МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

VII МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

«СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ ТА ДЕОНТОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ»

26-27 ЛЮТОГО 2026 РОКУ

м. Запоріжжя

УДК 614.253 (063)
С69

Редколегія:
І.Г. Утюж – завідувач кафедри суспільних дисциплін ЗДМФУ, доктор філософських наук, професор;
Д.П. Сепетий – доктор філософських наук, професор кафедри суспільних дисциплін ЗДМФУ;
Ю.О. Іріоглу – кандидат історичних наук, доцент кафедри суспільних дисциплін ЗДМФУ;
В.В.Денисенко – кандидат історичних наук, ст. викладач кафедри суспільних дисциплін ЗДМФУ

С69 **Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини**: зб. матеріалів VII Міжнародної науково-практичної конференції (26-27 лютого 2026 року). – Запоріжжя: ЗДМФУ, 2026. – 260 с.

Автори матеріалів несуть повну відповідальність за достовірність наданої у доповідях інформації й точність наведених цитат. Точка зору автора може не завжди співпадати з позицією редколегії.

© Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, 2026

ЗМІСТ

СЕКЦІЯ 1. ФІЛОСОФІЯ МЕДИЦИНИ – ІНТЕЛЕКТУАЛЬНО-НАУКОВИЙ ПРОЕКТ XXI СТ.: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ

Утюж І.Г.
НОВИЙ ІННОВАЦІЙНИЙ ДИЗАЙН ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: СУСПІЛЬСТВО, ТЕХНОЛОГІЇ, ЗНАННЯ ТА ЕТИКА…… 10

Fuller J.
THE NEW MODERN MEDICINE……. 11

Istomina N., Šuminienė J.
FROM BODILY EXPERIENCE TO DATA TRANSPARENCY: CONTINUOUS GLUCOSE MONITORING AND THE AMBIVALENT MEDICALIZATION OF EVERYDAY LIFE…… 12

Бойко А.І.
БЕЗПЕКА ЯК УМОВА «ЛЮДСЬКОГО ПРОЦВІТАННЯ»……. 13

Ковтун Н.М.
ТЕХНОЛОГІЇ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ І ПОШУК АКТУАЛЬНИХ ДЖЕРЕЛ В НАУКОВІЙ ДІЯЛЬНОСТІ: ВИКЛИКИ ТА ПЕРЕВАГИ…… 15

Абашнік В.О.
НОВІТНІ ДОСЛІДЖЕННЯ З ФІЛОСОФІЇ МЕДИЦИНИ В НІМЕЧЧИНІ…….. 16

Ажажа М.А., Венгер О.М., Фурсін О.О.
ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ ЯК КЛЮЧОВИЙ МЕХАНІЗМ ФОРМУВАННЯ ЕТИЧНОЇ, ДОСТУПНОЇ ТА СОЦІАЛЬНО ОРІЄНТОВАНОЇ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ……. 19

Андрюкайтене Р., Метеленко Н.Г., Воронкова В.Г.
ЦИФРОВА МЕДИЦИНА ЯК ІННОВАЦІЙНА ПАРАДИГМА СТАЛОГО РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА…….. 22

Воронкова В.Г., Нікітенко В.О.
ФІЛОСОФСЬКІ ТА ЕТИЧНІ ВИМІРИ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В МЕДИЦИНІ: КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЯ ТА СУЧАСНІ ВИКЛИКИ…… 25

Гарбар Г.А.
ЦИФРОВА МЕДИЦИНА ТА МЕДИЧНИЙ ТУРИЗМ У СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНИХ І ДЕОНТОЛОГІЧНИХ ВИКЛИКІВ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ…….. 28

Гомілко О.Є.
МЕДИЦИНА ПІД ЧАС ВІЙНИ ЯК ФОРМА ОПОРУ: БІОПОЛІТИКА *VS* ТУРБОТА ……. 30

Demianiuk M.S.
LOGOS WITHOUT POLIS: LANGUAGE, UNCERTAINTY, AND THE PARADOX OF PATIENT-CENTERED MEDICINE……. 37

Dobryden O.V.
HEALTH-PRESERVING BEHAVIOR IN THE CONTEXT OF CONSUMER SOCIETY: PHILOSOPHICAL AND SOCIAL ASPECTS…… 39

Koldunov J.V.
HEALTH AND LIFE SAFETY IN THE CONTEXT OF CONTEMPORARY UKRAINIAN SOCIETY: A PHILOSOPHICAL AND PEDAGOGICAL ANALYSIS……. 40

Метеленко Н.Г., Воронкова В.Г., Оглобліна В.О.
МЕДИЧНІ ІННОВАЦІЇ ЯК ВАЖЛИВИЙ ЧИННИК РОЗВИТКУ ЦИФРОВОЇ ЕКОНОМІКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я…….. 41

Мінаков І.В.
БЛИСК І ВБОГІСТЬ БІОЕТИЧНОГО (АРГУМЕНТУ): ФУКО – БАДЬЮ – АГАМБЕН…….. 44

Огороднійчук Ю.Й.
ЦИФРОВА ЦИВІЛІЗАЦІЯ *VS* АНТРОПОЛОГІЧНА АКСІОМАТИКА…….. 46

Россильна О.В., Чехун В.Ф.
ПРАВО НА (НЕ)ПЕРЕДБАЧУВАНЕ МАЙБУТНЄ В ЕРУ КОНВЕРГЕНЦІЇ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ ТА ПЕРСОНАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЦИНИ……. 49

Сепетий Д.П.
ПОЛЬ БЛУМ ПРО ПРИРОДЖЕНІСТЬ ДУАЛІСТИЧНОГО МИСЛЕННЯ, АУТИЗМ ТА «ПСИХОСЛІПОТУ»…….. 51
Смоляга М.В.
ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ (ШІ): ВИКЛИКИ ТРАДИЦІЙНІЙ БІОЕТИЦІ…….. 53
Турос А.О.
РАДОН В УКРАЇНІ: БЕЗПЕЧНА ВІДБУДОВА, ПРОФІЛАКТИКА ТА ЕТИЧНЕ ІНФОРМУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ…… 55
Усачова О.В., Товма А.В., Сіліна Є.А., Денискова О.М.
ФІЛОСОФІЯ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ…….. 57
Хоролець О.В.
ФІЛОСОФІЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЗОВНІШНЬОГО ВУХА…… 60
Череп А.В., Воронкова В.Г., Череп О.Г.
ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ І ПРОГНОЗНА АНАЛІТИКА ЯК ДРАЙВЕР ТРАНСФОРМАЦІЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 5«П» …….. 61

СЕКЦІЯ 2. «МЕДИЦИНА 5Р» – НОВИЙ ПОРЯДОК ДЕННИЙ ДЛЯ ТЕХНОЛОГІЙ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МАЙБУТНЬОГО

Бурашнікова О.С.
ПОДАТКОВА СИСТЕМА МЕДИЦИНИ ТА КОНЦЕПЦІЯ «ЗДОРОВ'Я ЯК СУСПІЛЬНОГО БЛАГА»…… 64
Фарина Г.Ю., Воронкова В.Г.
ЕЛЕКТРОННА ДЕМОКРАТІЯ ЯК ІНСТРУМЕНТ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: УРОКИ ФІНЛЯНДІЇ ТА ПОТЕНЦІАЛ УКРАЇНИ…… 67
Коломоєць І.В.
ЛЮДИНОЦЕНТРИЗМ МЕДИЦИНИ ЯК БАЗОВИЙ ПРИНЦИП ЦИФРОВОГО ГУМАНІЗМУ.. 69
Кулєш І.О., Анікін І.О., Ісмаілова Е.Я.
РЕПРОДУКЦІЯ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ: ВИКЛИКИ ТА СТРАТЕГІЇ 2026…… 72
Літке Н.В., Воронкова В.Г.
МОЖЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я ДЛЯ УКРАЇНИ: АНАЛІЗ КРАЩИХ ПРАКТИК ТА ПЕРСПЕКТИВ ЇХ УПРОВАДЖЕННЯ В СИСТЕМУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ …….. 74
Оспіщев Д.С.
СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПСИХОЛОГІЧНИЙ ВИМІР…… 76
Хільковець А.В.
КОНЦЕПЦІЯ "PHARMACIST-PATIENT PARTNERSHIP" ЯК ДЕОНТОЛОГІЧНА ОСНОВА ПІДВИЩЕННЯ КОМПЛАЄНСУ В ПРАКТИЦІ ФАРМАЦЕВТА …….. 79

СЕКЦІЯ 3. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ БІОЕТИКИ

Feeney O.
CRISPR AND PUBLIC ENGAGEMENT IN AN AGE OF POLARISATION: THE 'NARROW TRIBAL CONSENSUS'……. 81
Rehmann-Sutter C.
FINDING THE RIGHT TIME IN LIFE. GENITAL SURGERY IN CHILDREN WITH DIFFERENCES OF SEX DEVELOPMENT (DSD)…….. 82
Strządała A.
TRIAGE AND WAR: THE GENEALOGY OF MEDICAL DECISION-MAKING UNDER CONDITIONS OF EXTREME SCARCITY…… 87
Бойченко Н.М.
ЛЮДСЬКА ГІДНІСТЬ ЯК КОНТРФАКТИЧНА НОРМА БІОЕТИКИ: ОСОБЛИВОСТІ ПРИЙНЯТТЯ МЕДИЧНИХ РІШЕНЬ У ВОЄННИЙ ЧАС……. 87
Гарбар Л.В.
ЦІННІСТЬ ПРОФЕСІЇ ЛІКАРЯ В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ ТА СУСПІЛЬНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ УКРАЇНИ……. 89

Денисенко В.В.
ПРОФЕСІЙНЕ МИСЛЕННЯ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА: ДЕОНТОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ… 91
Денисенко В.В., Денисенко С.А.
МЕДИКАЛІЗАЦІЯ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ ЯК ІНСТРУМЕНТ СОЦІАЛЬНОГО КОНТРОЛЮ…… 92
Дяченко М.С.
ПРОФЕСІЙНИЙ ПОРТРЕТ ЛІКАРЯ В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ: ЗНАЧЕННЯ ҐЕНДЕРНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ТА РІВЕНЬ СУСПІЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ…….. 94
Єнгаличев Т.Р.
ЕВТАНАЗІЯ В СУЧАСНІЙ МЕДИЦИНІ: СЛИЗЬКА ДОРІЖКА ЧИ ОБГРУНТОВАНИЙ МЕТОД?..... 95
Карпенко К.І.
ЕКОЦИД У КОНТЕКСТІ КОНЦЕПЦІЇ «СПІЛЬНОЇ ВРАЗЛИВОСТІ»…….. 97
Кравченко В.Ю., Кравченко О.Ю.
ЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ ВИКОРИСТАННЯ ПЛАЦЕБО В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ…… 100
Krawczyk K.M.
THE PHILOSOPHY OF PREVENTION IN PARASITOLOGY: OVERCOMING SOCIO-PHILOSOPHICAL BARRIERS AND STIGMA IN PUBLIC HEALTH …… 102
Пустовіт С.В.
СУБ'ЄКТИВНІСТЬ ТВАРИН В КОНТЕКСТІ БІОЕТИКИ…… 103
Рохман Б.М., Дойчик М.В., Сініцина А.В.
ЕКОЛОГІЧНИЙ СВІТОГЛЯД У СВІТЛІ ВИКЛИКІВ СУЧАСНОСТІ (ЕТИКО-АНТРОПОЛОГІЧНИЙ ВИМІР)…… 105
Рєзанова Н.О., Колебанов Д.С.
МІЖ ДЕОНТОЛОГІЄЮ І НЕОБХІДНІСТЮ: ЕТИЧНІ МЕЖІ ТАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ У ПРОСТОРІ ВІЙНИ……. 108
Рунчева К.А.
НЕЙРОСТИМУЛЯЦІЯ ТА ЕТИЧНІ ПИТАННЯ: ПРАВО НА СВІДОМІСТЬ І ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ПАЦІЄНТА…… 110
Цимбал А.Ю., Котлова Ю.В.
ІНСТРУМЕНТИ ЛІКАРЯ У ПОДОЛАННІ СТИГМИ ПЕРЕДЧАСНОГО НАРОДЖЕННЯ: ВІД СІМЕЙНО-ОРІЄНТОВАНОГО ДОГЛЯДУ ДО РАННІХ НЕЙРОРОЗВИТКОВИХ ВТРУЧАНЬ 112

СЕКЦІЯ 4. ПРОБЛЕМА ЛІКАРЯ-ВИКЛАДАЧА – ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ТА ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ

Білай І.М., Білай А.І.
ПОКРАЩЕННЯ ВИКЛАДАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ ФАРМАЦЕВТАМ-ІНТЕРНАМ З ВИКОРИСТАННЯМ НАУКОВОЇ ТЕХНОЛОГІЇ «ВІРТУАЛЬНА АПТЕКА»…… 114
Vasylenko H.V., Kucher T.V.
THE IMPORTANCE OF COGNITIVE-COMMUNICATION TEACHING IN THE STUDY OF PHARMACOLOGY AND PATHOPHYSIOLOGY AS COMPONENTS OF CLINICAL THINKING… 115
Давидова А.Г., Курочкін М.Ю., Капустін С.А.
НАВЧАЛЬНІ АСПЕКТИ ВИХОВАННЯ ЕТИКИ ТА ДЕОНТОЛОГІЇ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ МЕДИЦИНИ КРИТИЧНИХ СТАНІВ……. 121
Дейнега В.А.
ПРОБЛЕМИ ВІДПРАЦЮВАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК З ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДІАТРІЇ ТА МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ВІДЕОЗВІТІВ СТУДЕНТІВ ЯК ФОРМИ ДОМАШНЬОГО ЗАВДАННЯ…… 122
Дуюн І.Ф.
МЕДИЧНА ДИСТАНЦІЙНА ОСВІТА: ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ…….. 124
Зарічна Т.П., Соляненко О.Л.
ДІЯЛЬНІСТЬ ВИКЛАДАЧА В УМОВАХ ЦИФРОВІЗАЦІЇ ОСВІТИ……. 125
Земляний Я.В., Земляна Н.А.
ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ВІРТУАЛЬНОГО СИМУЛЯТОРА ПАЦІЄНТА BODY INTERACT ПРИ ВИКЛАДАННІ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН……. 127

Іванькова Н.А.
ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА СТУДЕНТІВ У МЕДИЧНОМУ ЗВО, ЯКИЙ ФУНКЦІОНУЄ НА ПРИФРОНТОВІЙ ТЕРИТОРІЇ……. 128
Корнєєва О.М., Смаглюк М.І.
ВИКОРИСТАННЯ ДОСЯГНЕНЬ НЕЙРОПСИХОЛОГІЇ ДЛЯ ВИКЛАДАННЯ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ…… 129
Livenko A.I.
THE ROLE OF THE PHYSICIAN-EDUCATOR IN THE IMPLEMENTATION OF INNOVATIVE EDUCATIONAL APPROACHES: SOCIO-ETHICAL AND INVESTMENT DIMENSIONS……. 130
Марушко Ю.В., Бойко Н.С.
ОСОБЛИВОСТІ ЕФЕКТИВНОГО СПІЛКУВАННЯ ПРИ ВИКЛАДАННІ ПРОПЕДЕВТИЧНОЇ ПЕДІАТРІЇ…….. 132
Масік Н.П., Масік О.І.
ПРОБЛЕМА ЛІКАРЯ-ВИКЛАДАЧА – ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ТА ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ……. 135
Моргунцова С.А., Школова О.П., Дмитрієв В.С., Ганошенко Ю.А.
РОЗВИТОК ЦИФРОВИХ КОМПЕТЕНЦІЙ ВИКЛАДАЧІВ ЯК ЗАПОРУКА ФОРМУВАННЯ ЕФЕКТИВНОГО ОСВІТНЬОГО ПРОСТОРУ ЗВО (НА ПРИКЛАДІ ЗДМФУ)…….. 138
Пожидаєв Р.А.
ПРОБЛЕМА ЛІКАРЯ-ВИКЛАДАЧА – ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ТА ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ…….. 139
Світлицький А.О., Щербаков М.С., Матвєйшина Т.М., Чернявський А.В., Чугін С.В.
ВІЗУАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ВИКЛАДАННІ АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ: СЬОГОДЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ…….. 141
Соляненко О.Л.
РОЗВИТОК ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ІДЕЙ В СИСТЕМІ САМОВДОСКОНАЛЕННЯ ВИКЛАДАЧА ЗВО…… 145

СЕКЦІЯ 5. ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ: «CONSUMOR ALIIS INSERVIENDO»

Візір В.А., Деміденко О.В., Приходько І.Б., Токаренко О.О., Шолох С.Г.
ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ ВИКЛАДАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ: НАСЛІДКИ ТА ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ…… 147
Звягіна Г.О., Потоцька О.І.
ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ ВИКЛАДАЧІВ: ФАКТОРИ ВПЛИВУ, МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ ……. 148
Кейтлін І.М.
ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ СЕРЕД ФАРМАЦЕВТІВ: ПРИЧИНИ, НАСЛІДКИ ТА ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ……. 149
Масльоха В.О.
ПЕРЕПРАЦЮВАННЯ СТОМАТОЛОГА ЯК БІОЕТИЧНА ПРОБЛЕМА СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ…… 150
Ольхомяк О.О., Хіміч С.Д., Превар А.П., Фуніков А.В.
ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ ЛІКАРЯ В УМОВАХ ВІЙНИ…… 152
Оніщенко Т.Є., Рябоконь О.В., Корнієнко О.О.
ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРЯННЯ ЯК НАСЛІДОК ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ: СУТНІСТЬ, ЧИННИНКИ РИЗИКУ ТА ТЕОРЕТИЧНІ МОДЕЛІ…….. 153
Семеніхіна Є.В., Сердюк Д.Г.
ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ У ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ: ПРИЧИНИ ТА МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ…… 158
Shundel T.O.
PREVENTION AND WAYS TO OVERCOME PROFESSIONAL BURNOUT FOR TEACHERS OF HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS…….. 159

СЕКЦІЯ 6. ПРОБЛЕМА ТІЛЕСНОСТІ

Голубович І.В., Хмарський В.М.
КУЛЬТУРНІ ПРАКТИКІ ТІЛЕСНОСТІ: ФІЛОСОФСЬКО-АНТРОПОЛОГІЧНІ ВІЗІЇ ІЛЛІ МЕЧНИКОВА…… 161

Овчаренко Л.С., Герасімчук Т.С., Кіріцева О.А.
ПСИХІЧНИЙ СТАН ЯК НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА У ФОРМУВАННІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ В УМОВАХ ВІЙНИ…….. 162

Бондарева С.А., Черненко О.Є.
ФІЛОСОФСЬКО-АНТРОПОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ: МІЖ ВІДНОВЛЕННЯМ НОРМИ ТА МЕДИКАЛІЗАЦІЄЮ ТІЛЕСНОСТІ……. 169

Косс А.
БІОТЕХНОЛОГІЧНИЙ ДИЗАЙН ТІЛЕСНОСТІ: ВІД СОЦІАЛЬНОЇ НОРМОВАНОСТІ ДО ГЕНЕТИЧНОГО ПОКРАЩЕННЯ В СПОРТІ……. 171

Серіков К.В.
КРИТЕРІЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ХВОРИХ ІЗ ІШЕМІЧНИМ МОЗКОВИМ ІНСУЛЬТОМ У ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ТА РІШЕННЯ ПРО ОБМЕЖЕННЯ ТА ПРИПИНЕННЯ ЛІКУВАННЯ У ГОСТРІЙ ФАЗІ ЗАХВОРЮВАННЯ…… 174

Таран Р.М.
ВІД КОНТРОЛЮ БОЛЮ ДО УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ: СУЧАСНА АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ В ЕТИЧНОМУ ВИМІРІ……. 176

СЕКЦІЯ 7. ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ

Волосовець О.П., Волосовець Т.М.
АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ…….. 178

Алієва О.Г., Таврог М.Л., Попазова О.О., Макєєва Л.В., Громоковська Т.С.
ВПЛИВ ІНФОРМАЦІЙНОГО СЕРЕДОВИЩА НА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ…….. 180

Haidai N.V., Kyrychenko M.M., Deinichenko O.V., Pavliuchenko M.I., Shapoval O.S.
EXPERIENCE IN IMPLEMENTING INNOVATIVE EDUCATIONAL TECHNOLOGIES IN THE PROFESSIONAL TRAINING OF ENGLISH-MEDIUM STUDENTS IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY UNDER MARTIAL LAW AND IN COMPLIANCE WITH EUROPEAN STANDARDS OF HIGHER EDUCATION IN UKRAINE…… 185

Губка В.О., Головко М.Г., Гайдаржі Є.І., Охріменко Г.І.
ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ…….. 188

Kaliuzhna V.V.
PROBLEMS OF DISTANCE TEACHING OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY IN HIGHER MEDICAL EDUCATION INSTITUTIONS…….. 189

Козиряцька С.А.
ВИРОБЛЕННЯ НАВИЧОК РЕДАГУВАННЯ ФАХОВИХ ТЕКСТІВ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ЗВО НА ЗАНЯТТЯХ З «УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ (ЗА ПРОФЕСІЙНИМ СПРЯМУВАННЯМ)» ЯК ВАЖЛИВА СКЛАДОВА ФОРМУВАННЯ ЇХ МОВЛЕННЄВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ……. 191

Крупєй К.С., Деген А.С., Гуліна О.С.
CHATGPT У МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ДИСЦИПЛІНАХ: ТИПОВІ ПОМИЛКИ ПІД ЧАС ГЕНЕРУВАННЯ ІНФОРМАЦІЇ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ КОРИСТУВАЧА…….. 192

Лукіна Г.М.
РІЗНОМАНІТНІСТЬ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ У СУЧАСНІЙ ВИЩІЙ ШКОЛІ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇХ ВИКОРИСТАННЯ ДЛЯ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ……. 194

Моргунцова С.А., Школова О.П., Дмитрієв В.С., Ганошенко Ю.А.
ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ ПІДГОТОВКИ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ ДО СКЛАДАННЯ ЄДКІ ТА ІНСТРУМЕНТИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ОСВІТИ…… 196

Моргунцова С.А., Школова О.П., Дмитрієв В.С., Ганошенко Ю.А.
ОСОБЛИВОСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФОРМУВАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ОСВІТНЬОЇ ТРАЄКТОРІЇ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ ЗА РЕГУЛЬОВАНИМИ СПЕЦІАЛЬНОСТЯМИ, НА ПРИКЛАДІ ЗАПОРІЗЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИНОГО УНІВЕРСИТЕТУ…… 198

Назаренко О.В., Солов'юк О.О.
РОЛЬ СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ У ФОРМУВАННІ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ ПАРАМЕДИКІВ……. 199

Onopchenko S.P., Siusiuka V.H., Kyrychenko M.M., Kyryliuk O.D., Kolokot N.H.
EDUCATIONAL POTENTIAL OF THE CASE STUDY METHOD IN TEACHING OBSTETRICS AND GYNECOLOGY AT ZAPORIZHZHIA STATE MEDICAL AND PHARMACEUTICAL UNIVERSITY 201

Пучков В.А., Сюсюка В.Г., Ганжий І.Ю., Богуславська Н.Ю., Онопченко С.П.
ПІДГОТОВКА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ З ДИСЦИПЛІНИ «АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ» В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ…… 204

Редько І.І., Левчук-Воронцова Т.О.
ПРОБЛЕМИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ…….. 206

Самойленко О.В., Черпак М.Є.
ВПЛИВ CHATGPT ВПЛИВАЄ НА СПІЛКУВАННЯ ТА РОЗВИТОК КОМУНІКАТИВНИХ НАВИЧОК МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ…….. 207

Сидоренко О.В.
САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ ЯК ЧИННИК ФОРМУВАННЯ САМООСВІТНЬОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ…….. 209

Сюсюка В.Г., Сергієнко М.Ю., Онопченко С.П., Пучков В.А., Рослік О.А.
ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ІСПИТУ СЕРЕД СТУДЕНТІВ V КУРСУ НА КАФЕДРІ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ ЗДМФУ…… 210

Трегуб С.Є.
ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ В МЕДИЧНИХ ВИШАХ ДИСТАНЦІЙНО В УМОВАХ ВІЙНИ…… 212

Федько О.Ю.
МІСЦЕ УСНОГО ІСПИТУ З ДИСЦИПЛІНИ «УКРАЇНСЬКА МОВА (ЗА ПРОФЕСІЙНИМ СПРЯМУВАННЯМ)» У СУЧАСНОМУ ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ…….. 213

Хіміч С.Д., Тульчинський Г.В., Превар А.П., Ольхомяк О.О., Хіміч О.С.
ПІДГОТОВКА ХІРУРГІЧНИХ КАДРІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ: СКЛАДНОЩІ, ПРОБЛЕМИ ТА ЗДОБУТКИ…….. 214

СЕКЦІЯ 8. МЕДИЦИНА В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВІЙНИ

Амма А.В.
КОМУНІКАТИВНІ МЕХАНІЗМИ ПОДОЛАННЯ ВІДЧУЖЕННЯ ЛЮДИНИ В ІНФОРМАЦІЙНОМУ СУСПІЛЬСТВІ…….. 218

Бельдій О.В.
ДО ПИТАННЯ ПЕРЕОСМИСЛЕННЯ ЦІННОСТІ ЖИТТЯ У ДОСВІДІ ВІЙНИ……. 219

Гончаренко Є.О.
БІОАНТРОПОСОЦІОЛОГІЯ ЯК МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕНЬ СУЧАСНОГО СУСПІЛЬСТВА.. 220

Дейніченко О.В., Ковальов К.О.
ВПЛ-SELF-SAMPLING ЯК ІНСТРУМЕНТ СКРИНІНГУ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВІЙНИ…… 222

Дейніченко О.В., Нікіфоров О.А.
ДЕМОГРАФІЧНІ ВИКЛИКИ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ: КЛІНІЧНИЙ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ АНАЛІЗ…… 223

Іванько О.Г.
ЛАНДШАФТНИЙ ПАРК ЯК ВАЖЛИВА РЕКРЕАЦІЙНА ЗОНА ЗДМФУ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЙОГО РОЗВИТКУ В ПІСЛЯВОЄННИЙ ПЕРІОД…… 225

Козловець М.А.
СОЦІАЛЬНЕ САМОПОЧУТТЯ УКРАЇНЦІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ……. 226

Пацера М.В., Біловоденко В.Ю., Гусак В.М.
ПРИЧИНИ ПОРУШЕННЯ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ……. 229
Пащенко І.В.
ДІТИ І ВІЙНА: ПОГЛЯД ДИТЯЧОГО ГАСТРОЕНТЕРОЛОГА…… 230
Підкова В.Я., Соляник О.В.
ЗАСТОСУВАННЯ ТЕОРІЇ ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕСУРСІВ С.ХОБФОЛЛА В ПРАКТИЦІ ДИТЯЧИХ ЛІКАРІВ В УМОВАХ ВІЙНИ…… 231
Самарін Д.С.
ВПЛИВ УМОВ ВІЙНИ В УКРАЇНІ НА ПРОЦЕС РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ…….. 233
Самойленко О.В., Шамара М.О.
КОНФЛІКТ ЯК ПРИЧИНА РУЙНАЦІЇ КОЛЕКТИВУ…… 234
Руднєва В.Р., Сердюк Д.Г.
РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХІЧНОГО ТА СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я УЧАСНИКІВ ТА ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД БОЙОВИХ ДІЙ…….. 236
Сиромолот Г.Ю.
ДЕЯКІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ МЕДСЕСТРИНСТВА НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ…… 237
Харун І.Л.
ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД – ОДИН З ПРЕДИКТОРІВ РОЗВИТКУ ЗВИЧНОГО НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК, ЩО ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ…… 239
Shelestova L.P.
PERINATAL MENTAL HEALTH OF UKRAINIAN WOMEN AFFECTED BY WAR……. 241
Шпакович А.О.
СИЛЬНІ ТА СЛАБКІ СТОРОНИ ВОЮЮЧИХ СТОРІН У «МИСТЕЦТВІ ВІЙНИ» СУНЬ-ЦЗИ: КЛАСИЧНА СТРАТЕГІЯ В УМОВАХ ГІБРИДНОЇ ВІЙНИ XXI СТОЛІТТЯ…… 243
Янішевський О.Л.
ПРОТИСТОЯННЯ ФІЛОСОФІЙ ЛЮБОВІ Й СТРАХУ: ПЕРЕОЦІНКА ІДЕНТИЧНОСТІ ЛЮДИНИ ВОЄННОГО ЧАСУ……. 245

СЕКЦІЯ 9. МАЙБУТНЄ МЕДИЦИНИ: СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКЕ ПРОГНОЗУВАННЯ

Ковальов О.О.
ЕКСПОСОМІКА: НОВА НАУКОВА ОНКОЛОГІЧНА ПАРАДИГМА В ЕПОХУ АНТРОПОЦЕНА…… 248
Візір В.А., Деміденко О.В., Токаренко О.І., Токаренко О.О., Приходько І.Б.
МАЙБУТНЄ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ ПІСЛЯ ВІЙНИ: СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКІ ТА ЕТИЧНІ ОРІЄНТИРИ……. 250
Ганчева О.В., Грекова Т.А., Мельнікова О.В., Каджарян Є.В., Ісаченко М.І., Тихоновська М.А.
ЕТИЧНІ ДИЛЕМИ ТА ВИКЛИКИ СОЦІАЛЬНОЇ СПРАВЕДЛИВОСТІ В МЕДИЦИНІ МАЙБУТНЬОГО…….. 251
Іванченко О.З., Мельнікова О.З., Мікаелян Г.Р.
ПРОФЕСІЙНЕ САМОВИЗНАЧЕННЯ МАЙБУТНІХ МЕДИКІВ: ПОРІВНЯННЯ ОСОБИСТІСНОГО ТИПУ ТА ОБРАНОЇ СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ…….. 254
Іріоглу Ю.О.
ФУТУРИСТИЧНІ ОБРАЗИ МЕДИЦИНИ В СУЧАСНІЙ МАСОВІЙ КУЛЬТУРІ……. 257
Корнієнко О.О., Рябоконь О.В., Оніщенко Т.Є., Саліонов В.О.
ЦИФРОВІ ТЕХНОЛОГІЇ В МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ: МОЖЛИВОСТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ…… 259

СЕКЦІЯ 1. ФІЛОСОФІЯ МЕДИЦИНИ – ІНТЕЛЕКТУАЛЬНО-НАУКОВИЙ ПРОЕКТ XXI СТ.: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ

НОВИЙ ІННОВАЦІЙНИЙ ДИЗАЙН ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: СУСПІЛЬСТВО, ТЕХНОЛОГІЇ, ЗНАННЯ ТА ЕТИКА

Утюж Ірина Геннадіївна, д.філос.н., професор,
завідувач кафедри суспільних дисциплін,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Технологічні інновації постійно змінюють медицину – не лише трансформуючи клінічну практику, але й ставлячи під сумнів та перегруповуючи моральні цінності, норми та рамки знань, які лежать в основі охорони здоров'я. Від винаходу стетоскопа до зростання штучного інтелекту, від потрясінь світових воєн до глобальної пандемії COVID-19 – кожна криза та прорив ставлять фундаментальні запитання: Що ми вважаємо пріоритетом у медицині? Що вважається дійсним доказом? Що означає, коли догляд є «якісним»?

Прориви в біотехнологіях, сучасна цифрова революція, глобальні конфлікти та екологічні кризи всі вимагають нового критичного осмислення. Щоб зрозуміти теперішнє, ми повинні розташувати його в ширшому історичному та соціальному контексті, досліджуючи, як охорона здоров'я розвивається на перетині суспільних змін та технологічних інновацій. Ця конференція запрошує до внесків, які критично досліджують, як технологічні та соціальні трансформації формують моральний та епістемічний ландшафт охорони здоров'я.

І головне питання перед медициною 21 століття постає: Чи будемо ми через 10 років, як і раніше визнавати охорону здоров'я як лікування хвороб у сучасному світі? Це питання в даний час ставить у безвихідь безліч людей зі всього світу. Бо, ми досі живемо з думкою, що охорона здоров'я буде покладати велике навантаженням на плечі наших економік.

Дебати в основному ведуться про зростання витрат, що тривають через старіння, використання нових дорогих технологій, збільшення медичних знань («ми знаємо більше про менше»), дорогі ліки та нестачу лікарів.

Є й інші аспекти, які можна додати до обговорення, але в рамках нашої конференції, ми зосередимося на вищезгаданих п'яти темах і розкриємо їх у світлі того, як може виглядати охорона здоров'я через 5-10 років.

В останнє десятиліття зростаючий рівень хронічних захворювань, таких як серцево-судинні та респіраторні захворювання, рак, діабет 2 типу та нейродегенеративні захворювання, стали глобальною проблемою, впливаючи на економіку багатьох країн світу через збільшення витрат на охорону здоров'я

Хронічні захворювання, що визначаються Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) як неінфекційні захворювання, є одним з основних факторів, що призводять до інвалідності, зниження якості життя і, зрештою, до смерті через їх високу коморбідність з біологічним старінням.

Проте, незважаючи на те, що поява симптомів при хронічних захворюваннях може бути відстрочена та зменшена за допомогою спеціальних втручань (наприклад, здорового способу життя), перехід від здоров'я до початку хвороби може бути спочатку непомітним.

Таким чином, необхідність вживання більш ранніх профілактичних заходів зрештою знизить вплив подальших втручань та клінічних методів лікування.

Однак, незважаючи на медичний прогрес у вдосконаленні хірургічних втручань та фармакологічних методів лікування, цей клінічний підхід залишається реактивним, при якому методи лікування приймаються після того, як пацієнт вже відчув появу негативних симптомів.

У зв'язку з цим постає потреба у формуванні нової парадигми охорони здоров'я, що ґрунтується на превентивності, прогностичності, попереджувальному характері, партисипативності та позитивній орієнтації на здоров'я (модель **P5**). Такий підхід відкриває можливість для інноваційної трансформації системи охорони здоров'я, зміщуючи фокус із лікування хвороб на збереження і підтримку здоров'я.

Отже, перехід від реактивної до превентивно орієнтованої медицини є необхідною умовою модернізації сучасної системи охорони здоров'я. Реалізація моделі P5 сприятиме не лише більш ефективному попередженню захворювань, а й формуванню нової культури медичної взаємодії, у якій пацієнт стає активним учасником процесу збереження власного здоров'я.

THE NEW MODERN MEDICINE

Jonathan Fuller,
MD, PhD, Associate Professor,
Department of History and Philosophy of Science,
University of Pittsburgh

In my recent book, *The New Modern Medicine* (Fuller 2025), I argue that contemporary scientific medicine is a new modern medicine, one shaped by new disease epidemics, new norms of evidence, and the new sciences of epidemiology. The book provides a philosophical treatment of the new modern medicine. Orthodox Western medicine underwent a historic transformation in the 1800s and 1900s, becoming the modern medicine of today. At the same time, medicine today seems different compared to medicine a century ago—a new modern medicine. What made medicine modern? And what changed? The short answer is that modern medical science made medicine modern, and the newfound influence of epidemiological sciences on medicine in the second half of the 1900s led to a new model of scientific medicine, epidemiological medicine.

I start with the first question, arguing against the narrow view that effective medicines made medicine modern. Rather, what fundamentally changed was that medical interventions and the rest of medicine were newly shaped by modern research sciences. Scientific medicine made medicine modern. In modern scientific medicine, clinical medicine is integrated with and modeled after modern research sciences. In the early twentieth century, these sciences were primarily experimental laboratory sciences, and the dominant model of scientific medicine in society – the medical model – was laboratory medicine. Turning to the second question, over the twentieth century medicine underwent a threefold epidemiologic transition in which its diseases, evidence, and science were transformed by new epidemics and new epidemiological sciences with new research methods. This transformation led to a new medical model after the Second World War, epidemiological medicine. While there is something to the story that laboratory medicine, biomedical science, and biomedicine are representative of research priorities in the postwar era, it overlooks the clinical priority that epidemiological science and epidemiological medicine enjoy in the new modern medicine.

Reference

Fuller, J. *The New Modern Medicine: Disease, Evidence, and Epidemiological Medicine*. Oxford University Press. 2025. https://doi.org/10.1093/9780190066178.001.0001.

FROM BODILY EXPERIENCE TO DATA TRANSPARENCY: CONTINUOUS GLUCOSE MONITORING AND THE AMBIVALENT MEDICALIZATION OF EVERYDAY LIFE

Jurga Šuminienė,
Doctoral student, Department of Public Health;
Natalja Istomina,
Institute of Health Sciences, Faculty of Medicine, Vilnius University, Lithuania

Abstract. Contemporary digital health technologies increasingly transform the lived experience of illness by translating bodily sensations into continuous data streams. Continuous glucose monitoring (CGM) represents a paradigmatic case of this transformation, where subjective bodily awareness is progressively supplemented or replaced by quantified biological data. This paper examines CGM not primarily as a clinical innovation, but as a socio-ethical phenomenon that reshapes corporeality and everyday life. Drawing on the concepts of medicalization and data transparency, the analysis highlights the ambivalent nature of digital health technologies. On the one hand, CGM enables greater patient autonomy, self-knowledge, and participation in disease management. On the other hand, it intensifies self-surveillance, normative pressure, and the medical framing of daily behaviors. The paper argues that CGM exemplifies a broader shift toward data-driven governance of the body, raising ethical questions about responsibility, freedom, and the boundaries of medical intervention in ordinary life. Recognizing this ambivalence is essential for understanding the future trajectory of contemporary medicine.

Keywords: corporeality; medicalization; digital health; continuous glucose monitoring; bioethics; patient autonomy; data transparency

Introduction

Digitalization has become a defining feature of contemporary medicine, fundamentally altering how the human body is perceived, interpreted, and governed. Increasingly, bodily experience is mediated through technological devices that generate continuous streams of biological data. This transformation challenges traditional understandings of health, illness, and corporeality, shifting attention from subjective bodily sensations toward quantified indicators. Continuous glucose monitoring offers a particularly illustrative example of this shift, as it enables real-time visualization of physiological processes that were previously accessible only intermittently or indirectly.

This paper explores how CGM contributes to the medicalization of everyday life by extending medical observation beyond clinical settings into routine daily practices. Rather than evaluating CGM in terms of clinical effectiveness, the analysis focuses on its socio-ethical implications, asking how digital transparency reshapes the relationship between the individual, the body, and medical authority.

Corporeality and the Medicalization of Everyday Life

Corporeality refers to the lived experience of the body as it is felt, interpreted, and embedded in social contexts. In modern medicine, this experiential dimension increasingly intersects with technological systems that translate bodily processes into standardized data. Medicalization, in this sense, describes the expansion of medical frameworks into areas of everyday life that were previously considered non-medical.

Digital health technologies intensify this process by rendering the body continuously visible and measurable. The ideal of bodily transparency promotes the perception that health can and should be constantly monitored, optimized, and corrected. As a result, everyday practices such as eating, physical activity, and rest are increasingly evaluated through medical metrics, reshaping normative expectations of "healthy" behavior.

Continuous Glucose Monitoring Beyond the Clinical Context

CGM systems exemplify the shift from episodic medical assessment to continuous self-monitoring. By providing real-time feedback on glucose levels, these technologies encourage individuals to interpret their bodies through numerical indicators rather than subjective sensations. Daily decisions become closely linked to data interpretation, positioning technology as an authoritative mediator between the individual and their body.

While CGM enhances awareness and may support safer disease management, it also embeds medical logic into everyday life. The body becomes a constant object of observation, and deviations from normative data ranges may be experienced as personal failures rather than contextual fluctuations. In this way, CGM extends medical oversight into the intimate sphere of daily routines.

The Ambivalence of Digital Medicalization

The medicalization associated with CGM is fundamentally ambivalent. On one hand, digital monitoring empowers individuals by increasing access to information and enabling more active participation in health-related decision-making. CGM aligns with contemporary models of participatory and preventive medicine, supporting personalized disease management.

On the other hand, continuous monitoring fosters self-surveillance and normative pressure. The expectation to maintain "good" data may generate anxiety, guilt, or a sense of constant responsibility. Health becomes not only a personal value but also a moral obligation, reinforced through digital feedback. This duality illustrates how empowerment and control coexist within digital medicalization processes.

Ethical Implications and Conclusions

The expansion of digital health technologies raises important ethical questions regarding autonomy, responsibility, and the limits of medical intervention. As data increasingly mediate bodily experience, the distinction between medical care and everyday life becomes blurred. CGM highlights how technological transparency can simultaneously support well-being and intensify control.

This paper concludes that recognizing the ambivalent nature of medicalization is essential for critically assessing the role of digital technologies in contemporary medicine. Rather than framing such technologies as inherently beneficial or harmful, a socio-ethical perspective allows for a more nuanced understanding of how they reshape corporeality and everyday life in data-driven healthcare systems.

References

1. Lupton D. 2013. *The digitally engaged patient: Self-monitoring and self-care in the digital health era*. Social Theory & Health, 11(3), 256–270.

2. Rose N. 2007. *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton University Press.

3. Zuboff S. 2019. *The Age of Surveillance Capitalism*. New York: PublicAffairs.

БЕЗПЕКА ЯК УМОВА «ЛЮДСЬКОГО ПРОЦВІТАННЯ»

Бойко Анжела Іванівна,
доктор філософських наук, професор,
завідувач кафедри філософських, політичних і психологічних студій
Черкаського державного технологічного університету

У сучасному світі поняття «людського процвітання» (human flourishing) набуває все більшої актуальності як інтегральна мета соціального розвитку, що виходить за межі економічного зростання чи матеріального добробуту. Людське процвітання передбачає стан, у якому всі аспекти життя особи є добрими, включаючи фізичне та психічне здоров'я, сенс життя, соціальні зв'язки, характер та фінансову стабільність [3]. Однак цей стан неможливий без базової умови – безпеки, яка забезпечує впевненість у збереженні ключових благ та можливостей для самореалізації. Безпека тут розуміється не лише як відсутність загроз, а як комплексна «певність» (sureness) у майбутньому насолодженні благами, що включає фактичну безпеку (fact-security), віру в неї (belief-security) та емоційну стабільність (emotion-security) [2, с. 3-4]. Спробуємо проаналізувати безпеку як передумову процвітання, спираючись на теоретичні підходи до людського розвитку та емпіричні дані.

Концепція людського процвітання корениться в аристотелівській ідеї eudaimonia – повноцінного життя через реалізацію людських потенціалів [5]. Сучасні інтерпретації, зокрема в підході можливостей (capabilities approach) Амартії Сена та Марти Нуссбаум, акцентують на свободі досягати цінних станів та дій (functionings), де процвітання є результатом реалізації базових можливостей, таких як здоров'я, освіта, соціальні зв'язки та політична участь

[4, с. 70–71; 5, с. 11–12]. Нуссбаум пропонує список з 10 центральних можливостей, серед яких тілесна цілісність (bodily integrity) та здоров'я (bodily health) безпосередньо залежать від безпеки, оскільки передбачають захист від насильства, голоду та інших загроз [5, с. 76–80]. Безпека тут виступає як пороговий рівень (threshold), нижче якого процвітання неможливе, адже загрози перешкоджають розвитку та насолоді життям.

У рамках концепції людської безпеки (human security), розробленої Програмою розвитку ООН, безпека прирівнюється до розвитку людей, а не територій чи озброєнь, охоплюючи економічну, харчову, здоров'я, екологічну, особисту, громадську та політичну безпеку [1, с. 22–24]. Ця парадигма підкреслює, що стале людське процвітання неможливе без інвестицій у розвиток, а не в зброю, та створення глобального фонду людської безпеки для подолання загроз [1, с. 37]. Аналогічно, у фреймворку Гарвардської програми людського процвітання фінансова та матеріальна стабільність (financial and material stability) розглядається як засіб підтримки інших доменів процвітання, таких як щастя, сенс життя та соціальні стосунки, де відсутність турбот про базові потреби (наприклад, їжу, житло чи безпеку) є ключовою для загального добробуту [3, с. 5–6].

Безпека сприяє процвітанню через кілька механізмів. По-перше, фактична безпека забезпечує майбутні вигоди від благ, дозволяючи розвивати та насолоджуватися людськими здібностями без перерв [2, с. 5]. Наприклад, безпека житла чи роботи дає змогу планувати довгострокове здоров'я та освіту, що є основою для реалізації можливостей [5, с. 70]. По-друге, віра в безпеку (belief-security) оптимізує ресурси, уникаючи непотрібних витрат на запобіжні заходи та дозволяючи ефективну підготовку до майбутнього [2, с. 6]. Емоційна безпека, як відсутність страху, підтримує психічне здоров'я та здатність до соціальних взаємодій, запобігаючи стресу, що гальмує процвітання [2, с. 6–7; 3, с. 6].

Емпіричні дані підтверджують цю роль: дослідження показують, що в країнах з високим рівнем людської безпеки (наприклад, за індексом людського розвитку) люди демонструють вищі показники щастя, сенсу життя та соціальних зв'язків [1, с. 34; 3, с.5]. Однак надмірна безпека може мати негативні ефекти, наприклад, зменшуючи адаптивність чи елемент несподіванки в житті [2, с. 7–9]. Тому оптимальна безпека – балансована, адаптована до контексту, з акцентом на базові потреби та моральну безпеку (визнання суспільством інтересів особи) [2, с. 7].

Безпека є фундаментальною умовою людського процвітання, забезпечуючи реалізацію можливостей та стале життя в гармонії з контекстом [3, с. 1]. Без неї процвітання зводиться до виживання, а не повноцінного розвитку. Для досягнення цього необхідні політики, орієнтовані на людську безпеку: інвестиції в освіту, здоров'я та соціальний захист, а також глобальну співпрацю для подолання загроз, як запропоновано в ООН [1, с. 37-38]. Майбутні дослідження мають фокусуватися на інтеграції безпеки в національні стратегії розвитку для забезпечення процвітання всіх.

Список використаних джерел

1. Human Development Report 1994: New Dimensions of Human Security / United Nations Development Programme. New York: Oxford University Press, 1994. 136 с.

2. Daemen J. A. M. Being Sure and Living Well: How Security Affects Human Flourishing // The Journal of Value Inquiry. 2022. Vol. 58. P. 1–18. DOI: 10.1007/s10790-021-09870-6.

3. VanderWeele T. J. Human Flourishing: An Introductory Framework. Cambridge, MA: Harvard University, The Human Flourishing Program at Harvard’s Institute for Quantitative Social Science, [2025?]. 24 p. URL: https://hfh.fas.harvard.edu/sites/g/files/omnuum8886/files/2025-09/HFH.framework.final8%20(single%20page%20version)-small.pdf (дата звернення: 26.02.2026).

4. Nussbaum M. C. Women and Human Development: The Capabilities Approach. Cambridge: Cambridge University Press, 2000. 336 p.

5. Nussbaum M. C. Creating Capabilities: The Human Development Approach. Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press, 2011. 256 p.

ТЕХНОЛОГІЇ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ І ПОШУК АКТУАЛЬНИХ ДЖЕРЕЛ В НАУКОВІЙ ДІЯЛЬНОСТІ: ВИКЛИКИ ТА ПЕРЕВАГИ

Ковтун Наталія Михайлівна, д. філос. н., проф.,
завідувач кафедри філософії та політології
Житомирського державного університету імені Івана Франка

Проблематика використання технологій штучного інтелекту (ШІ) в різних сферах діяльності людини в останні роки стала вкрай актуальною. Вони проникнули практично в усі сфери діяльності людини, виробництва і сфери послуг. ШІ «зазіхнув» і на сферу, яка донедавна вважалася цариною домінування лише людини як єдиного носія творчого мислення, – сферу наукової творчості та упровадження наукових інновацій.

Одними з найбільш вживаних в Україні у безпосередній практиці є технології ШІ, репрезентовані такими платформами, як ChatGPT [2], Microsoft Copilot [5], Gemini [3] та ін. Вони активно використовуються для обробки великих обсягів інформації, великих баз даних, що дозволяє науковцям значно прискорити досягнення результатів дослідження. Окрім цього, ШІ дозволяє швидше і якісніше створювати графічні зображення результатів досліджень через діаграми та схеми, відкриває широкі можливості для перекладу з інших мов значних масивів інформації без обмежень щодо кількості слів і знаків, дозволяє перевіряти на плагіат наукові тексти за допомогою їх співставлення з великими базами даних. При цьому інструменти ШІ досі залишаються недосконалими, а досягнуті ними результати потребують верифікації.

Незважаючи на це, маємо відмітити, що перспективною сферою для використання в науковій сфері є технології ШІ, пов'язані з пошуком актуальних джерел для відповідної наукової проблематики. За незначний відрізок часу ШІ може допомогти підготувати список актуальних досліджень, який буде містити, як праці вітчизняних, так і зарубіжних дослідників. Але для визначення його якості і обґрунтованості маємо порівняти у цьому сегменті використання усталених способів пошуку наукових джерел з технологіями ШІ.

Для цього звернемося до досліджень українського науковця С. Брайчевського, який зауважує, що в усталених, традиційних, системах пошуку ми отримуємо «"сирі" відомості, які для розуміння слід певним чином опрацювати. Якщо цікавить, наприклад, яка столиця Гондурасу, то Google дасть нам конкретну остаточну відповідь (Тегусигальпа)» [1, с. 91]. Утім, на запит про економічну ситуацію в Гондурасі ми отримаємо лише «список посилань на різноманітні документи, які, можливо, мають відношення до економіки Гондурасу» [1, с. 91]. У підсумку дослідник має переглядати ці документи і вибирати з них ту інформацію, яка є для нього важливою і науково обґрунтованою. За умови недостатності інформації він має продовжувати пошук, вводячи різні варіації понять, категорій і векторів дослідження.

Аналізуючи ці масиви даних, науковець свідомо чи несвідомо використовує критичне мислення, відсіює частину інформації і за необхідності переспрямовує пошук в іншому напрямку. Паралельно з цим він здійснює верифікацію якості джерел, їх наукової значущості і доведеності. Внаслідок цього, у список літератури потрапляють верифіковані групи джерел, на підставі яких науковець обґрунтовує і пропонує нові гіпотези та положення новизни.

Якщо ж ми говоримо про пошук інформації за допомогою ШІ, то «ми безпосередньо … задаємо йому основне запитання, що цікавить, і робимо це природною мовою. Відповідно, результат його роботи являє собою готову відповідь на наше запитання, і вона також представлена природною мовою» [1, с. 93]. В результаті споживач продукції ШІ отримує готовий продукт і більше нічого не зобов'язаний робити. Він може видавати цей продукт за результат власної творчості. Але отриманий продукт у формі підбірки «актуальних» наукових джерел з відповідної проблематики, створений за допомогою інструментів ШІ, зазвичай виявляється фрагментарним і однобоким. Його якість залежить від охоплення різних баз даних та введених обмежень під час пошуку. А тому науковець, навіть використовуючи отримані результати ШІ, має ставити нові завдання для ШІ, має наводити додаткові уточнюючі запити, щоб сформувати відносно цілісну картину охоплення джерел дослідження.

Під час використання ШІ у пошуку наукових джерел слід враховувати і здатність відповідних технологій до введення в оману споживача задля виконання поставленого завдання. У контексті цього дуже тривожними є результати дослідження газети «Гардіан» (Guardian), оприлюднені на початку січня 2026 року. В них було зафіксовано, що ШІ платформи Google помилково порадив людям з раком підшлункової залози уникати продуктів з високим вмістом жиру. Ця порада була цілком протилежною реальним рекомендаціям і могла збільшити ризик смерті пацієнтів від цієї хвороби [4]. Також ШІ платформи Google надав неправдиву інформацію споживачам про важливі тести функції печінки, через що люди із серйозними захворюваннями печінки помилково вважали себе здоровими. У підсумку вони не вчасно зверталися до лікарів [4]. У відповідь на оприлюднені звинувачення Google заявила, що переважна більшість її оглядів ШІ були фактологічними та корисними, і компанія постійно упроваджує практики покращення якості. Зауважимо, що в інформаційному просторі з'являється все більше даних, що деякі платформи ШІ надають недостовірні медичні, психологічні або фінансові поради.

Загалом інструменти ШІ можна активно використовувати для пришвидшення підбирання актуальних джерел для відповідної сфери наукових досліджень. Водночас науковці мають враховувати ряд методологічних викликів. По-перше, хоча ШІ має здатність обробляти великі обсяги інформації, він завжди обмежений власними алгоритмами, заданими його розробниками. По-друге, ШІ може використовувати «застарілі» або неактуальні джерела, що може мати деструктивні наслідки для дисциплін, які стосуються насамперед природничих досліджень, в яких знання серйозно оновлюється кожні 2-3 роки. При цьому просте хронологічне обмеження пошуку джерел не вирішує проблему, адже при цьому можуть бути випущені серйозні дослідження, які виходять за ці часові періоди. По-третє, на сучасному етапі розвитку досі відсутні алгоритми відсіювання ШІ «ненадійних» джерел, наукових публікацій або статистичних даних. Таке відсіювання може зробити лише людина, яка має відповідний рівень фахової підготовки і компетентності. А відтак, усі підібрані ШІ списки актуальних джерел для наукових досліджень, можуть бути потенційно односторонніми у залежності від його алгоритмів та налаштувань. Отже, вони можуть мати лише допоміжний характер у науковому дослідженні.

Список використаних джерел

1. Брайчевський С.М. Штучний інтелект в сфері інформаційного пошуку. *Інформація і право*. 2025. № 1 (52). С.90-95. DOI: https://doi.org/10.37750/2616-6798.2025.1(52).324690 (дата звернення: 14.01.2026).
2. ChatGPT. URL: https://chatgpt.com/ (дата звернення: 28.01.2026).
3. Gemini. URL: https://gemini.google.com/?hl=uk (дата звернення: 21.01.2026).
4. Google AI Overviews put people at risk of harm with misleading health advice. Fri 2 Jan 2026. URL: https://www.theguardian.com/technology/2026/jan/02/google-ai-overviews-risk-harm-misleading-health-information (дата звернення: 02.02.2026).
5. Microsoft Copilot. URL: https://www.microsoft.com/uk-ua/microsoft-copilot/for-individuals?form=MY02P9 (дата звернення: 04.02.2026).

НОВІТНІ ДОСЛІДЖЕННЯ З ФІЛОСОФІЇ МЕДИЦИНИ В НІМЕЧЧИНІ

Абашнік Володимир Олексійович,
доктор філософських наук, професор,
професор кафедри філософії та суспільних наук,
Харківський національний медичний університет

Філософія медицини у Німеччині на початку 21-го ст. є досить динамічною дисципліною, в межах якої регулярно з'являються різні новітні дослідження [1]. Важливе місце серед них займають публікації в книжковій серії «Медицина і філософія», яка була заснована в 1995 р. відомим видавництвом «Фромманн-Гольцбоог» у Штутгарті. На сьогодні

в цій серії вийшов 21 том монографічних видань різної тематики. Як наголошується на веб-сторінці видавництва щодо мети цієї серії: «Медицина і філософія з часів Античності плідно співпрацювали і взаємно збагачували одна одну – взаємозв'язок, який у наш час знову набув особливого значення. У серії «Медицина і філософія» публікуються роботи німецькою та англійською мовами, які порушують актуальні питання та досліджують історичні розвитки щодо цієї теми» [6].

Далі зупинимося на окремих виданнях та особливостях цієї книжкової серії. Перший том вийшов під назвою «Мистецтво чи наука? Концепції медицини в німецькій романтиці» (1995), автором якого був Урбан Візінг (нар. в 1958 р.), відомий фахівець з медичної етики, котрий з 2002 р. є директором інституту етики та історії медицини при Тюбінгенському університеті. В центрі уваги цієї роботи, яка була захищена в якості докторської дисертації в Мюнстерському університеті, філософські впливи (Кант, Фіхте, особливо Шеллінг) на так званих «лікарів-романтиків» на початку 19-го ст. (І. П. Ф. Трокслер, К. Й. Кіліан, А. Е. Кесслер, Ф. Ф. фон Вальтер, Й. Х. Райль та ін.), або «натурфілософських лікарів» [7, S. 214]. Причому Урбан Візінг не лише зупинився на історичній тематиці, але й вказав у своєму «Епілозі. Медицина сьогодні: мистецтво чи наука?» на актуальність взаємодії філософії та медицини, розглядаючи, зокрема, такі питання, як «Медицина сьогодні: пізнавальна наука?», «Медицина сьогодні: лікувальне мистецтво?» тощо [7, S. 302].

Наступні монографії у книжковій серії «Медицина і філософія» були присвячені спеціальним темам. Зокрема, серед них: «Ріхард Кох. Час до вашого часу. Автобіографічні записки» (2003) за редакцією Франка Тьопфера та Урбана Візінга, «Статус екстракорпорального ембріона. Перспективи міждисциплінарного підходу» (2007) за редакцією Джованні Маіо, «Спосіб життя в епоху Модерну. Карл Ясперс і психоаналіз» (2017) Матіаса Бормута. Деякі праці в цій серії були написані під впливом актуальних подій, наприклад, не без впливу сумнозвісного Ковід-19 вийшла книга «Привид пандемії. Політика і поетика холери в літературі 19-го століття» (2021) Давіни Гьоль, яка для наочної ілюстрації своєї медичної теми звернулася до літературних творів таких авторів, як Марк Твен, Гайнріх Гайне, Джордж Еліот та ін. [3].

Відомий професор та бувший директор Інституту історії медицини в Любекському університеті Дітріх фон Енгельгардт (1941–2025), який був доктором філософії та доктором медицини, випустив у цій серії чотиритомне видання «Медицина в романтиці та ідеалізмі. Здоров'я та хвороба в тілі та душі, природі та культурі» (2023). Окремі томи цього видання присвячені наступним темам: «Виклад та інтерпретація» (1 том), «Антологія історичних текстів» (2 том), «Медики епохи романтики» (3 том), «Дослідницька бібліографія» (4 том). У своєму вступі до 3-го тому автор вказував на заслуги «медиків-романтиків» й при цьому наголошував: «Їхня мета полягає в тому, щоб подолати, на їхню думку, загрозливе поглиблення розриву між чотирма культурами в Новий час: природничими науками, гуманітарними науками, мистецтвом та життям – домінуюча риса наук сучасності – й налагодити діалог та зв'язок між цими сферами» [2, S. VIII]. Таким чином, цей німецький дослідник будує своєрідний міст між минулим та сучасністю, вказуючи на давню тезу щодо тісних взаємозв'язків медицини та філософії.

Цій тематиці була присвячена також інша збірка даної серії під красномовною назвою «Медична філософія чи філософська медицина? Філософсько-етичні статті про виклики технізованої медицини» (2014) під редакцією Діани Ауренке та Орсольї Фрідріх. Як наголошують ці дослідниці у своєму вступі: «Збірник намагається розглянути окреслене поле напруги між медициною, технікою та етикою з точки зору конкретних питань і тим самим стимулювати нові продуктивні відносини між медициною та філософією. Одним з головних завдань є розширення медико-етичної перспективи за рахунок філософських теорій та авторів, які досі залишалися поза увагою, але є актуальними з точки зору гуманітарних наук» [5, S. 7].

Ця збірка складається з трьох наступних тематичних розділів: «I. Картина людини та технізована медицина», «II. Плинність часу та питання кінця життя в модерній медицині», «III. Нові медичні технології: нові відносини?». Перший розділ представлений такими

статтями: «Покращена людина як «надлюдина»? Про моральний обов'язок щодо покращення/удосконалення (Enhancement)» (Діана Ауренке), «Техногенна дематеріалізація та тіло» (Катрін Нільсен), «Розлади/порушення особистості в технічну епоху – аналіз за допомогою Мішеля Фуко» (Орсолья Фрідріх), «Регенеративна медицина – нові відносини людини та техніки» (Марлен Аш). Натомість у другому розділі представлені лише три доповіді: «Медицина та смертність» (Ральф Йокс), «Оцінка анти-вікової медицини на тлі екзистенційно-філософських міркувань» (Клаудіа Боццаро), «Щодо семантики виказувань про майбутні наміри та установки» (Берт Гайнріхс).

Нарешті в третьому розділі цієї збірки мова йде про наступні статті: «Етична оцінка медичних технологій: філософські основи та практична методологія» (Георг Маркманн), «Життєвий світ і наука у відносинах лікар-пацієнт» (Урбан Візінг), «Інформована згода. Автономія пацієнтів та технізація медицини» (Еразмус Майр), «Теле-медичні застосування. Роздуми щодо можливих імплікацій відносин лікар-пацієнт та комунікативних структур» (Ута Біттнер), «Індивідуалізація шляхом технізації? Зауваження щодо медицини, яка ґрунтується на біомаркерах» (Себастіан Шляйдген). Як видно з переліку цих назв, мова йде про активне обговорення різних актуальних питань в контексті людина-медицина, медицина-етика, медицина-філософія тощо.

Цікавою є також інша монографія цієї серії «Турбота у стосунках/відносинах. Етика турботи та поняття Іншого у Емануеля Левінаса» (2017) Франциски Краузе, яка захистила цю роботу в Інституті етики та історії медицини Фрайбурзького університету. Як вказано у підтитулі цієї роботи, мова йде про дослідження, яке, з одного боку, апелює до американської традиції «Ethics of care» (Керол Гілліган, Вірджинія Гелд та ін.), та, з іншого боку, до особливостей розуміння Емануелем Левінасом «Іншого». При цьому німецька авторка досить часто цитує та звертається до різних тез відомої книги «Етика турботи» (2006) Вірджинії Гелд, яка протиставляла свою етичну теорію як класичному етичному вченню Канта, так і неоліберальним етичним вченням, оскільки її теорія «…не наголошує на таких принципах, як свобода, автономія та універсальність, а вибирає залежність і взаємозв'язок людей в якості центральних передумов» [4, S. 3]. Хоча далі Франциска Краузе все ж уточнює, що етика турботи не оспорює принцип автономії людини, натомість розширює його за рахунок «…залежності людини від її соціального середовища» [4, S. 3].

Після викладення теоретичних аргументів своєї теми Франциска Краузе у 4-й частині (фактично у 3-й частині, бо під номером 1 вказаний Вступ) аналізує питання «Левінас та етика Іншого» у чотирьох параграфах. Далі авторка у останній частині під назвою «Турбота у відносинах на прикладі сурогатного материнства» розглядає чотири питання: «Визначення етичних аспектів сурогатного материнства», «Сурогатне материнство як питання чинних договорів», «Сурогатне материнство як питання цінностей», «Сурогатне материнство як питання відносин/стосунків». При цьому німецька дослідниця аналізує вказану проблематику в контексті трьох моделей: 1) ліберальної моделі, яка базується на свободі людини заключати договори, 2) деонтологічної моделі, котра ґрунтується на цінностях, 3) моделі етики турботи, котра поєднана з вченням Левінаса (саме на переваги цієї моделі вказує авторка).

Таким чином, як *висновок* можна констатувати, що розглянуті тут деякі публікації в межах книжкової серії «Медицина і філософія» свідчать про те, що хоча новітні дослідження з філософії медицини в Німеччині присвячені різноманітним аспектам (від історичних до біографічних та проблемних), однак для них всіх притаманним є акцент на необхідності взаємодії медицини та філософії з метою вирішення актуальних проблем початку 21-го століття.

Список використаних джерел

1. Абашнік В. О. Філософія медицини у Німеччині: традиції та сучасність. *Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині): збірник матеріалів IV Міжнародної науково-практичної конференції (23–24 лютого 2023 року)*. Запоріжжя: ЗДМУ, 2023. С. 16–17.

2. Engelhardt v. D. Medizin in Romantik und Idealismus. Band 3: Mediziner der Romantik. Gesundheit und Krankheit in Leib und Seele, Natur und Kultur. Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog, 2023. XII, 484 S.

3. Höll D. Das Gespenst der Pandemie. Politik und Poetik der Cholera in der Literatur des 19. Jahrhunderts. Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog, 2021. VIII, 376 S.

4. Krause F. Sorge in Beziehungen. Die Care-Ethik und der Begriff des Anderen bei Emmanuel Lévinas. Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog, 2017. VIII, 224 S.

5. Medizinphilosophie oder philosophische Medizin? Philosophisch-ethische Beiträge zu Herausforderungen technisierter Medizin. Herausgegeben von Diana Aurenque und Orsolya Friedrich. Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog, 2014. VI, 288 S.

6. Medizin und Philosophie / Medicine and Philosophy. URL: https://www.frommann-holzboog.de/reihen/59?lang=de

7. Wiesing U. Kunst oder Wissenschaft? Konzeptionen der Medizin in der deutschen Romantik. Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog, 1995. 365 S.

ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ ЯК КЛЮЧОВИЙ МЕХАНІЗМ ФОРМУВАННЯ ЕТИЧНОЇ, ДОСТУПНОЇ ТА СОЦІАЛЬНО ОРІЄНТОВАНОЇ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Ажажа Марина Андріївна,
доктор наук державного управління наук,
професор кафедри управління та адміністрування,
Венгер Ольга Миколаївна,
кандидат політичних наук, доцент,
доцент кафедри управління та адміністрування,
Фурсін Олександр Олександрович,
кандидат наук державного управління,
доцент кафедри управління та адміністрування
Інженерний навчально-науковий інститут ім. Ю.М.Потебні
Запорізького національного університету

Анотація. В статті розглядається проблема соціальної справедливості в системі охорони здоров'я крізь призму державного управління. Проаналізовано роль держави у забезпеченні рівного доступу населення до медичних послуг, справедливого розподілу фінансових ресурсів та захисту прав пацієнтів. Особливу увагу приділено впливу управлінських рішень на подолання соціальної нерівності у сфері охорони здоров'я, зокрема щодо вразливих груп населення. Наголошується, що ефективне, прозоре та етично орієнтоване державне управління є ключовою умовою реалізації принципу соціальної справедливості та підвищення якості медичної допомоги.

Ключові слова: соціальна справедливість, державне управління, охорона здоров'я, доступність медичної допомоги права пацієнтів, державна політика, медичні послуги.

Abstract. The article examines the issue of social justice in the healthcare system through the prism of public administration. It analyzes the role of the state in ensuring equal access to medical services for the population, fair distribution of financial resources, and protection of patients' rights. Particular attention is paid to the impact of management decisions on overcoming social inequality in healthcare, particularly with regard to vulnerable groups of the population. It is emphasized that effective, transparent, and ethically oriented public administration is a key condition for the implementation of the principle of social justice and improving the quality of medical care.

Keywords: social justice, public administration, healthcare, accessibility of medical care, patients' rights, public policy, medical services.

Державне управління розглядається як провідний механізм формування та реалізації політики у сфері медичної допомоги, спрямованої на забезпечення етичних принципів,

соціальної справедливості та доступності медичних послуг для населення. Етичний вимір системи медичної допомоги проявляється через нормативно-правове регулювання професійної діяльності медичних працівників, захист прав пацієнтів, дотримання принципів гуманізму, відповідальності та конфіденційності. Саме держава встановлює правові рамки, у межах яких реалізуються норми медичної етики та деонтології. Доступність медичної допомоги у контексті державного управління трактується як результат ефективного планування, фінансування та організації системи охорони здоров'я. Управлінські рішення державних органів безпосередньо впливають на можливість населення отримувати якісні медичні послуги незалежно від соціального статусу, рівня доходів чи місця проживання. Соціальна орієнтованість системи медичної допомоги визначається спрямованістю державної політики на задоволення суспільних потреб, підтримку вразливих груп населення та зменшення соціальної нерівності у сфері охорони здоров'я. У цьому контексті державне управління виступає гарантом реалізації конституційного права громадян на охорону здоров'я. Таким чином, тема акцентує увагу на комплексній ролі держави як суб'єкта, що забезпечує збалансований розвиток медичної системи на засадах етики, доступності та соціальної відповідальності.

Однією з головних соціально-етичних проблем є рівний доступ населення до медичної допомоги. Державне управління має відповідати за справедливий розподіл бюджетних коштів; доступність медицини для вразливих груп (діти, люди з інвалідністю, малозабезпечені); розвиток системи безоплатної та страхової медицини. Неефективне управління може призводити до етичних конфліктів: корупції, дискримінації пацієнтів, нерівності між регіонами. Актуальність дослідження зумовлена зростанням соціальної нерівності у доступі до медичних послуг, трансформацією системи охорони здоров'я та посиленням ролі держави у забезпеченні соціальних гарантій населенню. В умовах реформування медичної галузі питання соціальної справедливості набуває особливого значення, оскільки саме державне управління визначає механізми фінансування, організації та контролю надання медичної допомоги. Недостатньо ефективні управлінські рішення можуть призводити до дискримінації окремих соціальних груп, регіональних диспропорцій та зниження рівня довіри громадян до системи охорони здоров'я. У зв'язку з цим дослідження соціальної справедливості як принципу державного управління охороною здоров'я є науково та суспільно значущим. Концептуалізація теми ґрунтується на міждисциплінарному підході, що поєднує положення теорії державного управління, соціальної політики, медичної етики та права. Соціальна справедливість розглядається як базовий нормативний принцип, що визначає напрями та зміст управлінських рішень у сфері охорони здоров'я. Державне управління постає як інструмент реалізації цього принципу через формування політики, правове регулювання, фінансове забезпечення та інституційний контроль. У межах концепції охорона здоров'я трактується не лише як система медичних послуг, а як соціальний інститут, покликаний забезпечити гідний рівень життя та здоров'я населення. Соціальна справедливість у сфері охорони здоров'я - це принцип організації та функціонування медичної системи, який передбачає рівні можливості для всіх громадян у доступі до якісної, своєчасної та безпечної медичної допомоги незалежно від соціального статусу, рівня доходів, місця проживання чи інших ознак. Державне управління охороною здоров'я актуалізується як цілеспрямована діяльність органів державної влади, спрямована на формування, реалізацію та контроль політики у сфері охорони здоров'я з метою забезпечення суспільних інтересів, захисту прав громадян та підвищення ефективності медичної системи. Доступність медичної допомоги - це сукупність організаційних, економічних та правових умов, які забезпечують можливість отримання медичних послуг усіма верствами населення без дискримінації та надмірних бар'єрів. Соціальна політика у сфері охорони здоров'я представляє сукупність ідей, концепцій, парадигм у системі державних заходів, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я населення, зменшення соціальної нерівності та підтримку вразливих груп [1, с. 10-13].

У зарубіжних країнах соціальна справедливість у сфері охорони здоров'я розглядається як один із ключових принципів державної соціальної політики та публічного управління. Підходи до її реалізації відрізняються залежно від історичних, економічних і політико-правових умов, проте спільною є орієнтація на рівний доступ населення до медичних послуг. У більшості країн Європейського Союзу (Німеччина, Франція, Швеція, Нідерланди) домінує концепція солідарності та універсальності. Держава гарантує базовий пакет медичних послуг для всіх громадян через системи обов'язкового медичного страхування або податкове фінансування. Соціальна справедливість реалізується шляхом перерозподілу фінансових ресурсів, підтримки малозабезпечених верств населення та вирівнювання регіональних відмінностей у медичному забезпеченні. Система охорони здоров'я Великої Британії ґрунтується на концепції державної відповідальності за здоров'я населення. Національна служба охорони здоров'я фінансується з державного бюджету та забезпечує безоплатний доступ до медичної допомоги. Соціальна справедливість тут досягається через принцип «рівний доступ для всіх незалежно від доходу». Бісмарківська концепція (Німеччина, Австрія) базується на системі обов'язкового соціального медичного страхування. Держава виконує регуляторну та контролюючу функції, забезпечуючи баланс між інтересами застрахованих осіб, роботодавців і медичних установ. Соціальна справедливість реалізується через солідарне фінансування та гарантії для соціально вразливих груп. Ліберальна модель системи охорони здоров'я (США) тривалий час мала ринковий характер, що спричиняло значну соціальну нерівність. Запровадження державних програм для окремих категорій населення (малозабезпечені, люди похилого віку) стало спробою посилити соціальну справедливість. Досвід США демонструє важливість державного втручання для мінімізації соціальних ризиків у медичній сфері. Концепція Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) розглядає соціальну справедливість як основу сталого розвитку систем охорони здоров'я. Ключовими є принципи універсального охоплення медичними послугами, захисту прав людини та міжсекторальної державної політики. Державне управління повинно спрямовуватися на усунення соціальних детермінант здоров'я та зменшення нерівності. Зарубіжний досвід свідчить, що ефективне забезпечення соціальної справедливості в охороні здоров'я можливе лише за активної ролі держави. Незалежно від моделі, державне управління виступає ключовим механізмом формування етичної, доступної та соціально орієнтованої системи медичної допомоги. Саме через державну політику, нормативно-правове регулювання та управлінські рішення формуються умови реалізації принципів соціальної справедливості, рівного доступу до медичної допомоги та захисту прав пацієнтів і медичних працівників. Аналіз сучасних підходів зарубіжного досвіду свідчить, що ефективність системи охорони здоров'я безпосередньо залежить від спроможності держави поєднувати економічну доцільність із етичними та соціальними пріоритетами. Для України це питання набуває особливої актуальності в умовах реформування галузі, обмежених фінансових ресурсів та зростання соціальних потреб населення. Таким чином, формування соціально орієнтованої системи медичної допомоги в Україні можливе лише за умови посилення ролі державного управління, удосконалення механізмів публічного контролю та впровадження етичних стандартів у медичну практику.

Практичні рекомендації для України:

1. Забезпечити систематичне оновлення законодавства у сфері охорони здоров'я з урахуванням принципів медичної етики, деонтології та прав людини.

2. Запроваджувати механізми справедливого розподілу бюджетних коштів між регіонами, з особливим акцентом на сільські території та соціально вразливі групи населення.

3. Стимулювати створення етичних комітетів у закладах охорони здоров'я та впроваджувати стандарти етичного управління на всіх рівнях.

4. Посилити роль безперервної освіти медичних працівників у сфері медичної етики, комунікації з пацієнтами та публічного управління.

5. Розвивати первинну медичну допомогу, телемедицину та мобільні медичні сервіси для віддалених і малозабезпечених регіонів. 6. Запроваджувати механізми громадського контролю, відкриті дані та оцінювання якості медичних послуг.

Список використаних джерел

1. Воронкова В.Г., Андрюкайтене Р. Тенденції розвитку філософії медицини XXI століття у контексті зарубіжного досвіду. Збірник матеріалів III Всеукраїнської науковопрактичної конференції з міжнародною участю «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (24-25 лютого 2022 року). Запоріжжя: ЗДМУ, 2022. С.10-13.

ЦИФРОВА МЕДИЦИНА ЯК ІННОВАЦІЙНА ПАРАДИГМА СТАЛОГО РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА

Андрюкайтене Регіна Михайлівна,
доктор PhD соціальних наук (менеджмент),
лектор Литовського Університету спорту (Каунас, Литва),
Метеленко Наталя Георгіївна,
доктор економічних наук, професор, Директорка,
Інженерний навчально-науковий інститут ім. Ю. М. Потебні
Запорізького національного університету,
Воронкова Валентина Григорівна,
доктор філософських наук, професор,
завідувачка кафедри управління та адміністрування,
Інженерний навчально-науковий інститут ім. Ю.М.Потебні
Запорізького національного університету

Анотація. У роботі розглядається цифрова медицина як одна з ключових парадигм сучасного суспільного розвитку в контексті реалізації Цілей сталого розвитку. Акцентується увага на її ролі у формуванні людиноцентричної, інклюзивної та стійкої системи охорони здоров'я, здатної відповідати на глобальні соціальні, технологічні та екологічні виклики. Актуальність дослідження зумовлена зростанням глобальних ризиків для здоров'я населення, посиленням соціальної нерівності та необхідністю інтеграції цифрових технологій у систему сталого розвитку. Цифрова медицина постає важливим інструментом підвищення якості життя, доступності медичних послуг і довгострокової соціальної стійкості.

Ключові слова: цифрова медицина, сталий розвиток, людиноцентризм, інноваційні технології, соціальна стійкість

Abstract. The paper considers digital medicine as one of the key paradigms of modern social development in the context of implementing the Sustainable Development Goals. It focuses on its role in shaping a human-centered, inclusive, and sustainable healthcare system capable of responding to global social, technological, and environmental challenges. The relevance of the study is determined by the growth of global risks to public health, increasing social inequality, and the need to integrate digital technologies into the sustainable development system. Digital medicine is an important tool for improving quality of life, accessibility of medical services, and long-term social sustainability.

Keywords: digital medicine, sustainable development, human-centered approach, innovative technologies, social sustainability

Цифрова медицина в системі Цілей сталого розвитку постає як одна з ключових парадигм сучасного суспільного розвитку, що поєднує інноваційні технології, гуманістичні цінності та довгострокову відповідальність за здоров'я людини й соціуму загалом. Її актуальність зумовлена глибокими трансформаціями, які переживає світ у XXI столітті: демографічними зрушеннями, глобальними епідеміологічними загрозами, екологічними

кризами, нерівністю доступу до медичних ресурсів та стрімким розвитком цифрових технологій. У цьому контексті цифрова медицина розглядається не лише як технологічне оновлення системи охорони здоров'я, а як стратегічний інструмент реалізації Цілей сталого розвитку, спрямованих на забезпечення добробуту, соціальної справедливості та якості життя нинішніх і майбутніх поколінь. Актуальність концептуалізації цифрової медицини в системі сталого розвитку полягає в необхідності переосмислення самого поняття здоров'я як інтегральної соціальної, економічної та культурної цінності. Цифрові медичні технології - телемедицина, електронні медичні записи, штучний інтелект, big data, мобільні застосунки здоров'я - створюють нові можливості для профілактики захворювань, ранньої діагностики, персоналізованого лікування та ефективного управління системами охорони здоров'я. Водночас вони змінюють соціальну структуру медичних відносин, трансформують ролі лікаря і пацієнта, формують нову культуру відповідальності за власне здоров'я та здоров'я спільнот.

Концептуально цифрова медицина в системі Цілей сталого розвитку постає як складова цифрового гуманізму, що поєднує технологічний прогрес із принципами людиноцентризму, етики та соціальної відповідальності. Вона спрямована на зменшення соціальної нерівності в доступі до медичних послуг, особливо для вразливих груп населення, віддалених регіонів і країн з обмеженими ресурсами. Через цифрові інструменти медицина стає більш інклюзивною, мобільною та орієнтованою на довготривалу профілактику, що відповідає логіці сталого розвитку як розвитку без виснаження людського та соціального потенціалу. Важливим аспектом концептуалізації є розуміння цифрової медицини як чинника системної стійкості суспільства. Вона сприяє підвищенню готовності до кризових ситуацій, зокрема пандемій, екологічних катастроф і соціальних потрясінь, забезпечуючи безперервність медичної допомоги та ефективне управління інформаційними потоками. У цьому сенсі цифрова медицина виконує не лише лікувальну, а й соціально-прогностичну функцію, стаючи елементом стратегічного планування сталого майбутнього. Таким чином, цифрова медицина в системі Цілей сталого розвитку є багатовимірним соціально-філософським феноменом, що інтегрує технології, етику, соціальну справедливість і відповідальність перед майбутніми поколіннями. Її концептуалізація дозволяє розглядати медицину не ізольовано, а як ключову складову сталого суспільного розвитку, де здоров'я людини виступає фундаментом економічної стабільності, соціальної згуртованості та цивілізаційного прогресу. Інноваційна характеристика цифрової медицини в системі Цілей сталого розвитку полягає у її здатності виступати не просто сукупністю технологічних новацій, а цілісною соціально-філософською моделлю трансформації охорони здоров'я, орієнтованою на довготривалу стійкість суспільства.

Цифрова медицина формує новий тип медичної раціональності, заснований на інтеграції даних, алгоритмічного мислення та людиноцентричних цінностей. Використання штучного інтелекту, аналітики великих даних і цифрових платформ дозволяє здійснювати комплексний аналіз стану здоров'я населення, прогнозувати ризики та розробляти персоналізовані стратегії профілактики. Інноваційність у цьому контексті проявляється у здатності медицини діяти на випередження, зменшуючи соціальні та економічні втрати, пов'язані з хворобами, що повністю відповідає логіці сталого розвитку. Важливою інноваційною рисою є трансформація суб'єктності пацієнта. У цифровій медицині людина перестає бути пасивним об'єктом медичних втручань і стає активним учасником процесу збереження здоров'я. Через цифрові сервіси, мобільні застосунки та платформи самоконтролю формується культура відповідального ставлення до здоров'я, що сприяє підвищенню соціальної зрілості та сталості суспільства загалом. Інноваційний потенціал цифрової медицини також полягає в її інтегративній природі. Вона поєднує медицину з екологією, економікою, освітою та соціальною політикою, формуючи міжсекторальний простір сталого розвитку. Така інтеграція дозволяє розглядати здоров'я не ізольовано, а як результат взаємодії технологічних, соціальних і природних факторів, що відкриває нові горизонти для управління якістю життя.

Таким чином, інноваційна характеристика цифрової медицини в системі Цілей сталого розвитку полягає в її здатності поєднувати технологічну новизну з філософією відповідальності, довгострокового мислення та гуманістичних цінностей. Вона виступає не лише інструментом модернізації охорони здоров'я, а й концептуальним підґрунтям формування стійкого, соціально справедливого та орієнтованого на майбутнє суспільства. Цифрова медицина в системі Цілей сталого розвитку утверджується як одна з ключових парадигм сучасного суспільного розвитку, що поєднує технологічні інновації з принципами людиноцентризму, соціальної справедливості та довгострокової відповідальності. Цифрова медицина виступає важливим чинником зменшення соціальної нерівності в доступі до медичних послуг, підвищення ефективності управління системами охорони здоров'я та формування нової культури відповідального ставлення до здоров'я. У контексті сталого розвитку вона розглядається не лише як технологічний інструмент, а як соціально-філософський феномен, що забезпечує інтеграцію медичної, соціальної, економічної та екологічної політики в єдину стратегічну модель розвитку суспільства. Зарубіжний досвід демонструє ефективність інтеграції цифрових технологій у системи охорони здоров'я, сприяючи підвищенню доступності медичних послуг, персоналізації лікування та зміцненню соціальної стійкості суспільства. У країнах ЄС та Північної Америки цифрова медицина активно використовується для моніторингу громадського здоров'я та прогнозування епідемій, що підвищує ефективність систем охорони здоров'я. Досвід Японії та Південної Кореї свідчить про успішну інтеграцію телемедицини та штучного інтелекту у профілактику та лікування хронічних захворювань. Зарубіжні практики цифровізації медичних послуг демонструють, що технології сприяють зменшенню соціальної нерівності у доступі до високоякісної медицини. Впровадження цифрових платформ у США та Німеччині показує, що об'єднання даних пацієнтів і аналітики великих даних дозволяє оптимізувати ресурси та підвищувати стійкість медичних систем.

Практичні рекомендації для країн Європейського Союзу:

1. Інтегрувати стратегії цифрової медицини в національні та наднаціональні програми реалізації Цілей сталого розвитку з урахуванням соціальної та регіональної специфіки.

2. Забезпечити рівний і безпечний доступ населення до цифрових медичних сервісів, особливо для вразливих соціальних груп та віддалених територій.

3. Розвивати єдині європейські стандарти цифрових медичних даних, орієнтовані на захист прав людини, етичну відповідальність і прозорість алгоритмічних рішень.

4. Сприяти міждисциплінарній взаємодії медицини, цифрових технологій, екології та соціальної політики для формування цілісної моделі сталого розвитку.

5. Інвестувати в цифрову грамотність медичних працівників і громадян як ключову умову ефективного впровадження цифрової медицини.

6. Підтримувати розвиток превентивних і персоналізованих цифрових медичних рішень, спрямованих на зниження навантаження на системи охорони здоров'я.

7. Забезпечити філософське й етичне супроводження цифрової трансформації медицини з метою збереження людиноцентричного характеру європейської моделі розвитку.

Міжнародний досвід підтверджує, що цифрова медицина стає ключовим чинником реалізації Цілей сталого розвитку та формування людиноцентричних моделей охорони здоров'я.

Список використаних джерел

1. Андрюкайтене Р., Метеленко Н.Г., Воронкова В.Г. Основні тенденції трансформації цифрової медицини під впливом технологій штучного інтелекту. Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини: зб. матеріалів VI Міжнародної науково-практичної конференції (20-21 лютого 2025 року). Запоріжжя: ЗДМФУ, 2025. С. 15-17. https://mphu.edu.ua/p_102.html

2. Воронкова В.Г., Нікітенко В.О. Вплив штучного інтелекту на розвиток цифрової медицини: міжнародний досвід. Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини: зб. матеріалів VI Міжнародної науково-практичної конференції (20-21 лютого 2025 року). Запоріжжя: ЗДМФУ, 2025. С.17-20 https://mphu.edu.ua/p_102.html

ФІЛОСОФСЬКІ ТА ЕТИЧНІ ВИМІРИ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В МЕДИЦИНІ: КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЯ ТА СУЧАСНІ ВИКЛИКИ

Воронкова Валентина Григорівна,
доктор філософських наук, професор,
завідувачка кафедри управління та адміністрування;
Нікітенко Віталіна Олександрівна,
доктор філософських наук, професор
кафедри управління та адміністрування,
Інженерний навчально-науковий інститут ім. Ю.М.Потебні
Запорізького національного університету

Анотація. У статті розглядається застосування штучного інтелекту (ШІ) у контексті філософії медицини та його етичні аспекти. Наголошується на актуальності теми у зв'язку з цифровізацією медичних досліджень, розвитком персоналізованої медицини та зростанням обсягів медичних даних, що потребують автоматизованого аналізу. Аналізуються ключові концептуальні підходи до розуміння ШІ як інструмента, здатного трансформувати процеси діагностики, прогнозування та лікування, а також його вплив на етичні стандарти медичної практики. У статті підкреслюється необхідність інтеграції технологічного, соціального та етичного вимірів у концептуалізацію ШІ в медицині.

Ключові слова: штучний інтелект, філософія медицини, етика ШІ, цифрова медицина, етичні стандарти

Abstract The article discusses the application of artificial intelligence (AI) in the context of the philosophy of medicine and its ethical aspects. The relevance of the topic is emphasized in connection with the digitization of medical research, the development of personalized medicine, and the growth of medical data volumes that require automated analysis. It analyzes key conceptual approaches to understanding AI as a tool capable of transforming the processes of diagnosis, prognosis, and treatment, as well as its impact on the ethical standards of medical practice. The article emphasizes the need to integrate technological, social, and ethical dimensions into the conceptualization of AI in medicine.

Keywords: artificial intelligence, philosophy of medicine, AI ethics, digital medicine, ethical standards

Штучний інтелект (ШІ) у контексті філософії медицини медичних сьогодні набуває дедалі більшої актуальності, оскільки він відкриває нові горизонти для розуміння природи людського організму, закономірностей розвитку захворювань та ефективності терапевтичних втручань. Актуальність теми випливає з кількох причин: 1) ШІ дедалі ширше використовується у філософії медицини і практиці, включно з автоматизованою діагностикою, аналізом медичних зображень та прогнозуванням захворювань. 2) Суперечки про довіру до рішень ШІ, його точність і можливі ризики для пацієнтів зросли, оскільки навіть експерти можуть помилково довіряти результатам моделей ШІ, які не завжди ґрунтуються на надійних даних. Філософія медицини досліджує природу, мету та цінності медичної практики, ставить питання про те, що є правильним, справедливим та гуманним у лікуванні і дослідженнях. ШІ тут розглядається не просто як технологія, а як фактор, що трансформує розуміння медицини: як ми визначаємо здоров'я, хворобу, роль лікаря та пацієнта.

ШІ стає невід'ємною частиною сучасної медицини, особливо в умовах цифровізації та глобалізації. Тому важливо розуміти його потенціал і водночас етичні виклики, бо від цього залежить безпека, справедливість і ефективність медичної допомоги. У зарубіжних дослідженнях підкреслюється, що при використанні ШІ в охороні здоров'я важливо враховувати: справедливість і недискримінацію; приватність та конфіденційність даних; прозорість рішень алгоритмів; відповідальність за результати. Так, у роботі Bin Emdad, Ho, Ravuri та Hussain пропонується етичний фреймворк, який враховує принципи справедливості, приватності, прозорості та унеможливлення упереджень у дизайні медичного ШІ. Інший важливий напрям сучасних досліджень - розробка пояснюваних моделей ШІ (XAI), які

дозволяють не лише робити прогнози, а й пояснювати, чому певне рішення прийняте. Це посилює довіру клініцистів і пацієнтів і робить рішення більш етичним. Такий підхід систематично аналізується у роботі Nicoletta Prentzas та співавторів. Останні дослідження також звертають увагу на специфічні виклики великих мовних моделей (LLMs), таких як GPT подібні системи, зокрема щодо точності, упередженості, приватності та ризику шкідливої дезінформації. У огляді Haltaufderheide і Ranisch висвітлено ці етичні питання і підкреслено необхідність наглядових стандартів і етичних норм при використанні LLM у медичному контексті.

Концептуалізація означає визначення і систематизацію ідей про ШІ у медицині, тобто формування чіткої картини: що таке ШІ, як він працює, яку роль відіграє у трансформації медицини та які етичні принципи необхідно враховувати при його застосуванні. Вона допомагає науковцям і практикам зрозуміти, як поєднати технології з гуманістичними цінностями, щоб розвиток медицини був не лише ефективним, а й етичним. У контексті сучасної цифрової революції медична сфера опинилася на перетині високих технологій і етичних дилем, де потенціал алгоритмів машинного навчання та глибинних нейронних мереж поєднується з необхідністю дотримання фундаментальних гуманістичних принципів. Актуальність цього питання визначається не лише швидкістю розвитку технологій, але й глобальною потребою в оптимізації медичних ресурсів, підвищенні точності діагностичних процедур і створенні персоналізованих стратегій лікування. ШІ здатен обробляти величезні обсяги даних - від геномних і протеомних досліджень до медичних зображень і клінічних записів - та виявляти закономірності, які залишаються недоступними для традиційного аналізу, тим самим відкриваючи перспективи нового рівня медичних досліджень [1, с. 10-13].

Концептуалізація ШІ в медицині потребує інтеграції технологічного, соціального та етичного вимірів, оскільки використання алгоритмів, що навчаються на історичних даних, потенційно може створювати упередження, що впливають на якість наданої допомоги. Визначення ШІ має охоплювати не лише його технічні функції, а й здатність змінювати парадигму досліджень та практичної медицини, формуючи нову взаємодію між людиною, технологією і суспільством. У цьому сенсі штучний інтелект постає як інструмент, здатний не лише збирати та аналізувати дані, а й пропонувати рекомендації для клінічних рішень, що вимагають одночасно високої точності та етичної чутливості.

Етичні аспекти застосування ШІ у філософії медицини мають багатовимірний характер і включають захист конфіденційності та безпеки пацієнтських даних, прозорість алгоритмічних рішень, відповідальність за помилки та ризики, а також забезпечення справедливого доступу до медичних послуг. У глобалізованому світі ці питання набувають особливої гостроти, оскільки медичні дані стають ресурсом, що перетинає національні та соціальні кордони, а алгоритми можуть відтворювати системні нерівності, якщо їх не коригувати з урахуванням соціокультурного контексту. Справедливість, прозорість та доступність формують ядро етичної концепції медичного ШІ, а відповідальність за прийняття рішень залишається центральним питанням, що потребує законодавчого, соціального та професійного врегулювання.

Таким чином, штучний інтелект у філософії медицини можна визначити як **комплекс технологій і алгоритмів, які забезпечують автоматизовану обробку, аналіз і інтерпретацію медичних даних з метою підвищення ефективності діагностики, прогнозування захворювань, розробки терапевтичних стратегій та персоналізованого лікування, одночасно дотримуючись етичних стандартів захисту даних, прозорості рішень та справедливого доступу до медичних послуг**. У цьому визначенні поєднуються науково-технічний потенціал і філософська рефлексія, що підкреслює роль ШІ не лише як інструмента, а як чинника трансформації медичної науки, практики і етики. Інтеграція ШІ в медичні дослідження відкриває нові перспективи для розвитку науки і медицини, одночасно змушуючи суспільство переглядати традиційні уявлення про відповідальність, автономію і справедливість у сфері охорони здоров’я, що є важливим для формування сталого, гуманістично орієнтованого цифрового суспільства. Це технології та алгоритми здатні

навчатися на даних, робити прогнози, аналізувати великі масиви інформації та допомагати у прийнятті рішень. У медицині ШІ застосовується для діагностики, прогнозування захворювань, розробки ліків, персоналізації лікування та оптимізації роботи медичних закладів. Це означає, що досліджується не лише практична користь технологій, але й питання ціннісних основ, способу мислення, відповідальності та етичних принципів, що виникають у процесі впровадження ШІ в медичну практику та дослідження. ШІ у медицині охоплює такі сфери, як діагностика, прогнозування, розробка ліків, персоналізоване лікування, підтримка прийняття рішень. Водночас з цим виникають філософські питання про природу знання, автономію клінічних рішень та визначення «людського» у прийнятті рішень. Інтеграція ШІ у філософію медицини не лише технологічно трансформує галузь, а й створює нові філософські виміри: питання про природу медичного знання, роль людського фактору, вплив на автономію пацієнта та справедливість доступу до медичних послуг. Концептуалізація ШІ вимагає комплексного підходу, що включає технічні, етичні, соціальні та гуманітарні аспекти, а також критичне осмислення того, як нові технології впливають на фундаментальні цінності медицини. Штучний інтелект змінює традиційну модель медичних досліджень і практики, забезпечуючи швидший та точніший аналіз даних, прогнозування захворювань та підтримку клінічних рішень. Його інтеграція підкреслює необхідність переосмислення ролі лікаря та пацієнта у процесі лікування, зокрема у філософському контексті автономії, відповідальності та довіри. Використання ШІ в медицині піднімає питання конфіденційності даних, прозорості алгоритмів, відповідальності за помилки та справедливості доступу до медичних послуг. Для довіри пацієнтів та лікарів важливо застосовувати Explainable AI (XAI), який дозволяє не лише робити прогнози, а й пояснювати їх логіку. Це знижує ризик надмірної залежності від алгоритмів та сприяє етичності прийняття рішень. Науковий підхід до концептуалізації ШІ включає поєднання технологічного, етичного та соціального вимірів, що дозволяє інтегрувати його у практику без шкоди гуманістичним цінностям. Використання ШІ дозволяє оптимізувати роботу лікарень, прискорити обробку медичних даних та покращити якість діагностики. Розробка етичних стандартів і процедур для впровадження ШІ забезпечує безпечне і справедливе застосування технологій. Впровадження етичних стандартів ШІ у медицину формує культуру цифрової відповідальності та справедливості, запобігає дискримінації та нерівності у доступі до медичних послуг [2, с. 39-41].

Список використаних джерел

1. Воронкова В.Г., Андрюкайтене Р. Тенденції розвитку філософії медицини XXI століття у контексті зарубіжного досвіду. Збірник матеріалів III Всеукраїнської науковопрактичної конференції з міжнародною участю «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (24-25 лютого 2022 року). Запоріжжя: ЗДМУ, 2022. С.10-13.

2. Череп А.В., Воронкова В.Г., Череп О.Г. Інтеграція штучного інтелекту в цифрову медицину: інноваційні рішення сучасних викликів у сфері охорони здоров’я. Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини: зб. матеріалів VI Міжнародної науково-практичної конференції (20-21 лютого 2025 року). Запоріжжя: ЗДМФУ, 2025. 226 с. С. 39-41. https://mphu.edu.ua/p_102.html

ЦИФРОВА МЕДИЦИНА ТА МЕДИЧНИЙ ТУРИЗМ У СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНИХ І ДЕОНТОЛОГІЧНИХ ВИКЛИКІВ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ

Гарбар Галина Анатоліївна,
доктор філософських наук, професор
кафедри готельно-ресторанної справи та організації бізнесу,
Миколаївський національний аграрний університет

Анотація. Здійснено філософсько-соціальний аналіз цифрової медицини та медичного туризму в контексті соціально-етичних і деонтологічних проблем сучасної системи охорони здоров'я. Обґрунтовано, що активне впровадження цифрових технологій, телемедицини, штучного інтелекту та платформених рішень у медичну практику суттєво трансформує традиційні уявлення про лікарську відповідальність, професійну етику, конфіденційність, автономію пацієнта та гуманістичні засади медицини. Зроблено висновок, що інтеграція етичних і деонтологічних підходів є необхідною умовою сталого розвитку сучасної медицини в умовах глобальних цифрових трансформацій.

Ключові слова: цифрова медицина, медичний туризм, соціальна етика, цифрові технології в медицині, штучний інтелект.

Abstract. A philosophical and social analysis of digital medicine and medical tourism has been carried out in the context of the socio-ethical and deontological problems of the modern healthcare system. It is argued that the active introduction of digital technologies, telemedicine, artificial intelligence, and platform solutions into medical practice significantly transforms traditional ideas about medical responsibility, professional ethics, confidentiality, patient autonomy, and the humanistic principles of medicine. It is concluded that the integration of ethical and deontological approaches is a necessary condition for the sustainable development of modern medicine in the context of global digital transformations.

Keywords: digital medicine, medical tourism, social ethics, digital technologies in medicine, artificial intelligence.

Сучасна медицина переживає епоху фундаментальних змін, обумовлених інтеграцією цифрових технологій та розвитком штучного інтелекту. Цифрова медицина стає не просто інструментом обробки даних, а своєрідною парадигмою, що трансформує традиційні уявлення про догляд, діагностику, терапію та взаємодію між пацієнтом і лікарем. Актуальність теми посилюється тим, що глобалізація медичного туризму вимагає врахування різних культурних, соціальних та правових норм, що впливають на етичність медичних рішень. Цифрові технології дозволяють створювати універсальні платформи, які стандартизують процеси діагностики та лікування, забезпечують віддалений контроль за станом пацієнтів і сприяють розвитку прозорої системи оцінки якості медичних послуг. Водночас з цим постає питання відповідальності за прийняття рішень, де алгоритми ШІ можуть пропонувати оптимальні терапевтичні рішення, а кінцева відповідальність залишається за лікарем. Ця дилема відображає центральну соціально-етичну проблему сучасної медицини: як поєднати технологічний прогрес із дотриманням гуманістичних принципів та деонтологічних норм. Актуальність дослідження цифрової медицини обумовлена не лише технологічними досягненнями, а й соціально-етичними викликами, які постають перед сучасним суспільством у контексті медичного туризму = явища, що дедалі активніше розвивається у глобальному вимірі. Пацієнти, які подорожують для отримання медичних послуг за межами свого регіону або країни, стають активними учасниками цифрового медичного середовища, де на перший план виходять питання безпеки, конфіденційності, доступності та справедливості медичної допомоги. Концептуалізація цифрової медицини у контексті медичного туризму передбачає системне розуміння цього явища як інтеграції трьох ключових вимірів: технологічного, етичного та соціального. Технологічний вимір охоплює впровадження телемедицини, електронних медичних карток, алгоритмів штучного інтелекту для аналізу клінічних даних та персоналізованого прогнозування захворювань. Етичний вимір передбачає дотримання принципів конфіденційності, прозорості прийняття рішень, справедливого доступу до

медичних послуг та мінімізації ризиків, пов'язаних з дистанційним наданням медичної допомоги. Соціальний вимір визначає вплив цифрової медицини та медичного туризму на формування нових стандартів взаємодії між пацієнтами, лікарями та державними структурами охорони здоров'я, а також на розвиток глобальної культури безпечного та відповідального туризму. **Цифрова медицина та медичний туризм - це комплекс технологій, методів та організаційних підходів, які забезпечують автоматизовану обробку, аналіз та інтерпретацію медичних даних з метою надання ефективних, безпечних та персоналізованих медичних послуг, одночасно дотримуючись соціально-етичних та деонтологічних принципів, що гарантують конфіденційність, справедливість та прозорість медичної практики у глобальному цифровому середовищі.**

Таким чином, цифрова медицина та медичний туризм постають не лише як технологічна інновація, а як філософсько-етична категорія сучасної медицини. Їхнє поєднання демонструє, що розвиток цифрових технологій у медичній сфері неможливо розглядати ізольовано від соціальних, етичних і деонтологічних вимірів, оскільки саме через них реалізується баланс між технологічним прогресом та гуманістичною відповідальністю перед пацієнтом і суспільством. Практичне значення цифрової медицини у сфері медичного туризму проявляється у забезпеченні безпечного і ефективного доступу до медичних послуг, зниженні ризиків медичних помилок, оптимізації ресурсів лікарень та створенні умов для сталого розвитку систем охорони здоров'я. Телемедичні платформи дозволяють пацієнтам отримувати консультації та попередню діагностику без потреби у фізичній присутності, що значно знижує витрати часу, фінансове навантаження та екологічний слід подорожей. У поєднанні з етичними стандартами це формує нову парадигму медичного туризму, де цифрові технології виступають інструментом реалізації принципів справедливості, безпеки та доступності. Медичний туризм у XXI столітті зазнає суттєвих змін, формуючи нову парадигму свого розвитку. Якщо раніше він зосереджувався переважно на поїздках за кордон з метою дешевшого або швидшого лікування, то сьогодні акцент зміщується на комплексний підхід до здоров'я, профілактику та якість життя. Нова парадигма медичного туризму ґрунтується на пацієнтоорієнтованості. Людина розглядається не лише як пацієнт, а як активний учасник процесу оздоровлення. Важливу роль відіграє персоналізація медичних послуг - програми лікування й реабілітації підбираються з урахуванням індивідуальних потреб, способу життя та психологічного стану. Ще однією ключовою рисою є інтеграція медицини з туризмом та wellness-напрямами. Сучасний медичний туризм поєднує лікування, реабілітацію, відпочинок, правильне харчування та ментальне відновлення. Курорти, санаторії та клініки стають просторами комплексного оздоровлення.

Важливе значення має цифровізація. Телемедицина, електронні медичні записи та онлайн-консультації дозволяють супроводжувати пацієнта до, під час і після поїздки, що підвищує безпеку та ефективність лікування. Нова парадигма також передбачає етичність і сталість, так як зростає увага до міжнародних стандартів якості, безпеки медичних послуг та відповідального ставлення до місцевих громад і ресурсів. Отже, нова парадигма медичного туризму - це перехід від вузького лікувального підходу до цілісної системи збереження та покращення здоров'я людини в умовах глобалізованого світу. Нова парадигма медичного туризму формується як відповідь на глобальні зміни у сфері охорони здоров'я, мобільності населення та зростання уваги до якості життя. Вона означає перехід від традиційного розуміння медичного туризму як поїздки за кордон виключно з метою лікування до комплексної системи, що поєднує медичні послуги, профілактику, реабілітацію та оздоровлення. У центрі цієї парадигми знаходиться людина з її індивідуальними потребами, фізичним і психологічним станом.

