлення до тіла підвищує рівень саморегуляції, яка забезпечує формування відповідальної поведінки як щодо себе, так і довкілля, утворюючи цілісну систему «саморегуляція – тілесність – екологічна поведінка». Сучасні дослідження підтверджують зв'язок між усвідомленістю та проекологічною поведінкою, підкреслюючи роль внутрішньої регуляції як медіатора, на що вказують Гайґер С.М., Отто С. та Шрадер У., що дозволяє розглядати усвідомленість як ключовий регулятор інтеграції особистісної та соціально значущої поведінки [4].

Отримані результати відкривають можливості інтеграції тілесно орієнтованих підходів, когнітивно-поведінкових технік і практик усвідомленості у психологічному консультуванні та психоосвіті, що сприяє формуванню саморегуляції, внутрішньо мотивованої поведінки та профілактиці дезадаптивних станів. Практичне значення полягає у створенні інтегративних моделей, що поєднують індивідуальну саморегуляцію із соціально відповідальною поведінкою.

Теоретичний аналіз підтверджує, що саморегуляція є ключовим механізмом формування усвідомленого ставлення до тіла та екологічно відповідальної поведінки, інтегруючи когнітивні, емоційні й поведінкові компоненти. Встановлено їх спільну основу в усвідомленості, що

дозволяє обґрунтувати цілісну модель поведінки з перспективою подальших досліджень і прикладних програм.

Література:

1. Baxter D., Pelletier L. G. The roles of motivation and goals on sustainable behaviour in a resource dilemma: A self-determination theory perspective. *Journal of Environmental Psychology.* 2020. 69. 101437. https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2020.101437

2. Baumeister R. F., Vohs K. D. Self-regulation and the executive function of the self. In M. R. Leary & J. P. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity* (pp. 197–217). 2003. The Guilford Press.

3. Clayton S., Karazsia B. T. Development and validation of a measure of climate change anxiety. *Journal of Environmental Psychology.* 2020. *69.* Article 101434. https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2020.101434

4. Geiger S. M., Otto S., Schrader U. Mindfully Green *and* Healthy: An Indirect Path from Mindfulness to Ecological Behavior. *Frontiers in psychology*. 2018. *8*. 2306. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02306

5. Hagger M. S., Luszczynska A. Implementation intention and action planning interventions in health contexts: state of the research and proposals for the way forward. *Applied psychology. Health and well-being*. 2014. *6*(1). 1–47. https://doi.org/10.1111/aphw.12017

6. Lange F., Dewitte S. Measuring pro-environmental behavior: Review and recommendations. *Journal of Environmental Psychology.* 2019. *63.* 92–100. https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2019.04.009

7. Nielsen K. S., Cologna V., Lange F., Brick C., Stern P. C. The case for impact-focused environmental psychology. *Journal of Environmental Psychology.* 2021. 74. Article 101559. https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2021.101559

8. Tylka T. L., Wood-Barcalow, N. L. What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image.* 2015. *14*. 118–129. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001

9. Verplanken B., Roy D. Empowering interventions to promote sustainable lifestyles: Testing the habit discontinuity hypothesis in a field experiment. *Journal of Environmental Psychology.* 2016. *45.* 127–134. https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2015.11.008

10. Рудінська О.В., Дружкова І.С., Васькова А. В. Психологічні аспекти формування гендерної рівності в умовах суспільної трансформації та війни *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ (серія психологічна).* 2025. № 1. С. 52–59. DOI: https://doi.org/10.32782/2311-8458/2025-1-7

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-111

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ЕКЗИСТЕНЦІЙНОЇ КРИЗИ В УМОВАХ ТРИВАЛОЇ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ

Цибух Людмила Миколаївна
кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Цибух Анастасія Сергіївна
здобувачка вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

У сучасному світі, де панує висока нестабільність і тривала невизначеність через війну, пандемії та економічні кризи, психічне здоров'я людини стикається з серйозними випробуваннями. Втрата звичних орієнтирів, неможливість планувати на довгі терміни і розмивання звичного образу світу значно підвищують ризик появи екзистенційної кризи.

Питання полягає в тому, що більшість наявних досліджень зосереджені на гострих стресових розладах, тоді як психологічні механізми переживання саме тривалої невизначеності, особливо в контексті пошуку сенсу, залишаються недостатньо вивченими, що ускладнює розробку ефективних стратегій психотерапевтичної допомоги.

Проблематика в більшості наукових досліджень зосереджені на гострих стресах, однак механізми, що допомагають переживати тривалу невизначеність, особливо в частині пошуку сенсу, залишаються мало вивченими. Це ускладнює створення дієвих методів психотерапії. Класики, як Ірвін Ялом, з його ідеями «даностей буття» – смерті, свободи, ізоляції та абсурду життя – та Віктор Франкл, який говорив про «екзистенційний вакуум» і ноогенні неврози, глибоко розглядали цю проблему. Українські дослідники, зокрема В. Климчук і О. Музика, наголошують на суб'єктно-ціннісному підході, розглядаючи кризу як момент перелому, що може призвести як до деградації, так і до особистісного зростання.

Методика «Шкала екзистенції» (ESK) А. Ленгле і К. Орглера допомагає оцінити здатність людини відійти від ситуації, побачити її з боку та знайти свободу рішень у стресі. Проте залишається недостатньо зрозумілим, як саме соціальна фрустрація (за Л. І. Вассерманом) пов'язана з екзистенційною кризою серед тривалої невизначеності.

Особливість тривалої невизначеності в тому, що вона одночасно блокує природні захисні механізми психіки, адже майбутнє неможливо передбачити, та запускає глибокі рефлексивні процеси. Згідно з екзистенційною теорією, людина «приречена на свободу», але коли невизначеність триває, ця свобода тягне на собі тягар, бо будь-який вибір втрачає статус «правильного», бо ми не можемо передбачити віддалені наслідки рішень. Це викликає так званий «параліч волі». Соціальна фрустрація, що вимірюється за шкалою Вассермана, набуває хронічного характеру – людина відчуває невдоволеність не просто якимось аспектом життя, а життям загалом. Виникає конфлікт між потребою у сенсі і руйнуванням шляхів його здобуття.

У емпіричному дослідженні взяли участь 56 респондентів дорослого віку (30 жінок та 26 чоловіків), які протягом останніх 12 місяців перебували в умовах тривалої невизначеності, пов'язаної з професійною, соціальною або політичною нестабільністю.

Психодіагностичні методики були в роботі з респондентами ключовими інструментами для досягнення результату. Методики наступні:

1. Методика «Індекс прагнень» (оцінка домінування зовнішніх / матеріальних цілей над внутрішніми/ сенсовими);

2. Методика «Рівень соціальної фрустрованості» (РСФ) Л. І. Вассермана (модифікація В. В. Бойка);

3. Методика «Шкала екзистенції» (Existenzskala, ESK) (діагностика персональної та екзистенційної виповненості).

Близько 68% учасників мали високі рівні соціальної фрустрації (3,5–4 бали на РСФ) та знижені показники самотрансценденції (ESK), що вказує на втрату здатності виходити за межі складної ситуації.

Жінки*:* Демонструють вищий «Індекс прагнень» до гедоністичних цінностей (отримання задоволення тут і зараз). Переживання кризи характеризується емоційним виснаженням та пошуком підтримки у близьких стосунках (p = 01).

Чоловіки*:* Показують вищий рівень екзистенційної фрустрації за субшкалою «свобода» (ESK), що проявляється у відчутті безсилля змінити ситуацію та схильності до фаталізму.

Знайдено зворотний зв'язок між показником «екзистенційна наповненість» (ESK) і соціальною фрустрацією ($r = -0.72$, $p < 0.01$), що означає: чим менше людина здатна знаходити сенс у житті, тим більшою

є її фрустрація. При цьому зміст цілей («Індекс прагнень») не пов'язаний із рівнем екзистенційного наповнення.

Отже, гострим фактором, що підсилює екзистенційну кризу в довготривалій невизначеності, є відчуття внутрішньої порожнечі, яке виникає через неможливість самотрансцендувати – творити, любити чи приносити страждання сенсом. Тривала невизначеність не є причиною кризи сама по собі, вона лише виступає каталізатором прихованих вразливостей людини, чутливої до відсутності життєвого сенсу.

Підсумовуючи, тривала невизначеність створює унікальний екзистенційний контекст, що веде до хронічної соціальної фрустрації і активізації кризових механізмів. Виявлено різницю між статями: жінки частіше «втікають у гедонізм» як захист, а чоловіки – концентруються на почутті безсилля.

Центральною задачею психотерапії стає не стільки подолання невизначеності, скільки відновлення здатності знаходити сенс життя. Перспективним напрямом є розробка тренінгів, які допоможуть людям розвивати екзистенційну гнучкість і адаптуватися до невизначеності.

Література:

1. Вассерман Л. І. Методика діагностики рівня соціальної фрустрованості (РСФ) / модиф. В. В. Бойка. Діагностика рівня соціальної фрустрації. 2016. URL: https://studfile.net.

2. Музика О. Л. Криза творчої особистості: суб'єктно-ціннісний підхід до типології. *Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України.* 2001. С. 63–72.

3. Kimhi S., Eshel Y., Marciano H., Adini B. Unveiling factors shaping distress levels over 2.5 years of enduring adversity. *Scientific Reports*. 2024. Vol. 14, № 1. Art. 17456. DOI: 10.1038/s41598-024-68635-w

4. Smithson M., Shou Y., Dawel A., Calear A. L., Farrer L., Cherbuin N. The Psychological Benefits of an Uncertain World: Hope and Optimism in the Face of Existential Threat. *Frontiers in Psychology*. 2022. Vol. 13. Art. 749093. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.749093

5. Frankl V. E. The Will to Meaning: Foundations and Applications of Logotherapy. New York : New American Library, 1969. 179 p.

6. Schnell T., Krampe H. Meaningfulness protects from and crisis of meaning exacerbates general mental distress longitudinally. *BMC Psychiatry*. 2022. Vol. 22, № 1. Art. 285. DOI: 10.1186/s12888-022-03921-3

7. Yalom I. D. Existential Psychotherapy. New York : Basic Books, 1980. 524 p.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-112

КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ ЯК ЧИННИК РОЗВИТКУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МОЛОДИХ МАТЕРІВ

Цибух Людмила Миколаївна
кандидат психологічних наук, доцент
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Ширикалова Оксана Ігорівна
здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

У сучасних умовах соціально-економічної нестабільності та воєнного стану проблема емоційного вигорання набуває особливої актуальності не лише у професійній сфері, але й у контексті батьківства. Особливо вразливою групою є молоді матері, які поєднують високий рівень емоційної залученості у догляд за дитиною з обмеженими ресурсами відновлення та соціальної підтримки.

Проблема емоційного вигорання у батьківстві активно досліджується в сучасній психології, зокрема в роботах Ізабель Роскем та Мойри Міколайчак, які обґрунтували концепцію батьківського вигорання як окремого феномену. Теоретичні засади аналізу копінг-стратегій базуються на транзакційній моделі стресу Річарда Лазаруса та Сьюзен Фолкман, що розглядає копінг як ключовий механізм адаптації до стресових ситуацій. У вітчизняній психологічній науці окремі аспекти емоційного вигорання та стресу розкрито у працях Тетяни Титаренко, Сергія Максименка та інших дослідників, які акцентують увагу на ролі особистісних ресурсів і соціального середовища. Водночас, питання взаємодії копінг-стратегій, батьківського стресу та емоційного вигорання у молодих матерів залишається недостатньо розробленим, що й зумовлює актуальність даного дослідження.

Емоційне вигорання у батьківстві розглядається як стан хронічного виснаження, емоційного дистанціювання від дитини та зниження відчуття батьківської ефективності. Його формування має багатофакторний характер і зумовлюється впливом батьківського стресу, рівня соціальної підтримки та індивідуальних стратегій подолання труднощів. У цьому контексті ключову роль відіграють

копінг-стратегії як механізми адаптації до стресу, що визначають ризик розвитку вигорання.

Метою дослідження є визначення ролі копінг-стратегій у формуванні емоційного вигорання у молодих матерів. У роботі використано психодіагностичні методики PBA, PSI, MSPSS та Brief COPE (українська адаптація).

Ключовим чинником розвитку вигорання виступає батьківський стрес, що виникає внаслідок дисбалансу між вимогами до матері та її ресурсами. Важливу роль відіграють копінг-стратегії: адаптивні (планування, пошук підтримки, активне вирішення проблем) сприяють зниженню емоційного виснаження, тоді як неадаптивні (уникнення, самозвинувачення, емоційне відсторонення) підсилюють його. Соціальна підтримка виконує буферну функцію, зменшуючи негативний вплив стресу.

Емпіричне дослідження проведено на вибірці 60 жінок віком 20–35 років, які мають дітей раннього віку. Отримані результати можуть бути використані для розробки програм психологічної підтримки та профілактики емоційного вигорання у молодих матерів.