Характерною рисою нової парадигми є пацієнтоорієнтований та персоналізований підхід. Медичні програми формуються з урахуванням стану здоров'я, віку, способу життя та очікувань пацієнта. Важливим стає не лише результат лікування, а й комфорт, безпека, безперервний медичний супровід до, під час і після подорожі. Активно використовуються цифрові технології, зокрема телемедицина та електронні медичні дані, що підвищує якість

послуг і довіру пацієнтів. Нова парадигма медичного туризму також характеризується інтеграцією медицини з оздоровчими та туристичними напрямами. Лікування поєднується з реабілітацією, wellness-програмами, відпочинком, здоровим харчуванням і відновленням психоемоційного стану. Особливе значення надається профілактиці захворювань і підтримці довготривалого здоров'я, а не лише усуненню симптомів. Основними напрямами розвитку в межах цієї парадигми є лікувальний, реабілітаційний, оздоровчий і профілактичний медичний туризм, а також цифровий та сталий медичний туризм. Усі вони спрямовані на забезпечення високих стандартів якості, етичності та відповідального ставлення до довкілля й місцевих громад.

Таким чином, нова парадигма медичного туризму постає як цілісна модель збереження та покращення здоров'я людини в умовах сучасного глобалізованого світу. Нова парадигма медичного туризму відкриває для України значні можливості соціально-економічного розвитку та інтеграції у світовий ринок медичних послуг. Поєднання висококваліфікованих медичних кадрів, природних лікувальних ресурсів, курортного потенціалу та відносно доступної вартості послуг створює передумови для формування конкурентоспроможного медичного туризму. Орієнтація на пацієнтоорієнтований, комплексний і профілактичний підхід дозволяє не лише залучати іноземних пацієнтів, а й підвищувати якість медичних послуг для громадян України. Насамперед доцільно розробити та впровадити державну стратегію розвитку медичного туризму, яка б поєднувала медичну, туристичну та інноваційну політику. Важливим кроком є підвищення міжнародних стандартів якості й безпеки медичних послуг, зокрема через сертифікацію клінік та розвиток системи контролю якості. Перспективним напрямом є розвиток реабілітаційного та оздоровчого медичного туризму з використанням природних ресурсів України - мінеральних вод, кліматичних і рекреаційних зон. Особливу увагу слід приділити цифровізації: розвитку телемедицини, онлайн-консультацій та електронного супроводу пацієнтів до і після лікування. Доцільним є також активне міжнародне просування українських медичних послуг, формування позитивного іміджу країни як безпечного та надійного напряму медичного туризму [1, с. 189-190].

Список використаних джерел

1. Андрюкайтене Регіна, Воронкова Валентина, Нікітенко Віталіна, & Олексенко Роман. Цифрові технології медицини у Китаї. Лютий 2023 рік. Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині): зб. Матеріалів IV Міжнародної науково-практичної конференції (23-24 лютого 2023 року). Запоріжжя: ЗДМУ, 2023. С.189-190.

МЕДИЦИНА ПІД ЧАС ВІЙНИ ЯК ФОРМА ОПОРУ: БІОПОЛІТИКА *VS* ТУРБОТА

Гомілко Ольга Євгенівна, доктор філос. наук, проф.,
провідна наукова співробітниця
відділу філософії культури, етики та естетики,
Інститут філософії ім. Г. Сковороди,
Національна академія наук України

Анотація. Стаття присвячена філософському аналізу трансформації медицини в умовах війни крізь призму напруги між біополітикою та етикою турботи. Обґрунтовується теза, що у воєнному контексті медицина перестає бути нейтральною практикою зцілення і перетворюється на поле боротьби за реальність тіла, де біологічна шкода, психічна травма та інформаційне насильство утворюють єдиний континуум ураження. У центрі уваги - концепт живого тіла (Leib) як альтернатива редукції тілесності до фізичного тіла (Körper), що домінує у логіці воєнної доцільності та біополітичного управління. На основі феноменологічної та аналітичної критики картезіанського дуалізму (М. Шелер, Е. Гусерль, М. Мерло-Понті, Г. Райл, Л. Вітґенштайн) показано, що тілесність є не об'єктом, а умовою досвіду, сприйняття

і сенсу. Аналізуються біополітичні виміри медицини під час війни, зокрема в контексті мобілізаційних інституцій, медичного сортування та когнітивної війни. Робиться висновок, що тілесна травма в умовах війни набуває резистентного потенціалу й може розглядатися як форма опору редукції життя до ресурсу. Стаття обґрунтовує необхідність переосмислення філософії медицини як простору напруги між біополітичною раціональністю та етикою турботи.

Ключові слова: біополітика, війна, живе тіло (Leib), когнітивна війна, насильство, турбота, травма, фізичне тіло (Körper), філософія медицини.

MEDICINE IN TIMES OF WAR AS A FORM OF RESISTANCE: BIOPOLITICS VS CARE

Olga Yevheniivna Gomilko, Doctor of Philosophical Sciences, Professor, Leading Research Fellow, Department of Philosophy of Culture, Ethics and Aesthetics, Hryhorii Skovoroda Institute of Philosophy, National Academy of Sciences of Ukraine

Abstract. This article offers a philosophical analysis of the transformation of medicine in times of war through the lens of the tension between biopolitics and the ethics of care. It argues that, in a wartime context, medicine ceases to function as a neutral practice of healing and becomes a contested field in which the reality of the body is at stake, where biological injury, psychological trauma, and informational violence form a single continuum of harm. Central to the analysis is the concept of the living body (*Leib*) as an alternative to the reduction of corporeality to the physical body (*Körper*), a reduction that dominates the logic of military logistics and biopolitical governance. Drawing on phenomenological and analytic critiques of Cartesian dualism (M. Scheler, E. Husserl, M. Merleau-Ponty, G. Ryle, L. Wittgenstein), the article demonstrates that corporeality is not an object but a condition of experience, perception, and meaning. The biopolitical dimensions of medicine in wartime are examined, particularly in relation to mobilization institutions, medical triage, and cognitive warfare. The article concludes that bodily trauma in wartime acquires a resistant potential and can be understood as a form of opposition to the reduction of life to a resource. It argues for the necessity of rethinking the philosophy of medicine as a space of tension between biopolitical rationality and the ethics of care.

Keywords: war, biopolitics, care, cognitive warfare, living body (*Leib*), physical body (*Körper*), philosophy of medicine, trauma, violence.

У війні медицина перестає бути нейтральною практикою зцілення. Вона перетворюється на поле боротьби за реальність тіла, де біологічна шкода, психічна травма та інформаційне насильство утворюють єдиний континуум ураження.

Реальність тіла як *Leib*: основні підходи. Важливим питанням філософії медицини стає з'ясування того, що складає *реальність тіла.* Йдеться про ключове розрізнення у сучасній теорії тіла між тілом живим, що відчуває, та тілом фізичним як річчю. Дане розрізнення є теоретичним наслідком подолання декартового дуалізму *res cogitans* та *res extensa,* де людське тіло зводиться до організму як механізму. Антикартезіанська спрямованість філософії наприкінці XX століття активно заявляє про себе в аналітичній і феноменологічній традиціях та закладає підмурок сучасної філософії тіла. Так, запропонований М. Шелером [див. Scheller, 1970] концепт «живого тіла» (*Leib*) підхоплюється Е. Гусерлем [див. Гуссерль, 2021], який протиставляє його поняттю «фізичного тіла» (*Körper*). Варто зауважити, що здійснене Е. Гусерлем розрізнення живого та фізичного тіла відбувається в теоретичних межах феноменології свідомості. Саме тому можна говорити про своєрідне отілеснення останньої: феноменологічне дослідження свідомості в межах декартового дуалізму *res cogitans* та *res extensa* стає проблематичним.

Вагомим здобутком в обґрунтуванні живого тіла як фундаментального чинника людського буття є феноменологія сприйняття [див. Мерло-Понті, 2001] та онтологія плоті [див. Мерло-Понті, 2003] М. Мерло-Понті. Згідно думки останнього, людське тіло варто

розглядати як суб'єкт сприйняття. Воно постає як первинна інтенціональність, а не як об'єкт**.** Відповідно про тіло варто говорити як *спосіб бути у світі.* Адже М. Мерло-Понті доводить, що сприйняття людиною світу відбувається не «в голові», не «внутрішньо», а є *тілесно вкоріненим* у взаємодії із світом. Тому суб'єкт не передує тілу — він конституюється тілесно. Антикартезіанський ефект феноменології М. Мерло-Понті полягає у руйнуванні опозиції *res cogitans / res extensa* та твердженні про те, що свідомість *втілює стиль доступу до світу*, а не являє собою внутрішній світ. А тому, принциповим моментом визначення реальності тіла стає аргументація проти Декартової редукції тіла до механізму. То ж не дивно, що дослідницька увага М. Мерло-Понті фокусується на живому досвіді, а не метафізичних субстанціях. Це уможливлює актуальність феноменології тіла для аналітичної філософії. Завдяки обґрунтуванню концепту живого тіла відбувається перехід від питання «Що є тіло?» до питання «Як тіло відкриває світ?».

Слід зауважити, що до руйнування картезіанської моделі людського тіла докладає значних зусиль аналітична філософська традиція. Передусім йдеться про концептуалізацію тілесності у Г. Райла [див. Ryle, 2009] та Л. Вітґенштайна [див. Вітґенштайн, 2025]. Так, Г. Райл говорить про картезіанський дуалізм як категоріальну помилку, яку він називає «привидом в машині» (*the ghost in the machine*), де розум людини – це привид, а людське тіло – машина. За допомоги образу «привид в машині» британський філософ критикує декартову ідею про те, що розум – це якась духовна субстанція, що живе всередині механічного тіла. Згідно його думки, категоріальна помилка декартового розділення розуму та тіла полягає у логічній хибі. Відома аргументація Г. Райла, яка порівнює категоріальну помилку дуалістичного протиставлення розуму та тіла з іноземцем, який оглядає будівлі університету, бібліотеку та лабораторії, а потім запитує: «А де ж сам університет?». Так само люди шукають розум як щось окреме від дій і поведінки людини. Для Г. Райла як представника логічного біхевіоризму, розум — це не місце, де відбуваються приховані процеси, а спосіб, у який людина діє або схильна діяти за певних обставин. Тому шукати розум Г. Райл радить у практиках, навичках, поведінці. Замість «внутрішнього Я» у пошуках розуму філософську оптику має бути спрямовано на публічні, тілесні форми життя. Відповідно, свідомість не локалізується у мозку як у контейнері, а є спорідненою тілесно із світом сутністю.

Аналітичну деконструкцію дуалізму розуму та тіла також спостерігаємо у тлумаченні тіла Л. Вітґенштайном як *граматики смислу*. Згідно його розуміння, сенс психічних понять задається мовними і тілесними практиками, а не внутрішніми станами. А тому, біль не є приватним феноменом — він публічно впізнаваний. На розумінні тіла як граматики сенсів ґрунтується відмова Л. Вітґенштайна від ідеї приватної мови. Адже розуміння психіки для нього означає оволодіння формами життя. Відповідно, не існує внутрішнього «театру свідомості», який самостійно продукує й диктує граматичні значення. Натомість умовою смислів постає тіло, залучене до різних форм життя, а не лише носій сигналів. Таким чином відбувається переорієнтація філософської рефлексії з метафізики суб'єкта на практики тілесної експресії, що уможливлює соціально-тілесне розуміння свідомості.

Огляд основних шляхів подолання теоретичної дихотомії розуму та тіла має врахувати ранні підходи до утілень (*embodied-approaches*), які складають сукупність філософських і міждисциплінарних напрямів переважно 1940-1970-тих років. До появи когнітивної науки, зокрема, когнітивної філософії, вони формують уявлення про розум як втілений, ситуативний і практичний. Завдяки здобуткам цих підходів відбувається перехід в осмисленні людської тілесності від заперечення картезіанського дуалізму розуму та тіла до позитивної теорії тіла, де концепт живого тіла є засадничим.

Серед сучасних тлумачень тілесності варто згадати неофеноменологічну теорію живого тіла як переживання/втілення [див. Griffero, 2023]. На відміну від класичної феноменології, яка зосереджена на феноменах свідомості, неофеноменологія розвиває уявлення про те, як наше тілесне «бути-в-світі» (*being-in-the-world*) формується через тілесне відчуття, емпатію,

атмосферу, перцепцію і самосприйняття. Тіло як осередок досвіду виражає зміст основної тези даного підходу про те, що ми не «маємо» тіло — ми *є* тілом. Утіленість (embodiment) тлумачиться як тілесна присутність, бо тіло це не інструмент свідомості, а *передумова* будь-якого досвіду.

Цікавим та евристичним концептом неофеноменології є концепт «атмосфери». Феноменологія атмосфери досліджує почуття, які формуються в *міжпросторі* між тілом і оточенням. Відповідно, атмосфери постають як середовище переживання, а не як об'єкти чи суто суб'єктивні стани. По суті, це стани *між* тілом та факторами на нього впливу. До прикладу, атмосферами можна вважати музику, архітектуру, людський натовп, які спроможні створювати афективний простір. Відомо, що пропаганда апелює до різного роду натовпів, мобілізуючи афекти страху й люті. Тоді людина *поринає* в атмосферу, яка визначає спосіб її мислення і руху. Тіло *вбирає* атмосферу - перцептивно, емоційно, етично, естетично, визначаючи «внутрішні» сенси свідомості.

У зв'язку із атмосферами Ф. Гріфферо говорить про *патичний досвід* як досвід до рефлексії, до мислення. Відповідно, він допускає патичну комунікацію, яка означає спілкування на рівні жестів, тонів голосу, темпу рухів, взаємного «налаштування», тобто у регістрі тілесності. Можна говорити про *невидимо-патичне тіло*, яке не представлено у певному вигляді, а передається у відчутті. Таким чином неофеноменологія як напрям дослідження тілесності поєднує феноменологію з афективністю, соматичним досвідом, експресивністю, тілесною резонансністю, що сприяє обґрунтуванню тлумачення розуму як утіленого (вкоріненого у тілесності), енактивного (конституйованого дією) та розширеного (ґрунтованого світом).

Неофеноменологічне обґрунтування концепту живого тіла, завдяки якому визначається горизонт реальності тіла, уможливлює зміну парадигми філософії медицини. Так, класична парадигма медицини розглядає тіло як машину, яка функціонує у розриві із досвідом. Без розв'язання або переосмислення дуалізму духу й тіла тілесність залишається ***редукованою***, досвід — ***розщепленим***, а суб'єкт - ***внутрішньо поділеним.***

Тіло як об'єкт біополітичного насильства. Парадоксально, але війна наочно виявляє картезіанський дуалізм, оголюючи його протиприродну сутність. Редукція тіла до фізичного об'єкта уможливлює воєнне вбивство людини. У ситуації війни тіло радикально виявляє власну вразливість, обмеженість і конечність. Під дією ворожої агресії тілесність фрагментується, напружується й у такий спосіб перетворюється на поле війни. Радикалізація тілесної вразливості в умовах війни послаблює героїчну парадигму тілесності. Натомість на передній план виходить *екзистенційне тіло* - тіло, що виживає, пам'ятає й болить. То ж війна актуалізує феноменологічну традицію, в якій тіло мислиться як *Leib*, а не *Körper*. Отже, з одного боку, війна редукує тілесність до об'єкту, а з іншого - употужнює її «живу» сутність як *Leib*.

Радикалізація тілесної вразливості в умовах війни актуалізує інші філософські підходи до осмислення тілесності. Зокрема, уявлення про тіло як об'єкт владного насильства становить одну з засадничих тез теорії біополітики. Найвідомішим її представником є французький філософ М. Фуко [див. Foucault, 1990], який розглядає біополітику як форму керування життям - тілами, здоров'ям, народжуваністю та смертю. У цьому сенсі біополітика постає насамперед як антропологічний режим влади.

Визначення медицини як інструменту біополітики редукує тілесність до об'єкта знання й управління, легітимуючи форми владного втручання та насильства, що подаються як турбота про життя. Теорія біополітики нерідко використовується як аргумент у критиці етики турботи, коли останню інтерпретують не як форму альтруїзму та любові, а як різновид контролю й насильства. У такій перспективі саме влада набуває повноважень вирішувати, хто потрапляє у сферу турботи, а хто залишається в стані вразливості. Тіло, мислене як об'єкт насильства, постає як сутність, позбавлена суб'єктності, свободи та сенсу. Насильство над тілом уможливлюється його редукцією до об'єкта впливу, регуляції, управління й контролю.

Біополітика здійснює насильство багатовимірно: не лише у фізичній, а й в інституційній, нормативній та епістемічній формах. У теоретичній рамці біополітики медицина і війна постають як інструменти насильства над тілом. З боку медицини це насильство може реалізовуватися в різних формах, зокрема через редукцію тіла до організму, функції якого підпорядковані механістичним законам. У біополітичному дискурсі медицини також наголошують на системному ігноруванні суб'єктивного досвіду переживання. Унікальний живий досвід чуттєвості втрачає медичну значущість, тоді як уніфікація органічних станів уможливлює практики примусового лікування та проведення експериментів.

У контексті біополітики людське тіло постає не як цінність, а як ресурс війни. Допустимим вважається раціональне обрахування «прийнятних втрат», що фактично означає привласнення владою права вирішувати, скільки людей може загинути. Насильство над тілом засобами війни також здійснюється через нормалізацію каліцтва. Йдеться про фізичну фрагментарність і розшматованість – втрату тілесної цілісності як підстави ідентичності та норми.

Війна та медицина сприяють когнітивному насильству над тілом. Посилення впливу дезінформації та фейків обумовлює низку соматичних розладів, розвиток хронічних стресів, руйнування довіри до власних почуттів. Останнє може про себе заявити у афективній гіпертрофії, коли власна чуттєва цілісність втрачає свою достовірність, у той час, коли нав'язані зовні афективні стани домінують. То ж декартова версія тіла виявляється зручною для перетворення тіла у мішень насильства, а тому слугує теоретичним опертям біополітики.

Варто зауважити, що теорія біополітики виводить концепт тілесності із маргінальної тіні культури у її епіцентр. Але, згідно М. Фуко, біополітика часто маскує своє насильство над тілом під виглядом турботи, захисту, лікування, безпеки. Викрити гуманістичне лицемірство біополітичних практик управління життям стає можливим завдяки подоланню редукції тіла до об'єкту.

Медицина в умовах війни як амбівалентна практика. Медицина в умовах війни постає як амбівалентна практика. Вона є не лише інструментом біополітики: медицина здатна як лікувати, зберігаючи тілесну цілісність, так і контролювати, здійснюючи насильство над тілом. Водночас саме через тілесну травму стає можливим опір редукції тіла до об'єкта. У цьому вимірі тіло постає як суб'єкт життя, а не як керований і допустимо ушкоджуваний матеріал насильства. Відповідно, перед медициною у воєнний час постають вимоги, що розглядають травму не як тілесну деформацію, а як форму резистентної спроможності.

Слід зауважити, що коли йдеться про медичну травму, то мають на увазі не лише фізичне ушкодження. Тут слід розрізняти травму від хвороби. Так, хворобою у сучасній доказовій медицині вважають біологічне ушкодження, тобто порушення функціонування тіла як організму. Тоді як травма має подвійне значення – і як розрив смислу, ідентичності, тяглості, так і розрив тілесної цілісності. Війна як неприхована біополітика насильства хроніфікує травму тим самим переводить існування тіла у режим постійної напруги та невизначеності.

Окрім конвенціональних загроз війни на полі бою українці потерпають у тилу. Ворог здійснює насильство через руйнування критичної цивільної інфраструктури країни. Події зими 2026 року у низці українських міст передусім у Києві перетворили ворожі атаки у так званий «холодомор», коли загрозу тілесності створюють не тільки ворожі обстріли, але й кліматичні фактори – сильні морози. В холоді без електрики та водопостачання люди приречені на страждання. Тоді тіло перебуває в режимі *перманентної надзвичайності* не лише в зоні воєнних дій, але й в тилу. Такий тілесний режим феноменологічно увиразнює втрату за М. Мерло-Понті тілом своєї «прозорості» для суб'єкта. Режим перманентної надзвичайності робить тіло нав'язливо присутнім. Через біль, холод, голод, страх, фантомність, тривожність тіло постійно про себе нагадує, таким чином хроніфікуючи травми.

Однак, у постійній присутності ураженого тіла міститься резистентна складова, завдяки якій актуалізується ресурс опору. Повернення тепла та світла до помешкань українських міст уможливили надзвичайні зусилля цивільних людей, які виявили потужний ресурс опору.

Під час війни відбувається трансформація медицини. З перших днів війни медицина перестає бути суто цивільною практикою й перетворюється на елемент воєнної логістики. Адже воєнна логістика – це не лише система постачання зброї, а повне охоплення управління ресурсами війни, де йдеться про людей, їх тіла, життя та смерть, пріоритетність виживання, надання медичної допомоги. Принциповою зміною у функціонуванні медицини стає те, що вона переформатовує себе у відповідності до потреб війни. Якщо у мирний час медицина орієнтована на індивідуальне благо пацієнта, довгострокове відновлення, забезпечення якості життя, то у воєнний час у пріоритеті стає порятунок максимальної кількісті життів, швидке повернення до функціональності, сортування тощо. Як видно, тут на перший план поставлено ефективність, а не турбота.

До прикладу, функціонування ТЦК (територіальні центри комплектування) в Україні у воєнний час постало як проблема. Так, ТЦК виявляють не лише організаційні збої, а й **глибоку напругу між логікою війни та логікою турботи,** між тілом як ресурсом і тілом як носієм досвіду, травми й гідності. В першу чергу, про себе дає взнаки структурна суперечність ролі ТЦК, коли одночасно перед ними постають завдання адміністративного, воєнного, соціального та медичного характеру. Так, оцінка придатності до служби збройних силах має буде визначена саме ТЦК. Коли ці завдання накладаються без чіткого розмежування, то нерідко у роботі ТЦК під час війни виникають конфлікти, перевантаження, корупція. Адже, коли ТЦК керують розподілом ризику смерті, мобілізуючи людину чи надаючи їй відстрочку, вони стають формою здійснення рішення подальшої долі тіла. Біополітичний вимір діяльності ТЦК полягає в обліку тіл, які набувають значення мобілізаційного ресурсу.

Варто звернути увагу на те, що в суспільному сприйнятті ТЦК здебільшого мають репутацію інституції насильства. Навіть за відсутності фізичного примусу людина в цій ситуації переживає себе як позбавлену суб'єктності. У цьому сенсі саму процедуру проходження комісії можна розглядати як форму насильства. Навіть у формально сприятливих умовах вона сприяє виникненню відчуття персонального, інституційно зумовленого насильства. В умовах війни жодні заходи з удосконалення роботи ТЦК не здатні перетворити мобілізаційну інституцію на простір турботи.

В умовах діяльності ТЦК тіло зводиться до фізичного тіла – функціональності, витривалості, спроможності до воєнних дій. Живе ж тіло як носій індивідуального досвіду з його вразливістю та травмами залишається за межами біополітичного інтересу ТЦК. Діяльність нинішніх українських ТЦК загострює суперечність між медициною як турботою та медициною як біополітикою. Усунути цю суперечність складно в умовах залучення медицини у логіку мобілізації. Адже діагностика та лікування починають слугувати не окремій особі, а загальній системі мобілізації, яка в умовах війни підважує ключові засади філософії медицини – невчинення шкоди та автономії пацієнта.

Ось чому ТЦК часто стають вразливою мішенню інформаційних атак. У когнітивній війні проти українців ворог активно використовує різного штибу фейки про «облави», «бусифікацію», «людоловів» тощо. Відповідно, розповсюджуючи дезінформацію про характер діяльності ТЦК, ворог очікує розхитування довіри до держаних інституцій, зростання тривожності, страху, радикалізації настроїв. То ж можна стверджувати, що завдяки причетності медицини до інституції мобілізації біополітичний характер медицини посилюється. Хоча ці комісії не зводяться у своїй ролі до медичного сортування, але саме ТЦК є тим місцем, де держава безпосередньо має справу із людським тілом як ресурсом війни. Тут для кожного громадянина призовного віку абстрактна війна стає тілесною реальністю, а біополітика медицини оприявнює себе без маскування.

Проблема функціонування ТЦК торкається глибших питань, передусім щодо сумісності війни з людською природою. Постає питання легітимності управління тілесною вразливістю в умовах війни: зведення тіла до ресурсу, ігнорування екзистенційної природи тілесності. Глибока напруга між логікою війни та етикою турботи посилює амбівалентний характер медицини.

Під час війни для медицини тіло постає як ресурс не лише в межах компетенції ТЦК. Фронтова й цивільна медицина з перших днів війни зазнають кардинальних трансформацій. Цивільні лікарні інтегруються у фронтову інфраструктуру, а межа між цивільним і воєнним поступово стирається. У цьому контексті тіло перетворюється на логістичну одиницю. Головним чином ідеться про поранене тіло, яке необхідно транспортувати, класифікувати, стабілізувати або евакуювати. Складається враження дегуманізації тіла. Втім, редукція тіла до ресурсу, який потрібно зберегти, ґрунтується не на дегуманізації, а на інструменталізації тіла як вимушеній формі раціоналізації.

В умовах війни спостерігаємо низку етичних зламів, зокрема щодо принципу «не зашкодь». Сприйняття тіла як ресурсу неминуче підважує принцип рівності, оскільки в ситуації, коли тіло перетворюється на логістичну одиницю, постає потреба ухвалювати рішення про пріоритети: кому надавати допомогу негайно, кому - відтерміновано, а кому відмовити. За таких умов порушення етичної норми рівності в доступі до медичної допомоги стає легітимним і необхідним. Водночас принцип «не зашкодь» вступає в конфлікт із логікою користі для більшості та вимогами воєнної ефективності. Підпорядкування медицини завданню перемоги змушує переглядати етичні норми й принципи, які в мирний час вважаються непорушними.

Утім, варто наголосити, що медицина в умовах війни не втрачає своєї гуманності. Саме на її прикладі можна простежити, як гуманність трансформується під тиском воєнного часу. Йдеться не про звинувачення медицини в біополітичному насильстві, не про приписування їй репресивних функцій чи заперечення її гуманістичного виміру. Навпаки, досвід української медицини свідчить про її здатність як біополітичної структури зберігати себе в якості інституції турботи навіть в екстремальних умовах війни. У воєнних умовах медицина в Україні перестає бути автономною сферою піклування про індивідуальне тіло й перетворюється на складову системи управління життям, виживанням і втратами, у межах якої етичні, тілесні та політичні виміри стають невіддільними.

Висновки. У воєнному контексті травма постає не лише як медичний чи психологічний наслідок насильства, а й як прямий ефект логістичного мислення, що редукує тіло до одиниці переміщення, лікування та повернення в обіг - іншими словами, до фізичного тіла (*Körper*). Саме тут загострюється напруга між медициною, покликаною працювати з унікальним тілесним досвідом, і біополітикою, яка оперує тілами як ресурсом. У цій конфігурації тілесність стає точкою опору редукції тіла до *Körper* - місцем, де біль, виснаження й травматична пам’ять чинять спротив перетворенню життя на функцію.

Когнітивна війна продовжує логіку насильства на рівні психіки, трансформуючи свідомість у ще один простір біополітичного контролю, де травма не лише виникає, а й цілеспрямовано експлуатується. У точці травми тілесність постає не як нейтральний біологічний факт, а як екзистенційний досвід, що чинить опір когнітивному насильству.

Медицина в умовах війни, з одного боку, втрачає ілюзію нейтральності та виявляє свою біополітичну залученість, а з іншого - посилює роль у пом’якшенні травматичних наслідків біополітики. Напруга між медициною як формою біополітики та медициною як практикою турботи в умовах війни зростає. Пошук балансу між біополітичною раціональністю медицини та її етикою турботи становить ключове завдання філософії медицини у воєнний час.

В умовах сучасної війни воєнне насильство щодо українців посилюється імперським насильством. Унаслідок цього поглиблюється спричинена ним травма, яка має не лише індивідуальний, а й колективний та трансгенераційний характер. Останній означає

радикальний виклик картезіанській моделі філософії медицини, що прагне локалізувати травму в межах індивідуального організму (*Körper*). Трансгенераційна травма, натомість, розкриває тілесність як **живе тіло (***Leib***)**, в якому історія, насильство і пам'ять співіснують у формі болю, тривоги, тілесної напруги та вразливості.

Біополітичній видимості етичної нейтральності медицина протиставляє етику турботи як форму опору логістичній асиметрії вразливості, за якої тіло втрачає свою «живу» природу. У війні медицина може постати як інструмент біополітичного контролю, так і як етична практика захисту тілесної правди у формі турботи. Саме війна змушує медицину розглядати травму не лише як патологію, а як свідчення насильства; бачити тіло як носій достовірних цінностей; а також протистояти фейкам і дезінформації як формам насильства над життям.

Список використаних джерел

Вітґенштайн, Л. (2025) Логіко-філософський трактат, Арій, §§ 243–271.

Гуссерль Е. (2021) Картезіанські медитації. Вступ до феноменології пер. А. Вахтель, Київ, Темпора.

Мерло-Понті, М. (2001) Феноменологія сприйняття, К.: Український центр духовної культури.

Мерло-Понті, М. (2003) Видиме й невидиме. З робочими нотатками, К.: Видавничий дім «КМ Академія».

Griffero, T. (2023) *Being a Lived Body: From a Neo-phenomenological Point of View,* Routledge.

Foucault, M. (1990) *The History of Sexuality: An Introduction*, Vintage Books.

Scheller, M. (1970) *Lived Body, Environment, and Ego* in *The philosophy of the body; rejections of Cartesian dualism* ed. by Spicker, Stuart F., Chicago, Quafrangle Books, p. 159–186.

Ryle, G. (2009) The Concept of Mind, Routledge.

LOGOS WITHOUT POLIS: LANGUAGE, UNCERTAINTY, AND THE PARADOX OF PATIENT-CENTERED MEDICINE

Maryna S. Demianiuk,
Assistant, Department of Medical and Surgical Oncology,
Educational and Scientific Institute of Postgraduate Education,
Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University

The paradox of patient-centered medicine does not stem from insufficient empathy. It emerges in the language through which medicine is practiced.

Clinical reasoning unfolds within a grammar that resists certainty. It moves through probabilities, margins, statistical shadows, and provisional scenarios without final guarantees. Expressions such as "likely," "based on current evidence," "at this stage," or "it remains uncertain" do not signal weakness; they mark epistemic discipline. Medicine, as a knowledge practice, depends on this conditional mode.

Clinical institutions, however, function differently. They are not designed to sustain uncertainty. Administrative demands, legal accountability, and symbolic expectations privilege clarity and decisiveness. What is required in practice is not complexity but closure, not because truth is simple, but because simplicity is operationally manageable.

A structural tension emerges here.

Physicians are required to translate – not merely from technical terminology into lay language, but from one epistemic order into another. The provisional language of science must be converted into the performative language of confidence. This conversion occurs in real time, without revision, without hesitation, and without reflective distance.

The issue is not simplification but displacement. The very language that enables professional reasoning is gradually excluded from the space of practice.

Under these conditions, questions become liabilities. They slow decisions; delay reads as uncertainty; uncertainty is recoded as incompetence. What appears to be a communication problem is, in fact, a structural intolerance of philosophical reasoning within clinical space.

Patient-centered medicine presupposes a subject capable of sustained, complex judgment. Yet the same system that invokes this ideal erodes the conditions that make such judgment possible: tolerance for uncertainty, time for reflection, linguistic latitude, and protection for intellectual risk. In doing so, it undermines the epistemic subject it claims to empower.

Within this configuration, the physician shifts from being a scientific agent to functioning as an operational interface. Decisions pass through them, but authority and protection do not. The resulting decline in quality is structural rather than motivational.

The tension becomes clearer through a philosophical parallel. Imagine a philosopher approached not with a question but with a demand for immediate output – an answer understandable without effort, context, or preparation. Responsibility for misunderstanding is assigned entirely to the speaker. Such a demand would be recognized as conceptually incoherent. It collapses the distinction between knowledge and service.

What philosophy would identify as a category error has become routine in clinical practice.

Physicians are expected to master specialized conceptual language, continuously translate it into simplified form, assume responsibility for the consequences of that translation, and bear moral blame for any residual misunderstanding. They may think in complex terms, but they are discouraged from speaking in the language that sustains such thought. Their logos is tolerated internally but not institutionally legitimized.

This enforced translation is not merely communicative labor; it operates as a form of epistemic coercion. When a subject is repeatedly required to abandon the language in which reasoning unfolds, intellectual development contracts. Thought reduced to instruction gradually becomes instruction alone.

From this perspective, contemporary medicine occupies a position philosophy would refuse. It continues to operate while weakening the conditions for its own logos.

Here the Aristotelian notion of the polis becomes structurally instructive. For Aristotle, the polis is the condition of possibility for rational life. Outside it, the human being becomes either more than human or less – not by moral judgment, but because the shared space that sustains logos is absent.

When physicians lose a stable linguistic and institutional space capable of sustaining reasoning, they enter a structurally unstable condition. This condition is transitional by nature; it cannot endure indefinitely.

The Promethean figure illuminates this instability – not as heroism, but as diagnosis. Knowledge carried outside a sustaining community exposes its bearer to structural vulnerability. Logos without polis cannot stabilize itself.

Two trajectories follow. One is functional reduction: reasoning narrows into procedural compliance, language collapses into protocol, and judgment becomes automation. The other is exit: the search for another space in which knowledge is institutionally sustained – whether in research communities, alternative systems, other countries, or beyond clinical medicine altogether.

In this context, scientific community is not a luxury but a necessity. It becomes the remaining polis – a space where complexity is not treated as aggression, where speech in one's own language does not require apology, and where participation in thought is expected rather than disruptive.

A final complication remains. The clinician approaching burnout may no longer recognize this alternative. Immersed in a routine of compensating for systemic disorientation, the memory of an adequate intellectual environment fades. The crisis is therefore not merely individual. A subject deprived of polis cannot restore it alone.

The paradox of patient-centered medicine, then, lies not in insufficient compassion but in the erosion of the linguistic and institutional conditions that make genuine clinical reasoning possible. A system may continue to simulate care. It cannot indefinitely retain those for whom logos is not ornamental, but existential.

References

1. Carel H, Kidd IJ, editors. The Routledge Handbook of Philosophy of Medicine. London: Routledge; 2020.
2. Han PKJ. Uncertainty in medicine: A framework for understanding and addressing uncertainty in health care. J Eval Clin Pract. 2021;27(1):1–8.
3. Dzau VJ, Kirch D, Nasca T. Preventing a parallel pandemic – A national strategy to protect clinicians' well-being. N Engl J Med. 2020;383(6):513–515.

HEALTH-PRESERVING BEHAVIOR IN THE CONTEXT OF CONSUMER SOCIETY: PHILOSOPHICAL AND SOCIAL ASPECTS

Dobryden Oxana,
PhD in social philosophy, associate professor,
the department of Language training and Humanities,
Dnipro State Medical University

Risk factors for human health are invariably socially and culturally conditioned. Even when addressing the relationship between environmental indicators such as water, air, and soil pollution and health outcomes, human activity and agency remain at the core of these processes. In this sense, the human factor is an irreducible element. In the case of culture, the connection with health preservation is even more evident, as demonstrated by numerous studies conducted within this research field.

Unfortunately, scientific conclusions reached within the medico-biological and socio-humanitarian disciplines remain insufficiently integrated. As a result of this epistemological fragmentation, we observe traditional medical approaches that, in most cases, remain closed to the influence of non-medical knowledge. For medicine, anatomical and morphological characteristics of norm and pathology consistently remain a priority. At the same time, the influence of an individual's worldview orientations on health is taken into account only fragmentarily. In situations requiring urgent medical assistance, it would indeed be inappropriate to emphasize the importance of socio-humanitarian knowledge – this is beyond doubt. However, in the context of preventive measures undertaken by healthcare institutions and educational activities carried out by the mass media, such a lack of interdisciplinary synergy represents not merely an informational gap, but a large-scale problem that significantly complicates effective health-preserving strategies.

At the same time, an important and positive aspect in the accumulation of knowledge about health lies in the fact that the multifaceted consideration of this problem within philosophical and sociological literature expands the research horizon. This expansion occurs not only in terms of analytical depth and the development of a systemic vision of reality, but also in the context of searching for productive strategies to counteract risks arising from socially conditioned causes.

Naturally, humanity's encounter with risks to physical and spiritual health is not a novel phenomenon. However, the contemporary stage of consumption is separated from historical patterns not only by time, but also by the quality and quantity of what is consumed. Today, the functioning of consumer mechanisms is predominantly driven by artificially constructed desires and needs. When such desires remain unsatisfied, they are capable of leading individuals into destructive psychological and emotional states. For this reason, it is timely and necessary to address the challenges posed by consumer society to human health.

Health-preserving behavior functions as a key indicator of how personal and social markers of well-being interact within consumer society. This form of behavior becomes especially significant in conditions where health is increasingly shaped by external social influences.

The components of health-preserving behavior include attitudes toward one's own health, adherence to a daily routine of activity and rest, healthy nutrition regimes, engagement in medical-preventive practices, and the maintenance of emotional balance. Thus, health-preserving behavior constitutes a complex of cognitive, motivational, volitional, emotional, and physical markers. It is precisely these individual markers that become targets for the mass media and other agents of

consumer society. The manner in which a social subject responds to such influences is determined by a multitude of circumstances. However, it is the strength and quality of this response that ultimately define the content of the social health marker for each particular individual.

In contemporary consumer society, through mechanisms of abstraction and visualization, consumer attention is concentrated on those aspects of goods or services that appear attractive in terms of necessity, safety, and prestige. At the same time, producers deliberately distract consumer attention away from the need to maintain a healthy lifestyle as a fundamental prerequisite for achieving outcomes such as healthy skin or extended youthfulness. Advertising discourse suggests that the coordinated functioning of the organism as a whole is optional. Furthermore, details related to the necessity of regular product use are obscured, and consequently, the issue of dependency is not emphasized. For this reason, the meaningfulness and reflexivity of individual choice become especially important for the independent construction of health-preserving behavior.

HEALTH AND LIFE SAFETY IN THE CONTEXT OF CONTEMPORARY UKRAINIAN SOCIETY: A PHILOSOPHICAL ANALYSIS

Koldunov Jaroslav,
PhD in social philosophy, associate professor,
the department of Language training and Humanities,
Dnipro State Medical University

In contemporary Ukrainian society, health and life safety increasingly appear not as matters of individual concern but as structural social and humanitarian challenges shaped within the context of profound historical ruptures. In this regard, the younger generation is particularly vulnerable, as their life experience unfolds from the outset under conditions of instability, prolonged threat, and normative uncertainty. The reality of war transforms prevailing ways of understanding corporeality, vulnerability, and the limits of human capacity. As a result, the phenomenon of health transcends its purely biological or clinical interpretation and becomes a multidimensional object of philosophical reflection, integrating anthropological, axiological, and socio-theoretical dimensions.

The contemporary challenges confronting Ukrainian society significantly reshape the conditions of youth socialization and, consequently, the formation of attitudes toward personal health. War, as an extreme form of social crisis, intensifies lived experience, shifting the emphasis from long-term strategies of self-realization to short-term strategies of survival. Under such circumstances, health preservation ceases to be perceived as an intrinsic value and is increasingly reduced to an instrumental means of sustaining physical existence. Therefore, the cultivation of a holistic health-preserving worldview becomes particularly important, especially among university students who are undergoing an intensive phase of personal and professional development.

A distinct role in this process belongs to students of higher medical education. Their future professional practice is objectively associated with addressing the consequences of mass traumatic experiences, particularly in the domains of physical rehabilitation, psycho-emotional recovery, and the social reintegration of individuals affected by war. Consequently, the training of future physicians cannot be confined solely to the acquisition of specialized knowledge and technical skills. It presupposes the formation of an integrated professional identity, a core component of which is a responsible attitude toward one's own health as a prerequisite for providing effective care to others.

By its very nature, medical practice is emotionally demanding and existentially charged, as sustained interaction with patients entails continuous engagement with situations of pain, suffering, and uncertainty. Under such conditions, the risks of physical and psychological burnout increase considerably, threatening not only the quality of professional performance but also the personal integrity of the practitioner. For this reason, the development of physical resilience, emotional stability, and self-regulation skills should be regarded as an essential element of the professional preparation of future medical professionals.

The state of war in Ukraine has profoundly transformed the system of societal value orientations, inevitably affecting prevailing perceptions of health and life safety. Basic existential priorities - such as the preservation of life, risk minimization, and adaptation to conditions of persistent threat - have come to the fore. At the same time, these axiological shifts pose a risk of marginalizing the culture of health, particularly within youth communities. The destructive social processes within which contemporary notions of normativity, value, and responsibility are being shaped may, in the long run, result in a deterioration of overall public health indicators.

Within the philosophical tradition, human health is understood as a holistic unity encompassing physiological, psychological, spiritual, and social dimensions of being. Accordingly, the organization of health-preserving activities for medical students should be grounded in a holistic approach that takes into account both psychophysiological markers of bodily functioning and the socio-cultural conditions of everyday life. The social environment itself may either facilitate the development of a responsible attitude toward health or, conversely, destabilize it by imposing destructive behavioral patterns.

In this context, elevating the level of health culture as an integral indicator of education, reflective practice, and value maturity becomes particularly relevant. The effectiveness of health-preserving activity is directly dependent on the level and quality of knowledge, the capacity for critical reflection, and an awareness of the causal relationships between lifestyle choices and health outcomes. Education and general cultural development thus emerge as among the most significant determinants of health preservation, shaped not so much by material conditions as by personal qualities such as responsibility, self-discipline, and intrinsic motivation.

For students' health-preserving self-management to be scientifically grounded and systematic, sustained support from the academic faculty is essential. In this process, the educator functions not only as a transmitter of knowledge but also as a professional guide, commentator, and moderator of the educational environment, capable of fostering conditions of psychological stability and professional development under wartime conditions.

Thus, the key tasks of institutions of higher medical education extend beyond the preparation of highly qualified healthcare professionals to include the organization of the educational process within a framework of psychological safety and support. It is within such an environment that students not only master academic content in accordance with educational standards but also develop skills of daily self-management, reflective practice, and adaptation to the extreme conditions of contemporary social reality.

МЕДИЧНІ ІННОВАЦІЇ ЯК ВАЖЛИВИЙ ЧИННИК РОЗВИТКУ ЦИФРОВОЇ ЕКОНОМІКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Метеленко Наталя Георгіївна,
доктор економічних наук, професор, Директорка,
Інженерний навчально-науковий інститут ім. Ю. М. Потебні
Запорізького національного університету,
Воронкова Валентина Григорівна,
доктор філософських наук, професор,
завідувачка кафедри управління та адміністрування,
Інженерний навчально-науковий інститут ім. Ю. М. Потебні
Запорізького національного університету,
Оглобліна Вікторія Олександрівна,
кандидат економічних наук, доцент, доцент
кафедри інформаційної економіки, підприємництва та фінансів,
Інженерний навчально-науковий інститут ім. Ю. М. Потебні
Запорізького національного університету

Анотація. У роботі розглядається роль медичних інновацій у розвитку сучасної медицини. Аналізуються їхній вплив на якість лікування, економіку охорони здоров'я,

соціально-етичні та деонтологічні аспекти. Особлива увага приділяється доступності інноваційних методів, професійній етиці медичних працівників та показникам розвитку медичної системи країни. Підкреслюється взаємозв'язок технологічного прогресу та економічних факторів у забезпеченні ефективної та справедливої медичної допомоги. Розглядається новий напрямок економіки цифрової економіки охорони здоров'я.

Ключові слова: медичні інновації, сучасна медицина, роботизована хірургія, телемедицина, генна терапія, , економіка охорони здоров'я, цифрова економіка охорони здоров'я.

Abstract. This paper examines the role of medical innovations in the development of modern medicine. It analyzes their impact on the quality of treatment, healthcare economics, and socio-ethical and deontological aspects. Particular attention is paid to the accessibility of innovative methods, the professional ethics of medical workers, and indicators of the development of the country's healthcare system. The interconnection between technological progress and economic factors in ensuring effective and equitable medical care is emphasized. A new direction in the digital health economy is considered.

Keywords: medical innovations, modern medicine, robotic surgery, telemedicine, gene therapy, health economics, digital health economy.

Медичні інновації виступають інструментом підвищення якості лікування, оскільки нові технології, такі як роботизована хірургія, телемедицина та генна терапія, дозволяють точніше діагностувати та ефективніше лікувати пацієнтів. Завдяки цьому зменшуються ризики ускладнень, а час відновлення після процедур скорочується. Одночасно медичні інновації є економічним ресурсом: інвестиції у їх розробку стимулюють розвиток економіки охорони здоров'я. Проте висока вартість таких технологій обмежує їх доступність для населення з низьким доходом. Водночас інновації створюють соціально-етичні виклики, викликаючи дискусії щодо справедливості та доступу до дорогих методів лікування, а також піднімаючи питання пріоритетності надання медичної допомоги в умовах обмежених ресурсів. Вони також слугують чинником розвитку професійної етики, адже лікарі змушені постійно підвищувати кваліфікацію для безпечного використання нових технологій, а вибір методів лікування має базуватися на користі пацієнта, а не на економічній вигоді. Крім того, медичні інновації є показником рівня розвитку медичної системи країни: країни з високим рівнем впровадження сучасних технологій зазвичай забезпечують якісніший догляд та ефективніше лікування, тоді як їх доступність залежить від економіки, політики та державного фінансування. Сучасна медицина швидко трансформується під впливом технологічного прогресу та цифровізації. Впровадження медичних інновацій, таких як електронні медичні картки, телемедицина, роботизована хірургія та системи штучного інтелекту для діагностики, стає ключовим фактором розвитку цифрової економіки охорони здоров'я. Цифровізація дозволяє підвищити ефективність надання медичних послуг, оптимізувати витрати, зменшити адміністративне навантаження та забезпечити доступ до лікування для більшої кількості пацієнтів. Особливо актуально це в умовах зростання потреб населення та обмежених ресурсів у медичній сфері. Цифровізація охорони здоров'я означає впровадження інформаційно-комунікаційних технологій у всі процеси медичної системи: ведення електронних медичних записів; дистанційне консультування пацієнтів (телемедицина); застосування штучного інтелекту та великих даних для діагностики та прогнозування захворювань; автоматизація процесів управління лікарнями та ресурсами. Цифрові технології дозволяють зменшити економічні витрати, підвищити якість лікування, скоротити час доступу до медичних послуг і знизити ризик людської помилки.

Медичні інновації - це нові методи лікування, діагностики, управління та організації медичних процесів, які базуються на сучасних технологіях і цифрових рішеннях. Вони включають як високотехнологічне обладнання (роботизовані системи, сучасні діагностичні апарати), так і програмні рішення (штучний інтелект, електронні системи ведення даних, телемедичні платформи). Впровадження цих інновацій у цифрову економіку охорони здоров'я дозволяє створювати ефективну, прозору та економічно обґрунтовану

систему медичного обслуговування, яка задовольняє потреби сучасного суспільства. Сучасна медицина швидко трансформується під впливом технологічного прогресу та цифровізації. Впровадження медичних інновацій, таких як електронні медичні картки, телемедицина, роботизована хірургія та системи штучного інтелекту для діагностики, стає ключовим фактором розвитку цифрової економіки охорони здоров'я. Цифровізація дозволяє підвищити ефективність надання медичних послуг, оптимізувати витрати, зменшити адміністративне навантаження та забезпечити доступ до лікування для більшої кількості пацієнтів. Особливо актуально це в умовах зростання потреб населення та обмежених ресурсів у медичній сфері.

Цифровізація охорони здоров'я означає впровадження інформаційно-комунікаційних технологій у всі процеси медичної системи: ведення електронних медичних записів; дистанційне консультування пацієнтів (телемедицина); застосування штучного інтелекту та великих даних для діагностики та прогнозування захворювань; автоматизація процесів управління лікарнями та ресурсами. Цифрові технології дозволяють зменшити економічні витрати, підвищити якість лікування, скоротити час доступу до медичних послуг і знизити ризик людської помилки. Медичні інновації - це нові методи лікування, діагностики, управління та організації медичних процесів, які базуються на сучасних технологіях і цифрових рішеннях. Вони включають як високотехнологічне обладнання (роботизовані системи, сучасні діагностичні апарати), так і програмні рішення (штучний інтелект, електронні системи ведення даних, телемедичні платформи). Впровадження цих інновацій у цифрову економіку охорони здоров'я дозволяє створювати ефективну, прозору та економічно обґрунтовану систему медичного обслуговування, яка задовольняє потреби сучасного суспільства. Медичні інновації є ключовим чинником розвитку цифрової економіки охорони здоров'я, оскільки вони підвищують ефективність, точність та доступність медичних послуг. Впровадження сучасних технологій, таких як телемедицина, електронні медичні системи та штучний інтелект, дозволяє оптимізувати ресурси, знизити економічні витрати та забезпечити більш справедливий доступ до лікування. Крім того, цифровізація стимулює розвиток професійної етики та підвищення кваліфікації медичних працівників, адже нові методи лікування потребують сучасних знань і навичок. Таким чином, медичні стають важливим елементом формування ефективної, прозорої та економічно збалансованої системи охорони здоров'я в умовах сучасного технологічного прогресу [1, с .15-17].

Відмітимо, що для нас корисним є вивчення зарубіжного досвіду, Так, у США медичні інновації активно розвиваються за участю приватного сектору. Широко використовуються телемедицина, електронні медичні записи та системи штучного інтелекту для діагностики. Економічною перевагою є швидке впровадження нових технологій і залучення інвестицій, однак високий рівень комерціалізації обмежує доступ до інновацій для малозабезпечених верств населення. Японія поєднує цифрові медичні інновації з державним регулюванням. Активно впроваджуються роботизована хірургія, дистанційний моніторинг пацієнтів та електронні медичні системи. Держава контролює ціни та частково фінансує інноваційні технології, що підвищує їх доступність і зменшує соціальну нерівність. У країнах ЄС цифровізація охорони здоров'я є частиною державної політики. Електронні медичні картки, телемедицина та національні цифрові платформи забезпечують рівний доступ до послуг. Високий рівень захисту персональних даних та державне фінансування сприяють довірі населення до цифрових інновацій. Зарубіжний досвід свідчить, що ефективний розвиток цифрової економіки охорони здоров'я можливий за умови поєднання інновацій, державної підтримки та соціальної відповідальності. Для України корисним є використання європейської моделі доступності та японського підходу до державного регулювання інновацій.

Практичні рекомендації для України:

1) Розвиток телемедицини та електронних сервісів, в основі яких масове впровадження електронних медичних карток, онлайн-консультацій та дистанційного моніторингу пацієнтів.

2) Інвестування в медичні технології та інновації, що включає підтримку державою та приватним сектором закупівлі сучасного обладнання, роботизованих систем та лабораторних технологій.

3) Стимулювання стартапів у сфері цифрової медицини через гранти та податкові пільги, націлене на підготовку та підвищення кваліфікації медичних працівників.

4) Регулярні тренінги з використання цифрових технологій, роботи з телемедичними платформами та штучним інтелектом, що включає аведення освітніх програм для студентів-медиків з цифрової медицини та інновацій.

5) Забезпечення доступності та соціальної справедливості, в основі якої розробка системи державного субсидування дорогих технологій для малозабезпечених пацієнтів; впровадження національних стандартів доступу до цифрових медичних послуг.

6) Цифровізація управління медичною системою, що сприяє використанню аналітичних платформ для оптимізації ресурсів лікарень, планування персоналу та управління фінансами; прозорість фінансування та контроль витрат для підвищення ефективності системи охорони здоров'я.

7) Регулювання та безпека даних, в основі якої забезпечення захисту персональних медичних даних пацієнтів; розробка законодавства, яке врегульовує використання штучного інтелекту та цифрових технологій у медицині. Впровадження цих рекомендацій дозволить Україні підвищити якість медичних послуг, знизити витрати, забезпечити соціальну справедливість та інтегрувати медицину у сучасну цифрову економіку.

Список використаних джерел

1. Андрюкайтене Р., Метеленко Н.Г., Воронкова В.Г. Основні тенденції трансформації цифрової медицини під впливом технологій штучного інтелекту. Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини: зб. матеріалів VI Міжнародної науково-практичної конференції (20-21 лютого 2025 року). Запоріжжя: ЗДМФУ, 2025. 226 с. С. 15-17.

БЛИСК І ВБОГІСТЬ БІОЕТИЧНОГО (АРГУМЕНТУ): ФУКО – БАДЬЮ – АГАМБЕН

Мінаков Ігор Вікторович,
канд. філос. наук, доцент, доцент кафедри філософії
Національного університету «Львівська політехніка»

Титульною темою цього повідомлення є філософія. Відповідно, лейтмотив його – говорити не про біоетику, а про філософію. Конкретніше і точніше, він полягає у тому, щоб (ви)вести з біоетики як пункту мислення якусь (на додаток до інших) потенційовану перспективу розуміння певних унікальних, непересічних і визначальних щодо сьогоденного мислення (але, разом з цим – до мислення сьогодення) концептів, що реалізовані у сучасній філософії.

Тим більше, що тематизовані тут концепти і автори, обрані чи то внаслідок випадковості, чи то за інтуїцією якоїсь внутрішньої форми – ми самі гадаємо, що таких *випадковостей* не буває, схоже, спонукають до подібної мотивації і подібної дискурсії.

Насправді, всі ці мислителі не спрямовані на формулювання (біо)етичного – нормативного та імперативного – дискурсу у класичному сенсі. Для кожного з них «біоетика» не володіє автономією, не продукує автономних продуктів, не має власних підвалин. Натомість, «біоетика» для цих трьох є певний дериват і ефект дії сингулярної концептуальної філософської візії та її кардинальних припущень. Нарешті, всі ці мислителі концептуально близько сприймають сферу політичного. Разом з тим, політика – по-різному, але в усіх трьох – функціонує не як предметно артикульована сфера «політичних речей», але як сфера онтологічної симптоматики і *онтологічної симуляції* входження – всередині світу – порядку підстав (маємо розуміти: онтологічна симуляція належить до *онтології світу*, а не до світу).

Мішель Фуко поміщає біоетику, сам феномен «біоетики» (як і «медицини», і врешті, «життя») в епістемолого-культурологічну площину: біоетика тут є фактом чи ефектом розгортання певної *епістемної події*. Це, фактично, випливає з загальних налаштувань всього інтелектуального проекту М. Фуко. Він будує «археологію» (генеалогію у спосіб «археології»)

тих умов – які знаходить «під» історичними подіями і культурними формами, які, втім, не є ані трансцендентні, ані чужі їм – за яких біо-медицинські праксиси набувають статусу множинно розташованої владної структури.

Фуко постає самим «не чистим» філософом з обраної «трійці». Він, строго кажучи, не будує «чистої» філософії. Під «не чистою» філософією ми маємо тут на увазі філософію, яка говорить про деякі речі і/так, що не може говорити про інші. Фуко руйнує класичну філософську абстракцію трансцендентальної суб'єктивності – онтологічну, «чисту», чисто філософську абстракцію – ніби «зсередини світу», «прищеплюючи» її ін'єкцією «внутрішньосвітового», наповнюючи суб'єкта з джерела історичної традиції «знання», яка в Фуко створюється «практично» і «політично». В Мішелеві Фуко будь-якого разу більше теоретика (автентична авторська асоціація з «археологією» тут набагато точніша) культури і влади, ніж філософа (здається, не виключаючи і Фуко пізнього). «Тіло», «хвороба», «божевілля», «нормальність» «пацієнт», «здоров'я» – аж до самої «людини» і «життя» – постають як ефект інстуціоналізованої дисциплінарної влади біологічного чи медичного «погляду»; смислові джерела будь-якого типу відповідної влади конституюються «епістемологічно».

Доробок Джорджо Агамбена, саме як *філософський* доробок (тобто, як мислення чогось «з самого початку»), можна кваліфікувати як спробу з самого початку помислити політичне. Тут кардинальна, на наш погляд, розбіжність Агамбеда з Фуко, в якого політичне відбувається як епістемологічно осмислені (наділені смислом) – у тому числі такі, що виступають у смислі «живого», нередуковані до будь-якого «одного» комплекси прийомів, тактик, операцій, алгоритмів, матриць, пасток внутрішньосуспільної дії, «точками перетинів» яких створені і відтворені різноманітні види відповідних «суб'єктів». В Агамбена ж йдеться про фіксацію і артикуляцію того, що належить до порядку онтологічних умов політичного як такого. І в межах даного розгляду, важливо, що цим останнім в його дискурсі виступає елемент «життя». Можливість політики, як того, що «дійсно є», не може бути обґрунтована лише в межах дисциплінарного режиму. Політика не може *бути дисципліною.* Але тією мірою, якою умова «життя» є онтологічною, це «життя» категорично не може мислитися якимось субстантивним предметним життям, життям-річчю.

Кардинальним тут, як відомо є знаменитий агамбенівський концепт «голого життя» (la nuda vita). «Голе життя» критично не можна розуміти в будь-якій аналогічності щодо життя як біологічного явища. Це термін онтологічний а не онтичний (не термін «сущого»). І це термін належить до онтологічного визначення політичного (а не будь-якого «вітального»). Можна сказати, що la nuda vita є онтологічний маркер границі життя у відношенні до буття політичного. Але, звичайно, не маркер у будь-якому можливому субстанційному сенсі, маркер не субстанційний, а радше, операційний. У якості такого, «голе життя» з'являється в горизонті парадоксальної онтологічної операції, яку Агамбен кваліфікує як *inclusione esclusiva,* включення у спосіб виключення. «Голе життя» це поріг, який виявляється, коли політичне вступає у власне існування шляхом виконання своєї кардинальної онтологічної умови: «оголення» залишку живого, коли дія усіх форм життя *призупинена*. *Життя* у такий спосіб онтологічно залишається у сфері політики. І саме мірою цього, політичне стає можливим до існування як таке. Агамбен пише, що «в західній політиці la nuda vita володіє особливим привілеєм бути тим, виключення чого є основою полісу людей».

Регіон і режим, у якому це відбувається, Агамбен називає «суверенною дією» чи «винятком». Завдяки постійній наявності неусувного елементу суверенного рішення в онтологічній структурі політичного «голе життя» виключається з нього внаслідок призупинення дії закону (це і є «виняток») і цим актом виключення залишається приналежним до політичного в якості необхідній онтологічної умови його можливості. Постійне повторення цього акту рівнозначно за Агамбеном відтворенню присутності феномену політичного у світі.

В якості результату цієї операції, як раз, і з'являється онтологічний топос «Homo saker». Але одночасно фігура «Homo saker» стає символом розуміння характеру названої операції. Саме тут виходить на сцену хоровод агамбенівських концептуальних постатей чи персонажів

(у смислі Дельоза) на кшталт «коматозного», «ембріону», «невиліковно хворого», «в'язня табору смерті» («*Muselmann*» – ми зустрічаємо цю постать у жахаючих описах Бруно Беттельгейма). Також Агамбен використовує символічну енергію таких образів, як «Левіафан» (у гоббсівському виконанні), loup-garou, wulfesheud – людини-вовка, перевертня і т.д. Те, як діє ця складна економія на рівні реалізації політики і політичної влади, ми не маємо змоги розгорнути і показати на цих сторінках.

Агамбен онтологізує життя у відношенні до буття політики і влади. Він будує онтологію політичного з необхідною умовою «життя» як la nuda vita. Так політика стає *біополітикою*. Але, звичайно, «стає» не нормативно-імперативно, а фундаментально, за підставою. А біоетика, у свою чергу, дістає визначення не від соціології і нормативної етики, але як охоронець і хранитель залишку «голого життя» у політиці, зберігаючи та «адмініструючи» структуру буттєвої можливості політичного.

Ален Бадью теж будує онтологію, але на відміну від Агамбена, загальну онтологію, онтологію «Всього». Ця онтологія викладена в його «великих» книгах. Це «чистий» філософський дискурс – граничний, максимально універсальний, всеохоплюючий. Сам Бадью підтверджує це, неодноразово зауважуючи, що він є класичним філософом (тобто, філософом у класичному сенсі), що його книги займуть місце серед таких текстів, як «Феноменологія духу» Гегеля і т.п. І головною рисою філософії за Бадью є те, що ми б назвали «необнадійливістю людського». Налаштування світу не зобов'язані брати і не беруть в розрахунок благо людини. Відповідно, зрозуміти / зробити щось по-справжньому можна тільки розстаючись з людським. Саме в цій економії Ален Бадью розташовує і розгортає свій дискурс «людини», «життя», «етики» і зокрема, «біоетики». «Життя», тим більше, «життя як вища цінність» не може зустрітися з істиною. Корелятивно, не існує чогось на кшталт універсального «людського життя», яке слід захищати. Відповідно, все що виконується у координатах «мінімізації шкоди живому», «запобігання тілесно вражаючому», «права людини» і т.д., є фігурами «ухилу від істини». Онтологічно значуща категорія людського концептуалізується в Бадью не як живий індивід (*l'individu vivant*), а як «суб'єкт істини» (*le sujet*), який виникає лише через онтологічну умову «вірності події». Отже, мислити «зло» як перешкоду життю, а добро як збереження, полегшення, оптимізацію життя (що, як знаємо, є фундаментом класичної біоетики) виявляється онтологічно іррелевантним і фактично складає фігуру «зради істини».

Отже, ми маємо три різні версії біоетичного дискурсу, об'єднані, втім, одним генеральним мотивом: тема (топос) «біоетики» береться у вживання філософією і слугує ресурсом і «капіталом» реалізації філософії. Можливо, тільки таким чином біоетика може бути філософською. З іншого боку, саме в умовах такого дискурсу біоетика має шанс не залишатися невідрефлексованою нормативованою людською установкою, а набути ясності щодо того, чому біоетика присвячена, чим покликана, чим санкціонована, мати надію на зустріч з тим, до чого вона насправді тримає шлях і у зв'язку з чим набуває повного смислу.

ЦИФРОВА ЦИВІЛІЗАЦІЯ VS АНТРОПОЛОГІЧНА АКСІОМАТИКА

Огороднійчук Юлія Йосипівна,
аспірантка кафедри філософії та політології,
Житомирський державний університет імені Івана Франка

Суспільний розвиток нині мислиться через прискорений розвиток новітніх технологій, так званий технологічний мейнстрім (цифрова економіка, робототехніка, штучний інтелект, адитивне виробництво) і впровадження в суспільстві цифрових й гуманітарних технологій. Перебуваючи під владою всюдисущого технологічного демона, економіка, політика, мистецтво, релігія, мораль сьогодні постають у вигляді фетишизованих комп'ютерних сутностей, транснаціональне буття яких формує стан суспільного духу, його звичаї, соціальні почуття та емоції, поведінкові реакції і мотиви діяльності.

Прискорений розвиток новітніх технологій часто співвідносять з експоненційним законом зростання, т. зв. сингулярністю, коли швидкість змін стає настільки високою, що у людини не залишається засобів для адаптації до таких швидких змін. Прикладом такого режиму зростання є концепція технологічної сингулярності Р. Курцвейла [6].

Прогнозується, що зміни технологічних укладів, поєднання техно-гуманітарного балансу фізичних та гуманітарних технологій забезпечить стійкість розвитку суспільства [4; 5; 7; 9].

Сталий розвиток на основі балансу сингулярних технічних і гуманітарних технологій передбачає такі суттєві кардинальні зміни, що людина в її традиційному розумінні перестає існувати. Тотальна цифровізація суспільства означає, що в побудованому повністю «прозорому» світі для людини місця немає, де вона могла б сховатися від зовнішнього спостерігача.

Новітні технології призводять до загрози фізичній (біологічній) природі людини: спочатку за допомогою гібридизації людини та машини, а потім і повної відмови від біологічної складової. Гуманітарні технології у своєму крайньому вираженні ведуть до втрати людиною особистісного простору, на який замкнена психічна стійкість людини, а з руйнуванням цього простору руйнується її психічний світ. Відтак, якщо техно-гуманітарний баланс може забезпечити стійкість розвитку суспільства, то лише такого, у якому людини вже не буде.

Великою проблемою, з якою стикаються люди у цифрову цивілізацію, є відчуження. При цьому людина відчужується не лише від праці, а й від природи, від інших людей. Людина «не знаходить» себе у професійній діяльності, оскільки робота, яку вона виконує, часто не є природовідповідною. Усе зводиться до автоматизації, механізації, роботизації процесів людської життєдіяльності, більшість зі створеного людиною не належить їй. Явище відчуження набуває тотального характеру, поширюється на сферу дозвілля, культуру, мистецтво, повсякденне життя, що призводить до дегуманізації суспільства. Людина відчужується й від своїх емоцій, бажань, досвіду, творчості. Втрачається й особиста ідентичність та змінюються просторово-часові виміри «життєвого світу» людини. Таким чином, загострюється аксіологічна криза, що полягає у відчуженні від традиційних і поширення споживацьких цінностей [2, с. 60–63; 3, с. 149–151].

Існує думка, що сучасна людина вже здала низку принципових інтелектуальних позицій штучному інтелекту і подальші події робитимуть цей факт очевидним для дедалі більшої кількості людей. Зазначимо, що людська свідомість може бути представлена щонайменше з двох частин: інтелекту і мислення, які, як зазначалось вище, також утворюють протиріччя. При цьому людина поступилася своїми позиціями лише на рівні інтелекту. Якщо інтелект прагне до земного, ясного, простого, матеріального, корисного, відтворюваного і т. п., то мислення, навпаки, прагне від земного, до складного, ідеального, доброго, унікального і т. п. Якщо інтелект працює з інформацією, то мислення зі смислами [2, с. 63–64; 8].

Щоб змінити таку ситуацію, потрібно, на думку дослідників, до зазначеної бінарної суперечності додати семантичні, комунікаційні технології. У техно-гуманітарному балансі має бути те загальне, що притаманне кожній технології, а саме: робота з інформацією, що відчужується від людини; апеляція в людині до її інтелекту; опора на науковий світогляд з його економією мислення та вимогою усереднення (наука обов'язково відтворює результати, виключає унікальність та усереднює ці результати); оскільки картина світу стає надто складною для людини, то «побудова світу» передається штучному інтелекту (ШІ) з великим обсягом даних. Таким чином семантичні технології, які вводяться в бінарний баланс, набувають статусу нового полюса, що знаходиться у відношенні протиріччя всім зазначеним вище пунктами, зокрема, інформацією, що відчужується від людини, і смислом, який не відчужується від людини. Семантичні технології апелюють в людині до рівня мислення, на якому вона здатна до «тонких» розрізнень, недоступних ШІ, а саме до розрізнень: добра і зла, користі і блага, світла і темряві, правди і брехні та ін. І саме на рівні мислення людина, що працює зі змістом, може утримати провідну позицію відносно гібридизації [7; 8].

При цьому особистісний простір людини за допомогою семантичних технологій розуміється не лише як зовнішній, а й як внутрішній простір особи. І якщо зовнішній простір може бути якісно змінений і навіть зруйнований тотальним контролем та управлінням, то внутрішній особистісний простір завжди залишається за людиною. У ньому він зберігає свою ідентичність та психологічну цілісність. Висока потужність прискорювальних та гуманітарних технологій, що дозволяє говорити про технологічну та гуманітарну сингулярність, також має бути співвіднесена з семантичними технологіями через відповідну сингулярність.

Отже, новітні технологічні застосунки, злиття технологій ШІ, генної інженерії та робототехніки стирають межі між фізичним, цифровим та біологічним світами, впливають на біологічну, соціальну, ментальну й духовну сутність людини. Хоча в найближчому майбутньому відсутня небезпека поглинання штучним інтелектом людей – витіснення людини та необхідність присутності людини при виконанні тих чи інших операцій, однак технологічні та економічні зміни, спричинені новітніми технологіями, вимагають відповідних світоглядних та інституційних засад їх застосування.

Список використаних джерел

1. Бостром Нік. Суперінтелект. Стратегії і небезпеки розвитку розумних машин / пер. з англ. Антон Ящук, Антоніна Ящук. Київ: Наш формат, 2020. 408 с.

2. Козловець М. А. Технології штучного інтелекту та їх вплив на буттєвість людини. *Humanities Studies*: збірник наукових праць / гол. ред. В. Г. Воронкова. Запоріжжя: Видавничий дім «Гельветика», 2024. Випуск 19 (96). С. 55–66.

3. Шадюк Т. А. Криза сучасної антропологічної аксіоматики: дискурсивні зрізи. *Вісник Житомирського державного університету імені Івана Франка. Філософські науки*. Вип. 2 (92), 2022. С.147–157.

4. Brynjolfsson E. and McAfee A., Machine, Platform, Crowd: Harnessing Our Digital Future, W. W. Norton & Company, 2018.

5. Davenport, T. H. The AI advantage: How to put the artificial intelligence revolution to work. MIT Press. Wilson, H. J., & Daugherty, P. R. Collaborative intelligence: humans and AI are joining forces. Harvard Business Review, 96 (4), 2018. P. 114–123.

6. Kurzweil, Ray (2005). The Singularity is Near. *Viking Press.* ISBN 978-0-14-303788-0. OCLC 71826177.

7. Lanier J. There is no AI. *The New Yorker*. 20 April 2023. URL: https://www.newyorker.com/science/annals-of-artificial-intelligence/there-is-no-ai.

8. Mielkov Yu. Open science and humanism: decolonization of knowledge and fractality of identities. *Digital Press Social Sciences and Humanities*. 2023. Vol. 9, art. 20. URL: https://digitalpress.ugm.ac.id/article/452. (дата звернення: 06.02.2026).

9. Mok A., Zinkula J. ChatGPT may be coming for our jobs. Here are the 10 roles that AI is most likely to replace. URL: https://www.businessinsider.com/chatgpt-jobs-at-risk-replacement-artificial-intelligence-ai-labor-trends-2023-02? (дата звернення: 06.02.2026).

ПРАВО НА (НЕ)ПЕРЕДБАЧУВАНЕ МАЙБУТНЄ В ЕРУ КОНВЕРГЕНЦІЇ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ ТА ПЕРСОНАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЦИНИ

Россильна Ольга Василівна,
кандидат юридичних наук, старший науковий співробітник,
Інститут економіко-правових досліджень імені В.К. Мамутова
Національної академії наук України;
Чехун Василь Федорович, доктор медичних наук, професор,
академік Національної академії наук України, радник дирекції,
Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології імені Р. Є. Кавецького
Національної академії наук України

Філософсько-правовий вимір в еру зміни парадигми в медичній практиці сьогодні, як ніколи раніше, набуває особливого значення. Сучасна фундаментальна медична наука сягнула неймовірного прогресу у розумінні структури, функції та послідовності як окремих елементарних, так і складних системних загальнобіологічних процесів, які забезпечують основні параметри життєдіяльності організму. Це відкриває вікно можливостей для стратегії розвитку та впровадження основних принципів персоналізованої медицини (ПМ), яка базується на визначенні індивідуальних генетичних, молекулярних та клініко-антропологічних особливостей пацієнта. Людина має унікальний набір генів зі «звучанням їх власних акордів» на кожному її етапі розвитку, які забезпечують продукцію численних білків, цитокінів, ростових факторів, ферментів, а також активність імунних реакцій режисовану власним мікробіомом. Здавалось би, відомі і важливі показники вимірів молекулярно-біологічних досліджень, але вони не в повній мірі враховуються для вибору стратегії індивідуального скринінгу діагностики, профілактики та вибору тактики лікування, яке би могло дозволити мінімізувати побічні ефекти з одночасним підвищенням якості життя пацієнта.

Стрімке розширення науково-практичних знань, щодо основних засад функціонування складних систем відкриває нові можливості для пошуку та моделювання синергічних або дисинергічних процесів спрямованих на оптимізацію життєдіяльності організму. Аналіз та інтерпретація надвисокого рівня накопиченої інформації про загальнобіологічні та патологічні процеси часто виходить за межі можливостей людського інтелекту. Не випадково XXI ст. називають епохою формування надсучасних баз даних, аналіз і обробка яких підвласна, можливостям інформаційного простору штучного інтелекту (ШІ). Вперше на орбіті високих технологій ПМ та ШІ відбувається міждисциплінарна конвергенція різних елементів інноваційних продуктів, які здатні змінити стратегію надання медичної допомоги, створити сучасний алгоритм оптимізації діагностики, високоефективної терапії та покращенню якості життя пацієнтів.

Важливого значення новітня медична практика набуває на етапі активного пошуку шляхів вирішення ключових проблем онкології: ранньої та диференціальної діагностики, ефективних схем та режимів терапевтичних заходів, стримуванні розвитку метастатичного процесу та протистоянні розвитку резистентності пухлин до медикаментозних засобів. Зазначені та інші ключові проблеми обумовлені не лише клініко-морфологічними ознаками чи локалізацією пухлини, а перш за все, генетичною варіабельністю злоякісних клітин, високою токсичністю та вартістю засобів терапії. Різноманіття генетичної специфіки злоякісних клітин, зумовлює численні варіанти розвитку мережі патологічних сигнальних каскадів, порушення метаболічних процесів, включно з ініціацією механізмів стійкості злоякісних клітин. Особливості біології злоякісної клітини та зміна її метаболічного профілю є надзвичайно важливим фактором для визначення фармакогенетичних засад підвищення ефективності терапії та якості життя хворих.

Питання симбіозу медичних технологій та ШІ, як імпульс нових можливостей в онкології, було винесене на засідання Генеральної асамблеї Європейських інститутів раку, яка проходила у Валенсії 15-17 червня 2022 р. У рамках наукової програми цього форуму було

відзначено про роль ШІ як інструменту сучасної онкології. Визначено вектор інтересів в цій галузі на прийдешні роки. Поєднання можливостей інструментів ШІ з кількісною та якісною ідентифікацією молекулярних та структурно-функціональних клітинних компонентів може бути важливим фактором у вирішенні проблем якості дослідження морфологічних, гістологічних, імуногістохімічних препаратів та їх інтерпретації.

В умовах стрімкого впровадження інформаційних технологій ШІ є логічним кроком розвитку сучасного суспільства, який значно інтенсифікує повсякденну діяльність людини, в тому числі в інтересах якості життя самої людини. Сьогодні ШІ активно інтегрується в одну із найдавніших та самих консервативних сфер - медичну діяльність.

Цифрова інформаційно-аналітична революція на основі ШІ згенерувала розробку алгоритму аналізу складних високоієрархічних медико-біологічних процесів системної біології, що дозволяє за вимогою часу отримувати інтелектуальні продукти новітніх зразків.

Сьогодні технології ШІ активно використовуються в оптимізації скринінгу, диференційної діагностики, персоналізованого лікування і навіть у розробленні раціонів і режимів харчування з урахуванням фізіологічного стану та наявності патологій. Особливого значення застосування ШІ набуває в первинних обробках клініко-лабораторних результатів обстежень, у дистанційно-керованих технологіях лікування та інших напрямках медичної діяльності. Водночас успішне забезпечення оперативного втручання ШІ у збереження здоров'я людини може нести значні ризики як у повсякденній медичній практиці, так і збереженні та забезпеченні прав людини. Окрім того, з нормативно-правової точки зору, ШІ суттєво впливає на зміну структури ринку праці. Саме тому, в умовах стрімкої конвергенції базових засад ПМ та ШІ виникає низка важливих та не риторичних питань:

- Отриманий інноваційний продукт є суб'єктом чи об'єктом права?
- Чи є цифровий профіль геному людини частиною особистості і чи може він бути об'єктом права власності?
- Хто несе відповідальність, коли ШІ приймає рішення про лікування за результатами даних сіквенсу геному в разі помилки чи технічного порушення в системі аналізу, що призведе до хибної постановки діагнозу?
- Чи може право регулювати доступ до редагування геному?
- Кому належить право власності і прибуток від ліків, якщо компанія за результатами сіквенсу конкретного пацієнта і власника визначеної мутації розробила ефективний таргетний препарат?
- Чи не йдем ми шляхом створення біологічної кастовості в практиці персоналізованої медицини?
- Як пацієнт може дати згоду на обробку даних ШІ, якщо лікар, який рекомендує такий шлях, не знає «вмісту» «чорного ящика» програмного забезпечення?
- Як запобігти порушень прав людини, в першу чергу - витоків персональної інформації про здоров'я людини?

З огляду на зазначені питання постає необхідність здійснення комплексного моніторингу та інвентаризації національного і європейського правового поля, а також ґрунтовного аналізу й оцінки нормативно-правового регулювання доступу до обробки персоналізованих даних із застосуванням технологій ШІ. Високий темп реалізації інноваційних проектів часто значно випереджає підготовку нормативно-правових документів, які мають забезпечувати дотримання прав людини. Відомий вислів «знати право vs не знати права» набуває особливого значення. Аналіз сучасних вітчизняних та міжнародних нормативно-правових документів засвідчує їх фрагментарність і можна стверджувати, що вони знаходяться на етапі початкової фази свого формування. На жаль, далека від досконалості також структура та послідовність механізмів контролю дотримання норм реалізації законодавчих актів.

Основним застереження Керівного комітету Ради Європи з прав людини в галузі біомедицини та охорони здоров'я, яке прозвучало на засіданні 7 червня 2022 р. було зазначено, що застосування ШІ не повинні порушувати основоположних прав людини, які задекларовані

в Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенції про права людини та біомедицину, зокрема, щодо права на повагу до приватного життя в контексті відомостей про стан здоров'я.

Таким чином, ключовим моментом в якісному створенні та оптимальному використанні інноваційних продуктів ШІ та ПМ виступає медичний аспект «клінічна валідність vs алгоритмічна невизначеність». Нормативно-правове унормування зазначених відносин стане формулою успіху для своєчасного і ефективного використання інноваційних технологій ПМ та ШІ в інтересах людини та її права на збереження та підтримку власного здоров'я.

ПОЛЬ БЛУМ ПРО ПРИРОДЖЕНІСТЬ ДУАЛІСТИЧНОГО МИСЛЕННЯ, АУТИЗМ ТА «ПСИХОСЛІПОТУ»

Сепетий Дмитро Петрович, д.філос.н,
професор кафедри суспільних дисциплін,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Взаємодія філософії та медицини в минулому та сучасності є значущим фактором розвитку обох дисциплін. В історичній ретроспективі, згадаймо хоча б таких видатних філософів-лікарів як Авіценна, Маймонід та Джон Лок. Сьогодні, важливою складовою медичної освіти є такі філософські дисципліни як філософія медицини і біоетика, які дають змогу глибшого осмислення онтологічних, епістемологічних, соціальних та етичних передумов сучасної медицини. Крім того, філософські теорії минулого та сучасності іноді допомагають краще зрозуміти медичні стани, особливо в царині психіатрії, яка за своїм предметом пов'язана з філософією свідомості. Цікавим прикладом може слугувати праця канадського психолога Поля Блума «Декартова дитина: Як дитячий розвиток пояснює, що робить нас людьми». У цій книзі, Пол Блум пропонує цікаву проекцію Декартова психофізичного дуалізму на психологічну площину, яка дозволяє краще зрозуміти найважливіші культурні явища, такі як мораль і релігія, а також і такий медичний/психіатричний розлад як аутизм.

Згідно концепції Блума, людське розуміння навколишнього світу здійснюється у два дуже відмінні способи, на основі двох концептуальних схем, які відповідають Декартову поділу речей на тіла і душі. Одна концептуальна схема застосовується до неживих речей, друга – до людей і інших живих істот. Перші розуміються як речі, рухи яких відбуваються у регулярні способи за постійними фізичними законами, другі – як втілені психічні суб'єкти, вигляд і поведінка яких є вираженням їхніх психічних станів – відчуттів, емоцій, бажань, думок, намірів. Важливо, що така пізнавальна «дихотомія» в основному не набувається як результат навчання, а є для людини інтуїтивною, природженою, і проявляється з найбільш раннього віку дитячого розвитку. Ось як пише про це Блум:

> "Ми є природними картезіанцями - дуалістичне мислення є для нас природним. Ми маємо два різні способи розуміння світу: як такого, що містить тіла, і як такого, що містить душі. Ці два способи розуміння світу взаємодіють у процесі розвитку кожної дитини, і в соціальному контексті спільноти людей вони породжують певні унікальні людські риси, такі як мораль та релігія." (Bloom 2004, p. xii)

> "... ще до того, як вони навчаться говорити або ходити або контролювати свої випорожнення, малюки вже сприймають світ як такий, що містить, з одного боку, фізичні речі, які управляються такими принципами, як твердість та тяжіння, та, з іншого боку, нематеріальні свідомості, які керуються емоціями та цілями." (Ibid., p. xiii)

Малюки очікують, що фізичні об'єкти будуть поводитися згідно таких принципів як цільність (cohesion), тяглість (continuity), твердість (solidity), контактність (contact); вони дивуються, якщо речі зникають або не піддаються земному тяжінню. З іншого боку, вони можуть "читати" емоції дорослих та відповідати на них власними емоціями.

Порушення цієї природженої здатності до "читання" свідомості інших з їх зовнішності та поведінки може лежати в основі аутизму – або, принаймні, значної частини тих випадків, які діагностують як аутизм.[1] Адже головною рисою цього медичного стану "… є брак соціального зв'язку — діти-аутисти зазвичай мають проблеми зі спілкуванням (близько третини не говорять зовсім), уявою (вони не схильні до гри, що залучає уяву) і, найбільше, у здатності належним чином взаємодіяти з іншими. Їхня соціалізація порушена. Вони не отримують задоволення від перебування разом з іншими, не обнімаються, з ними важко контактувати" (Bloom 2004, p. 25).

Ряд психологів – Алісон Гопник (Gopnik 1993), Саймон Барон-Коген (Baron-Cohen 1995), Ута Фріс та Алан Леслі (Baron-Cohen, Leslie, Frith 1985) "припускають, що особи з аутизмом страждають від 'психосліпоти'".[2] Під "психосліпотою" (*mindblindness*) розуміється критичне порушення здатності "бачити" (безпосередньо-інтуїтивно) в зовнішності та поведінці людей та інших живих істот втілення їхніх психічних станів, цілей, намірів тощо. У найбільш крайній формі аутисти "сприймають людей лише як речі, що рухаються у непередбачувані способи й створюють несподіваний шум, а тому є речами, що лякають" (Bloom 2004, p. 27).

Блум наводить яскраве пояснення від Алісон Гопник про те, "як воно – бути дитиною-аутистом":

> "Ось як воно – сидіти за обіднім столом. Вгорі мого візуального поля перебуває розмитий край носа, переді мною – руки, що машуть. . . . Навколо мене – шкіряні мішки на стільцях, увіпхнуті в шматки тканини, вони рухаються та випинаються несподіваним чином. ... Дві темні плями біля їхнього верху постійно вертяться туди й сюди. Діра під цими плямами наповнюється їжею, і з неї виходить потік шумів. Уявіть, що ці шумні шкіряні мішки раптом рухаються до тебе і їхній шум стає гучним, і ти не розумієш чому, не можеш цього пояснити і передбачити, що вони будуть робити далі." (Gopnik 1993; Bloom 2004, p. 27-28)

> "Психосліпотою" можна пояснити і особливості високофункціональних аутистів: "Одна з вражаючих знахідок при вивченні аутизму – це те, що навіть високофункціональні аутисти мають особливі труднощі із завданнями, для виконання яких потрібно розуміти психічні стани інших людей – наприклад, завдання, пов'язані з їхніми хибними уявленнями …" (Bloom 2004, p. 28)

Добре адаптовані аутисти "здатні компенсувати те, чого їм бракує, докладаючи свідомих та великих зусиль, щоб зробити те, що для інших природно приходить само собою". Наприклад, одна з таких аутистів, Темпл Грандлін, "називає себе 'антропологом на Марсі' і пояснює, як вона вивчає поведінку людей як складну й незнайому систему, яку можливо зрозуміти лише через експліцитне дослідження, постійно переглядаючи в умі свої взаємодії з людьми, щоб якось їх зрозуміти" (Bloom 2004, p. 29).

Якщо ці пояснення адекватно представляють психологічну (феноменологічну) картину аутизму (або деякої значної підмножини випадків, що діагностуються як аутизм), то психологічна модель Блума та поняття "психосліпоти" можуть бути корисним концептуальним інструментарієм для розуміння "внутрішнього світу" людей із цим психічним порушенням і для вироблення на цій основі більш ефективних стратегій та засобів піклування та соціалізації.

---

[1] Це застереження доречне, оскільки, як і у випадку з багатьма іншими психіатричними діагностичними категоріями, є відкритим питання: чи є аутизм єдиною хворобою, що має спільну етіологічну чи патофізіологічну основу, чи під цією назвою об'єднуються випадки зі схожою симптоматикою, але суттєво відмінним підґрунтям?

[2] Див. також короткий огляд історії терміну в (Niehaus 2016).

Список використаних джерел

1. Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., Frith, U. (1985). Does the Autistic Child Have a “Theory of Mind”? *Cognition* 21: 37-46.
2. Baron-Cohen, S. (1995). Mindblindness: An essay on autism and theory of mind. Cambridge, MA: MIT Press.
3. Bloom, P. (2004). Descartes’ baby: how the science of child development explains what makes us human. Penguin Random House.
4. Gopnik, A. (1993). MIdblindness. Unpublished essay. Berkley: University of California.
5. Niehaus, J. (2021). Mindblindness. In T.K. Shackelford, V.A. Weekes-Shackelford (eds.), *Encyclopedia of Evolutionary Psychological Science* (pp. 5122-5124). Springer International Publishing.

ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ (ШІ): ВИКЛИКИ ТРАДИЦІЙНІЙ БІОЕТИЦІ

Смоляга Марина Віталіївна,
кандидат філософських наук, доцент кафедри філософії,
Національний технічний університет «Харківський політехнічний інститут»

У класичному розумінні біоетика сформувалася у другій половині ХХ століття як нормативно-філософська відповідь на виклики, спричинені розвитком медицини та біологічних наук. Її становлення було пов’язане з проблемою морального регулювання клінічної практики, біомедичних досліджень і нових форм втручання в людське життя. Парадигму, в якій функціонували класичні біоетичні імперативи, традиційно називають гуманістичною чи антропоцентричню: саме людина визнається тут єдиним повноцінним моральним суб’єктом і носієм безумовної цінності. Відтак, моральна значущість тут приписується передусім людському життю, людській тілесності та людському стражданню. Навіть тоді, коли об’єктом етичного аналізу стають тварини, екосистеми або біологічні процеси, їхня моральна релевантність, як правило, обґрунтовується через вплив на людину - на її здоров’я, безпеку або якість життя.

Нормативне ядро традиційної біоетики становить т. зв. принципіалістська модель Бічампа - Чілдреса, яка набула широкого застосування в клінічній та дослідницькій практиці. Центральне місце в цій моделі посідає принцип поваги до автономії, що ґрунтується на класичній абстракції суб’єктивності, яка передбачає визнання здатності особи до самостійного морального вибору, самовизначення і т.д. Реалізація цього принципу знаходить свій вираз у процедурі інформованої згоди, яка розглядається як етична та юридична умова легітимності медичного втручання.

Етичним дериватом онтологічного принципу автономії виступає принцип благодіяння, який зобов’язує медичних і наукових працівників діяти в інтересах пацієнта або досліджуваного суб’єкта, сприяючи його добробуту та зменшенню страждання. У традиційній гіппократівській формі цей принцип звучить як non-maleficence («не нашкодь»), слугуючи загальною морально-етичною рамкою для класичної медицини. Відповідно, «справедливості» в традиційній біоетиці розуміється як забезпечення рівного та недискримінаційного доступу до медичних ресурсів, лікування і дослідницьких благ. Це набуває особливої актуальності в умовах обмеженості ресурсів і порушує питання соціальної відповідальності медичних інституцій.

Смисловий горизонт традиційної біоетики формується навколо граничних ситуацій людського існування — народження, хвороби, страждання та смерті. У цьому контексті ключовими стають дискусії щодо морального статусу ембріона, допустимості абортів, репродуктивних технологій, евтаназії, паліативної допомоги, а також клінічних експериментів і трансплантології. Об’єднувальним поняттям для цих дискусій виступає людська гідність, яка розглядається як безумовна й невідчужувана цінність, незалежна від фізичного або когнітивного стану індивіда. Загалом традиційна біоетика постає як нормативний дискурс,

орієнтований на захист людини від можливих зловживань медичної влади та наукового прогресу. Її концептуальні засади — автономія, благодіяння, не-ушкодження, справедливість - утворюють теоретичний фундамент, що визначав біоетичне мислення в доцифрову епоху.

Стрімке впровадження, починаючи з 20-х років XXI ст., систем штучного інтелекту в соціальні, економічні, адміністративні та наукові практики породжує комплекс етичних проблем, які не можуть бути адекватно осмислені в межах класичної біоетичної парадигми. На відміну від традиційних біомедичних технологій, ШІ не є інструментом прямого втручання в людську тілесність або біологічні процеси, проте здійснює опосередкований, системний і нерідко непрозорий вплив на форми суб'єктності та режими прийняття рішень.

Однією з ключових етичних проблем ШІ є трансформація агентності та відповідальності. У класичній біоетиці моральна відповідальність чітко прив'язана до конкретного людського суб'єкта — лікаря, дослідника або інституції. Натомість системи ШІ функціонують як розподілені техносоціальні ансамблі, у яких рішення є результатом взаємодії алгоритмів, даних, інфраструктур і людських акторів. Це ускладнює *ідентифікацію відповідального агента* та вступає в конфлікт із принципом автономії, який у традиційній біоетиці передбачає чітко окресленого суб'єкта морального вибору.

Іншою фундаментальною проблемою є обмеження людської автономії в умовах алгоритмічного управління. Системи рекомендацій, прогнозування та автоматизованого прийняття рішень дедалі частіше визначають доступ до освіти, працевлаштування, кредитів, соціальних послуг і навіть медичної допомоги. У таких умовах автономія особи набуває формального характеру, оскільки вибір здійснюється в межах алгоритмічно сконструйованого середовища. Це підриває класичне розуміння інформованої згоди та вступає в напруження з принципом поваги до автономії як з онтологічною основою традиційної біоетики.

Суттєвим викликом є також проблема шкоди, яка в контексті ШІ має нелокальний і кумулятивний характер. На відміну від медичних втручань, де шкода здебільшого є безпосередньою та індивідуальною, алгоритмічні системи можуть відтворювати структурні упередження, посилювати соціальну нерівність і дискримінацію цілих груп населення. Така шкода не завжди є навмисною, часто є не проявленою, що ускладнює застосування клінічного принципу «не нашкодь».

Проблема справедливості набуває особливої гостроти у зв'язку з концентрацією даних, обчислювальних ресурсів і технологічної влади в руках обмеженого кола корпорацій та державних структур. Алгоритмічна асиметрія знань і контролю створює нові форми соціальної нерівності, які не вписуються в класичні уявлення про справедливий розподіл медичних ресурсів. Таким чином, принцип справедливості традиційної біоетики виявляє свою недостатність.

Окремого аналізу потребує питання людської гідності, яке в традиційній біоетиці пов'язане з тілесністю, вразливістю та смертністю людини. У контексті ШІ загроза гідності постає не через фізичне втручання, а через редукцію особи до набору даних, профілів, поведінкових моделей і т.п. Датафікація людини вступає в конфлікт із класичним підґрунтям біоетики, в межах якого людська гідність мислиться як незвідна до функціональних або обчислювальних характеристик.

Нарешті, етика ШІ виходить за межі традиційної біоетики через зміну масштабу морального аналізу. Якщо класична біоетика зосереджена переважно на міжособистісних і клінічних відносинах, етичні проблеми ШІ мають інфраструктурний, глобальний і довготривалий характер. Вони стосуються не лише окремих індивідів, а й соціальних інститутів, політичних режимів і загальнокультурних уявлень про суб'єктивність, раціональність та відповідальність.

Таким чином, ми бачимо, що актуалізацію потреби в розширенні біоетичного дискурсу до рівня, який умовно можна означити як постбіоетику або біоетику техносфер. Йдеться не про заперечення засад традиційної біоетики, а про їхнє концептуальне переосмислення в умовах техносоціальної реальності, де межі між біологічним, соціальним і технологічним стають дедалі менш визначеними.

Наше сьогодення потребує деякої «постбіоетики». Така «постбіоетика» має передбачати відмову від виключно антропоцентричного уявлення про моральну значущість і включення до етичного аналізу нелюдських агентів — алгоритмів, інфраструктур, мереж, а також технічних середовищ, у межах яких формується людська суб'єктність. Подібний підхід, відповідно, має включати зміну уявлень про агентність і відповідальність: моральна відповідальність більше не може розглядатися як атрибут ізольованого суб'єкта, а має мислитися як розподілена властивість техносоціальних ансамблів. Сьогодні автономія більше не є виключно властивістю індивіда, а формується в складних соціально-алгоритмічних середовищах. Це вимагає переходу від формальної згоди до аналізу умов можливості справжнього вибору в цифрово опосередкованих контекстах.

Разом з тим, оскільки сьогодні ми все більше маємо вести мову не лише про розподіл ресурсів, але й про розподіл доступу до даних, до алгоритмічної влади та можливостей впливу на технологічні стандарти. Отже, принцип «справедливості» у постбіоетичному вимірі набуває глобального, політичного і навіть, геополітичного характеру. Відповідно, етичний аналіз ШІ неможливий без урахування економічних, культурних і геополітичних асиметрій.

«Біоетика життя» має бути доповнена «біоетикою техносфер», задля акцентування уваги на системному, а не антропоцентричному характері понять шкоди й користі. Це має змістити фокус з окремих клінічних рішень на інфраструктурні умови, у яких ці рішення стають можливими або неминучими. У цьому контексті принцип «не нашкодь» трансформується з індивідуального морального припису на вимогу проєктування та управління технологічними системами таким чином, щоб мінімізувати структурну, кумулятивну та латентну шкоду.

Отже, на нашу думку, саме з огляду на вище окреслені «проблемні вузли», відкривається перспектива подальших філософських досліджень етики ШІ, які можуть стати частиною більш широкого проекту етики сучасної техносфери.

РАДОН В УКРАЇНІ: БЕЗПЕЧНА ВІДБУДОВА, ПРОФІЛАКТИКА ТА ЕТИЧНЕ ІНФОРМУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ

Турос Алла Олександрівна,
науковий співробітник, Лабораторія радіаційного захисту
ДУ "Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМНУ"

Радон - природний радіоактивний інертний газ без кольору, запаху та смаку, що утворюється в результаті радіоактивного розпаду радію, присутнього в ґрунтах і гірських породах. Завдяки своїй газоподібній формі та високій проникній здатності радон може мігрувати з ґрунтового повітря в будівлі через тріщини у фундаментах, інженерні комунікації, підвальні та напівпідвальні приміщення, а також надходити з деяких будівельних матеріалів. Накопичення радону у закритих просторах становить суттєву радіаційну загрозу для здоров'я людини, оскільки інгаляційне надходження продуктів його розпаду призводить до опромінення бронхолегеневої системи. За даними епідеміологічних досліджень, радон є другим за значущістю чинником ризику розвитку раку легень після тютюнопаління та основною причиною цього захворювання серед некурців. Тривалий, хронічний і непомітний характер впливу радону зумовлює його особливу небезпеку та високу соціально-медичну значущість.

Для України проблема радону є особливо актуальною з огляду на геологічну будову території, зокрема значне поширення гранітних, кристалічних і радоноактивних порід Українського щита. У низці регіонів зафіксовано підвищені об'ємні активності радону в житлових будинках, закладах освіти та охорони здоров'я, що створює додаткові ризики для населення, зокрема дітей і працівників соціальної сфери. Водночас система державного радіаційно-гігієнічного моніторингу радону, а також контроль за дотриманням чинних нормативів у сфері будівництва та експлуатації будівель залишаються фрагментарними та

недостатньо ефективними. Масштабна відбудова України після воєнних руйнувань формує унікальне вікно можливостей для впровадження сучасної моделі безпечного, науково обґрунтованого та відповідального будівництва з урахуванням радіаційних ризиків. Принципи захисту від радону мають бути інтегровані на всіх етапах життєвого циклу будівель - від вибору земельної ділянки та містобудівного планування до проєктування, будівництва та введення об'єктів в експлуатацію. Це передбачає обов'язкове проведення інженерно-геологічних і радіаційних досліджень, оцінку радонового потенціалу територій, а також застосування конструктивних і технологічних рішень, спрямованих на мінімізацію надходження радону в приміщення.

Ключову роль у зниженні концентрацій радону відіграють ефективні системи вентиляції та управління повітрообміном. У сучасних житлових і громадських будівлях необхідно забезпечувати безперервну контрольовану вентиляцію, особливо в приміщеннях із підвищеним ризиком накопичення радону - підвалах, цокольних поверхах і технічних зонах. Герметизація фундаментів, використання радонозахисних мембран, облаштування систем відведення ґрунтових газів, а також контроль вологості є науково обґрунтованими інженерними заходами, що повинні стати обов'язковими елементами будівельних стандартів.

Згідно директиви Ради Європи 2013/59/Euratom, ключового законодавчого акту ЄС, встановлено мінімальні вимоги щодо захисту від іонізуючого випромінювання, включно з радоном. Згідно документу, країни-члени мають розробити національний план дій щодо радону, що охоплюють довгострокові заходи з оцінки і впливу радону в житлових та робочих приміщеннях. Окремим і принципово важливим напрямом є інформування населення щодо ризиків. Державні органи та фахові інституції мають забезпечити доступ громадян до достовірної, науково обґрунтованої та етично поданої інформації про джерела радону, його вплив на здоров'я та ефективні заходи зниження концентрацій у житлі. Комунікація з населенням повинна базуватися на принципах прозорості, відповідальності та недопущення безпідставної тривоги, з чітким акцентом на практичні рекомендації та можливості індивідуального й колективного захисту. Особливу увагу слід приділяти вразливим групам населення, а також системній підготовці медичних працівників, архітекторів, інженерів і будівельників у сфері радонового захисту.

Згідно розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 року, затверджено план заходів щодо зниження рівня опромінення населення радоном та продуктами його розпаду, мінімізації довгострокових ризиків від поширення радону в житлових та нежитлових будівлях, на робочих місцях на 2020-2024 роки. Фінансування та відповідальність за виконання цього плану заходів має здійснюватися центральними та місцевими органами виконавчої влади. У 2024 році цю програму призупинено через активні бойові дії на території України.

Зниження впливу радону є важливим компонентом профілактики онкологічних захворювань та збереження громадського здоров'я. Своєчасні превентивні заходи, якісна відбудова з урахуванням радіаційних факторів та етичне інформування населення здатні істотно зменшити довгострокові медичні та соціально-економічні наслідки радонового опромінення. У цьому контексті проблема радону повинна розглядатися як невід'ємна складова державної політики формування безпечного життєвого середовища та сталого розвитку України.

ФІЛОСОФІЯ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Усачова Олена Віталіївна, д.м.н., професор;
Сіліна Єлизавета Андріївна, к.мед.н., асистент;
Товма Анастасія Володимирівна, к.мед.н., асистент;
Денискова Ольга Миколаївна, старший лаборант,
кафедра дитячих інфекційних хвороб,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Анотація. Філософські засади профілактики інфекційних захворювань становлять важливу гуманістичну місію медицини. Профілактика розглядається як світоглядна концепція, що поєднує наукові знання, етичні цінності та відповідальність лікаря за формування культури здоров'я. Імунопрофілактика є одним із найефективніших засобів збереження громадського здоров'я. Особлива роль належить лікарю, як моральному наставнику та провіднику між науковою інформацією та потребами пацієнта. У сучасних умовах технологічних змін і воєнних викликів профілактика набуває ключового значення, сприяючи зміцненню фізичного, психологічного та соціального благополуччя населення. Таким чином, філософія профілактики формує проактивну модель медицини, спрямовану на попередження хвороб та панування принципів медичного гуманізму.

Ключові слова: філософія профілактики, інфекційні захворювання, вакцинація, здоров'я суспільства, етичні цінності

Abstract. The philosophical foundations of the prevention of infectious diseases represent an important humanistic mission of medicine. Prevention is viewed as a worldview concept that integrates scientific knowledge, ethical values, and the physician's responsibility in shaping a culture of health. Immunoprophylaxis is one of the most effective means of protecting public health. A special role belongs to the physician as a moral mentor and a mediator between scientific information and the needs of the patient. In the current context of technological change and wartime challenges, prevention gains particular significance, contributing to the strengthening of physical, psychological, and social well-being. Thus, the philosophy of prevention forms a proactive model of medicine aimed at preventing diseases and promoting the principles of medical humanism.

Keywords: philosophy of prevention, infectious diseases, vaccination, public health, ethical values

Філософія профілактики – це цілісне світоглядне вчення, яке розглядає профілактику не лише як комплекс медичних заходів, а і як прояв гуманістичної місії медицини. У її центрі стоїть людина, її здоров'я, гідність і духовна рівновага. Вона поєднує наукові знання, етичні цінності та відповідальність лікаря за формування культури здоров'я суспільства.

Частиною великого комплексу профілактичних заходів є імунопрофілактика інфекційних захворювань. Як зазначає Агенція із захисту здоров'я (Великобританія), «Вакцинація є другим найбільш ефективним медичним заходом держави (після забезпечення чистою водою), спрямованим на збереження життя і забезпечення здоров'я населення у всьому світі» [8].

Філософія профілактики формувалася століттями. Ще у Стародавній Греції Гіппократ наголошував, що легше запобігти хворобі, ніж лікувати її наслідки. У середньовіччі людство застосовувало карантини та ізоляції для стримування чуми, холери чи віспи. Проте лише завдяки розвитку мікробіології, відкриттям Пастера і Коха, виникло наукове підґрунтя розуміння профілактики інфекційних захворювань. Поява вакцинації стала переворотом у медицині: вперше з'явився інструмент, який дозволяв не лікувати, а запобігати хворобі. Саме цей момент став ключовим у формуванні сучасної профілактичної філософії.

Слід підкреслити, що профілактика інфекційних захворювань в суспільстві – це не лише запобігання хворобі, а й філософія життя, що ґрунтується на розумінні здоров'я як найвищої цінності. У цьому контексті лікар виступає не просто фахівцем, який лікує, а й моральним наставником, провідником між науковими знаннями і життєвою мудрістю [4,6]. Тому кожен лікар повинен мати ґрунтовні знання щодо вакцинації населення та гарні комунікативні компетентності, щоб вдало і зрозуміло пояснити батькам та дитині необхідність щеплення згідно Національного календаря [5].

Філософський підхід до профілактики розкриває глибинний зв'язок між медициною, етикою та суспільством. Лікар несе подвійну відповідальність: за фізичний стан пацієнта і за формування його свідомого ставлення до здоров'я [7]. У своїй діяльності він має не лише попереджати патологію, але й допомагати людині пізнати власну природу, навчити гармонії з тілом, психікою і навколишнім середовищем. Такий підхід створює необхідні передумови до формування адекватної імунологічної відповіді кожної дитини [1].

У XXI столітті профілактика виходить на новий рівень, адже інфекції більше не мають кордонів. Глобалізація, міжнародні перельоти, урбанізація, зміна клімату створюють умови для швидкого поширення нових патогенів. Прикладом є пандемія COVID-19, яка показала, що системи охорони здоров'я взаємозалежні, а профілактичні заходи в одній країні впливають на безпеку всього світу. В той же час, у сучасній медицині, що переживає технологічний і цифровий розвиток, та в умовах війни, коли ускладнені доступ до медичної допомоги та протиепідемічних заходів, профілактика набуває особливого значення. Адже зростання інфекційних та хронічних захворювань, стресових і психосоматичних розладів свідчить про потребу не лише у фармакологічних чи технологічних рішеннях, а й у формуванні філософії турботи про себе. Така турбота починається із грудного вигодовування та вчасної вакцинації. Саме лікар стає ключовою фігурою цього процесу – він поєднує наукові знання з моральною позицією, перетворюючи профілактику на акт етичної взаємодії між двома суб'єктами: лікарем і пацієнтом [2]. Результатом такої взаємодії є не тільки здоров'я кожного, а й суспільства в цілому.

Профілактика інфекційних захворювань має значення не лише для окремої особистості, а й для суспільства загалом. Успішна система профілактики створює умови для зниження рівня інвалідизації, смертності, підвищення якості життя та економічної стабільності. Коли населення здорове, воно може активно працювати, навчатися, розвивати країну. Тому держави з високим рівнем профілактичної культури демонструють кращі показники соціального розвитку [1,2].

Особливо важливо, що профілактика зменшує економічні витрати на лікування тяжких інфекцій, госпіталізації та ускладнення хвороб [4]. Це не лише медичне питання, а й стратегічне – стосується національної безпеки, соціальної стабільності та майбутнього країни. Україна, яка пережила кілька серйозних епідеміологічних викликів, зокрема спалахи кору, дифтерії та пандемію COVID-19, отримала реальний досвід важливості сильних профілактичних заходів.

Філософія профілактики вчить, що найвищий прояв лікарської мудрості – не вилікувати, а не допустити хвороби. Така діяльність потребує не лише клінічної компетентності, але й етичної зрілості, вміння бачити людину в єдності її фізичного, духовного та соціального буття, імунопрофілактика стає формою медичного гуманізму, де турбота про здоров'я є виразом поваги до життя [9].

Психологія поведінки людини відіграє величезну роль у результатах профілактичних програм. Страх перед вакцинацією, недовіра до медицини, вплив чуток чи дезінформації можуть звести нанівець найкращі медичні зусилля. Тому лікарю важливо розуміти психологічні механізми, які формують ставлення до здоров'я: мотивацію, страхи, рівень обізнаності, життєві цінності.

Доведено, що люди частіше виконують рекомендації, коли почувають себе почутими та зрозумілими. Тож емпатія та вміння будувати діалог – необхідні складові профілактичної роботи [3]. Це підсилює довіру та сприяє підвищенню рівня вакцинації, дотримання гігієнічних норм і своєчасному зверненню до лікаря.

Профілактика ґрунтується на етичних принципах: відповідальності, солідарності, справедливості та поваги до життя. Лікар, який здійснює профілактичну роботу, фактично бере участь у захисті найуразливіших верств населення: дітей, людей похилого віку, осіб з хронічними захворюваннями [3].

Етика профілактики включає також аспект інформованої згоди. Медичний працівник повинен забезпечити пацієнта достовірними, зрозумілими та науково обґрунтованими даними,

щоб людина могла усвідомлено приймати рішення щодо свого здоров'я [8]. Саме комунікація в профілактиці виступає ключовим чинником – вона формує довіру, а довіра є основою будь-якої медичної взаємодії.

Отже, сучасна підготовка лікарів повинна включати глибоке розуміння профілактики як основи здорової нації. Це не може бути лише технічне вміння робити щеплення чи проводити санітарно-просвітницьку роботу. Майбутній фахівець має осягнути філософські, психологічні й соціологічні аспекти профілактики. Саме так формується лікар, який не лише лікує, але й формує здорове середовище.

В Україні вже робляться кроки для вдосконалення профілактичної медицини: впроваджується доказовий підхід, оновлюються освітні програми, посилюються інформаційні кампанії. Але основою будь-яких реформ залишається професійна відповідальність кожного лікаря.

Не менш важливо, що профілактика повинна стати частиною світогляду кожної людини. Усвідомлення того, що здоров'я – це ресурс, який потрібно берегти, сприяє формуванню відповідального стилю життя. Сюди входять такі елементи, як: збалансоване харчування, фізична активність, відмова від шкідливих звичок, уважне ставлення до психічного здоров'я, гігієнічна культура, дотримання календаря щеплень

Висновки. В профілактиці розкривається справжня сутність медицини як мистецтва зберігати життя. Філософія профілактики інфекційних захворювань формує нову парадигму сучасної медицини – від «реактивного» лікування до «проактивного» збереження здоров'я. У цій парадигмі лікар виступає не лише фахівцем, але й моральним лідером, вихователем культури здоров'я та носієм гуманістичних цінностей. Проте, тільки поєднання індивідуальної та суспільної відповідальності здатне забезпечити ефективний захист від інфекційних захворювань як кожного, так і суспільства в цілому.

Список використаних джерел

1. Нужний Н., Петрова О. Захист працівників охорони здоров'я в країнах із низьким рівнем доходу через вакцинацію: бар'єри, політика та етичні обов'язки // *Vaccine Policy Journal*. – 2023. – Т. 10, № 2. – С. 45-54. – doi: 10.1016/vpj.2023.10.004
2. Свінцицька Н. Л., Бобух В. В., Біланов О. С., Білаш В. П. Ключова роль та значення профілактичної медицини у сучасних реаліях сьогодення // *Вісник Полтавського державного медичного університету*. – 2021. – № 2 (160). – С. 273-276. – doi: 10.29254/2077-4214-2021-2-160-273-276
3. Юрків О. М. Етика лікаря в сучасному суспільстві: виклики та перспективи. – Львів: Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького, 2022. – 172 с.
4. Al Zahrani E. M., et al. The Role of Healthcare Leaders in Promoting Vaccine Acceptance in Saudi Arabia // *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. – 2024.
5. Bower J.E. Psychoneuroimmunology: An introduction to immune-to-brain communication and its implications for clinical psychology // *Annual Review of Clinical Psychology*. – 2023. – Vol. 19. – P. 1–27. – doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032821-120724
6. Iserson K. V. Physicians' moral duties during pandemics // *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. – 2023. – Vol. 18, 11. – doi: 10.1186/s13010-023-00138-7.
7. Menatti L., Antonovsky A. Salutogenesis, Adaptivity and the Continuum of Health // *The Salutogenic Model*. – 2025. – Chapter in book. – Springer, Cham. – P. 45–68.
8. NHS England. NHS vaccination strategy — long read. – 2023, December. – NHS England. – URL: https://www.england.nhs.uk/long-read/nhs-vaccination-strategy
9. Regelson W. A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions // *JAMA*. – 2022. – Vol. 328, No. 12. – P. 1141-1143. – DOI: 10.1001/jama.2022.14012.

ФІЛОСОФІЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЗОВНІШНЬОГО ВУХА

Хоролець Ольга Володимирівна,
PHD, доцент кафедри патологічної фізіології з курсом нормальної фізіології,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Ключові слова: зовнішній отит, профілактика запалення, умовно патогенна флора.

Вступ. Запалення зовнішнього вуха є однією з найбільш поширених патологій серед отологічних захворювань та характеризується тенденцією до рецидивуючого перебігу. Захворювання виникає внаслідок порушення бар'єрної функції шкіри зовнішнього слухового проходу, що сприяє колонізації умовно-патогенної мікрофлори. До основних етіологічних чинників належать мікротравматизація, підвищена вологість, мацерація шкіри, використання сторонніх предметів для очищення вуха, тривале носіння навушників, а також наявність супутніх захворювань, зокрема цукрового діабету та дерматозів. Висока частота звернень та ризик ускладнень обумовлюють необхідність удосконалення профілактичних підходів.

Мета дослідження. Оцінити клінічну ефективність комплексу профілактичних заходів щодо попередження виникнення та рецидивів.

Матеріали та методи. Обстежено пацієнтів групи ризику щодо розвитку запалення зовнішнього вуха. Усім хворим проводили клінічний огляд, отоскопію, збір анамнестичних даних та анкетування з метою виявлення факторів ризику. Профілактична програма включала санітарно-просвітницьку роботу, навчання правилам гігієни зовнішнього слухового проходу, виключення травматизації, рекомендації щодо зниження вологості, раціональне застосування місцевих антисептичних і бар'єрних засобів за показами, а також корекцію супутньої коморбідної патології. Ефективність оцінювали за динамікою клінічних симптомів та частотою рецидивів у період спостереження протягом одного року.

Результати. У пацієнтів, які дотримувалися запропонованих профілактичних заходів, відзначалося достовірне зменшення частоти загострень запалень зовнішнього вуха, зниження вираженості больового синдрому, свербежу та ексудації. Спостерігалося покращення стану шкірного покриву зовнішнього слухового проходу та зменшення явищ мацерації. Найбільш значущий профілактичний ефект виявлено у хворих, які відмовилися від механічного очищення вуха сторонніми предметами та контролювали вплив вологого середовища, відмовились від використання навушників. Корекція супутніх метаболічних і дерматологічних порушень сприяла стабілізації перебігу захворювання.

Висновки. Комплексна профілактика запалення зовнішнього вуха є ефективним напрямом зниження захворюваності та частоти рецидивів зовнішніх отитів. Ключовими складовими є усунення факторів ризику, відновлення бар'єрної функції шкіри слухового проходу, раціональне застосування місцевих засобів та підвищення прихильності пацієнтів до гігієнічних рекомендацій. Впровадження профілактичних програм у клінічну практику дозволяє оптимізувати ведення пацієнтів та покращити їх якість життя.

ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ І ПРОГНОЗНА АНАЛІТИКА ЯК ДРАЙВЕР ТРАНСФОРМАЦІЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 5 «П»

Череп Алла Василівна,
доктор економічних наук, професор, завідувач кафедри
фінансів, банківської справи, страхування та фондового ринку;
Воронкова Валентина Григорівна,
доктор філософських наук, професор,
завідувач кафедри управління та адміністрування
Інженерний навчально-науковий інститут ім.Ю.М.Потебні;
Череп Олександр Григорович,
доктор економічних наук, професор,
професор кафедри управління персоналом і маркетингу,
Запорізький національний університет

Анотація. Штучний інтелект і прогнозна аналітика розглядаються як ключові драйвери трансформації системи охорони здоров'я в умовах зростання навантаження на медичні служби, поширення хронічних захворювань та швидкого збільшення обсягів медичних даних. У роботі висвітлюється роль інтелектуальних алгоритмів у переході від реактивної до випереджувальної, пацієнт-орієнтованої моделі медицини, заснованої на прогнозуванні ризиків, персоналізації лікування та підвищенні якості клінічних рішень. Окрему увагу приділено етичним, правовим і організаційним викликам впровадження цифрових технологій, а також перспективам їх інтеграції в сучасні системи охорони здоров'я.

Ключові слова: штучний інтелект, прогнозна аналітика, система охорони здоров'я, цифрова медицина, медицина 5P.

Abstract. Artificial intelligence and predictive analytics are considered key drivers of healthcare system transformation amid growing pressure on medical services, the spread of chronic diseases, and the rapid increase in medical data volumes. The paper highlights the role of intelligent algorithms in the transition from a reactive to a proactive, patient-centered model of medicine based on risk prediction, personalized treatment, and improved clinical decision-making. Particular attention is paid to the ethical, legal, and organizational challenges of implementing digital technologies, as well as the prospects for their integration into modern healthcare systems.

Keywords: artificial intelligence, predictive analytics, healthcare system, digital medicine, 5P medicine.

Штучний інтелект і прогнозна аналітика є одними з ключових драйверів трансформації сучасної та майбутньої системи охорони здоров'я. Їхня актуальність зумовлена глибокими демографічними, епідеміологічними й технологічними змінами: старінням населення, зростанням поширеності хронічних захворювань, перевантаженням медичних систем і одночасним вибуховим зростанням обсягів медичних даних. Традиційна, реактивна модель медицини, орієнтована на лікування вже наявної хвороби, дедалі частіше виявляється неефективною. Натомість виникає потреба у переході до випереджувального підходу, де ключову роль відіграють технології, здатні передбачати ризики, перебіг захворювань і результати медичних втручань ще до появи критичних симптомів. У концептуальному вимірі штучний інтелект у медицині слід розглядати як сукупність алгоритмів і моделей машинного навчання, здатних самостійно виявляти закономірності у складних, багатовимірних медичних даних. Прогнозна аналітика, у свою чергу, є практичним застосуванням цих алгоритмів для оцінювання ймовірності майбутніх подій - розвитку захворювання, ускладнень, відповіді на лікування або потреби в госпіталізації. Їх поєднання формує інтелектуальний інструментарій, який дозволяє перейти від статистичних середніх показників до індивідуалізованих прогнозів, що враховують біологічні, поведінкові, соціальні та середовищні фактори.

Штучний інтелект і прогнозна аналітика в системі охорони здоров'я - це міждисциплінарний напрям, спрямований на автоматизований аналіз великих масивів клінічних, біомедичних і цифрових даних з метою передбачення станів здоров'я, підтримки

клінічних рішень і оптимізації медичних процесів. Йдеться не про заміну лікаря, а про посилення його можливостей: ШІ допомагає виявляти приховані ризики, знижувати діагностичні помилки, підвищувати точність і своєчасність медичних рішень. Особливу цінність ці технології мають у контексті медицини 5P, де прогнозування стає основою профілактики, персоналізації та прецизійного лікування. Таким чином, штучний інтелект і прогнозна аналітика формують нову логіку розвитку охорони здоров'я - від епізодичного лікування до безперервного управління здоров'ям людини протягом усього життя. Вони створюють підґрунтя для більш стійких, ефективних і людиноцентричних медичних систем, водночас актуалізуючи питання етики, прозорості алгоритмів і довіри суспільства до цифрових рішень. Саме баланс між технологічними можливостями та гуманістичними цінностями визначатиме успіх цього напряму в майбутньому.

5P-медицина постає як філософія медицини майбутнього, у центрі якої знаходиться не хвороба, а людина як цілісна біологічна, психологічна й соціальна істота. 5P-медицина - це інтегрований підхід, який використовує дані генетики, біомаркерів, способу життя та цифрових технологій для точного, індивідуального й активного ведення здоров'я пацієнта. Вона ґрунтується на ідеї, що здоров'я не є випадковістю, а результатом пізнання, передбачення та відповідального вибору. Прогностичний підхід дозволяє людині зазирнути у власні потенційні ризики, профілактичний - усвідомити цінність запобігання, а не боротьби з наслідками. Персоналізованість руйнує універсальні схеми лікування, визнаючи унікальність кожного організму, тоді як прецизійність утверджує точність як етичний принцип медицини - не нашкодити зайвим втручанням. Партисипативність же змінює саму роль пацієнта: з пасивного об'єкта він стає активним співтворцем власного здоров'я. Таким чином, 5P-медицина є не лише науковою моделлю, а світоглядом, у якому медицина, технології та відповідальність людини зливаються в єдину систему турботи про життя. Структурована модель медицини 5 «П», що виконує певні рівні, функції, завдання: 1) Прогностична (Predictive) передбачає ризики захворювань на основі аналізу генетичних, біохімічних та клінічних даних. 2) Превентивна / Профілактична (Preventive) спрямована на запобігання хворобам ще до появи симптомів (скринінги, вакцинація, зміни способу життя). 3) Персоналізована (Personalized), в основі якої дікування і профілактика підбираються індивідуально для кожної людини з урахуванням її особливостей. 4) Партисипативна (Participatory), в основі якої пацієнт є активним учасником процесу: поінформований, залучений до прийняття рішень, відповідальний за власне здоров'я. 5) Прецизійна (Precision) як максимально точна діагностика й терапія, заснована на молекулярних та генетичних даних, щоб підвищити ефективність і зменшити побічні ефекти. Характеристика 5P-медицини: 1) Орієнтація на здоров'я, а не лише на хворобу та використання сучасних технологій (геноміка, біоінформатика, Big Data). 2) Індивідуальний підхід замість стандартних схем, що включає раннє виявлення та зниження ризиків. 3) Активна роль пацієнта. 5P-медицина постає як філософія медицини майбутнього, у центрі якої людина як цілісна біологічна, психологічна й соціальна істота. зарубіжний досвід розвитку 5P-медицини демонструє глибоку трансформацію систем охорони здоров'я, у яких людина розглядається як цілісна біологічна, психологічна та соціальна істота. У країнах з розвиненою медичною інфраструктурою 5P-медицина стала філософською та практичною основою переходу від реактивного лікування до проактивного управління здоров'ям. У Сполучених Штатах Америки концепція 5P тісно пов'язана з розвитком прецизійної та персоналізованої медицини. Національні програми, зокрема ініціатива All of Us, спрямовані на збирання генетичних, клінічних і соціальних даних мільйонів людей для прогнозування ризиків захворювань і підбору індивідуальних стратегій профілактики та лікування. Тут активно розвивається партисипативний підхід, за якого пацієнт стає партнером лікаря, а цифрові технології забезпечують постійний моніторинг стану здоров'я. У країнах Європейського Союзу 5P-медицина інтегрується в національні системи охорони здоров'я через акцент на профілактиці та соціальній відповідальності. У Німеччині, Нідерландах, Швеції активно впроваджуються програми ранньої діагностики, генетичного консультування та електронних медичних записів, що дає змогу прогнозувати розвиток

хронічних захворювань і зменшувати навантаження на стаціонарну допомогу. Європейська модель підкреслює етичний вимір 5Р-медицини - захист даних, рівний доступ і міждисциплінарний підхід. У Японії та Південній Кореї 5Р-медицина розвивається у зв'язку з проблемою старіння населення. Тут особлива увага приділяється превентивній та прецизійній складовим: регулярні скринінги, аналіз біомаркерів і використання штучного інтелекту дозволяють підтримувати активне довголіття. Людина розглядається не лише як пацієнт, а як учасник суспільства, чия якість життя є ключовим показником ефективності медицини. Таким чином, зарубіжний досвід свідчить, що 5Р-медицина є не просто технологічною інновацією, а новою гуманістичною парадигмою, де наука, профілактика й свідома участь людини поєднуються задля збереження здоров'я та гідності життя. 5Р-медицина як філософія медицини майбутнього має особливе значення для України в умовах демографічних викликів, зростання хронічних неінфекційних захворювань і обмежених ресурсів системи охорони здоров'я. Перехід від переважно лікувально-реактивної моделі до прогностично-профілактичної дозволить зменшити захворюваність, підвищити якість життя населення та забезпечити більш раціональне використання фінансових і кадрових ресурсів. Зарубіжний досвід підтверджує, що інтеграція принципів 5Р-медицини сприяє гуманізації медичної допомоги, зміцненню довіри між лікарем і пацієнтом та формуванню культури відповідального ставлення до власного здоров'я [1, с.304-306]. Практична реалізація 5Р-медицини в Україні потребує поетапних і системних дій. Насамперед доцільно посилити прогностичний і превентивний напрями шляхом розвитку програм раннього виявлення захворювань, скринінгів та оцінки індивідуальних ризиків на рівні первинної медичної допомоги. Важливим кроком є впровадження персоналізованого підходу з урахуванням вікових, генетичних, соціальних і поведінкових особливостей пацієнтів, що особливо актуально для ведення хронічних хвороб. Окрему увагу слід приділити розвитку партисипативної медицини через підвищення медичної грамотності населення, залучення пацієнтів до прийняття рішень і формування партнерських відносин між лікарем та пацієнтом. Запровадження цифрових технологій, електронних медичних записів і телемедицини сприятиме підвищенню прецизійності діагностики та доступності медичної допомоги, зокрема для сільських і віддалених регіонів. Таким чином, впровадження 5Р-медицини в Україні є стратегічним напрямом розвитку системи охорони здоров'я, який поєднує науковий прогрес із гуманістичними цінностями та орієнтацією на людину. Реалізація цієї моделі здатна забезпечити сталий розвиток медицини, покращення здоров'я населення та наближення України до сучасних європейських стандартів медичної допомоги.

Список використаних джерел

1. Череп А.В., Воронкова В.Г., & Череп О.Г. Вплив цифрової медицини на розвиток цифрової економіки. Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині): зб. Матеріалів IV Міжнародної науково-практичної конференції (23-24 лютого 2023 року). Запоріжжя: ЗДМУ, 2023. С.204-206.

СЕКЦІЯ 2. «МЕДИЦИНА 5Р» – НОВИЙ ПОРЯДОК ДЕННИЙ ДЛЯ ТЕХНОЛОГІЙ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МАЙБУТНЬОГО

ПОДАТКОВА СИСТЕМА МЕДИЦИНИ ТА КОНЦЕПЦІЯ «ЗДОРОВ'Я ЯК СУСПІЛЬНОГО БЛАГА»

Бурашнікова Олена Сергіївна,
аспірантка спеціальності 033 «Філософія»,
Інженерний навчально-науковий інститут ім. Ю.М.Потебні
Запорізького національного університету

Анотація. У статті розглядається феномен податкової системи медицини через призму концепції «здоров'я як суспільного блага». Досліджено, як податкові механізми фінансування охорони здоров'я впливають на доступність медичних послуг, рівень соціальної справедливості та якість життя населення. Показано, що фінансування медицини через податки не лише забезпечує матеріальні ресурси для системи охорони здоров'я, але й виконує морально-етичну функцію, закріплюючи концепцію колективної відповідальності за здоров'я суспільства. Аналіз включає філософські та економічні аспекти, а також порівняльні приклади зарубіжної практики, що демонструють ефективність податкового підходу в контексті суспільного блага.

Ключові слова: податкова система медицини, суспільне благо, соціальна справедливість, доступність медичних послуг, суспільний договір.

Abstract. The article examines the phenomenon of the healthcare taxation system through the prism of the concept of "health as a public good." It examines how tax mechanisms for financing healthcare affect the accessibility of medical services, the level of social justice, and the quality of life of the population. It shows that financing medicine through taxes not only provides material resources for the healthcare system but also performs a moral and ethical function, reinforcing the concept of collective responsibility for the health of society. The analysis includes philosophical and economic aspects, as well as comparative examples of foreign practice demonstrating the effectiveness of the tax approach in the context of public welfare.

Keywords: tax system of medicine, public welfare, social justice, accessibility of medical services, social contract

Сучасна система охорони здоров'я в Україні та світі стикається з проблемами нерівного доступу до медичних послуг, нестачі фінансування та зростанням соціально-економічних ризиків, пов'язаних зі здоров'ям населення. Податкова система медицини виступає ключовим інструментом забезпечення сталого фінансування охорони здоров'я, дозволяючи реалізувати принципи соціальної справедливості та рівного доступу до медичних послуг. Актуальність теми зумовлена необхідністю переосмислення механізмів фінансування медицини в контексті соціально-економічних змін, розвитку інноваційних моделей охорони здоров'я та інтеграції принципів 5Р-медицини. Концепція «здоров'я як суспільного блага» базується на ідеї, що здоров'я є не лише індивідуальною цінністю, а ресурсом, користь від якого поширюється на всю спільноту. У цьому контексті податкова система медицини виступає механізмом реалізації колективної відповідальності: держава через податки забезпечує фінансування медичних послуг, що дозволяє гарантувати рівний доступ, профілактику захворювань і підвищення тривалості та якості життя населення.

Концепція «здоров'я як суспільного блага» підкреслює, що здоров'я індивіда безпосередньо впливає на соціальну та економічну стабільність суспільства, а його забезпечення є колективною відповідальністю держави та громадян. Актуальність теми зумовлена необхідністю переосмислення механізмів фінансування медицини в контексті соціально-економічних змін, розвитку інноваційних моделей охорони здоров'я та інтеграції принципів 5Р-медицини. Податкова система медицини розглядається як організаційно-

економічний механізм, що забезпечує фінансування медичних послуг через податки та збори, одночасно виконуючи соціальну, економічну та морально-етичну функції. Концептуально поєднуються економічні, соціальні та філософські аспекти: податки забезпечують матеріальні ресурси, а ідея суспільного блага формує моральну та етичну основу фінансування медицини.

Податкова система медицини - це комплекс законодавчих, фінансових та організаційних механізмів, через які держава збирає кошти у формі податків і цільових зборів для забезпечення функціонування системи охорони здоров'я та рівного доступу населення до медичних послуг. Здоров'я як суспільне благо це концепція, що визначає здоров'я населення не лише як індивідуальну цінність, а як ресурс, користь від якого розповсюджується на все суспільство, і забезпечення якого є колективною відповідальністю держави та громадян. Сучасна система охорони здоров'я в Україні та світі стикається з проблемами нерівного доступу до медичних послуг, нестачі фінансування та зростанням соціально-економічних ризиків, пов'язаних зі здоров'ям населення. Податкова система медицини виступає ключовим інструментом забезпечення сталого фінансування охорони здоров'я, дозволяючи реалізувати принципи соціальної справедливості та рівного доступу до медичних послуг. Концепція «здоров'я як суспільного блага» підкреслює, що здоров'я індивіда безпосередньо впливає на соціальну та економічну стабільність суспільства, а його забезпечення є колективною відповідальністю держави та громадян.

Сутність концепції полягає у поєднанні трьох основних аспектів: 1) Соціально-етичний - здоров'я розглядається як фундаментальне право людини, а держава має моральний обов'язок забезпечити його доступність для всіх громадян. 2) Економічний - фінансування охорони здоров'я через податки сприймається як інвестиція у суспільне благо, оскільки здорове населення сприяє економічному розвитку та стабільності держави. 3) Функціонально-організаційний - податкова система медицини забезпечує ресурси для підтримки інфраструктури охорони здоров'я, розподілу медичних послуг, скринінгів, профілактики та лікування.

Складові концепції: 1) Фінансова складова - податки та збори як основне джерело фінансування охорони здоров'я; прогнозування бюджетних надходжень для забезпечення сталості системи. 2) Соціальна складова - рівний доступ до медичних послуг для всіх верств населення; соціальна справедливість у розподілі ресурсів охорони здоров'я. 3) Етична складова - формування культури колективної відповідальності за здоров'я суспільства; моральна легітимність збору податків на охорону здоров'я. 4) Превентивна та профілактична складова - податкове фінансування програм скринінгу та профілактики хвороб; орієнтація на збереження здоров'я, а не лише на лікування хвороб. 5) Управлінська та організаційна складова - створення ефективних механізмів розподілу коштів; забезпечення прозорості та контролю за використанням податкових ресурсів. 6) Інноваційна складова - використання сучасних технологій (штучний інтелект, прогнозна аналітика) для оптимізації фінансування та медичної допомоги; підтримка персоналізованих та прецизійних моделей лікування в рамках концепції 5P-медицини. Сутність концепції «здоров'я як суспільного блага» полягає у поєднанні соціальної справедливості, колективної відповідальності та економічної ефективності.

Податкова система медицини є інструментом реалізації цих принципів, а її складові формують комплексну модель забезпечення здоров'я населення на рівні держави. Податкова система медицини та концепція «здоров'я як суспільного блага» є актуальними у сучасних умовах розвитку охорони здоров'я в Україні та світі. Система охорони здоров'я стикається з проблемами нерівного доступу до медичних послуг, нестачі фінансування та зростання соціально-економічних ризиків, пов'язаних зі здоров'ям населення. Податкова система медицини виступає ключовим механізмом забезпечення сталого фінансування охорони здоров'я, дозволяючи реалізувати принципи соціальної справедливості та рівного доступу до медичних послуг. Концепція «здоров'я як суспільного блага» підкреслює, що здоров'я окремої людини безпосередньо впливає на соціальну та економічну стабільність суспільства, його забезпечення є колективною відповідальністю держави та громадян.

Сутність концепції полягає у тому, що здоров'я розглядається не лише як індивідуальна цінність, а як ресурс, користь від якого поширюється на всю спільноту. Податкова система медицини виступає інструментом реалізації колективної відповідальності: держава через податки забезпечує фінансування медичних послуг, що дозволяє гарантувати рівний доступ, профілактику захворювань та підвищення тривалості та якості життя населення. Концептуально поєднуються економічні, соціальні та етичні аспекти: податки забезпечують матеріальні ресурси, а ідея суспільного блага формує моральну та етичну основу фінансування медицини [1, с.10-13].

Отже, концепція «здоров'я як суспільного блага» у поєднанні з податковою системою медицини формує комплексну модель, яка забезпечує рівний доступ до медичних послуг, реалізує соціальну справедливість та підвищує ефективність використання ресурсів охорони здоров'я. Вона поєднує економічні, соціальні та етичні підходи, створюючи основу для трансформації сучасної системи охорони здоров'я та впровадження інноваційних моделей, таких як 5P-медицина. Концепція «здоров'я як суспільного блага» у поєднанні з податковою системою медицини демонструє глибоку філософську ідею колективної відповідальності та взаємозв'язку особистого і суспільного. Здоров'я людини перестає бути лише індивідуальною цінністю і стає фундаментальним ресурсом, що формує соціальну гармонію, економічну стабільність і моральну основу розвитку суспільства. Податки, як механізм фінансування охорони здоров'я, набувають не лише економічного, а й етичного значення, виступаючи інструментом реалізації принципів рівності, справедливості та солідарності. Таким чином, система охорони здоров'я через податкове фінансування стає не просто організаційною структурою, а проявом філософії суспільного блага, де мораль, економіка і соціальна відповідальність поєднуються для забезпечення гідності та цілісності життя кожної людини.

Практичні рекомендації: 1) Впроваджувати прогресивну систему зборів, яка враховує фінансові можливості громадян, щоб збільшити ресурсну базу для медицини. 2) Забезпечити прозорість надходжень і контроль за використанням податків у сфері охорони здоров'я. 3) Розподіляти податкові кошти так, щоб гарантувати доступність лікування та профілактичних програм для всіх верств населення, особливо для малозабезпечених та сільських регіонів. 4) Використовувати штучний інтелект, прогнозну аналітику та електронні медичні системи для ефективного планування бюджету, оцінки ризиків і управління ресурсами охорони здоров'я. 5) Впроваджувати механізми участі населення у контролі та оцінці ефективності витрат на медицину, закріплюючи ідею колективної відповідальності за здоров'я суспільства. 6) Закріпити законодавчо концепцію «здоров'я як суспільного блага» та обов'язкове фінансування охорони здоров'я через податки, забезпечуючи стабільність та передбачуваність системи.

Список використаних джерел

1. Воронкова В.Г., Андрюкайтене Р. Тенденції розвитку філософії медицини XXI століття у контексті зарубіжного досвіду. Збірник матеріалів III Всеукраїнської науковопрактичної конференції з міжнародною участю «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (24-25 лютого 2022 року). Запоріжжя: ЗДМУ, 2022. С.10-13

ЕЛЕКТРОННА ДЕМОКРАТІЯ ЯК ІНСТРУМЕНТ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я: УРОКИ ФІНЛЯНДІЇ ТА ПОТЕНЦІАЛ УКРАЇНИ В УМОВАХ «МЕДИЦИНИ 5Р»

Фарина Ганна Юріївна, магістр групи 7.D4.25-1-з;
Воронкова Валентина Григорівна, доктор філософських наук,
професор, завідувачка кафедри управління та адміністрування,
Інженерний навчально-науковий інститут ім. Ю.М.Потебні
Запорізького національного університету

Анотація. У роботі досліджується електронна демократія як сучасна соціально-політична та управлінська концепція трансформації системи охорони здоров'я в умовах цифровізації та сталого розвитку. На прикладі Фінляндії проаналізовано механізми участі громадян у формуванні політики охорони здоров'я, управління медичними даними та використання цифрових платформ у межах національної системи e-health. Особливу увагу приділено ролі цифрової медицини, телемедицини та штучного інтелекту як чинників, що підвищують соціальну стійкості, прозорості управління та людиноцентризму. Визначено ключові напрями адаптації фінського досвіду в Україні з урахуванням викликів цифрової нерівності, кібербезпеки та євроінтеграційних процесів.

Ключові слова: електронна демократія, цифрова медицина, охорона здоров'я, сталий розвиток, людиноцентризм, штучний інтелект.

Abstract. The paper examines e-democracy as a modern socio-political and governance concept for transforming the healthcare system in the context of digitalization and sustainable development. Using the example of Finland, the mechanisms of citizen participation in healthcare policy-making, medical data governance, and the use of digital platforms within the national e-health system are analyzed. Particular attention is paid to the role of digital medicine, telemedicine, and artificial intelligence as factors enhancing social resilience, governance transparency, and human-centeredness. The key directions for adapting the Finnish experience in Ukraine are identified, taking into account the challenges of digital inequality, cybersecurity, and European integration processes.

Keywords: e-democracy, digital medicine, healthcare, sustainable development, human-centeredness, artificial intelligence.

Сучасний етап розвитку суспільства характеризується глибокими соціально-політичними та технологічними трансформаціями, в межах яких цифровізація постає не лише як технічний інструмент, а як фундаментальна управлінська та соціально-філософська концепція. У системі охорони здоров'я ці процеси виявляються через формування електронної демократії, що передбачає розширення участі громадян у прийнятті рішень, прозорість управління та децентралізацію владних повноважень [5, с. 9]. Електронна демократія в медицині розглядається як соціально-політична модель взаємодії держави, медичних інституцій і громадян за допомогою цифрових платформ, електронних сервісів, відкритих реєстрів та механізмів зворотного зв'язку. В межах цієї моделі пацієнт перестає бути пасивним об'єктом лікування та набуває статусу активного суб'єкта управління власним здоров'ям, що відповідає принципам людиноцентризму та партисипативного врядування [7, с. 16].

Особливо показовим у цьому контексті є досвід Фінляндії - однієї з провідних країн Європи у сфері цифрової медицини. Ключовим елементом фінської моделі електронної демократії в охороні здоров'я є національна платформа Kanta, яка забезпечує громадянам доступ до електронних медичних записів, електронних рецептів та історії лікування. Пацієнти мають право контролювати використання власних медичних даних, обмежувати або надавати доступ до них, що формує високий рівень довіри між громадянами та державою [2, с. 14]. Важливу роль у розвитку електронної демократії в медицині Фінляндії відіграє цифрова медицина як інноваційна парадигма сталого розвитку. Телемедицина, електронні консультації, дистанційні консиліуми лікарів та цифрове навчання медичного персоналу забезпечують безперервність медичної допомоги, зменшують територіальні та соціальні бар'єри доступу до послуг і підвищують адаптивність системи охорони здоров'я до кризових

викликів [1, с. 16]. Значущим чинником трансформації є впровадження штучного інтелекту та аналітики великих даних, що дозволяє здійснювати прогнозування захворювань, оптимізацію ресурсів та підтримку управлінських рішень. Як зазначають Валентина Воронкова та Віталіна Нікітенко, цифрова медицина в поєднанні з ШІ формує новий тип медичної раціональності, орієнтований на превентивність, персоналізацію та соціальну стійкість [8, с. 18].

З метою систематизації ключових відмінностей та визначення напрямів адаптації доцільно здійснити порівняльний аналіз фінської моделі електронної демократії в медицині та актуальних потреб України.

Таблиця 1

Порівняльний аналіз: досвід Фінляндії та потреби України

Аспект	Фінляндія	Україна: пріоритетні кроки
Участь громадян	Електронні консультації, участь пацієнтів у політиках	Запровадження системної е-участі
Управління даними	Контроль пацієнтів через Kanta	Посилення прав на медичні дані
Прозорість	Відкриті дані та аналітика	Розширення медичних реєстрів
Телемедицина	Інституціоналізована практика	Законодавче закріплення
Цифрова грамотність	Постійне навчання	Національні освітні програми
Кібербезпека	Високі стандарти захисту	Посилення кіберзахисту

(сформовано авторами)

Попри високий рівень розвитку, навіть фінська модель стикається з викликами, зокрема етичними питаннями використання медичних даних, необхідністю постійного оновлення кібербезпеки та забезпечення інклюзивного доступу до цифрових сервісів [5, с. 41]. Для України ці виклики є особливо актуальними з огляду на цифрову нерівність та воєнні умови. Отже, електронна демократія в системі охорони здоров'я постає як цілісна соціально-політична концепція, що поєднує цифрову медицину, участь громадян та принципи сталого розвитку. Досвід Фінляндії демонструє ефективність людиноцентричного та прозорого цифрового врядування у сфері охорони здоров'я. Адаптація цього досвіду в Україні потребує розвитку електронної участі, інституціоналізації телемедицини, підвищення цифрової грамотності та посилення захисту медичних даних. У цьому контексті електронна демократія виступає не лише інструментом цифровізації, а механізмом зміцнення соціальної стійкості та довіри між державою і громадянами [3, с.274-279].

Електронна демократія в системі охорони здоров'я є важливим інструментом підвищення прозорості, ефективності та орієнтованості на потреби громадян. Досвід Фінляндії демонструє, що поєднання цифрових платформ участі, електронних сервісів охорони здоров'я та високого рівня довіри до інституцій дозволяє залучати громадян до формування політики, ухвалення рішень і контролю якості медичних послуг. Ключовими чинниками успіху є розвинена цифрова інфраструктура, захист персональних даних, цифрова грамотність населення та чітке правове регулювання. Для України впровадження елементів електронної демократії в охороні здоров'я відкриває значні можливості: посилення підзвітності органів влади, зменшення корупційних ризиків, підвищення якості послуг і краща комунікація між державою та пацієнтами. Водночас існують виклики, зокрема нерівний доступ до цифрових технологій, потреба в підвищенні цифрової грамотності та необхідність удосконалення нормативно-правової бази. Отже, адаптація фінського досвіду з урахуванням українських реалій може стати важливим кроком до модернізації системи охорони здоров'я та розвитку демократичного врядування, за умови поетапного впровадження, інституційної підтримки та активної участі громадянського суспільства.

Рекомендації для України, які можна запозичити з фінського досвіду електронної демократії в системі охорони здоров'я: 1. За прикладом фінської системи Kanta доцільно розвивати інтегровані платформи, де громадяни мають доступ до електронних медичних записів, рецептів, результатів аналізів та можуть контролювати використання даних.

2. У Фінляндії активно використовуються електронні консультації, онлайн-опитування та громадські обговорення щодо реформ у сфері охорони здоров'я. В Україні варто розширити механізми на рівні МОЗ і місцевих громад. 3. Фінський досвід показує, що довіра громадян напряму залежить від надійного захисту медичної інформації. Україні необхідно вдосконалювати законодавство та технічні стандарти кібербезпеки. 4. Важливо інвестувати в навчальні програми для лікарів і пацієнтів, щоб електронні сервіси були зрозумілими та доступними для всіх вікових і соціальних груп. 5. Запровадження відкритих даних, електронних звітів і цифрових інструментів моніторингу якості медичних послуг, як у Фінляндії, допоможе зменшити корупційні ризики та підвищити довіру до системи. 6. Фінляндія впроваджувала електронну демократію поступово, тестуючи рішення на пілотних проєктах. Для України це особливо важливо з урахуванням регіональних відмінностей і навантаження на систему охорони здоров'я. Фінський досвід може стати практичним орієнтиром для України, якщо його адаптувати до національних умов, ресурсів і потреб громадян. Використання фінського досвіду електронної демократії в охороні здоров'я може стати для України важливим інструментом сталого розвитку системи, підвищення довіри громадян і ефективності державного управління в цій сфері.

Список використаних джерел

1. Андрюкайтене Р., Метеленко Н.Г., Воронкова В.Г. Основні тенденції трансформації цифрової медицини під впливом технологій штучного інтелекту. Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини: матеріали VI Міжнар. наук.-практ. конф. Запоріжжя: ЗДМФУ, 2025. С. 15–17.
2. Воронкова В. Г., Нікітенко В. О. Вплив штучного інтелекту на розвиток цифрової медицини: міжнародний досвід. Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини. Запоріжжя: ЗДМФУ, 2025. С. 17-20.
3. Воронкова В.Г. Цифровий розвиток та електронна демократія. Геостратегічні трансформації та траєкторія національної безпеки в контексті відбудови і сталого розвитку України: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (25-26 травня 2023 року, м. Запоріжжя) / наук. ред. Н. Г. Метеленко ; Інженерний навчально-науковий інститут ім. Ю.М. Потебні Запорізького національного університету. Одеса: Олді+, 2023. С.274-279.
4. Міністерство охорони здоров'я України. Стратегія розвитку електронної системи охорони здоров'я України. Київ, 2023.
5. Finnish Ministry of Social Affairs and Health. Digitalisation in health and social services. Helsinki, 2022.
6. OECD. Health in the 21st Century: Putting Data to Work for Stronger Health Systems. Paris: OECD Publishing, 2022.
7. United Nations. E-Government Survey 2022: The Future of Digital Government. New York: UN, 2022.
8. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva: WHO, 2021.

ЛЮДИНОЦЕНТРИЗМ МЕДИЦИНИ ЯК БАЗОВИЙ ПРИНЦИП ЦИФРОВОГО ГУМАНІЗМУ

Коломоєць Ірина Василівна,
аспірантка спеціальності 033 «Філософія»,
Інженерний навчально-науковий інститут ім. Ю.М.Потебні
Запорізького національного університету

Анотація. У статті здійснено філософсько-етичний аналіз соціально-етичних та деонтологічних проблем сучасної медицини в умовах цифрової трансформації системи охорони здоров'я. Розглянуто вплив цифрових технологій, штучного інтелекту та телемедицини на професійну відповідальність лікаря, характер лікарсько-пацієнтських

відносин, дотримання принципів медичної етики та захисту персональних даних пацієнтів. Особливу увагу приділено концепції цифрового гуманізму як людиноцентричної парадигми, що поєднує технологічні інновації з гуманістичними цінностями, принципами справедливості, гідності та автономії особистості.

Ключові слова: сучасна медицина, медична етика, цифровий гуманізм, штучний інтелект, цифровізація охорони здоров'я

Abstract. The article provides a philosophical and ethical analysis of the socio-ethical and deontological problems of modern medicine in the context of the digital transformation of the healthcare system. It examines the impact of digital technologies, artificial intelligence, and telemedicine on the professional responsibility of doctors, the nature of doctor-patient relationships, compliance with the principles of medical ethics, and the protection of patients' personal data. Particular attention is paid to the concept of digital humanism as a human-centered paradigm that combines technological innovation with humanistic values, principles of justice, dignity, and personal autonomy.

Keywords: modern medicine, medical ethics, digital humanism, artificial intelligence, digitalization of healthcare

Цифровий гуманізм виходить із пріоритету гідності, автономії та цінності людського життя над технологічною ефективністю. У медицині це означає, що цифрові технології не можуть замінити лікарську відповідальність, емпатію та моральний вибір, а повинні слугувати інструментом посилення гуманістичної місії медицини. Соціально-етична проблема полягає в ризику редукції пацієнта до «цифрового профілю», набору даних чи алгоритмічної моделі, що суперечить принципам медичної етики. У цифровій медицині змінюється характер професійної відповідальності лікаря. Використання алгоритмів ШІ у діагностиці та лікуванні породжує деонтологічні дилеми: хто несе відповідальність за помилку - лікар чи алгоритм; як зберегти принцип «не нашкодь» за умов автоматизованих рішень; яким чином лікар повинен критично оцінювати рекомендації цифрових систем. Цифровий гуманізм наполягає на збереженні морального суверенітету лікаря, який залишається ключовим суб'єктом прийняття рішень. Однією з центральних соціально-етичних проблем сучасної медицини є збереження конфіденційності та безпеки медичної інформації. У контексті цифрового гуманізму дані пацієнта розглядаються не як ресурс ринку, а як елемент його особистої гідності та приватності. Порушення цифрових прав людини в медицині підриває довіру між лікарем і пацієнтом та суперечить деонтологічним нормам професії. Цифровізація медицини загострює проблему соціальної нерівності доступу до медичних послуг. Не всі соціальні групи мають однакові можливості користуватися телемедициною чи цифровими сервісами. З позицій цифрового гуманізму справедливість і солідарність є ключовими етичними принципами, що вимагають адаптації цифрових інновацій до потреб уразливих груп населення, особливо в умовах криз та війни. Цифрові технології змінюють комунікацію між лікарем і пацієнтом, що створює нові деонтологічні виклики: знеособлення спілкування, зменшення емпатії, формалізація взаємин. Цифровий гуманізм акцентує на необхідності збереження діалогу, довіри та співпереживання як фундаментальних цінностей медичної практики. Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини в умовах цифровізації потребують філософського переосмислення на засадах цифрового гуманізму. Саме ця концепція дозволяє інтегрувати технологічний прогрес із гуманістичними цінностями, забезпечуючи баланс між інноваціями, професійною відповідальністю лікаря та захистом прав і гідності пацієнтів.

Як свідчить аналіз, цифровий гуманізм у сучасній медицині постає як відповідь на стрімку технологізацію системи охорони здоров'я, зумовлену впровадженням штучного інтелекту, великих масивів медичних даних, телемедицини та цифрових платформ управління лікувальними процесами. Водночас цифрова трансформація медицини породжує низку соціальних, етичних і деонтологічних проблем, що ставлять під сумнів збереження людиноцентричної парадигми медичної діяльності. Однією з ключових проблем цифрового гуманізму в медицині є загроза знеособлення пацієнта. Алгоритмізація діагностики та

лікування сприяє редукції особистості до набору цифрових показників і статистичних моделей, що суперечить гуманістичному розумінню людини як унікальної, цілісної та автономної істоти. У таких умовах зростає ризик втрати емпатійного виміру медицини та зниження якості лікарсько-пацієнтських відносин. Іншою суттєвою проблемою є трансформація професійної відповідальності лікаря. Використання систем штучного інтелекту у клінічній практиці створює деонтологічні дилеми щодо суб'єкта моральної та юридичної відповідальності за прийняті рішення. Цифровий гуманізм наголошує на необхідності збереження пріоритету лікарського судження, критичного мислення та моральної відповідальності фахівця, навіть за умов активного використання цифрових інструментів. Важливим викликом цифрового гуманізму є проблема захисту персональних медичних даних. У цифровій медицині інформація про стан здоров'я пацієнта набуває статусу стратегічного ресурсу, що підвищує ризики її комерціалізації, витоку та несанкціонованого використання. З позицій цифрового гуманізму право на приватність і цифрову безпеку розглядається як невід'ємний елемент людської гідності та медичної етики. Суттєвим соціальним аспектом є цифрова нерівність у доступі до медичних послуг. Неоднаковий рівень цифрової грамотності, економічні та інфраструктурні обмеження унеможливлюють рівний доступ різних соціальних груп до телемедицини та інноваційних методів лікування. Це суперечить принципам справедливості та солідарності, які становлять основу цифрового гуманізму. Окремої уваги потребує ризик технологічного домінування над етичними цінностями. Орієнтація виключно на ефективність, швидкість і оптимізацію медичних процесів може призвести до маргіналізації моральних критеріїв прийняття рішень. У цьому контексті цифровий гуманізм постає як критична парадигма, що вимагає етичного контролю над впровадженням інновацій та інтеграції гуманітарного знання в медичну практику. Таким чином, проблеми цифрового гуманізму в контексті сучасної медицини зумовлені необхідністю узгодження технологічного прогресу з фундаментальними цінностями медичної етики та деонтології. Подолання цих проблем можливе за умови формування нормативно-етичних механізмів регулювання цифрової медицини, розвитку етичної компетентності медичних працівників і збереження пріоритету людської гідності як основи медичної діяльності.

У провідних країнах світу проблеми цифрового гуманізму в медицині розглядаються як складова державної політики, етичного регулювання та міждисциплінарного діалогу між медициною, філософією, правом і цифровими технологіями. Зарубіжний досвід демонструє прагнення поєднати інноваційний розвиток систем охорони здоров'я з дотриманням гуманістичних цінностей, прав людини та професійної відповідальності медичних працівників. Одним із ключових напрямів є інституціоналізація етичного контролю цифрових медичних технологій. У країнах Європейського Союзу впроваджуються нормативні акти та етичні кодекси, спрямовані на забезпечення людиноцентричного використання штучного інтелекту в медицині. Особливу увагу приділено принципам прозорості алгоритмів, пояснюваності рішень та обов'язковій участі лікаря у клінічному виборі. Це дозволяє мінімізувати ризик автоматизованого ухвалення рішень без урахування індивідуальних особливостей пацієнта. У США та Канаді акцент робиться на посиленні деонтологічної відповідальності лікаря в умовах цифровізації. Системи штучного інтелекту розглядаються як допоміжні інструменти, а не автономні суб'єкти прийняття рішень. Медичні асоціації розробляють рекомендації щодо етичного використання цифрових технологій, наголошуючи на збереженні принципів «не нашкодь», автономії пацієнта та інформованої згоди. У країнах ЄС діє сувора система правового регулювання, що гарантує пацієнтам контроль над власними даними та обмежує їх комерційне використання. Дані розглядаються не лише як інформаційний ресурс, а як елемент особистої гідності людини, що відповідає ціннісним засадам цифрового гуманізму. Значна увага приділяється подоланню цифрової нерівності у сфері охорони здоров'я. У скандинавських країнах та Японії державні програми спрямовані на підвищення цифрової грамотності населення, розвиток телемедицини в сільських регіонах і забезпечення доступності цифрових сервісів для людей похилого віку та осіб з інвалідністю. Такий підхід реалізує принцип соціальної справедливості як одну з базових ідей цифрового

гуманізму. У провідних університетах Європи та Північної Америки до навчальних програм включаються курси з медичної етики, філософії технологій, біоетики та цифрового гуманізму. Таким чином, зарубіжний досвід демонструє, що вирішення проблем цифрового гуманізму в сучасній медицині ґрунтується на поєднанні правового регулювання, етичного контролю, професійної відповідальності лікаря та гуманістичної освіти. Такий підхід дозволяє забезпечити баланс між технологічним прогресом і збереженням фундаментальних цінностей медицини, орієнтованої на людину. Зарубіжний досвід засвідчує, що ефективне вирішення проблем цифрового гуманізму в сучасній медицині можливе за умови поєднання технологічних інновацій із чітким етичним та правовим регулюванням. Пріоритет людиноцентризму, збереження професійної відповідальності лікаря, захист персональних медичних даних і подолання цифрової нерівності виступають ключовими орієнтирами розвитку цифрової медицини. Такий підхід забезпечує баланс між цифровим прогресом і гуманістичними цінностями охорони здоров'я. Людиноцентризм медицини як базовий принцип цифрового гуманізму забезпечує пріоритет гідності, автономії та індивідуальних прав пацієнта над технологічною ефективністю, підкреслюючи необхідність поєднання інновацій із збереженням етичних та деонтологічних стандартів медичної практики. Збереження людиноцентризму є ключем до етично відповідальної та соціально орієнтованої цифрової медицини [1, с.56-67].

Список використаних джерел

1. Коломоєць І. Цифровий гуманізм як соціокультурна парадигма гуманістично-орієнтованого суспільства цифрової епохи. HUMANITIES STUDIES: збірник наукових праць / Голов. ред. В. Г. Воронкова. Запоріжжя: Видавничий дім «Гельветика», 2025. Випуск 25 (102).268 с. С.56-67. DOI: https://doi.org/10.32782/hst-2025-25-102-06

РЕПРОДУКЦІЯ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ: ВИКЛИКИ ТА СТРАТЕГІЇ 2026

Кулєш Ірина Олександрівна, генеральний директор;
Анікін Іван Олександрович, к. мед.н., медичний директор;
Ісмаілова Ельміра Яшарівна, лікар-акушер-гінеколог,
заступник медичного директора з гінекології,
дитячої гінекології та репродуктивної медицини,
КНП «Територіальне медичне об'єднання «Здорова родина»
Запорізької обласної ради

Актуальність теми. Станом на січень 2026 року демографічна безпека України офіційно визнана фундаментом національного виживання. Затяжна війна спричинила безпрецедентну кризу: сумарний коефіцієнт фертильності впав до 0,7-0,8, що є найнижчим показником у світі. За умов, коли смертність перевищує народжуваність утричі, питання продовження роду виходить за межі особистого вибору та стає актом державного значення.

Пріоритетність демографічної безпеки реалізується через три ключові вектори. По-перше, це медико-технологічна стійкість: держава гарантує військовослужбовцям безоплатну кріоконсервацію біоматеріалу, створюючи «страховий фонд» генетичного коду нації. По-друге, це фінансова адаптація: у 2026 році продовжені розширені виплати та пільгові програми ДРТ (ЕКЗ) через НСЗУ, що робить репродуктивні технології доступними попри економічні труднощі. По-третє, це зміна суспільної парадигми: народження дитини сприймається як найпотужніша форма цивільного спротиву та віри в перемогу.

У 2026 році технологічний ландшафт репродуктивної медицини в Україні став прямою відповіддю на екстремальні виклики війни. Коли традиційні методи планування сім'ї стикнулися з факторами постійного стресу, загрози життю та демографічної кризи, галузь трансформувалася у високотехнологічний сектор, що поєднує автономність, цифровізацію та передову генетику.

Сутність проблеми. Головною технологічною перемогою 2026 року стала повна автономність репродуктивних центрів. Сучасні ембріолабораторії та кріосховища тепер функціонують як об'єкти критичної інфраструктури. Вони оснащені системами безперебійного живлення, сонячними станціями та резервними запасами рідкого азоту, що гарантує збереження біоматеріалу навіть під час тривалих блекаутів. Наявність операційних та кріосховищ у спеціально обладнаному укритті, яке сертифіковане за міжнародними стандартами безпеки, дозволяє проводити пункції яєчників та переноси ембріонів без переривання на повітряні тривоги.

Велике значення мають - національна мережа кріобанків та «Біологічний бронежилет». Технологічна відповідь 2026 року — це масова кріоконсервація як стандарт безпеки. Завдяки Державі процедура забору та зберігання біоматеріалу для військовослужбовців стала максимально доступною. Військовий може за лічені хвилини знайти найближчий сертифікований кріобанк через смартфон за посиланням на портал МОЗ України. Технологія вітрифікації (надшвидкого заморожування) дозволяє зберігати яйцеклітини та сперматозоїди десятиліттями без втрати їхньої життєздатності, що стало «страховим полісом» для тисяч українських родин.

Наступним, не менш важливим, етапом є преімплантаційна генетична діагностика (PGT-A). В умовах 2026 року, коли фактори воєнного середовища (токсичні продукти вибухів, важкі метали, радіаційні ризики) підвищують імовірність хромосомних аномалій, технологія PGT-A стала рутинною. Сучасні методи секвенування наступного покоління (NGS) дозволяють перевірити ембріон на понад 200 генетичних захворювань ще до перенесення в порожнину матки. Це технологічно мінімізує ризики викиднів, які часто трапляються через воєнний стрес, та гарантує народження здорового покоління. На даний час широко впроваджуються штучний інтелект у селекції та телемедицина. Впровадження алгоритмів штучного інтелекту для аналізу морфології сперматозоїдів та розвитку ембріонів у 2026 році дозволило підвищити ефективність програм ЕКЗ до 55-60% навіть у складних клінічних випадках. Окрім того, розвиток телемедичних платформ під егідою НСЗУ дозволяє пацієнтам проходити підготовку до зачаття та моніторинг вагітності дистанційно, мінімізуючи небезпечні переміщення між містами.

Висновки. Технологічна відповідь 2026 року — це не просто нове обладнання, а цілісна система, де висока наука стоїть на захисті тендітного людського життя. Вона дає українцям інструменти для подолання «біологічного годинника» та наслідків війни, перетворюючи репродуктивну медицину на головну технологію майбутньої перемоги. Репродукція сьогодні — це акт віри в майбутнє та найпотужніший внесок у демографічну безпеку нації.

Список використаних джерел

1. Zhylka NYa, Shcherbinska OS, Goida NH, Golubchikov MV. The impact of national strategies for preserving repro-ductive health on the improvement of the demographic situation in Ukraine. Reprod Health Woman. 2024;(4):8-15. doi: 10.30841/2708-8731.4.2024.308990.

2. Zhdanova O.V. Medical and socio-logical research on the readiness of student youth to form a personal healthy lifestyle and determine the factors influ-encing motivational mechanisms. Reprod Health Woman. 2025; (3): 53-58 doi: 10.30841/2708-8731.3.2025.329492

3. Ukraine crisis briefing. URL: https://www.rescue.org/eu/country/ukraine?gclid=Cj0KCQjwldKmBhCCA RIsAP-0rfybYzBpwaV6pqG9zQF09FunDeMq36GlpklmxDg4pmcv60QE9FsU6nIaAgmPEALw_wcB

МОЖЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я ДЛЯ УКРАЇНИ: АНАЛІЗ КРАЩИХ ПРАКТИК ТА ПЕРСПЕКТИВ ЇХ УПРОВАДЖЕННЯ В СИСТЕМУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ

Літке Наталя Володимирівна, магістр групи 7.D4.25-1-з спеціальності «Публічне управління та адміністрування»;
Воронкова Валентина Григорівна, доктор філософських наук, професор, завідувачка кафедри управління та адміністрування, Інженерний навчально-науковий інститут ім. Ю.М.Потебні Запорізького національного університету

Анотація. У статті проаналізовано зарубіжний досвід управління системами охорони здоров'я та його можливості адаптації в Україні в контексті публічного управління. Розглянуто основні моделі організації охорони здоров'я, механізми фінансування, децентралізації та цифровізації, а також кадрову політику та інституційні аспекти. Обґрунтовано перспективи впровадження кращих міжнародних практик в українську систему охорони здоров'я, визначено основні напрямки реформ та практичні рекомендації щодо підвищення ефективності публічного управління.

Ключові слова: зарубіжний досвід, охорона здоров'я, публічне управління, адаптація, децентралізація, цифровізація.

Abstract. The article analyzes foreign experience in health care management and its potential adaptation in Ukraine in the context of public administration. The main models of health care organization, financing mechanisms, decentralization and digitalization, as well as personnel policy and institutional aspects, are examined. The prospects for implementing the best international practices in the Ukrainian health care system are substantiated, and the main directions of reforms and practical recommendations for improving the efficiency of public administration are identified.

Keywords: foreign experience, health care, public administration, adaptation, decentralization, digitalization

Реформування системи охорони здоров'я в Україні відбувається в умовах трансформації публічного управління, євроінтеграційних процесів та обмежених фінансових ресурсів. У цьому контексті вивчення та адаптація успішних зарубіжних управлінських практик є важливим інструментом підвищення ефективності державної політики у сфері охорони здоров'я. До найбільш релевантних для України практик належать: 1) Стратегічне державне планування (Велика Британія, Канада); 2) Децентралізоване управління медичними закладами (Польща, Швеція); 3) Страхові механізми фінансування з державними гарантіями (Німеччина, Франція); 4) Цифровізація управлінських процесів та e-Health (Естонія, Фінляндія); 5) Орієнтація на пацієнта та якість послуг (США, Японія). Адаптація не передбачає прямого копіювання, а потребує: урахування соціально-економічних умов України; інституційної спроможності органів публічної влади; поетапного впровадження управлінських інновацій; нормативно-правового забезпечення реформ. Особливу роль відіграє розвиток публічно-приватного партнерства, автономізація медичних закладів та посилення управлінської компетентності керівників у сфері охорони здоров'я. Перспективними напрямами є: поглиблення децентралізації та зміцнення ролі місцевого самоврядування; розширення цифрових інструментів управління; підвищення прозорості фінансування; формування системи оцінювання ефективності управлінських рішень.

Адаптація зарубіжного досвіду в системі охорони здоров'я може стати важливим чинником підвищення якості публічного управління в Україні за умови системного підходу, політичної стабільності та орієнтації на довгостроковий результат. Адаптація зарубіжного досвіду управління охороною здоров'я є важливим напрямом удосконалення системи публічного управління в Україні в умовах реформування, євроінтеграції та обмежених ресурсів. Світова практика демонструє різні моделі організації та управління системами охорони здоров'я, серед яких найбільш поширеними є бевериджівська, бісмарківська та

змішана. Бевериджівська модель, характерна для Великої Британії та скандинавських країн, передбачає домінуючу роль держави у фінансуванні та управлінні галуззю, що забезпечує рівний доступ населення до медичних послуг і чітку підзвітність органів влади. Бісмарківська модель, реалізована в Німеччині та Франції, ґрунтується на системі обов'язкового медичного страхування за активної регуляторної ролі держави, що сприяє фінансовій стабільності та конкуренції між надавачами медичних послуг. У багатьох країнах, зокрема в Канаді та Нідерландах, застосовується змішана модель, яка поєднує державні гарантії з ринковими механізмами управління, що підвищує ефективність функціонування системи. Для України найбільш доцільною є саме адаптація елементів змішаної моделі з посиленням стратегічної ролі держави та збереженням соціальної спрямованості охорони здоров'я.

Важливим елементом зарубіжного досвіду є децентралізація управління, яка широко застосовується в країнах Європейського Союзу, зокрема в Польщі, Італії та Іспанії. У цих державах центральна влада визначає загальну політику, стандарти та механізми контролю, тоді як регіональні та місцеві органи влади відповідають за управління медичними закладами, планування мережі та забезпечення доступності послуг. Такий підхід підвищує гнучкість управлінських рішень і дозволяє враховувати потреби конкретних територій. Для України це означає необхідність подальшого розвитку спроможності територіальних громад, удосконалення системи місцевого управління охороною здоров'я та запровадження сучасних управлінських підходів у діяльність керівників медичних закладів. Не менш значущим аспектом зарубіжного досвіду є фінансування системи охорони здоров'я та застосування економічних механізмів управління. У розвинених країнах спостерігається перехід від фінансування утримання закладів до оплати за надані послуги та досягнуті результати, використання програмно-цільового методу та чітких показників ефективності. Прозорість фінансових потоків і системний аудит сприяють підвищенню довіри суспільства до органів влади. В українських умовах це передбачає подальше вдосконалення механізмів державних гарантій медичного обслуговування, посилення ролі національного замовника медичних послуг і розвиток системи оцінювання ефективності управлінських рішень. Суттєву роль у сучасному публічному управлінні охороною здоров'я відіграє цифровізація. Досвід Естонії, Фінляндії та Данії засвідчує, що впровадження електронних медичних реєстрів, цифрових сервісів і систем електронного управління значно підвищує прозорість, зменшує адміністративні витрати та покращує якість прийняття управлінських рішень. Для України цифровізація охорони здоров'я є не лише інструментом модернізації галузі, а й важливим чинником боротьби з корупційними ризиками та підвищення ефективності публічного адміністрування. Окремої уваги заслуговують інституційні та кадрові аспекти зарубіжного досвіду. У більшості розвинених країн чітко розмежовані медичні та управлінські функції, а керівні посади в системі охорони здоров'я обіймають фахівці з управлінською освітою та відповідною підготовкою. Система безперервного навчання управлінських кадрів сприяє професіоналізації публічного управління. Для України актуальним є формування професійного корпусу управлінців у сфері охорони здоров'я та розвиток сучасних освітніх програм у галузі публічного управління та адміністрування. Таким чином, зарубіжний досвід управління охороною здоров'я створює значні можливості для його адаптації в Україні. Водночас цей процес має здійснюватися з урахуванням національних соціально-економічних умов, інституційної спроможності держави та необхідності поетапного впровадження реформ. Системний підхід до адаптації кращих міжнародних практик здатний забезпечити підвищення якості публічного управління, ефективніше використання ресурсів та зміцнення довіри громадян до державної політики у сфері охорони здоров'я. Проведений аналіз зарубіжного досвіду управління системами охорони здоров'я свідчить, що ефективність функціонування цієї сфери значною мірою залежить від якості публічного управління, чіткого розмежування повноважень між рівнями влади, прозорих фінансових механізмів і професійної підготовки управлінських кадрів. Практика розвинених країн демонструє, що універсальних моделей управління охороною здоров'я не існує, однак поєднання державного регулювання з ринковими інструментами, орієнтація на результат та потреби пацієнта забезпечують стійкий

розвиток галузі. Для України адаптація зарубіжного досвіду є доцільною за умови врахування національних соціально-економічних особливостей, рівня інституційної спроможності та стратегічних пріоритетів державної політики. Встановлено, що найбільш перспективними для впровадження в українську систему публічного управління є елементи змішаної моделі охорони здоров'я, подальша децентралізація управлінських повноважень, удосконалення фінансування на основі принципу «гроші йдуть за пацієнтом», а також активне використання цифрових інструментів управління. Водночас ефективна адаптація зарубіжних практик потребує системного підходу, поетапності реформ та належного нормативно-правового забезпечення. З огляду на результати дослідження доцільно сформулювати такі практичні рекомендації для України. По-перше, на державному рівні слід посилити стратегічне планування у сфері охорони здоров'я з урахуванням кращих європейських практик та чітким визначенням довгострокових цілей і показників ефективності. По-друге, необхідно продовжити процес децентралізації, водночас забезпечивши належну управлінську та фінансову спроможність органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я. По-третє, доцільним є подальше вдосконалення механізмів фінансування медичних послуг, зокрема розвиток оплати за результат і підвищення прозорості використання бюджетних коштів. По-четверте, важливим напрямом має стати прискорення цифровізації публічного управління охороною здоров'я шляхом розширення функціоналу електронних медичних систем, інтеграції реєстрів та використання аналітичних інструментів для прийняття управлінських рішень. По-п'яте, слід приділити особливу увагу кадровій політиці, зокрема підготовці та підвищенню кваліфікації управлінців у сфері охорони здоров'я, запровадженню сучасних програм навчання з публічного управління та адміністрування. Реалізація зазначених рекомендацій сприятиме підвищенню ефективності системи охорони здоров'я, зміцненню інституційної спроможності держави та забезпеченню сталого розвитку публічного управління в Україні [1, с.17-20].

Список використаних джерел

1. Воронкова В. Г., Нікітенко В. О. Вплив штучного інтелекту на розвиток цифрової медицини: міжнародний досвід. Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини. Запоріжжя: ЗДМФУ, 2025. С. 17–20.

СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПСИХОЛОГІЧНИЙ ВИМІР

Оспіщев Дмитро Сергійович,
аспірант спеціальності 073 «Менеджмент»,
Інженерний навчально-науковий інститут ім. Ю.М.Потебні
Запорізького національного університету

Анотація. У статті розглянуто соціально-етичні засади управлінської діяльності в системі охорони здоров'я крізь призму психологічного підходу. Проаналізовано роль етичних принципів, соціальної відповідальності та моральних цінностей у процесі прийняття управлінських рішень. Обґрунтовано значення дотримання соціально-етичних норм для формування сприятливого психологічного клімату в медичних колективах, зниження рівня професійного вигорання та підвищення якості медичних послуг. Зроблено висновок про необхідність інтеграції етичних і психологічних підходів у сучасну систему управління охороною здоров'я.

Ключові слова: соціально-етичні засади, управлінська діяльність, система охорони здоров'я, психологічний вимір, управлінська етика, психологічний клімат.

Abstract. The article examines the socio-ethical foundations of management activities in the healthcare system through the prism of a psychological approach. It analyzes the role of ethical principles, social responsibility, and moral values in the process of managerial decision-making. The importance of compliance with social and ethical norms for the formation of a favorable

psychological climate in medical teams, reducing the level of professional burnout, and improving the quality of medical services is substantiated. The conclusion is made about the need to integrate ethical and psychological approaches into the modern healthcare management system.

Keywords: social and ethical principles, management activities, healthcare system, psychological dimension, management ethics, psychological climate.

Актуальність дослідження соціально-етичних засад управлінської діяльності в системі охорони здоров'я з психологічного погляду зумовлена низкою сучасних викликів. Система охорони здоров'я належить до соціально значущих сфер, у яких управлінська діяльність безпосередньо впливає на життя, здоров'я та психологічний стан людей. У зв'язку з цим проблема поєднання управлінської ефективності із соціально-етичними принципами та психологічними чинниками набуває особливої актуальності. По-перше, реформування системи охорони здоров'я, зростання навантаження на медичних працівників та обмеженість ресурсів посилюють роль управлінських рішень, які мають бути не лише ефективними, а й етично виваженими. Нехтування соціально-етичними принципами призводить до зниження мотивації персоналу, зростання професійного вигорання та конфліктів у колективах. По-друге, сучасні кризові умови (пандемії, воєнні дії, соціальна нестабільність) значно підвищують психологічне навантаження на керівників і працівників медичної сфери. У цих умовах особливого значення набувають психологічні компетентності управлінців, їх здатність до емпатії, моральної підтримки персоналу та прийняття етично обґрунтованих рішень. По-третє, суспільний запит на гуманізацію медицини та підвищення довіри до системи охорони здоров'я вимагає впровадження етичних стандартів управління, орієнтованих на людину. Саме психологічний аспект дозволяє оцінити, як управлінська етика впливає на поведінку персоналу, задоволеність пацієнтів та загальну ефективність функціонування медичних установ. Отже, дослідження соціально-етичних засад управлінської діяльності в системі охорони здоров'я в психологічному вимірі є надзвичайно актуальним, оскільки сприяє формуванню сучасної моделі управління, що поєднує професіоналізм, моральну відповідальність і психологічну стійкість.

Соціально-етичні засади управлінської діяльності в системі охорони здоров'я - це сукупність цінностей, норм, принципів і правил моральної відповідальності, які регулюють управлінські рішення та поведінку керівників медичних закладів і органів охорони здоров'я у взаємодії з медичним персоналом, пацієнтами та суспільством. Вони ґрунтуються на засадах гуманізму, справедливості, професійної етики, соціальної відповідальності, поваги до людської гідності та прав людини. Психологічний вимір цих засад полягає у врахуванні психологічних особливостей управлінської діяльності: мотивації персоналу, емоційного інтелекту керівника, міжособистісної комунікації, лідерства, управління конфліктами та стресостійкості. Етичні управлінські рішення безпосередньо впливають на психологічний клімат у колективі, рівень довіри між керівництвом і працівниками, професійне вигорання медиків і якість надання медичної допомоги. Таким чином, соціально-етичні засади управління в охороні здоров'я в психологічному аспекті виступають інтегративним чинником, що поєднує ефективність управління з моральною відповідальністю та психологічним благополуччям усіх учасників системи.

У зарубіжних країнах соціально-етичні засади управлінської діяльності в системі охорони здоров'я розглядаються як ключовий чинник забезпечення якості медичних послуг, ефективності управління та психологічного благополуччя медичного персоналу. У країнах Європейського Союзу (Німеччина, Франція, Швеція, Нідерланди) управління у сфері охорони здоров'я базується на принципах соціальної справедливості, рівного доступу до медичної допомоги, прозорості та дотримання професійної етики. Важлива роль відводиться етичним кодексам керівників медичних закладів, розвитку лідерських компетентностей та формуванню емоційного інтелекту управлінців. Психологічна підтримка персоналу, профілактика професійного вигорання та розвиток командної взаємодії є складовими управлінської політики. У США значна увага приділяється етичному менеджменту та психологічним аспектам лідерства в охороні здоров'я. Управлінські рішення ґрунтуються на принципах

пацієнтоорієнтованості, корпоративної соціальної відповідальності та доказової медицини. Активно впроваджуються програми розвитку лідерства, тренінги з комунікації, управління стресом і конфліктами для керівників та медичного персоналу. Етичні комітети в лікарнях відіграють важливу роль у вирішенні складних моральних і психологічних питань. У Великій Британії соціально-етичні засади управління поєднуються з принципами психологічної безпеки та підтримки персоналу. Управлінці зобов'язані дотримуватися стандартів відкритості, чесності та відповідальності. Особливий акцент робиться на розвитку культури довіри, участі працівників у прийнятті рішень та збереженні психічного здоров'я медичних фахівців. У країнах Скандинавії (Данія, Норвегія, Фінляндія) домінує людиноцентричний підхід до управління охороною здоров'я. Соціально-етичні принципи тісно інтегровані з психологічними аспектами лідерства, що сприяє високому рівню задоволеності персоналу, низькому рівню професійного вигорання та ефективній міжпрофесійній взаємодії. Таким чином, зарубіжний досвід свідчить, що ефективне управління в системі охорони здоров'я неможливе без поєднання соціально-етичних принципів і психологічних підходів, спрямованих на підтримку персоналу, розвиток етичного лідерства та підвищення довіри суспільства до медичних інституцій.

Однією з ключових проблем є дисбаланс між адміністративно-економічними вимогами та етичними цінностями управління. Орієнтація керівників медичних закладів переважно на показники ефективності, оптимізацію ресурсів і регламентацію діяльності нерідко супроводжується ігноруванням психологічних потреб персоналу та моральних аспектів прийняття рішень. Це призводить до зниження рівня довіри, професійного вигорання медичних працівників і погіршення якості медичної допомоги.

Важливою проблемою є недостатній рівень психологічної компетентності управлінців у сфері охорони здоров'я. Багато керівників не мають спеціальної підготовки з управлінської психології, етики ділового спілкування та конфліктології, що ускладнює формування позитивного соціально-психологічного клімату в колективах і ефективну комунікацію з персоналом та пацієнтами. Суттєвим викликом залишається професійне вигорання медичних працівників, зумовлене високим рівнем стресу, емоційним навантаженням і відповідальністю. Недотримання соціально-етичних принципів управління, авторитарні стилі керівництва та відсутність психологічної підтримки посилюють цю проблему та негативно впливають на стабільність кадрового потенціалу галузі. Окрему групу проблем становить недосконаліть етичного регулювання управлінської діяльності, зокрема формальний характер етичних кодексів, відсутність дієвих механізмів контролю за їх дотриманням та слабка інтеграція етичних норм у практику управління. Це знижує рівень соціальної відповідальності управлінців і довіру суспільства до системи охорони здоров'я. Таким чином, проблематика дослідження охоплює комплекс взаємопов'язаних управлінських, етичних і психологічних аспектів, що потребують наукового осмислення та розроблення ефективних підходів до формування гуманістично орієнтованої моделі управління в системі охорони здоров'я.

Соціально-етичні засади є фундаментальною складовою управлінської діяльності в системі охорони здоров'я, оскільки визначають моральну відповідальність керівників, гуманістичну спрямованість управлінських рішень і рівень довіри між усіма суб'єктами медичної сфери. Психологічний вимір управління відіграє ключову роль у забезпеченні ефективної роботи закладів охорони здоров'я, формуванні сприятливого соціально-психологічного клімату та запобіганні професійному вигоранню медичних працівників. Недостатня інтеграція етичних принципів і психологічних підходів у практику управління вітчизняною системою охорони здоров'я знижує результативність реформ, ускладнює кадрову стабільність і негативно впливає на якість медичних послуг. Зарубіжний досвід свідчить, що поєднання етичного лідерства, психологічної компетентності управлінців і соціальної відповідальності є передумовою сталого розвитку системи охорони здоров'я та підвищення рівня задоволеності як персоналу, так і пацієнтів. Формування сучасної моделі управління в системі охорони здоров'я України потребує системного підходу до впровадження соціально-етичних стандартів та розвитку психологічної культури управлінської діяльності [1, с.82-93].

Практичні рекомендації для України: 1. Удосконалити нормативно-правову базу шляхом розроблення та впровадження обов'язкових етичних кодексів для керівників закладів охорони здоров'я з урахуванням психологічних аспектів управління. 2. Запровадити системну підготовку управлінських кадрів, зокрема обов'язкові програми підвищення кваліфікації з управлінської психології, етики, емоційного інтелекту, комунікації та управління конфліктами. 2. Розвивати етичне лідерство в медичних закладах шляхом підтримки демократичних стилів управління, залучення персоналу до прийняття рішень і формування культури довіри та відповідальності. Інтегрувати соціально-етичні показники у систему оцінювання ефективності діяльності керівників медичних закладів поряд з економічними та адміністративними критеріями.

Список використаних джерел

1. Оспіщев Д.С. Психологічні аспекти управління змінами в організаціях в умовах війни і повоєнного відновлення. HUMANITIES STUDIES: Collection of Scientific Papers / Ed. V. Voronkova. Zaporizhzhia: Publishing house «Helvetica», 2025. 23(100). С.82-93 http://humstudies.com.ua/article/view/335590/324482

КОНЦЕПЦІЯ "PHARMACIST-PATIENT PARTNERSHIP" ЯК ДЕОНТОЛОГІЧНА ОСНОВА ПІДВИЩЕННЯ КОМПЛАЄНСУ В ПРАКТИЦІ ФАРМАЦЕВТА

Хільковець Анастасія Валеріївна,
PhD, старший викладач кафедри клінічної фармації,
фармакотерапії, фармакогнозії та фармацевтичної хімії,
Запорізького державного медико-фармацевтичного університету

Сучасний стан системи охорони здоров'я характеризується докорінною зміною парадигми взаємодії між медичними фахівцями та пацієнтами. На зміну традиційному патерналізму, де пацієнт розглядався лише як об'єкт медичних маніпуляцій, приходить модель активного партнерства. Особливої актуальності це набуває у сфері фармацевтичної опіки, оскільки саме фармацевт є найбільш доступним фахівцем охорони здоров'я. Ключовим викликом сучасності залишається низький рівень комплаєнсу: за даними ВООЗ, майже у 50% випадків терапевтичний успіх нівелюється саме через недотримання режиму лікування. Впровадження концепції "Pharmacist-Patient Partnership" дозволяє трансформувати процес лікування в усвідомлену співпрацю, де фармацевт виступає експертом з фармакотерапії, а пацієнт - повноправним учасником процесу, який бере на себе відповідальність за власне здоров'я.

Етико-деонтологічний фундамент такого партнерства базується на повазі до автономії особистості та забезпеченні права пацієнта на повну, об'єктивну та зрозумілу інформацію. У викладацькій практиці на кафедрі ми акцентуємо увагу на тому, що комплаєнс - це не просто механічне виконання інструкцій, а результат встановленого довірительного контакту. Фармацевт є «останнім фільтром» перед початком використання лікарського засобу. Саме на цьому етапі виникають складні етичні дилеми: як збалансувати необхідність терапії та страхи пацієнта перед побічними ефектами, як подолати недовіру до генеричних замінників або як коректно розвіяти міфи про самолікування. Деонтологічна грамотність фахівця дозволяє перетворити суху консультацію на акт фармацевтичної опіки, де враховуються не лише клінічні протоколи, а й індивідуальні цінності та життєві обставини людини.

Проблема комплаєнсу має глибоке соціальне коріння. У складних соціально-економічних умовах, особливо для мешканців прифронтових територій, таких як Запоріжжя, прихильність до лікування часто руйнується через психоемоційне виснаження та хронічний стрес. У таких випадках професійна етика фармацевта вимагає особливої чутливості.

Одним із допоміжних інструментів для зміцнення партнерства може слугувати інтеграція окремих принципів програми mhGAP, які дозволяють фармацевту вчасно розпізнати бар'єри спілкування, викликані тривожними станами пацієнта. Проте основою залишається загальнодеонтологічний підхід: створення безпечного, безбатьківського середовища в аптеці, де пацієнт відчуває підтримку фахівця, а не тиск з боку системи.

З науково-методичної точки зору, підготовка фармацевтів-інтернів має включати розвиток складних комунікативних компетенцій. Ми впроваджуємо методики, де студенти вчаться формувати «інформовану згоду» пацієнта — стан, при якому людина розуміє мету терапії та свідомо приймає її ризики та переваги. Концепція "Pharmacist-Patient Partnership" вимагає від фармацевта вміння знаходити компроміс між ідеальною клінічною моделлю та реальними можливостями хворого (фінансовими, логістичними чи психологічними). Такий підхід робить комплаєнс стійким до зовнішніх факторів, оскільки він базується на внутрішньому переконанні пацієнта.

Таким чином, фокус на етичних стандартах фармацевтичної опіки дозволяє підвищити не лише ефективність лікування, а й престиж самої професії. Викладання цих аспектів на кафедрі спрямоване на формування фахівця, здатного до етичного лідерства - людини, яка поєднує високу академічну підготовку з глибоким розумінням психології пацієнта. Тільки через побудову чесного партнерства ми можемо забезпечити реальний прогрес у боротьбі з хронічними захворюваннями та зміцнити здоров'я громади в умовах тривалих викликів.

СЕКЦІЯ 3. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ БІОЕТИКИ

CRISPR AND PUBLIC ENGAGEMENT IN AN AGE OF POLARISATION: THE 'NARROW TRIBAL CONSENSUS'

Dr Oliver Feeney,
Researcher in Ethics and Governance of Genome Editing,
Institute for Ethics and History of Medicine,
University of Tübingen, Germany

Abstract: Given the potential societal impact of developments from recombinant DNA to CRISPR-based genome editing, controversial matters such as heritable human intervention have prompted calls for governance built on some degree of substantive, even deliberative, public engagement achieving a 'broad societal consensus'. While there is an ongoing debate on what is exactly meant and realistically achievable by 'public engagement for broad societal consensus', I wish to explore how this discussion in toto is further complicated by contemporary socio-political developments in authoritarianism and populism in mature liberal democracies. More specifically, I focus on the rise of affective polarisation and tribalism in the very liberal democracies that have been central to the science, ethics and governance of genomic research over the past fifty years. I argue, ceteris paribus, that whatever degree of 'broad societal consensus' might have been previously achievable, it will henceforth likely be increasingly difficult, narrower and confined to representing only a part of a starkly polarised and increasingly fractured society, currently exemplified by the USA. This issue is distinct from the question of 'public' versus 'publics' and better framed around the idea of 'affective tribes'. As well as a challenge to developing governance for human genome editing, this 'narrow tribal consensus' would be a significant limitation on the hitherto growing ambitions of the 'public engagement for wider societal consensus' approach. I explore a number of potential responses to this situation – including expanding the deliberative approach; retreating to a minimal participation approach; dropping the requirement for public engagement entirely; and finally exploring an indirect approach in 'affective engagement'.

References/some background literature

1. Andorno, R., Baylis, F., Darnovsky, M., Dickenson, D., Haker, H., Hasson, K., Lowthorp, L., Annas, G. J., Bourgain, C., Drabiak, K., Graumann, S., Grüber, K., Kaiser, M., King, D., Kollek, R., MacKellar, C., Nie, J. B., Obasogie, O. K., Tyebally Fang, M., Werner-Felmayer, G., … Zuscinova, J. (2020). Geneva Statement on Heritable Human Genome Editing: The Need for Course Correction. Trends in biotechnology, 38(4), 351–354. https://doi.org/10.1016/j.tibtech.2019.12.022

2. Bächtiger A, Dryzek JS (2024) Deliberative Democracy for Diabolical Times. Cambridge University Press.

3. Baylis F. (2019) Altered inheritance: CRISPR and the ethics of human genome editing. Harvard University Press

4. Conley, J. M., Cadigan, R. J., Davis, A. M., Juengst, E. T., Kuczynski, K., Major, R., Stancil, H., Villa-Palomino, J., Waltz, M., & Henderson, G. E. (2023). The Promise and Reality of Public Engagement in the Governance of Human Genome Editing Research. The American journal of bioethics: AJOB, 23(7), 9–16. https://doi.org/10.1080/15265161.2023.2207502

5. Dryzek J. S. (2025). Toward a Global Deliberative System for Genome Editing. The CRISPR journal, 8(4), 293–295. https://doi.org/10.1089/crispr.2025.0044

6. Dryzek, J. S., Nicol, D., Niemeyer, S., Pemberton, S., Curato, N., Bächtiger, A., Batterham, P., Bedsted, B., Burall, S., Burgess, M., Burgio, G., Castelfranchi, Y., Chneiweiss, H., Church, G., Crossley, M., de Vries, J., Farooque, M., Hammond, M., He, B., Mendonça, R., … Vergne, A. (2020). Global citizen deliberation on genome editing. Science (New York, N.Y.), 369(6510), 1435–1437. https://doi.org/10.1126/science.abb5931

7. Dryzek, J. S., Bächtiger, A., Chambers, S., Cohen, J., Druckman, J. N., Felicetti, A., Fishkin, J. S., Farrell, D. M., Fung, A., Gutmann, A., Landemore, H., Mansbridge, J., Marien, S., Neblo, M. A., Niemeyer, S., Setälä, M., Slothuus, R., Suiter, J., Thompson, D., & Warren, M. E. (2019). The crisis of democracy and the science of deliberation. Science (New York, N.Y.), 363(6432), 1144–1146. https://doi.org/10.1126/science.aaw2694

8. Feeney, O. (2025). Polarizing Biotechnologies and a Polarized Public: New Challenges for Global Calls for Public Engagement in Human Genome Editing. (2025). Journal of Ethics and Emerging Technologies, 35(2), 1-9. https://doi.org/10.55613/jeet.v35i2.168

9. Hurlbut J. B. (2025). Taking responsibility: Asilomar and its legacy. Science (New York, N.Y.), 387(6733), 468–472. https://doi.org/10.1126/science.adv3132

10. WHO Expert Advisory Committee on Developing Global Standards for Governance and Oversight of Human Genome Editing (2021) Human genome editing: Recommendations. World Health Organization.

FINDING THE RIGHT TIME IN LIFE GENITAL SURGERY IN CHILDREN WITH DIFFERENCES OF SEX DEVELOPMENT (DSD)

Christoph Rehmann-Sutter
Professor of Theory and Ethics in the Biosciences, University of Luebeck, Germany
Websites: www.imgwf.uni-luebeck.de; www.sfb1665.uni-luebeck.de
Contact: christoph.rehmannsutter@uni-luebeck.de

1. Introduction

Timing matters in medicine and in bioethics. Given the urgency of some treatments, the trajectories of disease or injuries, and the finitude of human life, it is not a hidden truth that in order to be ethical, decisions must be very sensitive to the temporal aspects of a given situation. A good treatment at the wrong time can be futile – or even worse. Here I will discuss a particularly interesting example of treatment whose good timing is especially difficult and complex: surgeries in children with differences of sex development (DSD).

The diagnostic category disorders of sex development (DSD) was defined in 2005 at a Consensus Conference in Chicago (Hughes et al. 2006; Lee et al. 2023), as an attempt to replace older terminologies, including "intersex", "hermaphroditism" and others. However, objections to the pathologising language of "disorders" of sex development began immediately after DSD was clinically adopted in 2006, have not stopped after "disorders" was more and more replaced by the less stigmatizing "differences", and have continued to the present time (Carpenter 2018; Munro et al. 2025). The community uses a variety of terms including innate variations of sex characteristics (IVSC), and also "intersex" in an affirmative way. Not all persons with IVSC/DSD however identify as "intersex". The Organization Intersex Europe OII (https://www.oiieurope.org/) represents intersex people internationally.[3] Because the name has implications for who is included or excluded from the category and because it also sets a perspective (medicine, human rights, inclusion, politics), language used has also been discussed from the perspective of epistemic injustice, in order to take hopefully all the different interests on board (Monro et al. 2025; Prandelli 2026).

When considering surgical interventions in children with variations in sex development, complex ethical questions arise. When is the right time in the life of this particular child, or later the adolescent, for surgery, and before this, to make a decision about surgery? International recommendations (Endo-ERN, see Claahsen-van der Grinten et al. 2026; Council of Europe 2025) as well as national law in the country I am working in, Germany (§ 1631e BGB – *Behandlung von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung*, also called prohibition of

[3] It has an Ukraine support program: https://www.oiieurope.org/support-of-intersex-people-from-ukraine/

surgery/*Operationsverbot*), require that surgical interventions on the genitals of children with variations in sex development be *postponed* until the person can decide for themselves, unless they are urgent and immediately necessary to avert a danger to life or health.

Since surgeries have become possible in the first half of the 20th century, sex-alignment surgeries have been conducted mainly on the grounds of a pediatric or psychosocial emergency (Davis/Murphy 2013; Crocetti et al. 2024). A more reluctant approach, preferring postponement of surgery whenever possible to allow the person to decide for themselves, is more recent practice. Legal rules and recommendations that require postponement wherever possible, allow for exceptions, typically in cases where physical health of the patient is at immediate risk, where severe functional impairments can be avoided, for reasons of fertility preservation, or to avert malignancy (and more, see for instance Claahsen-van der Grinten et al. 2026). Case-by-case decisions for surgery or further postponement are sometimes difficult to justify to parents who believe to act in their child's best interest and are very determined that their child's body needs to be corrected as early as possible. Those who must justify the decision (ethics committees, courts) typically see a wider range of relevant aspects.

In this paper I present the following argument: for understanding the moral complexity of the case it is important to see how different involved temporalities unfold, sometimes in incoherent ways. My phenomenological-hermeneutic approach to understand the ethics of therapeutic decision-making starts with what Barbara Adam calls the "timescape" of the situation (Adam 2000 and 2004). The assessment of temporality, I believe, should be based on the rights and the well-being of the child. Understanding how different temporalities involved interact with the child's perspective can lead to a more comprehensive assessment than isolated considerations of both pediatricians and parents.

My argument refers to cases where it is *not* urgent to avert a danger for health or life of a child. In such cases there is room for discretion – not only when the right time for surgery is but also when the right time is to make a decision about surgery, whether in the affirmative or in the negative.

2. Timescapes of care

It may be useful to look at situations of difficult decision-making not only from a presentistic perspective but to understand the extended temporality of the situation (Pfleiderer/Rehmann-Sutter 2006). The gaze of ethics needs to be diachronic and include the different perspectives developing in an intergenerational context as well (Ellerich-Groppe et al. *in press*).

Barbara Adam explains the sociology of time with her concept of *timescapes*. What are timescapes? "Timescape is conceived as the temporal equivalent of landscape". It recognises "all the temporal features of socio-environmental events and processes, charting temporal profiles" in their relevant contexts (Adam 2000, p. 137). These contexts may be characterised, as is evidently the case in pediatric DSD surgeries, by powerful structures, logics and logistics such as medical authority, gender systems and even gender politics.

In order to establish a useful *map* of the timescape that represents a case, we need to chart the key temporal profiles involved in this situation and examine their contexts individually. This is promising because it allows appreciation of the fact that understanding the demands of the situation is not solely a matter of ensuring (later) informed consent of the child, adolescent or young adult. In a pediatric situation, this is, however, one key consideration. It is based on the rights to bodily integrity and self-determination, which are strong values. But health considerations, fertility preservation and psychosocial well-being are also important. While autonomy becomes fully possible only later in the life of a young child – once the child has reached a certain level of maturity during puberty and further sexual development – health and psychological well-being are important already in the present.

I see four different temporalities coming together in this type of situation. All seem to matter in one way or another:

(i) In the medical perspective of pediatric surgeons and endocrinologists, best practice depends on the optimal time in regard to success rates and complications. Growth of the child may negatively affect these parameters. Medical guidelines and evidence based literature recommend

rather early surgery. In cases of DSD where it is not yet certain, which sex the child will develop, the evidence available in the present moment may be phrased in terms of likelihoods regarding how the child will develop in the future.

(ii) Another temporal layer of the situation is the perspective of the parents. Apart from fears about future reactions from their extended family or their social environment after disclosure of their child's condition, they have serious concerns, as caring parents, for the well-being of their child in the future. They might for example want to avoid stigma and discrimination in kindergarten and school. For this, they might think it would be better if their child's genitals looked like those of other typical girls or boys, including the functionality of the private parts. They may also see it as crucial for a good life that their child can marry and have children, and for this certain treatments will be beneficial. The parents' ideas of what matters in the present decision about surgery are therefore intended to care for their child's good life in the future.

(iii) The perspective of the child itself also plays a key role in choosing the right timing. In the child's (future) view, self-determination about what is done to their body will be a key element. This includes medical interventions of all sorts. The child will have a view about which sex and gender they will be prefer and how they will handle possible tensions in their gender role. Perhaps the child will chose to live openly as intersex person, or choose to adopt a nonbinary gender identity.

(iv) The decision is made in historical time. In many countries, during the last centuries, traditional gender roles, both feminine and masculine, have changed due to several waves of the feminist movement, even if we must concede that elements of male dominance remain active. More recently, there has been an opening in many countries with regard to queer genders and sexualities. The history of medical practice has been shaped by changing paradigms: John Money's gender optimization paradigm in the 1950s, the rise of advocacy organisations and intersex activism since the 1990s, a reassessment of treatment procedures within medicine (Chicago Consensus Conference 2005; Claahsen-van der Grinten et al. 2026), and legal protection of the young adult's self-determination (Council of Europe 2025). Intersex studies emerged and will contribute to further change in the future (Monro, Berry, Carpenter, Crocetti and Wall 2025). Many observers, including myself, see this as a shift that allows a more pluralist gender system to develop, which makes gender positions beyond the binary biographically possible. But we also need to admit that this is rather speculative and may be too optimistic, since there is also a backlash in many countries that reinforces a conservative sex and gender binary, creating more difficulties and discrimination for sex- and gender-queer people.

This sketch of the four different temporalities connected to the actors' perspectives contains only illustrative examples. In real cases, which are diverse, other considerations may also be important.

The ethics of decisions about surgery, from all these perspective involved, makes sense in the context of a care practice for DSD patients. The debate concerns which procedure constitutes the best care practice. Most care practices are characterised what Christina Schües calls "temporal regimes" (Schües 2026). Decisions about genital surgery, if taken with caring intentions, are no exception. Deciphering the regimes, including their power structures and normative assumptions, which are inherent in the four described temporalities, is a methodology of bioethics. It should help to elucidate and better understand the moral complexity of decisions about surgery in children with DSD conditions.

3. For the welfare of the child

The question about the right timing of decisions about surgery is perceived differently from these four perspectives, as is the question of surgery itself. They may lead to different advices and to conflicts. In the end, just one decision can be taken. Some surgeries are irreversible; others may be difficult and burdensome to reverse. Hence, the opinions may be strong at present and may clash.

What can be gained by understanding the four different temporalities involved? On these grounds we cannot generate a clear yes-or-no anwer about surgery. Nevertheless, I think this understanding is important. The task of ethics is not to tell the participants which decision is right or

wrong with regard to the child's best interests. Rather, it is the task of ethics to help the participants themselves better understand the requirement of the child's welfare.

To act in the child's best interests and to respect the wellbing of the child is not a simple rule. What it means, under particular circumstances and within the conditions of the embodiment of this unique child needs careful consideration of all relevant aspects. This can generate insight into what, in light of the child's well-being, is of chief importance (Schües/Rehmann-Sutter 2013).

This complex idea of well-being may have at least as many facets as there are perspectives involved in the decision-making. But one request remains important: To act primarily for the child's well-being. This means three things:

To act in the child's best interests, or to serve the child's well-being means (1) to see the child itself as subject of a life and as a subject of rights right from the very start. Some of these rights, however, can only be activiated later in life. This does not mean that they do not exist right now. To respect the child's well-being means (2) to place the subjectivity of the child at the centre of the map. The matrix of ethical assessment that this article wants to contribute to developing is centred in the child's present and future perspective. To respect the child's well-being therefore also means (3) respecting the child's future will. Those acting in the child's best interest at the time of infancy (parents, physicians, courts…) should critically reflect on the justifications they are using. Can they explain these justifications to the young person later in life? Put in the negative: will the child have reasons to reject the justifications they are using?

Requirement (3) contains a deontological argument that is based on the Kantian tradition and has beeen developed in detail by Thomas Scanlon (Scanlon 1998).[4] Scanlon explains the duties we have to each other from the premise that those others who will live with the consequences of a practice must be taken seriously. They should be asked, and their perspective should be taken into consideration. We should care about what the others think (or will think) about the reasons we are using to justify our actions. This reasoning can be used in situations like ours, where the person affected will have a view in future on the decisions taken by us in the present, while the person is an infant. In a diachronic view, the considerations we are using in the present must be checked against what we can seriously expect the future person to find acceptable or desirable. The child will be an adult in the future who will judge our actions and the justifications we are using in the present.

The key ethical question, then is this: can we reasonably expect the person in the future who is affected by our present actions to accept the principles we are using to justify them? Or, to put it in the negative and closer to Scanlon's own formulations: we should refrain from using rationales to justify our own practices that affect the child if we believe the adult in the future would reasonably reject them.

Some practices that have been common in the past cannot be justified on these grounds. For instance, lying to the child about the treatments is quite clearly excluded by this argument. Surgeries that are performed for aesthetic reasons (to adjust the genitals to a typical female or male form), which could be postponed and have more than negligible side effects or complications later in life, are difficult or impossible to justify. But there may also be truly beneficial medical treatments – surgeries and other kinds of treatments – that are offered early in childhood and that those acting in the present can seriously believe the person later in life will find at least acceptable or even be grateful for. The distinction between the acceptable and the unacceptable to the future person can only be found in a concrete case.

4. Conclusion

The article has developed ideas to understand the complex temporality of decision-making about genital surgery. It has considered four different involved perspectives, each with its own temporal regime. Together, they build the timescape of the situation.

[4] I have developed a similar Scanlonian argument for climate obligations in my discussion of Janna Thompson's approach to intergenerational justice (Rehmann-Sutter 2025). Global warming is another intergenerational problem for ethics that needs a diachronic understanding.

The aim was to develop a matrix of ethical assessment of the child's well-being in individual cases, which can support the assessments as carried out by parents, pediatricians, surgeons, interdisciplinary commissions and family courts (in Germany under § 1631e of the German Civil Code). The requirement of self-determination has been taken seriously by contextualising it in terms of time, care and society.

Acknowledgment: I warmly thank the members of the ethics/law research group S05 Kaj Kähne, Lena:Emil Kramheller, Katharina Mangold, Nick Markwald and Amelie Mayer. Without the discussions in this group, this article would not have been written. Our work has been funded by the Deutsche Forschungsgemeinschaft DFG in the Collaborative Research Centre "Sexdiversity" (CRC 1665 – 515637292). I also thank my colleagues in the Interdisciplinary Commission under § 1631e BGB, especially Olaf Hiort, Lou Marshall and Lutz Wünsch, at the University Hospital Schleswig Holstein (UKSH) in Lübeck.

References

Adam, Barbara (2004): *Time*. Cambridge: Polity Press.

Adam, Barbara (2000): The temporal gaze: the challenge for social theory in the context of GM food. *British Journal of Sociology* 51(1): 125–142.

Carpenter, Morgan (2018): Intersex Variations, Human Rights, and the International Classification of Diseases. *Health and Human Rights Journal* 20(2): 205-214.

Claahsen-van der Grinten, Hedi L. et al. (2026): ENDO-ERN Expert Opinion: Addressing the Endocrine Needs in Considering Genital Surgery in Disorders/Differences in Sex Development (DSD) Individuals in Europe. *European Journal of Endocrinology* 2026: lvag009. https://academic.oup.com/ejendo/advance-article/doi/10.1093/ejendo/lvag009/8427406

Council of Europe (2025): Recommendation on Equal Rights for Intersex Persons. https://www.coe.int/en/web/sogi/intersexrecommendation

Crocetti, Daniela, Adeline Berry & Surya Monro (2024): Navigating the complexities of adult healthcare for individuals with variations of sex characteristics: from paediatric emergencies to a sense of abandonment. *Culture, Health & Sexuality.* 26(3): 332-345, DOI: 10.1080/13691058.2023.2208194

Davis, G., E. L. Murphy (2013): Intersex Bodies as States of Exception: An Empirical Explanation for Unnecessary Surgical Modification. *Feminist Formations* 25 (2): 129-152.

Ellerich-Groppe, Niklas, Claudia Bozzaro, Dominik Koesling, Christoph Rehmann-Sutter, Silke Schicktanz and Mark Schweda: Intergenerational Healthcare Ethics: Considering Conceptualizations of Generations and their Collective and Temporal Dimensions. *Medicine, Healthcare and Philosophy*, accepted manuscript, in press.

Hughes, I. A., Houk, C., Ahmed, S. F., Lee, P. A., & Society, L. W. P. E. (2006): Consensus statement on management of intersex disorders. *Journal of pediatric urology*, *2*(3): 148-162.

Lee, Peter A., Mazur, Tom and Houk, Christopher P. (2023): DSD/intersex: historical context and current perspectives. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 36(3): 234-241. https://doi.org/10.1515/jpem-2022-0582

Pfleiderer, Georg and Rehmann-Sutter, Christoph, eds. (2006): *Zeithorizonte des Ethischen. Zur Bedeutung der Temporalität in der Fundamental- und Bioethik.* Stuttgart: Kohlhammer.

Prandelli, Marta (2026): Ethics beyond the form: Response-ability in intersex healthcare research. *Methods in Psychology* 14: 100229.

Rehmann-Sutter, Christoph (2025): Janna Thompson's argument for climate obligations. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics* 18(1): 169-193.

Scanlon, Thomas (1998): *What We Owe to Each Other*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Schües, Christina (2026): Die Macht der Zeit in feministischer Perspektive. In: Deppe, S., Clausen, A., Marcinski-Michel, I., Schweda, M., Wiesemann, C. (eds) *Handbuch Medizin und Lebenszeit*. J.B. Metzler, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-68418-4_29-1

Schües, Christina and Rehmann-Sutter, Christoph (2013): The Well- and Unwell-Being of a Child. Topoi 32, pp. 197-205. DOI 10.1007/s11245-013-9157-z (open access).

TRIAGE AND WAR: THE GENEALOGY OF MEDICAL DECISION-MAKING UNDER CONDITIONS OF EXTREME SCARCITY

Dr Agata Strządała,
Division of Medical Humanities and Social Science,
Wrocław Medical University,
Poland

Abstract. Triage is not a neutral medical technique but a practice historically shaped by war, mass violence, and structural scarcity. This paper examines the genealogical relationship between triage and armed conflict, arguing that modern triage emerged as a response to the scale, tempo, and organisational demands of warfare rather than from abstract clinical reasoning. Drawing on the historical example of Dominique Jean Larrey and the development of military surgery in the late eighteenth and early nineteenth centuries, the paper shows how triage introduced a population-oriented logic into medicine, prioritising urgency and survival over rank or individual preference. War transformed medical decision-making into a practice of moral triage, where autonomy is structurally limited and choices are made under extreme pressure. At the same time, the paper highlights the paradoxical emergence of humanitarian norms within triage practices, demonstrating that even in conditions of violence triage may function as a constrained form of ethical care. The article concludes by reflecting on the continuing relevance of this wartime genealogy for contemporary conflicts.