Для досягнення мети використано комплекс психодіагностичних методик: PBA – для оцінки емоційного вигорання, PSI – рівня батьківського стресу, MSPSS – соціальної підтримки та Brief COPE (укр. адаптація) – копінг-стратегій.

Результати показали підвищений рівень вигорання у значної частини респонденток: високий – у 38%, середній – у 42%, низький – у 20%. Провідним компонентом виступає емоційне виснаження. Понад половина учасниць (56%) перебувають у стані підвищеного стресу, який має значущий позитивний зв'язок із вигоранням ($r = 0,62$; $p < 0,05$).

Виявлено, що неадаптивні копінг-стратегії (уникнення, самозвинувачення, емоційне відсторонення) позитивно пов'язані з вигоранням ($r = 0,58$; $p < 0,05$), тоді як адаптивні (планування, пошук підтримки, активне вирішення проблем) мають негативний зв'язок ($r = –0,41$; $p < 0,05$). Соціальна підтримка виконує буферну функцію, знижуючи рівень вигорання ($r = –0,49$; $p < 0,05$) та сприяючи використанню адаптивних стратегій.

Узагальнення результатів свідчить, що емоційне вигорання у молодих матерів формується під впливом поєднання високого батьківського стресу, домінування неадаптивних копінг-стратегій та недостатньої соціальної підтримки. Натомість адаптивні стратегії й підтримка виступають ключовими ресурсами профілактики вигорання.

Результати дослідження підтверджують, що батьківський стрес є ключовим детермінантом емоційного вигорання, виконуючи роль

пускового механізму виснаження психологічних ресурсів. Водночас вирішальним чинником індивідуальних відмінностей виступають копінг-стратегії: неадаптивні (уникнення, самозвинувачення, емоційне відсторонення) підсилюють вигорання, тоді як адаптивні (планування, активне вирішення проблем, пошук підтримки) знижують його ризик.

Соціальна підтримка виконує буферну функцію, безпосередньо зменшуючи рівень емоційного виснаження та сприяючи формуванню більш конструктивних стратегій подолання. Її дефіцит, навпаки, посилює вплив стресу та сприяє дезадаптації.

Узагальнення результатів свідчить, що емоційне вигорання у молодих матерів є наслідком взаємодії батьківського стресу, копінг-стратегій та соціальної підтримки, де саме копінг виступає центральною ланкою регуляції.

Практична значущість дослідження полягає в обґрунтуванні необхідності впровадження комплексних програм психологічної підтримки, спрямованих на розвиток адаптивних копінг-стратегій, посилення соціальної підтримки та зниження рівня батьківського стресу. Такий інтегрований підхід сприятиме профілактиці вигорання та підвищенню психологічного благополуччя матерів.

Встановлено, що емоційне вигорання у молодих матерів має багатофакторний характер і формується під впливом батьківського стресу, копінг-стратегій та рівня соціальної підтримки. Доведено, що батьківський стрес є значущим предиктором вигорання, тоді як неадаптивні копінг-стратегії підвищують його ризик, а адаптивні – виконують захисну функцію.

Підтверджено буферну роль соціальної підтримки, яка знижує інтенсивність вигорання та сприяє ефективному подоланню стресу. Отримані результати можуть бути використані для розробки програм психологічної підтримки та профілактики емоційного вигорання у молодих матерів.

Література:

1. Максименко С. Д. Психологія особистості: змістовні ознаки Наука і освіта : наук.-практ. журнал. 2014. № 5. С. 45–52.

2. Титаренко Т. М. Життєстійкість особистості: соціальна необхідність та безпека. Київ: Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, 2009. 105 с.

3. Druzhkova I., Annienkova I., Busel S., Nemchenko H., Rudinska O. Gender challenges in healthcare, psychological strategies for overcoming discrimination Amazonia Investiga. 2025. Vol. 14, No. 86. P. 114–130. DOI: https://doi.org/10.34069/AI/2025.86.02.10.

4. Folkman S. Stress: Appraisal and Coping. In: Gellman, M.D., Turner, J.R. (eds) Encyclopedia of Behavioral Medicine. 2013. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215

5. Mikolajczak M., Gross J. J., Roskam I. Parental burnout: What is it, and why does it matter? *Clinical Psychological Science.* 2019. 7(6). 1319–1329. https://doi.org/10.1177/2167702619858430

6. Roskam I., Raes M-E, Mikolajczak M. Exhausted Parents: Development and Preliminary Validation of the Parental Burnout Inventory. Front. Psychol. 2017. 8. 163. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00163

7. Yatsyshyna Y. Asieieva O. Khairulin H. Venher L. Tsybukh Character harmonisation in adolescence: psychological profiles, coping strategies and implications for well-being. *Revista Amazonia Investiga*. Vol. 14. Issue 87. March 2025, P. 23-36. DOI: https://doi.org/10.34069/AI/2025.86.02.6

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-113

ПРОФІЛАКТИКА ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНФЛІКТУ В КОЛЕКТИВАХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОГО ВТОРГНЕННЯ

Янікова Олена Геннадіївна
здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Цибух Людмила Миколаївна
кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Життя українців в реаліях повномасштабного вторгнення супроводжується умовами перебування в хронічному стресовому стані, а професійна діяльність в закладах охорони здоров'я посилює рівень навантаження на працівників даної сфери у зв'язку з наявністю синергії професійних, психоемоційних та соціально-комунікативних факторів до яких можна віднести:

– дефіцит ресурсів та часу, що характеризується виконанням високого об'єму роботи в обмежені строки;

– адаптація до реформ у сфері охорони здоров'я та використання цифровізації в професійній діяльності [3, с. 7–10];

– порушення циркадних ритмів, що пов'язане з особливостями професійного графіку ряду закладів охорони здоров'я та характеризується підвищенням ризику виникнення синдрому хронічної втоми та зниження когнітивних функцій;

– підвищена відповідальність та етичний дистрес, що виникають в результаті розуміння ціни помилки й неможливості надати допомогу пацієнту у разі технічних, фінансових або інших обмежень [1, с. 13];

– конфлікти в професійному середовищі та наявність жорсткої ієрархічної напруги, які можуть займати від 50 до 60% часу працівників сфери охорони здоров'я згідно досліджень, проведених А. Гонсалеса-Гарсія [6, с. 1718];

– агресія та конфліктність з боку пацієнтів щодо працівників охорони здоров'я, як прояв та проекції їх психічної динаміки щодо медиків;

– професійна діяльність в екстремальних та кризових умовах спричинених умовами та родом діяльності медичних працівників;

– емпатійна виснаженість, як результат регулярного контактування з болем та особистісною проблематикою пацієнтів;

– відсутність програм психологічного консультування та психологічної підтримки для працівників закладів охорони здоров'я, як форми профілактики психоемоційного виснаження та вигорання, а також встановлення збільшення загального благополуччя [2, с. 348–350; 5, с. 273].

З огляду на вищезазначений перелік факторів, наявність досить великої кількості нервово-психічного напруження різної модальності може стати детермінантою посилення протікання внутрішньо-особистісних та міжособистісних конфліктів працівників колективів закладів охорони здоров'я. Сутність феномену конфлікта полягає у виникненні міжособистісного протиріччя або протиріччя, що виникає в результаті динамічної соціальної взаємодії серед учасників колективу, що характеризується як позитивними й негативними наслідками. Так, до позитивних наслідків конфлікту відносять конструктивну форму перебігу та вирішення конфліктних ситуацій в результаті якої конфлікт постає в якості джерела виникнення інновацій й укріплення стосунків, а до негативних наслідків конфлікту відносять дисфункціональну форму перебігу, що призводить до виникнення фрустрації, посилення напруги й агресії, проявів емоційного насилля, погіршення комунікації й соціальної взаємодії, порушуючи баланс здорового мікроклімату колективу закладів охорони здоров'я.

Отже, з метою профілактики поширення особистісних та міжособистісних конфліктів серед працівників колективів в закладах охорони здоров'я ми пропонуємо:

– розвивати навички ефективного та ненасильницького спілкування в межах професійного колективу та з пацієнтами;

– розвивати навички емоційного інтелекту й саморегуляції, як складових підтримання й вдосконалення ефективного й конструктивного вирішення конфліктів;

– впровадження можливостей для отримання психологічної підтримки в якості індивідуальних консультацій або групових заходів з метою психогігієни, профілактики емоційного вигорання, зниженню психоемоційної напруги та сприяння життєстійкості працівників охорони здоров'я, що є особливо актуально в умовах повномасштабного вторгнення й проживання дистресу;

– застосування цифрових технологій (чат-боти, додатки для запису на прийом і т. д.) з метою спрощення організаційних процесів та збільшення часового ресурсу [4, с. 202–204];

– застосування стратегій покращення психологічного мікроклімату колективу, мотивації та корпоративної культури працівників;

– обов'язкове забезпечення фізіологічного комфорту медичних працівників в процесі виконання функціональних обов'язків щодо охорони здоров'я.

Література:

1. Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування населення : Закон України від 01 груд. 2022 р. № 2806-IX. URL: https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc34?id=&pf3511=17869&pf35401=51100

2. Головчук Ю. О. Менеджмент конфліктів у закладах охорони здоров'я. Медіація & Університети 1.0 : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Чернівці, 15 листоп. 2024 р.). URL: https://dspace.vnmu.edu.ua/123456789/9916

3. Стратегії менеджменту для впровадження цифрових технологій у сфері охорони здоров'я / Ю. О. Головчук та ін. *Ефективна економіка*. 2025. 22 с. № 1.URL:https://dspace.vnmu.edu.ua/123456789/6709

4. Головчук Ю. О., Боровик А. Стратегічне управління комунікаційними процесами в закладах охорони здоров'я. Маркетингові стратегії, підприємництво і торгівля: сучасний стан, напрямки розвитку : матеріали міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (Київ, 10 квіт. 2025 р.) / за ред. П. В. Захарченка. Київ : КНУБА, 2025. С. 202–204. URL: https://dspace.vnmu.edu.ua/123456789/9874.

5. Підгайна В. В., Кальченко Т. М. Психічне здоров'я людей у складних життєвих обставинах та у кризовому становищі. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві : зб. матеріалів VII Всеукр. наук.-практ. конф. (28 жовт. 2022 р.) / уклад. В. С. Бліхар. Львів : ЛьвДУВС, 2022. С. 273–275. URL: https://drive.usercontent.google.com/download?id=1M3qN8O_w7t08b-

ZUvw6qvKorj_bSPBSa&authuser=0&acrobatPromotionSource=gdrive_chrome-grid
6. Characteristics of Nurse Managers' Conflict Management Competency. A Systematic Review / A. González-García et al. *Journal of Advanced Nursing*. 2025. Vol. 81, No. 4. P. 1717–1733. DOI: https://doi.org/10.1111/jan.16600.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-114

ВПЛИВ МУЗИКОТЕРАПІЇ НА РІВЕНЬ ТРИВОЖНОСТІ ТА ЕМОЦІЙНОЇ НАПРУГИ У ПІДЛІТКІВ

Яременко Наталія Григорівна
здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Цибух Людмила Миколаївна
кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Підлітковий вік є сенситивним періодом розвитку емоційної сфери та становлення механізмів саморегуляції. Цей етап онтогенезу характеризується підвищеною емоційною лабільністю, гострою чутливістю до соціального середовища, кризою ідентичності та нестійкістю самооцінки, що в сукупності створює сприятливий ґрунт для виникнення тривожних і стресових реакцій.

В умовах сучасного соціального середовища, зокрема в контексті воєнного стану в Україні, ця проблема набуває особливої гостроти. Збройний конфлікт залишає глибокий слід у психіці як дорослих, так і дітей: порушення сну, хронічна тривожність, посттравматичні реакції, емоційне виснаження. За оцінками фахівців, потреба у психологічній реабілітації зростатиме ще тривалий час після завершення активних бойових дій. Це актуалізує пошук ефективних, доступних та науково обґрунтованих методів психологічної корекції, адаптованих до потреб підліткової аудиторії.

Серед таких методів особливої уваги заслуговує музикотерапія – напрям арттерапії, що спирається на терапевтичний потенціал музичного впливу. Музика є універсальною мовою людства, здатною долати вікові, мовні та культурні бар'єри, безпосередньо апелюючи до

емоційної сфери особистості. Поєднання музичного мистецтва з науково обґрунтованими психологічними методами відкриває широкі можливості для відновлення емоційного балансу та підвищення адаптивних ресурсів підлітків.

Аналіз сучасної вітчизняної наукової літератури засвідчує значний інтерес дослідників до проблематики музикотерапевтичного впливу на психоемоційний стан людини.