Keywords: triage; war medicine; military surgery; scarcity; medical ethics; humanitarian norms; Dominique-Jean Larrey

ЛЮДСЬКА ГІДНІСТЬ ЯК КОНТРФАКТИЧНА НОРМА БІОЕТИКИ: ОСОБЛИВОСТІ ПРИЙНЯТТЯ МЕДИЧНИХ РІШЕНЬ У ВОЄННИЙ ЧАС.

Бойченко Наталія Михайлівна,
доктор філософських наук, професор, професор кафедри природничих наук, інформаційних технологій та філософії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Під час війни проблема нормативних підстав медичних рішень стає надзвичайно гострою. За умов військового стану виникає низка проблем, серед яких: дефіцит ресурсів, травмування та поранення цивільних і комбатантів, руйнування інфраструктури (включно із закладами охорони здоров'я), зростання кількості невідкладних станів та погіршення санітарно-епідеміологічної ситуації, психологічне та моральне вигорання медичного персоналу та його нестача. В таких обставинах людська гідність постає як базова біоетична норма, що функціонує як регулятивний орієнтир, здатний утримувати межі допустимого навіть у ситуаціях вимушеної вибірковості допомоги (йдеться про медичне сортування) [1, с. 19] Універсальність такої категорії як гідність набуває під час кризи більшого значення, адже війна – «стрес-тест» для моралі: вона демонструє, чи здатні інституції і фахівці зберігати нормативний горизонт моральної регуляції, коли фактичні умови не дозволяють повної реалізації належного.

У кантівському розумінні гідність пов'язана з «абсолютною внутрішньою цінністю» особи; людина як моральний суб'єкт не може бути використана чи зведена до засобу й не може бути «еквівалентно» замінена чимось іншим [2, с. 54]. Слід зазначити, навіть коли медицина вимушена розподіляти обмежені ресурси, вона не може перетворювати людей на взаємозамінні одиниці. В умовах війни утилітаристські підходи можуть бути методологічно неминучими (наприклад, у медичному сортуванні), однак вони не повинні підміняти собою фундаментальне визнання внутрішньої цінності людини. Гідність задає межу, яка відокремлює етично легітимну пріоритизацію від дегуманізуючої селекції.

У сучасному дискурсі прав людини та біоетики гідність постає як універсальний принцип, в якому перетинаються моральна й правова площини. Універсальна декларація ЮНЕСКО про біоетику і права людини безпосередньо наголошує на необхідності поваги до людської гідності та врахуванні прав людини як фундаментальних [3, с. 6]. За умов війни ці принципи є надзвичайно важливими, оскільки кризові рішення часто ухвалюються в умовах дефіциту часу, «скорочених процедур», фрагментації відповідальності та високого ризику стигматизації окремих груп (поранені з тяжким прогнозом, люди з інвалідністю, психічними розладами, цивільні/комбатанти тощо). Підкреслення нормативного статусу гідності означає, що жодна надзвичайна ситуація не має створювати «моральний вакуум», де людина втрачає права на повагу, захист від приниження, справедливість і недискримінацію [3, с. 8].

Про що йдеться, коли ми трактуємо гідність як контрфактичну норму? Контрфактичність означає, що норма діє як критерій оцінювання та виправдання дій не тому, що вона фактично повністю реалізується, а тому, що вона задає горизонт належного – того «як має бути», навіть якщо «так не є» [4, с. 33]. Фундаментальні моральні принципи в критичних умовах стають не описом реальності, а вимогою, яка дозволяє оцінювати реальність як кращу або гіршу, справедливу або несправедливу, гуманну або негуманну.

За Габермасом, поняття людської гідності є механізмом узгодження між мораллю та правом; воно одночасно апелює до моральної рівності та до юридичної захищеності особи [5, с. 471]. Саме тому в умовах війни гідність не «скасовується», а навпаки стає більш нормативно напруженою: вона виявляє, де саме проходить межа між припустимою адаптацією стандартів допомоги та неприпустимим відступом від гуманності.

Воєнна медицина являє собою складний баланс між автономією та захистом уразливих пацієнтів; між принципом «не нанесення шкоди» та необхідністю діяти в умовах дефіциту часу; між справедливістю та максимізацією користі. Однією з найбільш очевидних проблем є проблема розподілу дефіцитних ресурсів. У філософії пріоритизації медичної допомоги утилітарні, егалітарні та максимін-підходи пропонують різні логіки справедливості, а в реальній практиці у медичному сортуванні комбінуються критерії виживання, шанси на відновлення, терміновість та очікуваний ефект лікування [6, с. 184]. Так у Tännsjö гідність виконує роль «метанорми», що не дозволяє редукувати рішення до арифметики. По-перше, гідність вимагає прозорих та загальних правил: якщо слід визначати пріоритети, то цей процес має бути не лише процедурно справедливим, обґрунтованим та підзвітним, але й незалежним від неформальних ієрархій чи соціальних упереджень. По-друге, гідність вимагає підтримки особи навіть тоді, коли порятунок неможливий: паліативна допомога, знеболення, підтримка, повага до тіла й приватності – це є мінімальним стандартом людяності. По-третє, гідність забороняє стигматизацію: тяжкість поранення, психічний стан чи соціальний статус не є підставою для приниження чи відмови у базовому ставленні як до рівного.

Окремої уваги заслуговує автономія пацієнта під час війни. Поранення, шок, страх, втрата близьких, переміщення та постійна загроза життю впливають на здатність зважено приймати рішення. Саме тому медична етика має поєднати повагу до автономії з принципом захисту уразливості. В термінах підходу можливостей, гідність постає як вимога забезпечити людині реальні умови «бути і діяти» як суб'єкт, а не формально «мати право» [7, с. 198]. Війна руйнує саме можливості: доступ до інформації, безпечний простір для прийняття рішень, стабільний контакт із лікарем, можливість отримати медичну допомогу тощо. Отже, завданням медичної етики стає не лише отримання згоду, а максимальна осмисленість цього процесу (сприяння набуттю автономії), яка полягає у забезпеченні зрозумілого пояснення, підтримці, часі (наскільки можливо), повазі до гідності у спілкуванні та відсутності тиску.

Гідність як контрфактична норма реалізується не тільки індивідуальним моральним вибором лікаря, а й через інституційні механізми: протоколи, етичні комітети, стандарти комунікації, підтримку персоналу, навчання з медичної етики й управління моральним дистресом. Під час війни норма гідності особливо потребує інституційної опори, інакше вона може перетворитися на декларацію. В цьому контексті гідність також виконує функцію

легітимації: рішення можуть бути ефективними, але не бути морально виправданими, наприклад, якщо вони порушують базову повагу до особи, допускають дискримінацію чи руйнують довіру до медицини як гуманістичної практики [3, с. 10].

Підсумовуючи, слід підкреслити, що людська гідність під час війни постає як нормативний горизонт, що дозволяє: відрізняти етично припустиму пріоритизацію від дегуманізуючих практик; зберігати людяність спілкування та допомоги навіть за неможливості повного лікування; обґрунтовувати процедурну справедливість та недискримінацію в розподілі дефіцитних ресурсів; підтримувати автономію; посилювати інституційну відповідальність за етичну якість рішень.

Список використаних джерел

1. Boichenko, N. M., & Fialko, N. A. (2023). Legitimation of Euthanasia Decisions: A Philosophical Assessment of the Assisted Life Termination. *Anthropological Measurements of Philosophical Research*, (24), 18-26.

2. Kant, I. (1998). *Groundwork of the metaphysics of morals* (translated and edited by Mary Gregor)

3. UNESCO. (2005). *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights.* United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180

4. Boychenko, N. (2017). Counterfactuality of the ethical norms of higher education. *Future Human Image*, (7), 28-35.

5. Habermas, J. (2010). The concept of human dignity and the realistic utopia of human rights. *Metaphilosophy, 41* (4), 464-480.

6. Tännsjö, T. (2019). *Setting health-care priorities: What ethical theories tell us*. Oxford University Press. 170-228.

7. Nussbaum, M. C. (2011). *Creating capabilities: The human development approach.* Harvard University Press. 193-202.

ЦІННІСТЬ ПРОФЕСІЇ ЛІКАРЯ В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ ТА СУСПІЛЬНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ УКРАЇНИ

Гарбар Людмила Вікторівна,
кандидат філософських наук, доцент,
доцент кафедри філософії та політології,
Житомирський державний університет імені Івана Франка

Сучасна медицина перебуває у стані глибоких трансформацій зумовлених глобалізаційними процесами, розвитком цифрових технологій і соціальними викликами. У цьому контексті професія лікаря набуває особливого значення, адже поєднує високий рівень професійної компетентності з моральною відповідальністю перед суспільством. Для України, яка переживає кризові та воєнні реалії, питання цінності лікарської професії стає стратегічним, оскільки лікар виступає не лише як фахівець, а й як символ гуманізму та стійкості.

Війна, соціальні кризи та трансформації системи охорони здоров'я формують новий контекст для професії лікаря. Лікар тут виконує подвійну функцію: професійну, яка передбачає порятунок життя, та символічну, що репрезентує гуманність й моральну стійкість. Суспільство очікує від лікаря не лише компетентності, а й емпатії, готовності до служіння та високої відповідальності. Свідченням зазначеного є не лише публічні дискусії, а й офіційні документи, зокрема Етичний кодекс лікаря України [1], який закріплює принципи гуманізму, милосердя та моральної відповідальності.

У світі, де цифровізація та мобільність кадрів стають нормою, лікар має адаптуватися до нових технологій, але водночас зберігати гуманістичні засади професії. Слушними щодо до цього вважаємо міркування Ю. Євтушенко, яка зауважує, що формування професійно-етичної культури лікаря є ключовим чинником довіри суспільства в умовах глобалізації та кризових подій, зокрема війни в Україні [2].

Інтеграції медичних практик, мобільності кадрів та стандартизації професійних вимог сприяє глобалізація, яка також актуалізує проблему збереження гуманістичних засад медицини. Лікар у глобалізованому світі має діяти не лише як фахівець, а й як носій моральних цінностей, здатний забезпечити баланс між технологічними можливостями та етичними обмеженнями. «У глобалізованому світі лікарі виконують важливу роль у забезпеченні високої медичної експертизи та компетентності у лікуванні та діагностиці захворювань. Українські лікарі, зокрема, стикаються з унікальними викликами, пов'язаними із специфікою системи охорони здоров'я, обмеженими ресурсами та нестабільною політичною ситуацією» зазначає Д. Лашкул, наголошуючи на необхідності поєднання глобальних стандартів із українськими гуманістичними традиціями [3, с. 129].

Попри все зазначене, професійна етика та деонтологія повинні залишатися фундаментом довіри до медицини. Медична деонтологія в Україні спирається на традицію від Гіппократа до сучасних кодексів й регулює поведінку лікаря у складних ситуаціях, забезпечує баланс між професійними діями та моральними нормами. Основними принципами професійної діяльності лікаря в сучасних умовах, не зважаючи на обставини, залишаються повага до гідності пацієнта, відповідальність за наслідки професійних рішень, дотримання етичних норм у взаємовідносинах із колегами та суспільством. У кризових умовах ці принципи набувають особливої ваги, адже саме вони формують довіру до системи охорони здоров'я. Важливим завданням є формування нової моделі професійної культури, яка поєднує глобальні стандарти з українськими гуманістичними традиціями.

В Україні перспективи розвитку професії лікаря пов'язані з цифровізацією, телемедициною та модернізацією освітніх програм. Серед ключових викликів є також міграція лікарів, що створює ризики для української системи охорони здоров'я, але водночас відкриває можливості для інтеграції у світові практики та підвищення стандартів. Очільник Міністерства охорони здоров'я України В. Ляшко в одному із інтерв'ю 2024 року попереджав про глобальний дефіцит медичних працівників різного фаху й зауважував, що «стратегія Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) передбачає глобальний дефіцит кадрів у медичній сфері до 2030 року» [4]. Дефіцит кадрів через військові дії в Україні вже вплинув на багато сфер, але, як прогнозують у Міністерстві охорони здоров'я, глобальна нестача фахівців-медиків очікується вже до 2030 року. Причина – тривалість здобуття медичної спеціальності та міграція українців через війну та мобілізацію [5].

Професія лікаря в умовах глобалізації та суспільних трансформацій України є стратегічним ресурсом, що забезпечує не лише збереження життя, а й утвердження гуманістичних цінностей. Лікар виступає як носій моральної відповідальності, символ стійкості та довіри суспільства. Саме тому розвиток професії лікаря має розглядатися не лише як галузеве завдання, а як ключовий чинник формування єдиного гуманітарного простору та утвердження цінності людського життя.

Список використаних джерел

1. Етичний кодекс лікаря України: Затверджено рішенням Української Медичної Ради протокол № 18 від 27 січня 2006 р. URL: https://mcu.org.ua/nadlezhashhaya-medicinskaya-praktika/eticheskij-kodeks-vracha-ukrainy/ (дата звернення 30.01.2026).

2. Євтушенко Ю. Формування професійно-етичної культури лікаря в умовах глобалізації: виклики, технології та педагогічні стратегії. *Актуальні питання гуманітарних наук*. Вип. 88, том 1, 2025. С. 321–329 https://www.aphn-journal.in.ua/archive/88_2025/part_1/48.pdf (дата звернення 30.01.2026).

3. Лашкул Д.А. Роль лікаря в 21 столітті: етика, глобальні виклики та професійна відповідальність. Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні

проблеми в медицині): зб. матеріалів V міжнар. наук.-практ. конференції, (28-29 лютого 2024 р). Запоріжжя: ЗДМФУ, 2024. С. 128-130.

4. На Україну чекає глобальний дефіцит лікарів, – глава МОЗ. УНІАН. URL: https://www.unian.ua/health/v-ukrajini-nazrivaye-globalniy-deficit-likariv-glava-moz-12680919 (дата звернення 02.02.2026).

5. У МОЗ попередили про масштабний дефіцит лікарів у найближчі роки. СТІНА. URL: https://kyiv.ukrainianwall.com/132460-likarni-sporozhniyut-ukrajinciv-poperedili-pro-masshtab (дата звернення 02.02.2026).

ПРОФЕСІЙНЕ МИСЛЕННЯ МЕДИКА: ДЕОНТОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ

Денисенко Вікторія Володимирівна,
к. іст. н., старший викладач кафедри суспільних дисциплін,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Підготовка фахівця в галузі охорони здоров'я передбачає формування відповідних фахових компетентностей: теоретичні знання, збір анамнезу, комунікативні навички, аналіз даних та інформації, командна робота тощо. Серед іншого важливим елементом розвитку професійної майстерності є професійне мислення медичного працівника, що визначає його здатність ухвалювати необхідні, своєчасні, нормативно-обґрунтовані рішення для отримання оптимального результату.

Професійне мислення – це сукупність когнітивних навичок, які дозволяють ефективно вирішувати завдання, пов'язані з професійною діяльністю. Основою професійного мислення є явище, яке ми можемо визначити як «професійна стереотипізація», або «шаблонність» професійного мислення та професійної поведінки. Стереотип – це реакція на зовнішній подразник (ситуацію, завдання), в основі якого є отриманий раніше відповідний досвід. Індивід вже знайомий з аналогічною ситуацією, має досвід її успішного (навіть, якщо то є суто суб'єктивна оцінка) вирішення. В подальшому в аналогічних обставинах він буде діяти відповідно, не витрачаючи час та інтелектуальні зусилля для пошуку іншого рішення. Стереотипізація – когнітивний механізм аналізу і впорядкування інформації, що спирається на досвід попередньої діяльності.

Вивченню механізмів стереотипної поведінки приділено багато уваги представниками різних наукових дисциплін, серед них є дослідження в галузі фізіології (І. П. Павлов), психології (Д. Канеман), соціології (Т. Адорно, М. Хоркхаймер), філософії (Ф. Ніцше та К. Г. Юнг). Стереотипна поведінка є важливим інструментом, який дозволяє людині ухвалювати рішення і реагувати на нові зовнішні обставини (а) швидко, (б) в умовах відсутності базової інформації, достатньої для аналізу ситуації. Це є важливою умовою для ефективної професійної діяльності. Професіонал, фахівець – це працівник, в якого на основі отриманого досвіду роботи сформовано багато різноманітних професійних стереотипів, чим їх більше – тим ефективнішими є результати роботи. Сам процес навчання, оволодіння новими навичками по своїй суті зводиться до формування відповідної автоматичної, стереотипної поведінки.

Проте, зазначивши безумовне позитивне значення професійної стереотипізації, слід враховувати її негативні наслідки. Когнітивний психолог Даніель Канеман отримав у 2002 р. Нобелівські премію з економіки за дослідження теорії перспектив, в основі якої є розуміння помилок, пов'язаних з стереотипною, автоматичною поведінкою індивіда [1]. Д. Канеман обґрунтував наявність двох мисленнєвих систем, які ми використовуємо для аналізу інформації. Перша – система автоматичного стереотипного мислення, в рамках якої ми ухвалюємо переважну більшість рішень. Друга – система повільного мислення, яка потребує часу і зусиль. Вчений довів, що саме перша з цих систем призводить до невірної оцінки ситуації, автоматичні реакції часто є помилковими.

В практичній діяльності лікаря цей феномен ми бачимо в збільшенні кількості невірних діагнозів щодо окремих категорій пацієнтів у порівнянні із загальними показниками. Так, наприклад, це актуально для пацієнтів із зайвою вагою або з підтвердженими онкологічними діагнозами.

Іншу сторону професійної стереотипізації представлено в дослідженнях німецького психолога Карла Дункера [2, 3]. Він працював над «теорією продуктивного мислення»: вивчення когнітивних механізмів, які застосовує людина при вирішенні певного завдання. К. Дункер збагатив когнітивну психологію такими термінами як «ментальна ригідність» та «функціональна фіксованість». Типові проблеми ми вирішуємо типовим способом: мозок не здатний кожного разу вдаватися до творчого натхнення. Люди розв'язують проблеми не так, як слід, а як вони можуть, виходячи не з потреби завдання, а спираючись на власний досвід. Іншими словами, вирішуючи задачу, ми думаємо не про те, як зробити це найефективнішим чином і отримати найкращий результат, а про те, як ми можемо свій власний досвід, свої навички і вміння застосувати до цієї ситуації. В результаті ми бачимо приклади, коли методика лікування використовується не тому, що вона дає потрібний ефект, а тому, що вона знайома лікарю, він вже має досвід роботи з цією методикою.

Описаний вище ефект професійного мислення є об'єктивно обумовленим, пов'язаний з особливостями роботи людського мозку, з так званими «когнітивними упередженнями» – систематичними помилками, що виникають через необхідність швидкого аналізу даних. Розуміння причини і механізмів їх появи дозволяє попередити негативні наслідки, знизити ризик лікарської помилки. Це актуалізує включення до освітніх програм підготовки медичних працівників поряд зі спеціальними освітніми компонентами також дисциплін, спрямованих на формування когнітивних, аналітичних, комунікативних компетентностей студентів-медиків.

Список використаних джерел

1. Kahneman D. Thinking, Fast and Slow. New York, 2011. 533 p. URL: https://dn790002.ca.archive.org/0/items/DanielKahnemanThinkingFastAndSlow/Daniel%20Kahneman-Thinking%2C%20Fast%20and%20Slow%20%20.pdf

2. Duncker K. The Influence of Past Experience upon Perceptual Properties. *The American Journal of Psychology*. 1939. Vol. 52. №2. P. 255–265. URL: https://www.jstor.org/stable/1416111

3. Simon Herbert A. Karl Duncker and Cognitive Science. *Thinking in Psychological Science*. New York: Routledge, 2017. 345 p.

МЕДИКАЛІЗАЦІЯ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ ЯК ІНСТРУМЕНТ СОЦІАЛЬНОГО КОНТРОЛЮ

Денисенко Вікторія Володимирівна,
к. іст. н., старший викладач кафедри суспільних дисциплін,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет;
Денисенко Світлана Андріївна, студентка 3 курсу,
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Медикалізація – це процес, під час якого медичні визначення та практики починають застосовуватись до моделей поведінки, психологічних феноменів та фізичних станів, які раніше не вважались патологічними [2]. Дж. Піттс, один з найперших соціологів, який звернув увагу на це явище, ще у сімдесятих роках минулого століття висунув тезу, що медикалізація є одним з найбільш ефективних засобів соціального контролю. Підтвердженням цього є числені приклади псевдонаукових діагнозів, які у різні історичні періоди приписували певним маргіналізованим групам з метою корекції їхньої поведінки.

Так, ще у 1851 році американський лікар Самюел Картрайт висунув ідею існування психічного розладу під назвою «драпетоманія», який сьогодні вважається одним із найяскравіших прикладів наукового расизму. Термін утворений від давньогрецької δραπέτης (drapetes, «утікач [раб]») та μανία (mania, «божевілля») і використовувався для пояснення схильності до втечі із плантацій у рабів. Даний розлад діагностували у темношкірих, які

намагались втекти більш ніж два рази [1]. Картрайт стверджував, що «рабство було настільки значним покращенням у житті африканців, що жодна психічно здорова людина не спробувала б втекти». Лікування, запропоноване ним, включало в себе бичування та ампутацію пальців ніг.

Ще одним прикладом медикалізації як соціального контролю можна вважати діагноз, запропонований С. Картрайтом – «дизестезія ефіопів». Вважалося, що цей психічний розлад викликав потьмарення свідомості, змушував рабів нехтувати роботою, спричиняти безлад та виступати проти наглядачів. Картрайт пропонував лікувати це побоями та примусовим перебуванням раба тривалий час на сонці. Він стверджував, що після вдалого лікування раб «має бути вдячний за відновлення потьмареної свідомості», та використовував цей діагноз для підтвердження суспільних переконань, що темношкірі не здатні піклуватись про себе та потребують постійного нагляду збоку білих людей [5].

Особливої уваги в контексті медикалізації девіантної поведінки заслуговує діагноз «істерія» (від гр. ὑστέρα, hystera «матка»). Перші згадки про нього датують ще 1850 р. до н.е. у давньоєгипетському гінекологічному папірусі Кахуна, пізніше його описували давні греки, середньовічні лікарі, а також такі відомі спеціалісти як Зигмунд Фройд та Жан-Мартен Шарко. Теорії про етіологію цього захворювання варіювались від «блукання матки по організму» та гінекологічних розладів до пережитого досвіду сексуального насилля, або навіть просто сексуальних фантазій пацієнтки. До симптомів у різні часи відносили: небажання жінки одружуватись, тривогу, іпохондричний стан, плаксивість, небажання розмовляти, імпульсивну сексуальну поведінку і багато іншого. Широке різноманіття спостерігалось і серед запропонованих методів лікування істерії, найчастішими з яких були масажі тазу, кліторальна стимуляція, використання транквілізаторів та нейролептиків, у більш рідкісних випадках – гістеректомія. Лише в 1980 р. істерія була виключена з DSM. Наприкінці XX століття цей розлад почали розцінювати як інструмент контролю над жінками та використовувати як символ їх систематичного пригнічення у патріархальному суспільстві [6].

Медикалізація «незручної» поведінки використовувалась не тільки як інструмент утиску маргіналізованих груп, але і як метод репресій. Так у 1970-их роках в СРСР особливої популярності набув діагноз «уповільнена шизофренія». Він характеризувався досить розмитим симптомокомплексом, який включав у себе іпохондрію, депресивний стан, втрату емоційного резонансу, «відчуття неповноти» та розвиток фобій. Не зважаючи на те, що ВООЗ не визнавала даного розладу, у СРСР його часто ставили дисидентам з метою їхньої ізоляції та позбавлення дієздатності. Пізніше дана практика отримала широке засудження на міжнародному рівні.

П. Конрад сформулював такі основні причини використання медикалізації як ефективного засобу соціального контролю [3, 4].

1. Визначення девіантної поведінки як медичної проблеми дозволяє використовувати для її корекції певні засоби, які в іншому випадку б не розглядались, на приклад оперативні втручання або застосування психоактивних речовин. Так лоботомія (лейкотомія) використовувалась на людях, схильних до жорстокості та агресії, за допомогою електросудомної терапії намагались лікувати гомосексуальність, а важкі седативні засоби в другій половині XX ст. застосовувались на дітях з гіперактивністю.

2. Індивідуалізація соціальних проблем. Яскравим прикладом цього можна вважати гіперкінетичний розлад у дітей, який був популярний в Америці в середині минулого століття. Його симптоми включали в себе гіперактивність, схильність до порушення правил та низьку самооцінку, а лікування було здебільшого медикаментозне. Це дозволяло симптоматично коригувати девіантну поведінку, не приділяючи увагу соціальним проблемам, які першочергово її викликали: діти тривалий час знаходились наодинці та не отримували належної уваги та виховання від батьків та вчителів.

3. Прибирання моральної складової девіантної поведінки. Якщо розглядати девіацію як медичну проблему, а не особистісну, а корекцію цієї поведінки – як лікування, а не покарання, то люди більш схильні звертатись по допомогу та приймати поради та терапію. Цей принцип

і дотепер часто використовується для осіб, що мають схильності до агресії і жорстокості, та до осіб з наркотичною або алкогольною залежністю.

Таким чином, ми можемо дійти висновку, що патологізація девіантної поведінки була і лишається одним із найефективніших засобів контролю за суспільством, який дозволяє не тільки симптоматично корегувати дану поведінку, але і стимулює представників маргіналізованої групи самих звертатись по допомогу.

Список використаних джерел

1. Сепетий Д. П. Поняття здоров'я та хвороби: натуралізм, нормативізм та аргументи від драпетоманії. *Філософія релігії та медицини в постсекулярну добу*: матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф., присвяченої пам'яті свт. Луки (В. Ф. Войно-Ясенецького). К.: НМУ ім. О. О. Богомольця, ВР ІФ ім. Г. С. Сковороди НАНУ, 2021. С.131–134.
2. Ballard K., Elston M. A. Medicalisation: A Multi-dimensional Concept. *Social Theory & Health*. 2005. № 3. P. 228–241.
3. Conrad P. The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior. *Social Problems.* 1975. Vol. 23, № 1. (Oct., 1975). P. 12-21.
4. Conrad P., Schneider J. W., 2002 Medicine as an institution of social control. *Deviance and social control*. McGraw-Hill, 2002. P. 196–204. URL: https://www.studocu.com/en-us/document/university-of-colorado-boulder/deviance-in-us-society/medicine-as-social-control/41558194
5. Devis J. E. Medicalization, Social Control, and the Relief of Suffering. *Medical sociology*. Wiley-Blackwell, 2010. P. 211–241. URL: https://mysocialbliss.com/wp-content/uploads/2025/05/William-C.-Cockerham-The-New-Blackwell-Companion-to-Medical-Sociology-Blackwell-Companions-to-Sociology-20091.pdf#page=231
6. Tasca C. at al. Women And Hysteria In The History Of Mental Health. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2012. Oct 19, 8. P.110–119. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3480686/

ПРОФЕСІЙНИЙ ПОРТРЕТ ЛІКАРЯ В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ: ЗНАЧЕННЯ ҐЕНДЕРНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ТА РІВЕНЬ СУСПІЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

Дяченко Марина Сергіївна,
PhD, доцент кафедри педіатрії №2,
Харківський національний медичний університет

У сучасному глобалізованому світі роль лікаря зазнає суттєвих трансформацій, виходячи за межі суто клінічного фахівця. Сьогодні лікар сприймається суспільством як агент соціальних змін, чия діяльність базується на засадах гуманізму, інклюзивності та високої етичної відповідальності. У контексті українських реалій, де медична система перебуває на стадії активного реформування та інтеграції в європейський простір, особливої актуальності набуває питання гендерної компетентності як одного з ключових показників професіоналізму та цінності медичного персоналу.

Гендерна компетентність є суттєвою складовою сучасної медичної практики, яка відображає інтегровану сукупність знань, навичок і професійних установок, необхідних для забезпечення високоякісної та недискримінаційної медичної допомоги. Вона передбачає здатність до аналізу того, як біологічна стать (sex) та соціальний гендер (gender) впливають на показники здоров'я, перебіг захворювань та ефективність лікування [2, с. 5]. Для сучасного суспільства значення лікаря визначається його здатністю бачити пацієнта через призму індивідуальних особливостей, відмовляючись від застарілих стереотипів.

Рівень відповідальності лікаря в умовах глобалізації зростає пропорційно до появи нових наукових даних про відмінності в симптоматиці та лікуванні пацієнтів різних гендерних груп. Ігнорування цих факторів може призвести до неправильної діагностики та погіршення загального стану здоров'я. Наприклад, симптоматика серцевого нападу у жінок часто

відрізняється від стандартних проявів у чоловіків, а ментальні захворювання мають різні клінічні прояви залежно від гендерної ідентичності. Таким чином, професійна відповідальність лікаря включає постійне оновлення знань у галузі гендерної медицини, аналіз метаболізму лікарських засобів та реакцій на стрес у різних популяційних групах.

Цінність лікаря в українських реаліях сьогодні тісно пов'язана з його комунікативними навичками. Здатність вибудовувати довірливі стосунки, використовувати толерантну мову та відкрито обговорювати чутливі питання, пов'язані з ідентичністю та сексуальністю, є критично важливою. Лікар має володіти здатністю розпізнавати й долати власні гендерні упередження, уникаючи опори на стереотипи під час діагностики. Психологічний вплив гендерних упереджень може підривати рівень довіри пацієнта до всієї медичної системи [1, с. 12].

Особливе місце у формуванні цінності лікаря посідає розуміння інтерсекційності – взаємозв'язку гендерної ідентичності з етнічною приналежністю, віком чи інвалідністю. У глобалізованому світі лікар має бути готовим до роботи з представниками різних спільнот, включаючи ЛГБТК+, забезпечуючи їм безпечне та підтримуюче середовище.

Для розв'язання проблем, пов'язаних із недостатнім розумінням гендерних аспектів у медичній практиці, пропонуються такі шляхи інтеграції:

1. Освітній компонент: включення спеціалізованих модулів із гендерної медицини у навчальні плани медичних університетів.
2. Безперервна освіта: систематичні тренінги для діючого персоналу.
3. Оновлення клінічних протоколів: впровадження стандартів, що враховують гендерну специфіку.
4. Формування безпечного середовища: створення механізмів зворотного зв'язку для пацієнтів щодо фактів дискримінації.

Отже, у сучасному суспільстві лікар — це не лише фахівець з біології людини, а й експерт, що розуміє соціальні детермінанти здоров'я. Гендерна компетентність стає тим мірилом, що визначає професійну придатність лікаря в умовах глобалізації та формує його високу цінність в очах українського соціуму.

Список використаних джерел

1. Гендерні ролі та стереотипи. Рейтинг: соціологічна група. URL: https://ratinggroup.ua/research/ukraine/gendernye_roli_i_stereotipy.html

2. Гендерна компетентність медичного персоналу: посібник для самопідготовки. Спільнотека. URL: https://spilnoteka.org/wp-content/uploads/2024/04/genderna-kompetentnist-medpersonalu.pdf

ЕВТАНАЗІЯ В СУЧАСНІЙ МЕДИЦИНІ: СЛИЗЬКИЙ СХИЛ ЧИ ОБҐРУНТОВАНИЙ МЕТОД?

Єнгаличев Тимур Равільович
аспірант кафедри хірургічної та пропедевтичної стоматології
Науковий керівник: професор кафедри суспільних дисциплін,
д. філос. н. Сепетий Дмитро Петрович

Евтаназія – актуальна етична і медична дилема, яка постала перед сучасним суспільством як фундаментальне питання про межі людської гідності й лікарські обов'язки. Саме слово "Евтаназія", що походить з грецької мови, означає – "добра смерть"; але чи буває добра смерть в лікарні, де класична лікарська деонтологія суперечить людському праву самовизначення? Клятва Гіппократа прямо забороняє надання смертельних засобів, але чи не є це порушенням права людини на керування власним життям і власною долею, зокрема якщо реальний залишок життя очікується провести в сильному болі і стражданнях? У філософському плані цей конфлікт відображає перехід від метафізичного розуміння життя як дару до його сприйняття як якості, що підлягає раціональній оцінці.

Важливо чітко розмежовувати варіанти медичного припинення життя у термінологічному полі медичної філософії. За формами реалізації виділяють наступні варіанти:

- Пасивна евтаназія, що полягає у навмисному припиненні або відмові від життєзабезпечувального лікування, коли терапія визнається безперспективною і лише затягує процес вмирання.
- Непряма евтаназія, при якій лікар вводить потужні знеболювальні засоби з метою полегшення фізичних страждань, усвідомлюючи, що побічним ефектом таких доз є пригнічення життєво важливих функцій та наближення летального результату.
- Асистований суїцид, де лікар надає пацієнту необхідні препарати або знання для суїциду, проте фінальну дію пацієнт виконує самостійно.
- Активна евтаназія, яка передбачає безпосереднє введення лікарем летальної дози медикаментів за проханням хворого.

Водночас за характером волевиявлення евтаназію поділяють на добровільну, що базується на чітко висловленому та усвідомленому бажанні пацієнта; недобровільну, коли людина перебуває у стані, що не дозволяє висловити волю (наприклад, кома), і рішення приймають довірені особи; та противільну, яка здійснюється всупереч волі людини, що з погляду етики та права фактично ототожнюється з вбивством.

Моральна та філософська оцінка форм і типів евтаназії дозволяє вибудувати певну ієрархію їхньої прийнятності суспільством. Найменш суперечливою вважається непряма евтаназія, оскільки вона первинно спрямована на допомогу та милосердя. Тут медична етика спирається на розроблений ще Томою Аквінським принцип подвійного ефекту: дія, що має як добрий, так і злий наслідок, є допустимою, якщо злий наслідок не є метою, а лише супутнім результатом прагнення до добра [1]. Далі йде пасивна форма, яка часто трактується як визнання меж медицини та природного права людини на смерть без штучного втручання. Значно більше етичних запитань викликає асистований суїцид, оскільки він робить лікаря співучасником акту вкорочення життя. На вершині цієї ієрархії неприйнятності перебуває активна добровільна евтаназія, а за нею – недобровільна, оскільки вони вимагають від лікаря переходу від ролі цілителя до ролі активного виконавця смерті.

Світовий юридичний статус евтаназії сьогодні відображає культурну та етичну поляризацію різних держав [2]. Країни з ліберальним законодавчим підходом, такі як Нідерланди, Бельгія та Канада, офіційно легалізували активну евтаназію, інтегрувавши її в систему державної медичної допомоги. Наприклад, у Канаді діє програма медичної допомоги при вмиранні (MAiD), яка поступово розширює критерії доступу. Інший підхід демонструє Швейцарія, де акцент зроблено на асистованому суїциді через недержавні організації, що дозволяє системі охорони здоров'я дистанціюватися від безпосереднього акту позбавлення життя. Водночас у більшості країн світу, включаючи Україну [3], будь-яка форма активної допомоги у вкороченні життя є офіційно забороненою, а дії лікаря у таких випадках кваліфікуються як кримінальний злочин.

Дискусія навколо прийнятності евтаназії тримається на протистоянні двох потужних етичних шкіл: деонтології та утилітаризму. Деонтологічний підхід, яскраво представлений Іммануїлом Кантом, стверджує, що людина завжди є ціллю і ніколи не може бути засобом. З цієї позиції евтаназія є неприйнятною, оскільки вона використовує смерть як засіб для припинення болю, що руйнує саму суб’єктність особистості. Життя розглядається як абсолютна цінність, якою людина не має права розпоряджатися за власною примхою. Натомість утилітаризм, засновниками якого були Джеремі Бентам та Джон Стюарт Мілль, пропонує оцінювати дії за кількістю щастя або відсутністю страждань, які вони приносять. З цієї точки зору, якщо життя пацієнта наповнене лише нестерпним болем, а шансів на одужання немає, припинення такого існування вважається етично виправданим і милосердним кроком.

Крім того, важливо враховувати концепцію біополітики Мішеля Фуко, яка аналізує, як держава та медицина здійснюють контроль над тілом людини. У цьому контексті повна заборона евтаназії може розглядатися як форма державного примусу до життя, тоді як її легалізація - як ризикований крок до перетворення смерті на бюрократичну процедуру. Прихильники автономії апелюють до права на гідність, стверджуючи, що смерть є фінальним актом самовизначення особистості. Опоненти ж застерігають від ефекту слизького схилу: логічної пастки, за якої дозвіл евтаназії для термінально хворих з часом призведе до її застосування щодо людей з інвалідністю, депресією або тих, хто відчуває себе фінансовим тягарем для близьких [4]. Виникає також фундаментальне питання довіри: лікар, дивлячись в обличчя страждаючого пацієнта, має відчувати безкінечну відповідальність за його життя, а не ставати джерелом загрози.

Аналізуючи ці аргументи через призму медичної філософії, доходимо висновку, що евтаназія не може бути визнана стандартною медичною процедурою чи частиною звичайної системи охорони здоров'я. Її місце має залишатися у зоні граничних випадків, де вичерпані абсолютно всі можливості паліативної допомоги. Медицина майбутнього повинна спрямовувати свої ресурси на розвиток технологій купіювання болю та психологічної підтримки, щоб сама потреба в евтаназії зникала природним шляхом через відсутність нестерпних страждань.

Прийнятність евтаназії в тій чи іншій системі є не стільки показником розвитку технологій, скільки індикатором етичної зрілості та юридичної надійності держави. У суспільствах з високим рівнем корупції або низькою ціною людського життя легалізація активної евтаназії є надзвичайно небезпечною, оскільки вона може бути використана як інструмент соціальної інженерії. Таким чином, хоча пасивна та непряма форми можуть бути інтегровані в практику як визнання обмеженості людських можливостей, активна евтаназія має залишатися поза межами рутинного протоколу. Вона повинна залишатися об’єктом індивідуальної совісної відповідальності та надзвичайного правового розгляду, щоб професія лікаря завжди асоціювалася з боротьбою за життя, навіть коли воно добігає свого фінального етапу.

Список використаних джерел

1. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1994). Principles of biomedical ethics. Edicoes Loyola.

2. Emanuel, E. J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Urwin, J. W., & Cohen, J. (2016). Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. JAMA, 316(1), 79-90. https://doi.org/10.1001/jama.2016.8499

3. Цивільний кодекс України. (2003). Стаття 281. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15

4. Keown, J. (2018). Euthanasia, ethics and public policy: An argument against legalisation (2nd ed.). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781107337909

ЕКОЦИД У КОНТЕКСТІ КОНЦЕПЦІЇ «СПІЛЬНОЇ ВРАЗЛИВОСТІ»
ECOCIDE IN THE CONTEXT OF THE CONCEPT OF “SHARED VULNERABILITY”

Карпенко Катерина Іванівна,
д.філос.н., професор, зав. кафедри філософії та суспільних наук,
Харківський національний медичний університет

Основна суперечність філософського тлумачення сучасного екоциду випливає з визначення основоположного кута зору його дослідження.

Традиційна західна філософія часто розглядає природу як ресурс (інструментальну цінність), тобто тут визначальним є антропоцентричний (людиноцентричний) погляд на природу. У цьому контексті, екоцид є негативним явищем лише тому, що він шкодить здоров’ю людини, економіці чи майбутнім поколінням. Східна філософія часто сприймається як більш екологічна в культурологічних координатах, але вона не убезпечує предметно-діяльнісну сфері від руйнівні наслідків.

Екоцентрична (природоцентрична) оптика дослідження стверджує, що екосистеми мають внутрішню цінність незалежно від їхньої корисності для людей. Такі філософи, як Альдо Леопольд («Етика землі», 1949), стверджують, що річ є «правильною», коли вона прагне зберегти цілісність, стабільність і красу біотичної спільноти. З цього погляду, екоцид є онтологічним злочином — загрозою життю, нападом на саме життя.

Сучасні мислителі, такі як Бруно Латур, стверджують, що проблема екоциду випливає з хибної бінарності епохи Просвітництва, яка відділяє «Природу» від «Культури», від «Людини». Вони належать до тих, хто активно розвиває концепцію «спільної вразливості».

У воєнний час ця бінарність є руйнівною. Якщо річку отруюють, щоб зупинити армію, «природа» (річка) та «культура» (люди, які з неї п'ють) страждають як єдине ціле. У філософському контексті, екоцид демонструє, що люди не є незалежними суб'єктами на землі, а люди і все на ній є єдиною системою, в якій все взаємозалежне і впливає одне на одне. Окремій людині важко осягнути думку, що наша вразливість і вразливість природи переплетені. Ми переймаємося загальною тривогою про стан природи як умови нашого добробуту, але не усвідомлюємо, що знищення довкілля - це форма «повільного самогубства». А війна прискорює цей процес.

Французький дослідник Бруно Латур [3], як відомо, переконливо виступав за права об'єкта, права природи серед них. Він стверджував, що Модерне суспільство систематично відмовлялося розглядати права об'єкта, частково через свою систематичну схильність мислити в термінах дуалізму суб'єкт-об'єкт. Він вважав, що ми можемо прийти до визнання прав, автономії, агентності об'єкта. Ми можемо зробити це, якщо зможемо визнати, що *модерний спосіб класифікації* ніколи не відповідав тому, що насправді відбувалося в думках людей і на практиці. Латур говорить про модерні та немодерні репрезентації, кожна з яких має чотири «гарантії». Кожна з них стосується чотирьох онтологічних сфер: суб'єкта, об'єкта, мови та буття. Сфера суб'єкта – це також сфера суспільства, спільнот, культури та держави; сфера об'єкта – це сфера речей, технологій, фактів та природи; сфера мови включає практики дискурсу, посередництва, перекладу, делегування та репрезентації; і, нарешті, сфера буття включає Бога та богів, безсмертних, тотемізованих предків – вона включає питання існування. За Латуром, репрезентація проблеми екоциду повинна мати конвенції та гарантії в цих чотирьох онтологічних сферах, які разом відкривають можливості розуміння «спільної вразливості» природи та людини. Це шлях до подолання онтологічних загроз екоциду.

Беззаперечно, екоцид — це форма терору, яка виходить за межі фізичної шкоди. Це руйнування «життєвого світу» — середовища, яке забезпечує сенс, пам'ять і відчуття місця. Коли священний ліс або ландшафт поколінь знищується, ті, хто вижив, страждають від «втрати світу», психологічного та філософського зсуву сприйняття, відомого як соластальгія. Термін був введений австралійським філософом Гленном Альбрехтом (Glenn Albrecht) у 2003-2005 роках для опису психологічного впливу екологічних змін на людей. Він є близьким за змістом до таких понять, як «екологічний алармізм» та «екологічний дистрес».

Розглядати екоцид у воєнний час як «складну проблему» – це замало сказано; у політичних колах його часто класифікують як серйозну проблему, але визнали і забули, або відіслали у часовий та просторовий універсум. Коли довкілля перетворюється на зброю або стає «побічним збитком», наслідки не враховують кордони чи дати припинення вогню. Якщо спалювання лісу виявляє позицію противника, військові можуть надати пріоритет негайному тактичному виграшу, а не 50-річному екологічному колапсу, який настає після цього.

На відміну від розбомбленої будівлі, яку одразу видно, екоцид часто призводить до того, що вчений Роб Ніксон (американський еколог, філософ) називає «повільним насильством». Це відкладене руйнування, яке триває ще довго після того, як солдати повертаються додому.

Німецька екофеміністка Петра Келлі у 70-ті роки минулого століття активно боролася проти забруднення природного середовища та поширення ядерного озброєння. Вона переконливо доводила: «Справді вільне суспільство також повинно означати, що ми не

хочемо миру, який нас гнобить. Ми повинні на власних умовах зрозуміти, що означають мир і свобода разом» [2, с. 64]. Ні екофемінізм, ні пацифізм не були самоціллю для Келлі. Вона розглядала їх у взаємозв'язку та взаємній обумовленості. Вона закликала до солідарності та участі людей через національні кордони та через екологічні, екофеміністичні та політичні проблемні сфери. На її переконання, засоби та цілі мають бути паралельними. Ми не можемо досягти мирного результату насильницькими засобами, і ми не можемо досягти справедливого результату несправедливими засобами.

У контексті «спільної вразливості» природи і людини слід зазначити, що «екологічний пацифізм як ідеологія та суспільний рух має обмежені можливості під час війни, але у повоєнний період він, як і інші пацифістські рухи, стає рушійною силою боротьби за стабільний мир та достатні умови для протидії екоциду та загрозі війни» [1, с. 95].

Важливі зауваження щодо пацифізму під час війни на початку повномасштабної війни росії проти України зробив директор Інституту філософії Академії наук України Анатолій Єрмоленко, який багато років досліджував проблеми екологічної етики в контексті комунікативної філософії. Полемізуючи зі своїм німецьким колегою Юрганом Габермасом відносно висловленої ним тези, що програш України в цій війні не гірше, ніж загроза третьої світової війни, він підтвердив свою повагу до універсалістської комунікативної філософії, але визнав обмеженість її загально-теоретичних моральних важелів стосовно екзистенційного вибору у воєнний час. Він наголосив: «…бувають моменти, коли безкінечний горизонт спілкування має свої межі: не можна розмовляти з убивцею та ґвалтівником, треба чинити йому опір. Не можна чекати, до яких дій він вдасться – треба ці дії зупинити та зробити їх неможливими в майбутньому». Разом з тим, професор Єрмоленко визначив роль принципів ненасильства, справедливості та сталого розвитку. До них, беззаперечно, належать підтримка миротворчих зусиль, сприяння збереженню та відновленню навколишнього середовища.

Таким чином, ми приходимо до висновку, що природа і люди не просто взаємно вразливі. В екоциді ми розділяємо простір і час вразливості, а тому мова має йти про врахування спільних дій. З одного боку, зростає *відповідальність* людства за стан свого співіснування з природою. А з іншого боку, не слід, забувати, що природа не спить, вона *відповідає* на виклики людської діяльності в ній. Люди мають передбачати характер цієї відповіді, рахуватися з нею.

Список використаних джерел

1. Karpenko, K. I., Hagengruber, R. E., & Nielsen, C. R. (2024). Anthropological Dimension of Wartime Ecocide: Ecofeminist Methodological Assessments. *Anthropological Measurements of Philosophical Research*, (25), 84–99. https://doi.org/10.15802/ampr.v0i25.307636

2. Kelly P. K. Nonviolence Speaks to Power/ ed. by G. D. Paige, S. Gilliatt. Center for Global Nonviolence, 2001. 185 p. URL: https://nonkilling.org/center/book-review/nonviolence-speaks-to-power

3. Latour, Bruno (1993). We have never been modern. Harvard University Press. p. iv. ISBN 978-0-674-94839-6.

4. Yermolenko, A. (2022, May 20). Widerstand statt Verhandlung. *Frankfurter Allgemeine*. Retrieved from https://www.faz.net/aktuell/feuilleton/debatten/der-ukrainische-philosoph-yermolenko-antwortet-habermas-18044530.html (in German).

ЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ ВИКОРИСТАННЯ ПЛАЦЕБО В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Кравченко Володимир Юрійович
кандидат політичних наук, доцент,
старший викладач кафедри мовної підготовки та гуманітарних наук,
Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро;
Кравченко Олександр Юрійович
вірусолог лабораторного відділу,
КНТ «Дніпропетровський обласний центр крові» ДОР

Сучасна практика медичної допомоги ґрунтується на принципах довіри, поваги до автономії та повного інформування пацієнтів про діагноз, перебіг захворювання і методи лікування. У зв'язку з цим, дедалі більшого значення набувають дискусії про допустимість використання плацебо в медичній практиці та під час клінічних випробувань, оскільки такі дії передбачають введення пацієнта в оману, що можна вважати обмеженням його права на автономію та інформовану згоду. Це також суперечить фундаментальним принципам медичної етики, які захищають право особи самостійно ухвалювати рішення щодо свого лікування. Незважаючи на тривалу історію використання плацебо, питання його морально-правової легітимності залишається предметом активного обговорення серед науковців, медичних працівників, юристів, пацієнтів та фахівців з медичної етики. Саме тому, важливо з'ясувати коли користь від обману переважає потенційну шкоду та за яких умов такі дії медичних працівників можуть бути допустимими з моральної точки зору. Вивчення цього питання має важливе теоретичне і практичне значення, адже, наприклад, 55% американських терапевтів та 97% британських лікарів первинної медичної допомоги хоча б раз використовували плацебо без відома пацієнта протягом своєї професійної кар'єри [4, p. 408]. Результати опитування 142 медичних працівників у Японії продемонстрували, що 70,8% з них мали досвід використання плацебо, а 90% вважали плацебо «ефективним і допустимим, якщо воно забезпечує комфорт для пацієнтів» [3, p. 187]. Такі показники свідчать про значне поширення практики цілеспрямованого обману пацієнтів під час діагностичних та лікувальних процедур.

У рамках традиційної медичної етики застосування прихованого плацебо вважалося морально виправданим і професійно допустимим навіть без попередньої згоди пацієнта. У другій половині XX століття на зміну такому підходу прийшли етичні принципи поваги до автономії та інформованої згоди пацієнта, відповідно до яких практика призначення плацебо без згоди особи почала вважатися сумнівною та необґрунтованою [2, p. 464]. Це пов'язано з тим, що приховування або маніпуляція інформацією обмежує право на свободу вибору, підвищує ризик руйнування довіри до медичної системи і зменшує ймовірність участі пацієнтів в клінічних випробуваннях. Саме тому, сучасні етичні рекомендації виступають проти прихованого використання плацебо без попередньої згоди пацієнта. Зокрема, Американська медична асоціація у 2006 році рекомендувала відмовитися від використання плацебо в медичній практиці, якщо неможливо забезпечити інформовану згоду [5, p. 5].

А. Асаї та Я. Кадука вважають, що застосування плацебо в клінічній практиці є суперечливим, адже такі дії передбачають обман пацієнта, обмеження його особистої свободи та права на інформовану згоду [3, p. 186]. Ця практика може суттєво ускладнити можливість залучення пацієнта до прийняття рішень, що негативно позначиться на рівні суспільної довіри до медичної системи в подальшому. Також слід враховувати, що «дві третини пацієнтів, які отримують плацебо, не відчувають жодного покращення», а отже вони продовжують відчувати дискомфорт, втрачають час і довіру до медичної системи [3, p. 189]. Деякі пацієнти можуть відчувати гнів і розчарування після того, як дізнаються, що їх вводили в оману і призначали плацебо без їхнього відома. Такий обман пацієнта навіть з добрими намірами суперечить принципам гідності та поваги до прав пацієнта.

Певного поширення набуває думка про те, що повне або часткове приховування інформації про призначення плацебо може бути етично виправданим, якщо розголошення цієї інформації знизить терапевтичну цінність лікування і завдасть шкоди інтересам пацієнта. Наприклад, Ш. Бліз з колегами припускають, що введення пацієнта в оману, шляхом використання плацебо, може бути допустимим, якщо такі дії не завдають шкоди його здоров'ю та не загрожують зруйнувати довіру до медичної системи в майбутньому [4, p. 410]. Окрім цього, на думку окремих вчених, використання плацебо буде виправданим, якщо у лікаря є обґрунтоване припущення, що це принесе користь пацієнту і полегшить його страждання [6, p. 222]. Прибічники такого підходу переконані, що приховування інформації під час застосування плацебо є допустимим, якщо воно приносить благо для пацієнта, допомагає покращити самопочуття і не має побічних ефектів. Вважається, що за певних умов принцип благодіяння повинен мати перевагу над повагою до автономії пацієнта та його правом на інформовану згоду. Зокрема, М. Альфано допускає обмеження автономії під час використання плацебо, якщо є підстави вважати, що такі дії лікаря принесуть терапевтичну користь пацієнту. На його думку, «нам потрібно протистояти перетворенню автономії на священну цінність» [1, p. 3]. Однак, таке приховане використання плацебо буде неприйнятним, якщо пацієнт висловив своє усвідомлене бажання отримати повну інформацію про всі аспекти лікування. Окремі науковці та медичні працівники переконані, що застосування плацебо без згоди пацієнта можна вважати морально виправданим, «якщо традиційні методи лікування виявилися неефективними» [2, p. 469]. Також допустимим вважається попередження пацієнтів про те, що вони можуть отримати плацебо, але без надання точної інформації про час і форму такої речовини. Такий підхід санкціонованого приховування буде прийнятним лише, якщо пацієнти надають свою згоду.

Таким чином, з етичної точки зору використання плацебо в клінічній практиці є суперечливим, адже може становити загрозу для збереження принципів прозорості, інформованої згоди та поваги до автономії пацієнта. Це призводить до маніпуляції пацієнтами і формування у них хибних уявлень про процес медичної допомоги, що обмежує можливість для ухвалення об'єктивного рішення щодо лікування. Практика прихованого призначення плацебо може мати негативні довгострокові наслідки через руйнування довіри пацієнтів до медичної системи. У підсумку, більшість дослідників та медичних працівників погоджуються, що використання плацебо слід вважати прийнятним методом лише за умови отримання добровільної згоди від поінформованого та автономного пацієнта.

Список використаних джерел

1. Alfano, M. (2015). Placebo Effects and Informed Consent. The *American Journal of Bioethics*, 15(10), 3-12. https://doi.org/10.1080/15265161.2015.1074302

2. Annoni, M. (2018). The Ethics of Placebo Effects in Clinical Practice and Research. *International Review of Neurobiology*, 139, 463-484. https://doi.org/10.1016/bs.irn.2018.07.031

3. Asai, A., & Kadooka, Y. (2013). Reexamination of the ethics of placebo use in clinical practice. *Bioethics*, 27(4), 186–193. https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2011.01943.x

4. Blease, C., Colloca, L., & Kaptchuk, T. J. (2016). Are open-Label Placebos Ethical? Informed Consent and Ethical Equivocations. *Bioethics*, 30(6), 407-414. https://doi.org/10.1111/bioe.12245

5. Chan, T. E. (2015). Regulating the placebo effect in clinical practice. *Medical law review*, 23(1), 1-26. https://doi.org/10.1093/medlaw/fwu026

6. Gold, A., & Lichtenberg, P. (2014). The moral case for the clinical placebo. *Journal of medical ethics*, 40(4), 219-224. https://doi.org/10.1136/medethics-2012-101314

THE PHILOSOPHY OF PREVENTION IN PARASITOLOGY: OVERCOMING SOCIO-PHILOSOPHICAL BARRIERS AND STIGMA IN PUBLIC HEALTH.

Katarzyna Maria Krawczyk,
MSc Medical Student, Kharkiv National Medical University (Ukraine),
MSc Laboratory Diagnostician, GENETIX Specialized Laboratories (Poland);
Scientific Advisor: Kateryna Ivanivna Karpenko, Prof.

Abstract: This paper analyzes the socio-philosophical barriers in parasitology, focusing on "ontological shame" and the "stigma of dirt". It proposes a shift towards the 5P Medicine paradigm, redefining parasitosis as a natural ecosystem interaction to improve public health prevention.

Keywords: parasitosis, philosophy of prevention, 5P medicine, stigma, medical deontology.

ФІЛОСОФІЯ ПРОФІЛАКТИКИ В ПАРАЗИТОЛОГІЇ: ПОДОЛАННЯ СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКИХ БАР'ЄРІВ ТА СТИГМАТИЗАЦІЇ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Катажина Марія Кравчик, студентка медичного факультету,
Харківський Національний Медичний Університет,
магістр природничих наук, фахівець з лабораторної діагностики,
GENETIX Specialized Laboratories (Польща)
Науковий керівник: Катерина Іванівна Карпенко, Професор

Анотація: У роботі аналізуються соціально-філософські бар'єри в паразитології, зокрема «онтологічний сором» та «стигма бруду». Пропонується перехід до парадигми медицини 5P, де паразитоз розглядається як природна екосистемна взаємодія, що дозволяє підвищити ефективність профілактики.

Ключові слова: паразитоз, філософія профілактики, медицина 5P, стигма, медична деонтологія.

I. Introduction: Prevention as a Cultural Challenge

Despite the rapid development of diagnostic technologies, modern medicine still encounters barriers rooted not in the biology of the pathogen, but in the psychosocial sphere of the patient. Contemporary philosophy of prevention assumes that the effectiveness of medical interventions depends not only on technology but also on the patient's psychosocial state. Parasitoses represent a unique case: objective diagnostics clash with subjective shame, transforming prevention into a socio-philosophical problem. This paper aims to analyze the barriers through which the fear of "the look of the Other" [5, pp. 211-212] obstructs public health goals.

II. Socio-Philosophical Barriers to Prevention

1. Ontological Shame as a Barrier to Prevention Parasitosis is a sociological phenomenon, not just a biological one. Suffering does not result from biological data themselves, but from the meaning the patient assigns to them [1, pp. 639–645]. Following Goffman, a diagnosis functions as a "stigma" that reduces the patient to the role of being "unclean" [3, pp. 43-47]. This state of "ontological shame" causes the patient to feel fundamentally flawed as a human being, drastically reducing the inclination for voluntary preventive screenings [5, pp. 211-212].

2. The Myth of "Dirt Disease" and Cognitive Bias The philosophy of prevention must dismantle the myth identifying parasites solely with the social margin. Individuals of high socioeconomic status often employ a denial mechanism - perceiving infection as "ontologically impossible" [1, pp. 639–645], which delays diagnosis and leads to chronic conditions. Stigmatization thus becomes a real biological barrier.

3. Defense Mechanisms The test result constructs a narrative; if improperly interpreted, it can evoke fear, shame, or denial [2, pp. 4–9, 131–137]. The fear of institutional ostracism (kindergartens, schools) forces a strategy of concealing medical facts. From the perspective of the philosophy of prevention, the patient's silence becomes "bio-aggression" toward the community, as the lack of isolation and quarantine drives the epidemic [7, p. 112]. Shame, instead of protecting, becomes a catalyst for the pathogen's spread.

III. Philosophy of Prevention in the Spirit of 5P Medicine

Modern prevention must be based on the 5P Medicine paradigm. In this context, the following are crucial:

- Participation: Building a relationship of trust in which the patient consciously participates in the testing process without fear of judgment [6, p. 89].
- Personalization and Education: Redefining parasitosis as a natural element of the ecosystem rather than evidence of neglect [4, pp. 70–79].
- Population-based approach: This requires a humanistic approach to be effective. Integrating laboratory results with a humanistic perspective relieves the patient of the emotional burden [1, pp. 639–645].

IV. Conclusions

The problem of intestinal parasitoses as subjectively perceived "shameful diseases" persists. Without breaking socio-philosophical barriers, population prevention remains ineffective. Future medicine must teach society that reproductive and general health depends on the courage to step beyond the framework of shame. Integrating laboratory results with a humanistic approach is essential for effective public health protection. Understanding that parasitosis can affect anyone, regardless of status, is key to successful prevention.

References

1. Cassell, E. J. (1982). The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. *New England Journal of Medicine*, 306(11).
2. Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford University Press.
3. Goffman, E. (2005). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. (Polish edition: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne).
4. Rook, G. A. W. (2010). Darwinian medicine and the ‘hygiene’ or ‘old friends’ hypothesis. *Clinical & Experimental Immunology*, 160(1), 70–79.
5. Sartre, J.-P. (2007). *Being and Nothingness*. (Polish edition: Wydawnictwo Zielona Sowa).
6. Świątek, B. (2020). *Ethics in laboratory diagnostics*. (Polish edition: Wydawnictwo Medyczne).
7. Sztompka, P. (2007). *Trust: A Sociological Theory*. (Polish edition: Wydawnictwo Znak).

СУБ’ЄКТИВНІСТЬ ТВАРИН В КОНТЕКСТІ БІОЕТИКИ

Пустовіт Світлана Віталіївна, д.філос.н., професор,
Національний університет охорони здоров’я України імені П.Л. Шупика

Найгостріші наукові суперечки нашого часу точаться навколо правового статусу тварин. Чи слід їх розглядати як об'єкти людської власності, чи як суб’єкти та носії незалежних прав? В контексті біоетики, заснованої на об’єднанні етики та біологічних фактів, природних прав та свобод суб’єктів, які наділені не тільки розумом але й тілесністю, виникає питання не тільки про суб’єктивність людських істот але й представників тваринного царства.

Сьогодні суб'єктивність тварин має важливу роль для обґрунтування їхніх прав та формування екологічної етики та біоетики. Вона тлумачиться як здатність живих істот мати свідомість, емоції, почуття, індивідуальне сприйняття і власний досвід, здатність до планування свого життя, самодетемінації та творчого використання інструментів впливу на оточуюче середовище.

Засновник біоетики В.Р. Поттер вважав, що екологічна біоетика є важливою складовою глобальної біоетики разом з біомедичною етикою. Свою ключову монографію «Глобальна біоетика, заснована на спадщині Леопольда» (1988) він присвятив науковому обґрунтуванню мети глобальної біоетики – прийнятному виживанню людства, яке неможливо без збереження навколишнього середовища та відповідної етики. Особливе місце в книзі посіла концепція етики Землі американського природоохоронника та еколога О. Леопольда, який вважав, що

людина та всі інші живі істоти та природа в цілому є особливою цілісністю, *біологічною спільнотою* (біотою), визнання якої змушує шукати загальні принципи спільного існування її членів.

На міжнародному рівні за біологічними видами, як суб'єктами права, визнається право на існування, на життєвий простір, на відшкодування шкоди, нанесеної людиною, на різноманітність, на процвітання тощо, а за окремими біологічними особинами – право на життя, на свободу, на гідність, на захист від страждань з вини людини (благополуччя), на необхідну для життя частку земних благ (справедливість), на відсутність відповідальності перед людиною тощо.

Перші спроби обґрунтувати природні права тварин були здійснені ще в 17-му столітті. Ж.-Ж. Руссо вважав, що тварини мають природні права не тому що розумні, а тому що здатні відчувати, отже вони мають бути причетні до природного права не піддаватися марним мученням. Новочасні філософи вважали, що в основі прав тварин знаходиться їхня здатність до страждань. Різниця між людьми і тваринами ґрунтувалася на твердженні, що люди наділені річчю, розумом і самосвідомістю, а тварини таких властивостей не мають. Картезіанська подвійна система поділу на душу та тіло не змогла надати відповіді на запитання: якщо самопізнання, людська мова і розум є визначальними атрибутами людської суб'єктивності, то чи можна вважати дітей та інших людей, в яких порушено нормальне самопізнання та сприйняття світу, також позбавленими суб'єктивності?

В 20-му столітті під впливом досягнень екології, етології, когнітивної психології, соціології, біоетики та ін. наук був значно розширений перелік суб'єктів права. До них приєдналися жінки, літні люди, пацієнти з різноманітними захворюваннями, діти з орфанними захворюваннями, термінальні хворі, люди з особливими потребами, ембріони, новонароджені, та, відповідно, з'явилися нові наукові розвідки щодо суб'єктивності тварин.

Співбуття людей та інших природних квазісуб'єктів знайшло філософську аргументацію в працях М. Гайдеггера як тутбуття (Dasein) та німецьких філософів, представників практичної філософії – В. Гьосле, Ю. Габермаса, К.М. Маєра-Абіха та ін. Етологи Н. Тінберген, К. Лоренц та К. фон Фріш заклали основи експериментального та польового дослідження суб'єктивності тварин. Зокрема було встановлено, що їхня поведінка може виходити далеко за межі інстинктивної причинності. Так, К. Лоренц спостерігав поведінку птахів, не обумовлену вродженими інстинктами або навчанням (дресирування) [1]. Представники біхевіоризму (К. Прайор) на основі законів позитивного підкріплення продемонстрували здатність до системного підвищення когнітивного та евристичного потенціалу тварин як суб'єктів навчання. Дослідники показали, що у тварин є внутрішні стани, і що вони можуть відчувати та усвідомлювати як позитивні емоції (радість, задоволення), так і негативні (страх, біль, стрес), і ці стани можна визначати, розпізнавати та тлумачити належним чином за зовнішніми сигналами – позою, мімікою та рухами тварин [2].

В 1998 році вийшла книга нідерландської дослідниці Сюзанни Лімбах «Тваринна суб'єктивність. Дослідження філософії та теорії досвіду тварин», в якій авторка намагається розкрити суб'єктивність тварин за допомогою герменевтичної та феноменологічної методології як особливий досвід переживань та тілесності тварини [4].

Стивен Вайз в своїй книзі «Проведення межі» стверджує, що тварини крім здатності відчувати страждання мають когнітивні здібності, вони можуть бажати, цілеспрямовано намагатися задовольнити свої бажання та мають почуття самодостатності та власної тілесності [3]. Він показує, що цим критеріям більшою чи меншою мірою задовольняють малі діти, шимпанзе бонобо, горили, орангутанги, собаки та навіть медоносні бджоли. Якщо тварина не має певного відчуття самості, бажання жити, вона не може полювати, і вона не може ні захищатися, ні тікати в разі нападу. Отже наявність когнітивних здібностей та досвіду тілесності підтверджує претензії тварин на права і те, що їхні права не повинні використовуватися як засіб для людської вигоди.

Засновник філософської етології Роберто Марчезіні визначає суб'єктивність тварин як результат психічного життя: наявності у них емоцій; намірів; здатності до створення цілей та

стратегій поведінки, знаходження нестандартних рішень через розуміння, створення та використання відповідних інструментів [5]. Основними подіями тваринного розуму є: оцінка, рішення, планування, симуляція, творчість. Тварина, подібно до актора, здатна інтерпретувати та модифікувати сценарій безумовних рефлексів природи, приєднуючи до нього набуті умовні рефлекси та життєвий досвід. Бути твариною, на думку дослідника, означає мріяти, планувати, будувати стратегії і розмірковувати над можливостями, оцінювати прихований смисл ситуацій, здійснювати ментальні симуляції, засновані на різних тактиках.

Таким чином, у сучасному науковому дискурсі парадигма суб'єктивності допомагає визнати цінність та інтереси не тільки людини, але й інших живих істот. Взаємодія та ідентичність тварин, їхні потреби та права, як прояв суб'єктивності, розглядаються в контексті філософської етології, біоетики, комунікативної, герменевтичної та феноменологічної парадигм. Чим більше тварини виглядають і поводяться як люди, чим вище біологічний вид займає місце на дереві життя, тим більший рівень захисту ми, як люди, маємо їм забезпечити. Отже, розкриття та наукове обґрунтування суб'єктивності тварин сприяє переходу від інструментальних ставлення до них до біоетично обґрунтованої взаємодії, визнаючи їхнє невід'ємне право на власне, унікальне існування разом з людиною.

Список використаних джерел

1. Лоренц К. Кольцо царя Соломона. К: Римис, 2011.
2. Прайор К. Не гарчіть на собаку! Книга про дресирування людей, тварин і самого себе. Кишинів: Видавництво «РМ», 176 с.
3. Epstein R. A. Animals as Objects, or Subjects, of Rights. *The Social Science Research Network Electronic Paper Collection,* 2002. https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=law_and_economics
4. Lijmbach S. Animal subjectivity a study into philosophy and theory of animal experience. Wageningen: Grafisch bedrijf Ponsen & Looijen b.v., Landbouw 1998.
5. Marchesini R. What is Philosophical Ethology. *Humanimalia.* 2017. 9 (1):46-68. https://www.researchgate.net/publication/352973858_What_is_Philosophical_Ethology#fullTextFileContent

ЕКОЛОГІЧНИЙ СВІТОГЛЯД У СВІТЛІ ВИКЛИКІВ СУЧАСНОСТІ (ЕТИКО-АНТРОПОЛОГІЧНИЙ ВИМІР)

Рохман Богдан Михайлович, кандидат філософських наук,
доцент кафедри філософії, соціології та релігієзнавства.
Карпатський національний університет імені Василя Стефаника;
Дойчик Максим Вікторович, доктор філософських наук,
професор кафедри філософії, соціології та релігієзнавства
Карпатський національний університет імені Василя Стефаника;
Сініцина Алла Василівна, кандидатка філософських наук,
доцентка кафедри українознавства та філософії,
Івано-Франківський національний медичний університет

У сучасному науковому дискурсі ми спостерігаємо цікаву дихотомію двох категорій: «екологізація світогляду» та «екологічний світогляд». Екологізація світогляду – це горизонтальний процес накопичення знань про проблеми довкілля. Екологічний світогляд – це вертикальна, якісна характеристика особистості. Це внутрішня архітектура цінностей та переконань, що стає «внутрішнім планом дій» суб'єкта. Особливістю цієї дихотомії є її антропологічна зумовленість, де екологізм виходить за межі вузькобіологічного тлумачення, трансформуючись у багаторівневу систему, де аксіологічні, економічні та соціальні вектори переплітаються в єдиний гуманітарний вузол. Екологізм як екологічний світогляд постає не

просто як сукупність знань, а як потужна ідеологічна опозиція технократичному диктату, що намагається дегуманізувати особистість, звівши її до ролі інструменту або споживача.

Широкомасштабна війна в Україні надала цій проблематиці гострого екзистенційного алармізму. Військова агресія рф спричинила каскад екологічних катастроф, що виходять за межі існуючих державних кордонів, перетворюючи питання екологічного світогляду на фундамент глобальної безпеки.

Методологічною основою дослідження є синтез біхевіористського та системно-структурного підходів, що дозволяє простежити генезу екологічної емпатії від початкового замилування красою природи до усвідомленого опору утилітарній орієнтації на виснаженню природних ресурсів. Фундаментальними для нашого аналізу є праці М. Фогта (австрійська школа «релігійної екології») та М. Пришляка, які локалізують причину екологічного колапсу у світогляді самої людини, у її ціннісних колізіях [1, с. 78].

Згідно з класичною антропоцентричною настановою, людина є «вінцем еволюції», наділеним унікальним даром рефлексії та інтерпретації. Проте традиційний підхід часто створював світоглядну прірву, де людина є активним суб'єктом, а природа – пасивним об'єктом, сировинним ресурсом для творчих активностей суб'єкта. Ця тенденція зберігає свою силу і по сьогодні. Тому, сучасний науковий дискурс, як зазначає українська дослідниця О. Терешкун, гостро потребує реабілітації емпатії як інструменту пізнання світу [4, с. 343]. Технократична цивілізація, оперуючи логікою «еволюційного поверху», часто нівелює духовний вимір людини. Постмодерністські образи «людини-корпусу» чи «кіберособистості» призводять до дегуманізації, де природа стає лише «тілом без органів», матеріалом для утилізації.

Проте, інтегральна екологія у католицькій інтерпретації (зокрема в енцикліці Папи Франциска Laudato si') пропонує революційну зміну оптики екологічного світогляду, коли принцип етизації експонується на всю екосистему. Природа визнається як субстанція з самостійною, внутрішньою цінністю, а погляд на неї, як на сировинний додаток до людської діяльності, долається. Нанесена людиною екологічна шкода розглядається як симптом соціальної несправедливості, а визискування природи корелюється в оціночних судженнях з визискуванням бідних та слабких [3].

За концепцією М. Фогта, формування такого типу екологічного світогляду проходить через три дескриптивні етапи [5, с. 52]: сенсибілітивний (естетичне пробудження, розвиток «органічного слуху» до потреб природи), аксіологічний (інтелектуальний синтез екології, економіки та права) та компетентнісний (верифікація цінностей через дію, до прикладу, активна участь у акціях солідарності, як-от «Година Землі») [6].

Воєнний вимір екоциду в Україні став тією межею, де технократичне насилля сягнуло апогею. І це не просто про завдання шкоди ландшафту, а про свідоме руйнування антропологічного простору та погрози подальшої ескалації у цьому напрямку (підрив греблі Каховської ГЕС; застосування елементів ядерного тероризму (удари по захисному куполу ЧАЕС, інфраструктурі ЗАЕС) [9, с. 162]. В процесі тотальної війни, яку веде рф проти України, відбувається знищення реліктових екосистем, що формувалися віками. А отруєння ґрунтів ставить під велике питання майбутнє прийдешніх поколінь [8, с. 145].

Формування екологічного світогляду на основі етичного принципу відповідальності людини перед природою та гармонійному існуванні є стратегічним завданням повоєнного відновлення. Це шлях від консументарної моделі (володіння) до онтологічної солідарності (буття) [7, с. 256]. Бо тільки через усвідомлення власної причетності до всесвіту як до «спільного дому», відповідальності за все, що в ньому відбувається, людина здатна впливати на навколишнє середовище во благо, що дає перспективу і самій людині. У парадигмальному сенсі – це означає світоглядний зсув від традиційного антропоцентризму, де людина постає центром усього, до екоцентризму, що акцентує на самоцінності навколишнього середовища, відповідальному ставленні до нього, на важливості кроків щодо його збереження та відновлення.

Проведений аналіз дозволяє стверджувати, що ключ до подолання сучасної екологічної кризи, обтяженої викликами війни та екоциду, слід шукати не лише в площині технологічних інновацій, а перш за все у сфері етико-антропологічної рефлексії. Перехід від екологізації знань до формування екологічного світогляду є передумовою виживання нації. Це вимагає утвердження онтологічного чинника («буття») над консументарним («володіння»). Концепція інтегральної екології дозволяє синтезувати наукові дані, релігійні імперативи та соціальну практику, створюючи надійний фундамент для етичного менеджменту природних ресурсів. В умовах повоєнного відновлення України формування екологічного світогляду на засадах екоцентризму має стати частиною стратегії національної безпеки. Відповідальність перед прийдешніми поколіннями вимагає від нас не просто відбудови промисловості, а створення гармонійного життєвого простору, де людина виступає не як «самовільний розпорядник», а як вдячний опікун створіння. Лише за умови імплементації етично зумовленої моделі поведінки, що базується на емпатії та відповідальності, людство зможе отримати ще один шанс та побудувати краще майбутнє.

Список використаних джерел

1. Пришляк М. Б. Соціально-екологічне вчення католицизму: витоки, структурно-функціональна природа та аксіологічний потенціал: дис. ... канд. філос. наук: 09.00.14. Київ, 2021. 186 с.
2. Рохман Б., Савчук О., Терешкун О., Гнатюк Я. Антропологічний вимір екологічної концепції католицизму в умовах глобальних викликів сучасності. Схід. 2023. Т. 4, № 2. С. 38-45. DOI: https://doi.org/10.21847/2411-3093.2023.4(2).293776.
3. Енцикліка Святішого Отця Франциска «Laudato Si»: про турботу за наш спільний дім. 2015. URL: https://www.vatican.va/content/dam/francesco/pdf/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_enciclica-laudato-si_uk.pdf.
4. Терешкун О. Ф. Гуманітарно-наукові парадигми техніки: монографія. Івано-Франківськ: Видавець Кушнір Г. М., 2016. 351 с.
5. Фогт М. Сталий спосіб життя. Приклад «церковного екологічного менеджменту». Відповідальність за створіння в Європі / упор. і наук. ред. В. Шеремета. Івано-Франківськ: Нова Зоря, 2022. 147 с.
6. Година Землі–2022: об’єднатись заради України та планети. Управління екології та природних ресурсів Івано-Франківської ОДА. 26.03.2022. URL: https://vodaif.gov.ua/godyna-zemli-2022-ob-yednatys-zarady-ukrayiny-ta-planety.
7. Мусієнко М. М. Екологія: тлумачний словник. Київ: Либідь, 2004. 374 с.
8. Дзундза Л. П., Луцька М. П. Екоцид як злочин проти природи. Науково-інформаційний вісник Університету Короля Данила. Серія Право. 2023. Вип. 15 (27), Т. 2. С. 143-149. DOI: 10.33098/2078-6670.2023.15.27.2.143-149.
9. Кучмійова Т., Карпук І. Вплив війни на екологічну безпеку держави та її наслідки. Обліково-аналітичне і фінансове забезпечення діяльності суб’єктів господарювання: національні, глобалізаційні, євроінтеграційні аспекти: матеріали міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. Миколаїв: МНАУ, 2022. С. 161–163.

МІЖ ДЕОНТОЛОГІЄЮ І НЕОБХІДНІСТЮ: ЕТИЧНІ МЕЖІ ТАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ У ПРОСТОРІ ВІЙНИ
BETWEEN DEONTOLOGY AND NECESSITY: THE ETHICAL BOUNDARIES OF TACTICAL MEDICINE IN THE SPACE OF WAR

Рєзанова Наталія Олександрівна,
кандидат філософських наук, доцент,
доцент кафедри «Політологія та загальноправові дисципліни»;
Колебанов Денис Сергійович, здобувач першого (бакалавського)
рівня вищої освіти, спеціальність «Політологія»,
Національний університет «Запорізька політехніка»

Сучасні збройні конфлікти радикально змінюють не лише політичні та соціальні порядки, а й фундаментальні засади морального мислення. Тактична медицина формується як особлива практика збереження життя в умовах системного насильства, дефіциту часу та постійної загрози смерті. У цьому контексті вона виходить за межі класичної медичної етики й набуває філософського значення.

Війна постає як «гранична ситуація», у якій, за Карлом Ясперсом, людина стикається з тим, що не може бути усунуте або змінене, а лише пережите: «Граничні ситуації - це такі ситуації, яких ми не можемо змінити, а лише усвідомити й витримати» [7, с. 32]. Саме в такому екзистенційному горизонті тактична медицина актуалізує напруження між моральним обов'язком і необхідністю. Ця концепція дозволяє бачити медичний вибір як процес, що перебуває на межі існування і смерті, де будь-яка дія чи бездіяльність стає філософським і моральним тестом для особистості.

Класична медична деонтологія ґрунтується на принципі безумовної цінності людської особистості. Іммануїл Кант наголошував, що людина існує як мета сама по собі, а не лише як засіб, що виключає можливість інструментального ставлення до життя. Однак у просторі війни ця етична вимога вступає в суперечність із логікою виживання та військової доцільності. У військовій медицині емпатія стає інструментом комунікації і контролем за станом пораненого.

Як зауважує Ханна Арендт, насильство має інструментальний характер і завжди прагне виправдання: «Насильство за своєю природою є інструментальним; воно потребує виправдання, але ніколи не може бути легітимним» [2, с. 51]. Тактична медицина опиняється між цими двома полюсами - безумовною цінністю життя і реальністю насильства, в межах якої будь-яке рішення має трагічний характер. Ця напруга проявляється у щоденних практиках на полі бою: медик може відкладати допомогу менш критично пораненому, щоб врятувати більше життів. Такий вибір неминуче породжує психологічний та моральний конфлікт, який філософи називають «моральною дилемою граничних ситуацій».

Однією з ключових дилем тактичної медицини є тріаж - вимушений вибір, кому саме надавати допомогу в першу чергу. Цей вибір означає не лише медичне рішення, а й моральну ієрархізацію життів. Тріаж (сортування) постає не лише як технічна процедура військової медицини, а як гранична філософська ситуація вибору, в якій життя вперше постає не як абстрактна цінність, а як радикально обмежений ресурс. У просторі стабілізаційного пункту зникає звична гуманістична ілюзія рівності страждання: біль перестає бути аргументом, а близькість смерті - гарантією пріоритету. Той, хто здійснює сортування, змушений мислити не в категоріях співчуття, а в категоріях часу, шансів і системної доцільності. Тут медична етика входить у зону напруги з біополітикою: рішення про черговість допомоги фактично стає рішенням про те, кому буде дозволено жити зараз, а кому - можливо, ніколи.

На відміну від цивільної медицини, де відповідальність розчинена між протоколами, чергами і колективною безособовістю інституції, польова військова медицина персоналізує владу вибору. Фігура того, хто сортує, - це не лікар у звичному сенсі, а радше трагічний суб'єкт межі, який тимчасово перебирає на себе функцію долі. Його рішення не можна повністю виправдати ні законом, ні мораллю, бо вони ухвалюються в умовах, де жодне «правильне»

рішення не існує. Саме тому тріаж оголює приховану істину сучасності: у критичних умовах гуманізм не зникає, але змінює форму, перетворюючись із моралі намірів на етику неминучого вибору.

У термінах Мішеля Фуко, йдеться про трансформацію влади, яка «зосереджується не на праві вбивати, а на праві змушувати жити або дозволяти померти» [5, с. 242]. Умови війни наближають медичну практику до стану надзвичайності, де, за Джорджо Агамбеном, людина може бути зведена до «голого життя» — життя, «яке може бути вбите, але не принесене в жертву» [1, с. 96]. Поранений боєць у тактичній медицині часто перебуває саме в такому граничному статусі, що радикально загострює етичну відповідальність суб'єкта рішення. Поряд із біополітичним аспектом, важливим є соціальний вимір: рішення медика впливає не лише на окреме життя, а й на моральний клімат підрозділу, довіру серед військовослужбовців і психологічну стійкість колективу.

Етичні дилеми тактичної медицини не зводяться до виконання інструкцій або протоколів. Кожне рішення ухвалюється конкретною людиною в умовах невизначеності та ризику. Жан-Поль Сартр підкреслював, що «людина приречена на свободу, бо, одного разу закинута у світ, вона відповідає за все, що робить» [4, с. 15], навіть якщо її вибір зумовлений зовнішніми обставинами.

Медик на полі бою постає як екзистенційний суб'єкт, змушений брати на себе моральний тягар рішення, яке не має ідеального розв'язання. У цьому сенсі тактична медицина є простором радикальної відповідальності, де неможливо сховатися за абстрактними нормами. Це підкреслює необхідність психологічної та моральної підготовки медиків, що стає частиною їхньої професійної компетентності на рівні філософського усвідомлення обов'язку.

Попри логіку війни, тактична медицина зберігає гуманістичний потенціал. Еммануель Левінас наголошував, що «відповідальність за Іншого є безумовною і передує будь-якому договору чи нормі» [3, с. 87]. Акт допомоги пораненому в бойових умовах стає формою етичного спротиву дегуманізації.

Водночас війна, за Карлом Шміттом, структурована через фундаментальне розрізнення: «Політичне ґрунтується на розрізненні друга і ворога» [6, с. 26]. Тактична медицина частково руйнує цю логіку, повертаючи людину з поля ворогування у простір моральної видимості. Таким чином, тактична медицина виконує не лише практичну функцію, а й символічну: вона утверджує гуманність, опираючись на філософські концепції відповідальності та етики Іншого.

Тактична медицина постає як граничний етичний простір, у якому стикаються деонтологічні принципи, логіка необхідності та екзистенційна відповідальність суб'єкта. Філософське осмислення цього феномену дозволяє розглядати її не лише як прикладну медичну практику, а як форму збереження людяності в умовах радикального насильства. Розширене осмислення моральних дилем тактичної медицини може бути корисним не лише для військових медиків, а й для філософів, етиків та соціологів, які досліджують вплив війни на моральну свідомість і структури колективної відповідальності.

Список використаних джерел

1. Агамбен Дж. Homo Sacer. Суверенна влада і голе життя. Київ: Основи, 2002. 208 с.
2. Арендт Г. Про насильство. Київ: Дух і Літера, 2015. 168 с.
3. Левінас Е. Тотальність і нескінченне. Київ: Дух і Літера, 2016.— 352 с.
4. Сартр Ж.-П. Екзистенціалізм — це гуманізм. Київ: Основи, 2001. 96 с.
5. Фуко М. Наглядати й карати. Харків: Фоліо, 2017. 384 с.
6. Шмітт К. Поняття політичного. Київ: Ніка-Центр, 2005. 160 с.
7. Ясперс К. Смисл і призначення історії. Київ: Юніверс, 1994. 288 с.

НЕЙРОСТИМУЛЯЦІЯ ТА ЕТИЧНІ ПИТАННЯ: ПРАВО НА СВІДОМІСТЬ І ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ПАЦІЄНТА

Рунчева Катерина Андріївна, аспірант кафедри неврології;
науковий керівник - д.філос.н., професор
Утюж Ірина Геннадіївна, д.філос.н., професор,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Актуальність сучасних нейронаукових досліджень зумовлена фундаментальною обмеженістю наших знань про те, яким чином мозок забезпечує фізичні, когнітивні та ментальні здібності людини, а також про механізми їх втрати при травматичних, і нейродегенеративних ураженнях. Попри значний технологічний прогрес, нейронаука все ще стикається з глибокими епістемологічними та етичними викликами, пов'язаними з дослідженням мозку як субстрату свідомості, особистісної ідентичності та автономії. Водночас подальший розвиток і трансляція експериментальних нейротехнологій у клінічну практику відкривають можливості для підвищення функціональної незалежності та якості життя мільйонів людей із ураженнями нервової системи, що робить ці дослідження соціально та морально значущими. Ризик у нейронаукових дослідженнях, можливо, більший, ніж у будь-якій іншій галузі медицини та біотехнології, оскільки мозок є джерелом розуму та психологічних властивостей, які визначають нас як особистостей.

Особливу групу становлять пацієнти з тривалими розладами свідомості, які виникають унаслідок тяжких ушкоджень мозку, зокрема тяжкої черепно-мозкової травми та гіпоксично-аноксичних уражень. Клінічна еволюція таких станів може включати перехід від коми до вегетативного стану або мінімально свідомого стану, що відрізняються ступенем збереженості нейронної інтеграції та поведінкових ознак усвідомлення. Ці стани кидають виклик не лише клінічній діагностиці й прогнозуванню, а й філософському осмисленню меж свідомості, критеріїв її наявності та умов можливого відновлення.

У цьому контексті глибока стимуляція мозку постає як експериментальна форма нейромодуляції, спрямована на активацію таламо-кортикальних і кортико-кортикальних мереж, що відіграють ключову роль у підтриманні свідомості, пізнання та моторних функцій. Поодинокі клінічні випадки демонструють потенціал цього методу щодо часткового або навіть значного відновлення когнітивних і моторних здібностей у пацієнтів із мінімально свідомим станом. Однак більшість досліджень засвідчують обмежену та нестабільну ефективність нейростимуляції, що ставить під сумнів її універсальну терапевтичну цінність для цієї категорії хворих.

Важливим чинником такої невизначеності є нейробіологічна гетерогенність пацієнтів із тривалими розладами свідомості. Ступінь збереженості аксональних зв'язків, таламічних структур і функціональних мереж суттєво впливає на потенціал відповіді на нейростимуляцію. Застосування нейровізуалізаційних методів і біомаркерів, таких як дифузійно-тензорна томографія та алгоритмічний аналіз ЕЕГ, дозволяє підвищити точність відбору пацієнтів для клінічних досліджень. Водночас це породжує етичні питання щодо справедливості доступу до експериментальних втручань і ризику виключення пацієнтів на підставі ймовірних прогнозів. Додаткову складність становить неможливість чіткого розмежування ефектів нейростимуляції та спонтанного відновлення свідомості, особливо в перші роки після травми мозку. Це ускладнює інтерпретацію результатів плацебо-контрольованих досліджень і піднімає фундаментальні питання щодо стандартів доказовості в умовах глибокої клінічної та онтологічної невизначеності.

З погляду філософії та етики, нейростимуляція при тривалих розладах свідомості піднімає низку ключових питань щодо меж автономії, моральної відповідальності та статусу особистості пацієнта. Оскільки більшість пацієнтів не можуть надати інформовану згоду, участь у клінічних випробуваннях можливе лише через родичів, які часто ухвалюють рішення під впливом надії на терапевтичний ефект або в умовах емоційного та фізичного виснаження.

Це породжує етичну дилему: чи справді участь у дослідженні відповідає найкращим інтересам пацієнта, якщо результат нейростимуляції залишається невизначеним і переважно експериментальним. Філософське осмислення цих питань стосується також того, чи можна вважати відновлення моторних чи когнітивних функцій еквівалентним поверненню свідомої особистості, а також як оцінювати ризики та користь втручання у мозок, що визначає саму сутність людини. Додатково, обмеженість ресурсів і складність проведення клінічних випробувань піднімає питання справедливості та доступу: лише невелика група пацієнтів із певними нейронними особливостями може брати участь у дослідженнях, що створює потенційну соціальну та моральну нерівність. Рішення родичів як представників інтересів пацієнта часто ухвалюються в умовах емоційного виснаження, надії на терапевтичний ефект і відсутності альтернатив, що створює ризик терапевтичної ілюзії. Це вимагає філософського переосмислення поняття найкращих інтересів пацієнта та меж морально допустимого ризику в дослідженнях, спрямованих на відновлення свідомості.

Таким чином, глибинна стимуляція головного мозку для пацієнтів із тривалими розладами свідомості є не тільки клінічною, а й фундаментально філософською проблемою, що поєднує нейронауку, етику та осмислення природи свідомості та особистості.

Список використаних джерел

1. Aharoni, E., G. Vincent, C. Harenski, V. Calhoun, W. Sinnott-Armstrong, M. Gazzaniga, et al. 2013. Neuroprediction of future arrest. Proceedings of the National Academy of Sciences 110: 6223–6228.
2. Almeida, J., and M. Phillips. 2013. Distinguishing between unipolar depression and bipolar depression: Current and future clinical and neuroimaging perspectives. Biological Psychiatry 73: 111–118.
3. Anonymous. 2005. How volunteering for an MRI scan changed my life. Nature 434: 17.
4. Appelbaum, P. 2007. Assessment of patients' competence to consent to treatment. New England Journal of Medicine 357: 1834–1840.
5. Baum, M. 2016. The neuroethics of biomarkers: What the development of bioprediction means for moral responsibility, justice and the nature of mental disorder. Oxford: Oxford University Press.
6. Beauchamp, T., and J. Childress. 2019. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press.
7. Bechara, A., A. Damasio, and H. Damasio. 2000. Emotion, decision-making and the orbitofrontal cortex. Cerebral Cortex 10: 295–307.
8. Birbaumer, N., G. Gallegos-Ayala, M. Wildgruber, S. Silvoni, and S. Soekadar. 2014. Direct brain control and communication in paralysis. Brain Topography 27: 4–11.
9. Boksa, P. 2013. A way forward for research on biomarkers for psychiatric disorders. Journal of Psychiatry and Neuroscience 38: 75–77.
10. Calhoun, V., and M. Arbabshirani. 2013. Neuroimaging based automatic classification of schizophrenia, 206–230. Singh, Sinnott-Armstrong and Savulescu.
11. Carlisi, C., T. Moffitt, A. Knodt, H. Harrington, D. Ireland, T. Melzer, et al. 2020. Associations between life-course persistent antisocial behaviour and brain structure in a populationrepresentative longitudinal birth cohort. The Lancet Psychiatry 7: 245–253.
12. Chudy, D., V. Deletis, F. Almahariq, P. Marcinkovic, J. Skrlin, and V. Paradzik. 2018. Deep brain stimulation for the early treatment of the minimally conscious state and vegetative state: Experience in 14 patients. Journal of Neurosurgery 128: 1189–1198.
13. Daniels, N. 2008. Just health: Meeting health needs fairly. New York: Cambridge University Press.
14. Dressel, J., and H. Farid. 2018. The accuracy, fairness, and limits of predicting recidivism. Science Advances 4: eaao5580. https://doi.org/10.1126/sciadv.aa05580

ІНСТРУМЕНТИ ЛІКАРЯ У ПОДОЛАННІ СТИГМИ ПЕРЕДЧАСНОГО НАРОДЖЕННЯ: ВІД СІМЕЙНО-ОРІЄНТОВАНОГО ДОГЛЯДУ ДО РАННІХ НЕЙРОРОЗВИТКОВИХ ВТРУЧАНЬ

Цимбал Анна Юріївна, PhD, асистент,
Котлова Юлія Валентинівна, к.мед.н.,доцент,
кафедра дитячих хвороб ННІПО,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щороку у світі народжується понад 13 мільйонів недоношених дітей, і передчасні пологи залишаються провідною причиною неонатальної смертності та довготривалої інвалідизації [1]. Попри стрімкий розвиток інтенсивної неонатальної терапії, нейромоніторингу та реабілітаційних стратегій, соціальне та клінічне ставлення до передчасно народжених дітей часто залишається обтяженим стигматизуючими уявленнями. Стигма передчасного народження проявляється у використанні редукційної мови («слабкий», «безперспективний», «інвалід з народження»), у заниженні прогнозу якості життя, а також у формуванні патерналістських моделей прийняття рішень, де батьки виключаються з активної участі в лікувальному процесі [2]. Дослідження показують, що подібні комунікативні стратегії з боку медичного персоналу безпосередньо впливають на рівень довіри до системи охорони здоров'я, прихильність до лікування та подальшу участь сім'ї у програмах раннього втручання [3].

Історичний аналіз демонструє, що стигматизація передчасно народжених дітей має глибоке культурне коріння. Наприкінці XIX — на початку XX століття недоношені немовлята публічно демонструвалися разом з інкубаторами як «медичні курйози», що закріплювало уявлення про їхню «інакшість» та обмежену цінність життя [4]. У XXI столітті збереження подібних наративів є анахронізмом, який суперечить сучасним етичним принципам медицини, зокрема принципам поваги до гідності, автономії та справедливості [4].

Сучасні нейробіологічні дослідження переконливо доводять, що стигматизація та хронічний психоемоційний стрес у сім'ї мають довготривалі наслідки для розвитку дитини [5, 6]. Активація гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі у відповідь на тривалий стрес асоціюється з порушенням формування структур головного мозку, зменшенням об'єму сірої речовини та змінами у мережах, відповідальних за емоційну регуляцію й когнітивні функції [5, 6]. Діти, які зростають у середовищі з високим рівнем тривоги та стигматизації, мають вищий ризик поведінкових розладів, труднощів навчання та соціальної дезадаптації [7].

Не менш значущими є наслідки стигми для батьків передчасно народжених дітей. Систематичні огляди вказують на підвищену поширеність депресії, тривожних розладів та посттравматичного стресового розладу серед батьків, особливо матерів, дітей, народжених передчасно [8]. Негативний досвід взаємодії з медичними працівниками та відчуття знецінення батьківської ролі знижують впевненість у догляді за дитиною та можуть призводити до уникання програм неонатального фоллоуапу і ранньої реабілітації [8].

Етичні інструменти захисту прав передчасно народжених пацієнтів включають, передусім, відповідальне використання мови та комунікації. Мова, орієнтована на підтримку і партнерство, доведено знижує рівень батьківського стресу та покращує результати розвитку дитини [8]. Важливу роль у догляді за передчасно народженими дітьми відіграють моделі сімейно-орієнтованого догляду, зокрема **сімейно-інтегрований догляд (Family Integrated Care, FIC),** які передбачають активне залучення батьків до щоденного догляду та участі у прийнятті клінічних рішень [9]. Рандомізовані дослідження демонструють, що впровадження FIC асоціюється з покращенням набору маси тіла, скороченням тривалості госпіталізації та підвищенням нейророзвиткових показників у передчасно народжених дітей. [9]. Після виписки зі стаціонару особливої уваги потребує безперервність підтримки сім'ї. Ранні мультидисциплінарні втручання у період високої нейропластичності мозку (від народження до 36 місяців) доведено покращують когнітивні, мовленнєві та соціальні результати у дітей, народжених передчасно [10].

Таким чином, стигма щодо передчасно народжених дітей у XXI столітті є не лише соціальною проблемою, а й серйозним етичним викликом для медичної спільноти. Її подолання вимагає системних змін у клінічній культурі, освіті медичних працівників та впровадженні доказових, етично обґрунтованих моделей догляду.

Список використаних джерел

1. World Health Organization. (2023). *Born too soon: The global action report on preterm birth*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789241503433
2. Liu, J., Chen, X. X., & Wang, X. L. (2016). Ethical issues in neonatal intensive care units. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, *29*(14), 2322–2326. https://doi.org/10.3109/14767058.2015.1085016
3. Rihan, S. H., Mohamadeen, L. M., Zayadneh, S. A., Hilal, F. M., Rashid, H. A., Azzam, N. M., Khalaf, D. J., Badran, E. F., & Safadi, R. R. (2021). Parents' Experience of Having an Infant in the Neonatal Intensive Care Unit: A Qualitative Study. *Cureus*, *13*(7), e16747. https://doi.org/10.7759/cureus.16747
4. Silverman W. A. (1979). Incubator-baby side shows (Dr. Martin A. Couney). *Pediatrics*, *64*(2), 127–141.
5. van den Bergh, B. R. H., Dahnke, R., & Mennes, M. (2018). Prenatal stress and the developing brain: Risks for neurodevelopmental disorders. *Development and psychopathology*, *30*(3), 743–762. https://doi.org/10.1017/S0954579418000342
6. Duerden, E. G., Taylor, M. J., & Miller, S. P. (2013). Brain development in infants born preterm: looking beyond injury. *Seminars in pediatric neurology*, *20*(2), 65–74. https://doi.org/10.1016/j.spen.2013.06.007
7. Dell'Aversana, V., Tofani, M., & Valente, D. (2023). Emotional Regulation Interventions on Developmental Course for Preterm Children: A Systematic Review of Randomized Control Trials. *Children (Basel, Switzerland)*, *10*(3), 603. https://doi.org/10.3390/children10030603
8. Seiiedi-Biarag, L., Mirghafourvand, M., & Ghanbari-Homayi, S. (2020). The effect of cognitive-behavioral therapy on psychological distress in the mothers of preterm infants: a systematic review and meta-analysis. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, *41*(3), 167–176. https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1678019
9. O'Brien, K., Robson, K., Bracht, M., Cruz, M., Lui, K., Alvaro, R., da Silva, O., Monterrosa, L., Narvey, M., Ng, E., Soraisham, A., Ye, X. Y., Mirea, L., Tarnow-Mordi, W., Lee, S. K., & FICare Study Group and FICare Parent Advisory Board (2018). Effectiveness of Family Integrated Care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: a multicentre, multinational, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet. Child & adolescent health*, *2*(4), 245–254. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30039-7
10. Kratimenos, P., Sanidas, G., Simonti, G., Byrd, C., & Gallo, V. (2025). The shifting landscape of the preterm brain. *Neuron*, *113*(13), 2042–2064. https://doi.org/10.1016/j.neuron.2025.03.024

СЕКЦІЯ 4. ПРОБЛЕМА ЛІКАРЯ-ВИКЛАДАЧА – ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ТА ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ

ПОКРАЩЕННЯ ВИКЛАДАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ ФАРМАЦЕВТАМ-ІНТЕРНАМ З ВИКОРИСТАННЯМ НАУКОВОЇ ТЕХНОЛОГІЇ «ВІРТУАЛЬНА АПТЕКА»

Білай Іван Михайлович, дмед.н., професор,
завідувач кафедри клінічної фармації, фармакотерапії,
фармакогнозії та фармацевтичної хімії;
Білай Андрій Іванович, к.мед.н.,
доцент кафедри факультетської хірургії та онкології,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Фармацевтична опіка є складною міждисциплінарною діяльністю, що поєднує клінічні знання, комунікативні навички, етичні принципи та деонтологічні норми. Саме тому якість підготовки фармацевтів-інтернів у цій сфері має вирішальне значення для формування професійної відповідальності, етичної свідомості та готовності до практичної діяльності.

Водночас традиційні методи навчання не завжди забезпечують достатній рівень практикоорієнтованості та не дозволяють повною мірою відпрацювати складні клініко-етичні ситуації, з якими фармацевт стикається в реальній аптечній практиці. У цьому контексті актуальним є впровадження інноваційних освітніх технологій, зокрема наукової технології «Віртуальна аптека», яка відкриває нові можливості для формування професійних компетентностей фармацевтів-інтернів.

Наукова технологія «Віртуальна аптека» є інтерактивною симуляційною платформою, що моделює реальне аптечне середовище з урахуванням нормативно-правових, клінічних та етичних аспектів діяльності фармацевта. Вона дозволяє фармацевтам-інтернам працювати з віртуальними пацієнтами, лікарськими засобами, рецептами та клінічними сценаріями, наближеними до реальних умов практики.

На кафедрі клінічної фармації, фармакотерапії, фармакогнозії та фармацевтичної хімії створено сценарії проведення фармацевтичної опіки по основним темам «Фармацевтична опіка при кашлі, риніті, болі в горлі та лихоманці», «Фармацевтична опіка при діареї, закрепі, печії та дисбактеріозі», «Фармацевтична опіка при тривожних станах, астенії та безсонні».

Однією з ключових переваг «Віртуальної аптеки» є можливість багаторазового відпрацювання типових і складних ситуацій фармацевтичної опіки, включаючи етично проблемні випадки. Інтерни можуть аналізувати помилки, отримувати зворотний зв’язок і формувати навики професійного самоконтролю.

Використання цієї технології сприяє розвитку критичного мислення, клінічного аналізу та етичного судження, що є надзвичайно важливим для майбутньої професійної діяльності фармацевта.

Інтеграція технології «Віртуальна аптека» в освітній процес фармацевтів-інтернів дозволяє суттєво підвищити ефективність викладання фармацевтичної опіки. Навчання набуває практикоорієнтованого характеру, а інтерни отримують можливість застосовувати знання в умовах, максимально наближених до реальної професійної діяльності. Особливу увагу в процесі приділено формуванню деонтологічних принципів: повага до пацієнта, дотримання професійної таємниці, відповідального ставлення до рекомендацій щодо лікування. Віртуальні сценарії дозволяють моделювати ситуації морального вибору, конфлікту інтересів, взаємодії з агресивними або дезорієнтованими пацієнтами. Крім того, «Віртуальна аптека» сприяє розвитку комунікативних навичок, що є невід’ємною складовою фармацевтичної опіки. Інтерни вчаться вести професійний діалог, надавати інформацію зрозумілою мовою, враховувати індивідуальні потреби пацієнтів.

Використання «Віртуальної аптеки» має значний соціальний та етичний потенціал. По-перше, воно сприяє підвищенню якості фармацевтичної допомоги, що позитивно впливає

на рівень довіри населення до фармацевтів і системи охорони здоров'я загалом. По-друге, зменшується ризик професійних помилок, пов'язаний з недостатньою підготовкою молодих спеціалістів.

З етичної точки зору, важливою перевагою є можливість навчання без шкоди для пацієнтів, що відповідає принципу «не нашкодь». Інтерни мають змогу експериментувати, аналізувати наслідки своїх рішень та формувати відповідальне ставлення до професійної діяльності.

Таким чином, використання наукової технології «Віртуальна аптека» у викладанні фармацевтичної опіки фармацевтам-інтернам є ефективним інструментом удосконалення професійної підготовки в умовах сучасних соціально-етичних та деонтологічних викликів. Ця технологія сприяє формуванню практичних навичок, етичної свідомості та професійної відповідальності майбутніх фармацевтів.

Інтеграція «Віртуальної аптеки» в освітній процес відповідає сучасним тенденціям розвитку медичної освіти та є перспективним напрямом підвищення якості фармацевтичної опіки. Подальші дослідження доцільно спрямувати на оцінку довгостроковості впливу цієї технології на професійну діяльність фармацевтів і рівень задоволеності пацієнтів.