Так, Р. В. Дудик (2025) вивчає ефективність музичної терапії як інноваційного методу психолого-педагогічного впливу на емоційно-вольову сферу школярів та доводить її позитивний вплив на зниження рівня стресу й тривожності, підвищення емоційного благополуччя, покращення концентрації уваги, а також розвиток вольових якостей – самоконтролю, самодисципліни та саморегуляції.

А. Зінченко (2025) трактує музикотерапію як психологічний конструкт та одночасно як метод психотерапевтичного впливу у проблемному полі шести базових теоретичних підходів: когнітивно-біхевіорального, психоаналітичного, соціально-психологічного, гештальт-психологічного, екзистенційного та гуманістичного. Дослідниця виокремлює такі функції музикотерапії: терапевтичну, розвивальну, здоров'язберігаючу, соціальну, емоційно-регулювальну, корекційну, превентивну та культурно-збагачувальну.

Р. Несен (2025) описує ключові нейрофізіологічні механізми дії музики: активацію лімбічної системи, вивільнення дофаміну й окситоцину; наголошує на ролі музикотерапії у розвитку емоційного інтелекту – здатності ідентифікувати, розуміти та регулювати власні емоції. Автор також розкриває потенціал музикотерапії у формуванні саморегуляції через техніки зниження напруги та створення «емоційних плейлістів».

М. Крет (2021) обґрунтовує музикотерапію як оздоровчо-розвивальний підхід, що позитивно впливає на становлення гармонійної особистості через емоційно-почуттєву та психофізіологічну сфери. Дослідник також представляє добірку конкретних музичних творів, що сприяють гармонізації психоемоційного стану.

Х. Рябінець (2023) акцентує увагу на нейрофізіологічних засадах музичного впливу, зокрема на відповідності ритмічних характеристик музичних творів ритмам біоелектричної активності мозку. Дослідниця наводить конкретні музичні твори ритмічна структура яких корелює з певними станами мозкової активності, що відкриває нові можливості для цілеспрямованого добору музичного матеріалу у психокорекційній практиці.

На підставі проведеного аналізу виокремлено чотири основні механізми терапевтичного впливу музики:

Емоційно-регулятивний механізм – музика сприяє усвідомленню, вираженню та трансформації емоційних станів, допомагає розширити «емоційний словник» підлітка та розвиває здатність до емпатії.

Фізіологічний механізм – музичний вплив активує лімбічну систему, стимулює вивільнення нейромедіаторів (дофамін, окситоцин), знижує рівень кортизолу та нормалізує вегетативні реакції організму.

Когнітивний механізм – музика стимулює уяву, актуалізує емоційну пам'ять, сприяє переосмисленню власного досвіду та активізує внутрішні ресурси особистості.

Катарсичний механізм – переживання музики забезпечує емоційне звільнення (катарсис), дозволяє опрацювати пригнічені переживання та відновити психічну рівновагу.

Проведений теоретичний аналіз засвідчує, що музикотерапія є науково обґрунтованим, багатогранним та перспективним методом психологічної корекції, ефективність якого підтверджена численними емпіричними дослідженнями. Для підліткового віку, з урахуванням специфіки вікового розвитку та актуальних соціальних викликів, цей метод має особливий потенціал. Подальше дослідження дозволить конкретизувати оптимальні форми та протоколи застосування музикотерапії у роботі з підлітками, що підвищить рівень її практичного впровадження в освітніх і реабілітаційних закладах України.

Література:

1. Бигар Г. В. Використання музикотерапії в освітньому процесі початкової школи. *Музичне мистецтво в освітологічному дискурсі*. 2021. № 6. С. 34–39.

2. Васильєва Л. Л. Музикотерапія : навч. посіб. Суми : Університетська книга, 2018. 216 с.

3. Волошина І. В. Психологічні засади використання арт-терапії у роботі з підлітками. Одеса : СВД Черкасов, 2019. 188 с.

4. Квітка Н. О. Арт-педагогіка як засіб гармонізації особистісного розвитку дитини. *Вісник Черкаського університету*. 2018. № 5. С. 44–50.

5. Литвинчук Л. М. Особливості корекційного впливу музикотерапії на емоційну сферу дітей. *Проблеми сучасної психології*. 2012. Вип. 15. С. 341–350.

6. Чуприкова Л. В. Музична терапія як засіб корекції психофізичного стану дитини. *Таврійський вісник освіти*. 2017. № 3. С. 112–118.

7. Bruscia K. E. Defining Music Therapy. 3rd ed. University Park, PA : Barcelona Publishers, 2014. 320 p.

СЕКЦІЯ 8. ЦИФРОВІ ТЕХНОЛОГІЇ ЕФЕКТИВНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОГО БІЗНЕСУ

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-115

ЦИФРОВІ ТЕХНОЛОГІЇ ДЛЯ АВТОМАТИЗОВАНОГО СУПРОВОДУ СКЛАДНИХ БІОТЕХНІЧНИХ ВИРОБНИЦТВ

Наконечний Олександр Григорович
доктор фізико-математичних наук, професор,
Президент Академії наук вищої школи України,
професор кафедри системного аналізу та теорії прийняття рішень
Київський національний університет імені Тараса Шевченка
м. Київ, Україна

Лисенко Віталій Пилипович
доктор технічних наук, професор,
академік Академії наук вищої школи України,
професор кафедри комп'ютерних систем, мереж та кібербезпеки
Національний університет біоресурсів і природокористування України
м. Київ, Україна

Коваль Валерій Вікторович
доктор технічних наук, професор,
академік Академії наук вищої школи України,
професор кафедри автоматики та робототехнічних систем
імені акад. І. І. Мартиненка
Національний університет біоресурсів і природокористування України
м. Київ, Україна

Аграрний сектор економіки України насичений складними біотехнічними об'єктами, до яких належать тепличні комбінати, тваринницькі комплекси, птахофабрики, підприємства з виробництва, зберігання й переробка сільськогосподарської продукції. Усі вони характеризуються наявністю значних за обсягами інформаційних потоків, що ***повинно*** використовуватись для ефективного управління такими виробництвами. Особливо ускладнює цю процедуру наявність біологічної складової – живого організму [1, 2]. Часто суб'єктивність управлінця (людський фактор) призводить до фінансових втрат. Саме тому такі виробництва піддають автоматизації, у тому числі й адміністративний (організаційний) супровід самого виробництва.

Сучасні високотехнологічні підприємства вимагають надійного планування фінансових витрат, що є однією з важливих умов

ефективного виробництва відповідної продукції. Зазначене стає можливим за умов надійного прогнозування обсягів та якості вироблення продукції протягом виробничих термінів, що створює умови для формування гарантованих фінансових надходжень і витрат.

Отже, для ефективного управління біотехнічними об'єктами потрібно:

1) обробляти великі інформаційні потоки;

2) здійснювати прогнозування обсягів виробленої продукції та її гарантованої якості;

3) використовувати результати 1), 2) для формування стратегій управління об'єктами в режимі реального часу.

Лише за таких умов виробництво може бути ефективним.

У той же час тривалі дослідження дозволили зробити висновки про невизначеність, в умовах якої функціонують такі об'єкти, що пояснюється їх нелінійністю та випадковістю дії на них факторів збурення [1–5]. Тому традиційні методи прогнозування й управління демонструють при цьому невисоку надійність.

Для об'єктів, що функціонують в умовах невизначеності, рекомендується використовувати для прогнозування обсягів та якості виробленої продукції штучні нейронні мережі [1–7]. Їх структура в значній мірі залежить від змісту наукової задачі, що ставиться дослідником.

Література:

1. Dolia, M., Lysenko, V., Lendiel, T., Nakonechna, K., & Vorokh, V. (2024). Artificial neural networks for predicting the number of field crop pests. *Scientific Reports of the National University of Life and Environmental Sciences of Ukraine*, 20(3). https://doi.org/10.31548/dopovidi.3(109). 2024.022.

2. Dolia, M., Lysenko, V., Lendiel, T., Nakonechna, K., & Humeniuk, L. (2024). Neuron network prediction of damage of E. integriceps bug on winter wheat in Ukraine. *Scientific Reports of the National University of Life and Environmental Sciences of Ukraine*, 20(4), 96–105. https://doi.org/10.31548/dopovidi/3.2024.966.

3. Lidiia Vlasenko, Nataliia Lutska, Nataliia Zaiets, Vitaliy Lysenko. Ontological Analysis of the Digital Crime Conceptual Model. 2023 IEEE 18th International Conference on Computer Science and Information Technologies (CSIT). DOI:10.1109/CSIT61576.2023.10324030

4. Vitaliy Lysenko, Taras Lendiel, Serhii Pavlov, Kateryna Nakonechna. Computer Vision Technologies for Rapid Quality Analysis of Fermentable Biomaterial. 2024 IEEE 17th International Conference on Advanced Trends in Radioelectronics, Telecommunications and Computer Engineering, TCSET 2024; Lviv-Slavske; Ukraine; 8–12 Oct. 2024. DOI: 10.1109/TCSET64720.2024.

5. Чернова І.С., Лисенко В.П. Гібридна система підтримки прийняття рішень у виробництві ентомофагів. *Енергетика і автоматика.* 2022. № 4. С. 44–54.

6. Lysenko, V., Bolbot, I., Lendiel, T., Koval, V., Nakonechnyy, I. Genetic Algorithm in Optimization Problems for Greenhouse Facilities.

International Scientific and Technical Conference on Computer Sciences and Information Technologies, 2022, 2022-November, pp. 185–188.
7. Наконечний О.Г., Лисенко В.П., Коваль В.В., Зінько П.М. Автоматизація складних біотехнічних об'єктів, що функціонують в умовах невизначеності. Ukraine, Bulgaria, EU: modern trends in the development of science, technology and innovation: materials VII International Scientific and Practical Conference (Burgas, Bulgaria, July 2-7, 2023) Burgas: Avangard Prima, 2023. С.118-120.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-116

МЕДИЧНА ІНФОРМАЦІЙНА СИСТЕМА ЯК ІНСТРУМЕНТ БЕЗПЕРЕРВНОГО МОНІТОРИНГУ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Парій Валентин Дмитрович
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри менеджменту охорони здоров'я
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Дорохіна Анна Миколаївна
кандидат медичних наук,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Терентюк Вадим Георгійович
кандидат медичних наук,
асистент кафедри менеджменту охорони здоров'я
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Вступ. Система охорони здоров'я сьогодні перебуває в умовах активної трансформації [5–7]. Насамперед відбувається стрімкий розвиток eHealth, що, у свою чергу, створює передумови для впровадження цифрових інструментів управління у повсякденну діяльність закладів охорони здоров'я [3, 5, 6]. За таких умов медичні інформаційні системи (МІС) поступово перестають виконувати виключно функцію електронного документообігу та технічного інструменту взаємодії з електронною системою охорони здоров'я (ЕСОЗ). Сучасна МІС перетворюється на важливий елемент системи управління якістю медичної допомоги, що забезпечує безперервний моніторинг клінічних, організаційних та управлінських процесів [3, 5].

В умовах зростання вимог до якості медичної допомоги, ефективності використання ресурсів та прозорості діяльності закладів охорони здоров'я МІС стає повноцінним інструментом сучасного медичного менеджменту [1, 2, 5]. Цифровізація процесів управління якістю медичної допомоги поступово формує нову модель управління в охороні здоров'я, в якій ключову роль відіграють аналітичні можливості інформаційних систем [3, 5, 6].

Класичним підходом до оцінки якості медичної допомоги є модель Avedis Donabedian «структура – процес – результат». На відміну від традиційного ретроспективного аудиту, сучасні МІС дозволяють здійснювати безперервний моніторинг усіх складових якості медичної допомоги в режимі реального часу.

На рівні структури інформаційні системи дозволяють здійснювати контроль кадрового забезпечення, наявності обладнання, лікарських засобів і медичних виробів, а також інших ресурсів закладів охорони здоров'я.

На рівні процесу МІС формує стандартизоване цифрове середовище для забезпечення якості клінічних та організаційних процесів. Важливе значення мають механізми структурованого внесення медичних даних, зокрема використання шаблонів медичних записів, чек-листів, обов'язкових для заповнення полів та автоматизованих механізмів валідації інформації.

Застосування таких інструментів забезпечує контроль повноти внесення ключових клінічних параметрів, включаючи анамнез, скарги, алергологічний статус, показники життєдіяльності, результати обстежень, призначення та клінічні діагнози. Вбудовані алгоритми логічного контролю дозволяють виявляти некоректні, неповні або взаємосуперечливі дані, зокрема невідповідність між клінічним діагнозом, призначеними обстеженнями та лікувальними втручаннями, відсутність обов'язкових досліджень при визначених нозологіях або помилки у внесенні клінічних показників.

Важливою перевагою сучасних МІС є можливість оцінки не лише факту надання медичної допомоги, а й якості клінічного процесу. Через фіксацію дати та часу ключових подій система дозволяє аналізувати своєчасність проведення діагностичних і лікувальних втручань, наприклад час до виконання ЕКГ, лабораторних досліджень, інструментальної діагностики або введення лікарського засобу. Це створює підґрунтя для формування показників типу «час до діагностики» та «час до лікування», контролю виконання клінічних алгоритмів і оцінки маршруту пацієнта.

Додатковою перевагою МІС є можливість динамічного моніторингу клінічних та лабораторних показників пацієнта з використанням засобів візуалізації даних. Графічне відображення змін окремих параметрів дозволяє оперативно оцінювати динаміку рівня тропоніну, креатиніну, гемоглобіну, глікемії та інших показників без необхідності ручного зіставлення результатів досліджень. Такий підхід сприяє підвищенню швидкості прийняття клінічних рішень, своєчасному виявленню

негативних тенденцій та більш об'єктивній оцінці ефективності лікування.

На рівні результату МІС забезпечує можливість аналізу клінічних та організаційних показників діяльності закладу охорони здоров'я, зокрема летальності, ускладнень, повторних госпіталізацій, тривалості перебування пацієнтів у стаціонарі та інших індикаторів якості медичної допомоги.

В умовах цифровізації охорони здоров'я, функціонування ЕСОЗ та фінансування за Програмою медичних гарантій особливої уваги потребує питання якості медичних даних, оскільки коректність, структурованість та повнота електронної медичної документації визначають достовірність аналітичних показників і ефективність управлінських рішень. Використання механізмів валідації даних, стандартизованих довідників та алгоритмів логічного контролю сприяє підвищенню якості медичної документації, зниженню ризику помилок під час клінічного кодування та покращенню якості даних, що передаються до центральної бази даних ЕСОЗ. Таким чином, якість медичних даних стає однією з ключових складових цифрового управління якістю медичної допомоги.

Висновки. Сучасна медична інформаційна система є не лише інструментом електронного документообігу, а складовою системи управління якістю медичної допомоги. Використання структурованих цифрових даних забезпечує моніторинг клінічних процесів, контроль ведення медичної документації та підтримку клінічних і управлінських рішень. Розширення аналітичних можливостей МІС створює підгрунтя для переходу від ретроспективного аудиту до безперервного моніторингу якості медичної допомоги.

Література:

1. Сафонов Ю. М., Борщ В. І. Стратегічний менеджмент закладів охорони здоров'я: загальні принципи та особливості застосування в галузі охорони здоров'я України // *Причорноморські економічні студії*. 2019. Вип. 42. С. 62–69.

2. Яремко І. І. Підвищення ефективності механізмів управління системою закладів охорони здоров'я України. *Наукові записки Національного університету «Львівська політехніка». Серія «Менеджмент та підприємництво в Україні»*. 2021. № 2(6). С. 127–139.

3. Kennedy Addo, Pabbi Kwaku Agyepong. Evaluating the health information system implementation for healthcare quality improvement. *Health Informatics Journal*. 2024. Vol. 30, № 4. DOI: https://doi.org/10.1177/14604582241304705

4. Kruse C. S., Stein A., Thomas H., Kaur H. The use of electronic health records to support population health: a systematic review of the literature. *Journal of Medical Systems*. 2018. Vol. 42, № 11. P. 214. https://doi.org/10.1007/s10916-018-1075-6

5. Mauro M., Noto G., Prenestini A., Sarto F. Digital transformation in healthcare: assessing the role of digital technologies in managerial and

administrative processes. *Technological Forecasting and Social Change*. 2024. Vol. 205. DOI: https://doi.org/10.1016/j.techfore.2024.123781
6. Stoumpos A. I., Kitsios F., Talias M. A. Digital transformation in healthcare: technology acceptance and its applications. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023. Vol. 20, № 4. P. 3407. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph20043407
7. World Health Organization. *Global strategy on digital health 2020–2025*. Geneva : WHO, 2021. 84 p.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-117

АКТУАЛЬНІ ЕТИКО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ ПРОТИДІЇ АКАДЕМІЧНОМУ ПЛАГІАТУ ТА ВИКОРИСТАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ У ВИЩІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ

Вергун Оксана Михайлівна
кандидат медичних наук,
доцент кафедри терапії № 1, медичної діагностики та гематології,
трансфузіології факультету післядипломної освіти
Державне некомерційне товариство «Львівський національний
медичний університет імені Данила Галицького»
м. Львів, Україна

Драгочинська Лариса Федорівна
здобувач вищої освіти медичного факультету № 1,
керівник студентської агенції співдії якості освіти
Державне некомерційне товариство «Львівський національний
медичний університет імені Данила Галицького»
м. Львів, Україна

Вергун Андрій Романович
доктор медичних наук, лікар-хірург вищої категорії,
почесний академік Академії прикладних наук,
доцент кафедри сімейної медицини
Державне некомерційне товариство «Львівський національний
медичний університет імені Данила Галицького»
м. Львів, Україна
професор невідкладної медичної допомоги
факультету товарознавства, управління та сфери обслуговування
та базової загальновійськової підготовки
Львівський торговельно-економічний університет,
м. Львів, Україна

Вступ. Системний аналіз етичних та правових принципів, національних і університетських регуляторних практик, а також

результати емпіричних педагогічних досліджень засвідчують необхідність обов'язкового декларування використання технологій штучного інтелекту (ШІ), забезпечення належного рівня захисту персональних даних, перевірки отриманих результатів та ризику їх спотворення, а також зменшення феномену так званих «галюцинацій». У зв'язку з ухваленням Закону України «Про академічну доброчесність» та орієнтацією на європейські підходи до регулювання ШІ, особливої актуальності набуває завдання адаптації його положень до локальних нормативних актів закладів вищої освіти. Це створює потребу в етичному, безпечному та прозорому інституційному регулюванні використання ШІ, зокрема у медичних університетах, що може бути проілюстровано на прикладі ДНТ «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького». Ефективне забезпечення академічної доброчесності пов'язане з функціонуванням комплексних механізмів контролю, які охоплюють технології боротьби з плагіатом, незалежні експертні оцінки, усні форми контролю знань і системні освітні ініціативи. Завдяки використанню RAG-архітектур, локальних моделей та керованих обчислювальних середовищ інтеграція інструментів ШІ в освітньо-науковий простір формує нові можливості та значні виклики для забезпечення принципів академічної доброчесності, включно із ризиками плагіату, фальсифікації даних та порушення прав інтелектуальної власності. Крім того, аналіз наукових джерел виявляє низку невирішених питань, зокрема відсутність уніфікованих підходів до декларування використання ШІ та обмежену надійність засобів виявлення AI-плагіату. Це додатково обґрунтовує необхідність розробки нормативних вимог, стандартизації процедур і розширення емпіричних досліджень у цій сфері.

Мета роботи. Систематизувати та обґрунтувати ключові положення політики використання ШІ в академічній діяльності ДНТ ЛНМУ, оцінити її ефективність у запобіганні порушенням академічної доброчесності (зокрема AI-плагіату, фальсифікації та витоку даних), а також сформулювати практичні рекомендації щодо впровадження та контролю відповідних процедур.

Виклад основного матеріалу. Для запобігання проявам академічної недоброчесності розроблено комплексну систему організаційних, освітніх і технічних заходів, спрямованих на формування культури відповідальності, прозорості та нульової толерантності до плагіату, неправдивої інформації та шахрайства в освітній і науковій діяльності. Інституційною основою цієї політики є діяльність спеціалізованих колегіальних органів, зокрема Комісії з питань академічної доброчесності, а також наявність загальнодоступної нормативної бази (Кодексу академічної етики та профільних положень) на офіційних

ресурсах університету. Додатковим інструментом забезпечення прозорості є практика оприлюднення узагальнених результатів перевірок на плагіат у фахових виданнях. Практична реалізація політики поєднує освітні та превентивні підходи, включаючи впровадження методичних матеріалів, обов'язкових навчальних курсів і семінарів з академічної етики, правил цитування, авторського права та відповідальності за порушення. Значна увага приділяється розвитку критичного мислення, навичок перевірки інформації та раціонального використання цифрових технологій, зокрема генеративного ШІ, який розглядається не як замінник самостійної інтелектуальної діяльності, а лише як допоміжний інструмент.

Технічна складова системи контролю базується на застосуванні ліцензованого та локального антиплагіатного програмного забезпечення. Використання систем UNICHEK (Turnitin), StrikePlagiarism, а також додаткових сертифікованих онлайн-сервісів і локальних програмних рішень забезпечує багаторівневу перевірку матеріалів.

Уніфікація процедур забезпечення якості наукових досліджень і публікацій з точки зору дотримання принципів академічної доброчесності, включаючи етап первинного антиплагіатного контролю для визначення рівня унікальності текстів та їх подальших рецензувань в ДНТ ЛНМУ, передбачає використання ліцензованого програмного забезпечення, зокрема систем «UNICHEK» (Turnitin), «StrikePlagiarism», «Plagiarism Detector PRO», «Anti-Plagiarism», «Viper», тощо (в т.ч. для порівняльного аналізу матеріалів у межах університетського репозитарію), а також низки безкоштовних онлайн-інструментів. Ці програмні засоби доцільно використовувати для оперативної додаткової перевірки значних масивів наукових текстів невеликого обсягу з можливістю залучення альтернативних веборієнтованих сервісів. Технічна експертиза об'ємних наукових робіт, зокрема монографій і дисертаційних досліджень, здійснюється за допомогою спеціалізованих систем «Unicheck», «Plagiarism Detector PRO» та «Viper». Крім того, поетапна (покрокова, за розділами) первинна технічна перевірка структурних частин дисертаційних робіт реалізується із використанням програмного комплексу «Plagiarism Detector PRO», що забезпечує більш детальний аналіз текстових запозичень та підвищує точність виявлення потенційних порушень академічної доброчесності. Програма "Plagiarism Detector Pro", версія ядра програми 2945, Система X64 .net v.4.0.319, Ліцензіатор ScyLine LCC непогано детектує ШІ та AI-плагіат. Термін дії необмежений. Проте, коли вийшла версія GPT 5.3, існуючй детектор "засліп". В даний момент ми розгортаємо нову версію ШІ детектора, що вже успішно «знаходить» GPT 5.3. Але, нажаль, його використання потребує аренди серверів із GPU, що детермінує додаткові часові та

матеріальні затрати. Також використовуємо https://isgen.ai/uk, який детектує ChatGPT, GPT-5, Gemini, ClaudeMistral, тощо, а також – компіляцію ШІ + Людина; https://www.zerogpt.com/ для виявлення GPT-5, ChatGPT. Розглядаються можливості застосування JustDone, а також https://sidekicker.ai/uk/ai-detector; https://www.scribbr.com/ai-detector/, як альтернативних варіантів детектування контенту, який створений штучним інтелектом, зокрема ChatGPT та Copilot. Поєднання автоматизованого аналізу з експертною оцінкою дозволяє підвищити об'єктивність результатів та зменшити частоту хибнопозитивних висновків.

Водночас розвиток генеративних моделей (зокрема новітніх версій) зумовлює необхідність постійного оновлення засобів виявлення, що потребує додаткових ресурсів, зокрема використання серверних потужностей із GPU. Внутрішня процедура перевірки порушень включає послідовні етапи: первинне виявлення, рецензування, експертну оцінку, розгляд із забезпеченням права на захист і апеляцію, а також застосування санкцій, пропорційних тяжкості порушення – від зауважень до відкликання публікацій або відрахування здобувача. Ця процедура відповідає чинному законодавству і рекомендаціям МОН України та поступово стандартизується. Подання результатів, створених за участю ШІ, без належної верифікації та коректного посилання є неприпустимим. Використання генеративного ШІ допускається лише за умови прозорого декларування, збереження авторського контролю та дотримання вимог щодо захисту даних. Відповідальність за формування запитів, інтерпретацію та використання результатів покладається на користувача. Частка відхилених матеріалів (7,44–11,82% щорічно) відповідає міжнародним показникам і підтверджує ефективність системи контролю, але також підкреслює необхідність її подальшого вдосконалення, зокрема шляхом стандартизації використання ШІ-інструментів, документування промптів і розширення освітніх програм. Аналіз практики виявив типові порушення, серед яких – реплікаційне відтворення власних матеріалів, конфлікти інтересів, випадки самоплагіату, некоректне цитування, несамостійне виконання завдань і викривлення результатів досліджень, у тому числі із застосуванням цифрових технологій.

Висновки. В умовах цифровізації та широкого впровадження нейромереж академічна доброчесність набуває системного характеру, супроводжуючись новими викликами – непрозорістю авторства, ризиками фабрикації та спотворення результатів, а також загрозами конфіденційності, що визначає необхідність чіткого декларування внеску цифрових інструментів у створення наукового продукту. Поєднання нормативного регулювання, освітніх ініціатив і

багаторівневої технічної експертизи забезпечує ефективний опір академічним порушенням, що підтверджується практикою відхилення матеріалів, зокрема у випадках виявлення AI-плагіату, компіляцій і фальсифікацій із використанням штучного інтелекту.