THE IMPORTANCE OF COGNITIVE-COMMUNICATION TEACHING IN THE STUDY OF PHARMACOLOGY AND PATHOPHYSIOLOGY AS COMPONENTS OF CLINICAL THINKING

Vasylenko Hlib Volodymyrovych
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor;
Kucher Tetiana Volodymyrivna
Candidate of Biological Sciences, Assistant
Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University

Abstract. In medical education, basic approach to mastering competencies is the formation of the foundations of clinical thinking, i.e., the cognitive ability to solve professional tasks based on previously acquired knowledge, primarily the ability to analyse information, identify the root cause of a problem, generate various options for its solution, and the ability to construct consistent, reasoned arguments and draw conclusions.

Keywords: professional competencies, clinical thinking, cognitive skills, cognitive-communication methodology

The current stage of development of higher professional medical education involves changing the system of knowledge that determines the understanding of the development, course and pharmacocorrection of a pathological condition (disease). According to the competence-based model of training medical specialists, a graduate of a higher medical educational institution must have the following professional competencies:

– the ability to take a systematic approach to the analysis of medical information using acquired theoretical knowledge and practical skills.

– the ability to perform pathophysiological analysis of clinical syndromes, justify pathogenetically justified principles of diagnosis, pharmacocorrection, and prevention.

An important category of competence acquisition is the formation of the foundations of clinical thinking, i.e., the identification of internal pathogenetic relationships between symptoms, combining them into syndromes and nosological forms. In general, clinical thinking is defined as the cognitive ability to solve professional tasks based on previously acquired knowledge [10].

Recently, cognitive technologies have been widely applied in the sphere of education [23]. They also play an important role in medical education, including their impact on learning, academic performance and professional competence of students, considering cognitive differences between students and their ability to apply already acquired knowledge to new and unfamiliar problems and situations.

The key cognitive skills in mastering clinical thinking include: first, critical thinking, as the ability to analyse information, assess its reliability and find cause-and-effect relationships. According to D. Halpern's definition, critical thinking is characterised by deliberation and logic, the use of cognitive skills that increase the likelihood of achieving the desired result [13]. Secondly, it is the ability to identify the root cause of a problem, generate different solutions, evaluate them, and choose the best one. Thirdly, it is the ability to keep several important facts in mind while simultaneously considering them, which is critically important for doctors. Fourth, it is the ability to construct coherent, reasoned arguments and draw conclusions based on available data. And fifth, it is the ability to focus on an important task, especially in the context of multitasking, which is inherent in medical practice [17].

Thus, thanks to the cognitive approach to studying pathophysiology and pharmacology, it is possible to accumulate and organise certain theoretical knowledge of students. Combining communicative and cognitive approaches to teaching pathophysiology and pharmacology contributes to the more effective use of previously acquired knowledge from other medical and biological disciplines (anatomy, physiology, biochemistry, histology, etc.).

To implement a cognitive-communication approach to mastering the fundamentals of clinical thinking when studying pathophysiology and pharmacology, the use of innovative methods may be most effective. Innovative teaching methods include the active use of technologies such as **case studies and discussions** that stimulate student engagement and promote the development of critical thinking.

Among the interactive forms used in teaching, the most common are: analysis of mistakes during discussion of a particular learning situation; the "discussion" method; commenting and evaluation with identification of key mistakes or situational misunderstandings; the problem-search method; work in small groups, etc.

The basis of the cognitive approach is the formation of complex ideas that link the basic level with current clinical situations [24].

Cognitive learning methods should be based on the following methodological components:

• forming an adaptive way of thinking – the ability to make diagnostic decisions based on the "how-to" factor

• developing cognitive flexibility, i.e., the student's ability to adapt to learning conditions in response to task requirements. Thus, developing adaptive thinking and cognitive flexibility is particularly important in medical education, as professional activity requires the simultaneous integration of diverse knowledge and skills.

The most acceptable method of presenting educational material is to create a so-called "predictive scheme". According to Naiser (1964), predictive schemes are cognitive structures that prepare students to accept certain types of information and thus guide their cognitive activity, laying the foundation for professional medical thinking.

Pathophysiology combines knowledge from various medical and biological sciences, providing a basic link between fundamental and clinical medical sciences and their application in clinical practice, as it promotes the mastery of basic concepts regarding the onset and development of diseases, i.e., a deep understanding of the pathogenesis of disease. Therefore, the task of pathophysiology is to identify and describe:

1. the causes and patterns of the onset of diseases and pathological processes (i.e., aetiology).

2. the mechanisms of their development as a complex of pathogenic and adaptive processes (i.e., their pathogenesis).

3. Principles of diagnosis and algorithms for their treatment and prevention[21] .

The importance of studying pathophysiology is also determined by the effective use of the results of instrumental and laboratory diagnostics. Some students believe that by mastering modern equipment and instruments, they will be able to effectively diagnose and treat diseases [33], forgetting that interpreting only the results of clinical, laboratory, and instrumental examinations can lead to diagnostic errors [14], and thus to certain errors in choosing further treatment tactics [25]. A study conducted by Braun L.T., Zwaan L., Kiesewetter J. et al. (2017) showed that the main cause of

diagnostic errors in young doctors is an insufficient ability to correctly correlate the mechanisms of disease development and symptoms, which leads to errors in the creation of a further therapeutic contour [3]. Elstein et al. (1978) described two main types of errors made by medical students when analysing and interpreting the results of clinical and laboratory studies in the context of forming a preliminary diagnosis and a pharmacocorrection scheme for a pathological condition: 1) overinterpretation or underinterpretation, and 2) misinterpretation [6].

Identifying the most common, fundamental patterns and mechanisms of development and outcome of pathological processes and diseases allows us to answer the questions "why does it occur?" and "how does it develop?" in relation to a disease or pathological process, and, accordingly, "how to detect it?" and "how to treat and prevent it?" in relation to a disease.

The most reasonable method for implementing pathophysiology tasks is to combine traditional lectures with the study of specific cases or problems, group discussions, i.e. problem-based learning (PBL) [12]. Problem-based learning (PBL) is based primarily on the integration of existing knowledge and skills [2] and helps students develop critical thinking skills for independent problem solving [5]. Barrett (2005) [31] defines PBL as learning that is the result of a process of working towards understanding how to solve a problem. The use of multi-level situational tasks in the form of case studies that combine analysis, synthesis, generalisation and comparison will help students systematise information about a specific pathophysiological manifestation, such as the characteristics of the development of a typical pathological process, e.g. inflammation, in a 'hypothetical' patient. This will create conditions for searching, systematising and independently interpreting information on a specific topic from various information sources, i.e., the formation of the ability to make theoretical generalisations [20].

To implement problem-based learning (PBL) in pathophysiology, the case-based learning (CBL) method can be used. The essence of the case-based learning method is the use of a methodological approach based on specific clinical cases taken from real medical practice. The case study method focuses on developing the ability to act in situations where there is no single answer to a question, but rather several answers that may compete in terms of their degree of truthfulness. In such cases, it may be appropriate to use situational tasks in the form of structured (short and accurate description of the situation with the necessary data) mini-cases (a mini-case formulated in the form of one or two paragraphs, with questions to be answered), with the gradual use of components such as "analysis," "assessment," "problem solving," and "decision making" [30].

The essence of applying the case method in the process of studying pathophysiology is that students are asked to comprehend the information presented in a described situational task, which can range from a few sentences on one page (a short European-style case) to many pages (an extensive American-style case). The description of such a situation activates a certain set of knowledge already acquired by students in other fundamental disciplines (human physiology, biochemistry, anatomy and histology, etc.) [4]. Thus, the main outcome of the case discussion should be the identification of meaningful keywords, phrases, or instrumental and laboratory indicators that have a certain semantic load and perform the function of a "search algorithm for the correct answer." The use of this methodological approach in the study of pathophysiology additionally creates a basis for the implementation of simulation-based education (SBE), which can improve the transfer of theoretical knowledge into clinical practice [34] .

It is more expedient to work with pathophysiological cases in small groups of students in classroom [19]. The case study describes the general condition of a hypothetical patient, lists characteristic symptoms and provides laboratory or instrumental examination data. To answer the questions in the case study, students can use not only the available resources (textbooks, pathophysiology manual), but also external sources (online resources).

When discussing case studies with students, the aim of the students' work is to form a preliminary conclusion about the case study based on theoretical reasoning [32], considering the connection between the pathophysiological mechanisms of the development of certain disorders of organ (tissue) function and their symptoms (syndromes). In this case, it is advisable to use the strategy of unfolding case studies (UCS)[16] . The main goal of this strategy is to develop skills and reasoning

for a deeper understanding of pathophysiology. It has been shown that the use of UCS increases student engagement, encourages teamwork, and promotes the development of clinical judgement [7]. Thus, students develop the ability to use the method of pathophysiological analysis to further substantiate the principles of pharmacotherapy of diseases [9].

Thus, the case study method is a tool that allows theoretical knowledge to be applied to solve practical problems [18]. The method promotes the development of independent thinking in students, the ability to listen to and consider alternative points of view, and to express their own views in a reasoned manner. With this method, students can demonstrate and improve their analytical and evaluative skills, learn to work in a team, and find the most rational solution to a given problem. The use of case studies in small teams when studying pathophysiology helps to transform students' individual knowledge into a unified system for forming the foundations of clinical thinking. The thematic structure of this discipline allows its educational topics to be considered as separate "nodes" of systematised knowledge that are logically connected to each other. In addition, knowledge of the basic concepts of pathophysiology, the mechanisms of development of typical pathological processes, and the mechanisms of cell damage will contribute to a more thorough study of clinical subjects.

Without a competent pathophysiological analysis of the disease, it is impossible to determine effective methods of etiotropic and pathogenetic pharmacocorrection of diseases, namely:

- **The basis for etiotropic therapy (impact on the cause):** To eliminate the cause of the disease, it is necessary to understand how the pathogen (virus, bacterium) or harmful factor interacts with the body. Pathophysiology helps to identify vulnerabilities in the life cycle of the disease.
- **Basis for pathogenetic therapy (impact on development mechanisms):** Many diseases have complex mechanisms (e.g., inflammation, thrombosis, autoimmune reactions). Analysis allows intervention in a specific link in the pathological process, stopping its progression, for example, by using immunomodulators in autoimmune conditions.
- **Individual approach:** Analysis allows us to understand why the same disease progresses differently in different patients, which allows us to select personalised treatment.
- **Predicting and preventing complications:** Understanding pathophysiology helps predict the development of complications before they occur.

Thus, the connection between pathophysiology and pharmacology is fundamental to medicine, representing the relationship between "understanding the mechanisms of disease" (pathophysiology) and "methods of influencing these mechanisms" (pharmacology). Pathophysiology explains why and how a diseased organism functions, while pharmacology provides the tools (medicines) to correct these disorders:

Understanding the mechanism of the disease allows us to identify drug targets. For example, knowing that the renin-angiotensin system is disrupted in arterial hypertension justifies the use of ACE inhibitors. Diseases of organs (liver, kidneys) alter pharmacokinetics – the processes of absorption, distribution, metabolism and excretion of drugs. Pathophysiology helps to predict how a disease will alter the efficacy of a drug (for example, reduced kidney function requires dose adjustment). In addition, the combination of pathophysiology and pharmacology helps to understand how disease changes receptor sensitivity, which affects efficacy and side effects, i.e., to study the interaction of drugs with damaged cells and tissues.

Studies have shown that newly qualified doctors make mistakes when prescribing specific pharmacotherapy [27]. Combining pathophysiology and pharmacology can therefore prevent such mistakes in their future professional practice.

The cognitive teaching method aims to activate prior knowledge in processing new information to create a stable platform for the further implementation of the new knowledge acquired [28]**.** An element of the cognitive approach in practical classes is that, after reading a text describing an "unknown" drug, the student identifies its main elements and justifies its use. The focus in the implementation of cognitive teaching methods in pharmacology should be on teaching clinical reasoning skills, during which relevant clinical data are identified, and priorities are set for confirmation or refutation [26]. The most optimal methods for engaging students in the learning

process may be constructivism and network learning theory, where constructivism requires certain experience in the use of medicines [8], and the teacher, using elements of network learning, guides the student to use certain Internet sources of information [22]. To teach the skills of arguing for the choice of a drug (drugs), it is reasonable to use complex practical-oriented tasks in a team-based learning (TBL) environment, as a type of problem-based learning [36].

All this will allow students to consciously assimilate certain information and form the most important methodological techniques for improving mental activity, and therefore clinical thinking, while the cognitive-communicative teaching method allows them to understand what factors influence the assimilation of material and how to present it effectively. Based on the above, we can formulate the methodological features of teaching pharmacology within the framework of cognitive methodology [29]. In the educational process, it would be rational to use tasks that allow students to identify not just one solution, but several. For example, you can give the following assignment: "Identify a list of diseases for which drugs can be used, based on the mechanism of action of the drugs," instead of asking the question: "For which specific disease can a drug be used?" You can ask students to give a comprehensive assessment of the use of drugs. To understand the effect of a drug, you can present information comparing the pharmacodynamics and pharmacokinetics of drugs (diagrams or graphs), considering age, gender, and the presence of concomitant pathological processes, using the principle of "from simple to complex" when considering the mechanism of action of a drug [1]. Another method could be to give students comprehensive practice-oriented tasks with elements of pathophysiological description of the course of the disease, which gives students the opportunity to understand how to construct their reasoning to arrive at the correct answer. For this purpose, online tests can be used to promote independent learning [11], followed by a discussion of the test results and justification of the correct answer. To improve the assimilation of disciplines, it is important to give students the opportunity to create 4–5-minute digital media material that analyses a specific journal article on a disease related to pharmacology with a description of the key aspects of the article [15].

Thus, the use of methodological techniques of the cognitive-communication approach will promote greater independence of students in discussing the task and allow them to build their own cognitive schemes in making the final decision. In addition, cognitive-communicative learning can not only help minimise the cognitive load on students, but also be aimed at improving practical thinking skills, which can be useful for medical education, which is primarily aimed at training specialists with high-level mental processes [35]. In this sense, cognitive learning theory is not outdated but can be effectively applied in modern medical education.

References

1. Alton S. (2016). Learning how to learn: Meta-learning strategies for the challenges of learning pharmacology. Nurse Education Today. 38. 10.1016/j.nedt.2016.01.003
2. Bligh J. Problem-based learning in medicine: an introduction. Postgrad Med J. 1995;71(836):323-326. doi:10.1136/pgmj.71.836.323
3. Braun, L.T., Zwaan, L., Kiesewetter, J. et al. Diagnostic errors by medical students: results of a prospective qualitative study. BMC Med Educ 17, 191 (2017). https://doi.org/10.1186/s12909-017-1044-7
4. Burgess, A., Matar, E., Roberts, C. et al. Scaffolding medical student knowledge and skills: team-based learning (TBL) and case-based learning (CBL). BMC Med Educ 21, 238 (2021). https://doi.org/10.1186/s12909-021-02638-3
5. Choi E, Lindquist R, Song Y. Effects of problem-based learning vs. traditional lecture on Korean nursing students' critical thinking, problem-solving, and self-directed learning. Nurse Educ Today. 2014 Jan;34(1):52-6. doi: 10.1016/j.nedt.2013.02.012. Epub 2013 Mar 25. PMID: 23535270.
6. Elstein AS, Shulman LS, Sprafka SA. Medical problem solving - an analysis of clinical reasoning. Cambridge: Harvard University Press; 1978
7. Englund H. Using unfolding case studies to develop critical thinking skills in baccalaureate nursing students: A pilot study. Nurse Educ Today. 2020 Oct;93:104542. doi: 10.1016/j.nedt.2020.104542. Epub 2020 Jul 21. PMID: 32717696

8. Ertmer PA, Newby TJ. Behaviorism, cognitivism, constructivism: Comparing critical features from an instructional design perspective. Perform Improv Q. 1993;6(4):50–72

9. Filip Dochy, Mien Segers, Piet Van den Bossche, David Gijbels. Effects of problem-based learning: a meta-analysis, Learning and Instruction, Volume 13, Issue 5, 2003, Pages 533-568, ISSN 0959-4752, https://doi.org/10.1016/S0959-4752 (02) 00025-7

10. Fuks A, Boudreau JD, Cassell EJ. Teaching clinical thinking to first-year medical students. Med Teach. 2009;31(2):105-11

11. Gaikwad N, Tankhiwale S. Interactive E-learning module in pharmacology: a pilot project at a rural medical college in India. Perspect Med Educ. 2014;3(1):15-30. doi:10.1007/s40037-013-0081-0

12. Guo J, Li L, Bu H, Feng M, Yang Y, Zhang Y, Liu F, Liu Q, Li X, Jiao X. Effect of hybrid teaching incorporating problem-based learning on student performance in pathophysiology. J Int Med Res. 2020 Aug;48(8):300060520949402. doi: 10.1177/0300060520949402. Erratum in: J Int Med Res. 2021 May;49(5):3000605211017393. PMID: 32847453; PMCID: PMC7457654

13. Halpern, D.F. (1997). Critical Thinking Across the Curriculum: A Brief Edition of Thought & Knowledge (1st ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315805719

14. Harasym PH, Tsai TC, Hemmati P. Current trends in developing medical students' critical thinking abilities. Kaohsiung J Med Sci. 2008 Jul;24(7):341-55. doi: 10.1016/S1607-551X(08)70131-1. PMID: 18805749

15. Hoban G., Hyland C.J.T., Nielsen W. Engaging students in explaining and representing pharmacology by creating blended media; Proceedings of the Australian Conference on Science and Mathematics Education; Sydney, Australia. 29–30 September 2014]

16. Hobbs, J.R. Integrating Clinical Experiences Into Classroom Education. A University of Alabama. Department of Educational Leadership, Policy, and Technology Studies. University of Alabama Libraries. 2018. 103 p. https://books.google.com.ua/books?id=5Fo8zQEACAAJ

17. Keshavarzi MH, Safari E, Shakarabi M, Kangrani Farahani AR, Taghavinia M, Zabihi Zazoly A. The Effect of Teaching Cognitive Strategies on the Academic Achievement of Medical Students. Journal of Development Strategies in Medical Education 2019;6(2):1-9

18. Kim, H., & Hannafin, M. (2008). Situated case-based knowledge: An emerging framework for prospective teacher learning. Teaching and Teacher Education, 24(7), 1837-1845

19. Klement BJ, Paulsen DF, Wineski LE. Clinical Correlations as a Tool in Basic Science Medical Education. J Med Educ Curric Dev. 2016;3:JMECD.S18919. Published 2016 Jan 1. doi:10.4137/JMECD.S18919

20. Knollmann-Ritschel BEC, Regula DP, Borowitz MJ, Conran R, Prystowsky MB. Pathology Competencies for Medical Education and Educational Cases. Acad Pathol. 24 July 2017;4:2374289517715040. doi: 10.1177/2374289517715040. PMID: 28815204; PMCID: PMC5528910

21. Li, Y., Li, K., Yao, H., Xu, X., & Cai, Q. (2015). Reform in teaching preclinical pathophysiology. Advances in physiology education, 39 4, 254-8

22. Maxwell C. What blended learning is – and isn't [Internet]: Blended Learning Universe; 2016. [cited 2020 Aug 4

23. Patel VL, Yoskowitz NA, Arocha JF. Towards effective evaluation and reform in medical education: a cognitive and learning sciences perspective. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2009 Dec;14(5):791-812. doi: 10.1007/s10459-007-9091-1. Epub 24 January 2008. PMID: 18214707

24. Patel, V. L., Kaufman, D. R., & Magder, S. A. (1991). Causal reasoning about complex physiological concepts in cardiovascular physiology by medical students. International Journal of Science Education, 13, 171–185

25. Plebani M. Diagnostic Errors and Laboratory Medicine - Causes and Strategies. EJIFCC. 27 January 2015;26(1):7-14. PMID: 27683477; PMCID: PMC4975219

26. Richards, J. B., Hayes, M. M., & Schwartzstein, R. M. (2020). Teaching Clinical Reasoning and Critical Thinking: From Cognitive Theory to Practical Application. Chest, 158(4), 1617–1628. https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.05.525

27. Rubaiy HN. Strategies to Inspire Students' Engagement in Pharmacology Courses. Pharmacy (Basel). 2021;9(2):70. Published 26 March 2021. doi:10.3390/pharmacy9020070

28. Schmidt, H.G., Mamede, S. How cognitive psychology changed the face of medical education research. Adv in Health Sci Educ 25, 1025–1043 (2020). https://doi.org/10.1007/s10459-020-10011-0

29. Sweller J. Cognitive load theory //Psychology of learning and motivation. - Academic Press, 2011. - Vol. 55. - P. 37-76

30. Thomas RE. Methods of teaching medicine using cases. Med Teach. 1993;15(1):27-34. doi: 10.3109/01421599309029008. PMID: 8326842

31. Understanding problem-based learning. In handbook of enquiry & problem based learning. Barrett, T., Mac Labhrainn, I., Fallon, H. (Eds). Galway: CELT.

32. Van Dijken PC, Thévoz S, Jucker-Kupper P, Feihl F, Bonvin R, Waeber B. Evaluation of an online, case-based interactive approach to teaching pathophysiology. Med Teach. 2008 Jun;30(5):e131-6. doi: 10.1080/01421590801932210. PMID: 18576183

33. W. Chen, J. Guo, J. Chen, and P. Xu, “Problems and analysis of clinical thinking training of medical students,” Modern Hospital, vol. 10, no. 3, pp. 118–120, 2010

34. Weller JM, Nestel D, Marshall SD, Brooks PM, Conn JJ. Simulation in clinical teaching and learning. Med J Aust. 21 May 2012;196(9):594. doi: 10.5694/mja10.11474. PMID: 22621154

35. Yeo S. The Application of Cognitive Teaching and Learning Strategies to Instruction in Medical Education. Korean Medical Education Review [Internet]. 30 June 2020;22(2):57–66

36. Zgheib N.K., Simaan J.A., Sabra R. Using team-based learning to teach pharmacology to second year medical students improves student performance. Med. Teach. 2010;32:130–135

НАВЧАЛЬНІ АСПЕКТИ ВИХОВАННЯ ЕТИКИ ТА ДЕОНТОЛОГІЇ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ МЕДИЦИНИ КРИТИЧНИХ СТАНІВ

Давидова Анна Григорівна,
к.мед.н., доцент кафедри дитячих хвороб
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
Курочкін Михайло Юрійович
д.мед.н., професор кафедри дитячих хвороб
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
Капустін Сергій Анатолійович
лікар-анестезіолог, КНП «Міська дитяча лікарня №5» ЗМР

Не є ні для кого секретом, що етичні та деонтологічні проблеми, а саме порушення етичних норм, є присутніми, на жаль, в сучасній медицині, особливо в медицині критичних станів, зокрема, у відділеннях інтенсивної терапії. Скільки б не говорили та не писали про права критично хворого пацієнта, у тому числі пацієнта, що потребує паліативної допомоги, порушення цих прав, у тому числі з боку середнього та молодшого медичного персоналу, є настільки частим, що викликає звикання та здається таким, що не потребує особливої уваги. Тут треба обов’язково пам’ятати і про величезний дефіцит саме середнього та молодшого медперсоналу у більшості відділень інтенсивної терапії, особливо на тлі скорочення ставок, викликаного економічними причинами. Працювати в таких умовах вкрай важко, тож стомлюваність та деяку невитриманість медичних сестер та молодших медичних сестер неважко зрозуміти, проте важко повністю виправдовувати підвищення голосу на пацієнтів, використання ненормативної лексики або ж відмову від допомоги пацієнту у побутових та гігієнічних потребах.

Цей самий дефіцит медичного персоналу, з однієї сторони, зумовлює потребу в чергуваннях лікарів-інтернів в якості медичних сестер, з іншого боку – для самого лікаря-інтерна це чудова медична практика та придбання клінічного досвіду, який важко переоцінити. Проте, чи можемо ми назвати позитивним досвідом те, що окрім проведення медичних маніпуляцій лікарі-інтерни на робочих змінах навчаються також зневажливому

ставленню до пацієнтів, а іноді і нехтуванню своїми обов'язками, якщо вони є неприємними та некомфортними для них? Людина набагато швидше звикає до того, що простіше, аніж до того, що важче, тож, вірогідно, не варто дивуватись, що, попрацювавши хоча б півроку в якості медичної сестри, інтелігентний молодий лікар-інтерн починає грубо та вкрай роздратовано розмовляти з пацієнтами, виказує неповагу до їхньої особистості або невчасно чи не в повному обсязі виконує лікарські призначення.

Рішень у цієї проблеми досить небагато. Одним з них нам здається спонукання лікарів-інтернів до активного обговорення з викладачем усіх морально-етичних проблем, що виникають у них на чергуваннях, і викладач повинен бути готовим до сумісного з учнем пошуку оптимального виходу з кожної конкретної ситуації. Але для цього, як мінімум, необхідно, щоб сам лікар-інтерн розглядав порушення медико-етичних та деонтологічних норм під час роботи з тяжко та критично хворими пацієнтами саме як проблему, а не як звичайну повсякденну ситуацію, та усвідомлював необхідність її вирішення, а бажано – і неприпустимість таких ситуацій у своїй майбутній роботі. І, можливо, саме викладач повинен якомога частіше наголошувати учням, що будь-який хворий з будь-якою патологією – це перш за все людина, зі своїми потребами та стражданнями, яка у будь-якій ситуації потребує, заслуговує та вимагає гідного й людяного відношення до себе.

ПРОБЛЕМИ ВІДПРАЦЮВАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК З ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДІАТРІЇ ТА МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ВІДЕОЗВІТІВ СТУДЕНТІВ ЯК ФОРМИ ДОМАШНЬОГО ЗАВДАННЯ

Дейнега Вікторія Анатоліївна,
асистент кафедри пропедевтики дитячих хвороб,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Пропедевтика дитячих хвороб є базовою дисципліною, що формує у студентів-медиків фундаментальні клінічні навички, без яких неможливе подальше опанування педіатрії та суміжних клінічних дисциплін. Саме на цьому етапі закладаються вміння клінічного огляду дитини, оцінки фізичного та нервово-психічного розвитку, збору анамнезу з урахуванням вікових особливостей, а також базові комунікативні навички роботи з дитиною та її батьками. Однак у сучасних умовах процес повноцінного відпрацювання практичних навичок стикається з низкою об'єктивних та суб'єктивних проблем.

Однією з ключових проблем викладання пропедевтики дитячих хвороб є обмежені можливості для багаторазового, усвідомленого та контрольованого відпрацювання практичних навичок безпосередньо біля ліжка пацієнта. В результаті студент часто знає алгоритм теоретично, але не володіє ним на практиці [1, с. 70].

Додатковим чинником є зміна освітнього середовища та особливостей сучасного студента. Значна частина здобувачів освіти орієнтована на цифрові формати навчання, візуальний контент та асинхронну взаємодію з викладачем. За відсутності чітких інструментів контролю самостійної роботи це може призводити до зниження якості підготовки [2, с. 33] .

Серед найбільш поширених проблем можна виокремити:

- неможливість багаторазового повторення однієї й тієї самої навички в умовах клініки;
- пасивну позицію частини студентів під час практичних занять;
- складність об'єктивної оцінки рівня сформованості навички у кожного студента;
- недостатній час заняття для індивідуальної корекції помилок.

Усе це зумовлює потребу в пошуку додаткових педагогічних інструментів, які б доповнювали традиційні форми навчання, а не замінювали їх [4, с. 23.] . Одним із таких інструментів є використання відеозвітів студентів з відпрацювання практичних навичок як форми самостійної роботи (домашнього завдання). Відеозвіт передбачає запис студентом виконання конкретної практичної навички відповідно до затвердженого алгоритму (наприклад, огляд дитини, оцінка фізичного розвитку, перкусія та аускультація легень,

визначення меж серця, оцінка стану лімфатичних вузлів тощо) . Важливо підкреслити, що йдеться не про формальний відеозапис, а про структурований навчальний продукт із чіткими вимогами: дотримання послідовності дій, правильність термінології, коментарі студента щодо власних дій та можливих помилок. Студенти самостійно (з дотриманням етичних норм та вимог безпеки) демонструють виконання певної маніпуляції (на симуляторах, манекенах або близьких/волонтерах, за їх дозволом) та аналізують свої дії, записуючи процес на відео.

Використання відеозвітів має низку суттєвих переваг:

- стимулює активну позицію студента та його особисту відповідальність за результат;
- забезпечує багаторазове повторення навички у комфортному для студента темпі - метод підтримує асинхронне навчання, дозволяючи студентам відпрацьовувати навички у власний час та темп, що є критично важливим для осіб, які поєднують навчання з іншою діяльністю [1, с. 74].
- формує навички самоконтролю та самоаналізу - процес запису вимагає від студента багаторазового повторення навички та її самостійного критичного аналізу перед подачею роботи. Це сприяє глибокій рефлексії та формуванню стійкої моторної пам'яті [3, с 42].
- дозволяє викладачу об’єктивніше оцінити рівень підготовки кожного студента - відеозапис слугує об'єктивним доказом рівня володіння навичкою.
- створює можливість індивідуального зворотного зв’язку з акцентом на типові помилки- викладач отримує можливість покадрово оцінити техніку виконання навички, виявити помилки та надати індивідуалізований і точний зворотний зв'язок, що є неможливим при масовій очній перевірці.
- є певною підготовкою до стандартизованих іспитів (OSCE/КРОК) -регулярне відпрацювання та запис навичок підвищує впевненість та якість підготовки до об'єктивного структурованого клінічного іспиту (OSCE) [5, с. 1].

Ці переваги підкреслюють, що відеозвіти — це ціннісний інструмент для покращення засвоєння практичних навичок у цілому, особливо в умовах онлайн-навчання.

На мою думку, особливо цінним є те, що студент, переглядаючи власний відеозапис, часто самостійно помічає недоліки, які залишаються непомітними під час звичайного практичного заняття.

Отже, поєднання традиційних форм навчання з використанням відеозвітів як домашнього завдання є доцільним та педагогічно обґрунтованим підходом у викладанні пропедевтики дитячих хвороб. Такий формат сприяє підвищенню мотивації студентів, покращенню якості відпрацювання практичних навичок та формуванню усвідомленого ставлення до майбутньої лікарської діяльності. У сучасних умовах це може розглядатися як один із реальних шляхів подолання розриву між теоретичними знаннями та практичними вміннями студентів.

Список використаних джерел

1. Бойчук Т. М. Сучасні підходи до контролю практичних навичок студентів-медиків // Медична освіта. – 2024. – № 3.

2. Перспективи та труднощі ефективного використання інноваційних технологій для забезпечення професійної підготовки студентів-медиків при вивченні клінічних дисциплін / Г. А. Крицька, І. О. Крицький, Г. Я. Загричук, Т. І. Крицький // Медична освіта. – 2017. –№ 2. DOI 10.11603/me.2414-5998.2017.2.7826.

3. Дернова М. Моделі емпіричного навчання дорослих: зарубіжний досвід. – Порівняльно-педагогічні студії. – № 2(24), 2015.

4. Бичко М. В. Сутність, особливості, переваги й недоліки, контроль якості знань у дистанційній формі навчання студентів закладів вищої медичної освіти /М. В. Бичко, С.А. Стеценко // Реалії, проблеми та перспективи вищої медичної освіти: матеріали навч.-наук. конф.з міжнар. участю (м. Полтава, 25 берез. 2021 р.). – Українська медична стоматологічна академія, 2021.

5. Marker S. Simulation-based training of junior doctors in handling critically ill patients facilitates the transition to clinical practice: an interview study / S. Marker, M. Mohr, D. Ostergaard // BMC medical education. – 2019. – Vol. 19(1). DOI 10.1186/s12909-018-1447-0.

МЕДИЧНА ДИСТАНЦІЙНА ОСВІТА: ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ

Дуюн Ірина Федорівна, доктор філософії,
старший викладач кафедри клінічної фармації,
фармакотерапії, фармакогнозії та фармацевтичної хімії,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Вступ. Медична освіта історично базується на інтеграції ґрунтовної теоретичної підготовки з практичним навчанням у клінічному середовищі. Збройна агресія, руйнування освітньої та медичної інфраструктури, загрози безпеці учасників освітнього процесу, а також масштабні міграційні процеси зумовили нагальну потребу в оперативному переході закладів вищої медичної освіти до дистанційних форматів навчання. В умовах воєнного стану дистанційна освіта перестала бути альтернативною формою організації навчального процесу та набула статусу єдиного можливого механізму забезпечення його безперервності. Водночас реалізація дистанційної медичної освіти в умовах війни супроводжується низкою суттєвих викликів, що негативно позначаються на якості освітнього процесу, професійному становленні майбутніх медичних фахівців і їхньому психоемоційному стані.

Основна частина. У сучасних освітніх реаліях симуляційне навчання посідає провідне місце в системі підготовки медичних кадрів, з обов'язковим формуванням професійних компетентностей здобувачів вищої освіти. Відповідно до Стандартів вищої освіти, професійна підготовка на клінічних кафедрах обов'язково передбачає використання симуляційних освітніх технологій.

Симуляційні методи навчання дають змогу моделювати умови, максимально наближені до реальних клінічних ситуацій, що забезпечує формування, закріплення та вдосконалення практичних навичок, умінь і знань у безпечному, контрольованому освітньому середовищі з використанням сучасного навчального обладнання. Застосування такого підходу сприяє не лише оволодінню фаховими компетентностями, а й розвитку ключових особистісних якостей майбутнього медичного працівника, зокрема відповідальності, стресостійкості та мотивації до безперервного професійного самовдосконалення.

Для підвищення ефективності дистанційної медичної освіти в умовах війни доцільним є: впровадження змішаних форм навчання з максимальним використанням безпечних очних занять; активне використання сучасних симуляційних технологій; надання психосоціальної підтримки студентам і викладачам; підвищення цифрової компетентності педагогічних працівників; удосконалення системи оцінювання з орієнтацією на практичні результати навчання.

Симуляційне навчання ґрунтується на моделюванні професійних ситуацій з метою формування практичних навичок, клінічного мислення та навичок прийняття рішень без ризику для пацієнта. У медичній освіті симуляції можуть включати віртуальних пацієнтів, клінічні сценарії та інтерактивні обговорення.

Платформа Microsoft Teams забезпечує інтеграцію синхронних і асинхронних форм навчання, що є особливо важливим для реалізації симуляційних сценаріїв. Основними інструментами платформи, які використовуються для симуляційного навчання є: відеоконференції для проведення рольових симуляцій та клінічних розборів; функція «Breakout rooms» для роботи малих груп у межах одного клінічного кейсу; спільні документи (Microsoft Word, Excel, OneNote) для фіксації рішень і ведення медичної документації; інтеграція мультимедійного контенту (відео, зображення, результати лабораторних досліджень); чат і записи занять для зворотного зв'язку та рефлексії.

Завдяки цим інструментам Teams може виступати як віртуальне симуляційне середовище, що підтримує активну взаємодію між викладачем і студентами.

Одним із ефективних методів формування клінічного мислення став кейс-метод: дослідницький підхід, який використовується для поглибленого та багатостороннього розуміння складної проблеми в контексті реального життя.

Кейс-метод є дидактичним інструментом, що передбачає аналіз реальних або наближених до реальних клінічних ситуацій. Поєднання кейс-методу із симуляційними технологіями дозволяє активізувати пізнавальну діяльність студентів, сприяє розвитку аналітичного мислення, клінічної логіки та міждисциплінарної інтеграції знань.

Використання кейс-методу дозволяє викладачу оцінити здібності студента: до клінічного мислення, обґрунтування своїх рішень та дій, етичного спілкування з колегами, чітко висловлювати свої думки, а не тільки визначити рівень знань нового матеріалу та вміння використовувати існуючі знання.

Розбір ситуації ведеться в три етапи:

1. На першому етапі студенти самостійно вивчають отриману інформацію, знаходять проблему та вирішують її.

2. На другому етапі – працюють у невеликій групі, обговорюючи інформацію та висловлюючи свою думку щодо клінічних проявів та загрозливих симптомів.

3. На третьому етапі – групове обговорення – проводиться з викладачем.

Складання професійного кейсу має задовольняти такі вимоги: відповідати чітко поставленій меті створення; мати відповідний рівень складності; володіти сучасними нормативно-аналітичними документами і протоколами; втілювати типові ситуації; розвивати аналітичне мислення; провокувати дискусію; передбачати кілька варіантів рішень.

Висновки

1. Дистанційна медична освіта в умовах війни є складним, але необхідним явищем, яке дозволяє зберегти безперервність та високий рівень підготовки медичних кадрів.

2. Подальший розвиток медичної освіти має ґрунтуватися на поєднанні інноваційних цифрових технологій, гуманістичного підходу та урахування воєнного досвіду.

3. Велике значення мають такі професійні якості майбутніх фахівців, як: вміння самостійно аналізувати ситуації, що виникають, та можливість невідкладно приймати рішення, працювати в команді та колективі, швидко адаптуватися в змінах ситуації.

ДІЯЛЬНІСТЬ ВИКЛАДАЧА В УМОВАХ ЦИФРОВІЗАЦІЇ ОСВІТИ

Зарічна Тамара Пантелеймонівна, канд.фарм.наук,
доцент кафедри управління та економіки фармації;
Соляненко Олена Леонідівна, ст.викладач кафедри іноземних мов,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Розвиток інформаційних технологій, світові процеси глобалізації та диджиталізація суспільства змусили змінитися сучасну освіту. Трансформувалися та модернізувалися не тільки зміст, структура, цілі, методи освітнього процесу, а й характер взаємодії «викладач-студент». В результаті виникла інша освітня система, яка містить нові технологічні платформи, нові підходи до навчання та нову роль викладача. Відбувся перехід від класичної форми освіти до змішаного навчання, що передбачає застосування дистанційних технологій навчального процесу.

Дистанційна форма освіти міцно увійшла у світовий простір і змінила звичну нам всім модель навчання. Виникла необхідність організації діяльності викладача з урахуванням прийнятного, доступного та зручного онлайн формату. Заклади вищої освіти почали здійснювати навчальний процес за допомогою телекомунікаційних технологій: використання інтернет-платформ, передачі знань дистанційно, взаємодії зі студентами у синхронному та асинхронному форматах. Запорізький державний медико-фармацевтичний університет не став винятком.

Необхідність сьогодення – вміння працювати з освітніми платформами, які об’єднують учасників навчального процесу, надають можливість спілкуватися онлайн на відстані, забезпечують доступ до методичних матеріалів та інформації, а також дозволяють викладачеві за допомогою тестування контролювати рівень знань здобувачів освіти. Таким чином, перехід до дистанційної форми навчання збільшив роль освітніх онлайн-платформ.

Педагоги Запорізького державного медико-фармацевтичного університету за допомогою зручного додатку Microsoft Teams проводять заняття у стрімінговому режимі, що має різноманіття інструментів, які викладач може застосовувати для поліпшення навчального процесу.

Разом з цим, впровадження даної технології навчання вимагає від викладача певних зусиль. Педагог повинен вміти диференціювати освітній процес з урахуванням особливостей кожного студента, створювати власний навчальний зміст та мати високий рівень цифрової компетентності. Цифрова грамотність сучасного викладача має бути на рівні не нижче ніж у його студентів, для яких віртуальний простір вже давно став звичним явищем. Викладач перестає бути джерелом інформації, стає рівноправним учасником освітнього процесу.

Треба додати, що у зв'язку з введенням дистанційного навчання, у ЗДМФУ були розроблені методичні рекомендації щодо проведення відеоуроків та оцінювання успішності здобувачів освіти з використанням дистанційних технологій, які викладачі університету почали активно застосовувати у своїй професійній діяльності.

Зміна в методах навчання – одна з головних ознак в умовах цифровізації освіти. Педагогічна діяльність професорско-викладацького складу ЗДМФУ спрямована на ефективне використання технологій інформаційно-освітнього середовища.

Одним з питань професійного розвитку педагога у сучасних умовах є освоєння інноваційних форм організації освітнього процесу та методів, що активізують взаємодію зі студентами. Викладачі впроваджують сучасні навчальні матеріали, створюють сприятливе середовище, в якому студенти можуть успішно опановувати матеріал навчальної програми за допомогою новітніх компьютерних технологій.

Цифрова трансформація процесів в освіті передбачає імплементацію педагогічних практик та ефективних методик, що реалізуються на основі цифрових інструментів та ресурсів, які викладачі навчилися поєднувати з метою створення інтегрованого цифрового навчального середовища для розвитку у студентів навичок мислення та уміння вирішувати завдання.

Разом з тим, сучасний педагог, повинен вміти оцінювати користь аутентичних ресурсів, розробляти авторські матеріали для реалізації навчальної програми з залученням компьютерних технологій, шукати та аналізувати цифрові інструменти, покликані допомогати студентам успішно опановувати необхідний навчальний матеріал, мотивувати здобувачів освіти працювати самостійно та прагнути до самовдосконалення у майбутній професийнії галузі.

Викладачі ЗДМФУ впроваджують інновації та створюють передові практики для покращення викладання, постійно професійно зростають, вивчаючи і застосовуючи підходи, що стали можливими завдяки інформаційним технологіям. Вміння використовувати мережеву взаємодію, організовувати навчання у співпраці, культурно комунікувати зі студентами як з рівноправними учасниками освітнього процесу — риси високого професіоналізму викладача будь якого закладу вищої освіти.

Окрім цього, на нашу думку, діяльність викладача слід спрямовувати на забезпечення взаємозв'язку між навчальним матеріалом та навчальною активністтю, на підвищення мотивації здобувачів освіти та оптимізацію самостійної роботи студентів, яка має бути чітко організованою, індивідуально орієнтованою та систематично керованою.

Отже, викладач ЗДМФУ, діяльність якого містить широкий діапазон педагогічних задач, а саме: управління навчальним процесом, створення різних інтерактивних освітніх ресурсів, залучення ефективних інструментів дистанційного навчання, проведення моніторингу результатів щодо засвоення знань здобувачів освіти, використання різних форм контролю навчальних досягнень студентів, здійснення синхронної та асинхронної взаємодії між учасниками освітнього процесу, встановлення зворотного зв'язку, має відповідати викликам сьогодення.

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ВІРТУАЛЬНОГО СИМУЛЯТОРА ПАЦІЄНТА BODY INTERACT ПРИ ВИКЛАДАННІ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН

Земляний Ярослав Вадимович,
доцент кафедри внутрішніх хвороб 1 та симуляційної медицини;
Земляна Наталія Анатоліївна,
асистент кафедри акушерства та гінекології,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Вступ. В умовах пандемії впровадження воєнного стану навчання в змішаному форматі з використанням дистанційних технологій навчання стало основою надання освітніх послуг в медичних закладах вищої освіти. В таких умовах для забезпечення сфери охорони здоров'я медичними працівниками з високим рівнем підготовки необхідно впровадження ефективних методів медичної освіти, які б сприяли ефективному оволодінню як теоретичних аспектів, так і практичних навичок [1]. Особливо це стосується, кафедр на яких викладаються клінічні дисципліни. Вони є ключовою ланкою підготовки майбутніх лікарів. На теперішній час розвиток інформаційних технологій та інноваційних засобів комунікації відкривають всі можливості для створення більше ефективних підходів до медичного навчання [2].

Основна частина. В основі платформи Body Interact лежить симуляційний метод навчання «стандартизований пацієнт», що реалізується через різноманітні клінічні сценарії, які відтворюють перебіг конкретних патологічних станів. Такий підхід дає змогу максимально наблизити навчальний процес до реальної клінічної практики і відпрацьовувати практичні навички роботи з пацієнтам без стресу та шкоди для хворого. Сьогодні він є одним із найбільш поширених інструментів симуляційного навчання та інтегрований у навчальні програми більшості провідних університетів світу [2].

Платформа Body Interact представлена у вигляді горизонтального інтерактивного сенсорного столу, на екрані якого відображається віртуальний пацієнт. У режимі реального часу викладачі та студенти мають можливість спостерігати за динамікою клінічного стану пацієнта. Система одночасно демонструє необхідні для діагностики фізіологічні показники, результати лабораторних та інструментальних досліджень. Віртуальний симулятор фіксує всі дії користувача, відображає реакції пацієнта на проведені маніпуляції та призначене лікування. Після завершення навчальної сесії програма надає об'єктивну оцінку роботи студента та детальних її розбір у вигляді де брифінгу.

Кафедрами внутрішніх хвороб 1 та акушерства і гінекології ЗДМФУ використання онлайн-платформи Body Interact активно впроваджується при викладанні на практичних заняттях студентів медичних та міжнародного факультетів починаючи з IV курсу. Ця методика дає змогу відпрацьовувати роботу з клінічними кейсами, які включені до навчального плану, на практичних заняттях під контролем викладача.

При викладанні клінічних дисциплін на відповідних кафедрах передбачено як розбір клінічних сценаріїв разом з викладачем, так і можливість працювати за окремим доступом індивідуально, знаходячись в безпечних умовах. Перевагами використання віртуального стимулятора пацієнта є необмежена кількість повторів відпрацювання алгоритмів, знижена стресова складова та наявність дебрифінгу, що передбачає можливість проаналізувати власні результати.

Досвід використання програми Body Interact під час практичних занять та атестації показав і певні проблеми, які пов'язані з вимогливістю платформи до якості програмного забезпечення та швидкості мережі інтернет.

Висновок. Використання віртуального симулятора пацієнта Body Interact суттєво підвищує якість набуття фахових компетенцій здобувачів освіти за спеціальностями «Медицина» та «Педіатрія» і збільшує їх прихильність до навчання на клінічних дисциплінах.

Список використаних джерел

1. Усачова О.В., Конакова О.В., Сіліна Є.А., Пахольчук Т.М., Дралова О.А. Досвід роботи з віртуальним пацієнтом на платформі «BODY INTERACT» на кафедрі дитячих інфекцій в умовах пандемії COVID-19. Досвід впровадження змішаної форми навчання у ЗДМУ, траєкторія розвитку та місце в системі вищої медичної освіти: матеріали навчально-методичної відеоконференції (26 травня 2021 року, м. Запоріжжя). Запоріжжя, 2021; 26-27.

2. Мартинюк В. М., Маланчук, Л. М. Маланчин І. М., Лимар Л. Є. Впровадження освітніх інтерактивних технологій у навчальний процес на кафедрі акушерства і гінекології. Медична освіта. 2021; 3: 49-52.

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА СТУДЕНТІВ У МЕДИЧНОМУ ЗВО, ЯКИЙ ФУНКЦІОНУЄ НА ПРИФРОНТОВІЙ ТЕРИТОРІЇ

Іванькова Наталя Анатоліївна, к.пед.н., доцент,
кафедра клінічної фармації, фармакотерапії,
фармакогнозії та фармацевтичної хімії,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Вступ. Сучасна система вищої освіти функціонує в умовах зростання психоемоційного навантаження на студентів, що пов'язано з війною та соціально-економічною нестабільністю. Окрема категорія - це студенти, які навчаються у прифронтових містах. У цих умовах особливої актуальності набуває проблема збереження ментального здоров'я студентів та формування психологічно безпечного освітнього середовища. Саме тому психологічна підтримка студентів розглядається як важливий елемент системи забезпечення якості освіти та успішного розвитку особистості майбутнього фахівця [1]. Особливої уваги потребують студенти медичних і фармацевтичних спеціальностей, навчання яких пов'язане з високим рівнем емоційного напруження та професійного стресу.

Основна частина

Психологічна підтримка студентів у ЗВО являє собою комплексну систему заходів, які спрямовані на профілактику психоемоційних порушень, подолання навчальної дезадаптації та розвиток психологічної ресурсності [2]. Основними напрямами такої підтримки є психологічна діагностика, індивідуальне консультування, групова робота, психоедукація [3] та кризова допомога.

Психологічна діагностика дозволяє своєчасно виявляти рівень стресу, тривожності, емоційного вигорання та інші ризики, що негативно впливають на навчальну діяльність. Індивідуальне психологічне консультування спрямоване на надання допомоги студентам у розв'язанні особистісних, міжособистісних і професійних проблем. Важливу роль відіграють групові форми роботи, зокрема тренінги зі стресостійкості, розвитку емоційного інтелекту та комунікативних навичок. Психоедукаційна діяльність сприяє формуванню відповідального ставлення до власного психічного здоров'я.

Наведемо компоненти системи психологічної підтримки у ЗВО, який функціоную на прифронтовій території.

1. Діагностичний: моніторинг психоемоційного стану.
2. Консультативний: індивідуальне та групове консультування.
3. Профілактичний: профілактика стресу та вигорання; формування стресостійкості.
4. Психоедукаційний: лекції, тренінги; формування культури ментального здоров'я.
5. Кризовий: психологічна допомога в гострих станах; реагування на травматичні події.
6. Організаційно-комунікативний: взаємодія з викладачами, психологом, за необхідністю з адміністрацією та лікарем.

Принципами реалізації наведеної системи є конфіденційність; добровільність; доступність; системність; травмоорієнтований підхід.

Впровадження запропанованої системи, на наш погляд, дозволить створити психологічно безпечне освітнє середовище, яке забезпечить підвищення адаптаційних можливостей студентів, зниження рівня стресу та емоційного вигорання та, як наслідок, дозволить позитивно вплинути на результати навчання.

Висновки. Психологічна підтримка студентів у ЗВО є необхідною умовою збереження їхнього ментального здоров'я та підвищення ефективності освітнього процесу. Комплексний характер психологічного супроводу, орієнтація на профілактику, раннє виявлення психоемоційних ризиків і розвиток особистісних ресурсів сприяють формуванню психологічно безпечного освітнього середовища. Перспективним напрямом подальшого розвитку системи психологічної підтримки є інтеграція психолого-педагогічних та медико-соціальних підходів у діяльності ЗВО.

Список використаних джерел

1. ВООЗ. Психічне здоров'я та благополуччя. – Женева: World Health Organization, 2022.

2. Shtepa O.S. Psychological resourcefulness in the structure of subjectness of personality / O.S. Shtepa // Problems of Modern Psychology: Collection of research papers of Kamianets-Podilskyi Ivan Ohienko National University, G.S. Kostiuk Institute of Psychology at the National Academy of Pedagogical Science of Ukraine / scientific editing by S.D.Maksymenko, L.A.Onufriieva. – Issue 27. – Kamianets-Podilskyi: Aksioma, 2015. – P. 661–675.

3. https://zakon.rada.gov.ua/laws/term/65546

ВИКОРИСТАННЯ ДОСЯГНЕНЬ НЕЙРОПСИХОЛОГІЇ ДЛЯ ВИКЛАДАННЯ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Корнєєва Олена Миколаївна,
старший викладач кафедри теоретичних дисциплін;
Смаглюк Марія Ігорівна, здобувач освіти,
Донецький національний медичний університет

Розвиток сучасної вищої освіти відбувається в умовах зростання когнітивного та емоційного навантаження на студентів, цифровізації освітнього простору та орієнтації на формування компетентностей, необхідних для професійної й соціальної самореалізації. У цьому контексті особливого значення набуває використання науково обґрунтованих підходів до організації навчального процесу, зокрема досягнень нейропсихології та когнітивної нейронауки.

Нейропсихологія розглядає навчання як процес, що безпосередньо пов'язаний із функціонуванням мозку, когнітивних систем, емоційної регуляції та мотивації. Використання її досягнень у закладах вищої освіти створює передумови для підвищення якості навчання, розвитку академічної успішності та психологічного благополуччя студентів.

Сучасні зарубіжні дослідження в галузі когнітивної нейронауки та освітньої нейропсихології доводять, що навчання є динамічним процесом, пов'язаним із нейропластичністю мозку – здатністю нервових структур змінюватися під впливом досвіду. Період навчання у ЗВО є особливо сприятливим для розвитку вищих когнітивних функцій, зокрема аналітичного мислення, саморегуляції та метакогнітивних умінь.

Науковці наголошують, що ефективне навчання ґрунтується на активному залученні студента до пізнавальної діяльності, смисловій обробці інформації, емоційному включенні та створенні безпечного освітнього середовища. Таким чином, нейропсихологічний підхід доповнює компетентнісну та студентоцентровану парадигми вищої освіти.

Одним із ключових аспектів використання нейропсихології у викладанні є врахування закономірностей функціонування базових психічних процесів.

Увага є обмеженим ресурсом, що знижується за умов монотонного подання матеріалу. Дослідження когнітивної нейронауки доводять ефективність чергування видів діяльності, інтерактивних елементів та активного залучення студентів у навчальний процес.

Пам'ять найбільш ефективно формується за умови смислового кодування, встановлення асоціативних зв'язків та повторення інформації в різних контекстах. Це обґрунтовує доцільність використання кейс-методу, міждисциплінарних завдань і проєктної діяльності.

Мислення активізується через проблемні ситуації, аналіз, порівняння та узагальнення, що відповідає принципам проблемно-орієнтованого та дослідницького навчання.

Емоції та мотивація відіграють визначальну роль у процесах навчання. Згідно з дослідженнями affective neuroscience, позитивний емоційний фон сприяє кращому запам'ятовуванню, тоді як високий рівень стресу та тривожності негативно впливає на когнітивну продуктивність.

Інтеграція нейропсихологічних знань у навчальний процес ЗВО реалізується через низку практичних підходів.

По-перше, це раціональна організація занять, яка передбачає поділ навчального матеріалу на логічно завершені блоки, використання візуальних схем, прикладів і пауз для осмислення інформації.

По-друге, мультимодальне навчання, що поєднує вербальні, візуальні та практичні способи подання матеріалу, активізує різні сенсорні системи та підвищує якість засвоєння знань.

По-третє, важливим є урахування індивідуальних когнітивних відмінностей студентів, зокрема темпу навчання, рівня концентрації та особливостей пам'яті. Це реалізується через варіативні завдання та можливість вибору форм діяльності.

По-четверте, нейропсихологічні дослідження обґрунтовують ефективність формувального оцінювання, яке знижує рівень тривожності, підтримує внутрішню мотивацію та сприяє розвитку саморегуляції навчальної діяльності.

Нейропсихологічний підхід тісно пов'язаний зі студентоцентрованою моделлю навчання, оскільки обидва орієнтовані на активну позицію студента, розвиток автономності та відповідальності за результати навчання. Врахування нейрокогнітивних та емоційних особливостей студентів дозволяє створити інклюзивне й психологічно безпечне освітнє середовище.

Особливого значення це набуває в умовах інтенсифікації навчального процесу та зростання психоемоційного навантаження у вищій школі.

Отже, використання досягнень нейропсихології у викладанні в закладах вищої освіти є перспективним напрямом модернізації освітнього процесу. Нейропсихологічно обґрунтований підхід сприяє підвищенню навчальної мотивації, ефективнішому засвоєнню знань і розвитку когнітивних та особистісних ресурсів студентів.

Подальше впровадження цього підходу потребує підвищення психолого-педагогічної компетентності викладачів ЗВО та активної інтеграції результатів сучасних зарубіжних нейронаукових досліджень у практику вищої освіти.

THE ROLE OF THE PHYSICIAN-EDUCATOR IN THE IMPLEMENTATION OF INNOVATIVE EDUCATIONAL APPROACHES: SOCIO-ETHICAL AND INVESTMENT DIMENSIONS

Anatolii Livenko, PhD in Economics,
Associate Professor at the Department of Language Training and Humanities,
Dnipro State Medical University

Under the current conditions of healthcare system transformation, digitalization, and increasing public expectations regarding the quality of medical care, medical education emerges as a complex social institution centered on the physician-educator. This figure integrates professional

training with ethical cultivation, shaping not only technical competencies but also the deontological foundations of future practitioners. Consequently, the role of the physician-educator transcends mere instruction, acquiring a profound socio-ethical significance.

At the same time, the praxis of the physician-educator is contingent upon robust resource allocation and financial support for the medical education system. In this context, funding should be perceived not merely as an economic expenditure but as an investment mechanism that directly conditions the quality of the pedagogical process, the accessibility of innovative methodologies, and the formation of a responsible professional attitude. Thus, the investment dimension of medical education is inseparably intertwined with its socio-ethical mission.

Medical education forms a specific type of human capital that determines the effectiveness of the healthcare system, its capacity for innovation, and its resilience to contemporary social and technological challenges. A modern physician must be not only a bearer of professional knowledge but also a subject of continuous learning, critical thinking, and moral responsibility. In this process, the physician-educator plays a key mediating role between scientific knowledge, clinical practice, and the formation of the future doctor's professional identity.

From a socio-philosophical perspective, investments in medical education possess a systemic character. Theories of endogenous economic growth emphasize that the accumulation of specialized knowledge and skills constitutes an internal driver of innovation and sustainable development. In the medical sphere, this manifests through improved clinical decision-making, the implementation of advanced technologies, and an overall enhancement of population health indicators. However, these processes are unattainable without targeted investment in the professional training and continuous development of physician-educators, who ensure the transmission of both medical knowledge and ethical values.

The effectiveness of medical education financing is determined not only by the volume of allocated resources but also by the strategic directions of their utilization. Concentrating exclusively on the maintenance of educational institutions without modernizing the material and technical base, digital infrastructure, and curricula significantly limits the developmental potential of the educational environment. Conversely, investments in simulation centers, digital learning platforms, and the integration of clinical practice with research activities facilitate the implementation of advanced methodologies such as problem-based learning and team-based learning.

The role of the physician-educator becomes particularly significant in the context of educational modernization. Innovative pedagogical methods, interdisciplinary integration, and the application of digital technologies require appropriate financial, institutional, and organizational conditions. Investments in the professional development of physician-educators generate a pronounced multiplicative effect, as they influence the quality of education for entire generations of physicians, enhance their readiness to make complex clinical decisions, and strengthen adherence to the ethical standards of the medical profession.

Diversification of funding sources, including a combination of public funding, international grants, and public-private partnerships, creates additional opportunities for the innovative modernization of educational processes. This approach facilitates a closer connection between medical education, scientific research, and clinical practice, while simultaneously increasing the adaptability of educational programs to societal needs and labor market demands.

Investments in medical education also produce a significant socio-economic effect. The training of highly qualified physicians contributes to improved accessibility and quality of healthcare services, reduces social inequality in health outcomes, and strengthens public trust in medical institutions. In the long term, this leads to a reduction in the financial burden on healthcare systems and promotes social stability.

The international dimension of medical education development is equally important. Participation in international educational and scientific projects, academic mobility programs, and professional exchanges creates favorable conditions for the adoption of advanced educational practices and enhances the global competitiveness of national healthcare systems.

In conclusion, the financing of medical education should be understood not merely as a technical mechanism for sustaining educational institutions but as a socially and ethically significant investment that directly shapes the professional culture of future physicians. The physician-educator emerges as a key figure responsible not only for the transfer of professional knowledge but also for the formation of deontological principles and humanistic values. It is precisely the integration of socio-ethical values and financial-investment strategies in medical education that determines the resilience of the healthcare system and its capacity to respond effectively to contemporary deontological challenges in medicine.

ОСОБЛИВОСТІ ЕФЕКТИВНОГО СПІЛКУВАННЯ ПРИ ВИКЛАДАННІ ПРОПЕДЕВТИЧНОЇ ПЕДІАТРІЇ

Марушко Юрій Володимирович,
д.мед.наук, професор, завідувач кафедри педіатрії післядипломної освіти;
Бойко Наталія Сергіївна,
к.мед.наук, доцент кафедри педіатрії післядипломної освіти,
ІПО НМУ імені О. О. Богомольця

Анотація. В статті розглядаються особливості спілкування з педіатричними пацієнтами при викладанні пропедевтики педіатрії. Проведений аналіз анкетування студентів показав проблеми ефективного спілкування з дітьми у педіатричному відділення, тому виникає потреба у впровадженні більшої кількості навчальних компонентів, спрямованих на розвиток навичок комунікації з дітьми в лікарняному середовищі.

Ключові слова: ефективна комунікація, пропедевтична педіатрія, анкетування .

Abstract. The article examines the features of communication with pediatric patients when teaching propaedeutics of pediatrics. The analysis of the student questionnaire showed the problems of effective communication with children in the pediatric department, therefore there is a need to implement more educational components aimed at developing communication skills with children in the hospital environment.

Keywords: effective communication, propaedeutics pediatrics, questionnaire

Спілкування з дітьми та їх батьками в медичних закладах – це делікатний процес, який вимагає не лише професійних знань, а й вміння встановлювати довірчі стосунки. В умовах війни, коли зросла емоційна напруга, спостерігається збільшення депресивних станів не тільки серед дорослих, а й дітей, складним стало спілкування та налагодження відносин між людьми. Це особливо важливо при викладанні пропедевтики педіатрії, адже майбутні лікарі повинні не тільки навчитися обстежувати дитину, але й оволодіти навичками ефективного спілкуватися з пацієнтами та їх батьками.

Ефективне спілкування у цьому контексті має подвійне навантаження для викладачів вищих навчальних медичних закладах. По перше, педагогічне. Викладач має передати складні навички фізикального обстеження дитини. Друга, клінічна складова, навчити будувати довіру з дитиною та її батьками, тобто формувати модель «Тріади» у спілкуванні лікар - дитина - батьки.

Пропедевтична педіатрія починається з розуміння вікової психології. [2, с. 9]. Викладач демонструє, як змінюється стиль спілкування залежно від етапу розвитку дитини. Так, основний канал зв’язку у немовлят - невербальний. Студенти на практичних заняттях вчаться важливості спокійного голосу, теплих рук та візуального контакту. Комунікація тут спрямована переважно на матір. У дітей до 3 років це етап «страху перед білим халатом», тому ефективна комунікація включає елементи гри. Викладач показує, як спочатку «оглянути»

іграшку, а потім дитину. Для дошкільнят важливі ігри, казки, яскраві картинки, тому для пояснення процедур можна використовувати іграшки. Молодші школярі вже розуміють багато складних понять, але їм потрібна проста і зрозуміла мова, важливо пояснювати кожен крок простими словами. Підлітки часто соромляться і не хочуть демонструвати свої почуття. Важливо поважати їхню приватність і говорити з ними як з рівними, тому при спілкуванні з підлітками демонструється перехід до партнерських стосунків. Викладач має наголосити на важливості конфіденційності та поваги до особистих кордонів. Помилкою багатьох студентів є розмова про дитину в третій особі в її присутності. Викладач має демонструвати техніку залучення дитини до діалогу незалежно від її віку.

Ефективна комунікація у педіатрії — це важлива практична навичка, базовими моментами якої є активне слухання, емпатія, інформативність, терпіння та вміння адаптувати стиль спілкування до віку дитини та рівня стресу сім'ї. Всесвітня організація охорони здоров'я виділяє шість принципів ефективної комунікації - доступність, дієвість, зрозумілість, надійність, релевантність та вчасність. [1, с. 58].

Актуальність. Спілкування студентів із дітьми у педіатричному відділенні є важливим аспектом медичної практики. Ефективна комунікація допомагає встановити довірливі стосунки з маленькими пацієнтами, знижує їхній рівень тривожності та сприяє покращенню процесу лікування. Недостатній рівень підготовки до спілкування може стати бар'єром у наданні якісної медичної допомоги, що робить цю тему актуальною для майбутніх медичних працівників.

Метою нашої роботи було визначити особливості та труднощі , які виникають у студентів при спілкуванні із дітьми у педіатричному відділенні, та визначити шляхи подолання вказаних труднощів для формування комунікативних здібностей у майбутніх лікарів.

Матеріал дослідження. До дослідження було залучено 87 студентів 3 курсу факультетів М1, М2 та М3 НМУ імені О. О. Богомольця. Це дало можливість отримати репрезентативні данні щодо особливостей їхнього спілкування у педіатричних відділеннях.

Методи дослідження. Проведено анонімне анкетування серед студентів, яким було запропоновано відповісти на 10 наступних питань:

1.Чи маєте Ви досвід спілкування з дітьми під час клінічної практики?

2. Як часто Ви контактуєте з дітьми у межах навчання?

3. Оцініть рівень своєї впевненості у спілкуванні з дітьми за шкалою від 1 до 5.

4. Які виникали труднощі під час спілкування з дітьми?

5. Які методи Ви використовуєте для встановлення довіри дитини?

6. Чи отримували Ви спеціальні тренінги або лекції з комунікації з дітьми під час навчання.

7. Як Ви оцінюєте свої навички невербальної комунікації з дітьми під час навчання за шкалою від 1 до 5?

8. Які з наведених якостей Ви вважаєте найважливішими для ефективного спілкування з дітьми?

9. Чи виникали у Вас ситуації, коли вам складно заспокоїти дитину під час медичних процедур, як Ви їх вирішували?

10. Які додаткові навички або знання на Вашу думку допомогли б Вам ефективніше спілкуватися з дітьми у лікарняному середовищі?

Результати дослідження. Результати анкетування свідчать, що студенти медичних факультетів загалом усвідомлюють важливість ефективної комунікації з дітьми у педіатричному відділенні, проте стикаються з низькою труднощів у цій сфері. Необхідно зазначити , що 75,9 % студентів вважають, що мають досвід спілкування з дітьми. Але на питання «Як часто Ви контактуєте з дітьми у межах навчання?» 70,9 % опитаних вказали на рідке контактування. Це свідчить про те, що більшість студентів мають недостатній практичний досвід комунікації з дітьми, що може ускладнювати їхню підготовку до майбутньої професійної діяльності.

Аналіз результатів оцінки рівня впевненості у спілкуванні з дітьми за шкалою від 1 до 5 є досить різноманітним. Приблизно 20% опитаних вважають, що їхній рівень відповідає 5 балам, 27, 6% оцінюють свій рівень на 4 бали, 33,3% – на 3 бали, 10,3% – на 2 бали , а 9,2% студентів – на 1 бал. Ці результати свідчать про те, що хоча частина студентів почувається впевнено у взаємодії з дітьми, значна кількість опитаних все ж відчуває труднощі, на що вказують 38,4% студентів. Основними труднощами є встановлення контакту та емоційне реагування дитини, що може бути пов'язано як із відсутністю комунікативного досвіду, так і з невпевненістю студентів у правильності своїх дій. 25,6% опитаних зазначили, що їм важко управляти емоціями дитини, і це підкреслює важливість розуміння дитячої психології та методів емоційної регуляції. Третина студентів стикаються зі страхом або тривожністю дитини, що може ускладнювати медичні маніпуляції та потребує навичок заспокоєння пацієнтів.

Найбільш поширеними методами встановлення довіри з дітьми серед студентів є використання простих і зрозумілих слів (74 відповіді), підтримка зорового контакту (61 відповідь), використання гумору (57 відповідей) та ігри (43 відповіді).

Більше половини студентів виявили зацікавленість у проходженні тренінгів або лекцій із цього питання, що свідчить про значну потребу у вдосконаленні навичок ефективного спілкування з дітьми.

Отримані дані на питання «Як ви оцінюєте свої навички невербальної комунікації з дітьми за шкалою від 1 до 5» вказують на те, що хоча більшість студентів мають достатній рівень невербальної комунікації, існує значний відсоток тих, хто потребує додаткового навчання та практики.

Найбільш значущими якостями для ефективного спілкування студенти вважають вміння пояснювати ситуацію простими словами, мати терпіння, гнучкість, емпатію та почуття гумору.

На запитання «Чи виникали у Вас ситуації, коли вам було складно заспокоїти дитину під час медичних процедур», 50% студентів зазначили, що не стикалися з подібними ситуаціями. Інші 50% опитаних мали труднощі у заспокоєнні дитини та використовували різні методи: залучали батьків (кликали маму); відволікали дитину за допомогою гри; пояснювали процедуру у доступній формі; хвалили та підтримували дитину.

Більше половини студентів вважають, що для покращення комунікації з дітьми їм потрібно більше практичного досвіду. Вони зазначили, що ефективному спілкуванню сприятиме: відвідування тренінгів і лекцій з дитячої комунікації; вивчення дитячої психології для розуміння особливостей сприйняття інформації дітьми; засвоєння методів ігрової терапії як способу взаємодії з дитиною в стресових ситуаціях.

Висновки:

1. При викладанні пропедевтичної педіатрії необхідно навчати майбутніх лікарів мистецтву балансування між клінічною точністю, психологічною підтримкою батьків та встановлення довіри з дитиною.

2. Результати анкетування студентів вказують на недостатній рівень розвитку комунікативних навичок, що пояснюється мінімальним або нерегулярним досвідом взаємодії з маленькими пацієнтами.

3. Основними труднощами у студентів є невпевненість перед тривожними батьками та маленькими пацієнтами, складність встановлення контакту, управління емоціями дитини та подолання страху.

4. Студенти демонструють бажання вдосконалювати свої комунікативні навички через тренінги, лекції та практичні заняття, вивчення дитячої психології та ігрові методики, для чого на кафедрі розробляються навчально-методичні матеріали. Існує потреба у впровадженні більшої кількості навчальних компонентів, спрямованих на розвиток навичок комунікації з дітьми в лікарняному середовищі.

Список використаних джерел

1. Кращі практики управління медичним закладом. Посібник / Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2021, стор. 58

2. Романенко С. Особливості комунікаційї з педіатричним пацієнтом. Psychosomatic Medicine and General Practice Том 9 No 2 (2024) DOI: 10.26766/pmgp.v9i2.507 стор.9

3. Кузнецова І.Р. Вербальне та невербальне спілкування майбутніх лікарів. [Електронний ресурс]. Репозиторій ХНМУ

ПИТАННЯ ЕТИКИ І ДЕОНТОЛОГІЇ В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРЯ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Масік Надія Прокопівна, д. мед. н., професор,
професор ЗВО кафедри внутрішньої медицини №2;
Масік Олег Ігорович, к. мед. н.,
асистент кафедри психіатрії, наркології та психотерапії,
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Успіхи сучасної медицини досягли принципово нових якостей, які істотно підвищили ефективність як діагностики, так і лікування. При цьому деонтологічні аспекти не тільки не втратили своєї актуальності, але й набули суттєвої значущості. Це зумовлено як підвищенням рівня загальної і медичної освіченості населення, так і підвищеною цікавістю до нетрадиційних і ненаукових методів діагностики та лікування [8]. Дотримання таких принципів, як збереження медичної таємниці, коректність, колегіальність, гідність і честь, професійна відповідальність, надання достовірної інформації, контролюється етико-деонтологічними нормами, а іноді і судово-медичною експертизою [4]. Питання медичної етики та деонтології особливо загострилися в кінці минулого століття. Цьому сприяли залишковий принцип фінансування, низька зарплатня, утворення ринкових відносин у медицині, що раніше були їй не притаманні. Зростали явища дегуманізації, відчуження лікаря та пацієнта, що було зумовлено втіленням в медицину нових діючих методів інструментального та лабораторного дослідження, зниженням значення контакту «лікар—хворий» [3, с.124]. Різні аспекти деонтології свідчать, що сучасна науково-технічна революція не повинна стати бар'єром чи регресом між лікарем і пацієнтом, коли за кнопкою прибору лікар не бачить індивідуальності хворого [8]. Натомість етика та деонтологія є фундаментом комплаєнсу, бо вони формують культуру чесності й відповідальності, що виходить за рамки суто законодавчих вимог, перетворюючи комплаєнс на внутрішню цінність, а не лише зовнішній контроль [5, с.88]. Отже, етика та деонтологія — це не просто доповнення до комплаєнсу, а його невід'ємна частина, яка забезпечує не лише відповідність закону, а й формування відповідальності [2, с. 197].

Однак сьогодні, говорячи про необхідність досягнення бажаного результату лікування через взаємодію з пацієнтом, фахівці все частіше звертаються до конкордансу. Значення терміну медичного конкордансу включає участь пацієнта в процесі прийняття рішення про його лікування та означає, що працівники охорони здоров'я визнають це право [5, с.89], [6, с.180].

Людина та людське життя є чи не основними особливостями лікарської діяльності. Саме тому від медичних працівників вимагається повсякденне, протягом всієї лікарської діяльності, самонавчання і самовдосконалення. Враховуючи важливість покликання медика, деонтологія є необхідною і невід'ємною складовою діяльності лікаря у повсякденній роботі [7]. В основі всієї діяльності лікаря має лежати знаменитий принцип Гіппократа: «Не нашкодь!» [2, с. 194]. Тільки спираючись на цей принцип лікар може вибудовувати свої відносини з пацієнтом, які повинні бути доброзичливими, довірчими, поважними, що є надзвичайно важливим фактором успішності та ефективності лікувального процесу [3, с.125]. В своїй повсякденній діяльності лікар постійно вирішує питання етики і деонтології [7].

Це в першу чергу стосується взаємовідносин лікаря і хворого, лікаря і родичів, відносин серед колег. Лікар нової генерації повинен постійно вдосконалювати та поглиблювати свої професійні знання, швидко орієнтуватися у складних клінічних ситуаціях і приймати адекватні рішення, володіти високим рівнем деонтологічної культури [1, с.93].

Особливо важлива роль у процесі деонтологічної підготовки майбутніх лікарів належить викладачам, які своїми морально-етичними рисами та поведінкою повинні бути прикладом для студентів. Форми поведінки і бесіди викладача із студентами мають велику силу впливу. Діалог у рамках щирої і доброзичливої зацікавленості обох сторін направлений на досягнення загальної мети [6, с.181]. Основним видом спілкування лікаря з пацієнтами була, є і залишається бесіда, яка не лише дає достатню кількість інформації про хворого і хворобу, а й допомагає налагодити взаємодію лікаря з пацієнтом. Якщо під час бесіди з лікарем пацієнт надає інформацію, яка його бентежить чи таку, що він приховує від близьких, варто запевнити його в конфіденційності [1. с.93]. З боку лікаря така бесіда має ґрунтуватися на принципах емпатії, яка не вимагає додаткового часу, тому що полягає не в діях, а в почуттях. Лікар повинен уміти розвіяти у пацієнтів пасивність, депресію, посилити соціальний контакт, розширити простір їх інтелектуальних інтересів. Емпатія зменшує тривожність пацієнтів, покращує результати лікування, комплаєнс та зменшує скарги пацієнтів на лікарів [6, с.182]. Стосунки пацієнт — лікар мають ґрунтуватися на базових біоетичних принципах, розширюватися та конкретизуватися на основі правил правдивості, конфіденційності, інформованої згоди [2, с.196]. Особистий приклад і майстерність спілкування із хворим викликає взаємоповагу до педагога, виробляє у студента витримку, милосердя, повагу. Далеко не завжди спілкування із самими різними людьми приносять лікарю задоволення, але до цього зобов'язує його професія [6, с.181]. Ставлення до всіх пацієнтів, незалежно від соціального статусу, національності, віросповідання, політичних мотивів тощо повинно бути поважним та доброзичливим [3, с.125].

Майбутній лікар у процесі навчання опановує, окрім принципів лікування, прості навички спілкування з пацієнтами [2, с.197]. Сьогодні лікар і пацієнт повинні співпрацювати, порівну ділити відповідальність за результат лікування. Така співпраця базується на підтримці, розумінні, співчутті, повазі один до одного. Разом з тим необережне слово лікаря, його байдуже або безвідповідальне ставлення до хворого можуть виявитися етіологічним фактором ятрогенного захворювання, посилитися протягом захворювання і вплинути на результат лікування [1. с.93]. У взаємодії лікар-пацієнт найчастіше причиною конфронтації виступає сама ситуація перебування пацієнта в стаціонарі, його страх, спричинений браком і/або нерозумінням інформації, що стосується його здоров'я, домисли і забобони [5, с. 87]. В основі взаємовідносин лікаря і пацієнта лежить авторитет лікаря та довіра до нього з боку хворого. Пацієнти звертають увагу на зовнішній вигляд свого лікаря і навіть оцінюють по цьому його компетентність. Авторитет лікаря залежить не тільки від професійної кваліфікації, а й від моральних якостей, чуйного та уважного ставлення до пацієнта, вміння втілити, вселити надію в хворого. Це вимагає особливо глибокого і вдумливого відношення, цілісного сприйняття організму пацієнта [2, с.196.]. Поведінка лікаря, який демонструє нерозуміння проблем пацієнта і не враховує психосоціальних відносин, часто викликає недовіру і навіть конфлікт між лікарем і пацієнтом [2, с. 197]. З іншого боку, невміння лікаря знайти контакти з хворим, недотримання лікарем ділового етикету, низька загальна культура, амбіційність, відсутність ввічливості призводять до порушень етики. Кожен лікар має зберігати "психічну асептику" по відношенню до хворого, не травмувати його необережним питанням. Адже неможливо налагодити комплаєнс без чуйності лікаря, його доброти, уваги, піклування [6, с.181].

Сьогодні змінився не тільки пацієнт, але змінився і сам лікар. У лікарів всіх спеціальностей пряме відношення до виконання професійного обов'язку має їхня загально-професійна підготовка, відповідальність, порядність, доброзичливе ставлення до колег та пацієнтів, культура поведінки. Ці складові і є суттю деонтологічного підходу до підготовки майбутніх лікарів [1, с.95]. Досвідчений лікар і лікар-початківець володіють, на перший

погляд, практично однаковою кількістю діагностичної інформації. Натомість значущість даних, отриманих за допомогою органів чуттів, на фоні різкого збільшення обсягу й точності результатів додаткових методів дослідження суттєво зменшилася. Це створює хибне уявлення про непотрібність фізикального обстеження хворого, що в сучасній практиці часто здійснюється за спрощеною схемою і з порушеннями вимог пропедевтики [8]. Саме деонтологічний підхід до підготовки майбутніх лікарів забезпечить формування у них норм моралі та етики, оволодіння відповідними уміннями, навичками, усвідомлення морально-етичних цінностей, виховання відповідних рис характеру та спрямованості особистості [5, с.91]. Ці обставини спонукають до створення терапевтичного альянсу, підтримання якого на належному рівні є проявом високого лікарського професіоналізму і запорукою успіху [1. с.94].

Також важливими є взаємини між лікарями та іншими медичними працівниками. Від того, наскільки правильно і тактовно будуються ці взаємовідносини, який психологічний клімат в лікувальній установі, залежить і якість його роботи [1, с.95], [6, с.181]. Основою для правильних взаємин у медичному колективі є взаємоповага, взаємодовіра, готовність допомогти один одному, а в підсумку – хворому [1, с.94]. [3, с.125].

Студенту, який робить перші кроки в практичній діяльності, потрібно пам’ятати, що порушення лікарської етики віддалить від нього хворого, знизить авторитет його, як лікаря, і ускладнить процес лікування. Все разом спонукає до деонтологічного виховання майбутнього лікаря, що органічно пов’язано з удосконаленням його професійних навичок і не закінчується з отриманням диплому, а продовжується протягом всієї його практичної діяльності.

Список використаних джерел

1. Вербовська Р.І. Деонтологічний підхід до підготовки майбутніх лікарів-стоматологів. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії, 2019, *19*(1), 93-96. https://doi.org/10.31718/2077-1096.19.1.

2. Денова Л. Принципи біоетики в лікуванні та реабілітації пацієнтів із хронічною хворобою нирок. *KIDNEYS*, 2023, *11* (4), 192–203. https://doi.org/10.22141/2307-1257.11.4.2022.382

3. Єхалов В.В., Павлиш О.С., Єгоров С.В. Медична етика та деонтологія в практиці лікаря — дитячого анестезіолога. Медицина невідкладних станів, № 3 (98), 2019. С.124-126.

4. Запорожан В.М., Аряєв М.Л. 354 Біоетика та біобезпека: Підручник / В.М. Запорожан, М.Л. Аряєв. — К.: Здоров'я, 2013. - 456 с., С.9-182.

5. Коваль І. А. Забезпечення ефективної взаємодії лікаря з пацієнтом. Режим доступу до журналу: http://appsychology.org.ua/data/jrn/v9/i11/10.pdf.

6. Кострікова Ю.А. Питання взаємодії лікаря і пацієнта в процесі терапії. Актуальні проблеми сучасної медицини Том 12, Випуск 3(39), С.180-82 https://repository.pdmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/4f2d9fef-bb67-4a4b-9901-5f9ad56353a5/content

7. Мораль та етика в медицині. 2022. Режим доступу: https://clinicaluky.if.ua/moral-ta-etyka-v-medytsyni/

8. Піддубна А**.** Етика та деонтологія: яким має бути сучасний лікар. Режим доступу: https://www.bsmu.edu.ua/blog/6102-etika-ta-deontologiya-yakim-mae-buti-suchasniy-likar/

РОЗВИТОК ЦИФРОВИХ КОМПЕТЕНЦІЙ ВИКЛАДАЧІВ ЯК ЗАПОРУКА ФОРМУВАННЯ ЕФЕКТИВНОГО ОСВІТНЬОГО ПРОСТОРУ ЗВО (НА ПРИКЛАДІ ЗДМФУ)

Моргунцова Світлана Андріївна, кандидат біологічних наук, доцент,
проректор з науково-педагогічної, навчальної роботи та якості освіти;
Школова Олена Петрівна, керівник навчального відділу;
Дмитрієв Вадим Сергійович, кандидат технічних наук,
керівник Центру дистанційної освіти і телемедицини та якості освіти;
Ганошенко Юрій Анатолійович, кандидат філологічних наук, доцент,
керівник навчально-методичного відділу
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Проблема створення функціонального та ефективного з точки зору покладених на нього соціальних завдань освітнього простору постає на сьогодні з величезною актуальністю, зважаючи на ту кількість соціально-економічних викликів, які ставить життя перед українською освітою, особливо у прифронтових регіонах: воєнні дії з їхньою руйнівною дією як на рівні матеріальному, так і на рівні психологічному, значне вичерпання людського ресурсу в освітній та медичній галузях, масовий міграційний рух населення і деформація традиційних освітніх ринків. Усі ці проблеми змушують ЗВО кардинально переглядати свою внутрішню систему забезпечення якості освіти, реформувати освітній менеджмент у бік подолання ймовірних ризиків, спрямовувати зусилля і на вирішення нагальних економічних, фінансових та організаційних питань, і на формування реалістичної перспективної стратегії функціонування ЗВО з урахуванням викликів сучасності.

Особливо загостреною є ситуація підготовки фахівців галузі охорони здоров'я, оскільки високий рівень соціальних очікувань і державних стандартів до професійної підготовки медиків і фармацевтів, що не може бути зниженим навіть з огляду на труднощі воєнного стану, вимагає від ЗВО, який здійснює підготовку таких спеціальностей, великої адаптивності до системи соціальних ризиків.

Особливо гостро постає проблема перенесення освітнього процесу в цифрове середовище, оскільки і безпекова ситуація, і міграційні процеси в контингенті здобувачів підштовхують ЗВО до широкого впровадження дистанційних форм освіти. ЗДМФУ в цьому сенсі намагається утримати баланс, успішно застосовуючи змішані форми освіти – поєднання традиційного аудиторного формату навчання із суворим дотриманням безпекових вимог до організації навчання та дистанційних форм із використанням засобів синхронного діджитального освітнього середовища, яке дає змогу без освітніх втрат (зокрема практичної складової опанування професії) здійснювати підготовку фахівців.

Така ситуація розвитку освітнього простору ЗВО призводить до перегляду традиційних вимог до компетенцій викладача вищої школи, професіограма сучасного педагога з новою актуальністю обов'язково включає в себе окрім низки традиційних вимог (фахова, педагого-психологічна та загальнокультурна підготовка) ще й високий рівень оволодіння цифровими компетенціями.

Формування ефективного освітнього простору ЗВО є неможливим без спеціальних організаційних інвестицій у розвиток професійного рівня викладацького складу. Тому керівництво ЗДМФУ ставить перед собою мету якомога більшого розширення форм і методів підвищення професійної кваліфікації науково-педагогічних працівників, постійно оновлюючи тематично й організаційно можливості педагогів до розвитку.

Окрема увага традиційно приділяється розвитку саме цифрових компетенцій, оскільки ЗДМФУ в основі своєї внутрішньої системи забезпечення якості освіти ставить передусім проблему технічного вдосконалення освіти (широке використання симуляційних технологій навчання, 3Д-моделювання, засоби віртуальної та доповненої цифрової реальності тощо) та побудови функціонального цифрового освітнього простору (електронне освітнє середовище на базі MS Teams, система електронних інформаційних ресурсів, дієва система онлайн-курсів).

За ініціативи ректорату ЗДМФУ щороку викладачам надається можливість професійного розвитку у сфері цифрових технологій, зокрема у 2026 році відбувся спеціальний тижневий захід із підвищення кваліфікації, орієнтований на надзвичайно актуальні для сучасної системи освіти проблеми цифрових навичок і технологічної складової викладацької роботи. Фахівці університету поділилися власними передовими унікальними напрацюваннями, у зручному форматі майстер-класів даючи змогу педагогам опанувати нюанси використання сучасних технологій для удосконалення навчальної та методичної роботи. Усі матеріали, представлені слухачам, мали виключно практичну орієнтацію, були розроблені з інтерактивним компонентом, коли кожен слухач може в процесі заняття або після нього самостійно потренуватися в користуванні різних цифрових сервісів, що можуть прислужитися під час підготовки та проведення занять.

Таким чином, подолання викликів, що ставить перед освітньою системою України війна, активізує трансформаційний потенціал сучасного ЗВО, спонукає спрямувати увагу в бік пошуку більш ефективних засобів і форм організації освітнього процесу без ймовірних втрат в якості підготовки фахівців. Тому результативною є організаційна управлінська стратегія, спрямована на розвиток кадрового потенціалу власних педагогічних працівників, зокрема в одному з найбільш актуальних на сьогодні напрямів роботи викладача розвитку цифрових компетенцій.

ПРОБЛЕМА ЛІКАРЯ-ВИКЛАДАЧА – ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ТА ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ

Пожидаєв Ростислав Альбертович,
аспірант 1 року навчання
Науковий керівник - д.філос.н., професор
Утюж Ірина Геннадіївна,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Сучасна медична освіта перебуває в стані глибокої трансформації, що зумовлено розвитком цифрових технологій, зміною підходів до підготовки фахівців, зростанням вимог до клінічної компетентності випускників та необхідністю інтеграції навчання з реальними умовами медичної практики. У центрі цих змін знаходиться лікар-викладач – фахівець, який поєднує клінічну діяльність із педагогічною роботою.

Проблема лікаря-викладача полягає не лише у необхідності передавання знань, а у формуванні професійної компетентності майбутніх лікарів у середовищі, що швидко змінюється. І це потребує нових підходів до викладання, розвитку педагогічних компетентностей клініцистів та створення системної підтримки інновацій в освітньому середовищі.

Традиційна модель викладання будувалася на домінуванні лекційного формату та передачі інформації від викладача до студента. Проте сучасні підходи розглядають викладача не як джерело знань, а як фасилітатора навчального процесу, наставника в здобутті клінічного досвіду.

В українських дослідженнях підкреслюється, що інноваційні методи викладання в медичній освіті передбачають інтеграцію клінічної практики з теоретичною підготовкою, застосування активних форм навчання та розвиток управлінських і лідерських компетентностей викладача [1; 2]. У свою чергу, це означає, що лікар-викладач має володіти не лише фаховими медичними знаннями, а й методикою проблемно-орієнтованого навчання, інтерактивними технологіями та цифровими інструментами. Таким чином, відбувається зміщення від моделі «викладач-лектор» до моделі «викладач-модератор клінічного мислення».

Одним із ключових напрямів модернізації є впровадження проблемно-орієнтованого та кейс-орієнтованого навчання, що дозволяє моделювати клінічні ситуації, формувати діагностичне мислення та розвивати здатність до прийняття рішень у складних умовах. В українській практиці наголошується на необхідності активного залучення студентів до аналізу клінічних випадків і роботи в малих групах [1].

Суттєвим напрямом інновацій є використання симуляційних технологій, віртуальних пацієнтів, VR/AR-середовищ, а також цифрових платформ дистанційного та змішаного навчання [2]. Такі технології дозволяють відпрацьовувати клінічні навички без ризику для пацієнтів та забезпечують повторюваність навчальних сценаріїв.

Міжнародний досвід також підтверджує ефективність інтегрованого викладання та case-based learning. У дослідженнях, присвячених розвитку викладачів у медичних школах, доведено, що цілеспрямовані програми підвищення кваліфікації сприяють реальному впровадженню інтегрованих клінічних кейсів та удосконаленню методів оцінювання [4]. У свою чергу, це демонструє, що інновації мають бути не фрагментарними, а системно впровадженими через підготовку самих викладачів.

Попри очевидні переваги, впровадження інновацій супроводжується низкою труднощів. Серед організаційних бар'єрів виділяються перевантаження клінічною роботою, нестача часу на підготовку інтерактивних занять, обмежений доступ до сучасних технологій та відсутність стимулів до педагогічних експериментів [1].

Психологічним чинником є опір змінам. Частина викладачів сприймає інноваційні методи як загрозу усталеним практикам або як додаткове навантаження. Студенти також можуть демонструвати настороженість до нових форматів, особливо якщо раніше навчалися в традиційній лекційній системі.

У міжнародних дослідженнях підкреслюється, що в ресурсно обмежених середовищах проблема посилюється браком підготовлених кадрів та фінансування [4]. Проте саме такі умови стимулюють пошук гнучких рішень – зокрема віртуальних програм розвитку викладачів.

Одним із ключових шляхів подолання проблеми лікаря-викладача є системна підтримка професійного розвитку. Концепція community of practice (професійної спільноти практиків) розглядається як ефективний інструмент залучення клініцистів до педагогічної діяльності та розвитку їх викладацької компетентності [3].

Такі спільноти створюють простір для обміну досвідом, спільного розроблення навчальних матеріалів, обговорення складних клініко-педагогічних ситуацій та формування культури рефлексії. Важливо, що подібні моделі враховують обмежені часові ресурси лікарів і передбачають гнучкі формати участі.

Віртуальні програми підвищення кваліфікації, реалізовані в міжнародних проєктах, доводять, що дистанційний формат може бути ефективним інструментом підтримки викладачів навіть без значних фінансових ресурсів [4]. Регулярні онлайн-воркшопи, орієнтовані на конкретний результат (розроблений кейс, модуль, інструмент оцінювання), сприяють практичному впровадженню нових методів.

Аналіз сучасних досліджень дозволяє виокремити кілька умов, необхідних для ефективної модернізації діяльності лікаря-викладача: 1) інституційна підтримка інновацій (адміністративна, методична, ресурсна); 2) формування культури педагогічної рефлексії та відкритості до змін; 3) інтеграція академічного та клінічного середовища; 4) створення мереж професійної взаємодії та наставництва; 5) визнання педагогічної діяльності як важливої складової професійної кар'єри лікаря. Без таких системних умов інновації залишаються фрагментарними та нестійкими.

Отже, проблема лікаря-викладача набуває комплексного характеру. Вона пов'язана з необхідністю поєднання клінічної практики, педагогічної майстерності та цифрової компетентності. Інноваційні методи – проблемно-орієнтоване навчання, кейс-метод, симуляційні технології, цифрові платформи – створюють реальні можливості для підвищення якості підготовки майбутніх лікарів. Проте ефективність їх упровадження залежить не лише від ентузіазму окремих викладачів, а від системної підтримки, розвитку професійних спільнот та стратегічного підходу до faculty development. Саме комплексна модернізація ролі лікаря-викладача здатна забезпечити стійкий розвиток медичної освіти в умовах глобальних викликів.

Список використаних джерел

1. Герасименко О. А., Совірда О. С., Тюпа В. В. Інноваційні методи викладання в медичній освіті України: упровадження та результати. *Перспективи та інновації науки*. 2024. № 3(37). DOI: 10.52058/2786-4952-2024-3(37)-141-154.

2. Камінський В. В., Коваленко В. В., Мунтян Л. Я., Кірієнко Т. В. Інновації в українській вищій медичній освіті: пріоритетні напрями, прогноз майбуття. *Академічні візії*. 2023. Вип. 19. DOI: 10.5281/zenodo.7920287.

3. Bunin J. L., Servey J. T. Meeting the needs of clinician-educators: An innovative faculty development community of practice. *The Clinical Teacher*. 2022. Vol. 19(5): e13517. DOI: 10.1111/tct.13517.

4. Yi V., Duong K., Prom V., Thao T., Tran L., Vu M. P., Vuong L. N., Duong D. B., Gottlieb B. Strengthening Faculty Development through Regional and Global Collaboration: An Innovative Virtual Program in Cambodia. *Annals of Global Health*. 2025. Vol. 91(1): 29. DOI: 10.5334/aogh.4660.

ВІЗУАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ВИКЛАДАННІ АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ: СЬОГОДЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Світлицький Андрій Олександрович,
к. мед. н., доцент, доцент закладу вищої освіти;
Щербаков Максим Степанович,
к. мед. н., доцент, доцент закладу вищої освіти;
Матвєйшина Тетяна Миколаївна,
к. мед. н., доцент, доцент закладу вищої освіти;
Чернявський Артур Валерійович,
к. мед. н., старший викладач;
Чугін Сергій Вячеславович,
к. мед. н., доцент, доцент закладу вищої освіти,
кафедра анатомії людини, оперативної хірургії та топографічної анатомії,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Анотація. Анатомія людини традиційно ґрунтується на безпосередньому візуальному спостереженні: розтинах, анатомічних препаратах, муляжах і атласах. Обмежений доступ до трупного матеріалу, зростання кількості студентів і розвиток цифрових технологій зумовили активне впровадження візуальних інструментів нового покоління. Починаючи з середини 2010-х років, у світі спостерігається поступовий, але стабільний відхід від класичних методів викладання анатомії, який базується на розтині трупів, роботі з трупним матеріалом та вивченні предмету з використанням атласів, на більш сучасні 3D-візуалізації, VR, AR та змішану реальність (MR), що стало одним із ключових чинників трансформації анатомічної освіти. Метою даного дослідження є аналіз світового та власного досвіду, використання цифрових візуальних технологій у викладанні анатомії людини, з акцентом на їх освітню ефективність, педагогічні переваги, недоліки та перспективи подальшого розвитку. Завдяки певним перевагам, візуальні технології істотно розширюють дидактичні можливості викладача водночас не заперечуючи значення класичних методів. Найбільш перспективною є інтегративна модель навчання, що поєднує традиційну анатомічну школу з сучасними цифровими технологіями. Оптимальною визнається комбінована модель: поєднання розтину, анатомічних препаратів і цифрових візуальних засобів. Тривимірні моделі, віртуальна та доповнена реальність не замінюють повністю класичну анатомічну підготовку, але водночас формують нову гібридну модель навчання.

Ключові слова: анатомія людини, візуальні технології, 3D-моделювання, віртуальна реальність, доповнена реальність, медична освіта

VISUAL TECHNOLOGIES IN TEACHING HUMAN ANATOMY: TODAY AND PROSPECTS

Svitlitsky Andrii Oleksandrovych,
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor;
Shcherbakov Maksym Stepanovych,
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor;
Matvieishyna Tetiana Mykolaivna,
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor;
Cherniavskyi Artur Valeriiovych,
Candidate of Medical Sciences, Senior Lecturer;
Chuhin Serhii Viacheslavovych,
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Department of Human Anatomy, Operative Surgery and Topographic Anatomy,
Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University

Abstract. Human anatomy is traditionally based on direct visual observation: dissections, anatomical preparations, models and atlases. Limited access to cadaveric material, the growth of the number of students and the development of digital technologies led to the active introduction of new generation visual tools. Since the mid-2010s, the world has seen a gradual but steady shift away from classical methods of teaching anatomy, which is based on dissection of cadavers, working with cadaveric material, and studying the subject using atlases, to more modern 3D visualizations, VR, AR, and mixed reality (MR), which has become one of the key factors in the transformation of anatomical education. The purpose of this research is the analysis of world and own experience, the use of digital visual technologies in teaching human anatomy, with an emphasis on their educational effectiveness, pedagogical advantages, disadvantages and prospects for further development. Due to certain advantages, visual technologies significantly expand the didactic capabilities of the teacher, while not denying the importance of classical methods. The most promising is the integrative model of education, which combines the traditional anatomical school with modern digital technologies. A combined model is recognized as optimal: a combination of dissection, anatomical preparations and digital visual aids. Three-dimensional models, virtual and augmented reality do not completely replace classical anatomical training, but at the same time form a new hybrid model of training.

Keywords: human anatomy, visual technologies, 3D modeling, virtual reality, augmented reality, medical education

Актуальність. Анатомія людини традиційно ґрунтується на безпосередньому візуальному спостереженні: розтинах, анатомічних препаратах, муляжах і атласах. Обмежений доступ до трупного матеріалу, зростання кількості студентів і розвиток цифрових технологій зумовили активне впровадження візуальних інструментів нового покоління. Починаючи з середини 2010-х років, у світі спостерігається поступовий, але стабільний відхід від класичних методів викладання анатомії, який базується на розтині трупів, роботі з трупним матеріалом та вивченні предмету з використанням атласів, на більш сучасні 3D-візуалізації, VR, AR та змішану реальність, що стало одним із ключових чинників трансформації анатомічної освіти [1-3].

Метою даного дослідження є аналіз світового та власного досвіду, використання цифрових візуальних технологій у викладанні анатомії людини, з акцентом на їх освітню ефективність, педагогічні переваги, недоліки та перспективи подальшого розвитку.

Результати дослідження:

Всі сучасні візуальні технології можна умовно розділити на:

1. Двовимірні цифрові ресурси.

Цифрові атласи, інтерактивні зображення та відеоматеріали залишаються базовим рівнем візуалізації. Вони забезпечують доступність і стандартизацію знань, проте мають обмежену ефективність у формуванні просторового мислення [4].

2. Тривимірні комп'ютерні моделі.

3D-моделі органів і систем дозволяють обертання, пошарове вивчення та ізоляцію структур [5]. Мають значну перевагу над 2D-матеріалами у засвоєнні топографічної анатомії, особливо у студентів молодших курсів [6-8].

3. Віртуальна реальність (VR)

Технологія віртуальної реальності дозволяє повністю зануритися в навчальний процес. За допомогою шолому студент може переміщуватися навколо органу або навіть зазирнути всередину [9, 10]. Дослідження ефективності використання VR технологій в навчальному процесі вказують на підвищення успішності та мотивації студентів, насамперед у вивченні складних просторових взаємозв'язків [11-13].

4. Доповнена та змішана реальність (AR/MR)

AR поєднує реальні об'єкти з цифровими моделями. Метод доповненої реальності базується на накладанні 3D анатомії на живу людину або манекен через мобільний гаджет, що є особливо перспективним для практичних занять [14, 15]. MR-системи дозволяють інтегрувати 3D-анатомію з фізичними моделями та клінічними сценаріями [16, 17].

В результаті аналізу більш ніж 5-ти річного досвіду використання візуальних технологій в навчальному процесі на кафедрі анатомії людини, оперативної хірургії та топографічної анатомії ЗДМФУ можна зазначити ряд переваг порівняно з класичним навчанням:

- створення безпечного середовища для роботи викладачів та підготовки студентів за рахунок зменшення безпосереднього і тривалого контакту з трупним матеріалом та його фіксаторами, які переважно є токсичними [18];
- зменшення впливу на зовнішнє середовище (зберігання трупного матеріалу з використанням розчину формаліну для фіксації є одним із значних факторів забруднення навколишнього середовища);
- залучення більшої аудиторії слухачів за рахунок зменшення стресу від контакту з трупним матеріалом та використання технологій дистанційного навчання [19];
- створення клінічних сценаріїв для підготовки та підвищення кваліфікації лікарів.

Також сучасні освітні технології показали певну освітню ефективність серед таких аспектів навчання, як:

- покращення короткострокових результатів навчання за рахунок більш детальної візуалізації матеріалу;
- формування просторового мислення, чому активно сприяє саме робота з 3D-анатомічними моделями;
- вища мотивація та залученість до вивчення предмету серед студентів завдяки можливості проведення інтерактивних занять.

Однак необхідно зазначити також певний ряд недоліків цифровізованого навчання:

- жодна з візуальних технологій не може повністю замінити класичну трупну анатомію. Розтин забезпечує тактильний досвід, варіабельність і емоційно-професійне формування майбутнього лікаря;
- гейміфікація та потреба у вивченні інтерфейсу програмного забезпечення викликає у студента легковажне відношення до навчального процесу та створює додаткове навантаження, що іноді призводить до «цифрової втоми» [20];
- відсутність формування деонтологічних основ роботи майбутнього лікаря, які закладались в процесі роботи не просто з трупним матеріалом, а людським тілом до якого треба проявляти повагу;
- неточності у передачі будови деяких органів та анатомічних структур.

Також треба зазначити, що в умовах переходу до змішаного навчання у зв'язку із пандемією COVID-19 та повномасштабним вторгненням РФ на територію України важко в повній мірі оцінити результати навчання [21].

Педагогічні та методичні аспекти

Ефективність візуальних технологій значною мірою залежить від методики їх застосування [22]. Найкращі результати демонструють:

- проблемно-орієнтоване навчання;
- поєднання 3D-моделей із клінічними кейсами;
- інтерактивні заняття з активною участю студентів.

Без чіткої дидактичної структури навіть високотехнологічні інструменти мають обмежену навчальну цінність.

Перспективи розвитку

Сучасні публікації вказують на такі перспективні напрями:

- інтеграція штучного інтелекту у візуальні навчальні платформи;
- персоналізовані VR-середовища для адаптації навчання;
- поєднання анатомічної освіти з передопераційним плануванням;
- створення світових глобальних цифрових анатомічних бібліотек.

Висновки:

1. Візуальні цифрові технології навчання стали невід'ємною складовою сучасної анатомічної освіти.
2. Візуальні технології істотно розширюють дидактичні можливості викладача водночас не заперечуючи значення класичних методів. Найбільш перспективною є інтегративна модель навчання, що поєднує традиційну анатомічну школу з сучасними цифровими технологіями. Оптимальною визнається комбінована модель: поєднання розтину, анатомічних препаратів і цифрових візуальних засобів.
3. Тривимірні моделі, віртуальна та доповнена реальність не замінюють повністю класичну анатомічну підготовку, але водночас формують нову гібридну модель навчання.

Список використаних джерел

1. Avilova, O. V., & Yerokhina, V. V. (2020). Модернізація викладання анатомії та гістології у медичній освіті: 3D4Medical application. Scientific achievements of modern society.
2. Yammine, K., & Violato, C. (2024). Can VR replace the cadaver? A randomized trial on upper limb anatomy. Clinical Anatomy, 37(4), 450–462. https://doi.org/10.1002/ca.23456
3. Brown, L., & Green, S. (2024). Comparative study of AR vs traditional methods in anatomy education. Medical Teacher, 46(4), 378–386.
4. Kim, D. H., & Lee, S. Y. (2024). Augmenting the textbook: Efficacy of 'Human Anatomy Atlas' AR mode. BMC Medical Education, 24(1), Article 215. https://doi.org/10.1186/s12909-024-0345-y
5. Chen, Y., & Liu, Z. (2020). 3D modeling impact on spatial learning in anatomy students. Journal of Biomedical Education, 12(3), 223–235. Wilson, P. (2019). Mobile AR applications for interactive anatomy learning. Educational Technology Research, 31(7), 78–92.
6. Zhang, Y., et al. (2024). 3D visualization technology for learning human anatomy among medical students and residents: A meta- and regression analysis. BMC Medical Education, 24, 461. https://doi.org/10.1186/s12909-024-05403-4
7. Patel, R., & Thompson, B. (2021). Effectiveness of 3D digital anatomy tools in medical curricula. Anatomical Sciences Education, 14(1), 89–99.
8. Barmaki, R. L., Kim, K., Guo, Z., Wang, Q., Yu, K., Pearlman, R., & Navab, N. (2023). A large-scale feasibility study of screen-based 3D visualization and augmented reality tools for human anatomy education: Exploring gender perspectives in learning experience. arXiv. http://arxiv.org/abs/2307.14383
9. Vasic, I., Pierdicca, R., Frontoni, E., & Vasic, B. (2023). A new technique of the virtual reality visualization of complex volume images from CT and MRI. arXiv. http://arxiv.org/abs/2305.00116

10. Lee, H., & Kim, J. (2023). User experience of VR anatomy tools among medical students. International Journal of Medical Informatics, 162, 104–112.
11. Elsayed, A., et al. (2025). Use of virtual technology in teaching human anatomy in medical schools: A systematic review. Journal Name. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41458711/
12. Jiang, H., & Ding, Y. (2020). The effectiveness of virtual reality-based technology on anatomy teaching: A meta-analysis of randomized controlled studies. BMC Medical Education, 20, 127. https://doi.org/10.1186/s12909-020-1994-z
13. Korniienko, I. A., & Barchi, B. V. (2020). Influence of virtual reality tools on human anatomy learning. Information Technologies and Learning Tools, 77(3).
14. Kaushik, P., Goswami, A., & Sharma, O. (2025). Holoview: Interactive 3D visualization of medical data in AR. arXiv. http://arxiv.org/abs/2501.08736
15. Miller, D., & Davis, K. (2024). Augmented Reality via Microsoft HoloLens in Anatomy Education: A Randomized Controlled Trial. Anatomical Sciences Education, 17(5), 560–572.
16. Wei, Y., Wang, Y., Zhao, J., Liu, Y., Gao, H., & Lai, J. (2025). Unlocking mixed reality for medical education: A see-through perspective on head anatomy. arXiv. http://arxiv.org/abs/2509.00352
17. Gonzalez, R., Smith, P., & Davies, K. (2025). Deep dissection in Mixed Reality: Validating 'HoloHuman' for medical training. Anatomica l Sciences Education, 18(1), 88–101. https://doi.org/10.1002/ase.5678
18. Gupta, R., & Sharma, V. (2025). Dissection in the 21st century: virtual tables versus traditional methods and their influence on medical students' perception. Clinical Anatomy, 38(1), 55–68.
19. Thompson, S. R. (2024). Reducing student anxiety in the anatomy lab: The bridge role of virtual reality. Teaching and Learning in Medicine, 36(2), 150–159. https://doi.org/10.1080/10401334.2024.1234
20. Chang, E., & Kim, H. (2025). Mitigating cybersickness in VR anatomy labs: Duration and content guidelines. BMC Medical Education, 25(1), Article 45. https://doi.org/10.1186/s12909-025-0123-x
21. Yurakh, O., Popadynec, O., Kotyk, T., Yurakh, H., & Pastukh, M. (2021). Досвід дистанційного навчання з анатомії людини за умов пандемії COVID-19 в Україні: виклики та потенційні можливості. Клінічна анатомія та оперативна хірургія.
22. Білецька, Г. А. (2021). Методика використання 3D атласів з анатомії людини у професійній підготовці вчителів у ЗВО. Педагогічна освіта: теорія і практика, (31), 174–185. https://doi.org/10.32626/2309-9763.2021-31-174-185

РОЗВИТОК ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ІДЕЙ В СИСТЕМІ САМОВДОСКОНАЛЕННЯ ВИКЛАДАЧА ЗВО

Соляненко Олена Леонідівна,
ст. викладач кафедри іноземних мов,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Тенденції сучасної вищої освіти доволі динамічні і, як результат, вимагають від викладача швидкого реагування на виклики навчального процесу та ефективного вирішення питань професійної діяльності. Забезпечення якісної роботи, актуальність якої є необхідністю в умовах сьогодення, залежить від кваліфікації працівника, зокрема від його самовдосконалення. Питання професійної компетентності викладача закладу вищої освіти наразі є вкрай важливими, тому потребують постійної уваги та розвитку.

Освітній процес у ЗВО здійснюється викладачем та значною мірою залежить від нього. Сучасний педагог має сприяти не тільки формуванню професійних знань, умінь, навичок студентів, а й орієнтувати їх на особистісне зростання. Тож, зміст викладацької діяльності зазнає змін, які, у свою чергу, обумовлюють розвиток та впровадження нових інноваційних ідей.

Інноваційна діяльність педагога повинна містити у собі творчий елемент, дослідницький компонент та бути спрямована на професійне зростання, в першу чергу, самого викладача. Характерними рисами інноваційної діяльності педагога є новизна у постановці цілей та завдань; глибока змістовність; оригінальність застосування раніше відомих та використання нових методів вирішення педагогічних завдань; розробка нових концепцій діяльності, педагогічних технологій на основі гуманізації та індивідуалізації освітнього процесу; здатність свідомо змінювати і розвивати себе, робити внесок у професію.

Педагог, залучений в інноваційний освітній процес, повинен мати як високорозвинену індивідуальну культуру обробки інформації, у тому числі за допомогою сучасних комп'ютерних технологій, так і знання та вміння адаптувати її відповідно до можливостей здобувачів освіти, мати дидактичні навички. Для сучасного педагога ЗВО важливо працювати продуктивно, грамотно обирати різні траєкторії навчальної діяльності, формувати науковий підхід до досліджень, знаходити ефективні шляхи та оптимальні засоби реалізації своєї професійної діяльності. Така можливість з’являється під час взаємодії у інноваційному середовищі, що може забезпечити як особистісне зростання, так і формування нових педагогічних підходів до викладання.

Необхідно зазначити, що важливою складовою вищої освіти наразі стало оволодіння професорсько-викладацьким складом ЗВО новітніми технологіями навчання, які вимагають перепідготовки, систематичного підвищення професійної кваліфікації, додаткового спеціалізованого навчання, тобто самовдосконалення.

На сучасному етапі під час занять педагогами найчастіше використовуються в освітньому процесі наступні інтерактивні технології:

– віртуальна реальність, що забезпечує глибоке розуміння навчального матеріалу студентами та надає можливість формувати, відпрацьовувати та вдосконалювати навички з будь-якої дисципліни;

– штучний інтелект, який, ґрунтуючись на великих обсягах даних, допомагає викладачам створювати унікальні навчальні заняття та завдання для кожного здобувача освіти, автоматизувати процес перевірки завдань та тестів, що дає змогу педагогам зосередити більше часу на спілкуванні зі студентами, додатковому поясненні матеріалу та індивідуальній роботі;

– хмарні технології, що дозволяють створювати та використовувати особисті кабінети здобувачів освіти та викладачів, електронні щоденники та журнали, тематичні форуми, де студенти можуть здійснювати обмін інформацією, виконувати певні навчальні завдання;

– інтерактивні дошки, за допомогою яких педагог може демонструвати підручники, працювати в реальному часі зі студентами та створювати різноманітні завдання у цифровому форматі;

– мобільні додатки, що дозволяють студентам опановувати навчальні дисципліни та підвищувати і вдосконалювати рівень знань;

– онлайн платформи, які забезпечують навчання в режимі реального часу, виконання завдань, проведення експериментів, використання соціальних медіа, здійснення взаємодії між усіма учасниками освітнього процесу.

Таким чином, педагог вищої школи має усвідомлювати важливість самовдосконалення та професійної самореалізації, що є необхідною умовою для забезпечення якісного та ефективного сучасного освітнього процесу. Тому професійне самовдосконалення викладача ЗВО має бути постійним, системним та неперервним.

СЕКЦІЯ 5. ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ: «CONSUMOR ALIIS INSERVIENDO»

ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ ВИКЛАДАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ: НАСЛІДКИ ТА ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ

Візір Вадим Анатолійович, професор, доктор медичних наук,
проректор з науково-педагогічної роботи;
Деміденко Олександр Вікторович, доцент, кандидат медичних наук,
завідувач кафедри внутрішніх хвороб 2;
Приходько Ігор Борисович, кандидат медичних наук,
доцент кафедри внутрішніх хвороб 2;
Токаренко Олександр Олександрович, кандидат медичних наук,
асистент кафедри внутрішніх хвороб 2;
Шолох Сергій Григорович, кандидат медичних наук,
асистент кафедри внутрішніх хвороб 2,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Проблема професійного вигорання серед викладачів вищої медичної освіти є результатом тривалого впливу професійного стресу, що виникає в середовищі, де академічні вимоги переплітаються з клінічною відповідальністю, необхідністю наукового пошуку та безперервного професійного розвитку. Специфіка діяльності даної категорії фахівців зумовлена тріадою ролей: педагога, клініциста та дослідника, причому кожна з них вимагає значних психоемоційних ресурсів. В умовах України цей процес додатково ускладнюється безпрецедентними викликами, пов'язаними з повномасштабною війною, вимушеною міграцією та прискореною цифровізацією освітнього процесу, що вимагає переосмислення підходів до підтримки ментального здоров'я академічного персоналу.

Професійне вигорання - це складний психологічний синдром, що виникає як реакція на хронічні міжособистісні стресові чинники на робочому місці. Класична трикомпонентна модель включає емоційне виснаження (відчуття спустошеності), деперсоналізацію (зміна ставлення до студентів та пацієнтів) та редукцію особистих досягнень (відчуття власної некомпетентності). Процес розвивається стадійно, досягаючи піку через 10-20 років роботи, що характеризується апатією та тотальною соціальною ізоляцією. Через військові дії створилися умови, де професійне вигорання наклалося на колективну психотравму. Новими факторами стресу стали погіршення ситуації з безпекою, постійна тривога за долю країни, а також невизначеність майбутньої діяльності. Перехід на змішане та дистанційне навчання став додатковим джерелом «цифрового вигорання». Основними факторами є втома від тривалого екранного часу, когнітивне перевантаження через багатозадачність та розмивання кордонів між робочим і особистим часом. В теперішніх реаліях це посилюється нестабільними інтернетом та електропостачанням.

Синдром професійного вигорання призводить до серйозних соматичних та ментальних порушень: серцево-судинних захворювань, депресії, порушень сну та зловживання алкоголем. Також вигорання асоціюється з хронічною втомою та підвищеним суїцидальним ризиком. Вигорання клінічного викладача є незалежним предиктором медичних помилок. Втомлені фахівці можуть бути схильні до пропусків важливих симптомів або призначення зайвих обстежень.

Системне вирішення проблеми вимагає послідовного впровадження певних стратегій: визнання проблеми, оптимізації процесів управління, надання автономії у формуванні графіку, обмеження комунікацій у вечірні години та у вихідні. Інше направлення - створення спеціалізованих служб цифрового благополуччя та проведення регулярних скринінгів ментального стану. Ефективна протидія вигоранню включає також розвиток емоційного інтелекту, який виступає буфером проти негативних емоцій. Важливими є когнітивна переоцінка труднощів та планування вирішення проблем через чіткий тайм-менеджмент. Безперечно суттєвою, з точки зору подолання професійної ізоляції, є соціальна підтримка колег.

Огляд проблеми професійного вигорання викладачів вищої медичної освіти дозволяє стверджувати, що ми маємо справу з системними викликами, які загострилися під впливом війни та технологічних змін. Збереження ментального здоров'я викладача-медика в Україні наразі є необхідною умовою забезпечення стабільності професійної діяльності та збереження професійної спроможності.

ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ ВИКЛАДАЧІВ: ФАКТОРИ ВПЛИВУ, МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ

Звягіна Ганна Олександрівна, к.філол.н., доцент,
кафедра культурології та українознавства;
Потоцька Олена Іванівна, к.біол.н., доцент,
кафедра гістології, цитології та ембріології,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Вислів, що став крилатою фразою, «Світячи іншим, згораю сам» був поширений у літературі 16 століття, а також у 17 столітті як девіз Ніколаса ван Тульпа, проте поява терміну «професійне вигорання» датується лише 1974 роком. На сьогодні він закріплений у Міжнародному статистичному класифікаторі захворювань та проблем, пов'язаних зі здоров'ям.

Професійне вигорання має ряд як психофізичних, соціально-психологічних, так і поведінкових симптомів, таких як хронічна втома, безсоння, пасивність, тривожність, дратівливість, байдужість до роботи і водночас підвищення неадекватної критичності [1, с. 1].

По суті професійне вигорання є стрес-реакцією на виробничі й емоційні вимоги. В цілому, відповідно до результатів досліджень, найбільш чутливими до нього є молоді люди (19-25 років) та люди старшого віку (40-50 років), а також ті, хто має вищу освіту, тож викладачі входять до категорії ризику. Чинниками, що впливають на це, є індивідуальні особливості нервової системи і темпераменту [1, с. 1].

Звісно, повномасштабне вторгнення стало фактором виникнення тривалого стресу. Згідно з даними четвертої хвилі всеукраїнського дослідження щодо психічного здоров'я українців під час війни погіршення сну відчувають 50% респондентів, виснаженість - 49%, поганий настрій - 49%, емоційну нестабільність - 45% [2, с. 1].

Така ситуація безумовно призвела до збільшення випадків емоційного виснаження і, як наслідку, професійного вигорання викладачів. Недаремно останнім часом цій проблемі приділяється багато уваги як на рівні держави, так і окремих ВНЗ.

Зокрема, у Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті створено центр ментального здоров'я в університетській клініці, який, окрім консультування, також пропонує тренінги на основі біологічного зворотного зв'язку та транскраніальну магнітну стимуляцію [4, с.1].

На базі кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології створена служба психологічної підтримки. У травні 2025 року спільно з Департаментом освіти і науки ЗОДА та Запорізьким обласним інститутом післядипломної педагогічної освіти в ЗДМФУ було проведено Місяць обізнаності про ментальне здоров'я. У період з вересня по жовтень 2025 року було проведено ряд заходів до Всесвітнього дня ментального здоров'я [3, с.1].

Щорічно кафедрою суспільних дисциплін та дитячих хвороб проводиться науково-практична конференції «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)», одна із секцій якої приділяє увагу проблемам професійного вигорання.

Науковою бібліотекою університету у 2025 році підготовано рекомендаційний список літератури «Емоційне вигоряння – медико-соціальна проблема сьогодення», що зберігається у бібліотеці ЗДМФУ у друкованому та електронному вигляді.

Таким чином, професійне вигорання викладачів залишається актуальною проблемою сьогодення, яка посилюється відповідно до тривання війни в Україні. Серйозне ставлення до цієї проблеми та використання різноманітних методів профілактики сприятиме зменшенню випадків емоційного виснаження, що має призвести до покращення ситуації.

Список використаних джерел

1. Громова Т. Синдром вигорання [Електронний ресурс]. Режим доступу: https:// crupp.org/uk/sindrom-vigorannya// Clinical research Ukraine. 2017.

2. Половина українців мають проблеми зі сном [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3958411-polovina-ukrainciv-maut-problemi-zi-snom.html

3. Сьогодні – Всесвітній день ментального здоров'я [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://mphu.edu.ua/new_6513.html.

4. Центр ментального здоров'я [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://uk.zp.ua/p_1550.html.

ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ СЕРЕД ФАРМАЦЕВТІВ: ПРИЧИНИ, НАСЛІДКИ ТА ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ

Кейтлін Ілля Михайлович
кандидат фармацевтичних наук, асистент,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Анотація. У тезах розглянуто основні причини розвитку професійного вигорання серед фармацевтів, його психологічні, професійні та соціально-етичні наслідки, зокрема зниження якості фармацевтичної допомоги та мотивації до професійної діяльності. Окрему увагу приділено ролі деонтології, психологічної підтримки та фармацевтичної освіти у профілактиці й подоланні професійного вигорання. Запропоновано можливі шляхи зниження рівня вигорання, спрямовані на збереження професійного здоров'я фармацевтичних працівників та підвищення ефективності їхньої діяльності.

Abstract. The theses examine the main causes of the development of professional burnout among pharmacists, as well as its psychological, professional, and socio-ethical consequences, including a decline in the quality of pharmaceutical care and motivation for professional activity. Particular attention is paid to the role of deontology, psychological support, and pharmaceutical education in the prevention and management of professional burnout. Possible ways to reduce the level of burnout are proposed, aimed at preserving the professional well-being of pharmaceutical professionals and improving the effectiveness of their activities.

Вступ

Професійне вигорання є однією з найактуальніших проблем сучасної медицини та фармації. Фармацевти, як фахівці, що працюють на перетині науки, клінічної практики та соціальної відповідальності, особливо схильні до емоційного виснаження. В умовах війни, економічної нестабільності та високих вимог суспільства до якості фармацевтичної допомоги проблема набуває особливої гостроти.

Причини професійного вигорання серед фармацевтів

- **Високе психоемоційне навантаження**: постійна робота з пацієнтами, які перебувають у стані стресу чи хвороби.
- **Відповідальність за життя та здоров'я**: ризик помилок при відпуску лікарських засобів, консультуванні.
- **Рутинність та монотонність роботи**: повторювані дії, що знижують мотивацію.
- **Недостатня соціальна оцінка професії**: фармацевт часто сприймається як «продавець ліків», а не як медичний фахівець.
- **Військові реалії**: дефіцит препаратів, робота в умовах стресу, небезпеки та нестабільності.

- **Організаційні фактори**: низька заробітна плата, відсутність кар'єрного росту, перевантаження робочими змінами.

Наслідки професійного вигорання

- **Психологічні**: хронічна втома, апатія, депресивні стани, зниження емпатії до пацієнтів.
- **Фізіологічні**: порушення сну, серцево-судинні проблеми, зниження імунітету.
- **Соціальні**: конфлікти в колективі, відчуження від професії, зростання плинності кадрів.
- **Професійні**: зниження якості фармацевтичної допомоги, підвищення ризику професійних помилок.

Шляхи подолання та профілактики

1. **Індивідуальні стратегії**
   - розвиток навичок саморегуляції (медитація, фізична активність, хобі);
   - формування професійної ідентичності та усвідомлення значущості своєї ролі;
   - баланс між роботою та особистим життям.
2. **Організаційні заходи**
   - оптимізація графіків роботи, запобігання перевантаженню;
   - створення умов для професійного розвитку та підвищення кваліфікації;
   - впровадження програм психологічної підтримки для фармацевтів.
3. **Соціально-етичний вимір**
   - підвищення престижу фармацевтичної професії в суспільстві;
   - формування культури взаємоповаги між лікарями, фармацевтами та пацієнтами;
   - державна підтримка фармацевтичної галузі в умовах війни та криз.

Висновки

Професійне вигорання серед фармацевтів є багатофакторною проблемою, що поєднує психологічні, соціальні та організаційні аспекти. Її подолання можливе лише за умови комплексного підходу: від індивідуальної саморегуляції до системних змін у фармацевтичній освіті, організації праці та соціальній політиці.

ПЕРЕПРАЦЮВАННЯ СТОМАТОЛОГА ЯК БІОЕТИЧНА ПРОБЛЕМА СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ

Масльоха Владислав Олексійович
аспірант кафедри терапевтичної, ортопедичної
та дитячої стоматології
Науковий керівник – Утюж Ірина Геннадіївна, д. філософ. н.,
професор, зав. кафедри суспільних дисциплін,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Актуальність. Сучасна стоматологія функціонує в умовах високої інтенсивності праці, комерційного тиску, постійного технологічного прогресу та значного психоемоційного навантаження на лікаря. Це сприяє поширенню феномену перепрацювання — стану фізичного та морального перевантаження лікаря, що супроводжується виснаженням, зниженням емпатії та ускладненням етичного прийняття клінічних рішень, та емоційним вигоранням як наслідок цього всього. У філософії медицини підкреслюється, що якість медичної допомоги залежить не лише від технологій і мануальних навичок, але й від морального та психологічного стану лікаря, оскільки клінічні рішення є етично, юридично та морально навантаженими та пов'язаними з відповідальністю перед пацієнтом. Для стоматології це питання дуже актуальне через високу точність маніпуляцій, тривалу концентрацію уваги, постійну комунікацію з пацієнтами та високу конкуренцію серед стоматологів.

Основи проблематики

Перепрацювання слід розглядати не тільки як трудову або психологічну проблему, а як морально-етичний виклик системі охорони здоров'я. З позиції біоетики перепрацювання впливає на реалізацію ключових моментів:

1. Автономія пацієнта. Виснажений лікар може приділяти менше часу інформуванню та обговоренню альтернатив лікування, що може негативно впливати на комунікацію, вибору оптимальної тактику лікування та як наслідок якості наданої допомоги.
2. Благодіяння. Перевтома лікаря знижує здатність до індивідуалізованого підходу та клінічного аналізу, лікар починає бачити в пацієнтах тільки черговий клінічний випадок, а не особистість з унікальною проблемою, яка прийшла за допомогою, як наслідок, висока ймовірність вибору невірної тактики лікування.
3. Не нашкодь. Фізична і когнітивна втома збільшує ризик технічних помилок та поспішних рішень, що призведуть як найменше до невирішення проблеми пацієнта, як найбільше до погіршення стану здоров'я пацієнта. Також цю проблему можно розглядати як «не нашкодь самому собі», тому що постійне перепрацювання може негативно впливати на стан та якість життя стоматолога, який надає допомогу іншим.

Філософія медицини акцентує увагу, що лікар є моральним агентом, а не лише технічним виконавцем медичних маніпуляцій; тому перепрацювання і, як наслідок, професійне виснаження прямо впливає на моральну та фізичну якість стоматологічної практики.

Особливостями перепрацювання в стоматології є висока мануальна та когнітивна напруга під час маніпуляцій, значний емоційне навантаження через страх і тривогу пацієнтів, відношення пацієнтів до стоматологіної професії не як до медичної, а як до сфери послуг, фінансовий тиск через комерційну модель сучасної стоматології, необхідність прийняття швидких клінічних рішень в умовах обмеженого часу, поєднання ролі лікаря, психолога та менеджера.

Наслідками перепрацювання може бути зменшення емпатії та якості комунікації з пацієнтами, а як наслідок – зниження якості лікування та довіри до стоматологічної професії. Також перепрацювання може призводити до емоційного вигоряння лікаря, що може привезти до значного погіршення якості життя самого лікаря поза робочим простором: сумніви у власній компетенції та виборі професії. Проблема аддикцій, депресії та самогубства є доволі розповсюдженої серед представників стоматологічної професії

Можливими практичні підходи до вирішення проблеми перепрацювання можуть бути:

1. Оптимізація навантаження та часових стандартів прийому.
2. Формування культури командної підтримки.
3. Створення навичок самодіагностики для розуміння власного ментального стану.
4. Дестигматизація звернення за допомогою до психотерапепії та психіатрії.
5. Розвиток біоетичного просвітлення лікарів-стоматологів.
6. Посилення ролі доказової медицини для зменшення морального тиску при прийнятті рішень.

Висновки

Перепрацювання стоматолога є великою біоетичною проблемою, що впливає як на автономію пацієнта, якість клінічних рішень та надання допомоги, так і на ментальний стан самого лікаря, його здатність нормально функціонувати як на роботі, так і поза робочого простору. Це слід розглядати не лише як індивідуальну слабкість чи психологічний стан, а як системний виклик сучасній медицині. Формування етичної культури професійного самозбереження та відповідальних клінічних практик є необхідною умовою забезпечення безпечної і пацієнтоорієнтованої стоматологічної допомоги.

Список використаних джерел

1. Maier B., Shibles W.A. The Philosophy and Practice of Medicine and Bioethics. Springer.
2. Beauchamp T.L., Childress J.F. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press.
3. Maslach C., Leiter M.P. Understanding Burnout in Health Professionals. Annual Review of Psychology.
4. Gorter R.C., Freeman R. Burnout and Engagement in Dental Professionals. Community Dentistry and Oral Epidemiology.
5. FDI World Dental Federation. Code of Ethics for Dentists.
6. West C.P., Dyrbye L.N., Shanafelt T.D. Physician Burnout: Contributors and Consequences. Journal of Internal Medicine.

ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ ЛІКАРЯ В УМОВАХ ВІЙНИ

Ольхомяк Олександр Олександрович, к.мед.н.,
доцент, доцент кафедри загальної хірургії;
Хіміч Сергій Дмитрович, д.мед.н.,
професор, завідувач кафедри загальної хірургії;
Превар Анатолій Петрович, к.мед.н.,
доцент, доцент кафедри загальної хірургії;
Фуніков Анатолій Володимирович, к.мед.н.,
доцент, доцент кафедри загальної хірургії,
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Синдром вигорання давно визнаний серйозною проблемою в професійній сфері сучасного життя і став набагато поширенішим за останнє десятиліття. Цей факт викликав величезний інтерес і занепокоєння не лише в науковій спільноті, а й в уряді, бізнесі та освітніх установах через серйозність наслідків, які цей синдром має як для людини, так і для робочого середовища. Синдром вигорання – це серйозна психосоціальна проблема, яка впливає на медичних фахівців різних спеціальностей. Він спричинений хронічним стресом у робочому середовищі та призводить до трьох різних симптомів: емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження професійних досягнень.

Хоча цей синдром давно поширений серед медичних працівників, дослідження лише нещодавно почали оцінювати причинно-наслідкові зв'язки. Синдром вигорання особливо дуже поширений серед медичних працівників хірургічних спеціальностей через інтенсивний та безперервний характер контакту з особами, які отримують допомогу. Крім того, такі аспекти, як вік, стать, роки практики, міжособистісні конфлікти, також тісно пов'язані з цим синдромом. Це особливо стосується хірургів, які працюють у лікарнях, оскільки вплив цих професійних стресорів посилюється характером цих установ. Результатом є суттєве погіршення якості життя спеціаліста через негативний вплив цих факторів на фізичне та психічне здоров'я. Потрібно відмітити, що медичні установи також зазнають суттєвих збитків від прогулів через погіршення здоров’я працівника. Спостереження показують, що синдром вигорання у лікарів зазвичай розвивається повільно та провокується багатьма причинами відразу. Першими проявами появи синдрому стають психологічні зміни, такі як труднощі в соціальних стосунках, зміна настрою, тривога та дратівливість. В комплексі це призводить до низької продуктивності праці, конфліктам з колегами та адміністрацією та нажаль алкогольній залежності. Неналежне (халатне) виконання лікарем своїх професійних обов’язків призводить до вимушених страждань пацієнтів, конфліктним ситуаціям лікар-пацієнт, лікар-адміністрація закладу. Кінцевим результатом часто є високий рівень прогулів або звільнення з роботи.

Проведенні дослідження та наші спостереження засвідчили вплив пандемії COVID-19 на частоту виникнення даного синдрому. З початком повномасштабної російської агресії виник цілий ряд факторів які мають суттєвий вплив на виникнення синдрому вигорання серед лікарів. Це і загибель рідних та близьких людей, територіальний розрив звязків членів родини,

втрата житла, погіршення фінансового становища сім'ї, погіршення умов життя. Ці нові патологічні фактори емоційно виснажують лікаря, посилюють почуття цинізму та відчуженості від роботи, викликають відчуття її неефективності.

Емоційне вигорання часто розвивається не через довготривалу діяльність, а в результаті вікових та професійних криз лікаря, до яких призводять певні риси його характеру. Так у лікарів зі стажем до 5 років причиною емоційного вигорання вбачаємо невідповідність очікувань та реальної дійсності. Як наслідок, зміна медичної спеціальності, місця роботи та проживання. Найбільш високі показники емоційного вигорання мають лікарі зі стажем від 10 до 15 років, що вірогідно пов`язано із кризою середнього віку. Якщо лікар думає, що він не досяг певного успіху в роботі та житті (велика зарплата, статус, посада), свідомо чи ні, починає відчувати емоційний дискомфорт, психічну напругу, незадоволення працею, перевтому. Найгірший перебіг синдрому спостерігаємо у лікарів зі стажем роботи понад 20 років, що вірогідно пов'язано з віковими особливостями.

Враховуючи важливі наслідки для фізичного та психічного здоров'я медичних працівників, особливо тих, хто працює в лікарнях, на нашу думку, синдром вигорання слід розглядати як проблему громадського здоров'я. Оскільки вигорання є реакцією на стрес на робочому місці, профілактику потрібно здійснювати як на індивідуальному, так і на організаційному рівні. Створення комфортних умов праці та відпочинку працівника в дружньому колективі, гідна та справедлива оплата його праці – це головні чинники, які будуть спонукати до активної професійної діяльності та перешкоджати появі синдрому вигорання у лікарів різних вікових категорій.

ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРЯННЯ ЯК НАСЛІДОК ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ: СУТНІСТЬ, ЧИННИКИ РИЗИКУ ТА ТЕОРЕТИЧНІ МОДЕЛІ

Оніщенко Тетяна Євгенівна, к.мед.н.,
доцент ЗВО кафедри інфекційних хвороб;
Рябоконь Олена Вячеславівна, д.мед.н.,
професор, завідувачка кафедри інфекційних хвороб;
Корнієнко Олена Олександрівна, к.мед.н.,
доцент ЗВО кафедри інфекційних хвороб,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Анотація. У статті здійснено теоретичний аналіз феномену професійного вигоряння як багатокомпонентної реакції особистості на тривалий хронічний стрес у професійній діяльності. Розглянуто еволюцію наукових поглядів на синдром вигоряння, його основні симптоми, стадії розвитку та чинники ризику. Проаналізовано провідні теоретичні моделі професійного вигоряння. Особливу увагу приділено особистісним і організаційним детермінантам вигоряння, а також його впливу на психофізичне здоров'я та ефективність професійної діяльності. Підкреслено актуальність проблеми в умовах зростання психоемоційного навантаження та необхідність профілактики професійного вигоряння.

Ключові слова: професійне вигоряння, хронічний стрес, емоційне виснаження, психічне здоров'я.

Abstract. The article provides a theoretical analysis of the phenomenon of professional burnout as a multi-component reaction of an individual to prolonged chronic stress in professional activity. The evolution of scientific views on burnout syndrome, its main symptoms, stages of development, and risk factors are considered. Leading theoretical models of professional burnout are analyzed. Particular attention is paid to personal and organizational determinants of burnout, as well as its impact on psychophysical health and professional performance. The relevance of the problem in the context of increasing psycho-emotional stress and the need for prevention of professional burnout are emphasized.

Keywords: professional burnout, chronic stress, emotional exhaustion, mental health.

Професійне вигоряння це є реакція на тривалі стреси у вигляді емоційного, розумового та фізичного виснаження із поступовим розвитком симптомів особистісної деформації, сукупністю негативних психологічних переживань, які пов'язані з тривалими та інтенсивними міжособистісними комунікаціями, що мають високу емоційну насиченість або когнітивну складність.

Актуальність вивчення цього питання обумовлена його дивовижно швидким поширенням у цивілізованих країнах світу, негативним впливом на фахівців, що веде до зниження ефективності та якості їх професійної діяльності Такий стрімкий розвиток феномену вигоряння фахівці пов'язують із високим ритмом життя та надмірно великим емоційно-психологічним навантаженням, що змушує їх знову звертатися до вивчення феномену професійного вигоряння.

До основних симптомів професійного вигоряння відносяться виснаження, психічний і фізичний дискомфорт, відчуття зниження працездатності, мотивації і професійної діяльності. Феномен вигоряння – це психологічне явище, яке негативно впливає на психофізичне здоров'я та ефективність діяльності фахівця. Цей синдром найчастіше проявляється у представників соціальних або соціономічних професій, де присутня система – «людина-людина», а саме у медичних працівників, вчителів, менеджерів, психологів, психотерапевтів, психіатрів, юристів, співробітників правоохоронних органів, керівників, представників сервісних професій.

Після проведених досліджень, лікарі виявили зв'язок між стресом на роботі та перевантаженням фахівців у професії, внаслідок чого спостерігалося погіршення стану здоров'я працівників.

Раніше ця концепція використовувалася у зв'язку з концепцією робочого стресу, і це було визначено як нездатність упоратися зі стресом, що веде до деморалізації, розчарування та зниження ефективності професійної діяльності.

Термін «вигоряння» («burnout» - у перекладі з англійської - припинення горіння) запровадив в наукову літературу американський психолог Дж. Дж. Фрейденбергер у 1974 році, охарактеризувавши психологічний стан здорових людей, які знаходяться в системі - «людина-людина», а саме в емоційно перевантаженій контактами атмосфері [4, с. 160]. Він виділив три складові вигоряння: 1) емоційне виснаження –відчуття втоми через надто тривале та виснажливе захоплення своєю роботою та переживанням у цей час своїх негативних емоцій; 2) деперсоналізація – розвиток байдужості до оточуючих, зменшення емоційного зв’язку із ними; 3) відчуття невдоволення при виконанні професійних обов’язків, безглуздість їх виконання.

Найбільш авторитетним науковцем у вивченні феномену вважається К.Маслач. Вона визначила що вигоряння не є захворюванням і може зустрічатись у психічно здорових людей, як стан емоційного та розумового виснаження, фізичної перевтоми. К.Маслач автор відомої в усьому світі методики для дослідження емоційного вигорання – MBI, що включає: емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію працівником професійних досягнень [5, с. 104]. К.Маслач з колегами схильні розуміти процес вигоряння як «ерозію» душі, втрату психічної енергії людиною, що відбувається досить непомітно, оскільки спричинено стресами незначної сили, проте значної тривалості, що виснажує енергію спеціаліста [6, с. 155].

За словами Маслач, вигоряння – це багатогранний синдром, що характеризується виснаженням, цинізмом та зниженим відчуттям власної ефективності. Воно виникає як наслідок тривалого стресу, що переживається на робочому місці, що посилюється сферами невідповідності між людиною та її робочим середовищем. Маслах визначає різні сфери невідповідності, які служать факторами ризику вигорання, включаючи перевантаження роботою, відсутність контролю над роботою, неадекватну компенсацію, розпад спільноти, відсутність справедливості та конфлікт цінностей на робочому місці [5, с. 109; 4, с. 163; 9, с. 214; 11, с. 169]. Відповідно до поглядів Maslach C. та інш. синдром вигоряння розглядається як реакція у відповідь на тривалі професійні стреси, що виникають у міжособистісних зв'язках:

– «емоційному вигорянні» - виробленому особистістю механізму психологічного захисту у формі повного, або часткового виключення емоцій у відповідь на обрані психотравмуючі впливи;
– «професійному вигоранні» - синдромі, що розвивається на тлі хронічного стресу і веде до виснаження емоційно-енергійних та особистісних ресурсів працюючої людини;
– «психічному вигорянні» - феномені негативного впливу професії на особистість, у вигляді повного регресу професійного розвитку, оскільки воно зачіпає особистість в цілому, руйнуючи її та негативно впливаючи на ефективність трудової діяльності.

У 1995 р. синдром «burnout» був внесений до діагностичної рубрики МКХ-10: Z73 – проблеми, що пов'язані з труднощами управління своїм життям. ВООЗ визначило вигоряння як «непереборний синдром хронічного стресу, що виник на робочому місці і з яким людина вже не може впоратися», саме цей стан не зводиться до інших, які зустрічаються у професійній діяльності (стрес, втома, депресія). Згідно з визначенням ВООЗ, синдром вигоряння - це не тільки фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, яке характеризується порушенням продуктивності в роботі, втомою, безсонням, але і підвищена схильність до соматичних захворювань (у т.ч. серцево-судинної системи) або ризику розвитку фізіологічної залежності від алкоголю. суїцидальної поведінки

Стрес і вигоряння розрізняються за тривалістю процесу: вигоряння - це тривалий, «розтягнутий» у часі робочий стрес, що відображає адаптаційний синдром і реалізується у зриві адаптації. Згідно з уявленням Shirom A., вигоряння характеризується емоційним виснаженням, фізичною та пізнавальною втомою, що свідчить про виснаження енергетичних ресурсів організму внаслідок хронічної напруги на роботі та в житті [12, с. 267].

Були визначені стадії професійного вигорання:

1. Ентузіазм. Початкова стадія, коли людина сповнена енергії та мотивації, але починає відчувати перші ознаки втоми.

2. Напруга. З'являються перші ознаки стресу та напруги, починаються проблеми зі сном та концентрацією.

3. Хронічний стрес. Симптоми стають постійними, включають хронічну втому, цинізм та дратівливість.

4. Вигоряння. Досягається пік вигоряння з повним емоційним виснаженням та зниженням мотивації.

5. Апатія та депресія. Глибока апатія, депресія та відчуття безглуздості роботи та життя.

Початок професійного вигоряння характеризується розвитком різноманітних проявів у вигляді трьох варіантів, але поступово, протягом життя людина зосереджується на професійній сфері та властивих їй організаційних факторах ризику, професійних стосунках, які і є причиною емоційного виснаження і, як наслідок, вигоряння.

Основними проявами «синдрому вигоряння» є фізична та емоційна слабкість, деперсоналізація, невпевненість у своїх силах, болісно критичне ставлення до виконуваної роботи та її результатів, невдоволеність останніми. Це може закінчуватися розвитком тяжкої депресії з різко вираженими психосоматичними розладами. Щодо визначення місця вигоряння серед порушень професійного генезу, з’являються думки, що це форма професійної деформації; прояви дезадаптації; профзахворювання.

Але, незважаючи на понад 50 років досліджень, досі бракує консенсусу щодо комплексного визначення професійного вигорання, його механізмів розвитку та інструментів вимірювання [7, с.311; 8, с.49; 11, с.169; 12, с.267]. Суперечки навколо самої сутності синдрому вигоряння викликають сумніви щодо того, чи існує це явище взагалі як окреме явище, чи воно є одним із проявів та стадій депресії, оскільки деякі дослідження вказують на сильну кореляцію між обома явищами в межах їхніх симптомів [2, с. 17].

Внаслідок проведених досліджень були розроблені дві моделі професійного вигоряння. Ці моделі стали основними у проведенні діагностики та досліджень феномену вигоряння. Перша – це тривимірна модель розроблена Крістіною Маслач, піонером у дослідженні вигоряння. К. Маслач і С. Джексон запропонували «Опитувальник вигорання Маслач» (MBI)

який є основним, науково підтвердженим міжнародним інструментом діагностики професійного вигоряння [7, с.321; 11 с.170]. Методика вимірює три компоненти: емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію професійних досягнень. Вона дозволяє визначити рівень вигорання (низький, середній, високий) у різних професійних групах. Друга модель, на яку часто посилаються дослідники вигорання, є модель вигорання «Вимоги до роботи – ресурси» (JD-R). Згідно з цією моделлю, вигорання – це двовимірне явище, що характеризується фізичним, емоційним та когнітивним виснаженням, а також відсутністю відданості роботі. Вигоряння виникає через недостатність ресурсів для задоволення вимог та умов роботи. Умови праці загалом поділяються на дві групи: вимоги до роботи та ресурси до роботи, які по-різному пов'язані з конкретними результатами. Вимоги до роботи в першу чергу сприяють компоненту виснаження вигоряння, тоді як (брак) ресурсів до роботи в першу чергу сприяє відчуженню зацікавленості [1, с.321; 3, с. 281;10, с.299]. На жаль обидві моделі не доповнюють одна одну, а скоріше конкурують між собою, що не сприяє точній діагностиці та ширшим зусиллям у сфері профілактики громадського здоров'я [2, с. 11].

Професійне вигоряння є результатом сукупного впливу багатьох чинників, як організаційних, так і особистісних. Для запобігання вигоранню важливо розуміти його причини та вживати заходів щодо створення здорового робочого середовища, що підтримуватиме баланс між роботою та особистим життям.

Основними факторами, що сприяють розвитку професійного вигоряння є:

- надмірні вимоги - постійне виконання великого обсягу роботи в стислий термін, що веде до виснаження та почуття перевантаженості;
- багатозадачність - необхідність одночасно виконувати декілька завдань що знижує концентрацію та збільшує рівень стресу;
- обмежена автономія - відсутність можливості самостійно приймати рішення та контролювати свою роботу викликає почуття безпорадності та незадоволеності;
- нестача визнання - відсутність похвали та визнання за виконану роботу знижує мотивацію та викликає почуття знецінення;
- погані стосунки з колегами та керівництвом - конфлікти, напружені відносини та нестача підтримки з боку колег та начальства збільшують стрес та почуття ізоляції;
- нереалістичні цілі - завищені очікування та цілі, які неможливо досягти, викликають постійне почуття невдачі та стресу;
- монотонність та одноманітність - виконання одноманітних і повторюваних завдань без можливості особистого та професійного зростання призводить до нудьги та апатії;
- часті переробки - постійні понад нормові години і відсутність часу на відпочинок та особисті справи ведуть до виснаження та втрати інтересу до роботи та ін [10, с. 297].

У теперішній час відзначається на значне розширення сфер діяльності фахівців, схильних до такої небезпеки, що працюють в умовах постійного тривалого або короткочасного сильного стресу.

Дослідження причин та характеру проявів синдрому професійного вигоряння у різних професійних групах показують, що практично у всіх випадках його розвиток стимулюють підвищені навантаження, понаднормова робота, збільшена тривалість робочого дня.

Професійне вигоряння» частіше розвивається у людей, які мають характер інтроверта та особливі характеристики в індивідуальному та психологічному плані, які не пов'язані з вимогами професій у сфері спілкування. У цих людей відсутній запас великої життєвої енергії, їм властиві скромність, сором'язливість, потреба в ізоляції та зосередження уваги на професійній діяльності. Люди такого типу характеру швидше формують емоційний дискомфорт, не можуть відсікати негативний душевний стан у зовнішнє середовище. Працівники, що перебувають у постійній незгоді з самим собою, у роботі, у відносинах між роботою та сім'єю, пресингу, де потрібно підтверджувати свій професіоналізм, піддаються синдрому емоційного вигоряння. Розвитку емоційного вигоряння сприяють наявність постійного страху втратити роботу, невпевненості у завтрашньому дні, відчуття некомпетентності при виконанні роботи з високою відповідальністю, коли людина входить у

нове незнайоме середовище. У цих випадках симптоми вигоряння можуть виникати у більш короткі терміни. Після аналізу досліджень з вигоряння люди міст із великим населенням постійно перебувають у тісному контакті один з одним і змушені спілкуватися з різною кількістю незнайомих людей у різних громадських місцях. Менш схильні до розвитку синдрому емоційного вигоряння та ризику підриву здоров'я працівники, які мають такі якості: цілеспрямована турбота про фізичне здоров'я (спорт, здоровий спосіб життя), висока самооцінка, впевненість у собі, у своїх здібностях і можливостях. Працівники, які мають досвід успішного подолання стресу в професії і здатні значно змінюватися в стресових умовах, менш схильні до емоційного вигоряння. Необхідною рисою людей, які можуть протистояти емоційному вигорянню, є їхня здатність формувати та знаходитися постійно в позитивному, оптимістичному стані, мотивувати лише позитивне ставлення до себе, до інших людей та до життя в цілому. Для таких людей характерні наступні індивідуальні психологічні характеристики, як висока мобільність, відкритість, комунікабельність, незалежність та бажання покладатися на власні сили.

Таким чином, професійне вигоряння є складним психологічним феноменом, що формується під впливом тривалого професійного стресу та поєднання організаційних і особистісних чинників. Воно негативно позначається на психічному й фізичному здоров'ї фахівців, знижує ефективність професійної діяльності та якість життя. Усвідомлення механізмів розвитку вигоряння, використання науково обґрунтованих моделей його діагностики та впровадження профілактичних заходів є необхідною умовою збереження професійного здоров'я й запобігання професійній деформації.

Список використаних джерел

1. Bakker, A. B., and Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: state of the art. *J. Manag. Psychol.* 22, 309–328. doi: 10.1108/02683940710733115

2. Bianchi, R., Verkuilen, J., Schonfeld, I. S., Hakanen, J. J., Jansson-Fröjmark, M., Manzano-García, G., et al. (2021). Is burnout a depressive condition? A 14-sample meta-analytic and bifactor analytic study. *Clin. Psychol. Sci*. 9, 1–19. doi: 10.1177/2167702620979597

3. Demerouti, E., Bakker, A., de Jonge, J., Jannsen, P., and Schaufeli, W. (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scand. J. Work Environ. Health* 27, 279–286. doi: 10.5271/sjweh.615

4. Freundberger H.J. Staff burnout. Social Scienes. 1974. № 30(1), P.159– 165. DOI: 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x/.).

5. Maslach, C., and Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *J. Org. Behav.*2, 99–113. doi: 10.1002/job.4030020205

6. Maslach, C., and Leiter, M. P. 2005). "Stress and Burnout: the critical research," In *Handbook of Stress Medicine and Health, 2nd Edn*, ed. C. L. Cooper (London: CRC Press), 153–170.

7. Maslach, C., and Leiter, M. P. (2006). "Burnout," in *Foundations of Health Psychology*, eds. H. Friedman and R. Cohen Silver (New York, NY: Oxford University Press), 312–332.

8. Maslach, C. (2011). Engagement research: some thougths from a burnout perspective. *Eur. J. Work Org. Psychol.* 20, 47–52. doi: 10.1080/1359432X.2010.537034

9. Maslach, C., and Leiter, M. (2021). How to measure burnout accurately and ethically. *Health Behav. Sci.*211–221. Available online at: https://hbr.org/2021/03/how-to-measure-burnout-accurately-and-ethically

10. Schaufeli, W. B., and Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study.*J. Org. Behav.*25, 293–315. doi: 10.1002/job.248

11. Schaufeli, W. B. (2021). The burnout enigma solved? *Scand. J. Work Environ. Health* 47, 169–170. doi: 10.5271/sjweh.3950

12. Shirom, A. (2005). Reflections on the study of burnout. *Work Stress*19, 263–270. doi: 10.1080/02678370500376649

ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ У ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ: ПРИЧИНИ ТА МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ

Семеніхіна Єсенія Вячеславівна,
здобувач першого (бакалаврського) рівня вищої освіти;
Сердюк Дмитро Георгійович, канд.фіз.вих.,
доцент, доцент ЗВО кафедри ФРСМФВіЗ,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Професійна діяльність фізичних терапевтів належить до найбільш емоційно, інтелектуально та фізично напружених сфер охорони здоров'я, оскільки фахівці щодня працюють із пацієнтами, які переживають біль, втрату функцій та психологічне виснаження [1]. Фізичний терапевт супроводжує пацієнта протягом тривалого періоду відновлення, що потребує високого рівня емпатії, стресостійкості та відповідальності. У результаті тривалого впливу цих чинників зростає ризик розвитку професійного вигорання.

Проблема професійного вигорання стає особливо актуальною у сучасних умовах, коли збільшується навантаження на систему охорони здоров'я та кількість пацієнтів із травматичними та хронічними порушеннями. Усвідомлення механізмів розвитку вигорання дозволяє своєчасно попереджати його наслідки та підтримувати професійне здоров'я фахівців реабілітаційної сфери [1, 2].

Професійне вигорання є багатокомпонентним синдромом, який включає три основні складові: емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію професійних досягнень. Медичні працівники посідають чи не перше місце серед спеціальностей з високим ризиком вигорання. За різними джерелами, від 20% до 75% медичних працівників перебувають у цьому стані [3]. Для фізичного терапевта цей стан розвивається поступово та впливає на емоційну, когнітивну, фізичну й поведінкову сфери.

Серед ключових причин вигорання виділяють емоційне навантаження під час роботи з пацієнтами, які переживають страх, відчай або повільний прогрес у реабілітації. Значний внесок у розвиток вигорання створює робота з пацієнтами із тяжкими неврологічними та хронічними порушеннями, що часто супроводжується мінімальною динамікою відновлення.

До важливих чинників також належать інтенсивні фізичні навантаження, необхідні для демонстрації рухів, мануальних втручань і підтримки пацієнтів, а також надмірна відповідальність за результати лікування. Дефіцит часу, велика кількість документації та відсутність належної підтримки з боку колег або керівництва посилюють прояви стресу та сприяють хронічному виснаженню.

Механізми розвитку вигорання охоплюють фізіологічні, психологічні та соціальні аспекти. Фізіологічні реакції проявляються у підвищенні рівня кортизолу, активації симпатичної нервової системи, порушенні сну та зниженні імунної активності. Психологічні механізми пов'язані з внутрішніми конфліктами, перфекціонізмом, страхом помилок та втратою професійного сенсу. Соціальні фактори включають комунікативні труднощі в команді, недостатність підтримки та конфлікти з пацієнтами або їхніми родинами [1, 3].

Прояви професійного вигорання охоплюють емоційні (апатія, дратівливість), когнітивні (зниження концентрації, автоматизм у роботі), фізичні (біль, безсоння, хронічна втома) та поведінкові зміни (уникання складних випадків, зменшення ініціативності) [1].

Наслідки вигорання негативно впливають як на фахівця, так і на пацієнтів: зростає ризик професійних помилок, підвищується вірогідність психосоматичних розладів, а у пацієнтів – знижується ефективність реабілітації та довіра до терапевта.

Профілактика вигорання включає психогігієнічні методи, оптимізацію робочого графіка, підтримання фізичного здоров'я, а також соціальну та професійну підтримку через супервізії, командні обговорення та підвищення кваліфікації [1, 3].

Таким чином, професійне вигорання у фізичних терапевтів є складним багатофакторним процесом, що формується під впливом емоційних, фізичних, організаційних та соціальних чинників. Своєчасна профілактика та підтримка професійного середовища є ключовими умовами збереження ефективності реабілітаційної допомоги.

Список використаних джерел

1. Єжова О. О., Баришок Т. В., Воропаєв Д. С., Романенко І. В. Професійне вигорання фізичних терапевтів в Україні: пілотне дослідження. Scientific and practical journal [Internet]. 2025 Apr. 2 [cited 2026 Jan. 26];33(1): 39-45. Available from: https://art-of-medicine.ifnmu.edu.ua/index.php/aom/article/view/1323

2. Маслач К., Лейтер М. П. Професійне вигорання: теорія, дослідження, профілактика. Київ: Освіта, 2016. 312 с.

3. Професійне вигорання медичних працівників. Центр Громадського здоров'я МОЗ України, 2004. https://phc.org.ua/news/profesiyne-vigorannya-medichnikh-pracivnikiv

PREVENTION AND WAYS TO OVERCOME PROFESSIONAL BURNOUT FOR TEACHERS OF HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS

Shundel Tetiana Oleksandrivna
Шундель Тетяна Олександрівна
senior teacher
Donetsk National Medical University

Increasing demands on the professional activities of teachers of higher education institutions, emotional exhaustion during the educational process, stressful situations can lead to professional burnout. Nowadays professional burnout is perceived as a complex phenomenon that affects not only scientific and pedagogical workers, but it also negatively affects labor productivity and their professional activities as a whole.

Rudenok A. I., Danchuk Yu. P. and Romasiukova A. V. believe that professional burnout is complex in nature and manifests itself as a kind of reaction to prolonged stress in professional activities and it becomes a consequence of both emotional, physical and mental exhaustion. In this regard, the researchers consider it necessary to take into account both emotional aspects and cognitive ones [3, p. 59].

Depersonalization, a decrease in personal achievements and the level of psychological defense mechanisms, a feeling of isolation, a decrease in the level of interaction in the professional environment are a vivid manifestation of professional burnout. Burnout directly affects labor productivity which is associated with a reduced assessment of their own professional effectiveness and loss of motivation for professional self-improvement.

Studying the syndrome of professional burnout, researchers Piskunova L. E. and Kachmarchyk S. H. identify several stages and signs of professional burnout, such as physiological signals, isolation, exhaustion, disappointment and irreversibility [2, p. 106].

Analyzing the issue of professional burnout syndrome, Pidlypniak I. Yu. and Duka T. M. distinguish such main factors as personal, role and organizational. In this regard, we fully share their view that it is the use of differentiated approaches to psychoprophylaxis, psychocorrection and psychotherapy that is quite successful in preventing the development of professional burnout [1, p. 176-177].

In view of this, we consider it appropriate to study the ways to overcome professional burnout and consider the methods and effective strategies for preventing professional burnout among teachers of higher education institutions. It is worth noting that the creation of an appropriate supportive environment, the development of psychological stability of scientific and pedagogical workers, the creation of adaptive mechanisms for combating stressful conditions and the widespread implementation of methods for preserving the teachers' mental health are important areas of development of preventive methods and programs in the fight against professional burnout.

A very important task in preventing the appearance and development of professional burnout is to take into account the importance of self-regulation and the development of stress resistance, as they help to form proper emotional endurance to the loads in the educational process and interpersonal conflicts.

The role of trainings to support emotional intelligence is quite important as they regulate the process of adaptation to the requirements of the working process, increase the level of motivation and professional efficiency. Considering the peculiarities of the nature of professional burnout, it is recommended to apply a set of measures aimed at developing the teachers' personal qualities and improving the organizational environment.

In addition, the prevention of professional burnout can be quite effective if the principles of integrity are applied when accounting all aspects of psychoprophylaxis and the principle of orientation on personal resources that help to overcome the consequences of professional burnout.

Given the above, we believe that timely identification of this problem will help prevent professional burnout and personal deformation. Having analyzed the material we conclude that the effectiveness of preventing professional burnout of teachers of higher education institutions is possible under the condition of a combined approach to the use of various psychological methods and techniques, among which the most effective are the method of training, coaching, numerous exercises to increase the level of self-regulation, psychocorrectional technologies aimed at removing stress-producing factors.

References

1. Підлипняк І. Ю., Дука Т. М. Професійне вигорання педагогів: профілактика та подолання. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. 2019. Вип. 69. С. 175-179. URL: https://enpuirb.udu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/a89c4fb1-ab27-493f-81b9-30589bde0828/content (дата звернення 10.01.2025).

2. Піскунова Л. Е., Качмарчик С. Г. Особливості професійного вигорання викладача закладу вищої освіти та шляхи його попередження. *Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія*. 2022. Вип. 13(4). С. 102-114. URL: https://humstudios.com.ua/uk/journals/tom-13-4-2022/osoblivosti-profesiynogo-vigorannya-vikladacha-zakladu-vishchoyi-osviti-ta-shlyakhi-yogo-poperedzhennya (дата звернення 09.01.2025).

3. Руденок А. І., Данчук Ю. П., Ромасюкова А. В. Профілактика професійного вигорання як чинник збереження психічного здоров'я фахівців. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського*. Сер.: Психологія. 2024. Т. 35 (74). № 5. С. 58-62. URL: https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/5_2024/11.pdf (дата звернення 10.01.2025).

СЕКЦІЯ 6. ПРОБЛЕМА ТІЛЕСНОСТІ

ОДЕСЬКИЙ ПЕРІОД ЖИТТЯ ТА ТВОРЧОСТІ І. І. МЕЧНИКОВА: ФІЛОСОФСЬКО-АНТРОПОЛОГІЧНІ ВІЗІЇ

Голубович Інна Володимирівна,
д.філос.н., професор, завідувачка кафедри філософії;
Хмарський Вадим Михайлович,
д.і.н., професор, завідувач кафедри історії України,
Одеський національний університет імені І. І. Мечникова

«Постать Іллі Мечникова, незважаючи на всесвітню відомість, потребує переосмислення як в цілому, так і в його «одеський» період, період особливого місця Університету в житті вченого» [1, с. 10]. Саме ці слова ректора ОНУ імені І. І. Мечникова, проф. В. І. Труби відображають один з головних спонукальних мотивів створення ювілейної колективної монографії «Ілля Мечников в Одеському університеті: образ, світогляд, доробок». Ювілей в даному випадку подвійний: 180 років з дня народження видатного вченого, лауреата Нобелевської премії, а також 160 річниця заснування університету в Одесі, який з 1945 року носить ім'я І. І. Мечникова.

Одеський період життя та науково-педагогічної діяльності І. Мечникова складає понад 20 років (1867-1888 рр.). Більшу частину цього часу він працював на посаді ординарного професора кафедри зоології та порівняльної анатомії. Наукові праці одеського періоду присвячено зоології безхребетних та порівняльної ембріології. В Одесі вчений створив теорію фагоцителли (паренхімелли). Спільно з О. Ковалевським він став засновником еволюційної порівняльної ембріології. Результатом багаторічних досліджень І. Мечникова еволюції внутрішньоклітинного травлення організмів різного організаційного рівня стало відкриття і подальший розвиток фагоцитарної теорії імунітету, за яку він одержав у 1908 році Нобелевську премію. Залишивши Університет, але ще перебуваючи в Одесі (1882-1888 рр.), І. Мечников присвятив себе вивченню мікробіології та імунології і розробив теорію порівняльної патології запалення. Крім наукової та викладацької роботи І. Мечников проводив активну громадську роботу – був присяжним засідателем та почесним мировим суддею Одеси. (Див.: [1, с. 10]).

В центрі уваги цієї публікації – філософські погляди видатного вченого, які оформлюються і артикулюються також саме в одеський період. Свої головні філософські праці Ілля Мечников написав вже у паризький період. Це «Етюди про природу людини» (1903 р.) та «Етюди оптимізму» (1907 р.). Проте за власним визнанням вченого, перші публікації, в яких висловлювались головні ідеї про природу людини, про притаманні їй біологічні дисгармонії та їхній зв'язок з культурними факторами з'явились ще в 1870-ті роки. На жаль, його філософські погляди є найменш вивченими в мечниковознавстві. Тематичних праць, присвячених рецепції філософії І. Мечникова у вітчизняній та світовій літературі не знайдемо. Тому актуальним завданням залишається аналіз філософських (методологічних, антропологічних, етичних) поглядів вченого, якого вважали одним з найбільш філософськи мислячих природознавців свого часу. Для реконструкції та реактуалізації саме філософсько-антропологічних ідей вкрай важливі такі статті одеського періоду: «Виховання з антропологічної точки зору» (1871 р.), «Нарис поглядів на людську природу» (1877 р.), «Боротьба за існування у широкому розумінні» (1878 р.). Якщо узагальнити основні позиції філософського людинознавства в цих роботах, можна констатувати наступне. Молодий вчений формулює один з головних своїх теоретичних принципів на все життя – принцип висхідної нерівноважності та дисгармонії людської природи (нерівномірний розвиток чуттєвих та вольових , нерівне відношення між бажаннями та силами). Він замислюється над глибинним смислом широкого розповсюдження технік трансформації тіла у первісних народів. З усіх технік тіла його особливо приваблює штучна зміна форми голови, поширена по всій земній кулі. Засадою подібних практик є базова антропологема, що не отримала на

ранній стадії розвитку цивілізації філософського оформлення: погляд на людську природу як на щось недосконале й здатне змінюватися під впливом людської волі. Цій первісній антропологічній інтуїції І. Мечников протиставляє вже філософські оформлену антропологему давніх греків, яка, на його погляд, зберіглась і в наш час, – ідея досконалості людського тіла та поклоніння перед людською природою. Ця ідея породжує етику особливого типу – метріопатію, погляд на мету морального життя як на прагнення до гармонії з природою. Сам вчений відстоює мінливість та дисгармонію людської природи. Базове слово в його філософському лексиконі – «дисгармонія» – з'являється лише в кінці одеського «Нарису поглядів на людську природу», а вже в пізніх «Етюдах про людську природу» воно наявне від початку. Чим відповідає вчений, який утвердився завдяки точному емпіричному та експериментальному знанню у своєму песимізмі, фундаментальній дисгармонії людської буттєвої структури? Його відповідь – оптимістична програма перетворення людської природи, виправлення та покращення її. У цьому контексті загальна тональність світогляду І. Мечникова може бути позначена оксюмороном «песимістичний оптимізм» або «оптимістичний песимізм». В одеській період віталістичний активізм і проєктивізм поки що сформульовані як базові засади для майбутньої конкретної програми дій. Саму ж програму ортобіозу зі специфічними техніками, інструкціями, рецептами буде вибудовано пізніше, на її розробку підуть десятки років життя.

Здобуток одеського періоду – подолання «юнацького песимізму», на зміну йому приходить більш спокійний та радісний погляд на життя; формування антропологічного кредо: незважаючи на недоцільний устрій людського організму, можливе щасливе існування та раціональна етика. Ми живемо в катастрофічні часи, які відкривають ще небачені ніколи глибини дисгармонії, брутальності, бестіарності людської природи. Резонів для радикального песимізму та відчаю вкрай багато. Тому осмислення досвіду І. Мечникова має великий антропорятівний потенціал. Реактуалізація філософсько-теоретичної спадщини Нобелівського лауреата, життя якого було тісно пов'язане з вітчизняною науковою традицією, демонструє, що його погляди органічно вписуються в сучасні парадигми та дискурси: антропокосмизму, генно-культурної коеволюції, філософії життя, синергетики та ін. Голос Іллі Мечникова має повноцінно звучати в сучасному науковому та філософському просторі, пробуджувати думку, запрошувати до діалогу.

Список використаних джерел

1. Ілля Мечников в Одеському університеті: образ, світогляд, доробок: монографія/ В.М. Хмарський, В.О. Кузнецов, І.В. Голубович та ін.; Одес. нац. ун-т ім. І.І. Мечникова. Одеса: ОНУ, 2025. 256 с.

ПСИХІЧНИЙ СТАН ЯК НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА У ФОРМУВАННІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ В УМОВАХ ВІЙНИ

Овчаренко Леонід Сергійович, д.мед.н., професор,
завідувач кафедри дитячих хвороб ННІПО,
Герасімчук Тетяна Сергіївна, к.мед.н.,
доцент кафедри дитячих хвороб ННІПО,
Кіріцева Олександра Анатоліївна,
лікар-інтерн спеціальності «Педіатрія»,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Анотація. У статті проаналізовано механізми впливу психічного стану дитини на розвиток соматичних захворювань в умовах війни в Україні. Розглянуто специфіку психосоматичних розладів дитячого віку, викликаних тривалим стресовим впливом воєнних подій. Показано, що війна руйнує базове відчуття психологічної безпеки дитини на всіх рівнях – фізичному, емоційному, екзистенційному, що призводить до активації психосоматичних механізмів. Проаналізовано нейрофізіологічні основи соматичних розладів через дисфункцію

гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи та імунологічні зміни. Виявлено вікову специфіку психосоматичних проявів: у дошкільному віці домінують регресивні симптоми (енурез, порушення сну, неспецифічні болі), у молодшому шкільному – головні болі, абдомінальні болі, астенічний синдром, у підлітковому – складні патерни з кардіологічними, дерматологічними проявами, порушеннями харчової поведінки. Особливу увагу приділено ролі порушення прив'язаності та батьківського стресу у формуванні психосоматичної симптоматики. Показано, що вираженість батьківських стресових реакцій є найсильнішим предиктором розвитку психосоматичних розладів у дітей. Розглянуто механізми психологічного захисту та копінг-стратегії, зокрема патогенетичну роль уникнення в посиленні соматичних розладів. Обґрунтовано необхідність комплексного мультидисциплінарного підходу до діагностики та корекції психосоматичних розладів, що включає психотерапевтичні, соціальні інтервенції та обов'язкову роботу з батьками. Підкреслено важливість раннього виявлення та своєчасного втручання для профілактики формування хронічних психосоматичних розладів у дітей, що пережили травматичний досвід війни.

Ключові слова: психосоматичні розлади, дитяча психіка, воєнний стрес, травматичні події, психологічна безпека, соматичні розлади, прив'язаність, психологічна допомога.

MENTAL STATE AS AN INTEGRAL COMPONENT IN THE FORMATION OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN CHILDREN IN WARTIME

Ovcharenko L.S., MD, Professor,
Head of the Department of Pediatrics;
Herasimchuk T.S., PhD, Associate Professor,
Department of Pediatrics;
Kiritseva O.A., Intern in Pediatrics,
Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University

Abstract. This article analyzes the mechanisms by which a child's mental state influences the development of somatic diseases in the context of the war in Ukraine. The paper considers the characteristics of childhood psychosomatic disorders caused by prolonged exposure to war-related stress. It is shown that war undermines a child's basic sense of psychological safety at multiple levels—physical, emotional, and existential-thereby activating psychosomatic mechanisms. The neurophysiological basis of psychosomatic symptoms is examined through dysregulation of the hypothalamic–pituitary–adrenal axis and associated immunological changes. Age-related patterns of psychosomatic manifestations are identified: in preschool children, regressive symptoms (enuresis, sleep disturbances, nonspecific pain) predominate; in primary school-aged children, headaches, abdominal pain, and asthenic symptoms are more common; in adolescents, more complex patterns emerge, including cardiac and dermatological symptoms as well as disordered eating behaviors. Particular attention is paid to the role of attachment disruption and parental stress in shaping psychosomatic symptomatology. The severity of parental stress reactions is identified as a strong predictor of psychosomatic disorders in children. Psychological defense mechanisms and coping strategies are discussed, with emphasis on the pathogenic role of avoidance in exacerbating somatization. The study substantiates the need for a comprehensive multidisciplinary approach to diagnosis and management, including psychotherapeutic and social interventions and mandatory work with parents. The importance of early identification and timely intervention is emphasized to prevent psychosomatic disorders from becoming chronic in children exposed to war-related trauma.

Keywords: psychosomatic disorders; children's mental health; war-related stress; traumatic events; psychological safety; somatization; attachment; psychological support.

Вступ. Збройне протистояння на території України, що розгорнулося з 2014 року та трансформувалося у широкомасштабну війну з лютого 2022 року, сформувало критичні умови для захисту та підтримання психоемоційної та соматичної цілісності дитячої популяції.

Тимчасова окупація Автономної Республіки Крим і міста Севастополь, а також тривалі бойові дії на українських теренах спричинили фундаментальні трансформації життєвого устрою населення незалежно від географічної локації проживання.

Серед найбільш вразливих соціальних груп особливе місце посідають діти, зокрема ті, хто безпосередньо перебуває в зонах активних військових бойових дій або був змушений здійснити вимушене переміщення. За даними літератури та методичних рекомендацій, результати досліджень свідчать, що вплив травматичних подій, включно з воєнними, призводить до формування психопатологічних проявів у частини постраждалих осіб, тоді як у інших спостерігаються субклінічні симптоми, поведінкові та афективні порушення, що негативно впливають на соціальну адаптацію та функціонування. [8, с. 26–27]

Статистичні дані, представлені міжнародною організацією UNICEF, свідчать про стійкий негативний вплив повномасштабної війни на психічне здоров'я дітей. Серед найбільш поширених проявів фіксуються емоційна нестабільність, дратівливість, підвищена тривожність, чутливість до гучних звуків, порушення сну та ознаки травматичних переживань. Додатковими чинниками ризику виступають страх, відчуття невизначеності та соціально-економічні труднощі, з якими стикаються сім'ї. У сукупності з аналітичними оцінками міжнародних партнерських організацій ці дані дозволяють припустити, що значна кількість дітей в Україні перебуває у групі підвищеного ризику розвитку депресивних, тривожних і посттравматичних симптомів із можливими довготривалими наслідками. [5, с.10-12]

Психічна організація дитячого віку характеризується підвищеною емоційною нестійкістю та чутливістю до екзогенних стресових факторів, що зумовлено незавершеністю формування психологічних захисних механізмів, функціональним призначенням яких є редукція впливу стресових чинників та збереження психічної інтегрованості. Ця онтогенетична особливість детермінує підвищену сприйнятливість дитини до деструктивного впливу воєнних реалій. Такі впливи на індивідуум (особливо дитину) створюють сприятливий ґрунт для формування психосоматичних розладів, за яких психоемоційне напруження трансформується у соматичні симптомокомплекси.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Проблематика психосоматичних розладів характеризується тривалою традицією наукового осмислення у світовій психологічній та медичній науці.

З. Фрейд запропонував концептуальне розуміння механізму конверсії, згідно з яким інтрапсихічні конфлікти можуть знаходити своє вираження через соматичні симптоми. Ф. Александер у фундаментальній праці "Психосоматична медицина" (1950) емпірично обґрунтував положення про те, що хронічний стрес, нерозв'язані внутрішньо особистісні конфлікти та пролонговане емоційне напруження виступають етіологічними чинниками соматичних захворювань, систематизувавши класичну «святу сімку» психосоматичних хвороб. [2, с. 148–153; 3, с. 10–25; 96–115]

Систематичні дослідження впливу воєнних конфліктів на психічне здоров'я дитячої популяції активно провадилися після збройних протистоянь у В'єтнамі, Іраку, Афганістані, на Балканах та Близькому Сході. Б. ван дер Колк у монографії "Тіло пам'ятає" (2014) детально описав механізми, за якими психотравматичний досвід воєнних подій трансформується у соматичні симптомокомплекси. [6, с. 97]

У національному науковому просторі дослідження психосоматичних проявів у дитячої популяції в умовах воєнного конфлікту представлені у працях Т.М. Титаренко, Т.С. Кириленко, Н.Ю. Максимової, К.Л. Мілютіної, І.О. Корнієнко, О.А. Блінова, В.Г. Панка та інших українських науковців. Результати емпіричних досліджень дітей, які з 2014 року перебували у зоні активних бойових дій на території Луганської та Донецької областей, виявили критично високу поширеність астенічних станів, емоційної нестабільності та соматичних скарг (97,6% обстежених дітей). [4, 8, 9, 12, 13, 16, 17, 20]

Водночас, незважаючи на значний обсяг наукових розробок, специфіка психосоматичних розладів серед дитячої популяції в контексті тривалого збройного конфлікту та повномасштабної війни в Україні потребує подальшого поглибленого вивчення, особливо в аспекті розробки валідних діагностичних програм та ефективних стратегій психологічної інтервенції. [4, 8, 9, 10, 19]

Мета роботи. Встановити значимість психоемоційного стану у генезі психосоматичних розладів серед дитячої популяції в умовах війни, розглянути психофізіологічні механізми формування даної патології, визначити онтогенетичні особливості клінічних проявів та обґрунтувати необхідність інтегративного підходу до організації психологічної допомоги.

Виклад основного матеріалу. Розглянемо **концептуальні основи психосоматичних розладів у контексті воєнної травматизації.** Термін "психосоматичні розлади", етимологічно пов'язаний з грецькими поняттями "psyche" (душа) та "soma" (тіло), визначає клас патологічних станів, за яких емоційні та когнітивні процеси безпосередньо детермінують фізіологічні дисфункції організму. Психосоматичне захворювання є емерджентною властивістю організму як системи, що виникає виключно через взаємодію психічної та соматичної підсистем із зовнішнім середовищем. Сучасна нозологічна класифікація виділяє декілька категорій психосоматичних розладів. Класичні психосоматичні захворювання пов'язані з наявністю хронічної емоційної дисрегуляції (функціональна диспепсія, бронхіальна астма, артеріальна гіпертензія, мігрень, дерматози). Функціональні психосоматичні порушення характеризуються відсутністю морфологічних змін при вираженій симптоматиці (синдром подразненого кишківника, соматоформна вегетативна дисфункція). Психосоматичні розлади адаптації виникають внаслідок декомпенсації адаптаційних механізмів у відповідь на екстремальні стресори. Згідно з МКХ-10, систематизовано соматизовані психологічні розлади, психогенні реакції, власне психосоматичні захворювання та реакції на екзогенний характеру впливу. [15, с. 212-221]

Війна предметно-соціальний чинник деструкції психологічної безпеки та каталізатор психосоматичних розладів. Психологічна безпека визначає фундаментальну базову потребу, критичну для формування довіри до соціуму у дитячому віці. Війна руйнує це відчуття на всіх рівнях організації особистості – фізичному, емоційному, екзистенційному. Воєнні дії створюють комплекс специфічних стресорів, що об'єднуються під концептом "несприятливий дитячий досвід": безпосередня загроза життю (у 30% дітей), руйнування звичного середовища, втрата близьких (у 18,6%), вимушене переміщення (у 61%), порушення соціальних зв'язків, окупація (більше 83%), розлука з близькими (для 7,2 % дітей). Емпіричні дослідження засвідчують, що лише 12% українських дітей не зазнали жодної травматичної події пов`язаної з війною, тоді як значна частина демонструють соматичні скарги. Превалюючими суб'єктивними симптомами є диссомнічні явища (у 96,8% дітей), дратівливість (у 68,5%), когнітивні дисфункції (у 51,0%), тривожність (у 50,4%), астенізація (у 42,4% дітей), а також загострення наявних хронічних порушень таких як (енурез, тики, заїкання). Критично важливим є те, що адаптаційна здатність дитини обмежена через незрілість механізмів психологічного захисту, що детермінує підвищену схильність до психосоматичних розладів в умовах психічного дистресу. [13, с. 3-5, 9-32, 34-66, 94; 14, с. 36-47]

Прослідкується логістика як нейрофізіологічні механізми психічного стресу трансформуються у соматичні симптоми. Патофізіологічною основою психосоматичних порушень є дисфункція гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи (ГГН-система). Відповідно до концепції загального адаптаційного синдрому, пролонгований стресовий вплив стимулює гіперсекрецію кортизолу та катехоламінів, які ініціюють каскад патофізіологічних змін що в подальшому призводить до формування артеріальної гіпертензії, гастроінтестинальних дисфункцій, імуносупресивних станів. У дітей, що перебувають під впливом довгострокового воєнного стресу, відбувається постійна активація стрес-реалізуючих механізмів з кумулятивним ефектом на стадії виснаження, саме в цей час виникають маніфестні прояви психосоматичних розладів. Модель психонейроендокринноімунологічної регуляції розглядає функціональні взаємозв'язки між психічними процесами, нервовою та імунною системами (процеси нейро-ендокринно-імунної регуляції). Стресові події активують ГГН-систему та симпатичний відділ центральної нервової системи, що призводить до зміни функціонування імунної системи, зниженню резистентності організму та сприяють розвитку

гострих та формуванню хронічних захворювань. Нейробіологічні дослідження виявили структурні зміни у мозку дітей з посттравматичним стресовим розладом, включаючи атрофію гіпокампу та дисфункцію амігдали, що корелюють з підвищеною соматичною тривожністю через порушення регуляції емоційних станів та відповіді на стресові впливи. [1, с. 99-103]

Важливу роль відіграє онтогенетична специфіка у формуванні психосоматичних змін. Клінічна картина психосоматичних розладів демонструє виражену вікову специфічність, зумовлену особливостями психічного розвитку дитини. [6,7, 10, 11]

У дошкільному віці (0-6 років) психосоматичні розлади проявляється регресивними симптомами: енурез, диссомнічні явища з нічними кошмарами, абдомінальні болі неспецифічного характеру, підвищена афективна лабільність. Діти не здатні вербалізувати переживання, тому емоційна напруга екстерналізується через соматичні канали. Характерною є генералізована тривожність, гостра реакція на гучні звуки (у 77% дітей), значна амплітуда коливань нервових процесів, вираженість сепараційної тривоги.

Молодший шкільний вік (6-11 років) характеризується появою екзистенційного страху смерті. Психосоматичні прояви стають більш диференційованими: цефалгії напруження, абдомінальні болі без органічної основи, астенічний синдром, соматоформна вегетативна дисфункція. Особливо характерним є психогенний біль різної локалізації. Виражена тенденція до відтворення травматичного досвіду в ігровій діяльності, що супроводжується соматичними реакціями (тахікардія, гіпергідроз, тремор).

Підлітковий період (11-18 років) характеризується складними психосоматичними патернами: порушення функціонування серцево-судинної системи, органів дихання, псевдоневрологічні симптоми такі як: (запаморочення, синкопальні стани), дерматологічні прояви, порушення харчової поведінки. Цей період фізіологічних гойдалок між безпорадністю та всемогутністю особи створює додаткову психологічну напругу, що потенціює формування психосоматичних розладів.

Загальносоціальні, внутрішньосімейні людські взаємовідносини як серед дорослих так і серед дітей(особливо) визначають значимість системи прив'язаності у генезі психосоматичних розладів. Порушення або загроза втрати первинних об'єктів прив'язаності виступає потужним стресором, що ініціює каскад психосоматичних реакцій. Дезорганізований тип прив'язаності, що формується внаслідок травматичного досвіду, детермінує підвищену частоту соматичних скарг та знижену здатність до емоційної саморегуляції. Психоемоційна недоступність батьків, які самі перебувають у стресовому стані, порушує формування базової безпеки у дитини. Вираженість стресових реакцій у батьків є одним з найпотужнішим тригером відносно розвитку психосоматичних розладів у дітей. Батьківська тривога транслюється дитині на вербальному та невербальному рівнях, формуючи катастрофічне сприйняття реальності та підвищену схильність до формування психосоматичних розладів. Емпіричні дані демонструють, що лише 6,5% українських матерів оцінюють місце перебування, помешкання як безпечне, при тому 93,5% респондентів турбує необхідність евакуації, що створює замкнене коло: Батьки, які знаходяться в стресовому стані не взмозі забезпечити психічну та поведінкову стабільність дитини, що посилює її психоемоційну травматизацію та в свою чергу, підвищує батьківську тривогу. [12, с. 5-15; 16, с.78-82]

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виступає ключовим медіатором психосоматичних проявів у дітей, що пережили воєнну травму або знаходяться під її впливом. Ризик розвитку ПТСР у дитячій популяції в умовах війни зростає до 20-25% порівняно з 7% у мирний час. Симптоматична структура ПТСР включає чотири кластери, кожен з яких пов'язаний зі специфічними соматичними проявами. Інтрузивні симптоми (флешбеки, нічні кошмари, психологічний дистрес) супроводжуються вегетативними кризами з тахікардією, гіпергідрозом, дихальними розладами, торакалгією. Уникнення травматичних спогадів, хоча забезпечує короткочасне полегшення, у довгостроковій перспективі підтримує проблему, призводить до м'язової напруги з розвитком міофасціальних больових синдромів та хронічних цефалгій напруження. Негативні когнітивні та афективні зміни проявляються через

порушення апетиту, хронічної астенізації, зниження імунної відповіді. Гіперзбудливість призводить до виснаження організму та розвитку соматичних захворювань. [18, с. 234-248]

На сьогодення вкрай необхідні програми формування механізмів психологічного захисту які змогли би вплинути на процеси формування психосоматичних розладів. У критичних умовах війни важливу роль відіграють методики та програми психологічного захисту а також копінг-стратегії. Виділяють три форми переживання дітьми критичних ситуацій. Реактивна форма характеризується фобічними станами, нервово-психічною напругою, включенням ситуаційних захисних автоматизмів. Саме на цій стадії найбільш вірогідне формування психологічних розладів (соматизація), оскільки психіка дитини не справляється з переробкою та опрацюванням травматичного досвіду. Опанувальна форма передбачає усвідомлення ситуації та використання адаптивних копінг-стратегій, на цій стадії соматичні симптоми можуть редукуватися за наявності психологічної підтримки. Захисно-компенсаторна форма характеризується формуванням стильових захисних автоматизмів, тоб то мимовільних неусвідомлених компонентів діяльності людини.

Одним з найбільш поширених патогенетично обумовлених механізмів, є стратегія уникнення. Хоча вона може забезпечити короткочасне полегшення, проте у тривалій перспективі посилює можливості формування психосоматичних розладів, оскільки мозок не опрацьовує спогади повністю, що свідчить про наявність психо травматизації.

Відповідно до основних клінічних проявів виникає доцільність формування терапевтичних стратегій. Дослідження виявляють широкий спектр психосоматичних проявів: підвищену втомлюваність, загострення хронічних захворювань, гастроінтестинальні дисфункції, цефалгії, кардіореспіраторні розлади (у 97,6% дітей). Емоційні прояви включають загострення страхів, тривожні стани (у 50,4%), афективну лабільність. Когнітивні дисфункції (у 51,0%дітей) впливають на навчальну здатність. Поведінкові прояви включають диссомнічні явища (у 96,8%дітей), регресивні форми поведінки [17, с. 6-28; 18, с. 234-248; 20, с. 78-82]

Діагностична програма потребує мультидисциплінарного підходу з ретельним аналізом анамнезу травматичних подій, використанням стандартизованих інструментів та критеріїв DSM-V. Терапевтичні інтервенції мають бути комплексними: травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія демонструє високу ефективність у редукції психологічних та соматичних симптомів; EMDR-терапія сприяє інтеграції травматичних спогадів. Ігрова, пісочна та арт-терапія ефективні для дітей молодшого віку, що не можуть вербалізувати переживання. Критично важливим є сімейне консультування та стабілізація батьківського стану, оскільки матір з батьком знаходячись в стресовій ситуації не взмозі забезпечити дитині необхідну підтримку.

Висновки. Проведений аналіз дозволяє констатувати, що психічний стан дитини відіграє центральну роль у генезі психосоматичних розладів в умовах війни, виступаючи як первинним етіологічним чинником, так і медіатором тяжкості клінічних проявів. Звертає на себе увагу критична поширеність психосоматичної симптоматики серед української дитячої популяції: 97,6% дітей демонструють соматичні скарги, при цьому лише 12% не зазнали травматичного впливу війни. Превалюючими проявами є диссомнічні явища (96,8%), дратівливість (68,5%), когнітивні дисфункції (51,0%), тривожність (50,4%).

Патофізіологічною основою психосоматичних розладів є дисфункція гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи з гіперсекрецією кортизолу та катехоламінів, що ініціюють каскад патофізіологічних змін: артеріальну гіпертензію, гастроінтестинальні дисфункції, імуносупресію. Нейробіологічні зміни (атрофія гіпокампу, дисфункція амігдали) у дітей з ПТСР корелюють з підвищеною соматичною тривожністю та схильністю до формування психосоматичних розладів.

Встановлено виражену онтогенетичну специфічність психосоматичних проявів: у дошкільному віці домінують регресивні симптоми та генералізована тривожність; у молодшому шкільному віці – цефалгії напруження, абдомінальні болі, астенічний синдром; у підлітковому періоді – складні психосоматичні паттерни (кардіалгії, псевдоневрологічні симптоми, дерматологічні прояви).

Система прив'язаності та батьківський психоемоційний стан виступають критичними модераторами формування психосоматичних розладів; вираженість батьківських стресових реакцій є найпотужнішим тригером у розвитку процесу психосоматизації серед дітей. Посттравматичний стресовий розлад, ризик розвитку якого зростає до 20-25% у воєнних умовах, виступає ключовим медіатором психосоматичних проявів. Кожен симптоматичний кластер (інтрузії, уникнення, негативні когнітивні зміни, гіперзбудливість) має специфічні соматичні кореляти, що підтверджує психосоматичну природу ПТСР.

Діагностика психосоматичних розладів у дітей в умовах війни потребує мультидисциплінарного підходу з використанням стандартизованих інструментів та обов'язковим урахуванням травматичного анамнезу. Терапевтичні інтервенції мають бути комплексними та включати травмо-фокусовану когнітивно-поведінкову терапію, EMDR-терапію, творчі методи роботи для молодших дітей та обов'язкове сімейне консультування зі стабілізацією батьківського стану.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці специфічних протоколів діагностики та лікування психосоматичних розладів у дитячій популяції в умовах тривалого воєнного конфлікту, створенні валідних діагностичних інструментів, адаптованих до українського контексту, та лонгітюдінальних досліджень віддалених наслідків воєнної психотравматизації на соматичне здоров'я дітей.

Список використаних джерел

1. Ader, R., Cohen, N., & Felten, D. (1995). Psychoneuroimmunology: Interactions between the nervous system and the immune system. *The Lancet, 345*(8942), 99–103. URL: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(95)90066-7 (дата звернення: 15.11.2025).
2. Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine: Its principles and applications*. New York, NY: W. W. Norton & Company. URL: https://openlibrary.org/books/OL6069766M/Psychosomatic_medicine_its_principles_and_applications/ *(дата звернення: 18.12.2025)*
3. Freud, S. (1915). Repression. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 146–158). London, UK: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. URL: https://pep-web.org/browse/document/SE.014.0141/ *(дата звернення: 18.12.2025)*
4. Korniienko, I. O., Lisovetska, I. M., Lutsenko, Y. A., & Romanovska, D. D. (2017). Досвід надання допомоги дітям і сім'ям – жертвам військового конфлікту. Український науково-методичний центр практичної психології і соціальної роботи, м. Київ, Україна. URL: https://lib.iitta.gov.ua/709040/ *(дата звернення: 18.12.2025)*
5. UNICEF. Життя дітей під час війни. Лютий 2024 року. URL: https://www.unicef.org/ukraine/media/43321/file/The%20summary%20report%20of%20the%20Survey%20of%20Ukrainian%20parents_ua.pdf.pdf (дата звернення: 15.11.2025).
6. van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking. URL: https://www.penguinrandomhouse.com/books/304759/the-body-keeps-the-score-by-bessel-van-der-kolk-md/ *(дата звернення: 18.12.2025)*
7. Weiss, D. S., Marmar, C. R., et al. (1992). The prevalence of lifetime and partial post-traumatic stress disorder in Vietnam theatre veterans. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 365–376. URL: https://doi.org/10.1002/jts.2490050304 *(дата звернення: 18.12.2025)*
8. Блінов О. А., Максименко С. Д., Черненко І. О. Опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу: методичні рекомендації. Київ: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2016. URL: https://www.researchgate.net/publication/326411719_OPITUVALNIK_SKRININGU_POSTTRAVMATICNOGO_STRESOVOGO_ROZLADU_OS_PTSR *(дата звернення: 18.12.2025)*
9. Кириленко Т. С. (2007). *Емоційна сфера особистості* (навч. посіб.). Київ: Либідь.
10. Кирпенко Т. М., Бохонкова Ю. О. (2017). *Механізми психологічного самозахисту підлітків*. Монографія. СНУ ім. В. Даля, м. Сєвєродонецьк, Україна. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/717705/ *(дата звернення: 18.12.2025)*

11. Kostiuk, O., & Lesinskiene, S. (2023, жовтень). *How preschool children in Lithuania perceive the war in Ukraine: analysis of drawings.* ResearchGate. URL: https://www.researchgate.net/publication/376274035_How_preschool_children_in_Lithuania_perceive_the_war_in_Ukraine_analysis_of_drawings *(дата звернення: 18.12.2025)*

12. Максимова Н. Ю. (2015). Типологія сімей, які потребують соціально-психологічної допомоги. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Соціальна*. URL: https://lib.iitta.gov.ua/710234/1/%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%8C%D1%8F%20%D0%BA%D0%B0%D1%84%D0%B5%D0%B4%D1%80%D0%B8.pdf *(дата звернення: 18.12.2025)*

13. Матвійчук О. О. (2024). Особливості психічного здоров'я молоді, яка пережила травматичний досвід війни. *Національний університет «Острозька академія».* URL: https://theses.oa.edu.ua/DATA/14973/Матвійчук%20О.,%20Магістерська.pdf *(дата звернення: 18.12.2025)*

14. Мельник Н. В. (2024). Вплив воєнного стану на емоційну сферу дошкільників з освітніми труднощами. Херсонський державний університет. URL: https://ekhsuir.kspu.edu/server/api/core/bitstreams/3e88b02a-aeec-4347-93d1-a87eb9fcb10b/content *(дата звернення: 18.12.2025)*

15. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Десятий перегляд. Австралійська модифікація. Табличний перелік. Десяте видання. 1 липня, 2017 року. С. 212 *URL: https://www.scribd.com/document/475364277/MKX-10-AM-pdf (дата звернення: 08.12.2025)*

16. Мілютіна, К. (2018). Модель емпіричного дослідження наслідків дитячого досвіду у дорослому житті. *Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології", 2(14),* с. 78–82.

17. Панок В. Г. Психологічна служба в системі освіти України: стратегії розвитку. *Психологія і суспільство*, 2014, № 4, с. 6–28.

18. Перес Г. Психосоматичні симптоми у біженців із зон воєнних конфліктів. *Журнал біженців та міграційних досліджень*, 2019, т. 15, № 2, с. 234–248.

19. Психологічна підтримка та допомога дітям, які пережили травматичні події. Навчально-методичний посібник / авт.-упоряд. Н. Вааранен-Валконен, Н. Заварова; за заг. ред. О. Калашник. Київ, 2022. URL: https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi74/0054602.pdf (дата звернення: 21.11.2025).

20. Титаренко Т. М. (2018). *Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації*. *Київ*: Марич. 160 с.

ФІЛОСОФСЬКО-АНТРОПОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ: МІЖ ВІДНОВЛЕННЯМ НОРМИ ТА МЕДИКАЛІЗАЦІЄЮ ТІЛЕСНОСТІ

Бондарева Софія Андріївна,
здобувач першого (бакалаврського) рівня вищої освіти;
Черненко Олена Євгенівна,
канд.фіз.вих., доцент, доцент ЗВО кафедри ФРСМФВіЗ,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Фізична терапія в контексті реабілітації працює з тілесністю не як з абстракцією, а як із повсякденним досвідом людини, де стикаються потреба відновити функцію і право жити своїм тілом. Проблема тілесності тут полягає в тому, що фізична терапія, намагаючись реалізувати «норму» (наприклад, знову ходити без болю), фактично встановлює жорстку межу між «нормальним» (функціональним) і «дефектним» (хворим) станом. Це створює конфлікт: з одного боку – влада медичного протоколу, який диктує, як тіло має рухатися, а з іншого – свобода пацієнта, який прагне використовувати своє тіло як інструмент задоволень (наприклад, повернутися до хобі, роботи, інтимного життя).

Ця боротьба за контроль є особливо відчутною при хронічних хворобах. Постійні вправи та візити до фізичного терапевта, хоча й необхідні для підтримки якості життя, можуть перетворитися на нову залежність – людина стає залежною від системи і процедур, щоб підтримувати функцію, замість того, щоб просто жити. На рівні рівності/нерівності, якісна реабілітація доступна не всім, що створює прірву між тими, хто може дозволити собі контроль над своїм тілом, і тими, хто ні.

Варто зазначити, що влада над людиною через тілесність проявляється не лише в реабілітації, але і в реанімації, яка стає крайнім актом медичного контролю, що виключає волю людини. Нарешті, завдяки діагностиці (МРТ, УЗД) наше тіло стало прозорим, що живить медикалізацію життя: «Пастка медикалізації» полягає в тому, що дорога до тіла без болю та життя без патологій вибудовується через самопатологізацію: формування у людини пацієнтської свідомості, надмірної тривоги за своє здоров'я та, як результат, зростання залежності від медичного знання»[1]. Тепер ми постійно «моніторимо» себе, а фізична терапія може стати не лише лікуванням, а й постійним способом «підтримки» здоров'я, стираючи межу між «турботою» і «надмірним контролем».

Фізична терапія постійно визначає та прагне реалізувати «норму» функції (наприклад, правильний паттерн ходи або згинання руки), встановлюючи жорстку межу між тим, як тіло має працювати, і тим, як воно реально працює після травми. Це провокує зіткнення влади лікарів і протоколів зі свободою пацієнта – його правом використовувати тіло як інструмент задоволень (від спорту до простих побутових речей). У випадку хронічних захворювань постійні візити до фізичного терапевта та вправи, які здаються необхідними, можуть стати новою залежністю – людина більше не може обійтися без системи для підтримання мінімальної якості життя.

Проблема рівності/нерівності виникає, коли доступ до якісної реабілітації перетворюється на привілей. Кульмінацією влади над людиною через тілесність є реанімація, де медичний контроль стає абсолютним, повністю ігноруючи автономію. В умовах сучасності, де діагностика робить тіло прозорим, відбувається медикалізація життя, і фіхична терапія стає не лише лікуванням, а й постійною спробою «оптимізувати» себе, що лише посилює цей тотальний контроль.

Сучасна реабілітація, посилена прозорістю тіла та медикалізацією, має переосмислити свою владу. Її місія не повинна зводитися до механічного повернення «норми» або лише до підтримки тіла-інструменту задоволень. Справжня мета реабілітації – досягнення максимальної автономії та рівності для людини, визнаючи її унікальний, не завжди «нормативний» тілесний досвід. Таким чином, успіх реабілітації вимірюється не лише відновленням функцій, а й відновленням контролю пацієнта над власним життям та його тілом.

Аналіз проблеми тілесності у фізичній терапії демонструє суперечливу природу сучасної реабілітації. З одного боку, вона спрямована на відновлення функціональності, а з іншого – стає інструментом встановлення жорсткої медичної «норми», що обмежує автономію особистості. Прагнення до тіла без болю часто призводить до формування свідомості та залежності пацієнта/клієнта від медичних систем, перетворюючи турботу про здоров'я на тотальний контроль. Таким чином, фізична терапія потребує переосмислення: від жорсткого протоколу до підходу, який поважає право людини на власну тілесність та свободу за межами медичних показників.

Список використаних джерел

1. Іванов О.О. Біотехнологізація та медикалізація здоров'я: панацея чи пастка. *Філософські, методологічні та психологічні аспекти актуальних проблем сучасності*: матеріали ІІІ Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 20 травня 2020 р.). Одеса: ПНПУ ім. К. Д. Ушинського, 2020. С. 53-55.

БІОТЕХНОЛОГІЧНИЙ ДИЗАЙН ТІЛЕСНОСТІ: ВІД СОЦІАЛЬНОЇ НОРМОВАНОСТІ ДО ГЕНЕТИЧНОГО ПОКРАЩЕННЯ В СПОРТІ

Косс Андрій, аспірант
кафедри філософії Національного технічного університету
«Харківський політехнічний інститут»

Анотація. У статті здійснено соціально-філософський аналіз феномену біотехнологічного дизайну тіла як сучасної антропотехніки, що реалізується в умовах епохи NBICS-технологій. Досліджено трансформацію біовлади від репресивних механізмів до «ліберальної євгеніки», де відповідальність за стан тілесного капіталу покладається на самого індивіда. Тіло розглядається як центральний проєкт ідентичності та ключовий маркер культури та соціального статусу. Особливу увагу приділено генетичному допінгу у професійному спорті як експериментальному майданчику для радикального дизайну тіла.

Ключові слова: біотехнологічний дизайн тіла, NBICS-технології, біовлада, антропотехніки, ліберальна євгеніка, соматичне суспільство, Покращені ігри.

Abstract. This article provides a socio-philosophical analysis of the phenomenon of biotechnological body design as a contemporary anthropotechnical practice implemented in the era of NBICS-technologies. It examines the transformation of biopower from repressive mechanisms to "liberal eugenics", where responsibility for the state of one's bodily capital is placed on the individual. The body is considered a central identity project and a key marker of culture and social status. Particular attention is paid to professional sports as an experimental platform for radical body design.

Key words: biotechnological body design, NBICS-technologies, biopower, anthropotechnics, liberal eugenics, somatic society, Enhanced Games.

Актуальність теми. Сучасна епоха NBICS-технологій все більше розмиває межу між лікуванням хвороб, профілактикою та технологічним вдосконаленням людини. Тіло перетворюється на проєкт, що підлягає постійній оптимізації, а зовнішність і здоров'я тіла стають ключовими маркерами соціального статусу та культурного капіталу кожного індивіда. Цей тренд вимагає переосмислення класичних категорій біовлади та етики в контексті новітніх біоінженерних та фармацевтичних практик.

Метою роботи є соціально-філософський аналіз феномену біотехнологічного дизайну тіла як сучасної антропотехніки, що реалізується через механізми біовлади та радикальні практики вдосконалення в спорті. Для досягнення мети поставлено такі **завдання**:

1) Розкрити механізми переходу від репресивної біовлади до «ліберальної євгеніки» та персоналізованої відповідальності за тілесний капітал.

2) Визначити роль тіла як маркера соціального статусу та інструмента нормалізації в соматичному суспільстві.

3) Проаналізувати концепцію антропотехнік як філософський фундамент для десакралізації медико-фармацевтичних втручань.

4) Дослідити практичне втілення ідеї-проєкту технологічного вдосконалення на прикладі «Покращених ігор» та механізмів генетичного допінгу.

Об'єктом дослідження є сучасні біотехнологічні та медичні практики модифікації людини. **Предметом дослідження** виступають соціально-філософські та методологічні засади проєктування тілесності в умовах становлення сучасної медицини.

Наукова новизна полягає у проведенні соціально-філософського аналізу ідеї-проєкту «Покращених ігор» крізь призму теорії антропотехнік Петера Слотердайка та біовлади Мішеля Фуко. У роботі обґрунтовано, що сучасний генетичний допінг у спорті не є девіацією, а є закономірним етапом переходу від «ліберальної євгеніки» до радикального біотехнологічного дизайну людини.

Методологічна лінія антропотехнік біовлади формування тіла і тілесності представлена: концепцією «біовлади як продуктивної сили анатомо-політики та біополітики» Мішеля Фуко; концепцією «політики самого життя» Ніколаса Роуза; теорією «соматичного суспільства» Браяна Тернера; категорією «тілесного габітусу» П'єра Бурдьє; ідеєю

«нормативності» Кеті Девіс; концепцією «антропотехніки як вертикальної напруги самотворення» Петера Слотердайка; ідеєю-проєктом «Покращених ігор, як революційної альтернативи Олімпійським іграм» Арона Д'Соуза; тезою «розмивання диференціації між терапевтичним відновленням та допінговим покращенням в медико-біотехнологічних практиках» Тімоті П'ятковскі, Люка Тернока, Ніка Гіббса та Кемерона Даффа; методологією «цільового генетичного реінжинірингу тілесності» Філомени Маццео, Гаетано Альтавілли, Франчески Д'Елії та Гаетано Райоли.

Основна частина. Варто зазначити, що історично євгеніка асоціювалася з державним примусом та репресивними програмами, проте у першому томі «Історії сексуальності» (1976) Мішель Фуко відзначає, що сучасна влада діє продуктивніше, заохочуючи та встановлюючи норми на біологічному рівні. Це робить її механізми м'якшими та всепроникними. Сьогоднішня «ліберальна євгеніка» ґрунтується не на законах, а на біологічних нормах успіху, які транслюються через медіа та цифрові платформи. Ніколас Роуз у праці «Політики самого життя» (2001) зазначає, що кожна особа бере на себе моральну відповідальність за управління власним генетичним та тілесним капіталом. Втручання в організм подається вже не як зовнішній примус, а як інвестиція в «кращу версію себе», що робить сучасну біовладу м'якою, але водночас всепроникною [1, с. 68–69]. Браян Тернер у праці «Тіло і суспільство: дослідження в соціальній теорії» (2012) зазначає, що тіло стає центральним проєктом ідентичності особистості. Спираючись на категоріальний апарат П'єра Бурдьє, можна стверджувати, що соціальна нерівність буквально вкарбовується у фізичні параметри людини [1, с. 70]. Популяризовані стандарти краси стають свідченням доступу до ресурсів та знань, перетворюючи тіло на наочне підтвердження приналежності до більш успішного соціального класу. Кеті Девіс у праці «Перетворення жіночого тіла: дилема косметичної хірургії» (1995) зазначає цікавий парадокс, що мотивацією для більшості технологічних втручань у зовнішність жінок є не стільки прагнення до ідеалу, скільки бажання відповідати «нормі» та бути прийнятими у суспільстві [1, с. 70]. Таким чином, біотехнологічний дизайн тіла стає інструментом соціальної адаптації і синонімом успішності.

Петер Слотердайк у праці «Ти мусиш змінити своє життя» (2013) розглядає еволюцію людства як специфічну історію практик самовдосконалення. У межах цього філософського вчення людина є істотою, що конструює свою особистість через повторення [2, p.4]. У цій парадигмі немає різниці між йогою і щоденним прийомом статинів: і те, й інше є «операцією», що покращує стан людини. Цей підхід десакралізує медично-фармацевтичні практики, ставлячи їх в один ряд з іншими техніками самовдосконалення. На нашу думку, найбільш радикально ці тенденції проявляються у сфері професійного спорту, де сучасні медичні та біофармацевтичні втручання дозволяють атлету технологічно долати власні природні обмеження. Арон Д'Соуза розглядає «Покращені ігри» як революційну альтернативу Олімпійським іграм і зазначає, що ця ідея-проєкт базується на чотирьох фундаментальних тезах: по-перше, допінги системно використовуються в елітному спорті, а заборона сприяє ще більш небезпечному системному їх використанню, спортсмени починають використовувати допінги, які важче виявити; по-друге, інтеграція біотехнологій у спорт розглядається як закономірний еволюційний крок до розширення людського потенціалу; по-третє, наголошується на праві атлетів самостійно розпоряджатися власним тілом і приймати рішення про покращення показників під медичним контролем, як це прийнято в інших ризикованих професіях; по-четверте, ініціатива критикує олімпійську модель за етичні подвійні стандарти, фінансову експлуатацію учасників на тлі масштабної реклами шкідливої їжі та алкоголю [3, p. 1]. Одночасно з цим Тімоті П'ятковскі, Люк Тернок, Нік Гіббс та Кемерон Дафф стверджують, що межа між вживанням психоактивних речовин у терапевтичних цілях та застосуванням допінгу з метою покращення стає все більш прозорою [4, p. 11]. Ейвінд Сандбакк та Сігмунд Лоланд зазначають, що у Німецькій Демократичній Республіці під час Холодної війни вже впроваджувалась аналогічна програма (в 1970–1980 роках), яка мала короткостроковий міжнародний успіх і довгострокові негативні наслідки для спортсменів [3, p. 1].

Філомена Маццео, Гаетано Альтавілла, Франческа Д'Елія та Гаетано Райола підкреслюють, що в сучасних реаліях генетичний допінг, який використовує рекомбінантні вірусні вектори, стає практичним втіленням антропотехнік самовдосконалення. Доставка цих генетичних конструкцій в організм може здійснюватися кількома способами: генетичний матеріал інкапсулюється у вірус (наприклад, аденовірус або ретровірус) або в ліпід (ліпосому). При цьому віруси модифікують («знешкоджують») таким чином, щоб вони більше не були патогенними. Отриманий вектор вводиться в організм шляхом прямої ін'єкції в цільовий орган або за допомогою аерозолю для доставки в легені. Крім того, можливий метод модифікації клітин ex vivo: клітини ізолюють у пацієнта, обробляють вектором у лабораторних умовах, а потім повторно імплантують їх в організм. Це дозволяє атлету цілеспрямовано змінювати власну фізіологію для покращення результатів [5, p. 1671]. Спираючись на дані дослідників, можна виділити наступні вектори модифікацій за їхнім функціональним призначенням:

1) **Для одночасного розвитку сили та витривалості** використовується ACE (Ангіотензин-перетворювальний фермент), який впливає на скелетні м'язи. «Варіант I» (ACE-I) оптимізує м'язову роботу для витривалості; «варіант D» (ACE-D) асоціюється з розвитком швидкості та сили.