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-118

ВИКОРИСТАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ ДЛЯ АНАЛІЗУ РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ ЗНІМКІВ У СТОМАТОЛОГІЇ

Волохова Людмила Богданівна
Керівник медичного центру Dr. Volokhova Medical Center
Стоматолог-терапевт
м. Київ, Україна

Сучасний розвиток цифрових технологій суттєво змінює підходи до ранньої діагностики та своєчасного лікування стоматологічних захворювань. Одним із найперспективніших напрямів цифрової стоматології є використання штучного інтелекту (ШІ) для аналізу рентгенологічних знімків. Попри те, що сучасні системи ШІ у стоматологічній візуалізації ще потребують удосконалення перед повноцінним впровадженням у клінічну практику, вже зараз вони демонструють значний потенціал у підтримці клінічних рішень. Провідні фахівці зазначають, що застосування ШІ у стоматологічній рентгенографії здатне підвищити якість стоматологічної допомоги та знизити витрати на лікування, що буде корисним як для пацієнтів, так і для системи охорони здоров'я загалом [1, p. 7].

Загалом саме рентгенологічні методи дослідження посідають провідне місце у сучасній стоматології. Вони використовуються для виявлення карієсу, оцінки стану періапікальних тканин, діагностики патологій пародонта, аналізу зубощелепних аномалій та загального планування лікування. Без променевої діагностики неможливо забезпечити точну та безпечну стоматологічну практику, адже вона дозволяє поставити 60–80% первинних діагнозів завдяки інформативності.

У клінічній практиці застосовують три основні типи рентгенологічної діагностики: прицільну рентгенографію, панорамну рентгенографію та комп'ютерну томографію (КТ). Прицільна рентгенографія забезпечує детальне зображення 1–3 зубів і використовується для оцінки якості ендодонтичного лікування та виявлення локального карієсу. Панорамна рентгенографія дозволяє

оцінити загальний стан зубощелепної системи, а КТ забезпечує тривимірну візуалізацію анатомічних структур і є незамінною при імплантації, ортодонтичному та хірургічному лікуванні.

Перехід від аналогових рентгенограм до цифрової візуалізації відкрив нові можливості для комп'ютерної обробки зображень та використання ШІ. Цифрові технології дозволяють покращувати контрастність і деталізацію зображень, проводити сегментацію структур та автоматизований аналіз патологічних змін. Саме розвиток цифрової рентгенології став основою для активного впровадження систем штучного інтелекту у стоматологічну практику.

Найефективнішими для аналізу рентгенологічних зображень є згорткові нейронні мережі[1] (Convolutional Neural Networks, CNN), здатні розпізнавати складні візуальні закономірності. CNN-алгоритми навчаються на великих масивах рентгенограм, що дає змогу виявляти патологічні зміни з високою точністю. У стоматології такі моделі застосовуються для діагностики карієсу, виявлення періапікальних уражень, визначення вертикальних переломів коренів, оцінки втрати кісткової тканини та аналізу анатомічних структур зубів [2, с. 103–104].

Одним із найбільш досліджених напрямів застосування ШІ є виявлення карієсу на bitewing-рентгенограмах[2]. Рання діагностика карієсу має вирішальне значення для профілактичного та малоінвазивного лікування, однак навіть досвідчені стоматологи можуть мати труднощі з виявленням початкових апроксимальних уражень через низьку контрастність зображень або особливості локалізації патологічного процесу. У зв'язку з цим використання ШІ-систем як допоміжного інструменту діагностики викликає значний науковий і практичний інтерес.

У систематичному огляді та метааналізі Н. Аммар і Ян Кюхніш, присвяченому ефективності ШІ-моделей у виявленні карієсу на bitewing-рентгенограмах, було проаналізовано 14 досліджень із використанням різних архітектур нейронних мереж. Автори встановили, що більшість моделей демонстрували точність понад 80%, а узагальнені показники чутливості та специфічності становили 0,87 і 0,89 відповідно. У низці досліджень ШІ-системи показували кращі результати діагностики, ніж

[1] Згорткові нейронні мережі (CNN) – це клас глибоких штучних нейронних мереж, які є стандартом для аналізу візуальних зображень та комп'ютерного зору. Вони імітують процеси в зоровій корі мозку людини, автоматично розпізнаючи складні патерни, контури, обличчя та об'єкти без необхідності ручного виділення ознак.

[2] Bitewing-рентгенографія (або інтерпроксимальний знімок) – це стоматологічний метод рентгенографії, під час якого пацієнт прикушує спеціальний пластиковий фіксатор (позиціонер), який утримує рентгенівський датчик або плівку всередині ротової порожнини. Це дозволяє стоматологу побачити коронки зубів верхньої та нижньої щелеп на одному знімку, міжзубні проміжки та стан кісткової тканини.

кваліфіковані лікарі-стоматологи, особливо при діагностиці початкових уражень емалі [3, p. 130].

Важливим напрямом розвитку ШІ у стоматології є аналіз панорамних рентгенограм і конусно-променевої комп'ютерної томографії (КПКТ або КТ). Панорамна рентгенографія широко використовується для комплексної оцінки зубощелепної системи, однак її інтерпретація потребує значного клінічного досвіду. У дослідженні Р. Ягтап та співавторів продемонстровано можливість автоматизованого діагностичного картування панорамних рентгенограм за допомогою алгоритмів глибокого навчання ШІ [4]. ШІ-системи були здатні автоматично визначати анатомічні структури, виявляти патологічні зміни, аналізувати положення зубів і формувати структуровані діагностичні звіти.

КПКТ, що дозволяє отримати надточні 3D-моделі щелеп, зубів і тканин обличчя з мінімальною дозою опромінення є ще одним перспективним напрямом застосування штучного інтелекту. Ця технологія забезпечує тривимірну візуалізацію та надає значно більше інформації порівняно зі стандартними двовимірними рентгенограмами. Алгоритми ШІ можуть автоматично сегментувати анатомічні структури, визначати межі патологічних процесів, аналізувати щільність кісткової тканини та допомагати у плануванні імплантації, ортодонтичного й хірургічного лікування.

Значний інтерес становить застосування штучного інтелекту в ендодонтії. ШІ-системи здатні аналізувати рентгенограми для виявлення періапікальних уражень, оцінки якості ендодонтичного лікування та визначення анатомічних особливостей кореневих каналів. Це особливо важливо при складній анатомії зубів, коли додаткові канали або патологічні зміни можуть залишатися непоміченими. Крім того, алгоритми машинного навчання використовуються для прогнозування успішності ендодонтичного лікування на основі рентгенологічних і клінічних даних.

Штучний інтелект також активно впроваджується у пародонтологію. Нейронні мережі можуть автоматично оцінювати рівень втрати кісткової тканини, аналізувати динаміку прогресування пародонтиту та сприяти плануванню лікування. Це забезпечує більш об'єктивну оцінку змін у тканинах пародонта та стандартизацію діагностичних результатів.

Окремої уваги заслуговують сучасні програмні рішення, які вже використовуються у стоматологічній практиці. Серед найбільш відомих ШІ-платформ – Diagnocat, Pearl Second Opinion, Overjet, ORCA Dental AI та dentalXrai. Ці системи автоматично аналізують рентгенограми та формують діагностичні звіти. Наприклад, Diagnocat здатний аналізувати як 2D-знімки, так і КТ, створюючи повний звіт упродовж кількох хвилин [2, с. 103–104].

Таблиця 1

Порівняльна таблиця ШІ-платформ для стоматологічної діагностики та планування лікування[3]

Платформа ШІ	Найкраще підходить для	Додаткові переваги та можливості	Основний фокус
Diagnocat	Комплексного 2D та 3D аналізу	Аналізує внутрішньоротові рентгенівські знімки для виявлення понад 60 патологій у 3D та 40 у 2D. Має функцію голосового введення клінічних записів і автоматичного заповнення медичних карт та пародонтальних записів.	Працює як «додаткова думка» для діагностики, спрощуючи планування лікування та комунікацію з пацієнтом.
Pearl (Second Opinion)	Виявлення патологій безпосередньо під час прийому та візуальної комунікації з пацієнтом	Має схвалення від FDA (the US Food and Drug Administration) для аналізу 2D-рентгенів і сегментації 3D-анатомії. Виявляє карієс, зубний камінь і втрату кісткової тканини, а також кольорово позначає частини зуба для наочного пояснення лікування пацієнтам.	Виявлення прихованих захворювань на ранніх стадіях із високою точністю, що підвищує рівень своєчасного залучення пацієнтів до лікування.
Overjet	Корпоративна клінічна аналітика, страхові заявки та діагностика	Має схвалення від FDA (the US Food and Drug Administration) для виявлення карієсу, оцінки рівня кісткової тканини та картографування структури зубів майже в реальному часі.	Поєднання клінічної роботи та управління практикою. Великі стоматологічні мережі використовують платформу для оптимізації операцій, аналізу даних між філіями та автоматизації перевірки даних для страхування.
ORCA Dental AI	Ортодонтичне планування та автоматизація	Має схвалення від FDA (the US Food and Drug Administration) для 3D-аналізу зображень, автоматичної сегментації зубів, локалізації нервових каналів та аналізу нахилу коренів.	Автоматизація трудомістких процесів обробки зображень для ортодонтів та імплантологів. Активно працює через платформу CephX.
dentalXrai	Європейська клінічна інтеграція та автоматизована оцінка рентгенівських знімків	Використовує deep learning для аналізу 2D і 3D стоматологічних зображень, миттєво виділяючи карієс, ознаки пародонтиту та періапікальні ураження.	Відповідність європейським регуляторним вимогам та інтеграція діагностичної підтримки у стоматологічне обладнання та системи управління клінікою.

[3] Сформовано автором використовуючи відкриті дані та веб-сайти досліджуваних ШІ-платформ.

Попри значні переваги, використання штучного інтелекту має низку обмежень. Однією з основних проблем є залежність ефективності ШІ-платформ від якості навчальних вибірок. Наприклад, якщо дані для навчання ШІ репрезентують лише певну групу, ШІ може дискримінувати інші демографічні чи соціальні категорії. Для створення надійних систем необхідні великі масиви рентгенограм із точною анотацією патологічних змін. Помилки в анотації можуть призводити до зниження точності алгоритмів. У метааналізі Н. Аммар і Ян Кюхніш зазначено, що більшість сучасних досліджень мають невизначений ризик систематичної похибки, а лише незначна кількість моделей проходила зовнішню клінічну валідацію [3, p. 130].

Додатковими викликами залишаються етичні та правові аспекти використання ШІ, зокрема питання відповідальності за можливі діагностичні помилки, захисту персональних даних пацієнтів і стандартизації ШІ-систем. Незважаючи на високу точність сучасних ШІ-алгоритмів, жодна система не гарантує абсолютної безпомилковості. У разі неправильної інтерпретації рентгенологічного знімка виникає питання: хто несе юридичну відповідальність – лікар, медичний заклад чи розробник програмного забезпечення. У більшості країн штучний інтелект розглядається лише як допоміжний інструмент підтримки клінічних рішень, тому остаточна відповідальність за встановлення діагнозу та вибір лікування покладається на лікаря-стоматолога. Водночас широке впровадження ШІ-систем потребує створення чітких нормативно-правових механізмів, які б регламентували межі відповідальності всіх учасників процесу.

Не менш важливим є питання захисту персональних даних пацієнтів. Для навчання алгоритмів штучного інтелекту використовуються великі масиви медичних зображень і клінічної інформації, що містять конфіденційні дані. Неналежний рівень кібербезпеки або порушення правил обробки даних можуть призвести до витоку медичної інформації та порушення права пацієнтів на приватність. Саме тому використання ШІ у медицині загалом повинно відповідати міжнародним і національним стандартам захисту персональних даних, зокрема вимогам GDPR у країнах Європейського Союзу. Особливого значення набувають процеси анонімізації рентгенологічних зображень, шифрування інформації та обмеження доступу до медичних баз даних.

Попри наявні виклики та проблемні питання, очікується подальше вдосконалення алгоритмів глибокого навчання, створення мультимодальних систем аналізу даних, інтеграція ШІ з CAD/CAM-технологіями та роботизованими стоматологічними системами. У перспективі штучний інтелект може стати невід'ємною складовою

цифрової стоматології, забезпечуючи персоналізований підхід до діагностики та лікування.

Таким чином, використання штучного інтелекту для аналізу рентгенологічних знімків є одним із найперспективніших напрямів розвитку сучасної стоматології. ШІ-системи демонструють високу ефективність у виявленні карієсу, патологій періодонта, періапікальних уражень та ендодонтичних патологій, сприяють стандартизації діагностичних процесів і підвищують точність клінічних рішень. Автоматизований аналіз рентгенологічних зображень дозволяє скоротити час інтерпретації даних, мінімізувати ризик людської помилки та забезпечити більш об'єктивну оцінку стану зубощелепної системи. Особливе значення штучний інтелект має у ранній діагностиці стоматологічних захворювань, коли патологічні зміни ще не мають виражених клінічних проявів. Завдяки здатності аналізувати великі обсяги даних та виявляти малопомітні зміни на рентгенограмах, ШІ-системи можуть суттєво підвищити ефективність профілактичного та малоінвазивного лікування. Попри значні переваги, використання ШІ у стоматологічній практиці супроводжується низкою викликів. Це свідчить про необхідність подальшого вдосконалення технологій, розробки міжнародних стандартів оцінки ШІ-систем та створення чіткої нормативно-правової бази для їх використання у медицині.

Отже, штучний інтелект не є заміною лікаря-стоматолога, проте виступає потужним інструментом підтримки клінічних рішень. Подальший розвиток алгоритмів машинного навчання та їх інтеграція у стоматологічну практику можуть суттєво підвищити якість діагностики, ефективність лікування та рівень стоматологічної допомоги загалом. У перспективі ШІ-технології мають потенціал стати невід'ємною складовою цифрової медицини та забезпечити новий рівень точності й персоналізації стоматологічного лікування.

Література:

1. Putra R. H., Doi C., Yoda N., Astuti E. R., Sasaki K. Current applications and development of artificial intelligence for digital dental radiography. *Dentomaxillofacial Radiology.* 2022. Vol. 51, Issue 1. P. 1–12. DOI: https://doi.org/10.1259/dmfr.20210197

2. Бульбук О. І., Бульбук О. В., Шутак О. В., Сухоребський Ю. І. Штучний інтелект у сучасній стоматології (огляд літератури). *Art of Medicine.* 2025. № 2(34). С. 101-107. DOI: https://doi.org/10.21802/artm.2025.2.34.101

3. Ammar N., Kühnisch J. Diagnostic performance of artificial intelligence-aided caries detection on bitewing radiographs: a systematic

review and meta-analysis. *Japanese Dental Science Review.* 2024. Vol. 60. P. 128–136. DOI: 10.1016/j.jdsr.2024.02.001

4. Jagtap R., Kumar A., Patil S. et al. Diagnostic charting of panoramic radiography using deep-learning artificial intelligence system. *International Journal of Scientific Research*. 2021. Vol. 10, № 10. P. 1–5. DOI: 10.1007/S11282-021-00572-0

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-119

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ ТА КОМУНІКАТИВНИХ НАВИЧОК ФАХІВЦІВ ОБЛІКОВО-ФІНАНСОВОЇ СФЕРИ

Ковальова Марія Володимирівна
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології,
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Бушулян Катерина Олександрівна
здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Актуальність вивчення емоційного інтелекту в контексті професійної комунікації зумовлена тим, що сучасна обліково-фінансова діяльність не обмежується лише точністю розрахунків, знанням нормативних документів і технічним веденням звітності. Фахівець цієї сфери постійно взаємодіє з керівниками, колегами, клієнтами, контролюючими органами, постачальниками та іншими учасниками організаційного процесу. У таких умовах професійна результативність залежить не тільки від знання нормативних вимог або здатності виконувати розрахунки, а й від уміння підтримувати конструктивний діалог, зрозуміло формулювати повідомлення, коректно реагувати на напруження та враховувати емоційний стан співрозмовника. У цьому контексті емоційний інтелект доцільно розглядати як психологічний ресурс, що поєднує емоційну саморегуляцію, соціальну чутливість і комунікативну ефективність.

Значення комунікативного аспекту професійної підготовки підтверджується міжнародними документами у сфері бухгалтерської освіти. International Federation of Accountants у стандарті IES 3 визначає професійні навички майбутнього бухгалтера як сукупність інтелектуальних, міжособистісних і комунікативних, особистісних та організаційних умінь, що інтегруються з технічною компетентністю і професійними цінностями [7]. Отже, комунікативні навички не є другорядним додатком до фахових знань, а виступають необхідною складовою професійної компетентності працівників фінансової сфери.

Особливої ваги ця проблема набуває в умовах цифровізації обліково-фінансової діяльності. Автоматизація рутинних операцій не зменшує значення людського чинника, а навпаки змінює його зміст: фахівець частіше виконує роль інтерпретатора даних, консультанта, учасника командного прийняття рішень і посередника між цифровою інформацією та управлінськими діями. У матеріалах IFAC підкреслено, що емоційний інтелект і сильні комунікативні навички допомагають професійному бухгалтерові формувати довіру та «розповідати історію, що стоїть за цифрами» [8]. Це положення безпосередньо пов'язує досліджувану тему з реальними запитами професійної практики.

У вітчизняній психології важливе місце посідають праці Е. Л. Носенко та Н. В. Ковриги, у яких емоційний інтелект розглядається не лише як сукупність окремих умінь, а як складний психологічний феномен, пов'язаний із внутрішнім світом особистості, здатністю до усвідомлення емоційних переживань і регуляції поведінки [1]. Особливо значущим для професійного середовища є положення про стресозахисну та адаптивну функції емоційного інтелекту, оскільки обліково-фінансова діяльність часто супроводжується високою відповідальністю, часовими обмеженнями, необхідністю працювати з великим обсягом інформації та ризиком комунікативного напруження [2].

Подальший розвиток цієї проблематики простежується у працях, де емоційний інтелект пов'язується з рефлексивною свідомістю та особистісним потенціалом. Такий підхід дозволяє тлумачити емоційний інтелект як здатність не тільки переживати й розпізнавати емоції, а й осмислювати їх значення для поведінки, прийняття рішень і міжособистісної взаємодії [3]. Для фахівця обліково-фінансової сфери це має практичний сенс: у ситуаціях професійного стресу або розбіжностей із клієнтом чи колегою важливо не просто пригнічувати емоції, а усвідомлювати їх, відокремлювати факт від оцінки та обирати коректну форму відповіді.

У зарубіжній психології емоційний інтелект найчастіше описується як здатність ідентифікувати, оцінювати та регулювати власні емоції, емоції інших людей і груп. Саме таке розуміння подано у роботі

О. Серрата, де емоційний інтелект пов'язується із самосвідомістю, саморегуляцією, соціальною обізнаністю та соціальними навичками [6].

Комунікативні навички в обліково-фінансовій сфері мають специфічний зміст. Вони включають уміння передавати складну інформацію зрозумілою мовою, уважно слухати, ставити уточнювальні запитання, аргументовано пояснювати позицію, коректно повідомляти про помилки, узгоджувати строки виконання завдань, працювати із запереченнями та підтримувати діловий тон у ситуаціях напруження. У цьому сенсі комунікативна компетентність не є лише «м'якою навичкою», відокремленою від професійної діяльності. Навпаки, вона впливає на точність обміну інформацією, узгодженість дій між підрозділами та довіру до фахівця.

Огляд сучасних західних досліджень показує, що емоційний інтелект розглядається як багатовимірний феномен, який потребує обережного теоретичного й методичного використання [4]. Критичний огляд М. Зайднера, Дж. Метьюза та Р. Робертса також підтверджує необхідність зваженого підходу до використання поняття емоційного інтелекту в організаційному середовищі [5]. З одного боку, він пояснює важливі аспекти соціальної взаємодії, з іншого боку, науковці застерігають від надмірного спрощення цього поняття і його перетворення на універсальне пояснення професійного успіху.

Дослідження емоційного інтелекту у професійній сфері потребує чіткої методології, валідного інструментарію та врахування робочого контексту. У розрізі комунікації емоційний інтелект виступає не автономною рисою, а чинником, що оптимізує якість взаємодії фахівців у реальних умовах їхньої діяльності.

Взаємозв'язок емоційного інтелекту та комунікації забезпечують такі механізми: емоційна обізнаність (запобігання імпульсивним реакціям), саморегуляція (збереження професійного тону в стресових умовах), емпатійне розуміння (сприйняття емоційного контексту розмови) та рефлексія (аналіз і корекція власного стилю спілкування).

У професійній діяльності бухгалтерів і фінансистів ці механізми мають особливе значення. Помилка у комунікації може спричинити неправильне тлумачення завдання, затримку передавання документів, конфлікт між виконавцем і керівником або втрату довіри з боку клієнта. Водночас розвинений емоційний інтелект сприяє більш точному розумінню ситуації, спокійному поясненню складних питань і підтриманню робочих меж.

Важливо зазначити, що розвиток емоційного інтелекту не зводиться до формального навчання «правильному спілкуванню». О. Серрат підкреслює, що емоційні навички можуть розвиватися за умови особистої мотивації, практики, зворотного зв'язку та закріплення нових моделей поведінки [6]. Для обліково-фінансової сфери це означає доцільність використання коротких навчальних програм, тренінгів

саморегуляції, аналізу складних комунікативних ситуацій і формування навичок конструктивного зворотного зв'язку.

Висновки. Отже, аналіз наукової літератури дозволяє зробити висновок, що емоційний інтелект і комунікативні навички фахівців обліково-фінансової сфери перебувають у змістовному взаємозв'язку. Емоційний інтелект забезпечує усвідомлення й регуляцію емоційних станів, сприяє емпатійному розумінню співрозмовника та підтримує здатність до конструктивного діалогу. Комунікативні навички, у свою чергу, виступають практичним виявом цих внутрішніх психологічних ресурсів у професійній взаємодії. Перспективним напрямом подальших досліджень є емпірична перевірка характеру цього взаємозв'язку з урахуванням специфіки обліково-фінансової діяльності, рівня професійного навантаження та особливостей організаційної комунікації.

Література:

1. Носенко Е. Л., Коврига Н. В. Емоційний інтелект: концептуалізація феномену, основні функції. Київ: Вища школа, 2003. 126 с.

2. Коврига Н. В. Стресозахисна та адаптивна функції емоційного інтелекту: автореф. дис. … канд. психол. наук: 19.00.01. Київ, 2003. 20 с.

3. Носенко Е. Л. Емоційний інтелект як форма прояву важливої складової особистісного потенціалу – рефлексивної свідомості. Вісник Дніпропетровського університету. Серія: Педагогіка і психологія. 2012. Т. 20, № 9/1. С. 116–123. DOI: 10.15421/101218.

4. Кулик Н. А., Гільова Л. Л. Емоційний інтелект: аналіз сучасних західних досліджень. Проблеми сучасної психології. 2018. № 39. С. 79–90. DOI: 10.32626/2227-6246.2018-39.79-90.

5. Zeidner M., Matthews G., Roberts R. D. Emotional Intelligence in the Workplace: A Critical Review. Applied Psychology: An International Review. 2004. Vol. 53, No. 3. P. 371–399. DOI: 10.1111/j.1464-0597.2004.00176.x.

6. Serrat O. Understanding and Developing Emotional Intelligence. Knowledge Solutions. Singapore: Springer, 2017. P. 329–339. DOI: 10.1007/978-981-10-0983-9_37.

7. International Federation of Accountants. IES 3, Initial Professional Development – Professional Skills (Revised). IFAC, 2014. URL: https://www.ifac.org/education/publications/ies-3-initial-professional-development-professional-skills-revised (дата звернення: 19.05.2026).

8. International Federation of Accountants. Embracing a People-Centered Profession. IFAC. URL: https://www.ifac.org/what-we-do/speak-out-global-voice/points-view/embracing-people-centered-profession (дата звернення: 19.05.2026).

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-120

ЦИФРОВІ СИСТЕМИ В УПРАВЛІНСЬКІЙ ДІЯЛЬНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАКЛАДІВ

Комар Олена Миколаївна
доктор медичних наук, професор,
професор кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Тенденція до зростання когорти осіб, які потребують доступних і якісних реабілітаційних послуг диктує необхідність заміни традиційних «паперових» методів управління, які не здатні впоратися з таким потоком пацієнтів без втрати якості, на впровадження сучасних цифрових систем управління в мережі реабілітаційних закладів. Причиною цього є те, що останні мають складну логістику: один пацієнт протягом дня може відвідувати 4–6 різних процедур та занять. Без інтелектуальних цифрових систем планування виникають простої дорогого обладнання та кабінетів, або ж навпаки – черги та перевантаження персоналу. Використання цифрових інструментів дозволить оптимізувати робочий час фахівців, дозволяючи їм фокусуватися на пацієнті, а не на заповненні журналів, звітів, ІРП тощо.

Стрімкий розвиток та впровадження цифрових технологій в управлінську діяльність реабілітаційних закладів є однією з найважливіших умов створення ефективної, стійкої та пацієнтоцентричної системи охорони здоров'я [1, с. 2].

Здійснено аналіз провідних цифрових систем управління для керівників реабілітаційних центрів та мереж (табл. 1), які зараз домінують на глобальному ринку для вирішення процесних проблем «дефіциту ліжок» й, за допомогою яких відбувається масштабування діяльності без значних капітальних інвестицій у будівництво нових реабілітаційних корпусів.