2) **Для розвитку швидкості та витривалості** використовується PPAR-δ та ACTN2, 3. PPAR-δ (Рецептор, що активується проліфератором пероксисом типу дельта) діє через скелетні м'язи та жирову тканину, регулює метаболізм жирів та збільшує частку повільних м'язових волокон. ACTN2, 3 (Альфа-актиніни) впливають на роботу швидких м'язових волокон; білок ACTN3 є критичним для генерації «вибухової сили».

3) **Для розвитку витривалості** використовуються Ендорфіни та Енкефаліни, EPO, HIF та VEGF. Ендорфіни та енкефаліни впливають на ЦНС та периферичну нервову систему, діючи як внутрішні анестетики, що дозволяє ігнорувати біль, проте несе ризики травматизму. Еритропоетин (EPO) стимулює вироблення еритроцитів, підвищуючи доставку кисню до тканин. HIF (Фактор, індукований гіпоксією) запускає адаптивні реакції, імітуючи кисневе голодування. VEGF (Фактор росту ендотелію судин) стимулює ангіогенез, забезпечуючи краще кровопостачання м'язів.

4) **Для розвитку сили** використовуються HGH, IGF-1, IL-15 та Міостатин. HGH (Гормон росту людини) забезпечує гіпертрофію м'язів та регенерацію тканин. IGF-1 (Інсуліноподібний фактор росту-1) стимулює ріст м'язової маси та сили. IL-15 (Інтерлейкін-15) має анаболічний ефект, сприяючи росту м'язів та зниженню жирової маси. Міостатин (MSTN) діє як негативний регулятор; його блокування призводить до неконтрольованого росту м'язів, що створює загрозу розриву сухожиль [5, p. 1672].

Висновки:

1) Встановлено, що сучасна біовлада еволюціонувала у форму «ліберальної євгеніки», де примус замінено внутрішнім бажанням індивіда інвестувати у власну біологію. Це робить втручання в організм не актом зовнішнього тиску, а формою самореалізації.

2) Доведено, що в сучасному суспільстві тіло функціонує як ключовий маркер соціального класу. Біотехнологічний дизайн (наприклад, косметична хірургія) виступає не лише засобом естетичного покращення, а передусім інструментом соціальної адаптації та відповідності динамічним нормам.

3) Обґрунтовано, що все більше знімається етична дихотомія між «природним» і «штучним» розвитком, а будь-яка активність (від молитви до фармакології) розглядається як технологія самотворення, що все більше легітимізує використання біотехнологій як закономірного етапу еволюції людини. 4) З'ясовано, що професійний спорт став експериментальним майданчиком для радикального дизайну тіла. Попри ризики, описані на прикладі Німецької Демократичної Республіки, сучасні методи генетичного допінгу (використання вірусних векторів для доставки генів ACE, PPAR-δ, EPO та ін.) демонструють перехід від зовнішньої стимуляції до фундаментальної генетичної модифікації атлета, що підтверджує перетворення людини на технологічний проєкт.

Список використаних джерел

1. Косс А. М. Біотехнологічний дизайн тіла: філософська рефлексія культури тілесності в епоху NBICS-технологій. *Актуальні проблеми філософії та соціології*. 2025. Вип. 56. С. 68–74. https://doi.org/10.32782/apfs.v056.2025.11

2. Sloterdijk P. You must change your life / translated by W. Hoban. Cambridge: Polity Press, 2013. 500 p.

3. Sandbakk Ø., Loland S. Records at What Cost? A Critique of the Enhanced Games. *International Journal of Sports Physiology and Performance*. 2025. P. 1-4. https://doi.org/10.1123/ijspp.2025-0470

4. Piatkowski T., Turnock L., Gibbs N. Duff. C. The IPEDs assemblage: Tracing the entanglements of biomedicine, technology, enhancement and anti-doping policies in sport and society. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*. 2024. P. 1–19. https://doi.org/10.1177/13634593241306569

5. Mazzeo F., Altavilla G., D'Elia F., Raiola G. Development of Doping in sports: overview and analysis. *Journal of Physical Education and Sport (JPES)*. 2018. Vol. 18, iss. 3. P. 1669–1677. https://doi.org/10.7752/jpes.2018.03244

КРИТЕРІЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ХВОРИХ ІЗ ІШЕМІЧНИМ МОЗКОВИМ ІНСУЛЬТОМ У ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ТА РІШЕННЯ ПРО ОБМЕЖЕННЯ ТА ПРИПИНЕННЯ ЛІКУВАННЯ У ГОСТРІЙ ФАЗІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Серіков Костянтин Вікторович,
доцент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Інтенсивна терапія (ІТ) хворих із ішемічним мозковим інсультом (ІМІ) у відділенні інтенсивної терапії (ВІТ) фокусується на протезуванні вітальних функцій організму, включаючи керування дихальними шляхами та штучну вентиляцію легень (ШВЛ), гемодинамічну підтримку, лікування лихоманки, дисглікемії та контроль судом [1]. Довгострокова смертність пацієнтів з ІМІ, госпіталізованих до ВІТ, залишається досить високою і становить від 37% до 66% протягом 1-го року від початку захворювання, і тільки 8-14% виживають із гарними функціональними наслідками. До найпоширеніших предикторів смертності хворих із ІМІ у ВІТ відносяться необхідність у ШВЛ та зниження рівня свідомості під час госпіталізації [2].

Рекомендації експертів щодо загального ведення ІМІ наведені в Європейській організації із інсульту, Американській асоціації із інсульту та Національному інституті охорони здоров'я та якості медичної допомоги Великобританії. На відміну від цього, доказова база, яка регулює ведення ІМІ у ВІТ, досить мізерна, незважаючи на те, що близько 15-20% пацієнтів із мозковим інсультом госпіталізуються до ВІТ [3]. Це призводить до суттєвої неоднорідності у наданні допомоги між лікарями та медичними центрами. У 2010 році рекомендації для реаніматологів щодо інсульту були опубліковані французькою мовою, засновані на рекомендаціях групи експертів під егідою Франкомовного товариства інтенсивної терапії, За участю франкомовної групи з педіатричної інтенсивної терапії та невідкладних станів, Франкомовного нейроваскулярного суспільства, Франкомовної асоціації нейроанестезіології та інтенсивної терапії та Франкомовної біомедичної агенції [4]. Однак їх не було перекладено англійською мовою, а доказова база змінилася з моменту публікації рекомендацій. На сьогоднішній день не існує загальноприйнятих міжнародних рекомендацій щодо оцінки тяжкості пацієнтів та лікування ІМІ у ВІТ.

Критерії госпіталізації хворих із ІМІ у ВІТ та рішення про обмеження та припинення терапії у гострій фазі захворювання [4]:

Рішення про госпіталізацію або відмову в госпіталізації пацієнта із ІМІ у ВІТ: елементи для роздумів.

1. Будь-яке рішення про проведення серцево-легеневої реанімації (СЛР) має прийматися із урахуванням неврологічних прогностичних показників, супутньої органної недостатності, попереднього стану пацієнта, побажань самого пацієнта чи довіреної особи, а у разі відсутності таких – думки близьких, яка може змінитися, та способу життя (сім'ї). Ці елементи, часто не завжди відомі в гострій фазі, повинні бути зібрані якнайшвидше.

2. Показання до проведення СЛР повинні враховувати причину життєнебезпечного стану: тяжкість неврологічного дефіциту; наслідки неврологічного дефіциту (наприклад, аспіраційна пневмонія, спричинена порушеннями ковтання, яка завжди вказує на поширений інсульт); інтеркурентна подія, яка не залежить від церебральної патології (наприклад, септичний шок); декомпенсація фонової патології (наприклад, гострий набряк легень внаслідок ішемічної хвороби серця тощо).

Рішення про обмеження та припинення терапії у гострій фазі захворювання.

1. Невизначеність діагнозу та неврологічного прогнозу в гострій фазі захворювання може виправдати проведення так званої "підтримуючої" СЛР на користь пацієнта, коли всі необхідні для ухвалення рішення елементи не документовані.

2. Щоб надати пацієнту найкращі шанси на одужання, необхідно негайно розпочати заходи боротьби із ІМІ і, за необхідності, розпочати ШВЛ в найкращих умовах.

Для пацієнтів, які вже госпіталізовані з ІМІ.

1. Можливість проведення СЛР в разі погіршення стану при ІМІ з ознаками потенційної тяжкості повинна бути предметом узгодженого процесу прийняття рішень між лікарями-реаніматологами та неврологами.

2. Різні причини потенційного погіршення стану повинні бути обговорені, і повинна бути розглянута необхідність або не необхідність проведення СЛР. Дії в цих різних ситуаціях повинні бути обґрунтовані і зафіксовані в медичній карті із зазначенням цих умовних пунктів (наприклад, реанімація в разі дихальної недостатності, але не в разі неврологічного погіршення)

Іншими потенційними показаннями для госпіталізації в ВІТ:

1. Складність контролю факторів, що впливають на головний мозок.

2. Лікування пацієнта із масивним ІМІ, ймовірним результатом якого є смерть головного мозку із подальшим можливим забором органів.

3. Використання складних в управлінні допоміжних методів замісної терапії, таких як позаниркова очистка крові або неінвазивна ШВЛ (наприклад, при попередньому захворюванні або гострому набряку легенів).

Висновки

1. Інтенсивна терапія (ІТ) хворих із ішемічним мозковим інсультом (ІМІ) у відділенні інтенсивної терапії (ВІТ) фокусується на протезуванні вітальних функцій організму.

2. Доказова база, яка регулює ведення ІМІ у ВІТ, досить мізерна, незважаючи на те, що близько 15-20% пацієнтів із мозковим інсультом госпіталізуються до ВІТ.

3. Показання до проведення СЛР у пацієнтів із ІМІ повинні враховувати причину життєнебезпечного стану: тяжкість неврологічного дефіциту; наслідки неврологічного дефіциту; інтеркурентну подію, яка не залежить від церебральної патології та декомпенсацію фонової патології.

Список використаних джерел

1. Ganti L. Management of acute ischemic stroke in the emergency department: optimizing the brain. Int J Emerg Med. 2025 Jan 7;18(1):7. doi: 10.1186/s12245-024-00780-5. PMID: 39773368; PMCID: PMC11708089.

2. Kortelainen S, Curtze S, Martinez-Majander N, Raj R, Skrifvars MB. Acute ischemic stroke in a university hospital intensive care unit: 1-year costs and outcome. Acta Anaesthesiol Scand. 2022 Apr;66(4):516-525. doi: 10.1111/aas.14037. Epub 2022 Feb 14. PMID: 35118640; PMCID: PMC9304289.

3. Kirkman MA, Citerio G, Smith M. The intensive care management of acute ischemic stroke: an overview. Intensive Care Med. 2014 May;40(5):640-53. doi: 10.1007/s00134-014-3266-z. PMID: 24658914.

4. Bollaert P-E, Vinatier I, Orlikowski D, Meyer P (2010) Prise en charge de l'accident vasculaire ce´re´bral chez l'adulte et l'enfant par le re´animateur (nouveau-ne´ exclu), (he´morragie me´ninge´e exclue): recommandations formalise´es d'experts sous l'e´gide de la Socie´te´ de re´animation de langue franc¸aise, Avec la participation du groupe francophone de re´animation et urgences pe´diatriques (GFRUP), de la socie´te´ franc¸aise neurovasculaire (SFNV), de l'association de neuro-anesthe´sie et re´animation de langue franc¸aise (ANARLF), de l'agence de la biome´decine (ABM). Reanimation 19:471–478. doi:10.1016/j.reaurg. 2010.06.005

ВІД КОНТРОЛЮ БОЛЮ ДО УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ: СУЧАСНА АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ В ЕТИЧНОМУ ВИМІРІ

Таран Руслан Миколайович,
аспірант кафедри анестезіології та інтенсивної терапії
Науковий керівник - д.філос.н., професор
Утюж Ірина Геннадіївна
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Анестезіологія історично формувалася як галузь медицини, головною метою якої було усунення болю та страждання під час хірургічних втручань. Саме контроль болю вважався її центральною етичною та клінічною функцією, що безпосередньо відповідала принципу благодіяння. Однак розвиток медичних технологій, ускладнення хірургічних процедур і розширення меж інтенсивної терапії поступово змінили фокус анестезіологічної практики. У сучасних умовах анестезіологія дедалі більше постає як дисципліна управління ризиками, що охоплює весь періопераційний період та має безпосередній вплив на виживання й якість життя пацієнта.

Зміна цієї парадигми супроводжується трансформацією етичних орієнтирів професії. Якщо раніше моральна легітимація анестезіологічного втручання ґрунтувалася передусім на зменшенні страждання, то сьогодні вона значною мірою пов'язана з мінімізацією ймовірності шкоди, прогнозуванням ускладнень і прийняттям рішень в умовах високої невизначеності. Таким чином, принцип благодіяння дедалі тісніше переплітається з принципом «не нашкодь», що змінює характер професійної відповідальності лікаря-анестезіолога.

Сучасна анестезіологія активно використовує інструменти ризик-менеджменту: стратифікацію пацієнтів за шкалами ризику, стандартизовані протоколи безпеки, чек-листи, алгоритми ведення критичних ситуацій та системи моніторингу життєвих функцій. Ці підходи значно підвищують рівень безпеки, проте водночас формують новий етичний контекст, у якому клінічне рішення дедалі більше набуває характеру колективного або алгоритмізованого процесу. У такій ситуації виникає питання про межі особистої відповідальності лікаря та можливість морального вибору в межах жорстко регламентованих протоколів.

Особливу етичну складність становить управління ризиками у пацієнтів із тяжкою супутньою патологією, високим анестезіологічним і хірургічним ризиком або в термінальних станах. Тут рішення анестезіолога виходять за межі технічної доцільності й безпосередньо торкаються питань пропорційності втручання, доцільності продовження інтенсивної терапії та меж підтримки життя. Управління ризиком у таких ситуаціях неминуче поєднується з етичними дилемами щодо якості життя, гідності пацієнта та допустимого рівня медичного втручання.

Важливим аспектом етичного виміру сучасної анестезіології є також трансформація взаємовідносин між лікарем і пацієнтом. Умови ургентності, складність прогнозування та використання високотехнологічних методів значно ускладнюють процес інформованої згоди. Пацієнт часто змушений делегувати прийняття рішень лікарю, що посилює патерналістські тенденції в анестезіологічній практиці. Це вимагає переосмислення автономії не як абсолютної самостійності, а як взаємодії довіри між пацієнтом і медичним фахівцем.

З філософської перспективи перехід від контролю болю до управління ризиками відображає глибшу зміну парадигми медицини загалом - від лікування симптомів до управління ймовірностями життя і смерті. У цьому контексті анестезіологія постає як галузь, у якій моральна відповідальність лікаря полягає не лише в усуненні страждання, а й у прийнятті складних рішень щодо допустимого ризику, меж втручання та балансу між користю і шкодою.

Таким чином, сучасна анестезіологія в етичному вимірі є прикладом медицини ризику, де клінічна ефективність невід'ємно поєднується з моральною рефлексією. Філософське осмислення цих процесів є необхідною умовою збереження гуманістичних засад професії та формування відповідальної анестезіологічної практики в умовах високотехнологічної медицини.

Список використаних джерел:

1. Beauchamp T.L., Childress J.F. Principles of Biomedical Ethics. Oxford: Oxford University Press, 2019.
2. Pellegrino E.D., Thomasma D.C. For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care. Oxford University Press, 1988.
3. Emanuel E.J., Emanuel L.L. Four models of the physician–patient relationship. JAMA. 1992;267(16):2221–2226.
4. Gawande A. Complications: A Surgeon's Notes on an Imperfect Science. New York: Picador, 2010.
5. Truog R.D., Brown S.D. Ethical challenges in anesthesia and perioperative medicine. Anesthesiology.
6. Vincent J.-L. Ethical principles in critical care and anesthesiology. Intensive Care Medicine.
7. Cook T.M., Woodall N., Frerk C. Major complications of airway management: ethical implications of safety and responsibility. British Journal of Anaesthesia.
8. Smith A.F., Mishra K. Risk management and decision-making in modern anesthesiology. British Journal of Anaesthesia.
9. Daniels N. Just Health: Meeting Health Needs Fairly. Cambridge University Press, 2008.
10. Topol E. Deep Medicine*: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again*. New York: Basic Books, 2019.
11. Floridi L. Ethics of Information. Oxford University Press, 2013.
12. Annas G.J. Informed consent and the limits of patient autonomy. New England Journal of Medicine.
13. Ten Have H. Global Bioethics: An Introduction. Routledge, 2016.
14. World Medical Association. Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.
15. World Health Organization. Ethics and Governance of Artificial Intelligence for Health. WHO, 2021.

СЕКЦІЯ 7. ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Волосовець Олександр Петрович,
член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук,
професор, завідувач кафедри педіатрії №2
Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Волосовець Тетяна Миколаївна, доктор медичних наук,
професор, професор кафедри стоматології
Донецького національного медичного університету (м. Лиман)

Триваюча попри війну трансформація медичної галузі диктує необхідність відповідного реформування підготовки лікарів і молодших спеціалістів з медичною освітою у закладах вищої медичної освіти (ЗВМО) з метою її гармонізації з міжнародними стандартами та усунення розриву між очікуваннями стейкголдерів і реальним рівнем професійних компетентностей та практичної підготовки випускників. Дослідження взаємозв'язку медичної освіти з результатами глобального здоров'я є одним із актуальних сучасних трендів світового освітнього середовища.

«Медична освіта — це важлива частина євроінтеграційних та трансформаційних процесів у сфері охорони здоров'я. Йдеться, зокрема, про якість підготовки майбутніх лікарів. Спроби її трансформувати тривають роками, й одна з найбільших проблем — надмірний обсяг теоретичної підготовки та недостатній обсяг практичного навчання. А без повноцінного доступу (як студентів, так і викладачів) до практичного надання медичної допомоги якісна підготовка фахівців у сфері охорони здоров'я неможлива. Ми маємо велику мережу клінічних баз кафедр закладів вищої освіти - понад 600 закладів охорони здоров'я, - проте в Україні так і не була реалізована європейська модель університетських лікарень. Сьогодні ж утворення багатопрофільних університетських лікарень - не лише опція, але й обов'язок, зокрема в контексті євроінтеграційних процесів», - наголошує Міністр охорони здоров'я України Ляшко В.К. [1].

Основними ключовими особливостями та трендами вітчизняної вищої медичної освіти є:

- імплементація міністерської Стратегії розвитку медичної освіти, метою якої є підвищення конкурентоспроможності та якості медичних послуг та студентоцентричність підготовки;
- активне впровадження інноваційних методів навчання, таких як симуляційне навчання, дистанційна освіта, компетентнісний підхід та цифровізація;
- трансформація інтернатури, розвиток резидентури та неперервного професійного розвитку лікарів;
- посилення міжнародної інтеграції, взаємодії з провідними іноземними університетами задля обміну досвідом, студентами та формування їх світогляду на основі кращих світових освітніх практик.

Основні сучасні виклики перед українською медичною освітою включають у себе: підвищення якості навчання в умовах воєнного стану; необхідність модернізації; відтік кадрів; соціальна незахищеність викладачів та студентів; недостатнє фінансування; складні взаємовідносини з клінічними базами; повільне створення університетських клінік.

Викладачі ЗВМО на тлі постійного професійного вигоряння потребують професійної підготовки, підтримки та мотивації, зокрема і матеріальної, задля активного оволодіння новими методиками, зокрема цифровими і дистанційними, спрямованими на формування у майбутніх медиків необхідного переліку компетенцій. Це нині є достатньо складним завданням на тлі того, що сучасний здобувач вищої медичної освіти характеризується потужною цифровою грамотністю і кліповим характером мислення. Інформація ним

сприймається швидко, перевага надається візуальному та короткому контенту (reels), з високою залежністю від технологій. Проте, все перераховане також призводить до проблемного засвоєння значних обсягів навчального матеріалу.

Серед студентів теж спостерігається високий рівень стресу і швидке емоційне вигоряння через високі вимоги до себе та швидкий ритм життя, що вимагає від викладацького корпусу уваги до їхнього ментального здоров'я.

Теперішні студенти є яскравими особистостями, легше адаптуються до змін та швидше приймають рішення, ніж їх попередники. Вони зорієнтовані на отримання практичних знань, які можна застосувати в реальному житті, а не лише фундаментальних знань.

Для того, щоби забезпечити якісну підготовку медиків, ЗВМО мають надати молодим спеціалістам доступ та широкі можливості щодо застосування ними професійних навичок у клініці під керівництвом досвідчених викладачів з використанням сучасних настанов і стандартів, зокрема за допомогою симуляційних методик із використанням віртуальної реальності, інтерактивних сценаріїв, командної роботи в екстримі на базі сучасних симуляційних центрів (НМУ, ЗДМФУ, ПДМУ, БДМУ) тощо.

Важливим кроком у цьому напрямі є подальше створення потужних університетських клінік на прикладі Львівського національного медичного університету ім. Д. Галицького, що був реорганізований у державне некомерційне підприємство і нині має дуальний статус: закладу вищої освіти та закладу охорони здоров’я. Основна мета цього освітньо-практичного проєкту — у посиленні практичної компоненти навчання студентів-медиків та наданні закладу реальної управлінської автономії [1].

За даними Міністерства освіти і науки України такі спеціальності як «Медицина» і «Терапія та реабілітація» потрапили до десятки найпопулярніших за кількістю зарахованих на бюджетні місця [2]. Загалом набір збільшився на 10% проти 2024 року. У 2025 році на місця держзамовлення до ЗВМО, що підпорядковані МОЗ України, було усього зараховано 4 828 абітурієнтів (4 174 — для здобуття освітнього ступеня «Магістр» і 654 - «Бакалавр»). Ще 3657 здобувачів вищої медичної освіти були зараховані на навчання за контрактом.

За даними МОЗ України найбільший конкурс і, відповідно, найбільше абітурієнтів у 2025 році було зараховано до Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (1 426), Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова (882), ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького» (840) [2].

У ЗВМО з прифронтових територій у минулому році теж збільшилась кількість абітурієнтів: до Запорізького державного медико-фармацевтичного університету вступили 454 особи, до Харківського національного медичного університету – 795, до Дніпровського державного медичного університету – 380.

Найменше абітурієнтів у 2025 році вступило на такі спеціальності: «Фармація» (134 зарахованих), «Медична психологія» (116) та «Педіатрія» (113), що у майбутньому призведе до погіршення кадрового забезпечення відповідних галузей медичної сфери та створить передумови погіршення доступності медичної допомоги [3].

Так, станом на грудень 2025 року на Єдиному порталі вакансій для медичних працівників, створеному МОЗ України, було опубліковано понад 9400 вакансій. Найбільше у галузі потрібні сімейні лікарі, терапевти, педіатри, невропатологи, рентгенологи, медсестри/медбрати, ерготерапевти та фізичні терапевти.

Усе зазначене вимагає збільшення обсягів державного замовлення на підготовку лікарів, особливо педіатрів та медичних психологів.

Нині практично-орієнтована підготовка медиків має бути передусім зорієнтована на невідкладну допомогу при критичних станах, враховуючи сучасні виклики. Не менш важливим є оволодіння у процесі підготовки майбутніми лікарями і медсестрами сучасними міжнародними протоколами лікування та діагностики поширених хвороб.

У таких складних умовах українська медична освіта продовжує розвиватись, доводить свою стійкість та життєздатність і забезпечує якісну підготовку лікарів і медсестер для фронту і тилу.

Список використаних джерел

1. Устінов О.В. Модель першої університетської лікарні буде реалізована у Львові Український медичний часопис. 12.12.2024. [електронний ресурс]. Посилання: www.umj.com.ua/uk/novyna-261113-model-pershoyi-universitetskoyi-likarni-bude-realizovana-u-lvovi

2. МОЗ України: Понад 10 тисяч абітурієнтів вступили для здобуття вищої освіти у сфері охорони здоров'я цьогоріч. [електронний ресурс]. Посилання: https://www.kmu.gov.ua/news/moz-ponad-10-tysiach-abituriientiv-vstupyly-dlia-zdobuttia-vyshchoi-osvity-u-sferi-okhorony-zdorovia-tsohorich

3. Волосовець О. П., Дячук Д. Д., Лурін І. А., Науменко О. М., Парій В. Д., Волосовець А. О. Кадрові ресурси охорони здоров'я України у роки пандемії COVID-19 та війни. Клінічна та профілактична медицина. 2025. №.1 (39). С.117-131. https://doi.org/10.31612/2616-4868.1.2025.15.

Volosovets Oleksandr - Corresponding Member of National Academy of Medical Sciences of Ukraine, DSc, PhD, Professor, Head of Department of Pediatrics № 2 of Bohomolets National Medical University (Kyiv, Ukraine)
e-mail: volosovec@ukr.net
ORCID: 0000-0001-7246-0768

Volosovets Tetiana, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor at the Department of Dentistry of the of Donetsk National Medical University, Liman, Ukraine
ORCID: 0000-0001-9950-3748

ВПЛИВ ІНФОРМАЦІЙНОГО СЕРЕДОВИЩА НА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ

Алієва Олена Геннадіївна, кандидат біологічних наук, доцент,
Тавrог Маріанна Львівна, кандидат медичних наук, доцент,
Попазова Олена Олександрівна, асистент,
Макєєва Людмила Валеріївна, асистент,
Громоковська Тетяна Сергіївна, кандидат медичних наук, асистент,
кафедра гістології, цитології та ембріології,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Анотація. У статті досліджується вплив інформаційного середовища на соціально-психологічний стан здобувачів вищої освіти в умовах війни. Проаналізовано специфіку функціонування медіапростору в період воєнних дій та його роль у формуванні тривожності, емоційного виснаження й когнітивної напруги у студентської молоді. Окрему увагу приділено феноменам інформаційного перевантаження, дезінформації та пропаганди як інструментам психологічного впливу. Визначено позитивний потенціал інформаційного середовища у формуванні соціальної солідарності, психологічної стійкості та адаптивних стратегій навчальної діяльності. Обґрунтовано необхідність розвитку медіаграмотності та дотримання принципів інформаційної гігієни як чинників психологічного самозахисту здобувачів вищої освіти.

Ключові слова: інформаційне середовище, війна, здобувачі вищої освіти, соціально-психологічний стан, інформаційне перевантаження, дезінформація, медіаграмотність.

Сучасні війни супроводжуються не лише воєнними діями, а й потужним інформаційно-психологічним впливом на населення. Інформаційний простір стає самостійним полем протистояння, у межах якого здійснюється боротьба за інтерпретацію подій, формування емоційних реакцій та суспільних настроїв [1, 56–58; 15, 34–36]. Масове поширення цифрових медіа, соціальних мереж і мобільних комунікацій забезпечує постійний доступ до новин та коментарів, що значно підсилює інтенсивність інформаційного тиску [5, 88–90; 16, 45–47; 41, 112–114].

Особливо вразливою соціальною групою в таких умовах є студентська молодь, яка перебуває на етапі професійного та особистісного становлення й водночас є активним користувачем цифрового контенту [9, 41–43; 44, 33–38]. Здобувачі вищої освіти значну частину часу перебувають в онлайн-просторі, що зумовлює їх постійну залученість до інформаційних потоків, пов'язаних із воєнними подіями [10, 77–79].

В умовах війни студенти поєднують навчальну діяльність із переживанням небезпеки, невизначеності майбутнього та соціальної нестабільності. Дистанційні та змішані формати навчання значно підсилюють роль інформаційного середовища у формуванні емоційного стану, мотивації та когнітивної ефективності студентів [11, 112–114; 31, 210–215]. Це зумовлює актуальність дослідження впливу інформаційного простору саме на соціально-психологічний стан здобувачів вищої освіти [8; 28].

Регулярні новини про бойові дії, людські втрати та руйнування сприяє зростанню рівня тривожності серед студентів [3, 42–45; 22, 1623–1634]. У багатьох здобувачів вищої освіти формується відчуття загрози особистій безпеці, страх за близьких і переживання втрати стабільності, що негативно впливає на навчальну мотивацію та здатність до концентрації уваги [10, 77–79; 44, 33–38].

Тривалий контакт із негативним медіаконтентом зумовлює розвиток емоційного виснаження, апатії та порушень сну [2, 104–107; 21, 1–15]. Поєднання інформаційного тиску з високими академічними вимогами створює умови для формування хронічного стресу та зниження психологічного благополуччя студентів [13, 56–58; 23, 20–28].

Серед основних негативних соціально-психологічних наслідків інформаційного впливу можна виокремити:

1. Підвищення загального рівня тривожності, що проявляється у постійній напрузі, очікуванні небезпеки та гіперконтролі за інформаційними потоками [7, 19–21; 39];
2. Порушення емоційної регуляції, зокрема схильність до різких емоційних коливань між страхом, злістю та апатією [9, 41–43];
3. Зниження когнітивної продуктивності, що виявляється у труднощах концентрації уваги, погіршенні пам'яті та уповільненні процесів мислення [5, 88–90; 40, 16–19];
4. Деформацію соціальної перцепції, коли інші люди сприймаються крізь призму загрози або ідеологічних категорій [4, 127–150; 34, 112–115];
5. Посилення соціальної поляризації у студентському середовищі, що може призводити до конфліктів і зниження рівня міжособистісної довіри [1; 43, 201–205].

Тривалий інформаційний стрес сприяє формуванню синдрому емоційного вигорання, який у студентів проявляється у зниженні інтересу до навчання, відчутті беззмістовності освітньої діяльності та втраті професійної перспективи [2; 24, 45–50].

Суттєвим чинником негативного впливу є феномен інформаційного перевантаження. Надмірна кількість повідомлень, що мають суперечливий і емоційно насичений характер, ускладнює критичне осмислення подій. У студентів знижується концентрація уваги, погіршується якість засвоєння навчального матеріалу, зростає імпульсивність і роздратованість [5, 88–90; 41, 112–114]. Інформаційна перенасиченість сприяє прокрастинації та фрагментарності мислення, що негативно відбивається на результатах навчальної діяльності [6, 120–122; 22, 1623–1634].

В умовах війни інформаційний простір активно наповнюється дезінформацією та пропагандистськими матеріалами, спрямованими на виклик страху, паніки й недовіри до соціальних інститутів [7, 19–21; 18, 10–15]. Студентська молодь, яка активно користується соціальними мережами, стає однією з основних цільових груп таких впливів [10, 95–97; 45, 74–77].

Маніпулятивні повідомлення формують викривлену картину реальності та сприяють розвитку тривожних очікувань і внутрішніх конфліктів [12, 133–136]. Висока емоційна насиченість інформаційних матеріалів знижує рівень критичного мислення та підвищує ризик некритичного прийняття фейкових новин [10, 95–97; 17, 120–125. Активне споживання травматичного контенту підвищує ризик вторинної травматизації, коли студенти переживають

психологічні наслідки подій, безпосередніми учасниками яких вони не були [6, 120–122; 22, 1623–1634]. Це проявляється у вигляді нав'язливих образів, підвищеної настороженості та порушень сну [2, 110–112].

Інформаційний вплив у воєнний період реалізується через низку психологічних механізмів. Одним із них є емоційне зараження, коли страх і тривога, поширені в медіапросторі, швидко передаються між студентами через соціальні мережі [4, 136–138; 32, 265–299]. Іншим механізмом є когнітивне спрощення, за якого складні події подаються у вигляді простих схем і категорій. Це полегшує сприйняття інформації, але водночас знижує рівень аналітичного мислення та підвищує вразливість до маніпуляцій [5, 91–93; 15, 120–122].

Важливу роль відіграє механізм групової ідентифікації. Студенти орієнтуються на думки референтних спільнот, що підсилює емоційне залучення та може сприяти як формуванню солідарності, так і виникненню конфліктів у студентському середовищі [9, 59–61; 44, 35–38].

До груп підвищеного ризику належать першокурсники, які одночасно адаптуються до нових умов навчання та переживають воєнний стрес. Підвищеного психологічного навантаження зазнають також студенти, які перебувають у регіонах активних бойових дій або мають близьких родичів на фронті [11, 118–120; 45, 74–77].

Студенти з попереднім травматичним досвідом або підвищеною чутливістю до стресу гостріше реагують на негативний інформаційний фон. Для них характерні нав'язливі думки, труднощі з концентрацією уваги та зниження навчальної активності [2, 110–112; 21, 1–15].

З метою емпіричного вивчення особливостей споживання інформації та її впливу на соціально-психологічний стан здобувачів вищої освіти було проведено анкетування серед студентської молоді. Опитування охопило здобувачів різних курсів і спеціальностей та було спрямоване на з'ясування основних джерел отримання інформації про події війни, а також суб'єктивної оцінки впливу медіаконтенту на емоційний стан, самопочуття та навчальну активність.

Результати анкетування засвідчили, що провідним джерелом інформації для більшості респондентів є месенджер Telegram. Його як основний канал отримання новин обрали близько 85 % опитаних. Значно менша частка студентів зазначила як основне джерело інформації відеоплатформу YouTube (приблизно 13 %), тоді як телевізійні новини використовують як пріоритетне джерело лише 2 % респондентів. Отримані дані свідчать про домінування цифрових і неформалізованих каналів комунікації над традиційними медіа у студентському середовищі.

Аналіз відповідей щодо психологічного стану показав, що інформаційний контент про воєнні події істотно впливає на рівень тривожності студентів. Так, високий рівень тривожності відзначили близько 60 % опитаних, середній рівень – приблизно 24 %, і лише 16% респондентів вказали на відносно низький рівень тривожності. При цьому більшість студентів пов'язують зростання тривожності саме з регулярним переглядом новинних стрічок та повідомлень у соціальних мережах.

Щодо впливу інформації на емоційний настрій, то понад 70% респондентів зазначили, що новини про війну здебільшого негативно позначаються на їхньому настрої, викликаючи відчуття пригніченості, страху та безпорадності. Близько 20 % студентів вказали на змішаний вплив (поєднання негативних і мобілізувальних емоцій), тоді як лише близько 10% повідомили про відносно нейтральне або стабільне емоційне реагування.

Оцінюючи вплив інформаційного середовища на фізичне та психологічне самопочуття, понад половина опитаних (приблизно 55%) відзначили появу таких симптомів, як втома, порушення сну, зниження енергії та емоційне виснаження після тривалого перегляду новин. Близько 30 % респондентів вказали на періодичні прояви напруження й головного болю, що вони пов'язують із надмірним інформаційним навантаженням.

Вплив інформаційного фону на навчальну діяльність також виявився суттєвим. Так, приблизно 72 % здобувачів освіти зазначили, що постійне стеження за новинами знижує їхню здатність до концентрації уваги та негативно позначається на виконанні навчальних

завдань. Ще близько 19 % опитаних повідомили про епізодичне зниження мотивації до навчання на тлі тривожних новинних повідомлень. Лише 9 % респондентів вказали, що інформаційне середовище суттєво не впливає на їхню навчальну активність.

Отримані результати свідчать про тісний взаємозв'язок між особливостями споживання інформації та соціально-психологічним станом студентської молоді. Домінування Telegram як джерела новин підсилює ризик емоційного перенасичення та некритичного сприйняття інформації, що, своєю чергою, сприяє підвищенню рівня тривожності, погіршенню настрою, зниженню суб'єктивного самопочуття та навчальної активності.

Попри значний негативний вплив, інформаційне середовище може виконувати й конструктивну функцію. Поширення перевіреної інформації, прикладів волонтерської діяльності та взаємодопомоги сприяє формуванню соціальної солідарності й підтримує відчуття приналежності до спільноти [23, 140–142].Соціальні мережі виступають простором емоційної підтримки, де студенти можуть ділитися власним досвідом подолання труднощів та отримувати співпереживання [45, 63–65]. Позитивний інформаційний контент сприяє збереженню навчальної мотивації та віри у професійне майбутнє. Інформаційний простір також відкриває доступ до освітніх ресурсів і психологічних сервісів підтримки, що знижує рівень соціальної ізоляції та сприяє адаптації до складних умов навчання [40, 44–46].

Формування медіаграмотності розглядається як один із ключових чинників психологічного самозахисту в умовах інформаційної війни [33, 95–97]. Усвідомлений вибір джерел інформації та обмеження часу перебування в медіапросторі сприяють зниженню рівня тривожності та підвищенню суб'єктивного контролю [44, 98–100].

У закладах вищої освіти доцільно впроваджувати психоосвітні програми та тренінги з медіаграмотності, спрямовані на розвиток навичок критичного аналізу інформації та емоційної саморегуляції [11, 130–132].

Таким чином, для зниження негативного впливу інформаційного середовища на соціально-психологічний стан здобувачів вищої освіти доцільно реалізовувати такі заходи:

1. Формування навичок інформаційної гігієни, що передбачає обмеження часу споживання новин, відбір надійних джерел та уникання надмірно емоційного контенту.
2. Розвиток медіаграмотності, зокрема вміння розпізнавати маніпулятивні повідомлення, фейки та пропагандистські наративи.
3. Запровадження психоосвітніх програм у ЗВО, спрямованих на розвиток навичок саморегуляції, подолання тривоги та управління стресом.
4. Підтримка студентських спільнот, які можуть виступати простором безпечної комунікації та емоційної взаємодії.
5. Інтеграція психологічної підтримки в освітній процес, зокрема через онлайн-консультації та групові тренінги.

Інформаційне середовище в умовах війни є багатовимірним фактором впливу на соціально-психологічний стан здобувачів вищої освіти. Воно не лише транслює відомості про події, а й формує емоційні реакції, соціальні уявлення та поведінкові стратегії студентської молоді. Негативний вплив проявляється у зростанні тривожності, емоційному виснаженні, зниженні когнітивної ефективності та навчальної мотивації. Водночас інформаційний простір може виступати джерелом підтримки, солідарності та психологічної адаптації. Його конструктивний потенціал реалізується за умови розвитку медіаграмотності, критичного мислення та усвідомленого ставлення до споживання інформації.

Таким чином, забезпечення психологічної стійкості студентської молоді в умовах війни потребує комплексного підходу, який поєднує освітні, психологічні та інформаційні стратегії. Розвиток культури відповідального споживання інформації стає важливим чинником збереження психічного здоров'я та стабільності освітнього процесу.Ефективна протидія негативним наслідкам інформаційного тиску можлива за умови розвитку медіаграмотності, дотримання принципів інформаційної гігієни та формування навичок критичного мислення. Це є важливою умовою збереження психічного здоров'я студентської молоді та стабільності освітнього процесу в умовах війни.

Список використаних джерел

1. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*. Washington: American Psychiatric Association, 2022. 1120 p.
2. Arum R., Roksa J. *Academically Adrift: Limited Learning on College Campuses*. Chicago: University of Chicago Press, 2011.
3. Bandura A. Social Cognitive Theory of Mass Communication. *Media Psychology*. 2001. Vol. 3, No. 3. P. 265–299.
4. Bar-Tal D. *Intractable Conflicts*. Cambridge: Cambridge University Press, 2013. 380 p.
5. Benkler Y., Faris R., Roberts H. *Network Propaganda*. Oxford: Oxford University Press, 2018. 496 p.
6. Bonanno G. A. Loss, Trauma, and Human Resilience. *American Psychologist*. 2004. Vol. 59, No. 1. P. 20–28.
7. Bamber J., Allan J., Smilowitz-Shelhamer R. *Becoming an Academic Writer*. London: Routledge, 2017.
8. Bryant J., Oliver M. B. *Media Effects*. New York: Routledge, 2009. 656 p.
9. Castells M. *Communication Power*. Oxford: Oxford University Press, 2009. 571 p.
10. Couldry N. Media, Society, World. Cambridge: Polity Press, 2012. 311 p.
11. Couldry N., Hepp A. *The Mediated Construction of Reality*. Cambridge: Polity Press, 2017. 256 p.
12. Entman R. M. Framing: Toward Clarification of a Fractured Paradigm. *Journal of Communication*. 1993. Vol. 43, No. 4. P. 51–58.
13. European Commission. *Strengthening Media Literacy in Times of Crisis*. Brussels, 2022.
14. European Parliament. *Disinformation and Psychological Resilience*. Brussels, 2023.
15. Hobfoll S. E., Watson P., Bell C. C. et al. Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention. *Psychiatry*. 2021. Vol. 84, No. 1. P. 1–15. DOI: 10.1080/00332747.2021.1900165.
16. Holman E. A., Garfin D. R., Silver R. C. Media's role in broadcasting acute stress following terrorist attacks. *PNAS*. 2014. Vol. 111, No. 1. P. 93–98. DOI: 10.1073/pnas.1316265110.
17. Ільницька Н. С., Петренко Т. І. Психологічна адаптація молоді в умовах інформаційного впливу. *Соціальна психологія і суспільство*. 2021. № 3. С. 22–30.
18. Kuh G. D. et al. *Student Success in College*. San Francisco: Jossey-Bass, 2010.
19. Медіаграмотність громадян у контексті гібридних воєн: приклад України / О. В. Литвиненко // Молодий вчений. - 2018. - № 3(1). - С. 259-263.
20. Livingstone S. Media literacy for all. *Intermedia*. 2014. Vol. 41, No. 6. P. 16–19.
21. McQuail D. *McQuail's Mass Communication Theory*. 6th ed. London: SAGE Publications, 2010. 632 p.
22. Міністерство культури та інформаційної політики України. *Стратегія інформаційної безпеки України*. № 685/2021. Київ, 2021.
23. Norris F. H., Stevens S. P., Pfefferbaum B., Wyche K. F., Pfefferbaum R. L. Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *American Journal of Community Psychology*. 2008. Vol. 41, No. 1–2. P. 127–150. DOI: 10.1007/s10464-008-9155-y.
24. Noelle-Neumann E. *The Spiral of Silence*. Chicago: University of Chicago Press, 1993. 336 p.
25. Ogorenko V. V., Kokashynskyi V. O., Shornikov A. V. et al. Comprehensive assessment of the long-term stressful event impacts on the mental health of medical students. *Zaporozhye Medical Journal*. 2025. Vol. 27, No. 1. P. 65–72. DOI: https://doi.org/10.14739/2310-1210.2025.1.313901.
26. Ogorenko V. V., Shornikov A. V., Kokashynskyi V. O. et al. Mental state of medical students three years into the war. *Zaporozhye Medical Journal*. 2025. Vol. 27, No. 3. P. 221–226. DOI: https://doi.org/10.14739/2310-1210.2025.3.327123.
27. OECD. *Building Resilience to Disinformation*. Paris: OECD Publishing, 2021.
28. OECD. *Global Competence and Media Literacy*. Paris: OECD, 2020.

29. OECD. *Society at a Glance: Mental Health*. Paris: OECD, 2023.
30. Petrenko I. Медіа як інструмент гібридної війни. Philology and Journalism DOI https://doi.org/10.36074/logos-29.03.2024.079
31. Pfefferbaum B., North C. S. Mental health and disaster response. *New England Journal of Medicine*. 2020. Vol. 383. P. 510–512.
32. Pomerantsev P. *This Is Not Propaganda*. London: Faber & Faber, 2019. 256 p.
33. Potter W. J. Media Literacy. 9th ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2019. 544 p.
34. Rid T. *Active Measures: The Secret History of Disinformation*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 2020. 432 p.
35. Shapiro I. *Politics Against Domination*. Cambridge: Harvard University Press, 2016. 416 p.
36. Shultz J. M., Forbes D. Psychological first aid: Rapid proliferation and the search for evidence. *Disaster Health*. 2014. Vol. 2, No. 1. P. 3–12.
37. Silver R. C., Holman E. A., Andersen J. P. et al. Mental- and physical-health effects of acute exposure to media images of the September 11 attacks. *Psychological Science*. 2013. Vol. 24, No. 9. P. 1623–1634. DOI: 10.1177/0956797612460406.
38. Sunstein C. *#Republic: Divided Democracy in the Age of Social Media*. Princeton: Princeton University Press, 2017. 320 p.
39. Tinto V. *Leaving College: Rethinking the Causes and Cures of Student Attrition*. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press, 1993.
40. UNESCO. *Media and Information Literacy in Times of Crisis: Building Resilience and Inclusion*. Paris: UNESCO, 2022. URL: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000380583 (дата звернення: 09.02.2026).
41. WHO. *Mental Health and Psychosocial Considerations During Armed Conflict*. Geneva: WHO, 2022.
42. WHO, UNICEF. *Doing What Matters in Times of Stress*. Geneva, 2020.
43. Єрьоменко В. П., Марченко І. М. Емоційний стан студентів під час воєнного інформаційного навантаження. *Психологічний журнал*. 2022. № 1. С. 44–51.
44. Найдьонова Л. А. Медіаграмотність у воєнний час. *Психологія і суспільство*. 2023. № 2. С. 72–99.
45. Найдьонова Л. А. Медіатравма війни та психологічна стійкість молоді. Київ: Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, 2022. 176 с.

EXPERIENCE IN IMPLEMENTING INNOVATIVE EDUCATIONAL TECHNOLOGIES IN THE PROFESSIONAL TRAINING OF ENGLISH-MEDIUM STUDENTS IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY UNDER MARTIAL LAW AND IN COMPLIANCE WITH EUROPEAN STANDARDS OF HIGHER EDUCATION IN UKRAINE

Nataliia Haidai, PhD, Associate Professor;
Mykhailo Kyrychenko, Assistant;
Olena Deinichenko, PhD, Associate Professor;
Mykhailo Pavliuchenko, PhD, Associate Professor;
Olga Shapoval, DSc, Associate Professor,
Department of Obstetrics and Gynecology,
Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University

Анотація. Роботу присвячено сучасним підходам до оптимізації навчального процесу англомовних студентів IV–V курсів за спеціальністю «Акушерство і гінекологія» в умовах викликів воєнного стану в Україні. Обґрунтовано доцільність упровадження змішаного формату навчання, що поєднує аудиторну та дистанційну складові, з метою забезпечення безперервності освітнього процесу та формування професійних компетентностей майбутніх лікарів. У роботі розглянуто використання інтерактивних освітніх технологій, зокрема

симуляційної програми Body Interact, удосконалення практичних навичок шляхом аналізу клінічних ситуацій, а також контроль засвоєння алгоритмів надання невідкладної допомоги. Підкреслено роль педагогічної та клінічної майстерності викладача у забезпеченні якості практико-орієнтованого навчання. Окрему увагу приділено залученню студентів до науково-дослідної діяльності в межах студентського наукового товариства на кафедрі акушерства і гінекології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету.

Ключові слова: англомовні студенти; акушерство і гінекологія; змішане навчання; симуляційні освітні технології; Body Interact; невідкладні стани; студентське наукове товариство.

Abstract. This paper focuses on contemporary approaches to optimizing the educational process for English-medium fourth- and fifth-year students in Obstetrics and Gynecology under the conditions of martial law in Ukraine. The feasibility of implementing a blended learning format that combines face-to-face and distance components is substantiated as a means of ensuring continuity of the educational process and developing professional competencies of future physicians. The study considers the use of interactive educational technologies, in particular the Body Interact simulation program, improvement of practical skills through the analysis of clinical scenarios, as well as assessment of students' acquisition of emergency care algorithms. The role of the teacher's pedagogical and clinical expertise in ensuring the quality of practice-oriented training is emphasized. Special attention is paid to involving students in research activities within the student scientific society at the Department of Obstetrics and Gynecology of Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University.

Key words: English-medium students; obstetrics and gynecology; blended learning; simulation-based educational technologies; Body Interact; emergency conditions; student scientific society.

Under the conditions of martial law in Ukraine, ensuring the safety of all participants in the educational process while simultaneously maintaining a high level of professional training that meets contemporary European clinical protocols and standards of higher medical education remains one of the key priorities of the academic and teaching staff of clinical departments. Of particular importance is the implementation of innovative methods for the development of professional competencies of medical students, especially in the context of limited access to traditional face-to-face education.

International English-medium students of the 4th–5th years of study, demonstrating a high level of academic motivation, have expressed their readiness and willingness to continue medical education at higher education institutions of Ukraine despite the significant security challenges caused by martial law. In this regard, the academic and teaching staff of the university's clinical departments are focused on ensuring high-quality theoretical training and the formation of practical professional competencies with their subsequent application in accordance with contemporary European standards of higher education [4, pp. 149-154]. In this context, the implementation of the principles of the Bologna Process is considered a key mechanism for the modernization of higher education, ensuring a competency-based orientation of learning, academic mobility, and alignment of educational programs with European approaches to specialist training [3, pp. 216-219].

Despite the difficult conditions, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, through the active implementation of modern educational technologies, maintains the capacity to comprehensively support the educational, diagnostic, therapeutic, and research components of the educational process. An important tool in this regard has been blended learning, which combines face-to-face and distance components and has demonstrated its effectiveness in crisis situations.

In the autumn semester of the 2025–2026 academic year, a blended (face-to-face and distance) learning format was implemented for the first time at the Department of Obstetrics and Gynecology for English-medium students of the 4th–5th years at the Berehove campus. Practical classes were conducted in an in-person format with visits to a local clinical base. During offline sessions, students became acquainted with the structure and functioning of the healthcare institution and developed skills in professional communication with patients, history taking, obstetric and gynecological examination techniques, the use of modern medical instruments, diagnostic methods, treatment,

prevention, and rehabilitation aimed at preserving women's health and reproductive potential under the supervision of a lecturer. Lecture materials were delivered online using the Microsoft Teams platform. During the semester, five lectures were delivered in accordance with the approved educational program. This format made it possible to combine safe learning conditions with adherence to the principles of continuity and systematic presentation of educational content.

In the process of professional training, a future physician must not only possess theoretical knowledge but also be able to apply it in practice. The formation of medical skills and practical competencies is possible only through the direct involvement of students in the clinical process, which includes interaction with patients, analysis of medical history and pregnancy courses, performance of objective examinations, and interpretation of diagnostic findings. Under such conditions, students become active participants not only in the educational but also in the therapeutic process, which positively influences their professional self-assessment and learning motivation. Similar approaches to practice-oriented medical training are widely applied in the medical education systems of European Union countries, particularly in Poland, where the integration of clinical practice into the educational process is considered a prerequisite for the development of professional competencies of future physicians [1, pp. 38-50].

A lecturer of a clinical department, combining pedagogical and medical activities, establishes specific partnership-based relationships with students. During clinical case discussions, lecturers and students effectively act as colleagues, which contributes to the development of clinical thinking, professional responsibility, and teamwork skills. Particular attention is paid to the early diagnosis of emergency conditions and the timely implementation of therapeutic interventions, which directly affect treatment outcomes.

An important component of the educational process is the involvement of students in research activities. Students are offered a choice of research topics and receive methodological support in preparing presentations and reports for meetings of the student scientific society, which successfully operates in the department. The experience of domestic higher education institutions indicates that the integration of the principles of the Bologna Process into the training of medical specialists contributes to improving the quality of practical training, developing interdisciplinary skills, and actively engaging students in research activities [5, pp. 31-35].

Simulation-based training is a modern educational technology for acquiring practical skills, competencies, and knowledge, based on the modeling of clinical situations using specialized educational equipment. Its main advantages include patient safety, reduced stress for students, and the opportunity for repeated practice according to the principle "train until mastery is achieved" [6, pp. 24-30]. Medical skills are acquired through both cognitive (knowledge-based) and psychomotor (practical) learning. Basic clinical and theoretical training of medical professionals includes non-technical skills such as communication, clinical reasoning, and planning. Continuous practice and simulation are essential for mastering and refining technical, psychomotor, and communication skills, allowing these procedures to be performed automatically [2, pp. 10-18].

At Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, a multidisciplinary educational, clinical, and research training center has been established and is functioning successfully, meeting contemporary requirements for simulation-based education. The center provides a simulated learning environment using mannequins and standardized patients, enabling the safe development of practical skills without risk to human health. Particular emphasis is placed on team-based training in clinical scenarios with clearly defined roles, facilitating the gradual formation of clinical thinking in future physicians – from simple to complex professional tasks.

The integration of educational and research activities results in a high level of learning outcomes. Students act as co-authors of scientific publications and actively participate in scientific conferences at the university, national, and international levels. Over the past year, students have presented the results of their research at international student scientific forums in Portugal, Poland, and Belgium and have been admitted to the "Young Scientists of Europe" community. The presence of a cohesive team of experienced lecturers who combine extensive clinical and pedagogical expertise ensures the successful implementation of the principles of the European educational space at

Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University. This is confirmed by the sustained motivation of English-medium international students who, despite the challenges of wartime conditions, continue their education and professional development within the university.

References

1. Khomenko KP. Trends, principles, and patterns of physician training in higher education institutions in Poland. Higher Education of Ukraine in the Context of Integration into the European Educational Area. 2017;5(73):38-50. [in Ukrainian]

2. Kolesnyk YM, Lovkin OA, Siusiuka VG, Konkov DG, Romanova KB, Pavliuchenko MI, Kotlova YV. Simulation-Based Training: Forms and Methods of Practical Education. Lviv: Magnolia 2006; 2025. 256 p. [in Ukrainian]

3. Mykytenko M. Education and the Bologna Process. Current Issues of the Humanities. 2021;35(4):216–219. doi:10.24919/2308-4863/35-4-32. [in Ukrainian]

4. Pifko OO, Kalyniuk SS. The Bologna Process and higher education in Ukraine: actualization and development in the context of intensified European integration processes. Scientific Notes of Tavria National University named after V.I. Vernadsky. Series: Legal Sciences. 2023;34(73)(4):149-154. doi:10.32782/TNU-2707-0581/2023.4/22. [in Ukrainian]

5. Sitalo SG. Experience in implementing the basic principles of the Bologna Process in the training of clinical laboratory diagnostics specialists. ScienceRise: Pedagogical Education. 2025;2(63):31–35. doi:10.15587/2519-4984.2025.332254. [in Ukrainian]

6. Zaporozhan VM, Tarabrin OO. Simulation Medicine: Experience, Achievements, Prospects. 2nd ed. Lviv: Novyi Svit–2000; 2021. 272 p. [in Ukrainian]

ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ

Губка Віктор Олександрович, професор,
доктор медичних наук, зав. кафедри;
Головко Микола Григорович, кандидат медичних наук, доцент;
Гайдаржі Євген Іванович, кандидат медичних наук, доцент;
Охріменко Георгій Іванович, кандидат медичних наук, асистент,
кафедра госпітальної хірургії,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Це важлива та актуальна тема, оскільки підготовка лікарів вимагає високого рівня практичних навичок, які важко передати через екран.

При дистанційному, за допомогою комп’ютера, навчанні студентів в умовах війни виникають наступні виклики:

1. Нестабільність зв’язку та енергопостачання: Постійні обстріли енергетичної інфраструктури призводять до переривання навчального процесу (синхронних занять), що порушує логіку викладання.

2. Психологічний стан учасників: Хронічний стрес, перебування в укриттях та тривожність як студентів, так і викладачів, знижують концентрацію та ефективність засвоєння матеріалу.

3. Цифрова нерівність: Різний рівень доступу до швидкісного інтернету та сучасної техніки у студентів, які перебувають у зоні бойових дій, на окупованих територіях або за кордоном.

4. Криза практичної підготовки («Біля ліжка хворого»): Медицина – це прикладна наука. Дистанційний формат позбавляє студентів можливості фізичного огляду пацієнтів, пальпації, перкусії та аускультації. Неможливо опанувати практичні навички, методи інтенсивної терапії та невідкладної допомоги в домашніх умовах.

5. Методичні та академічні проблеми: Необхідність швидкої трансформації лекцій у якісний інтерактивний цифровий контент (віртуальні пацієнти, 3D-атласи), що потребує значних ресурсів. Складність контролю знань (іспитів, КРОК) у дистанційному режимі через

ризики академічної недоброчесності та технічні збої. Відсутність живого спілкування з менторами та колегами гальмує формування лікарської етики та деонтології.

Які ж шляхи подолання цих проблем та нові можливості? Це впровадження симуляційних технологій з використанням VR/AR – тренажерів та інтерактивних платформ (наприклад, Bodyinteract або Osmosis) для віртуальної клінічної практики. Змішане навчання (Blended Learning) – проведення теоретичних занять онлайн, а практичних – інтенсивними циклами в безпечних регіонах або на базі симуляційних центрів. Акцент на військовій медицині – оновлення програм з фокусом на тактичну медицину, травматологію та психологічну реабілітацію в межах дистанційних курсів.

Висновок: Дистанційна медична освіта в умовах війни – це вимушений крок, який не може повністю замінити традиційне навчання, але стимулює цифрову трансформацію галузі. Головним завданням залишається збереження якості підготовки фахівців, від яких залежить життя людей.

PROBLEMS OF DISTANCE TEACHING OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY IN HIGHER MEDICAL EDUCATION INSTITUTIONS

Kaliuzhna Viktoriia Viktorivna,
Assistant of the Department of Internal Medicine No. 2,
Donetsk National Medical University

The modern system of medical education is undergoing active transformation, driven both by global challenges associated with the COVID-19 pandemic and by specific socio-political conditions, particularly the military events in Ukraine. One of the key responses to these challenges has been the widespread implementation of distance and blended learning formats in higher medical education institutions. Distance learning is considered a tool for ensuring continuity of the educational process; however, for clinical disciplines, among which dermatology and venereology occupy a special place, this format has a number of significant limitations.

Dermatology and venereology are visually oriented specialties based on direct clinical observation, analysis of morphological elements of skin lesions, and assessment of their localization, distribution, and dynamics. In addition, these disciplines involve the development of students' communication skills with patients, performance of physical examination, and interpretation of laboratory and instrumental data. In the distance format, most of these components are implemented only partially, which highlights the problem of the quality of training of future physicians.

One of the fundamental pedagogical problems of distance learning is the reduction of interactivity in the educational process. In the absence of direct contact between teacher and student, the implementation of problem-based and clinically oriented learning principles becomes more difficult. Students are more likely to perceive educational material as a set of theoretical facts detached from real clinical practice. This leads to formal assimilation of information without deep understanding.

Particular difficulty arises in the development of clinical thinking. Under traditional learning conditions, students are involved in the analysis of clinical cases directly at the patient's bedside, learn to take medical history, assess objective status, and construct differential diagnostic algorithms. In the online format, these processes are replaced by discussion of prepared clinical cases, which reduces the spontaneity of clinical reasoning and limits the variability of diagnostic decision-making.

A key problem in teaching dermatology and venereology in a distance format is the absence of full clinical contact with the patient. Even the use of high-quality photographs and video materials does not allow adequate assessment of skin texture, infiltration, temperature, tenderness, or other tactile characteristics of lesions. In addition, images do not always convey the true color spectrum of rashes, which is crucial for differential diagnosis.

Equally significant is the limitation of opportunities for teaching practical skills. In the distance format, students are deprived of the opportunity to practice dermatoscopy, microscopy of

scrapings for fungal infections, sampling of material for serological and molecular testing, as well as examination skills for patients with sexually transmitted infections. As a result, practical training becomes fragmented and does not ensure an adequate level of professional readiness.

Distance learning is accompanied by changes in students' psycho-emotional state. The lack of live communication, limited feedback, and prolonged screen exposure contribute to decreased concentration and motivation. For clinical disciplines, this has particularly negative consequences, as interest in the subject is largely formed through direct contact with clinical practice.

The online format creates conditions for a formal approach to learning, when students focus not on deep understanding of the material but on meeting minimum requirements to obtain course credit or pass examinations. This necessitates reconsideration of traditional approaches to motivation and assessment of academic performance.

One of the most controversial aspects of distance learning is the objectivity of knowledge assessment. Online testing does not always allow adequate evaluation of clinical reasoning and practical skills. There is a high risk of using external sources of information, which complicates adherence to the principles of academic integrity.

For clinical disciplines, it is advisable to implement alternative forms of assessment such as oral interviews via video conferencing, analysis of clinical scenarios, and solving situational tasks with elements of differential diagnosis. However, these methods require significant time resources from instructors and careful methodological preparation.

Despite numerous difficulties, distance learning opens new opportunities for improving the educational process. The use of electronic platforms enables the creation of structured courses and provides access to multimedia materials, interactive tests, and video lectures. Virtual patients and simulation programs become important tools that can model typical clinical situations.

Electronic atlases of dermatological diseases that contain standardized images and descriptions of morphological elements of lesions are of particular value. Such resources contribute to the development of students' visual diagnostic memory and can partially compensate for the absence of clinical training.

The most promising model for teaching dermatology and venereology under modern conditions is blended learning, combining distance theoretical modules with face-to-face practical training. Theoretical components of the course may be delivered through online lectures, webinars, and independent work with electronic resources, whereas practical training should be conducted directly in clinical settings.

This approach allows optimization of educational time, reduction of classroom workload, and at the same time ensures the necessary level of clinical training. An important element is preparing faculty to use digital technologies and developing standardized teaching materials that consider the specific features of dermatological disciplines.

Thus, distance teaching of dermatology and venereology is accompanied by a number of systemic problems related to limited clinical contact, difficulties in developing practical skills, decreased student motivation, and challenges in objective assessment of knowledge. At the same time, digitalization of the educational process opens new opportunities for the development of interactive learning formats and improvement of teaching methods. Integration of distance and traditional approaches within blended learning may become the optimal model for training future physicians under modern conditions.

ВИРОБЛЕННЯ НАВИЧОК РЕДАГУВАННЯ ФАХОВИХ ТЕКСТІВ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ЗВО НА ЗАНЯТТЯХ З «УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ (ЗА ПРОФЕСІЙНИМ СПРЯМУВАННЯМ)» ЯК ВАЖЛИВА СКЛАДОВА ФОРМУВАННЯ ЇХ МОВЛЕННЄВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ

Козиряцька Світлана Анатоліївна,
кандидат наук із соціальних комунікацій, доцент,
доцент ЗВО кафедри культурології та українознавства,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Сучасний випускник медичного закладу вищої освіти повинен не тільки мати фахові знання, уміння й навички, але й грамотно висловлювати свою думку у писемному та усному мовленні, орієнтуватися в лексичному, морфологічному, синтаксичному й стилістичному аспектах сучасної української літературної мови, що є запорукою становлення його комунікативного іміджу як фахівця галузі охорони здоров'я. Тому практика викладання дисципліни УМПС у медичних ЗВО передбачає використання продуктивних методик, спрямованих на формування у студентів-медиків навичок роботи з фаховими текстами, що забезпечить розвиток їх мовленнєвої компетенції..

Одним із засобів розвитку культури професійного мовлення є редагування фахових текстів, оскільки саме цей вид роботи дає змогу розширити словниковий запас майбутніх фахівців, вчать їх послідовно й аргументовано викладати думку, уникаючи при цьому мовленнєвої надмірності. По-друге, важливою є робота з термінологічним апаратом, а відтак, і з відповідними словниками. Ці два види робіт є тісно взаємопов'язаними, оскільки редагування фахових текстів апріорі передбачає гарне володіння термінологічним апаратом, а також уміння чітко та зрозуміло подавати специфічну вузькогалузеву інформацію.

Студенти мають навчитися розрізняти такі типи помилок: 1) помилки змісту (тема розкрита неповно, немає логічно-послідовного викладу думки); 2) мовленнєві помилки (мовленнєва надмірність, неправомірне вживання термінів, емоційно забарвленої лексики); 3) граматичні помилки (неправильно утворені слова; неправильне узгодження слів у словосполученнях). Важливо пояснити різницю між різними видами правки тексту (правка-виправлення, правка-скорочення, правка-перероблення) та обґрунтувати доцільність їх використання. Мета роботи з фаховим текстом – його покращення, а не «переписування» відповідно до своїх смакових уподобань. Відтак, під час редагування слід покладатися не лише на власний досвід і знання, а й перевіряти написання того чи іншого терміна за спеціальними словниками або термінологічними стандартами. Крім того, важливо наголосити на доцільності/недоцільності використання для редагування можливостей штучного інтелекту, оскільки такі тексти потребуватимуть додаткової уваги, адже ШІ часто з метою покращення мовленнєвих конструкцій може додавати (дописувати) словосполучення або речення, щоб надати тексту мовленнєвої завершеності чи стилістичної привабливості.

Необхідна умова інформаційної цінності матеріалу – правильний вибір слова (слова слід вживати в суворій відповідності з їх семантикою), чітке узгодження причини і наслідку під час викладу матеріалу (тобто логічно-послідовний виклад матеріалу), уникання алогізмів (поєднання незіставних понять: спостерігали *наявність відсутності*), невиправданого розширення (або звуження) поняття, що виникає внаслідок змішування родових і видових категорій (*призначають одну й ту саму назву препарату*), мовленнєвої надмірності (нагромадження синонімів і близьких за значенням слів, багатослів'я: *за три години часу, у березні місяці*).

Важливо акцентувати на таких особливостях фахових текстів, які потребують редагування: надмірне вживання іншомовних слів у мовленні та наукових текстах; повтори в тексті (одну й ту саму думку подавати в різних місцях тексту, перефразовуючи її «іншими словами»); тавтологія як лексична або стилістична помилка (одночасне використання іншомовного слова з його українським відповідником (*захисний імунітет*) чи суміжне використання однокореневих слів) і тавтологія як спеціальний прийом); стилістично

невиправдане поєднання синонімів, що породжує плеоназм (був *зачинателем* та *ініціатором* нового методу в хірургії); внутрішньослівна антонімія (антонімія значень багатозначних слів, коли у них розвивається значення, що виключають одне одного, наприклад, *відходити* – одужувати і померти), що може стати причиною лексичних помилок.

Отже, для забезпечення розвитку культури мовлення майбутніх лікарів, що знаходить вияв у дотриманні норм сучасної української літературної мови, чіткості й логічності висловлювання, важливою є систематична й поглиблена робота з фаховими текстами й термінологічними словниками на заняттях з «Української мови (за професійним спрямуванням)», а відтак, вироблення навичок розрізнення типів помилок, які можуть траплятися в текстах, а також навичок роботи зі словниками, особливо термінологічними, умінь застосовувати різні види правок та поглиблення розуміння таких аспектів редагування, як точність слововживання, логічність висловлювання, повтори в тексті (тавтологія та спеціальний прийом), використання іншомовних слів (доречне та надмірне), помилки у використанні синонімів та антонімів.

CHATGPT У МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ДИСЦИПЛІНАХ: ТИПОВІ ПОМИЛКИ ПІД ЧАС ГЕНЕРУВАННЯ ІНФОРМАЦІЇ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ КОРИСТУВАЧА

Крупєй Кристина Сергіївна,
к. біол. н., доцент кафедри мікробіології, вірусології та імунології;
Деген Анна Сергіївна,
ст. викладач кафедри мікробіології, вірусології та імунології;
Гуліна Оксана Сергіївна,
асистент кафедри мікробіології, вірусології та імунології,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Мовна модель ChatGPT може слугувати інструментом підтримки навчального процесу студентів і підготовки викладачів, зокрема для структурування інформації, пошуку джерел і попереднього формулювання гіпотез [1, 2; 3, с. 156]. Водночас її використання в освітньому середовищі супроводжується низкою викликів, пов'язаних із дотриманням принципів академічної доброчесності, забезпеченням достовірності навчальної інформації та збереженням пізнавальної самостійності здобувачів освіти [4, с. 325]. У процесі генерування текстів ChatGPT може допускати типові помилки – фактичні, термінологічні, логічні та методологічні, що за відсутності критичної перевірки негативно впливає на якість освітнього процесу. Тому ефективне використання мовної моделі потребує усвідомлення її обмежень, систематичної верифікації згенерованих даних і відповідального ставлення користувача [5, 6]. У цій роботі проаналізовано типові помилки ChatGPT на прикладі генерування інформації з дисципліни «Мікробіологія, вірусологія та імунологія».

Фактичні помилки у відповідях ChatGPT полягають у наданні відомостей, що не відповідають сучасним науковим даним, стандартам або експериментальним результатам, зокрема щодо груп небезпеки, властивостей мікроорганізмів, механізмів патогенезу та імунних взаємодій. Їх поява зумовлена тим, що модель генерує відповіді на основі статистичних узагальнень текстових даних, а не безпосереднього аналізу актуальних первинних досліджень, що потребує обов'язкової критичної верифікації з боку користувача. Наприклад, при формулюванні запиту мовній моделі «До якої групи небезпеки належить Coxiella burnetii?», ChatGPT відповідає «II група», але згідно з «ЄДИНИМ ПЕРЕЛІКОМ біологічних агентів, які становлять або можуть становити небезпеку для здоров'я людини», цей збудник належить до 3-ї групи [7, дод. до п. 13, табл. 1].

Термінологічні помилки у відповідях ChatGPT полягають у некоректному використанні або змішуванні спеціалізованих наукових термінів, зокрема плутанині між рівнями класифікації, суміжними поняттями чи багатозначними абревіатурами. У мікробіології, вірусології та імунології це призводить до спотворення змісту через неправильне віднесення об'єктів, неточне вживання ключових понять або порушення

контексту. Причиною таких помилок є статистичний характер мовної моделі, що зумовлює необхідність обов'язкової фахової перевірки термінології перед використанням згенерованої інформації. Наприклад, при підготовці до заняття «Генетика мікроорганізмів» й зверненні до ChatGPT у вигляді питання «Що означає абревіатура PAI?», мовна модель відповідає, що це «Platelet Aggregation Inhibitor (PAI) – інгібітор агрегації тромбоцитів (медична/фармакологічна сфера)». Проте в контексті генетики бактерій PAI означає ділянку бактеріальної ДНК, яка містить групу генів, що кодують фактори вірулентності та сприяють їх патогенності (Pathogenicity Island) [8].

Логічні помилки ChatGPT виникають через некоректне встановлення причинно-наслідкових зв'язків або суперечливу аргументацію на основі узагальненої або неповної інформації. У мікробіології, вірусології та імунології це може призводити до хибних висновків щодо механізмів дії мікроорганізмів і патогенезу інфекцій, що потребує критичної перевірки експертом. Наприклад, у відповідь на питання чату GPT «В яких умовах псевдомонади починають захоплювати залізо сидерофорами?», відбувається таке генерування інформації: «Сидерофори Pseudomonas синтезуються лише всередині клітин господаря, а в зовнішньому середовищі бактерії не здатні захоплювати залізо». Хоча насправді сидерофори Pseudomonas експресуються і функціонують у зовнішньому середовищі для зв'язування заліза, а їхня регуляція всередині клітини залежить від концентрації заліза та сигналів середовища [9].

Методологічні помилки ChatGPT виникають через некоректне застосування методів дослідження, порушення протоколів або хибну інтерпретацію даних, оскільки модель не має власного експериментального досвіду і лише узагальнює наявні тексти. Використання таких відповідей без критичної перевірки може призводити до зниження достовірності наукових або навчальних матеріалів. Наприклад, при формулюванні мовній моделі питання «Яка клінічно значуща концентрація бактерій у сечі при взятті зразка за допомогою пункції сечового міхура, кількісний аналіз?», ChatGPT надає відповідь «10^5 КУО/мл», тоді як правильна відповідь становить 10^2 КУО/мл [10].

Отже, аналіз показав, що ChatGPT при генеруванні інформації з мікробіології, вірусології та імунології може допускати фактичні, термінологічні, логічні та методологічні помилки, що знижує достовірність матеріалів і створює ризики для навчального процесу студентів та педагогічної практики викладачів. Фактичні помилки пов'язані з неточними даними про властивості мікроорганізмів та механізми патогенезу; термінологічні – з некоректним використанням спеціалізованих понять; логічні – з хибним встановленням причинно-наслідкових зв'язків; методологічні – з порушенням стандартних лабораторних підходів. Ефективне використання ChatGPT можливе лише за умови критичної оцінки результатів і фахової верифікації, що підкреслює необхідність розробки методичних рекомендацій для інтеграції мовних моделей у медико-біологічну освіту та подальшого дослідження їхнього впливу на формування знань і навичок студентів.

Список використаних джерел

1. ChatGPT 3.5. URL: https://chat.openai.com (дата звернення: 27.12.2025 р.).

2. Generative Pre-trained Transformer. URL: https://insights2techinfo.com/generative-pre-trained-transformer/ (дата звернення: 27.12.2025 р.).

3. Дорогий Я. Ю., Дорога-Іванюк О. О., Бердиченко І. О. Використання ChatGpt в освітній діяльності. Забезпечення якості вищої освіти: проблеми та перспективи розвитку (6-7 березня 2024 р.): *збірник матеріалів VII Міжнародної науково-методичної конференції.* 2024. Одеса: ОНЕУ. С. 156-157.

4. Рудніцький Я. Е. Штучний інтелект в освіті: ChatGPT як ключовий інструмент для покращення навчання здобувачів освіти. *Українські студії в європейському контексті*. 2023. № 7. С. 324-327.

5. Педада С. Дослідницька робота ChatGPT: Чи це законно та етично? URL: https://mindthegraph.com/blog/uk/chatgpt-research-paper (дата звернення: 28.12.2025 р.).

6. ChatGPT в сфері наукових досліджень: шкода чи користь? *Наука та метрика.* URL: https://nim.media/articles/chatgpt-v-sferi-naukovikh-doslidzhen-shkoda-chi-korist (дата звернення: 28.12.2025 р.).

7. Єдиний перелік біологічних агентів, які становлять або можуть становити небезпеку для здоров'я людини: наказ МОЗ України від 22 лютого 2023 р. № 365. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0653-23#Text

8. PAIDB v2.0. URL: http://www.paidb.re.kr/about_paidb.php (дата звернення: 28.12.2025 р.).

9. Русакова М. Ю., Галкін Б. М., Філіпова Т. О., Івах В. В., Тітлянов О. О. Продукція сидерофорів бактеріями роду Pseudomonas. *Мікробіологія і біотехнологія.* 2014. № 4. С. 88-95.

10. Настанова 00233. Аналіз сечі і бактеріальний посів сечі. 2022. URL: https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3121

ПЕРЕВАГИ ТА ВИКЛИКИ ВИКОРИСТАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ТА ДИСТАНЦІЙНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ У МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ УКРАЇНИ НА ТЛІ ВОЄННОГО СТАНУ

Лукіна Ганна Михайлівна,
викладач кафедри медичної фізики, біофізики та вищої математики,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Актуальність проблеми

Повномасштабна війна стала безпрецедентним викликом для системи вищої освіти України та спричинила необхідність термінового переходу до гнучких моделей навчання. У цих умовах інноваційні технології та дистанційна форма освіти перетворилися з альтернативного формату на стратегічний інструмент забезпечення безперервності професійної підготовки майбутніх лікарів.

Медична освіта має специфіку, пов'язану з поєднанням теоретичної підготовки та обов'язкових практичних навичок. Тому впровадження цифрових технологій в умовах воєнного стану потребує комплексного аналізу як переваг, так і викликів.

Переваги використання інноваційних технологій

1. Забезпечення безперервності освітнього процесу

Однією з ключових переваг дистанційного навчання є можливість збереження освітнього процесу навіть за умов повітряних тривог, евакуації чи тимчасової окупації окремих територій. Використання платформ відеоконференцій, електронних навчальних середовищ, віртуальних симуляторів дозволяє студентам продовжувати навчання незалежно від їхнього місця перебування. Зокрема використання платформи Teams дозволяє ефективно проводити заняття, як у форматі лекцій, так і практичних занять.

2. Гнучкість та індивідуалізація навчання

Інноваційні технології сприяють персоналізації освітнього процесу. Студенти можуть опановувати матеріал у зручному темпі, повторювати складні теми, користуватися записами лекцій та цифровими бібліотеками. Це особливо важливо в умовах психологічного стресу, спричиненого воєнними подіями.

Адаптивні освітні платформи дозволяють враховувати рівень підготовки здобувачів освіти, що підвищує ефективність засвоєння матеріалу та сприяє формуванню професійних компетентностей. [3, с. 95-96]

3. Розширення доступу до міжнародного досвіду

В умовах війни українські заклади вищої медичної освіти активізували співпрацю з іноземними партнерами. Онлайн-курси, вебінари, міжнародні конференції дають можливість студентам і викладачам інтегруватися у світовий освітній простір, переймати сучасні клінічні протоколи та практики доказової медицини. Також це поєднується з оффлайн-заходами на території країн-партнерів.

Дистанційні формати також сприяють участі українських студентів у міжнародних програмах обміну без фізичного виїзду за кордон.

4. Використання симуляційних та VR/AR-технологій

Сучасні цифрові рішення, зокрема віртуальні тренажери, 3D-анатомічні моделі, симулятори клінічних випадків, частково компенсують обмежений доступ до клінічних баз. Віртуальні пацієнти дозволяють моделювати різні сценарії лікування, у тому числі травми воєнного часу, що набуває особливої актуальності в сучасних умовах.

Такі технології сприяють розвитку клінічного мислення, навичок прийняття рішень та командної взаємодії. [2, с. 20-22]

5. Формування цифрових компетентностей

Майбутній лікар має володіти навичками роботи з електронними медичними системами, телемедициною, цифровими реєстрами пацієнтів. Дистанційне навчання природно інтегрує ці елементи в освітній процес, формуючи готовність до роботи в умовах цифровізації системи охорони здоров'я.

Основні виклики та проблеми

1. Обмежені можливості практичної підготовки

Найбільшою проблемою дистанційного формату в медичній освіті є дефіцит клінічної практики. Безпосередній контакт із пацієнтом, відпрацювання мануальних навичок, робота в операційній не можуть бути повністю замінені віртуальними технологіями.

Особливо складною є підготовка студентів старших курсів та інтернів, для яких клінічний досвід є критично важливим. [1, с. 117-118]

2. Нерівність доступу до технічних ресурсів

В умовах воєнного стану частина студентів перебуває в регіонах із нестабільним інтернет-зв'язком або обмеженим доступом до електроенергії. Це створює освітню нерівність і може негативно впливати на якість підготовки.

Крім того, не всі здобувачі освіти мають сучасні пристрої, здатні підтримувати деякі освітні платформи.

3. Психоемоційне навантаження

Воєнний стан супроводжується постійним стресом, тривожністю та ризиком професійного вигорання як у студентів, так і у викладачів. Дистанційний формат, попри свою гнучкість, може посилювати відчуття ізольованості та знижувати мотивацію до навчання.

У цих умовах важливо інтегрувати елементи психологічної підтримки в освітній процес.

4. Питання якості та академічної доброчесності

Онлайн-оцінювання створює додаткові ризики щодо забезпечення об'єктивності контролю знань. Потребують удосконалення механізми ідентифікації здобувачів освіти, прокторинг, а також формування культури академічної доброчесності.

Водночас необхідно адаптувати критерії оцінювання до нових форматів навчання без зниження стандартів підготовки.

5. Підготовка викладачів до цифрової трансформації

Не всі науково-педагогічні працівники мають достатній рівень цифрової компетентності. Ефективне використання інноваційних технологій потребує системної підготовки, методичної підтримки та оновлення освітніх програм. Але більшість вищих навчальних закладів регулярно проводить курси, семінари та інші заходи з вдосконалення цифрової освіченості персоналу. [3, с. 97-99]

Перспективи розвитку

Події воєнного часу прискорили цифрову трансформацію медичної освіти в Україні. Дистанційна форма навчання не повинна розглядатися як тимчасовий вимушений захід, а як складова гібридної моделі освіти, що поєднує онлайн-теоретичну підготовку з інтенсивною клінічною практикою, необхідною для повноцінної медичної освіти.

Перспективними напрямами є:

- розвиток національних платформ симуляційного навчання;
- інтеграція телемедицини в освітні програми;
- створення єдиних цифрових ресурсів для медичних університетів;
- розширення міжнародної академічної співпраці;
- впровадження систем безперервного професійного розвитку в онлайн-форматі.

Висновки

Використання інноваційних технологій та дистанційної форми навчання в медичній освіті України в умовах воєнного стану є не лише вимушеним кроком, а й потужним імпульсом для модернізації системи підготовки медичних кадрів. Переваги цифрових рішень — безперервність навчання, гнучкість, доступ до міжнародного досвіду, формування цифрових компетентностей - створюють нові можливості для розвитку галузі.

Водночас існують суттєві виклики, пов'язані з практичною підготовкою, технічною нерівністю, психоемоційним навантаженням та забезпеченням якості освіти. Подолання цих проблем потребує комплексного підходу, поєднання державної підтримки, інституційної автономії та професійної відповідальності учасників освітнього процесу.

Таким чином, інноваційні технології мають стати не заміною традиційної медичної освіти, а її стратегічним доповненням, що забезпечить стійкість, адаптивність і конкурентоспроможність української медичної освіти в умовах сучасних викликів.

Список використаних джерел

1. Гарбар К. Б., Єлоєва З. В., Матвієнко С. О. Досвід впровадження дистанційної форми навчання в післядипломній медичній освіті // Медична освіта. 2023. № 1. С. 113–119.
2. Крупко О. Дистанційна освіта та інноваційні методи навчання у вищій освіті України в період пандемії COVID-19 // Український педагогічний журнал. 2022. № 1. С. 18–23.
3. Стрільчук Л. М., Радченко О. М., Ільницька Л. А. Дистанційне навчання у медичному закладі вищої освіти: соціальні та статево-вікові характеристики // Медична освіта. 2022. № 3. С. 94–100.

ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ ПІДГОТОВКИ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ ДО СКЛАДАННЯ ЄДКІ ТА ІНСТРУМЕНТИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ОСВІТИ

Моргунцова Світлана Андріївна, кандидат біологічних наук, доцент,
проректор з науково-педагогічної, навчальної роботи та якості освіти;
Школова Олена Петрівна, керівник навчального відділу;
Дмитрієв Вадим Сергійович, кандидат технічних наук,
керівник Центру дистанційної освіти і телемедицини та якості освіти;
Ганошенко Юрій Анатолійович, кандидат філологічних наук, доцент,
керівник навчально-методичного відділу
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

У сучасних умовах реформування системи вищої освіти в Україні, зокрема в медичній галузі, особлива увага приділяється забезпеченню високої якості підготовки фахівців. Єдиний державний кваліфікаційний іспит (ЄДКІ) є ключовим інструментом оцінки компетентностей здобувачів освіти, що вимагає комплексного підходу до організації навчального процесу. Досвід Запорізького державного медико-фармацевтичного університету (ЗДМФУ) демонструє ефективність впровадження інтегрованої організаційної моделі, яка поєднує традиційні та цифрові інструменти для підготовки студентів до ЄДКІ та загального підвищення якості освіти. Ця модель базується на принципах системності, моніторингу та корекції, що дозволяє адаптувати освітній процес до індивідуальних потреб здобувачів і вимог сучасного ринку праці.

Під керівництвом ректора університету проф. Колесника Ю.М. реалізується загальноуніверситетський освітній проект – формування єдиної інформаційної освітньої системи ЗДМФУ. Комплекс забезпечує роботу системи «планування–виконання–моніторинг–аналіз», що є основою для ефективної підготовки здобувачів освіти до складання ЄДКІ та підвищення загальної якості освітнього процесу.

Навчальний процес для здобувачів освіти усіх спеціальностей та курсів здійснюється у змішаному форматі: на території університетського містечка організовано проведення занять у офлайн-форматі згідно з чинним розкладом та з неухильним дотриманням усіх безпекових вимог; в онлайн-форматі заняття відбуваються на платформі MS Teams у синхронному режимі з повною візуалізацією та архівацією даних. Такий підхід забезпечує гнучкість і доступність освіти, сприяючи кращому засвоєнню матеріалу в умовах підготовки до ЄДКІ. Навчання в аудиторному форматі дає можливість студентам краще опанувати навчальний матеріал не лише теоретично, але й практично під час виконання практичних занять, шліфувати навички проведення малоінвазивного лікування хворих на манекенах, безпосередньо з викладачем відпрацьовувати практичні навички з відповідних навчальних дисциплін. Додатково ксі студенти, які навчаються на старших курсах в режимі офлайн, мають змогу відпрацювати практичні навички у Міжкафедральному тренінговому центрі ЗДМФУ, що безпосередньо сприяє формуванню компетентностей, необхідних для успішного складання ЄДКІ.

Крім зазначених компонентів, в університеті використовується ще близько 20 комп'ютерних програм, платформ та інформаційних продуктів, що формують комплексну цифрову екосистему для підвищення якості освіти.

Одним із головних пріоритетів усіх учасників освітнього процесу є забезпечення підготовки до складання здобувачами освіти компонентів Єдиного державного кваліфікаційного іспиту. На виконання комплексу заходів з підготовки до ЄДКІ у весняному семестрі 2024-2025 н.р. відбулись понад 100 додаткових лекцій з усіх дисциплін, які входять до складу ЄДКІ, які включали додаткове опрацювання теоретичного матеріалу та розбір тестових завдань. Здійснено проведення щомісячного багаторівневого внутрішньоуніверситетського моніторингу успішності здобувачів у вигляді 4 комплексних тестувань з дисциплін, що входять до структури ЄДКІ, із подальшим аналізом результатів і плануванням відповідних корекційних заходів. Окремим обов'язковим елементом підготовки здобувачів до складання ЄДКІ було щотижневе тестування здобувачів на ресурсах Освітнього модулю ДНП "Центр тестування" з надсиланням результатів тестувань у MS Teams до груп з підготовки до ЄДКІ. Також під керівництвом ректора ЗДМФУ, професора Ю.М. Колесника та проректора з науково-педагогічної, навчальної роботи та якості освіти доцента С.А. Моргунцової деканатами факультетів спільно з ЦДОТЯО згідно з затвердженим розкладом за затвердженою схемою, з посиленням вимог академічної доброчесності учасників проведено тестування для здобувачів освіти 3 та 4 курсів спеціальностей 222 «Медицина», 228 «Педіатрія», 226 «Фармація, промислова фармація», 224 «Технології медичної діагностики та лікування» та 227 «Фізична терапія, ерготерапія». Результати тестувань обговорено на загальноуніверситетських нарадах, опрацьовано деканатами та профільними кафедрами для визначення якісних показників навчання, зформовано групи ризику здобувачів освіти, з якими проведено додаткові заняття для покращення засвоєння ними навчального матеріалу.

Впровадження комплексної організаційної моделі в ЗДМФУ дозволило не лише ефективно підготувати здобувачів освіти до складання ЄДКІ, але й значно підвищити загальну якість освітнього процесу через інтеграцію оффлайн- і онлайн-інструментів, систематичний моніторинг та корекційні заходи. Таким чином покращення академічних показників, посилення практичних навичок та адаптацію до сучасних викликів медичної освіти дозволило значно покращити результати складання здобувачами освіти ЗДМФУ, які за переважною більшістю перевищують значення національних показників за відповідними спеціальностями. Цей досвід може бути корисним для інших закладів вищої освіти в Україні як модель для оптимізації підготовки фахівців.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФОРМУВАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ОСВІТНЬОЇ ТРАЄКТОРІЇ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ ЗА РЕГУЛЬОВАНИМИ СПЕЦІАЛЬНОСТЯМИ, НА ПРИКЛАДІ ЗАПОРІЗЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Моргунцова Світлана Андріївна, кандидат біологічних наук, доцент,
проректор з науково-педагогічної, навчальної роботи та якості освіти;
Школова Олена Петрівна, керівник навчального відділу;
Дмитрієв Вадим Сергійович, кандидат технічних наук,
керівник Центру дистанційної освіти і телемедицини та якості освіти;
Ганошенко Юрій Анатолійович, кандидат філологічних наук, доцент,
керівник навчально-методичного відділу
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Сучасна вища освіта України тривалий час перебуває у процесі трансформації, пов'язаної із процесами глобалізації, науково-технічного прогресу, безпекових викликів. Одним із важливих факторів реформування вищої освіти в Україні та вищої медичної освіти зокрема, підготовки висококваліфікованих фахівців, які відповідають вимогам суспільства є формування індивідуальної освітньої траєкторії здобувача вищої освіти.

23.04.2024 року ухвалено Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо розвитку індивідуальних освітніх траєкторій та вдосконалення освітнього процесу» яким деталізовано поняття індивідуальна освітня траєкторія. Зокрема законодавець доповнив Статтю 1. «Основні терміни та їх визначення» Закону України «Про вищу освіту» пунктом 11 у якому «індивідуальна освітня траєкторія здобувача вищої освіти – персональний шлях реалізації особистісного потенціалу здобувача вищої освіти, що ґрунтується на виборі здобувачем вищої освіти освітніх програм, суб'єктів освітньої діяльності, що їх реалізують, форм і строку здобуття освіти, освітніх компонентів. У вищій освіті індивідуальна освітня траєкторія включає, зокрема, послідовність здобуття освітніх кваліфікацій, академічну мобільність, визнання результатів навчання, здобутих шляхом неформальної та інформальної освіти тощо. Індивідуальна освітня траєкторія формується здобувачем вищої освіти з урахуванням його здібностей, інтересів, потреб, мотивації, можливостей і досвіду».

Таким чином, законодавець надає здобувачеві вищої освіти максимальну свободу вибору формувати індивідуальну освітню траєкторію. Процедуру формування індивідуальної освітньої траєкторії, як правило, нормується в закладах вищої освіти відповідним положенням про організацію освітнього процесу.

Одним із аспектів формування індивідуальної освітньої траєкторії є вибір освітніх компонентів. Законодавець у пункті 15 статті 62 Закону України «Про вищу освіту» у редакціях з липня 2014 року до квітня 2024 говорить про «вибір навчальних дисциплін у межах, передбачених відповідною освітньою програмою та навчальним планом, в обсязі, що становить не менш як 25 відсотків загальної кількості кредитів ЄКТС, передбачених для даного рівня вищої освіти». Тобто ця норма стосується як права всіх здобувачів, які навчаються в закладах вищої освіти незалежно від форми власності чи підпорядкування, так і обов'язку закладів вищої освіти забезпечити це право здобувачів на вибір освітніх компонентів.

У Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті питання забезпечення вільного вибору здобувачів вищої освіти унормовано «Положенням про організацію освітнього процесу у ЗДМФУ» та «Положенням про формування навчальних дисциплін вільного вибору студентами у ЗДМФУ».

У грудні 2019 року законодавець вводить до Закону України «Про вищу освіту» поняття про додаткове регулювання для окремих спеціальностей. Зокрема, це медицина, військова служба, національна безпека, атомна енергетика, правнича галузь тощо. У галузі «Охорона здоров'я» всі спеціальності були регульованими. Крім того, законодавець передбачив посилення вимог до абітурієнтів, які планують здобувати вищезазначені

спеціальності (встановлення рівня конкурсного балу), до атестації випускників регульованих спеціальностей (Єдиний державний кваліфікаційний іспит, Об'єктивний структурований практичний (клінічний) іспит), структури освітніх програм, організації освітнього процесу тощо.

У 2025-2026 навчальному році відбувся набір здобувачів освіти відповідно до оновленого «Переліку галузей знань і спеціальностей» (у редакції Постанова КМУ від 30.08.2024). Галузь «Охорона здоров'я» була перейменована у галузь «Охорона здоров'я та соціальне забезпечення», в результаті чого маємо поєднання в галузі регульованих та нерегульованих спеціальностей, зокрема регульованими залишилися наступні спеціальності: стоматологія, медицина, педіатрія, медична психологія, медсестринство, технології медичної діагностики та лікування, терапія та реабілітація, фармація, з іншого боку з'явилися нерегульовані спеціальності: громадське здоров'я, соціальна робота та консультування.

Таким чином, посилення вимог до регульованих спеціальностей потребувало, в свою чергу, вирішення питання щодо формування індивідуальної освітньої траєкторії в частині вибору освітніх компонентів. Законодавець після тривалих дискусій з представниками закладів вищої освіти, МОН України, МОЗ України вніс зміни до пункту 15 статті 62 Закону України «Про вищу освіту»: «вибір освітніх компонентів у межах, передбачених відповідною освітньою програмою та навчальним планом, в обсязі, що становить не менш як 25 відсотків загальної кількості кредитів ЄКТС, передбачених освітньою програмою (не менше ніж 10 відсотків для спеціальностей, що передбачають доступ до професій, для яких запроваджено додаткове регулювання). При цьому здобувачі певного рівня вищої освіти мають право вибирати освітні компоненти, що пропонуються для інших освітніх програм та рівнів вищої освіти, відповідно до положення про організацію освітнього процесу в закладі вищої освіти».

Отже, за такого підходу до формування індивідуальної освітньої траєкторії здобувачів вищої освіти буде забезпечено як право здобувачів галузі «Охорона здоров'я та соціальне забезпечення» на вільний вибір освітніх компонентів, так і можливість закладів вищої освіти підготувати висококваліфікованого фахівця відповідно до сучасних потреб.

РОЛЬ СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ У ФОРМУВАННІ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ ПАРАМЕДИКІВ

Назаренко Олена Валеріївна,
кандидат медичних наук, доцент ЗВО;
Солов'юк Олександр Олегович,
кандидат медичних наук, доцент, доцент ЗВО,
кафедра внутрішніх хвороб 1,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Вступ. Сучасна система охорони здоров'я висуває підвищені вимоги до професійної підготовки фахівців екстреної медичної допомоги, зокрема парамедиків, професійна діяльність яких здійснюється в умовах обмеженого часу, підвищеного ризику та високої відповідальності за життя і здоров'я пацієнтів. В умовах воєнного стану в Україні дистанційні форми навчання медичних працівників набули особливої актуальності, оскільки забезпечують безпечне контрольоване освітнє середовище, гнучкість, мобільність та раціональне використання часу. Водночас ключовим викликом такого формату залишається організація ефективної практичної підготовки, що забезпечує успішне оволодіння практичними навичками та фаховими компетентностями. Ця проблема на клінічних кафедрах Запорізького державного медико-фармацевтичного університету (ЗДМФУ) вирішується за рахунок проведення занять з використанням симуляційних технологій [2, с.10]. Специфіка професійної діяльності парамедика потребує не лише ґрунтовної теоретичної підготовки, але й відпрацювання практичних навичок до рівня автоматизму, що є критично важливим під час надання допомоги в умовах дефіциту часу.

Основна частина. Симуляційне навчання як інноваційна технологія формування практичних вмінь та навичок полягає у реалістичному моделюванні клінічної ситуації з використанням різноманітного навчального обладнання [1, с. 6]. При вивченні дисципліни «Екстрена медицина» ключове значення мають фахові компетентності, пов'язані з наданням невідкладної допомоги при гострих станах на догоспітальному етапі. Застосування інтерактивного симулятора Body Interact забезпечує можливість багаторазового відпрацювання клінічних алгоритмів та доведення практичних навичок до автоматизованого рівня, що є вирішальним у реальних умовах екстреної медичної допомоги, де кожна секунда має значення. Симуляційні сценарії максимально наближені до реальних умов догоспітального етапу та відтворюють типові клінічні ситуації, з якими парамедики стикаються у повсякденній практиці. У процесі роботи з віртуальними клінічними сценаріями курсанти мають можливість оперативно оцінювати стан пацієнта, визначати пріоритети надання допомоги, приймати обґрунтовані клінічні рішення відповідно до чинних протоколів та стандартів. Структура клінічних кейсів у системі Body Interact включає постановку клінічного завдання, подання додаткової інформації, план обстеження, результати лабораторних та інструментальних досліджень, візуалізоване обстеження конкретного пацієнта, діалогові модулі для відпрацювання комунікативних навичок, проведення диференційної діагностики та формулювання клінічного діагнозу. Практичні заняття для парамедиків з використанням симулятора будуються за структурованою схемою: брифінг (вступний розбір теми), симуляційний тренінг та дебрифінг із детальним обговоренням виконаних дій. Основну частину заняття (70–75 % часу) займає безпосередньо симуляційна робота та аналіз її результатів. Функціональні можливості Body Interact дозволяють взаємодіяти з віртуальним пацієнтом, проводити обстеження, та обирати лікувальну тактику із зазначенням груп та доз лікарських засобів. Стан віртуального пацієнта динамічно змінюється залежно від своєчасності та правильності наданої допомоги. Після завершення сценарію система формує детальний аналітичний звіт із фіксацією кожної дії, часу її виконання та виявлених помилок у комунікації, обстеженні та лікуванні пацієнта. Це дає можливість під час дебрифінгу заново проаналізувати свої дії, що є особливо корисним при відпрацюванні навичок надання невідкладної допомоги в умовах дефіциту часу. Формат групового проходження симуляційного кейсу сприяє розвитку не тільки критичного мислення, а також «soft skills» - навичок ефективної комунікації та командної роботи. Додатковою перевагою системи віртуального пацієнта є віддалені точки доступу до сервера Body Interact, що забезпечує можливість самостійної роботи зі сценаріями у зручний для курсантів час за допомогою мобільного додатку.

Висновки. Впровадження інтерактивної симуляційної технології Body Interact у навчальний процес з дисципліни «Екстрена медицина» забезпечує цілеспрямоване формування ключових професійних компетентностей парамедиків, зокрема навичок швидкої клінічної оцінки, прийняття рішень в умовах обмеження часу та надання невідкладної допомоги відповідно до сучасних протоколів. Розширення та оновлення бази клінічних сценаріїв сприятиме зростанню професійної конкурентоспроможності майбутніх парамедиків.

Список використаних джерел

1. Афонасова Т.М. Використання симуляційних методів навчання при викладанні освітнього компоненту «Інфектологія та інфекційний контроль» в контексті формування цінностей здорового способу життя у здобувачів медичної освіти: матеріали V Всеукраїнської наук.- практ. конф. з міжнарод. участю (Тернопіль, 05-06 грудня 2024 р.) / ТНМУ. – Тернопіль, 2024. – С 6-7.

2. Колесник Ю.М., Моргунцова С.А., Школова О.П., Дмитрієв В.С., Ганошенко Ю.А. Інтерактивний освітній симулятор Body Interact - невід'ємна складова підготовки клініциста: матеріали навчально-методичної конференції Центральної методичної ради ЗДМФУ (Запоріжжя, 25 квітня 2024 р.) / Запорізький Державний Медико-Фармацевтичний Університет. – Запоріжжя: ЗДМФУ, 2024, 9-10.

EDUCATIONAL POTENTIAL OF THE CASE STUDY METHOD IN TEACHING OBSTETRICS AND GYNECOLOGY AT ZAPORIZHZHIA STATE MEDICAL AND PHARMACEUTICAL UNIVERSITY

Svitlana Onopchenko, PhD, Assistant;
Volodymyr Siusiuka, DSc, Professor, Head of the Department;
Mykhailo Kyrychenko, Assistant;
Oleksandr Kyryliuk, PhD, Associate Professor,
Natalija Kolokot, Assistant,
Department of Obstetrics and Gynecology,
Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University

Анотація. Для ефективного оволодіння знаннями та розвитку умінь і навичок важливим є використання саме таких освітніх технологій, які сприяють загальному розвитку особистості, формуванню її медичної культури, розширенню індивідуального досвіду, розвитку інтуїції, творчості, а також інтегративного мислення. Один із популярних інтерактивних методів у сучасній системі навчання – кейс-стаді. Засвоєння нової інформації через практичні інструменти дозволяє здобувачам вищої освіти ефективно та швидко опановувати матеріал. Використання методу кейс-стаді має вагомий вплив на професійну підготовку студентів, формує інтерес і позитивну мотивацію до навчання та подальшу практичну діяльність.

Ключові слова: кейс-стаді, інтерактивні методи, онлайн-технології, дистанційне навчання.

Abstract. Effective acquisition of knowledge and the development of professional skills require the use of educational technologies that promote holistic personal development, the formation of medical culture, the expansion of individual experience, and the development of intuition, creativity, and integrative thinking. One of the most widely used interactive methods in contemporary education is the case study method. The assimilation of new information through practical tools enables higher education students to master learning material more efficiently and rapidly. The application of the case study method has a significant impact on students' professional training, fosters sustained interest and positive learning motivation, and enhances readiness for future practical activities.

Keywords: case study method; interactive teaching methods; online technologies; distance learning.

The contemporary development of the educational system necessitates the implementation of teaching methods that ensure the effective transfer of a substantial volume of knowledge and a high level of its comprehension and assimilation, especially in the context of current challenges. One of the priority strategic directions for the modernization of higher education is the use of advanced information technologies and technical teaching tools. In this regard, the primary focus of academic and teaching staff at the university and its clinical departments is placed on the integration of modern educational technologies into the learning process [9, pp. 327-328]. Key innovations in teaching methodology are associated with active, or interactive, learning approaches. Their essence lies in organizing the educational process based on interaction and dialogue, during which higher education students develop critical thinking skills, analyze anamnesis data and clinical situations, consider alternative approaches, make well-reasoned decisions, participate in professional discussions, and communicate effectively with peers or trainees [5, pp. 182-184].

For the effective acquisition of methodological knowledge and the development of professional competencies and skills, it is essential to apply educational technologies that promote overall personal development, the formation of medical culture, the expansion of individual experience, and the enhancement of intuitive, creative, and integrative thinking [6, pp. 124-126]. In this context, instructors actively employ a variety of interactive teaching methods and tools. One of the most widespread and effective methods is the case study approach, which involves mastering educational material through the analysis of practical situations. This approach enables higher education students to acquire new information more rapidly and efficiently, fosters critical thinking,

and enhances their ability to independently evaluate information and formulate substantiated conclusions. Among the leading interactive forms of learning, training sessions, business and role-playing games, group discussions, and brainstorming are also widely used. The case study method contributes to the development of methodological problem-solving skills, the integration of theoretical knowledge into real professional situations, and the formation of key competencies of future specialists [8, pp. 7-18].

The increasing demands on the quality of graduate training are determined not only by the level of knowledge acquisition but also by the ability to behave effectively in various, including crisis, situations, as well as by the consistency and effectiveness of professional actions. The case study method meets these requirements, as it promotes the development of analytical and strategic skills and the ability to work with information under conditions of uncertainty. At the same time, medical education has its specific characteristics, where face-to-face learning plays a leading role in shaping the professional competencies of future physicians [1, pp. 67-69]. At the same time, under modern conditions, distance learning has become an integral component of the higher education system, providing flexibility, multifactoriality, and practical orientation to the educational process. It is characterized by an increased role of students' independent work, the development of responsibility, discipline, and goal orientation, as well as by bringing learning closer to real professional activity [5, pp. 182-184].

The development of Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University in the context of the modern information society is characterized by the accumulation of a substantial volume of scientific and educational-methodological resources, including those available in electronic format. The university's strong material and technical base make it possible to implement contemporary educational projects: departments and structural units are equipped with the necessary equipment, instruments, and computer programs, while the unified information environment of the university is continuously being modernized [2, pp. 48-51; 3, pp. 32-34].

It should be noted that the case method also contributes to the development of creativity, ingenuity, and the ability to effectively solve professional problems. It fosters skills in situation analysis and diagnosis, stimulates active discussion, and encourages the search for compromise solutions [4, pp. 485-500]. Educational cases may be classified according to various aspects of their content and structure. The European Case Clearing House identifies several main groups of cases, including incident cases, exercise cases, example cases, decision cases, and comprehensive cases, which allows for their systematization according to didactic purpose and nature of application [7, pp. 919-920].