Ефективність впровадження цифрових систем в управлінську діяльність реабілітаційних закладів можна виміряти за трьома складовими: клінічній (цифрові протоколи мінімізують ризик помилок у дозуванні вправ чи фізіотерапевтичних процедур), адміністративно-фінансовій (автоматичне «розумне» планування, аналітика, документообіг, фінансова прозорість) та клієнтоорієнтованій (доступ до розкладу, домашніх завдань, відеоінструкцій та чату з куратором підвищує мотивацію людини продовжувати заняття вдома).

Таблиця 1

Цифрові системи управління для керівників реабілітаційних центрів

Назва цифрових систем		**Характе-ристика**	**Функції**	**Цінність в управлінні**
Клас системи	**Міжнар. абревіа-тура**			
Спеціалізова-ні медичні інформаційні системи (МІС)	SaaS RIS/EHR	Це ядро управлінської діяльності. Сучасні інформаційні системи для реабілітації автоматизують операційне керування закладом: електронні картки, інтеграція протоколів МКФ та шкал (FIM, Barthel).	*1. Цифровізація протоколів МДРК:* система координує взаємодію фахівців МДРК: кожен бачить динаміку пацієнта в єдиному цифровому вікні, формуючи індивідуальну програму реабілітації. *2. Автоматизація за МКФ:* система автоматично переводить клінічні метрики в управлінські звіти, показуючи, наскільки ефективно центр відновлює пацієнтів (будує графіки процесу) і куди розподіляються ресурси.	– стандартизація лікування/реаб і-літації, – прозора якість медичної/ реабілітаційної допомоги, – автоматично складають графіки так, щоб кабінети та фахівці не перевантажу-валися, а пацієнт не чекав у чергах
BI-платформи для управління ресурсами	Business Intelligence, Capacity Management Systems	Допомагають менеджменту оптимізувати активи. Інструмент контролю та планування. Автоматизує завантаження реабілітаційних залів, басейнів, ліжкового фонду та робототехніки	*1. Динамічне планування:* алгоритми ШІ складають графіки занять так, щоб уникнути простою роботів (наприклад, *Lokomat* чи *Armeo*) та «вікон» у графіках терапевтів. *2. Аналітика ефективності*: панелі керування (Dashboards) для менеджера відображають співвідношення «вартість курсу реабілітації – тривалість перебування на ліжку – приріст функціонального стану пацієнта».	– збільшення пропускної спроможності центру на 20-30% без розширення штату, – прогнозуван ня завантаженості , – контроль ефективності лікування: можна порівняти середній термін відновлення пацієнтів у різних лікарів чи за різними методиками, щоб масштабувати найкращі практики

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5
Системи дистанційно-го менеджменту	Telerehabilitation & RPM	Автоматизує керування пацієнтами на амбулаторному та домашньому етапах	*1. Платформи віддаленого моніторингу пацієнтів:* менеджер або завідувач відділення контролює через єдину панель сотні пацієнтів, які проходять домашній етап реабілітації. Дані з носіїв (трекерів, розумних гаджетів) стікаються в систему. *2. Контроль комплаєнсу (дотримання приписів):* цифрова система сигналізує менеджеру, якщо пацієнт пропускає домашні тренування, що дозволяє вчасно скоригувати трек або залучити персонал для утримання клієнта.	– зниження відсотка повторних госпіталізацій, – додаткове джерело доходу
Системи Voice-to-Text	Voice-to-Text	перетворюють усне мовлення на набраний текст у реальному часі	– оперативне створення документів та звітів – ефективне проведення нарад та зустрічей (керівник бере активну участь в обговоренні не витрачаючи час на конспектування) – делегування та постановка завдань (надиктовування об'ємних голосових повідомлень у корпоративні месенджери) – оптимізація роботи з клієнтами та пацієнтами	забезпечують економію часу порівняно з ручним набором, фіксацію думок «на ходу» та підвищення загальної продуктивності

Висновки. На сьогодні процес цифровізації управління реабілітаційними закладами є життєво необхідним, дозволяючи перейти від інтуїтивного менеджменту до управління на основі точних даних, що забезпечує максимальну ефективність відновлення пацієнтів за раціонального використання ресурсів закладу та прозорості усіх процесів.

Література:

1. Гуржий П. Цифрові технології в управлінському процесі закладів охорони здоров'я. *Економіка та суспільство*. 2024. № 70. URL: https://doi.org/10.32782/2524-0072/2024-70-113 (дата звернення: 18.05.2026).

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-121

ЦИФРОВІЗАЦІЯ КОМУНІКАЦІЙ У МІЖДИСЦИПЛІНАРНИХ КОМАНДАХ В УМОВАХ ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Кусик Наталія Львівна
кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Соколова Катерина Олегівна
здобувачка вищої освіти
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Відповідно до підходів Всесвітньої організації охорони здоров'я, інтегровані та командно-орієнтовані моделі є ключовим напрямом розвитку сучасних систем охорони здоров'я [1]. На сьогодні, у вітчизняних медичних закладах зберігаються проблеми фрагментарності комунікацій і недостатньої цифрової інтеграції, що обумовлює актуальність дослідження напрямків їх оптимізації. Метою дослідження є виявлення особливостей функціонування комунікацій у міждисциплінарних командах та обґрунтування ефективних цифрових механізмів їх оптимізації в умовах відділення інтенсивної терапії. Ефективність міждисциплінарної взаємодії у відділеннях інтенсивної терапії безпосередньо визначає якість медичної допомоги та безпеку пацієнтів.

Аналіз стратегічних напрямків розвитку системи охорони здоров'я України свідчить про пріоритетність цифровізації, як інструменту підвищення ефективності управління та якості медичних послуг [2; 3; 4]. Відповідно до Концепції розвитку електронної охорони здоров'я в Україні, впровадження цифрових технологій спрямоване на забезпечення безперервності інформаційних потоків та підвищення якості управлінських рішень [4]. Саме тому, можна стверджувати, що підвищення ефективності міждисциплінарної взаємодії можливе за умови системної цифровізації комунікаційних процесів.

Комунікації у міждисциплінарних командах в сфері охорони здоров'я розглядаються як складна багаторівнева система взаємодії, що забезпечує координацію клінічних рішень між фахівцями різного профілю [5]. Їх ефективність обмежується низкою бар'єрів, серед яких

провідними є: професійні бар'єри (наприклад, відмінності у спеціалізованій термінології та клінічному мисленні), організаційні бартери (наприклад, відсутність стандартизованих алгоритмів передачі інформації) та соціально-психологічні бар'єри (наприклад, ієрархічність взаємодії, комунікативні конфлікти) (рис. 1).

Рис. 1. Основні бар'єри побудови ефективних комунікацій у міждисциплінарних командах в сфері охорони здоров'я

Аналіз організації комунікацій у відділенні інтенсивної терапії Одеської обласної клінічної лікарні показав, що інформаційна взаємодія здійснюється через поєднання формальних та неформальних каналів, що не забезпечує належного рівня узгодженості дій. Формальними каналами комунікації є регламентовані засоби обміну інформацією, що функціонують у межах встановлених організаційних процедур та нормативних вимог, зокрема, електронні медичні інформаційні системи, офіційна медична документація, стандартизовані протоколи передачі клінічної інформації, звітність та процедури передачі чергування. Неформальні канали комунікації характеризуються відсутністю нормативної регламентації та включають усну за міжособистісну взаємодію, телефонні комунікації, а також використання неінституціоналізованих цифрових сервісів (месенджерів, мобільних додатків), що не інтегровані в єдину інформаційну інфраструктуру медичного закладу.

Також, в результаті аналізу організації комунікацій у відділенні інтенсивної терапії Одеської обласної клінічної лікарні, було виявлено типові проблеми: затримки у передачі клінічно значущої інформації,

дублювання даних, відсутність уніфікованих протоколів взаємодії між структурними підрозділами. Все це знижує оперативність прийняття рішень та підвищує ризик комунікаційних помилок. Доведено, що ключовими причинами комунікаційних розривів є: відсутність стандартизованих алгоритмів передачі інформації, обмежена інтеграція інформаційних систем, використання неформалізованих каналів взаємодії. Окремо слід відзначити саме неформалізовані канали взаємодії. Передача інформації, що здійснюється поза межами затверджених регламентів та не супроводжуються належним рівнем фіксації, верифікації та відтворюваності даних, підвищує ймовірність втрати, спотворення або несвоєчасної передачі клінічно значущої інформації.

З метою усунення зазначених проблем, доцільним є впровадження цифрової моделі комунікацій, яка передбачає інтеграцію медичної інформаційної системи з внутрішніми комунікаційними платформами, використання захищених цифрових каналів обміну інформацією, а також впровадження електронних клінічних протоколів і чек-листів. Важливим елементом є стандартизація комунікаційних процесів через алгоритмізацію передачі інформації та чіткий розподіл відповідальності між учасниками міждисциплінарної команди.

Реалізація запропонованих цифрових механізмів оптимізації комунікацій у міждисциплінарних командах сприятиме підвищенню швидкості обміну інформацією, зменшенню кількості помилок при передачі клінічних даних, оптимізації процесу прийняття рішень та покращенню міжпрофесійної взаємодії. Крім того, можна очікувати позитивний соціально-психологічний ефект, зокрема, зниження рівня конфліктності та підвищення задоволеності персоналу роботою в міждисциплінарній команді.

Отже, цифровізація комунікацій виступає ключовим напрямом модернізації управління міждисциплінарними командами та важливим чинником підвищення якості медичної допомоги.

Література:

1. Framework on integrated people-centred health services: World Health Organization. Geneva: WHO, 2016. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789241514033
2. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року: Міністерство охорони здоров'я України. Київ, 2020. URL: https://moz.gov.ua/uk
3. Електронна система охорони здоров'я (eHealth): принципи функціонування та розвитку. Національна служба здоров'я України. Київ, 2021. URL: https://nszu.gov.ua/

4. Концепція розвитку електронної охорони здоров'я в Україні: розпорядження Кабінету Міністрів України від 28.12.2020 р. № 1671-р. Київ, 2020. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80#Text

5. Цифрова трансформація охорони здоров'я: аналітичний звіт. Міністерство цифрової трансформації України. Київ, 2021. URL: https://thedigital.gov.ua/

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-122

ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНОЛОГІЇ АЙТРЕКІНГУ ДЛЯ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕДИЧНИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ ПЛАКАТІВ

Синенко Дарина Василівна
аспірант кафедри маркетингу
Сумський державний університет
м. Суми, Україна

Летуновська Наталія Євгенівна
доктор економічних наук, професор,
доцент кафедри маркетингу
Сумський державний університет
м. Суми, Україна

У сучасних умовах розвитку системи охорони здоров'я особливого значення набуває ефективна візуальна комунікація між медичними закладами та пацієнтами. Одним із найбільш доступних засобів поширення медичної та реабілітаційної інформації до населення залишаються інформаційні плакати, ефективність яких залежить не лише від змісту, а й від особливостей візуального оформлення, структури композиції та розташування ключових елементів дизайну. Саме тому актуальним є дослідження того, які елементи плакатів найбільше впливають на сприйняття користувачів та як оптимізувати їхній дизайн для підвищення ефективності комунікації.

Традиційно оцінювання ефективності рекламних матеріалів здійснюється за допомогою анкетування або опитування, що не завжди дозволяє об'єктивно визначити реальну поведінку користувачів під час перегляду візуального контенту. У зв'язку з цим все більшого поширення набувають технології айтрекінгу, які дозволяють аналізувати рухи очей, точки фіксації погляду, послідовність перегляду елементів та рівень концентрації уваги користувачів.

Айтрекінг (eye-tracking) – це технологія дослідження рухів очей, яка дозволяє визначати напрямок погляду користувача, тривалість концентрації уваги на окремих об'єктах та особливості сприйняття візуальної інформації [1]. Основними показниками айтрекінгових досліджень є fixation, heatmap та gaze path. Вони дозволяють оцінити рівень концентрації уваги користувача, визначити найбільш помітні елементи дизайну та проаналізувати послідовність перегляду інформації [2].

Сьогодні технологія eye-tracking активно застосовується у маркетингових та UX/UI дослідженнях для аналізу ефективності рекламних матеріалів та інформаційних повідомлень [3]. Використання айтрекінгу у сфері медичної комунікації дозволяє визначати найбільш помітні елементи плакатів, виявляти неефективні компоненти дизайну та оптимізувати структуру інформаційних матеріалів відповідно до особливостей сприйняття людини.

Експериментальне дослідження проводилося в лабораторії кафедри маркетингу Сумського державного університету із використанням айтрекера GazePoint та програмного забезпечення для біометричних досліджень iMotions.

Метою дослідження було емпірично визначити, які рекламні макети послуг Університетської клініки СумДУ найбільше привертають увагу користувачів, викликають довіру та спонукають до взаємодії з медичним закладом.

У дослідженні взяли участь 64 респонденти віком від 18 до 61 року, серед яких 36 жінок та 28 чоловіків. Після очищення даних через технічні обмеження фіксації погляду, використання окулярів та низьку якість запису до подальшого аналізу було включено результати 60 учасників, з яких 35 – жінки та 25 – чоловіки. Переважну частину вибірки становили студенти та викладачі, частину – випадкові користувачі медичних послуг.

Дослідження було спрямоване на виявлення особливостей візуального сприйняття друкованих комунікаційних матеріалів у сфері медичних послуг та перевірку гіпотез щодо впливу структури дизайну, наявності зображення лікаря та гендерних особливостей респондентів на рівень візуальної залученості. Аналіз проводився за допомогою показників Time To First Fixation, Dwell Time та Fixation Count у визначених зонах інтересу (AOI), до яких належали зображення медичного персоналу, текстові блоки, контактна інформація та елементи заклику до дії.

Для експерименту було розроблено три рекламні плакати у вертикальному форматі A2 із дотриманням нейромаркетингових принципів візуальної комунікації. Усі макети містили однаковий заголовок, перелік послуг, логотип та контактну інформацію, проте відрізнялися логікою композиції та способом візуальної подачі. Перший плакат «Класичний» містив велике фото реабілітологів із прямим

зоровим контактом із глядачем. Другий «Структурний» був побудований без використання фотографій та базувався на структурованій подачі послуг через іконки й графічні елементи. Третій плакат «Оптимізований» поєднував декілька фотографій процесу реабілітації без прямого зорового контакту та був побудований за принципом візуального маршруту погляду користувача.

Усі плакати демонструвалися респондентам на екрані монітора. Дослідження включало два етапи: індивідуальний перегляд кожного плаката та повторний порівняльний перегляд усіх макетів одночасно. Тривалість демонстрації одного зображення становила 8 секунд, що відповідає рекомендованому часовому інтервалу для оцінки статичних візуальних стимулів в айтрекінгових дослідженнях [4]. Повторний порівняльний перегляд тривав 20 секунд.

Перед початком експерименту учасники повідомляли, чи знайомі вони з клінікою та як часто користуються медичними послугами. Після перегляду кожного плаката респонденти оцінювали рівень зрозумілості, довіри та мотивації до запису на послуги за шкалою від 1 до 5. Після завершення повторного перегляду респонденти визначали плакат, який найбільше привернув увагу, був найбільш зрозумілим та найбільше спонукав до дії, а також надавали усні коментарі щодо сприйняття макетів.

Для візуалізації результатів айтрекінгового дослідження було використано теплові карти, які дозволили визначити зони найбільшої концентрації уваги респондентів під час перегляду рекламних макетів та виявити відмінності у патернах візуальної поведінки між чоловіками та жінками (рис. 1).

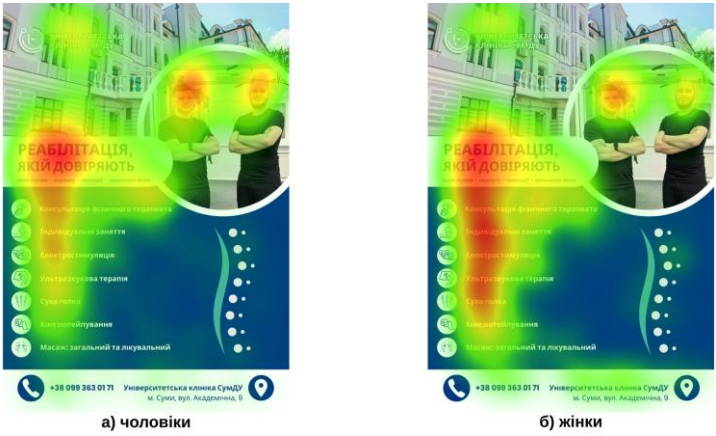

Рис. 1. Теплові карти розподілу візуальної уваги респондентів під час перегляду рекламного плаката

Для більш детального аналізу ефективності рекламних макетів було проведено порівняння основних айтрекінгових показників у визначених зонах інтересу (AOI), що дозволило оцінити рівень візуальної залученості респондентів та ефективність окремих елементів дизайну (табл. 1).

Таблиця 1

Основні айтрекінгові показники у визначених AOI

AOI	Плакат 1	Плакат 2	Плакат 3
TTFF – заголовок CTA	1,24 с.	1,13 с.	1,49 с.
Dwell Time – фото	1,36 с.	–	1,91 с.
Fixation Count – текстовий блок (перелік)	8,53 шт.	12,05 шт.	6,31 шт.
Dwell Time – CTA	1.25 с	1,77 с.	0,89 с.

Джерело: розроблено автором

Отримані результати показують, що розподіл візуальної уваги респондентів значною мірою залежав від структури рекламного макета та способу подачі візуальних елементів. Аналіз теплових карт показав, що плакати із зображенням медичного персоналу привертали увагу користувачів уже на перших етапах перегляду, особливо у випадку використання прямого зорового контакту.

Результати показали, що надмірна концентрація уваги на зображеннях людей частково відволікала респондентів від текстового блоку з переліком послуг. Найвищий показник Fixation Count для текстового блоку був зафіксований у плакаті 2 (12,05 шт.), що свідчить про кращу ефективність структурованої подачі інформації. Найбільший показник Dwell Time для зображень отримав плакат 3 (1,91 с.), який містив декілька сюжетних фотографій процесу реабілітації.

Під час аналізу гендерних особливостей встановлено, що жінки довше фіксували увагу на зображеннях медичного персоналу, тоді як чоловіки більше уваги приділяли структурованим текстовим блокам. Також виявлено, що результати опитування не завжди відповідали реальній візуальній поведінці респондентів, зафіксованій за допомогою eye-tracking технології.

За результатами порівняльного перегляду найбільш ефективним виявився плакат 3, який респонденти визначили як найбільш зрозумілий,

візуально привабливий та найбільше спонукає до взаємодії з медичним закладом.

Отримані результати можуть бути використані для оптимізації структури медичних рекламних матеріалів, підвищення ефективності комунікації з пацієнтами та вдосконалення дизайну інформаційних плакатів у сфері реабілітації.

У результаті дослідження підтверджено ефективність використання технології айтрекінгу для оцінки медичних інформаційних плакатів та аналізу особливостей візуального сприйняття користувачів. Встановлено, що прямий зоровий контакт медичного персоналу ефективно привертає увагу, проте може відволікати від текстової інформації, тоді як структуроване розміщення елементів забезпечує кращу читабельність і логіку перегляду. Найбільш ефективним виявився плакат, який поєднував структуровану композицію, помірну кількість зображень та чіткий візуальний маршрут. Отримані результати підтверджують доцільність використання нейромаркетингових інструментів у формуванні комунікаційної політики медичних і реабілітаційних закладів.

Література:

1. Holmqvist K., Nyström M., Andersson R. et al. *Eye Tracking: A Comprehensive Guide to Methods and Measures*. Oxford : Oxford University Press, 2011. 560 p. URL: https://www.researchgate.net/publication/254913339_Eye_Tracking_A_Comprehensive_Guide_To_Methods_And_Measures

2. Holmqvist K., Nyström M., Andersson R., Dewhurst R., Jarodzka H., Van de Weijer J. Eye Tracking Methodology: Theory and Practice. 3-е вид. Cham : Springer, 2017. 366 с. URL: https://elhacker.info/manuales/springer/2017_EyeTrackingMethodology.pdf

3. Писаренко Н. Нейромаркетинг і використання айтрекінгу в сучасних маркетингових дослідженнях [Електронний ресурс] / Н. А. Писаренко // Сучасні технології комерційної діяльності і логістики : зб. матеріалів IV Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф., 1 лист. 2024 р., м. Київ / КНЕУ ім. В. Гетьмана. Київ : КНЕУ, 2024. С. 64–66. URL: https://ir.kneu.edu.ua/handle/2010/47373

4. Pei H., Huang X., Ding M. Image visualization: Dynamic and static images generate users' visual cognitive experience using eye-tracking technology, 2022. URL: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014193822200021X

DOI https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-123

ЦИФРОВІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПІСЛЯВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ

Фоміна Єлізавета Василівна
кандидат економічних наук,
доцент кафедри гігієни та соціальної медицини
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
м. Харків, Україна

Суттєвим каталізатором розвитку та попиту на надання медичної допомоги із застосуванням цифрових технологій стали і виклики воєнного часу, які завдали значної шкоди сфері охорони здоров'я, призвели до вимушеного переміщення мільйонів людей, для яких засоби інформаційних технологій стали альтернативою традиційного прийому, ведення та лікування пацієнтів [1, с. 5].

У лютому 2022 року почалося повномасштабне вторгнення російської федерації в Україну, що стало безпрецедентним викликом та навантаженням на сферу охорони здоров'я. Через активні бойові дії та руйнування медичної і транспортної інфраструктури пересування пацієнтів, лікарів та автомобілів швидкої допомоги до найближчого закладу охорони здоров'я є проблемним та небезпечним. Мільйони українців виїхали зі своїх домівок та змушені змінювати місця отримання медичної допомоги. При цьому неінфекційні та інші захворювання, які чинять відчутний соціальний вплив (психічні розлади, серцево-судинні, онкологічні, легеневі, метаболічні тощо), не тільки не виявляють тенденції до зменшення, а й передбачувано мають передумови до зростання. Крім того, гостро постає питання реабілітації та віддаленого контролю за хронічними захворюваннями [2, с. 47].

У цих умовах застосування цифрових технологій в охороні здоров'я підтримується державними та волонтерськими ініціативами за участю різних країн, які надають програмне забезпечення, обладнання та організовують консультації іноземних лікарів для українських лікарів і пацієнтів [3, с. 120].

Окрім того, цифрові технології мають бути якнайширше застосовані у післявоєнному відновленні країни через подальший розвиток функціональності ЕСОЗ [2, с. 52].

Воєнний стан сприяв стрімкому розвитку телемедицини, здійснення телемедичного консультування як корисного доповнення до особистих

відвідувань лікаря; а також швидшому розвитку електронної медичної картки та електронних рецептів, електронних направлень, електронних лікарняних, появи електронного кабінету пацієнта тощо. З'явилися можливості проведення діагностичного тестування вдома, відбулася зміна у взаємодії між лікарями та пацієнтами, зміна процесів та поява нових комунікаційних каналів як між медичними працівниками, так і між лікарями та пацієнтами [1, с. 9].

Цифрова трансформація, поява штучного інтелекту та машинного навчання, телемедицини, роботизації в охороні здоров'я вимагає нових підходів до діагностичних та лікувальних практик, до системного аналізу, а також нових етичних норм (Кодексу норм поведінки у цифровому середовищі) та оновлення законодавчої бази щодо питань безпеки, надійності та захищеності персональних даних і відповідності до стандартів ЄС. Виникають питання регуляції алгоритмів впровадження цифрових технологій, штучного інтелекту, використання електронних інструментів та відповідно сприяння підвищенню рівня цифрової компетентності працівників охорони здоров'я задля їх ефективного використання в сфері охорони здоров'я [4, с. 15].

Література:

1. Засєкіна Т. М., Запорожан В. М. Цифрова медицина: виклики та перспективи в умовах воєнного стану. *Медична інформатика та інженерія.* 2023. № 1. С. 4–12.

2. Андрієнко В. І., Горбань Є. М. Телемедицина в Україні: сучасний стан та перспективи розвитку. *Лікарська справа.* 2022. № 3–4. С. 43–55.

3. Moshenets N., Klymenko I. Digital Health Transformation in Ukraine during War: Challenges and Opportunities. *Journal of eHealth.* 2023. Vol. 8. P. 115–128.

4. Пономаренко В. М., Бабієнко В. В. Регуляторні аспекти впровадження штучного інтелекту в охороні здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* 2023. № 2. С. 12–19.

НОТАТКИ

ІІІ МІЖНАРОДНА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ

«СУЧАСНІ НАПРЯМИ ЗМІН В УПРАВЛІННІ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я: МОДЕРНІЗАЦІЯ, ЯКІСТЬ, ПСИХОЛОГІЯ ТА КОМУНІКАЦІЯ»

м. Одеса, 28 травня 2026 року

Підписано до друку 29.05.2026. Формат 60×84/16.
Папір офсетний. Гарнітура Times New Roman. Цифровий друк.
Умовно-друк. арк. 26,27. Тираж 100. Замовлення № 0626-66.
Ціна договірна. Віддруковано з готового оригінал-макета.

Українсько-польське наукове видавництво «Liha-Pres»
79000, м. Львів, вул. Технічна, 1
87-100, м. Торунь, вул. Лубіцка, 44
Телефон: +38 (050) 658 08 23
E-mail: editor@liha-pres.eu
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 6423 від 04.10.2018 р.