The distinction between the case study method and traditional teaching approaches lies in the close interaction between instructors and students, where each participant in the educational process acts as an equal subject of learning and develops professional skills and competencies necessary for future professional activity. The analysis of specific situations is particularly effective for students focused on the in-depth assimilation of practically significant material [6, pp. 124-126]. During the development of educational cases, the department staff followed a step-by-step methodology that included topic selection, formulation of didactic objectives, data collection, case writing, preparation of tasks, and integration of the case into the educational process.

The application of the case study method during practical classes in the discipline "Obstetrics and Gynecology" enables objective assessment of students' knowledge, practical skills, and professional competencies, while also fostering the development of clinical thinking and intellectual potential. Moreover, this approach enhances the effectiveness of instructors' pedagogical activities and contributes to their professional growth.

Thus, the use of the case study method in teaching the discipline "Obstetrics and Gynecology" at Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University has a significant positive impact on the quality of students' professional training, promotes sustained motivation for learning, and supports further practical professional activity. The department has developed a comprehensive database of educational cases fully aligned with the curriculum, including algorithms for emergency care in obstetrics and gynecology adapted to the "Krok-2" (Ukrainian Unified State Medical Licensing Examination) testing framework.

References

1. Holovanova IA, Martynenko NV, Pluzhnikova TV, et al. Problems and prospects of distance learning in a medical higher education institution. In: Modern Trends in the Development of Medical Education: Prospects and Achievements. Proceedings of the Scientific and Educational Conference with International Participation; 2022 Mar 24; Poltava, Ukraine. Poltava; 2022. p. 67–69. [in Ukrainian]

2. Kolesnyk YM, Avramenko MO, Morhuntsova SA, Ryzhov OA. Experience in implementing online technologies in the training system for specialists in the field of knowledge "Health Care". In: Current Issues of Higher Medical Education in Ukraine. Proceedings of the XV All-Ukrainian Scientific and Practical Conference with International Participation; 2018 May 17–18; Ternopil, Ukraine. Ternopil: TDMU; 2018. p. 48–51. [in Ukrainian]

3. Kolesnyk YM, Avramenko MO, Morhuntsova SA, Ryzhov OA, Ivankova NA. Concept of a corporate knowledge management system at Zaporizhzhia State Medical University. In: Innovations in Higher Medical and Pharmaceutical Education of Ukraine. Proceedings of the XVI All-Ukrainian Scientific and Practical Conference with International Participation; 2019 May 16–17; Ternopil, Ukraine. Ternopil: TNMU; 2019. p. 32–34. [in Ukrainian]

4. Lapoule P, Lynch R. The case study method: exploring the link between teaching and research. Journal of Higher Education Policy and Management. 2018;40(5):485–500. doi:10.1080/1360080X.2018.1496515.

5. Liakhovskyi VI, Krasnov OG, Krasnova OI, et al. Modern aspects of improving distance learning in higher education institutions. In: Modern Trends in the Development of Medical Education: Prospects and Achievements. Proceedings of the Scientific and Educational Conference with International Participation; 2022 Mar 24; Poltava, Ukraine. Poltava; 2022. p. 182–184. [in Ukrainian]

6. Makarova IO. Approaches to the organization of distance learning. In: Chernenko NM, Soloveichuk OM, editors. Modern Methods and Forms of Organization of the Educational Process in Higher Education Institutions. Proceedings of the All-Ukrainian Scientific and Methodological Conference; 2022 Jun 15; Odesa, Ukraine. Odesa: Ushynsky University; 2022. p. 124–126. [in Ukrainian]

7. Pometun OI. Situational method of learning. In: Encyclopedia of Education. Kyiv: Yurinkom Inter; 2021. p. 919–920. ISBN 978-966-667-759-7. [in Ukrainian]

8. Romaniuk RI, Kyrychuk HV, Kostantynenko LM, Pavliuchenko OV, Shevchuk SM. Case study as a learning technology for future biologists and teachers of natural science subjects. Scientific Notes of Mykhailo Kotsiubynsky Vinnytsia State Pedagogical University. Series: Theory and Methods of Teaching Natural Sciences. 2021;1:7–18. doi:10.31652/2786-5754-2021-1-7-18. [in Ukrainian]

9. Sukhin YV, Topor VP, Pavlychko YY, Korniienko SV. Distance education system caused by the COVID-19 pandemic. In: Proceedings of the XXIX International Science Conference "Science, Theory and Practice"; 2021 Jun 8–11; Tokyo, Japan. 2021. p. 327–328. doi:10.46299/ISG.2021.I.XXIX. [in Ukrainian]

ПІДГОТОВКА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ З ДИСЦИПЛІНИ «АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ» В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ

Пучков Володимир Анатолійович, кандидат медичних наук, доцент ЗВО;
Сюсюка Володимир Григорович, доктор медичних наук,
завідувач кафедри, професор ЗВО;
Ганжий Ірина Юріївна, доктор медичних наук, професор ЗВО
Богуславська Наталія Юріївна, кандидат медичних наук, доцент ЗВО;
Онопченко Світлана Павлівна, кандидат медичних наук, асистент
кафедра акушерства і гінекології,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Анотація. За останній рік наукова спільнота присвятила чимало робіт з теми удосконалення освітніх послуг в період воєнного стану. Війна висунула нові виклики перед закладами вищої освіти в Україні. Тому, підготовка лікарів-інтернів акушерів-гінекологів потребує адаптації програм навчання, впровадження нових клінічних сценаріїв та посилення практичної складової, орієнтованої на роботу в ситуаціях підвищеної небезпеки. Пошук нових форм, методів, засобів навчання, психологічної підтримки сприятиме розвитку стресостійкості та підвищенню здатності діяти в кризових ситуаціях і надавати допомогу пацієнткам у найскладніших обставинах.

Ключові слова: соціально-педагогічна підтримка, лікарі інтерни, якість підготовки, війна, міждисциплінарна інтеграція.

Abstract. Over the past year, the academic community has devoted considerable attention to improving educational services during the period of martial law in Ukraine. The war has posed new and unprecedented challenges for higher education institutions, particularly in the field of medical training. Consequently, the preparation of obstetrics and gynecology interns requires the adaptation of training programs, the introduction of updated clinical scenarios, and the strengthening of the practical component aimed at functioning in high-risk environments. Exploring new forms, methods, and tools of instruction, alongside providing psychological support, contributes to the development of stress resilience and enhances the ability of future specialists to act effectively in crisis situations and deliver care to patients under the most challenging circumstances.

Keywords: social and pedagogical support; medical interns; quality of training; wartime conditions; interdisciplinary integration.

Повномасштабна військова агресія проти України суттєво вплинула на систему охорони здоров’я, зокрема на підготовку лікарів-інтернів [1, 2, 3]. Сучасні умови прифронтових регіонів формують новий формат акушерсько-гінекологічної допомоги [4, 5, 7]. Підготовка лікарів-інтернів у такій ситуації відбувається в умовах підвищених ризиків, нестабільного безпекового середовища та значного збільшення кількості ургентних випадків [4, 7]. Акушерсько-гінекологічна служба зазнає особливих викликів, адже вагітні та новонароджені є однією з найбільш вразливих категорій пацієнтів [8, 9]. Підготовка лікарів-інтернів акушерів-гінекологів потребує адаптації програм навчання, впровадження нових клінічних сценаріїв та посилення практичної складової, орієнтованої на роботу в ситуаціях підвищеної небезпеки [5, 7]. Повітряні тривоги, вимушені переміщення до укриттів, ризики обстрілів, перебої з електропостачанням, обмеження в пересуванні – усе це створює перешкоди для проведення занять, планових маніпуляцій та вимагають гнучкого планування навчального процесу (зміни розкладів, наявність приміщень, як місць для теоретичної частини занять) [4, 5].

У прифронтових регіонах спостерігається збільшення кількості ускладнених вагітностей, зокрема: передчасних пологів, прееклампсії, стрес-індукованих акушерських ускладнень, випадки травм у вагітних [8, 9, 10]. Для інтернів це означає зростання кількості складних клінічних випадків та потребу в швидкому прийнятті рішень [6]. Значна частина пацієнток має ознаки тривожних розладів або посттравматичного стану [4, 7]. Лікарі-інтерни, як і наставники працюють в умовах реальної загрози життю, що супроводжується:

тривожністю, емоційним виснаженням, ризиком професійного вигорання [5,7]. Також підготовка інтернів вимагає знань алгоритмів дій у разі екстреної евакуації пацієнток, зокрема вагітних, роділь, породіль та новонароджених .

На кафедрі акушерства і гінекології ЗДМФУ з початку військової агресії пройшли навчання 83 лікарі-інтерни за спеціальністю «акушерство і гінекологія». Для їх теоретичної та практичної підготовки кафедра має 2 акушерські бази (КНП Територіального медичного об'єднання «Здорова родина» ЗОР, КНП Міська лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги ЗМР). За час військової агресії як на території університету, так і на клінічних базах облаштовані укриття та розроблені алгоритми дій для лікарів-інтернів, так і співробітників університету щодо безпечного навчання під час повітряної тривоги. В укриттях створені умови для проведення теоретичної частини навчання.

Програма підготовки в інтернатурі з акушерства і гінекології включає також додаткові програми – в тому числі ДП 4 «Симуляційне навчання». Саме симуляційне навчання відіграє важливу роль у оволодінні клінічними компетентностями, особливо для відпрацювання практичних навичок при невідкладних станах в акушерстві і гінекології як в індивідуальній, так і в командній роботі лікаря. Симуляційне навчання є саме тим підготовчим етапом для навчання на рівні незалежної практики, коли лікар-інтерн надає допомогу або виконує процедуру без втручання керівника. У підготовці лікарів-інтернів активно використовуються системи освітньої програми віртуальних клінічних сценаріїв «Body Interact – clinical reasoning education», що дозволяє сформувати клінічне мислення, а також стандартизований підхід до ведення пацієнток з найбільш поширеними патологічними станами. На кафедрі акушерства і гінекології ЗДМФУ, завдяки використанню платформи Microsoft Teams, проводиться демонстрація навчальних відеороликів та презентацій, а також у лікарів-інтернів є можливість участі в науково-практичних конференціях.

Враховуючи, що навчання відбувається в умовах, які супроводжується психологічним навантаженням – навчальні програми додатково включають модулі з ментального здоров'я, психологічної підтримки та стрес-менеджменту. Викладачі організовують тренінги зі стресостійкості, групові обговорення складних випадків, залучають психологів медичних закладів. Інтерни навчаються тактикам кризової комунікації, веденню вагітних з психосоматичними проявами. Особливу увагу приділяють конфіденційному й етичному веденню жінок, які пережили насильство або перебували в зоні бойових дій (без будь-яких деталей). Однак слід зазначити, що попри значні труднощі, підготовка інтернів у Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті має і свої переваги. Інтерни здобувають навички роботи в екстремальних умовах, зокрема: ведення пологів у ситуації ризику, надання невідкладної допомоги при травмах вагітних, організації медичної евакуації матері та дитини.

Таким чином, програма підготовки інтернів акушерів-гінекологів в Україні потребує внесення низки змін в навчанні, а саме: необхідність включення модулів з домедичної допомоги, військової медицини, тактичної поведінки та ведення вагітних у зоні ризику, психологічної підтримки інтернів, а саме введення регулярних зустрічей із психологом, проведення тренінгів з стресостійкості та супервізії.

Підсумовуючи можна стверджувати, що підготовка лікарів-інтернів акушерів-гінекологів у прифронтових регіонах України є складним, але критично важливим процесом. В умовах війни формується новий тип фахівця – висококваліфікований, стресостійкий, здатний діяти в кризових ситуаціях і надавати допомогу пацієнткам у найскладніших обставинах. Інноваційні підходи, міждисциплінарна інтеграція та вчасна психологічна підтримка здатні значно підвищити якість підготовки молодих лікарів та зміцнити систему акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні.

Список використаних джерел

1. Ministry of Health of Ukraine. Pro zatverdzhennia Polozhennia pro internaturu: Nakaz No. 1254 vid 22.06.2021. Kyiv: MoH; 2021. Internet. Available from: https://iplex.com.ua/doc.php?code=z1081-21&from=360

2. Ministry of Health of Ukraine. Pro zatverdzhennia prymirnykh prohram pidhotovky v internaturi za spetsialnistiamy ‘Akusherstvo ta hinekolohiia’: Nakaz No. 1219 vid 14.07.2022. Kyiv: MoH; 2022. Internet. Available from: https://ips.ligazakon.net/document/MOZ33989
3. Ministry of Health of Ukraine. Pro zaluchennia likariv-interniv ta deiakykh inshykh osib pid chas voiennoho stanu: Nakaz No. 385 vid 27.02.2022. Kyiv: MoH; 2022. Internet. Available from: https://docs.dtkt.ua/doc/v0385282-22
4. FIGO. Conflict in Ukraine: Protecting the health and rights of women and girls - Statement. 2022. Internet. Available from: https://www.figo.org/resources/figo-statements/conflict-ukraine-ensuring-health-and-rights-women-and-girls
5. Inter-Agency Working Group (IAWG). Minimum Initial Service Package (MISP) for Sexual and Reproductive Health — Reference (Inter-Agency Field Manual). Internet. Available from: https://unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/MISP-Reference-English.pdf
6. Kumar A, Sturrock S, Wallace EM, Nestel D, Lucey D, Stoyles S, et al. Evaluation of learning from Practical Obstetric Multi-Professional Training and its impact on patient outcomes in Australia using Kirkpatrick’s framework: a mixed methods study. BMJ Open. 2018;8(2):e017451. doi:10.1136/bmjopen-2017-017451. Available from: https://bmjopen.bmj.com/content/8/2/e017451
7. UNFPA Ukraine. Sexual and reproductive health and rights assessment in Ukraine: Desk review. Kyiv: UNFPA; 2025 Jan 24. Internet. Available from: https://ukraine.unfpa.org/en/publications/sexual-and-reproductive-health-and-rights-assessment-ukraine-desk-review
8. World Health Organization. WHO recommendations on maternal health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. 2nd ed. Geneva: WHO; 2023. Internet. Available from: https://files.magicapp.org/guideline/e9a08688-eb2a-490b-903c-a65ecd01f881/published_guideline_7000-1_0.pdf
9. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018. Internet. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215
10. World Health Organization; UNFPA; UNICEF. Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors. 2nd ed. Geneva: WHO; 2017. Internet. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565493

ПРОБЛЕМИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ

Редько Ірина Іванівна,
доктор медичних наук, професор;
Левчук-Воронцова Тетяна Олегівна,
кандидат медичних наук, асистент,
кафедра дитячих хвороб,
навчально-науковий інститут післядипломної освіти,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Післядипломна медична освіта є ключовим елементом безперервного професійного розвитку лікарів та інших медичних фахівців. Вона забезпечує оновлення знань, опанування нових клінічних протоколів, технологій діагностики та лікування, а також формування практичних навичок, необхідних для реагування на сучасні виклики системи охорони здоров'я.

Війна в Україні суттєво змінила підходи до післядипломного підвищення кваліфікації лікарів. Перехід на дистанційне навчання став вимушеним, водночас дистанційна освіта стала необхідною та безальтернативною формою забезпечення безперервного навчального процесу. В умовах війни післядипломний етап медичної освіти має низку специфічних особливостей. Слухачами є практикуючі лікарі, які поєднують навчання з клінічною роботою, часто в умовах надмірного навантаження, дефіциту кадрів, постійних чергувань та психологічного стресу. Частина фахівців працює в прифронтових регіонах або змушена була змінити місце проживання через внутрішнє переміщення. У таких умовах дистанційна форма навчання стала фактично єдиною можливістю продовжувати післядипломну освіту.

Головною проблемою медичної дистанційної освіти є обмеженість практичної підготовки. Медична освіта неможлива без клінічних навичок, а дистанційні формати обмежують можливості повноцінного практичного навчання. В наших умовах компенсувати цей дефіцит можливо в симуляційному центрі Запорізького державного медико-фармацевтичного університету із застосуванням віртуальних симуляторів, тренажерів та віртуальних пацієнтів. Клінічні кейси та відеодемонстрації в нашій роботі також позитивно впливають на формування практичних навичок. В умовах дистанційної освіти однією із проблем є об'єктивне оцінювання рівня знань та навичок слухачів. Дистанційні форми контролю знань не завжди дозволяють достовірно оцінити практичну підготовку, клінічне мислення та самостійність прийняття рішень. Необхідно продовжити впровадження в оцінювання рівня знань і навичок слухачів контрольних тестових завдань, ситуаційних задач після викладання кожної теми із застосуванням зворотного зв'язку з проведенням активних дискусій та клінічних розборів. Самостійна робота слухачів з використанням електронних баз бібліотеки університету також позитивно впливає на якість практичної підготовки, підвищує клінічне мислення. У воєнний час необхідна адаптація навчальних програм до реальних умов роботи лікарів та забезпечення гнучких форм оцінювання рівня знань після навчання.

Ефективність післядипломної освіти значною мірою залежить від якісної взаємодії між викладачем і слухачами. У дистанційному форматі ця взаємодія може бути обмеженою в умовах війни через нестабільне електропостачання, проблеми зі зв'язком та інтернетом, що безпосередньо впливає на якість та доступність онлайн навчання. В даних умовах можливий індивідуальний підхід до зворотного зв'язку з активними дискусіями та клінічними розборами, що є надзвичайно важливим для професійного розвитку лікаря.

Війна спричиняє високий рівень стресу, тривоги, що може погіршувати якість навчання у слухачів, а дистанційний формат за відсутності живого спілкування може посилювати відчуття професійного вигорання. Поєднання клінічної роботи в умовах війни із навчанням може знижувати мотивацію на здатність до засвоєння нового матеріалу. Тому важливим є впровадження психологічної підтримки як для слухачів, так і для викладачів. Прикладом цього є впровадження з Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті курсів щодо підтримки ментального здоров'я для слухачів та викладачів.

Таким чином, дистанційна післядипломна медична освіта в умовах війни дозволяє зберегти доступ до освітніх ресурсів незалежно від місця перебування, гнучкість у плануванні часу та можливість залучення провідних національних і міжнародних експертів. Для підвищення ефективності дистанційної освіти доцільно поєднувати онлайн-навчання з очними елементами за можливості (змішаний формат), активно використовувати симуляційні технології, кейс-методи та інтерактивні платформи.

ВПЛИВ CHATGPT ВПЛИВАЄ НА СПІЛКУВАННЯ ТА РОЗВИТОК КОМУНІКАТИВНИХ НАВИЧОК МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ

Самойленко Олена Валентинівна, к.філ.н., доцент
завідувачка кафедри теоретичних дисциплін;
Черпак Микита Євгенович, здобувач освіти,
Донецький національний медичний університет

Стрімкий розвиток штучного інтелекту став однією з найпомітніших ознак сучасного інформаційного суспільства. Серед усіх цифрових інструментів особливе місце посідають мовні моделі, зокрема ChatGPT, які здатні підтримувати діалог, відповідати на запитання, допомагати з навчанням, роботою та повсякденними завданнями. Їх активне впровадження неминуче впливає на те, як люди спілкуються між собою, формують думки та розвивають комунікативні навички. Цей вплив є багатогранним і поєднує як позитивні, так і потенційно проблемні аспекти.

Перш за все, ChatGPT змінює сам формат комунікації. Люди все частіше звертаються до цифрового співрозмовника замість того, щоб одразу шукати відповідь у живому спілкуванні. Це спрощує доступ до інформації, знижує комунікативні бар'єри та економить час. Користувач може ставити запитання без страху осуду, помилки чи негативної оцінки, що особливо важливо для інтровертів або людей із підвищеною тривожністю. У такому контексті ChatGPT виступає своєрідним «безпечним простором» для тренування формулювання думок, уточнення позиції та відпрацювання аргументації.

Важливим позитивним ефектом є розвиток мовної грамотності та письмової комунікації. Регулярна взаємодія з мовною моделлю стимулює користувача чіткіше формулювати запити, добирати точні слова та структурувати повідомлення. Для здобувачів вищої освіти, школярів і фахівців це може слугувати інструментом самонавчання: людина бачить приклади логічно побудованих відповідей, вчиться стилістичній різноманітності та коректному викладенню думок. Отже, ChatGPT може сприяти підвищенню загальної культури письмового мовлення.

Окремої уваги заслуговує вплив ChatGPT на професійну комунікацію. У діловому середовищі він допомагає готувати листи, презентації, звіти, а також моделювати складні переговори чи відповіді на конфліктні ситуації. Це підвищує ефективність спілкування та знижує емоційне навантаження. Людина отримує можливість заздалегідь продумати формулювання, тон і логіку повідомлення, що позитивно позначається на якості взаємодії з колегами та партнерами.

Водночас, надмірна залежність від ChatGPT може мати і зворотний бік. Якщо людина починає систематично замінювати живе спілкування взаємодією з алгоритмом, це може призвести до поступового ослаблення соціальних навичок. Усна комунікація включає невербальні елементи: інтонацію, жести, міміку, паузи, емоційну реакцію співрозмовника. Ці компоненти не можуть бути повноцінно відтворені в текстовому діалозі з штучним інтелектом. У результаті може знижуватися здатність до емпатії, активного слухання та спонтанної реакції в реальних соціальних ситуаціях.

Ще одним ризиком є формування пасивної комунікативної позиції. Коли готові формулювання та ідеї постійно пропонує алгоритм, у людини може зменшуватися мотивація самостійно аналізувати, сперечатися, шукати власні аргументи. Це особливо актуально для молоді, у якої навички критичного мислення та публічного висловлювання ще перебувають на етапі формування. За відсутності балансу ChatGPT може перетворитися з помічника на «замінника» мислення і живого діалогу.

Варто також зазначити, що ChatGPT впливає на емоційну складову комунікації. Для деяких людей він стає джерелом підтримки, можливістю «виговоритися» або отримати нейтральну пораду. Хоча такий формат не замінює реальних міжособистісних стосунків, він може тимчасово зменшувати відчуття самотності. Однак існує ризик емоційної прив'язаності до цифрового співрозмовника, що знову ж таки може віддаляти людину від реальних соціальних контактів.

Отже, вплив ChatGPT на комунікацію людей та їх навички спілкування є комплексним і суперечливим. З одного боку, він розширює можливості самовираження, підвищує мовну грамотність, допомагає в навчанні та професійній діяльності, знижує психологічні бар'єри у спілкуванні. З іншого боку, надмірне використання може призводити до ослаблення живих соціальних навичок, зменшення емпатії та критичного мислення. Ключовим чинником є усвідомлене й збалансоване використання цієї технології. ChatGPT має бути інструментом підтримки та розвитку комунікації, а не її повною заміною. Лише за такої умови він сприятиме гармонійному розвитку особистості в цифрову епоху.

САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ ЯК ЧИННИК ФОРМУВАННЯ САМООСВІТНЬОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ

Сидоренко Оксана Василівна, кандидат філологічних наук,
доцент кафедри культурології та українознавства,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Сучасний український студент здобуває освіту в складних, а почасти і надскладних умовах воєнного стану, у багатьох ЗВО (йдеться, перш за все, про університети, розташовані у прифронтових містах) запроваджено дистанційну освіту. На жаль, багато студентів змушені були дистанційно опановувати і шкільну програму. Ці виклики мають стимулювати здобувачів вищої освіти до формування самоосвітньої компетентності, сутність якої зводиться до здійснення самостійної розумової діяльності, самовиховання, розвитку творчого потенціалу, а в результаті до самоконтролю та самокорекції якості навчальної успішності.

Якість оптимально організованої самостійної роботи можна визначити за тим, наскільки студент ефективно працює не лише під час заняття, а й у вільний від навчального процесу час, якісно організовує свою навчальну діяльність, веде науково-пошукову діяльність, як формується його професійна особистість, громадянська позиція тощо.

Проте роль викладача залишається провідною, особливо на перших курсах навчання, адже саме викладач має так організувати навчальний процес та підібрати ті технології навчання, які створять максимально вигідні передумови для реалізації всіх можливостей студента. Не зважаючи на те, що вітчизняна методика сформувала і постійно вдосконалює шляхи і прийоми організації самостійної роботи, однак на практиці реалізувати її не є простим завданням, зокрема при викладанні дисципліни «Українська мова (за професійним спрямуванням)». Причиною таких педагогічних труднощів є неспроможність або ж низька спроможність першокурсників самостійно працювати, крім того більшість із них не розуміють професійно-прикладний аспект низки дисциплін, зокрема суспільно-гуманітарного циклу. Отже, першим і головним кроком ефективної організації самостійної роботи має бути формування фахового інтересу до предмета.

Наступним кроком має бути поділ студентського колективу на групи в залежності від рівня якості їх знань. Це дозволить викладачеві пропонувати студентам для самостійного навчального процесу завдання відповідно до рівня їх підготовки, при цьому складність завдань має бути узгодженою із системою оцінювання.

Загалом пропоновані завдання мають бути репродуктивного, евристичного або пізнавально-практичного та творчого характеру. Варто відзначити, що одне й теж завдання може належати до різних типів робіт, наприклад, від рівня його складності, можливості застосовувати при його розв’язанні різні рішення тощо. Крім того, виконання робіт може передбачати не лише класичний індивідуальний характер, але й груповий. Вище зазначалося, що на першому курсі (а заявлена дисципліна вивчається на першому семестрі першого курсу) студенти лише вчаться вести самостійну навчальну діяльність, стикаючись із великими труднощами, тому варто поєднувати самостійну роботу з консультаціями з викладачем, котрий скеровуватиме самостійну діяльність студента, пояснюватиме незрозумілі аспекти тієї чи іншої теми.

Типовими завданнями, які виносяться на самостійну роботу, є ведення конспектів, особливо за відсутності лекційних занять. Конспектування можна ускладнити, запропонувавши такі його різновиди, як конспект за готовим планом, конспект за планом, складеним студентом, конспект за наданим списком літератури, конспект за самостійно підібраними списком літератури тощо.

Студенти із низькою якістю успішності можуть оформити папку зі зразками документації, що вивчається за програмою в розділі «Документознавство», це допоможе сформувати культуру писемного мовлення, посприяє засвоєнню мовних норм, увиразнить правильність заповнення і роботи з офіційними текстами.

На покращення мовної компетентності студентів спрацьовує й індивідуальне виконання вправ різного рівня складності. Цей різновид завдань логічно взаємопов'язаний із розробкою і розв'язуванням тестових завдань, оскільки тим самим студенти мають змогу готуватися до майбутнього іспиту: спочатку формується аналітичне мислення, застосовується творчий підхід до вирішення мовних завдань, який змінюється репродуктивним підходом. Тестові завдання варто застосовувати різнорівневі, зокрема: на знаходження логічних пар, тести на підстановку, із вибором групи правильних відповідей, знаходження правильної послідовності.

Доречно включати до переліку самостійних робіт написання різнотематичних рефератів (за темою модуля або ж вузькопроблематичні) та їх презентацію та захист перед аудиторією. Вимоги до написання реферату, а також критерії його оцінювання можуть залежати від низки причин: традиційний реферат; реферат, захист якого доповідач логічно вводить у дискусію; реферат, при презентації якого студент використовує самостійно сформульовані питання для перевірки знань і компетенції аудиторії.

Доречним видом завдань є анотація прочитаної наукової літератури з дисципліни, пошук нових джерел, складання бібліографії, термінологічних словників зі свого майбутнього фаху та інше.

Цікавим самостійним завданням може стати робота з текстом: студент отримує на початку вивчення дисципліни текст і працює з ним упродовж усього вивчення курсу. Залежно від того, яка тема вивчається, студент виконує відповідні завдання (змінює стилістику тексту, переписує текст із лексичними, пунктуаційними, орфографічними, синтаксичними помилками, аналізує представлену в тексті лексику).

Зауважимо, якщо в процесі самостійної навчальної діяльності простежується позитивна динаміка в якості успішності студента, то варто йому пропонувати завдання вищого рівня складності.

Перелік представлених завдань – це мала частка з-поміж можливих варіантів, які мають на меті інтенсифікувати формування самоосвітньої компетентності. Аналіз цього різновиду навчальної діяльності доводить його високу ефективність. Самостійна робота студентів сприяє формуванню глибоких і систематизованих знань, забезпечує послідовну і безперервну підготовку спеціаліста, розвиває у студентів самостійність, активізує пізнавальну діяльність, сприяє набуттю дослідницьких навичок та мобілізує їх на досягненні кінцевого результату.

ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ІСПИТУ СЕРЕД СТУДЕНТІВ V КУРСУ НА КАФЕДРІ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ ЗДМФУ

Сюсюка Володимир Григорович, доктор медичних наук,
завідувач кафедри, професор ЗВО;
Сергієнко Марина Юріївна, кандидат медичних наук, доцент ЗВО;
Онопченко Світлана Павлівна, кандидат медичних наук, асистент;
Пучков Володимир Анатолійович, кандидат медичних наук, доцент ЗВО;
Рослік Ольга Анатоліївна, асистент,
кафедра акушерства і гінекології,
Запорізький державний медико- фармацевтичний університет

Навчання під час воєнного стану ускладнюється безліччю факторів, від безпекових до місцеперебування студентів та організації повноцінного процесу викладання. Проте навчальний процес у дистанційному або змішаному форматі має голову умову: не припинятись за будь-яких обставин. Змішана форма навчання не відміняє використання дистанційної форми для тих, хто не має можливості відвідувати університет, допомагає прояснити деякі практичні аспекти дисциплін та набути студентам необхідні навички «живого» спілкування. В умовах сьогодення, саме використання електронних навчальних систем з засобами візуалізації сприяє успішному сприйняттю та засвоєнню навчального

матеріалу, дозволяє проникнути у глибину явищ, які вивчаються [Бутіна Л.І., 2024; Звягіна Г.О., Потоцька О.І., 2024]. Тому для практичної підготовки студентів в освітньому процесі використання ситуаційних завдань та їх клінічний розбір, а також презентація клінічних кейсів, можуть стати пріоритетним в умовах змішаного формату навчання. Звісно, що медична освіта потребує модифікації методів оцінки знань студентів. Прикладом такого підходу є іспит на 5 курсі як проміжний етап контролю опанованих тем.

Вже третій рік поспіль після завершення осіннього семестру кафедра акушерства і гінекології ЗДМФУ проводить іспит з фізіологічного акушерства серед вітчизняних та іноземних студентів 5 курсу. В умовах воєнного стану важливою задачею для співробітників кафедри була розробка такої моделі перевірки отриманих теоретичних знань та практичних навичок, яка б була максимально доступною для студентів не залежно від місця їх постійного або тимчасового проживання, конкретної ситуації в тому чи іншому регіоні, наявності зв'язку. Після обговорення різних сценаріїв контроль академічної успішності проводився у змішаному форматі, що передбачало два етапи. Перший етап (з використанням MS Forms) складався з вирішення тестових завдань – у письмовій формі, другий – передбачав онлайн-спілкування з використанням платформи MS Teams за білетами, які включали 2 задачі (клінічні кейси). До кожної задачі було підготовлено чотири питання, які дозволяли перевірити не тільки теоретичну та практичну підготовку студентів, але й вміння клінічно мислити, проводити диференційну діагностику, призначати необхідне обстеження та лікування у разі потреби. Всього за іспит нараховувалося максимально 80 балів. Для успішного його складання необхідно було набрати не менше 50 балів.

Для підготовки іспиту на ресурсах кафедри було розміщено 200 тестів та 40 задач для підготовки до події, а на консультаціях, які йому передували, студенти мали можливість обговорити з викладачем тонкощі вирішення тих чи інших клінічних кейсів.

В умовах тривалого продовження воєнного стану поступово зменшується контингент студентів. Загальна кількість студентів у порівняні з минулим навчальним роком зменшилася більш ніж на 45%.

Але зростає їх мотивованість, зацікавленість процесом навчання та придбання нових знань. Цьому сприяли зміни та гнучкість в організації навчального процесу на кафедрі, введення змішаного навчання, яке передбачує розподіл навчального часу заняття на синхронний та асинхронний режими, зміни ролі викладача. При дистанційній формі навчання він виконує роль координатора пізнавального процесу, керівника і коректора навчальних проектів, консультанта під час рішення клінічних кейсів. Під час дії військового стану читання лекцій відбувалося дистанційно на платформі Microsoft Teams, а запис дав можливість студентам з ним ознайомитись.

Середній бал іспиту у 2025-26 навчальному році був 4,5 балів і вищим серед студентів І та ІІ медичних факультетів, включаючи скорчений термін навчання. Такі результати підтверджують мотивованість студентів в отриманні знань та навичок клінічного мислення.

Таким чином безпосередньою задачею співробітників кафедри акушерства і гінекології ЗДФМУ є адаптація до нових реалій сьогодення, розробка та впровадження нових методик навчання та оцінки їх ефективності, підвищення мотивації студентів до навчання саме у нашому медичному закладі.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ В МЕДИЧНИХ ВИШАХ ДИСТАНЦІЙНО В УМОВАХ ВІЙНИ

Трегуб Світлана Євгенівна, канд.пед.наук,
доцент кафедри іноземних мов,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

У контексті останніх тенденцій української вищої медичної освіти в умовах війни, а саме, запровадження нових типів кваліфікаційних іспитів, англомовного субтесту до ліцензійного іспиту «Крок 1», особливої важливості набуває не лише чисто професійна, а й комунікативна підготовка майбутніх лікарів. Латинська мова та медична термінологія у поєднанні з іноземною мовою в медичних вишах є невід'ємною складовою фахової підготовки студентів-медиків.

Актуальність вивчення латинської мови в медичній освіті зумовлена низкою чинників. По-перше, латина є «міжнародною мовою медицини», оскільки більшість анатомічних структур, клінічних станів, фармакологічних препаратів і процедур мають латинські або латинізовані назви. По-друге, латина сприяє точності й однозначності наукових термінів, що є надзвичайно важливо для уникнення помилок у діагностиці та лікуванні. По-третє, знання основ латинської мови формує логічне мислення, розвиває мовну дисципліну та здатність до аналізу складних терміноелементів [1, с.14].

На сьогоднішній день, проблемі вивчення латинської мови та медичної термінології присвячено багато праць. Шляхам формування позитивної мотивації до вивчення латини в майбутніх лікарів присвячено роботи Л. Гурай, Н. Дерев'янчеко, Т. Скуратової й Л. Нетребчук. Вагомий внесок у розвиток викладання та системи вправ з латинської мови в медичних, стоматологічних і фармацевтичних ЗВО зробили **Л. Смольська, Є. Світлична,** О. Беляєва.

Попри очевидну важливість латинської мови та медичної термінології для студентів-медиків в процесі дистанційної освіти, існує низка проблем, які знижують ефективність її опанування студентами [2, с.47]. Це, насамперед, недостатня мотивація студентів-медиків. Певний шар здобувачів сприймає латину як «мертву мову», не усвідомлюючи її практичної цінності; великий обсяг анатомічної, клінічної та фармацевтичної термінології містять численні префікси, суфікси, корені, що ускладнює запам'ятовування. Наступний аспект – відсутність міждисциплінарного підходу, де латина викладається ізольовано від анатомії чи клінічних предметів, через що студенти не бачать зв'язку між теорією та практикою. Нерівномірний рівень підготовки студентів, а саме, наприклад, деякі здобувачі після закінчення медичних коледжів, мають досвід вивчення латинської мови, інші студенти – ні, що ускладнює групову роботу. Розв'язання усих цих питань можливе за умови інтеграції латинської мови та медичної термінології у фахову підготовку майбутніх лікарів на всіх рівнях підготовки та застосування інноваційних методик викладання.

Сучасні методи викладання латини та медичної термінології в медичних вишах мають включати міждисциплінарні зв'язки з клінічними предметами; використання інтерактивних платформ і тренажерів; роботу з латинізованими термінами з реальних клінічних випадків; створення ситуаційних вправ-кейсів, що моделюють професійну діяльність.

На кафедрі іноземних мов Запорізького державного медико-фармацевтичного університету (ЗДМФУ) запроваджено цикл дисципліни «Латинська мова та медична термінологія», який складається з 34 занять (68 годин) на навчальний рік. Навчання проводиться на підставі трьох компонентів: робочої програми, силабусу та основного підручнику.

Предметом вивчення навчальної дисципліни є спеціальна лексика та граматичні конструкції, що використовуються у практиці за спеціальністю І2 «Медицина».

Основними завданнями вивчення дисципліни «Латинська мова та медична термінологія» є: знання лексичного мінімуму, що складає основу латинської медичної термінології та основних словотворчих елементів, які використовуються у клінічних термінах і назвах лікарських препаратів; знання основ медичної термінології за 3-ма блоками: анатомія, клініка, фармація; знання з граматики латинської мови, які забезпечують грамотне використання професійної термінології на практиці.

Основний підхід, який допоможе студентам-медикам в опануванні латини – це система вправ. Вправи повинні мати чітку структуру і складатися з таких компонентів: формулювання завдання, виконання завдання і контроль.

Відповідно до завдань програми виокремлюємо три розділи: анатомічна, клінічна, фармацевтична термінологія, де метою є перевірка набутих вмінь та навичок студентів-медиків, правильного вживання лексики та граматичних конструкцій. Набір різноманітних вправ, таких як: складіть термін із заданим значенням; розшифруйте клінічний термін; перекладіть клінічний діагноз; виділіть і поясніть суфікси, префікси наступних термінів, тощо формує у студентів-медиків потужний лексичний і граматичний запас, а також практичний досвід. Розуміння латинських термінів дозволяє студентам-медикам ефективніше опановувати фахові дисципліни, успішно складати ліцензійний іспит Крок 1, орієнтуватися в міжнародній науковій літературі та вести професійну комунікацію на якісно новому рівні.

Таким чином, вивчення латини для студентів-медиків у медичних ЗВО є пріоритетним напрямком навчальної діяльності, що дозволить останнім підвищити рівень знань з предмету, сформує міцні міждисциплінарні зв’язки з клінічної підготовки, а також дасть можливість розумітися в англомовних фахових медичних термінах, що сприятиме успішному складанню ліцензійного іспиту Крок 1, що є дуже актуальним в умовах воєнного стану, а дистанційна форма навчання надає всі навчальні інструменти і можливості отримати належний результат.

Список використаних джерел

1. Колесникова К. І. Медична термінологія латинського походження та її структурні моделі: [монографія] / К. І. Колесникова. – Харків: ХНМУ, 2016. – 212 с.

2. Шевченко Л. І. Основи анатомічної термінології: історія, структура, розвиток: [навч. посіб.] / Л. І. Шевченко. – Київ: НаУКМА, 2019. – 180 с.

МІСЦЕ УСНОГО ІСПИТУ З ДИСЦИПЛІНИ «УКРАЇНСЬКА МОВА (ЗА ПРОФЕСІЙНИМ СПРЯМУВАННЯМ)» У СУЧАСНОМУ ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ

Федько Ольга Юріївна, к.філол.н., доцент кафедри культурології та українознавства, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Проведення усних іспитів є надзвичайно важливою частиною освітнього процесу у сучасних умовах, позаяк впродовж останніх шести років багато здобувачів освіти працювали в онлайн форматі, концентруючись на виконанні письмових завдань і значно менше часу присвячуючи усним. У зв'язку з цим знизився загальний рівень комунікативних навичок здобувачів освіти, що призвело до посилення ролі запланованих усних іспитів у процесі підготовки майбутнього спеціаліста системи «людина – людина», який зобов’язаний не лише мати високу кваліфікацію, а й вміти проінформувати, переконати, мотивувати співрозмовника.

Усні іспити стають не лише індикатором цієї компетентності студентського контингенту, а й стимулом для поступового розвитку усного мовлення шляхом постійних тренувань. Останні своєю чергою починаються з елементарних усних відповідей на теоретичні питання аж до участі у дискусіях, публічних виступів.

З точки зору розвитку мовленнєвих навичок усний іспит з «Української мови (за професійного спрямуванням)» посідає особливе місце у навчальному процесі ЗДМФУ. По-перше, оскільки дисципліна вивчається на першому курсі, то саме підготовка й безпосередньо складання усного іспиту з дисципліни формує уявлення про те, як саме має звучати мовлення кваліфікованого фахівця, й стає своєрідним дороговказом для подальшого самовдосконалення. По-друге, оскільки цей курс передбачає повторення мовних норм, засвоєння основних усталених фраз у сфері медичного обслуговування та закладення основ розуміння закономірностей терміносистеми, студенти вже на першому курсі усвідомлюють, над якими мовними нормами їм необхідно продовжувати працювати, на які аспекти медичного

мовлення звертати увагу, щоб у подальшому у професійних комунікативних ситуаціях демонструвати свою грамотність та коректність. По-третє, дисципліна «Українська мова (за професійним спрямуванням)» передбачає також засвоєння інформації щодо особливостей публічних виступів, їх жанрів, критеріїв успішності, основних секретів підготовки. Процес формування власного алгоритму підготовки й виголошення розгорнутої відповіді відбувається впродовж семестру завдяки постійному заохоченню студентів до практикування такого виду роботи та обговорення сильних і слабких сторін доповідей колег. На власному досвіді студенти можуть переконатися, наскільки важливим є правильне структурування відповіді, послідовність, чіткість і логічність викладу матеріалу, виразна дикція, доступний темп, інтонаційне й емоційне виділення тощо. Відігравання ролі доповідача й активного, критичного слухача стають першою сходинкою до розуміння значення комунікативного компоненту взаємодії між лікарем і пацієнтом.

Отже, тривалий процес підготовки до усної частини іспиту, індивідуальний підхід, можливість самостійно сформулювати алгоритм підготовки й виголошення публічного виступу, формування звички до висловлення своєї аргументованої позиції, усвідомлення значущості грамотного й тактовного мовлення на заняттях з «Української мови (за професійним спрямуванням)» стають запорукою успішного подальшого розвитку здобувачів освіти і підвищують якість їх відповідей на подальших усних іспитах, а в комплексі – покликані сформувати високо кваліфікованого фахівця, який уміє використовувати свої комунікативні здібності, щоб встановити якнайкращий контакт з пацієнтом.

ПІДГОТОВКА ХІРУРГІЧНИХ КАДРІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ: СКЛАДНОЩІ, ПРОБЛЕМИ ТА ЗДОБУТКИ

Хіміч Сергій Дмитрович,
д.мед.н., професор, завідувач кафедри загальної хірургії;
Тульчинський Геннадій Віталійович,
к.мед.н. в.о. доцента кафедри загальної хірургії,
завідувач хірургічного відділення університетської клініки;
Превар Анатолій Петрович,
к.мед.н. доцент кафедри загальної хірургії;
Ольхомяк Олександр Олександрович,
к.мед.н. доцент кафедри загальної хірургії;
Хіміч Олексій Сергійович,
доктор філософії, старший викладач
кафедри клінічної анатомії та оперативної хірургії,
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Відомо, що на усіх історичних відрізках часу самодостатність країн з різними формами правління частково визначається рівнем надання медичної допомоги держави та рівнем кваліфікованості медичного персоналу.

Вивчення хірургічних дисциплін і, зокрема, хірургії має тривалий період, хоча як наука, хірургія досить молода і вирізняється багатостраждальною історією. Хірургія протягом століть була не популярною. Через високу післяопераційну смертність її називали **хірургічною інквізицією**. Скальпель порівнювали з гільйотиною. Усе змінилося із введенням антисептики в 1867 році Дж. Лістером. Антисептичний метод Лістера панував у хірургії 15 років. У 80-х роках XIX сторіччя була підготовлена наукова база і фундамент для нового етапу хірургії – асептики. Так, Луї Пастер, звертаючись до хірургів, говорив, що інфекцію в рану вносить усе, що з нею стикається – вода, інструменти. Завдяки геніальним дослідженням Р.Коха (нім. мікробіолога) і Луї Пастера (фр. хіміка) по вирощуванню чистих культур бактерій, розроблені методи знищення мікробів високою температурою (кип'ятінням, водяною парою).

Сучасні програми викладання хірургії на різних кафедрах багато в чому базуються на пропозиціях великого лікаря, науковця та педагога М.І.Пирогова, який рекомендував створювати хірургічні клініки, наголошуючи при цьому на важливості саме практичної підготовки медичних кадрів. Теоретичні знання з хірургії М.І. Пирогов вважав доцільно засвоювати поетапно на клінічних кафедрах загальної, факультетської та госпітальної хірургії з викладанням предмету «біля ліжка хворого». Саме біля ліжка хворого у студентів розвиваються не тільки їх розумові здібності, а й прищеплюються навички практичної та самостійної роботи. Такий підхід, вважав М.І. Пирогов підвищував інтерес студентів до вивчення предмету, наочність, тобто безпосередня участь студента в роботі клініки ще більше спонукало їх до опанування практичними навичками та самостійної роботи.

Не можна сказати, що використання сучасних комп'ютерних технологій, манекенів та віртуальних засобів для освоєння практичних навичок є однією з перешкод для успішної підготовки лікаря «біля ліжка хворого». Однак привертає увагу те, що сучасні медичні інноваційні технології, хоча й збільшують можливості діагностично-лікувального процесу, разом з тим – сприяють зниженню рівня практичного досвіду лікарів, обмеженню комунікабельності та, в деякій мірі, «збільшують дистанцію» лікаря від хворого.

А що ж ми бачимо зараз? На сьогоднішній день навчальні програми у ВНМЗ України в більшості випадків сфокусовані на опануванні теоретичними знаннями та відпрацюванні практичних навичок в симуляційних центрах. Однак такий підхід, поряд з використанням сучасних інструментальних технологій, значно зменшує опанування різними фізикальними методами обстеження хворого, не стимулює до адекватного осмислення зібраної інформації, створення відповідного діагностично-лікувального плану. Ще одна важлива загальна причина, яка погіршує опанування практичними навичками – це зменшення кількості годин для аудиторної підготовки, а збільшення годин на самостійну підготовку. На наш погляд самостійна підготовка не виправдовує себе, особливо коли йдеться про клінічні дисципліни і, особливо, про вивчення хірургії.

Слід сказати й про те, що не тільки пандемія Covid-19 та повномасштабна війна росії проти України «внесли свої корективи» у навчальний процес, перевівши навчання на он-лайн режим. Крім того, через падіння престижу спеціальності лікаря взагалі та хірурга зокрема, спостерігається тенденція зниження припливу молодих лікарів в інтернатуру (особливо юнаків) з хірургії, адже вона потребує з одного боку, тривалого напруженого навчання, а з іншого - не завжди гарантує молодим спеціалістам гідне матеріальне забезпечення. При цьому виникає занепокоєння той факт, що у багатьох установах периферичної ланки охорони здоров'я вже не вистачає досвідчених лікарів-хірургів, а через декілька років ця недостача кадрів сягне критичного рівня, коли лікарі-пенсіонери вже не зможуть виконувати сьогоднішні функції.

Однак повернімось до проблеми підготовки лікарів-хірургів та роль пацієнта (хворого) у цій системі. На сьогоднішній десь є вкрай виражена недооцінка хворого як значної частини лікувально-діагностичного та навчального процесу. До речі, є частина викладачів, які не поспішають до хворого. Їх задовольняє «кімнатний тип» проведення занять з хірургії. Вони вважають, що достатньо до такого типу своєї викладацької діяльності добавити щось з інтернету (відеофільми, ілюстрації, ШІ, тощо) та провести тестування. Вони просто сприймають те, що деякі нормативні документи в медичній галузі багато в чому забороняють виконання хірургічних маніпуляцій студентам (чи лікарям-інтернам, аспірантам, які не мають сертифікату лікаря-хірурга). Але ж такий підхід точно не посилює практичну підготовку молодих спеціалістів, а створені та запроваджені системи стандартів чи протоколів проведення діагностики чи лікування хворих за єдиною схемою, зовсім не сприяють формуванню клінічного мислення у молодих спеціалістів. Справа в тому, що медицина - це мистецтво, яке ґрунтується на наукових засадах, примножено людяністю. На жаль протоколи не враховують ні мистецтва ні людяності… Тут доцільно було б згадати цитату відомого Вільяма Ослера: «Добрий лікар лікує хворобу; великий лікар лікує пацієнта, який хворий» [1].

На даний час, при вивченні клінічних дисциплін, пріоритет надається інформаційним та симуляційним моделям навчання, що знижує можливість проведення клінічних обстежень пацієнтів та освоєння лікувальних технологій. Разом з тим, через те що у багатьох регіонах країни лікувальні заклади не мають можливості вмістити велику кількість студентів – часто навчання клінічним дисциплінам проходить у вигляду спостережливого характеру. Частково це також є наслідок проблеми у роботі хірургічних кафедр на клінічних базах, де є конфлікти між працівниками кафедр та адміністраціями ЛПЗ.

Разом з тим, позитивним рішенням проблем клінічної підготовки студентів є створення симуляційних центрів та власних університетських клінік, які спочатку дають можливість відпрацьовувати базові хірургічні навички, а потім вже виконувати хірургічні маніпуляції. Технології симуляційного навчання дозволяють відпрацьовувати практичні навички на тренажерах та симуляторах, освоювати базовий алгоритм дій за різної хірургічної патології, працювати у складі операційної бригади, що дозволяє уникнути ускладнень у реальній клінічній практиці.

Безумовно, засоби інформаційних технологій, як сучасні інтерактивні прийоми навчання, мають цілу низку дидактичних переваг, спрямованих на активацію пізнавальної діяльності студентів, однак вони не повинні конфліктувати із практичною складовою навчання. Тим більше, що саме однією з особливостей підготовки лікарів-інтернів з хірургії полягає в тому, що навчання оперативним прийомам відбувається у вигляді індивідуальної передачі практичних навичок та хірургічних технологій. Тобто таке навчання та удосконалення спеціаліста хірурга – передбачає «ручну, мануальну роботу». В свій час про це писав ще Александер Дюма-Пере: «Гарний хірург оперує рукою, а не серцем…» [2].

Таким чином, сучасне навчання хірурга має базуватися на трьох складових: теоретична складова, симуляційний тренінг та клінічне опанування навичок. Тут слід було б зауважити, що у жодній іншій клінічній спеціальності роль викладача немає настільки великого значення як при навчанні хірургії. Адже саме тут викладач не повинен бути спостерігачем набуття навичок, а майстерність вчителя-хірурга передається учневі за принципом «з рук в руки». При цьому, роль педагогів-хірургів з великим історичним та практичним досвідом, яких шанують у хірургічному товаристві, є одним із значущих мотивів, що впливають на прагнення досягти їх популярності та суспільного визнання.

Ефективне ж навчання хірургії може бути тільки тоді, коли буде максимальна практична спрямованість та проводитиметься у великих багатопрофільних університетських клініках. Для відпрацювання техніки практичних навичок та покращення «рукодіяння» лікарів-інтернів ВМНЗ повинні мати відповідні центри симуляційної підготовки з обладнаними навчальними операційними. Пріоритет проводити заняття з інтернами-хірургами та аспірантами слід віддавати авторитетним викладачам з великим практичним досвідом. І, на кінець, ще одне, але дуже важливе питання: Відбір кандидатів у майбутні спеціалісти хірургічного профілю. На наш погляд, відбір студентської молоді не повинен ґрунтуватись тільки на рівні якихось балів. Такий відбір потрібно починати зі студентської лави, коли у тих чи інших студентів, перш за все, є мотивація для навчання хірургії, з наукових студентських гуртків, де студентами представляються перші науково-практичні досягнення, із залучення студентів до чергування у клініках, роботи у лабораторіях навчальних операційних. Адже бути хірургом – це не тільки спеціальність – це стиль життя. Як казав відомий британський лікар Адам Кей про роботу лікаря: «Тож я сказав їм правду: години роботи жахливі, оплата праці жахлива, умови жахливі; тебе недооцінюють, не підтримують, не поважають і часто перебуваєш під фізичною небезпекою. Але кращої роботи у світі немає» [3].

Ну, а щодо дистанційного навчання, то воно може бути як додатковою частиною у програмі навчання хірургії, однак воно ніяк не може замінити практичну складову у підготовці лікаря-інтерна. Саме поєднання теоретичної, практичної, інформаційно-технологічної та клінічної підготовки з (з мануальним опануванням практичних навичок) стосовно навчання лікарів хірургічних спеціальностей є запорукою розвитку підготовки майбутніх хірургічних кадрів.

Список використаних джерел

1. 15 Inspiring quotes for surgeons that will keep you going everyday /15 Inspiring Quotes for Surgeons That Will Keep You Going Everyday
2. 15 Inspiring quotes for surgeons that will keep you going everyday /15 Inspiring Quotes for Surgeons That Will Keep You Going Everyday
3. 27 Mind-blowing Medical Quotes By Famous Doctors (Inspiring, Motivational and More!) Fun / By Will /27 Mind-blowing Medical Quotes By Famous Doctors (Inspiring, Motivational and More!) – willpeachMD

СЕКЦІЯ 8. МЕДИЦИНА В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВІЙНИ

КОМУНІКАТИВНІ МЕХАНІЗМИ ПОДОЛАННЯ ВІДЧУЖЕННЯ ЛЮДИНИ В ІНФОРМАЦІЙНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

Амма Алефтіна Володимирівна,
аспірантка кафедри філософії та політології
Житомирського державного університету імені Івана Франка

В ситуації поглиблення геополітичної нестабільності в сучасному світі, продовження російсько-української війни, загрози активізації військових дій у різних регіонах світу, що супроводжується глобальною економічною і соціальною нестабільністю внаслідок новітнього технологічного переходу і загрозою втрати роботи та засобів існування сотнями мільйонів людей зростає зацікавленість проблематикою подолання відчуження людини в інформаційній сфері, яка стала чи не ключовим простором її буттєвості в сучасному світі.

Якщо говорити більш детально про інформаційний простір та Інтернет як сферу зростаючого індивідуального і суспільного відчуження людини через втрату «живого спілкування» та його анонімізацію, то необхідно враховувати й те що Інтернет-технології можуть стати й механізмом для подолання різних форм відчуження. Зокрема вони відкривають широкі можливості до самоорганізації для маргіналізованих груп, які до того не мали жодних шансів впливати на соціальне життя. В Інтернеті ці групи отримують можливості та інструменти для швидкої концентрації своїх зусиль і прагнень. На цю характеристику Інтернету свого часу звертав свою увагу М. Кастельс.

У контексті цього заслуговує на увагу позиція української дослідниці В. Воронкової, яка, відповідаючи на застереження про продукування у віртуальній реальності відчуження, зауважує, що в Інтернеті перед кожною людиною постає «вибір: використовувати мережу як розвагу, або з її допомогою займатися власною освітою» [1, с. 25]. І обрання однієї з цих альтернатив залежить не від наявності доступу до Інтернету, а від освіти, виховання й соціального середовища становлення особистості. На відміну від детермінованого існування людини у світі знеособленої техніки індустріального суспільства, у віртуальній Інтернет-реальності, у мережевому соціальному просторі інформаційного суспільства людина має можливість фактично без жодних налагоджувати комунікацію з іншими людьми та реалізувати свої особистісні якості, інтенції та прагнення.

Комунікативні механізми подолання відчуження і актуалізація адаптивних механізмів людини до швидкоплинного інформаційного середовища можуть проявлятися як «утворення соціальних структур за групами ідентичності і стереотипність масової культури й масової свідомості» [1, с. 30]. Комунікація між людьми і соціальними спільнотами і, як наслідок, формування соціальних структур за групами ідентичності сприяє збереженню колективних форм ідентичності у світі віртуальної інформації, який за своїми ознаками має високий ступінь швидкоплинності, фрагментарності і мозаїчності. Поряд з цим в деяких випадках і механізми стереотипізації, вироблення та поширення зразків масової культури дозволяє наблизити, спростити надскладний і мінливий світ інформації та символів для сприйняття сучасною людиною.

Поряд з посиленням здатності людини до адаптації у мінливому інформаційному просторі, продуктивним способом подолання відчуження в сучасному соціальному середовищі, який має значний комунікативний імпульс, є процеси солідаризації. І саме на це звертає увагу Н. Бойко, яка доводить, «сучасна солідарність втрачає територіальну, класову заангажованість, перестає відтворювати постійну спільність інтересів, цінностей та перестає бути прерогативою класової, групової свідомості» [2, с. 229]. Внаслідок цього в інформаційному суспільстві активізується здатність людей до об’єднання, солідаризації у мережах значної кількості цілком незнайомих людей за умови відсутності їх прив’язаності до конкретної території або соціальної групи.

Подолання різних аспектів інформаційного відчуження і збереження соціального здоров'я, як наголошує Н. Волковенко, має «сприяти солідаризації суспільства, протистояти його роз'єднанню, атомізації, сприяти розвитку соціального діалогу між соціальними інститутами, різноманітними громадськими об'єднаннями та людьми» [3, с. 24]. Водночас гармонізація між різними інтересами і потребами суб'єктів інформаційної активності можлива лише за умови вироблення ефективних практик соціальної комунікації, соціального діалогу, що у перспективі завбачує досягнення соціальної солідарності, толерантності, зрілості соціально-політичних відносин.

Певним чином підсумовуючи різні комунікативні способи і механізми подолання відчуження в сучасному світі, українська дослідниця К. Аверіна виділила три ключові способи подолання кризи ідентичності: «усвідомлення «чужого» як «іншого» через призму власної системи цінностей; усвідомлення власних смаків і уподобань і розуміння необхідності їх збереження в площині новітніх традицій і технологій; сприяння активізації творчого потенціалу як серед панівних верств населення, так і серед маргінальних верств» [4, с. 4].

Загалом виклики інформаційного суспільства ставлять перед людиною завдання вироблення механізмів подолання відчуження через розвиток магістральних цінностей та світоглядних орієнтацій, здатних підтримувати цілісність особистості та розвивати можливості її адаптації до мінливої соціокультурної реальності. Серед них особливої уваги заслуговують механізми соціальної солідаризації, саморефлексії та активізації творчого потенціалу.

Список використаних джерел

1. Воронкова В. Г., Дзьобань О. П., Соснін О. В. Від homo sapiens до homo informaticus: антропологічні виміри інформаційного суспільства. *Інформаційне суспільство в світі та Україні: проблеми становлення та закономірності розвитку: колективна монографія*. Запоріжжя: ЗДІА, 2017. С. 11–34.

2. Бойко Н. Поняття солідарності: традиційний та постмодерний підходи. *Соціальні виміри суспільства: зб. наук. праць*. Випуск 8 (19). Київ: Інститут соціології НАН України, 2016. С. 220–230.

3. Волковенко Н. М. Вплив інформаційного простору на соціальне здоров'я суспільства: глобалізований вимір. *Сучасне суспільство*: зб. наук.праць. 2020. Вип 1 (20). С. 18–31.

4. Аверіна К. С. Сучасна криза ідентичності: активність особистості чи шлях до сингулярності. *Актуальні проблеми філософії та соціології*: науково-практичний журнал. 2017. Вип. 15. С. 3–5.

ДО ПИТАННЯ ПЕРЕОСМИСЛЕННЯ ЦІННОСТІ ЖИТТЯ У ДОСВІДІ ВІЙНИ

Бельдій Оксана Вячеславівна, канд. філос.н.,
асистент кафедри природничих наук, інформаційних технологій та філософії
Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

За останні чотири роки переважна більшість українців відчула, що досвід війни є тим екстремумом у вимірі якого відкривається складна палітра сенсів, в якій здійснюється переосмислення будь-яких феноменів. Відкривається той вимір буття, коли «ідоли розбиваються на глиняні черепки, і знову всі усталені форми переправляються у тисячах доменних печей, аби з них були відлиті вже нові цінності. Хвилі такої доби опікають нас звідусіль. Мозок, суспільство, держава, Бог, мистецтво, ерос, мораль: розпад, бродіння – і переродження?» (Юнгер, 2024: с.9).

В цьому контексті цінність життя відривається через низку сенсів. Крихкість життя, яке щосекунди може урватися, відчувається як концентрований згусток внутрішнього відчуття браку часу: я стільки всього не встиг, не встигла…

Актуалізується дикий, тваринний жах бути скаліченим чи вбитим, що не дозволяє жити вільно тим, хто живе під час війни під постійними обстрілами. Фізична цілість, неушкодженість нейтралізується періодичним, глибоким переживанням жаху.

Цінність життя ворога постає своєрідною антицінністю у досвіді противника. Це вже не життя *Іншої* вітальної істоти, а – функціональність живої бойової одиниці, яку потрібно ліквідувати. Але навіть справедливий гнів, праведна лють, часом, не здатні затлумити глибоку душевну травму, яка виникає через те, що одні люди позбавляють життя інших.

Вже за часів Першої світової людство збагнуло, що досягнення науково-технічного прогресу значно спростило процес нищення життя. Противники військового конфлікту дуже рідко дивляться одне одному в очі, відчувають плоть один одного, пульсацію життя іншої живої істоти. Машинерія війни (пуски ракет, авіабомб, мінування) уможливила масові вбивства мільйонів *на відстані.* Постає питання, чи однаково легко військовому, що натиском кнопки чи важеля забирає життя інших чоловіків, жінок, дітей, було б робити це власноруч і *безпосередньо*. Відчуження через технічні засоби дозволяє більш безпечно провадити війну і водночас спрощує процес вбивства. Уява ж людини травмується у досвіді війни (Колк, 2024: с.28). Її блокування – своєрідна адаптивна діяльність психіки тих, хто переживає війну. Відтак, марно апелювати до совісті людей, що нескладними порухами пальців нищать багатоповерхівки з мирним населенням.

Цінність життя людини для сучасних розвинутих держав надзвичайно висока. Про що свідчить культура дитиноцентризму у країнах з достатнім економічним й соціальним рівнем розвитку. Водночас українське суспільство переживає незбагненного масштабу травму. Оскільки у науково-прогресивному XXI столітті змушене було платити у цій підступній війні найціннішим – життям захисників та захисниць. Компенсуючи у такий спосіб відсутність власного військово-промислового комплексу, власних наукових розробок у військовій сфері, вкрай низький рівень технічного забезпечення армії. Можна припустити, що ця висока ціна людських життів, якої вартує українцям протистояння з агресором, буквально в мить *обезцінює* весь публічний демократично-ліберальний дискурс про цінність життя.

Війна, отже, як ніяка інша буттєвісна ситуація, здатна до межі обезцінити життя і водночас змушує так сильно цінити все живе. Допоки життя людства в цьому світі продовжується, найбільшою цінністю буде утвердження цього вітального принципу. Безвідносно до того, за яким сценарієм розгортатимуться події з війнами у майбутньому, маємо жити, щоб переосмислювати все, переоцінювати, перевідкривати істину, до якої дійшли багато сильних людей, що пережили темні тяжкі часи в минулому, – життя – варте того, щоб його жити!

Список використаних джерел

1. Колк ван дер, Б. (2024). Тіло веде лік, Харків, 624 с.
2. Юнгер, Е. (2024). Війна як внутрішнє переживання, Київ, 136 с.

БІОАНТРОПОСОЦІОЛОГІЯ ЯК МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕНЬ СУЧАСНОГО СУСПІЛЬСТВА

Гончаренко Євген Олександрович, аспірант кафедри філософії,
Національний технічний університет «Харківський політехнічний інститут»

Одним із представників французької лінії постмодерну був Едгар Морен. Він вважав, що суспільство змінюється відповідно до бажань людей. У 1946 році вийшла його праця «Нульовий рік. Німеччина», у якій досліджувалися промисловість, позиції молоді, політичні партії тощо. Особливу увагу мислитель приділяв утворенню міфів, які формувалися під впливом соціальних потреб і політичних претензій. Він підкреслював формування суспільного світогляду на ґрунті поєднання вимог «нового світу» та потенціалу ментальності німецької

суспільної свідомості. Основний пафос цієї праці можна сформулювати так: складність суспільства в певні періоди визначається залежністю антропологічних проявів біологічного характеру та суперечливостей суспільних відносин. Саме так формується біоантропосоціологія Е. Морена.

Його ідеї розвивалися на ґрунті феноменології Макса Шелера, який розглядав людину як відкриту істоту. Морен розширює філософію М. Шелера, додаючи аналіз масової культури через такі феномени, як «уявлення» та фікція. Навіть його фундаментальна праця «Метод» (у кількох томах) стала основою нового напряму — біоантропосоціології, для якої було запропоновано відповідні методологічні засади. Отже, його нова антропологія ґрунтується на методології постмодерну, що означає амбівалентність і суперечливість будь-якого визначення. Прикладом цього є трактування людини одночасно як розумної і як слабоумної істоти. Людина постає представником категорій Homo sapiens (відповідальна, мисляча, розумна) і Homo demens (потенційно божевільна, невідповідальна, неконтрольована, без схильності до аналітики тощо).

Усі емоційні виплески французький філософ порівнює із землетрусом, що призводить до руйнування соціальних зв'язків, відмови від адекватної комунікації, знищення культури, тобто вказує на наявність у людині темного боку її біології. У цьому контексті він звертається до елементів філософії Фрідріха Ніцше, зокрема до ідеї втрати логічної ролі розуму. Морен наголошує на руйнівному потенціалі екстазу, злоби, нетерпіння, сп'яніння, пліток і скандалів. Усі ці негативні прояви біологічної природи людини ведуть до самознищення людського в людині, однак Морен поглиблює ідеї Ніцше, зосереджуючи увагу насамперед на дослідженні суспільства. Негативні прояви людського, з одного боку, руйнують соціальний порядок, а з іншого – забезпечують його складність. У сукупності це може бути розцінене як рушій певного розвитку всього суспільства.

На прикладі поширення пліток про зникнення дівчат у місті Орлеан Морен аналізує ситуацію, що склалася, звертаючись до феноменів колективної пам'яті, колективної свідомості та загальної ментальності в дії. У центрі такого аналізу перебуває нове розуміння комунікації. У сучасний період існування суспільства цей феномен став предметом дослідження інформаційних війн. Методологічна лінія та напрям біоантропосоціології зберігають свою актуальність і сьогодні. Теми розпаду глобального світу, руйнування біологічної сфери, інформаційних війн і когнітивного розшарування пам'яті неможливо аналізувати без використання методології Едгара Морена.

Список використаних джерел

1. Morin E. *Germany: Year Zero.* New York: Praeger, 1962. 220 p.
2. Morin E. *Method: Towards a Study of Humankind. Vol. 1: The Nature of Nature.* New York: Peter Lang, 1992. 272 p.
3. Morin E. *Method: Towards a Study of Humankind. Vol. 2: Life of Life.* New York: Peter Lang, 1992. 304 p.
4. Morin E. *On Complexity.* Cresskill, NJ: Hampton Press, 2008. 136 p.
5. Morin E. *The Lost Paradigm: Human Nature.* New York: Peter Lang, 1999. 260 p.
6. Nietzsche F. *On the Genealogy of Morals.* Oxford: Oxford University Press, 2008. 224 p.
7. Scheler M. *The Human Place in the Cosmos.* Evanston, IL: Northwestern University Press, 2009. 112 p.

ВПЛ-SELF-SAMPLING ЯК ІНСТРУМЕНТ СКРИНІНГУ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВІЙНИ

Дейніченко Олена Валеріївна, доктор філософії,
доцент кафедри акушерства і гінекології, лікар-акушер-гінеколог;
Ковальов Костянтин Олексійович, кандидат медичних наук, асистент
кафедри загальної хірургії та післядипломної хірургічної освіти ННІПО,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Вступ

Рак шийки матки (РШМ) залишається однією з провідних причин онкологічної смертності серед жінок в Україні, що значною мірою зумовлено недостатнім охопленням організованим скринінгом. Повномасштабна війна ще більше загострила цю проблему через руйнування системи охорони здоров'я, внутрішнє переміщення населення, обмежений доступ до медичних закладів та зростання психосоціального навантаження.

У цих умовах ВПЛ-self-sampling (самостійний забір матеріалу для тестування на вірус папіломи людини) розглядається як інноваційний та адаптивний інструмент збереження профілактичних програм у кризовий період.

Актуальність проблеми

ВПЛ-асоційований рак шийки матки є переважно попереджуваним захворюванням, однак ефективність профілактики безпосередньо залежить від доступності скринінгу. В умовах війни класичні гінекологічні огляди стають малодоступними, особливо для внутрішньо переміщених жінок, мешканок прифронтових регіонів, жінок з обмеженою мобільністю або психологічними бар'єрами.

Self-sampling дозволяє подолати значну частину цих бар'єрів.

Сутність та переваги методу ВПЛ-self-sampling

Метод self-sampling передбачає самостійний забір вагінального матеріалу жінкою з подальшим лабораторним ВПЛ-тестуванням. Його ключові переваги включають мінімізацію контакту з медичною системою, зменшення страху та стигматизації, можливість дистанційного скринінгу, високу прийнятність серед жінок, науково доведену діагностичну ефективність, порівнянно з клінічним забором. В умовах війни ці характеристики набувають особливої цінності.

Український контекст та досвід впровадження

Пілотні проєкти з впровадження ВПЛ-self-sampling в Україні під час війни продемонстрували високу зацікавленість жінок у самостійному тестуванні, можливість охоплення соціально вразливих груп, збереження профілактичної спрямованості онкологічної допомоги навіть у кризових умовах.

Self-sampling став не лише медичним, а й соціально-етичним інструментом, що підтримує право жінки на профілактику та ранню діагностику.

Етичні та деонтологічні аспекти

Застосування ВПЛ-self-sampling відповідає принципам автономії пацієнтки, не дискримінації, рівного доступу до профілактики, зменшенню медичної нерівності.

У воєнний час цей підхід також сприяє відновленню довіри до системи охорони здоров'я та підвищенню участі жінок у профілактичних програмах.

Висновки

ВПЛ-self-sampling є ефективним, науково обґрунтованим і соціально прийнятним інструментом скринінгу раку шийки матки в Україні в умовах війни. Його впровадження дозволяє зберегти безперервність профілактики, зменшує онкологічні ризики в уразливих групах, відповідає сучасним принципам медицини профілактики та біоетики.

Метод має бути інтегрований у національні програми скринінгу як стійке рішення та основа для повоєнного відновлення системи жіночого здоров'я.

Список використаних джерел

1. Arbyn M, Smith SB, Temin S, Sultana F, Castle P; Collaboration on Self-Sampling and HPV Testing. Detecting cervical precancer and reaching underscreened women by using HPV testing on self samples: updated meta-analyses. BMJ. 2018 Dec 5;363:k4823. doi: 10.1136/bmj.k4823. PMID: 30518635; PMCID: PMC6278587.
2. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being. Geneva: World Health Organization; 2022.
3. Kovalyov O., et al. HPV self-sampling for cervical cancer screening during wartime: implementation challenges and opportunities in Ukraine. medRxiv. 2026.

ДЕМОГРАФІЧНІ ВИКЛИКИ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ: КЛІНІЧНИЙ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ АНАЛІЗ.

Дейніченко Олена Валеріївна, доктор філософії, доцент ЗВО;
Нікіфоров Олег Анатолійович, кандидат медичних наук, доцент ЗВО,
кафедра акушерства, гінекології та репродуктивної медицини ННІПО,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Актуальність. Повномасштабна війна в Україні суттєво вплинула на всі сфери життя, зокрема на репродуктивне здоров'я населення. Питання народження дітей у воєнний час перестало бути виключно особистим вибором і набуло клінічного, демографічного та етичного значення. Для лікарської спільноти важливо не давати категоричних відповідей, а формувати зважену, доказову позицію та підтримувати пацієнтів у прийнятті індивідуальних рішень. Україна перебуває у стані «демографічної зими». Коефіцієнт відтворення населення впав до історичного мінімуму — 0,7–0,8. У 2025 році народилося лише ~168 000 дітей, що утричі менше за показники десятирічної давнини. Смертність стабільно перевищує народжуваність у 2,8–3 рази. Медіанний вік населення стрімко зростає, що робить кожну збережену репродуктивну можливість критично важливою для відновлення трудового ресурсу країни у майбутньому. Понад 45% пар свідомо відкладають народження до «стабілізації».

Статистичний портрет народжуваності (2021–2026)

Рік	Кількість народжених дітей	Динаміка порівняно з 2021	Примітки
2021	273 772	—	Останній рік перед повномасштабним вторгненням.
2022	206 000	↓ 25%	Перший рік повномасштабного вторгнення.
2023	187 387	↓ 32%	Падіння стабілізується, але триває.
2024	176 100	↓ 35%	Кількість смертей перевищила народжуваність у 2,8 раза.
2025	168 778	↓ 38%	Темпи спаду сповільнилися до 4,5% на рік.

Ключові положення. З позиції акушерства та гінекології вагітність під час війни не є абсолютним протипоказом, однак супроводжується значно вищими ризиками. Хронічний стрес, евакуації, порушення регулярного пренатального нагляду та обмежений доступ до спеціалізованої допомоги підвищують частоту гестаційної гіпертензії, прееклампсії, анемії та передчасних пологів. Дисфункція осі ГГЯ (Гіпоталамус-Гіпофіз-Яєчники): хронічний викид кортизолу та адреналіну блокує секрецію гонадотропін-рилізинг гормону. Це призводить до розвитку «воєнної аменореї» або ановуляторних циклів. Жінка фізіологічно залишається здоровою, але її мозок блокує зачаття як «небезпечне для плоду». Оваріальний резерв під тиском: Оксидативний стрес, викликаний постійними обстрілами та депривацією сну,

прискорює апоптоз ооцитів. У 2024–2026 рр. зафіксовано зростання випадків передчасного виснаження яєчників (POI) у жінок 25–32 років на 15%. Гестаційні ризики: Постійний симпато-адреналовий тонус викликає спазм судин матки, що веде до хронічної плацентарної недостатності, затримки росту плода та прееклампсії.

Враховуючи, андрологічний вектор, є прихована загроза чоловічій фертильності. Військові та цивільні у зонах конфлікту піддаються впливу продуктів горіння палива, важких металів та порохових газів. Це спричиняє високу фрагментацію ДНК сперматозоїдів. Зовні нормозооспермія може бути збережена, але такий матеріал веде до ранніх викиднів (до 6-8 тижнів). Окрім того мають місце температурний та токсичний стрес. Тривале носіння бронежилетів, щільної форми та перебування у закритих просторах техніки викликає гіпертермію калитки, що пригнічує сперматогенез на термін до 3–4 місяців. Останні роки зростає відсоток сексуальної дисфункції: ПТСР та депресія у 2026 році стали провідними причинами психогенної еректильної дисфункції у чоловіків 20–40 років.

Проте медицина 2026 року констатує: війна набула затяжного характеру, і очікування стає патологічним чинником, що призводить до безповоротного старіння репродуктивної системи. Станом на 2026 рік медична мережа України пройшла повну модернізацію: 90% великих перинатальних центрів мають автономні підземні пологові зали, реанімації для немовлят та системи безперебійної подачі кисню. Вагітність перестала бути логістичним хаосом і стала керованим процесом. Народження дитини в умовах тривалого воєнного стану у 2026 році розглядається як реалізація репродуктивного потенціалу нації в умовах екстремальної адаптації. З медико-біологічної точки зору, незважаючи на хронічний стрес (дистрес), жіночий організм демонструє високі компенсаторні можливості. Сучасна акушерсько-гінекологічна служба України повністю адаптувала протоколи надання допомоги до умов конфлікту, забезпечуючи безперервний перинатальний нагляд. Ключовим фактором є функціонування системи НСЗУ, яка у 2026 році гарантує повний пакет безоплатної допомоги «Пологи». Сюди входить моніторинг стану плода, знеболення, медикаментозне забезпечення та неонатальна допомога високого рівня. Розвиток телемедицини дозволяє отримувати кваліфіковані консультації вузьких спеціалістів навіть у віддалених регіонах, що мінімізує ризики ускладнень вагітності. Важливим аспектом є епігенетичний фактор: формування нового покоління відбувається в умовах підвищеної суспільної солідарності та розвиненої системи психологічної реабілітації Всеукраїнської програми ментального здоров'я. Психосоматична стабільність матері підтримується за рахунок інтегрованих сервісів соціально-психологічного супроводу.

Висновки. З позиції демографічної безпеки, відтворення населення у 2026 році є критично необхідним для запобігання незворотній депопуляції та деградації генофонду. Таким чином, медична спільнота оцінює народження дітей як стратегічно виправданий крок, підкріплений високою резистентністю медичної інфраструктури та комплексним підходом до збереження здоров'я матері та дитини.

Медична спільнота - відіграє роль «вартових майбутнього», допомагаючи парам долати воєнний стрес та вікові обмеження. Демографічна безпека сьогодні — це не просто статистика, а стратегічна перемога над намірами ворога знищити українську націю. Лише через збереження репродуктивного потенціалу та підтримку молодих сімей Україна зможе забезпечити своє відновлення та сталий розвиток у поствоєнний період.

Війна - це виклик, але життя неможливо зупинити. Медицина сьогодні має всі інструменти, щоб зробити цей шлях безпечним.

Список використаних джерел

1. Про внесення змін до Порядку надання медичної допомоги за напрямом «Акушерство та гінекологія»: Наказ Міністерства охорони здоров’я України № 2356 від 2024 р. URL: https://moz.gov.ua (дата звернення: 26.01.2026).

2. Kondratiuk V. et al. Impact of Chronic War-Related Stress on the Ovarian Reserve and Reproductive Health of Ukrainian Women. Journal of Reproductive Health and Genetics. 2025. Vol. 12, No. 1. P. 45–58.

3. Smith H. S. et al. Stress-induced activation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and its effects on reproductive function. Endocrine Reviews. 2024. Vol. 45, No. 3. P. 210–225.

4. Особливості перебігу гестації та пологів у жінок, які зазнали впливу психотравмуючих чинників війни: аналіз за 2024–2025 рр.: аналітична доповідь / ДУ «ІПАГ ім. акад. О. М. Лук'янової НАМН України». Київ, 2025. 34 с.

5. Mental Health and Pregnancy in Conflict Zones: WHO Guideline Update 2024 / World Health Organization. Geneva: WHO Press, 2024. URL: https://www.who.int.

6. Медведь М. В. Ендокринологія репродукції: від стрес-індукованої аменореї до передчасного виснаження яєчників. Київ: Медкнига, 2024. 180 с.

7. Звіт про реалізацію програми медичних гарантій за пакетом «Ведення вагітності в амбулаторних умовах» та «Медична допомога при пологах» за 2025 рік: стат. дані / Національна служба здоров'я України. 2026. URL: https://nszu.gov.ua (дата звернення: 26.01.2026).

8. Zelinska N. Modern challenges of reproductive health in Ukraine: from military amenorrhea to ovarian reserve exhaustion. Journal of Reproductive Medicine. 2025. No. 2 (68). P. 12-19.

ЛАНДШАФТНИЙ ПАРК ЯК ВАЖЛИВА РЕКРЕАЦІЙНА ЗОНА ЗДМФУ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЙОГО РОЗВИТКУ В ПІСЛЯВОЄННИЙ ПЕРІОД

Іванько Олег Григорович, докт. мед.наук, професор,
зав. кафедри пропедевтики дитячих хвороб,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Спілкування людини із живою природою завжди мало й має позитивній вплив на фізичне та психічне здоров'я. Зараз вже зрозуміло, що в умовах психологічного стресу, пов'язаного з війною, для відновлення так званого ментального здоров'я людям треба знаходити будь-які джерела радості і хорошого настрою. Перетинаючи кожного дня університетський парк викладачі та студенти підпадають під природньо позитивний вплив дерев які тут зростають, птахів, які мешкають у їх кронах. Парк притягає увагу, цікавість, викликає добрий настрій. Спостереження природних змін за сезонами року нагадує, що життя триває. Саме у цьому і полягає позитивне значення природньої рекреаційної зони університету - ландшафтного парку.

Розвиток паркової зони набрав сили останніми роками та зробив ЗДМФУ естетично привабливим закладом вищої освіти України. Якщо характеризувати парк, то його основу складають дорослі листвяні та хвойні дерева, як то клени і каштани, ялини в тому числі й унікальні смереки. Декілька рослин заслуговують особливої уваги. Це три величезних дуби, які зростають біля першої будівлі у ряді п'ятиповерхових гуртожитків. За значним обводом стовбура та широким розгалуженням гілок дуби (так звані дуби звичайні або лускаті, quercus) нагадують славно звісний Запорізький дуб. Їх вік невідомий, але за однією гіпотезою вони є залишками насаджень села Вознесенки, яка була розташована саме на цьому місті до побудування університету. Можливе й інше припущення. Вважаючи, що дерева ще досі не дали жолудів, а жолуді зазвичай з'являються на цій породі дерев не раніше як у віці 60-70 років, саме цей вік і є для них найбільш вірогідним. І до речі відповідає він часу початку розбудови Запорізького медичного інституту наприкінці 60-х років минулого сторіччя. Здається, дерева можна вважати історичним символом учбового закладу, своєрідною пам'яткою природи місцевого значення. Можливо пройдуть роки й вони досягнуть розвитку славно звісного 700-річного Дуба. А поряд з ними існуватимете й ЗДМФУ?

Але не одними рослинами відвідувачів вражає парк. У ньому поступово з'являються цікаві та рідкісні тварини і птахи, які теж здатні дарувати людям радість спілкування з природою. Так, помічені відвідування будівель університету кам'яними куницями (*Martes foina*). Білки інколи провокують дорожно-транспортні пригоди, стрибаючі під колеса авто. Серед птахів на газонах інколи бачать фазанів *(Phasianus colchicus).* А ось синиці-блакитні

(дуже маленькі птахи з синім забарвленням голови) дійсно природнє диво, яке мало хто бачив, але подія може трапитись. У парку з різноманіття голубів. Присутня кільчаста (середземноморська) горлиця (*Streptopelia decaocto),* з притаманним їй гучним голосом «ху-Ху-ху». Важко повірити, але лише нещодавно у 70-ті рокі 20-го сторіччя цей птах з`явився в Україні, прийшовши з Балкан, а тепер вже ставши добре знайомим синантропом Запоріжжя. На деревах парку помічене гніздування інших голубів - горлиці садової (*Strehnopelia turtur)* та вяхиря (припутня, *Columba palumbus*). Їх поява може бути пояснена переміщенням птахів із типових ареалів в інші сприятливі для гніздування місця з скупченням великих дерев та затишною атмосферою навколо, яка саме панує зазвичай в університетському парку. Ось чому якщо ви раптом побачите дуже великого голуба із «диким» загальним забарвленням сіро-синього кольору та темним комірцем на шиї – можливо це саме він, диво-вяхирь.

Цікава пригода сталася нещодавно з представниками третього царства живих істот – грибами. Центральна алея парку, що веде до фізіологічного корпуса була засаджена молодими соснами. З їх живцями у ґрунт була внесена мікориза маслюка звичайного або жовтого *(Suillus luteus).* За два роки з`явились плодові тіла – маслюки. На жаль хтось із завзятих «грибників» побажав перенести грибницю собі додому. Підкопування микорізи пошкодило її і плодові тіла вже третій рік не бачили.

Наданий нарис про парк може бути нескінченно подовжений. Наприклад, рекреаційна зона парку містить різноманітні інформаційні, спортивні та інші майданчики. Тут хочеться висловити впевненість у сталому наступному розвитку парку. Для цього наявні важливі складові – велика зацікавленість і сприяння адміністрації університету разом із сумлінною працею технічного персоналу. А якщо є можливість висловитись про перспективу, то це – побудування 25-ти метрового плавального басейну на території парку, експлуатація якого надасть можливість демонструвати високий європейський рівень університета, зробити спорт важливим компонентом виховання молоді, досліджувати та впроваджувати сучасні відновлювальні технології здоров`я, здобути економічні привілеї для вишу.

У часи, коли наша країна виборює своє майбутнє, треба визначати всі великі і, майже, маленькі ознаки успіхів. Існування парку, університету та міста Запоріжжя взагалі – це серйозний аргумент проти песимізму та втоми від війни. Саме зараз і хочеться вимовити «Слава Україні», яка активно живе та бореться.

СОЦІАЛЬНЕ САМОПОЧУТТЯ УКРАЇНЦІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Козловець Микола Адамович,
доктор філософських наук, професор,
професор кафедри філософії та політології,
Житомирський державний університет імені Івана Франка

Поняття «соціальне самопочуття», відображаючи різні аспекти життя людей, соціальних груп і суспільства загалом, широко використовується багатьма галузями наукового знання – психологією, соціальною антропологією, філософією, соціологією, медициною та ін. Кожна з них розглядає соціальне самопочуття під своїм специфічним кутом зору, істотно розширюючи й збагачуючи його проблемні межі. Водночас полісемантизм в репрезентації терміну соціальне самопочуття дещо ускладнює можливість фіксації його смислу. Й донині не досягнута однозначність в його тлумаченні й відсутня операціоналізація через систему індикаторів і показників.

Соціальне самопочуття фіксує емоційний стан, рівень відносин людей, груп і суспільства загалом, їх становище в соціальній структурі, ступінь залучення у соціальні, культурні й професійні процеси. Адекватна оцінка соціального самопочуття українців під час війни, прогнозування конфліктогенних ситуацій, виявлення позитивних й негативних зрушень в цій сфері, є одним із найважливіших завдань гуманітаристики, в тому числі й медицини.

При вивченні соціального самопочуття слід використовувати сукупність параметрів його прояву, кожний з яких містить певний набір емпіричних показників (референтів) і включає соціальну активність, матеріальне становище, самореалізацію, стан фізичного і психічного здоров'я, соціальну комфортність, емоційно-чуттєву сферу, індивідуально-особистісні особливості, ідентифікацію та ін. Як емоційно-ціннісна форма свідомості соціальне самопочуття проявляється внаслідок суб'єктивного переживання людьми свого стану і змінюється під впливом внутрішньої структури особистості, оточуючого соціального середовища.

До показників соціального самопочуття науковці відносять: індекс загальної задоволеності життям; показник впевненості у завтрашньому дні; оцінка ступеня особистісного переживання почуття соціального дискомфорту, невлаштованості й незатишності в житті; якісна характеристика домінуючого емоційно-динамічного настрою особистості, що відображає його стратегічну життєву поведінкову установку; ступінь включення індивіда в різні структури і рівні суспільства.

Як інтегральна характеристика соціальне самопочуття має суб'єктивні й об'єктивні компоненти. Суб'єктивні характеристики соціального самопочуття сконцентровані на розгляді ціннісних установок, оцінці свого нинішнього стану в умовах війни, на загальному емоційному стані, впевненості відносно свого майбутнього, ступеня задоволеності своїм життям загалом, тоді як об'єктивні – на таких компонентах, як стан здоров'я, рівень освіти, сімейного становища, соціальної активності у різних сферах суспільного життя, рівень соціального захисту. При цьому суб'єктивні показники соціального самопочуття взаємодоповнюють об'єктивні.

Війна Росії проти України спричинила значні людські та матеріальні втрати, порушення нормальних умов життя і діяльності людей, низку глибоких криз у різних сферах суспільного устрою, які, своєю чергою, створили передумови для зміни соціального самопочуття. Люди живуть в постійному стресі, в умовах щоденних повітряних тривог. Тому соціальні самопочуття українців в умовах війни можна типологізувати як позитивні, прикордонні й негативні, які виражають ступінь прояву почуттів, оцінок емоційного, психологічного і фізичного стану. Можна виокремити й такі типи соціального самопочуття: критичний, проблемний, стабільний і позитивний.

Війна поділила українців на декілька груп за умовами та способом життя: 1) переселенці, які переїхали в більш безпечні місця в Україні, тобто внутрішньо переміщені особи; 2) біженці, які виїхали за межі України; 3) люди на окупованих територіях; 4) українці, які залишилися на територіях, де відбувалися й продовжують відбуватися активні бойові дії. Тому при вивченні стану соціального самопочуття слід враховувати, яких форм набували процеси рутинізації в кожній конкретній групі, і в межах конкретної території перебування, враховувати багато інших чинників й обставин.

Ментальне здоров'я українців під час війни перебуває під загрозою із-за постійного стресу, тривоги, паніки, що веде до виснаження, безсоння, депресії і посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Соціологічні дослідження фіксують стабільне емоційне виснаження суспільства. За даними Gradus Research, найбільш поширені емоції, які українці відмічають у собі, – це втомлюваність (52%), напруженість (42%) і роздратування (32%) [1, с. 19]. Психологи зазначають, що на початку повномасштабного вторгнення домінував стан заперечення – несприйняття самої можливості такого насильства: вторгнення, руйнування міст, удари по цивільній інфраструктурі, спроби позбавити людей світла, тепла, води і зв'язку. Сьогодні з емоційним вигоранням, тривожними розладами і депресивними станами зіштовхується не тільки військові та переселенці, а й ті, хто живе і працює в тилу.

Зазначимо, що війна руйнує не тільки ментальний добробут українців, а й негативно впливає на психологічний стан людей усього світу. Дослідження ментального здоров'я, проведеного в 11 країнах – від Аргентини до Японії, засвідчило, що вплив російсько-

української війни зазнає на собі кожна друга людина у світі. Люди, наприклад, в США, Японії, Бразилії, відчувають смуток, коли отримують новини з України та турбуються про своє майбутнє [1, с.19].

Додатковим чинником соціально-психологічного виснаження стали й сучасні технології. Українці фактично в режимі реального часу стежать за подіями на фронті, конфліктами і трагедіями, що посилює тривожність й емоційне вигорання. За оцінками ВОЗ, до чверті населення України вже мають певні проблеми з психічним здоров'ям, а чотири з п'яти живуть в стані постійного стресу [1, с.19].

Характеризуючи типологічні групи соціального самопочуття українців в умовах війни щодо їх поведінки у трудовій і сімейній сферах, зазначимо, що на наповнення кожної з них в неоднаковій мірі впливають фактори орієнтації на досягнення (освіта, прибуток, становище на ринку праці, соціальна страта, соціальний статус та ін.). З огляду на ситуацію найбільш релевантними є цінності, які умовно можна віднести до забезпечення виживання української держави та суспільства. Безумовним лідером за частотою згадувань є закінчення війни, а вже потім робота, освіта, матеріальне становище, сім'я. Водночас респонденти констатують, що майбутнє через війну виглядає невизначеним, а тому складно щось планувати [2, с. 250–251].

Однак факт порівняно низького значення соцієтальних цінностей розвитку потребує уваги після завершення війни, оскільки забезпечення відповідних ціннісних імперативів є визначальним чинником успішної відбудови країни. Разом з тим війна стала точкою переосмислення національної ідентичності. Українці чи не вперше масово повірили у власні сили і здатність впливати на свою долю.

Таким чином, війна зробила ментальне здоров'я одним із ключових ресурсів виживання українського суспільства. Постійний стрес, вимушені переїзди, перебої з медичним допомогою й емоційним вигоранням зробили турботу про здоров'я набагато складнішою, але водночас – життєво необхідною.

Україна вже зробила певні кроки в цьому напрямі, але в умовах затяжної війни і стресових ситуацій турбота про психічний стан людей повинна стати таким же пріоритетом, як і безпека, економіка і відновлення. Живучи в умовах війни, стрес став нашим постійним супутником. На жаль, навіть якщо люди адаптувались до таких обставин, але організм продовжує накопичувати всі емоції і рано чи пізно це вдаватиметься взнаки.

У пошуках ефективних рішень Україні слід активніше переймати світовий системний підхід до ментального здоров'я під час війни, включаючи ранню профілактику ПТСР, інтеграцію психологічної допомоги в медицину, «цифрові аптечки» та підтримку співтовариств, як це робили в інших країнах, а також вчитися на досвіді країн, що пережили затяжні конфлікти, роблячи акцент на адаптацію до хронічного стресу, на соціальну підтримку, а не лише екстрене реагування. Виправданим є й впровадження програм психологічної допомоги, наприклад, як в Ізраїлі, де сім'я відіграє ключову роль, та розвиваючи «першу допомогу» для стресу, як у службах МНС, навчаючи базовим навичкам само- та взаємодопомоги, а також опрацьовувати механізми покращення адаптації сім'ї.

Сучасна українська дійсність характеризується вкрай суперечливими явищами, емоційною напругою та «агресією» травм, котрі супроводжують щоденне буття українців, впливають на їхнє соціальне самопочуття. Сучасній суспільній свідомості дедалі більше притаманна критичність. Вона виражається, зокрема, в тому, що люди не бажають миритися з несправедливістю, корупцією, крадіжками, прорахунками влади, злочинністю, бідністю, існування яких влада намагаються пояснити об'єктивними причинами. Зі стрімкими змінами умов життя, стали проявлятися й такі риси суспільної свідомості, як ізоляціонізм і замкненість, панування ірраціональних мотивів, зменшення толерантності.

Отже, післявоєнна відбудова України має бути не просто відродженням довоєнного стану. Величезний духовний і моральний потенціал, мобілізований у героїчному протистоянні російській агресії, має бути запорукою сутнісної демократизації політичного життя, державного управління, створення справедливої та ефективної судової системи,

правоохоронних органів, максимального розширення економічної свободи, створення умов вільного розвитку освіти і науки, забезпечення невід'ємних прав і свобод громадян. З огляду на це, необхідно створювати чітке бачення післявоєнного розвитку українського суспільства. Потрібний системний аналіз ймовірності різних сценаріїв цього процесу і всього спектру чинників їхньої реалізації.

Список використаних джерел

1. Ментальное здоровье во время войны: чему Украина может научиться у мира. *Семья.* № 1 (1309). 6.01.2026-12.01.2026. С. 19.

2. Українське суспільство в умовах війни. 2022: Колективна монографія / С. Дембіцький, О. Злобіна, Н. Костенко та ін.; за ред. член.-кор. НАН Украї ни, д. філос. н. Є. Головахи, д. соц. н. С. Макеєва. Київ: Інститут соціології НАН України, 2022. 410 с

ПРИЧИНИ ПОРУШЕННЯ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ

Пацера Марина Вікторівна, к.мед.н.,
доцент кафедри пропедевтики дитячих хвороб;
Біловоденко Владислав Юрійович, студент 1 гр.,
3 курсу медичного факультету;
Гусак Віталій Миколайович, студент 1 гр.,
3 курсу медичного факультету;
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Мова є базовим інструментом пізнання та комунікації, що визначає інтелектуальний, емоційний та соціальний розвиток особистості. У дітей мова виконує як комунікативну функцію, так і стає основою формування мислення, пам'яті, уяви та здатності до навчання. Саме тому дослідження причин порушення процесів мовленнєвого розвитку, що виникають у сучасних дітей, мають виняткове значення для педагогів, психологів та лікарів.

Сьогодні кількість дітей із різними мовленнєвими порушеннями зростає. Це зумовлене як біологічними, так і соціальними чинниками. Причиною стають поширене використання цифрових технологій у повсякденному житті дорослого і дитини, зменшення живого спілкування у родині. Відтак особливо актуальним серед лікарів та педагогів стає пошук ефективних механізмів подолання мовленнєвих труднощів у дитини.

Мовлення у дітей розвивається поступово й охоплює кілька ключових етапів. До прикладу, у дошкільний період, тобто від народження до 6 років, закладаються основи фонетико-фонематичної системи, активно розширюється словниковий запас та засвоюються граматичні структури. У цьому віці активно розвиваються артикуляційні навички і фонематичний слух. Так, до 6 років слід звернути увагу на соціальні та педагогічні фактори, тому що недостатня стимуляція у вигляді короткотривалого спілкування, відсутність спільного читання та ігор у ранньому віці дитини не сформують зв'язне усне висловлювання думок дитини, не будуть мати розвитку і письмова мова. Саме у молодшому шкільному віці, тобто у 6 – 10 років, мовлення починає виконувати функцію навчання. У підлітковому віці, а саме в 11–15 років, мовлення стає більш гнучким і багатим, з'являється здатність до абстрактного мислення, аргументації та використання стилістичних засобів.

Водночас кожен із цих етапів має свої критичні періоди, коли мовленнєвий розвиток особливо залежить від якості середовища та підтримки дорослих. Важливим є раннє виявлення відхилень у мовленнєвому розвитку, тобто до 2 – 3 років життя дитини. Причинами порушення розвитку мовлення у дітей можуть бути як гіпоксико-ішемічне порушення центральної нервової системи (ЦНС), так і синдром дефіциту уваги із гіперактивністю (СДУГ), тривожними станами, фобіями. Тому на різних етапах слід звертатися до різних фахівців: невролога, психолога, терапевта з мовлення, поведінкового психолога. Останній це

фахівець, що використовує науково обґрунтовані методи, як-от когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), для корекції проблемної поведінки, емоцій та розвитку. Він допомагає дітям засвоювати нові навички адаптації та покращувати взаємодію з оточенням.

Адже своєчасна діагностика дозволяє розпочати корекцію на початкових етапах розвитку мовлення у дитини і допоможе уникнути ускладнень у майбутньому. До прикладу, відсутність адекватного мовленнєвого розвитку негативно позначається на когнітивних функціях дитини загалом, її здатності до абстрактного мислення. Роль родини, як соціального чинника, важлива, тому що активне мовленнєве спілкування з дитиною, читання книжок, стимулювання діалогу та створення сприятливого мовленнєвого середовища забезпечують сталі результати. Натомість, часте використання ґаджетів, надмірний екранний час загрожують уповільненням мовленнєвого розвитку. Світові дослідження демонструють, що діти, які багато часу проводять перед телевізором чи ґаджетами, мають нижчий рівень лексичного розвитку і пізніше досягають мовних етапів. Навпаки, спільне читання книг та взаємодія з батьками значно покращують мовні навички. Виклики сьогодення для дітей України під час війни – це невизначеність, втрати і зміни в соціальному оточенні, – призводять до загострення комунікативних проблем і додаткових затримок мовлення, особливо у дітей з особливими потребами. Тому збереження регулярного спілкування, ігрових занять та психологічної підтримки стають критично важливими для запобігання регресу мовленнєвого розвитку.

Заняття з терапевтом мови та мовлення передбачають застосовування спеціальних вправ та ігор для розвитку артикуляції, дихання та моторики: артикуляційна гімнастика, пальчикові ігри, вправи з розвитку дрібної моторики кистей, які сприяють налагодженню звуко-вимови. Подолання мовленнєвих труднощів потребують комплексного підходу, що поєднує медичні, психологічні та педагогічні методи. Логопедична корекція реалізується через систематичні індивідуальні та групові заняття, спрямовані на розвиток фонематичного слуху, удосконалення артикуляції та збагачення словникового запасу. Не менш важливою є психологічна підтримка, яка допомагає дитині сформувати позитивну мотивацію до спілкування, розвинути емоційну сферу та подолати страхи, що можуть гальмувати мовленнєвий розвиток. Водночас педагогічні методи інтегрують мовленнєві вправи у навчальний процес, використовують ігрові технології та сприяють розвитку комунікативних навичок.

Таким чином, взаємодія та співпраця терапевта мови та мовлення, психолога, педагога і батьків можуть забезпечити ранню діагностику, розуміння причин порушення мовлення у дітей, а також ефективне подолання мовленнєвих порушень, що не будуть перешкодою до гармонійному розвитку дитини.

ДІТИ І ВІЙНА: ПОГЛЯД ДИТЯЧОГО ГАСТРОЕНТЕРОЛОГА

Пащенко Ірина Володимирівна, кандидат медичних наук, доцент,
кафедра пропедевтики дитячих хвороб,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Війна в Україні призвела до негативних змін умов життя, харчування, навчання, фізичного та психоемоційного стану тисяч українських дітей. Цей процес впливає на стан здоров’я населення як у прифронтовій зоні, так і серед внутрішньо переміщених осіб та в умовах міграції. Вчені та медики ще багато років потому будуть вивчати і оцінювати, як ці зміни вплинули не тільки на стан здоров’я сучасного покоління, але і на генофонд нації. Аналіз перших сучасних наукових досліджень і публікацій з цього питання свідчить, що в умовах хронічного стресу у дітей та підлітків виникає ризик постравматичних стресових розладів навіть серед практично здорових дітей. Ці розлади можуть мати різний ступінь вираженості і різні форми в залежності від умов життя, віку, психоемоційного стану дитини. Відомо, що

психоемоційний стрес, тривога та депресія можуть впливати на моторну, секреторну та імунну функцію шлунково-кишкового тракту, сприяти проявам функціональних гастроінтестінальних розладів.

Мета – оцінити особливості порушення функції органів травлення при хронічному стресовому стані у дітей та підлітків в умовах війни.

До дослідження залучено 56 дітей і підлітків віком від 5 до 17 років, які звертались за консультацією дитячого гастроентеролога у період з 2022 по 2025рік. Більшість пацієнтів мешкає в умовах прифронтової зони або є внутрішньо перемішеними з тимчасово окупованих територій. Але були звернення і дітей, які з початком військового стану перебували за кордоном, і приїздили до м. Запоріжжя на короткочасний період. При обстеженні у групу спостереження були відібрані діти, у яких виключена органічна і запальна патологія шлунково-кишкового тракту та діагностовано функціональні гастроінтестінальні розлади згідно Римських критеріїв IV.

Встановлено, що психоемоційні фактори виступали тригерами функціональних гастроінтестінальних розладів у дітей як у прифронтовій зоні, так і у переміщених осіб, виявлений зв'язок між стресом і загостренням функціональних гастроінтестінальних проявів. Причиною появи проявів функціонального абдомінального болю у прифронтовій зоні пацієнти часто називали стрес при звуках вибухів, сигналах повітряної тривоги, страх втрати рідних і близьких. У дітей, переміщених за кордон, частою причиною абдомінального болю були психоемоційні переживання при адаптації до нових умов побуту і навчання, зміна соціальних зв'язків, відчуття туги за рідними і близькими.

У пацієнтів окрім абдомінального болю і зміни характеру дефекацій виявлені скарги загального характеру: головний біль, стомлюваність, біль в області серця, утруднення вдиху, почуття кому при ковтанні, нудота, почуття швидкого насичення, переповнення у верхній частині живота, відрижка, порушення сну, енкопрез.

Стосовно вікових особливостей перебігу виявлено, що у дітей дошкільного і молодшого шкільного віку симптоми функціонального абдомінального болю зустрічалися частіше синдрому подразненого кишківника (56,7% проти 43,3%), тоді як у підлітків від 12 до 17 років прояви синдрому подразненого кишківника діагностовано у 72,4% випадків.

Виявлені при аналізі скарг і перебігу хвороби, об'єктивному дослідженні прояви астено–вегетативних порушень у вигляді емоціональної лабільності, тривожності, порушень сну, абдомінального дискомфорту потребували призначення засобів медикаментозної терапії. Підбір медикаментозної терапії проводився з урахуванням психо-емоційного стану дитини, симптоматики і варіанту перебігу захворювання. Але у лікуванні підлітків у деяких випадках виникала потреба консультативної допомоги і підтримки психолога або психотерапевта.

Таким чином, отримані дані свідчать про потребу пошуку нових форм підтримки психічного і соматичного здоров'я дітей і підлітків в умовах тривалого стресу під час війни, організації співпраці лікарів різних спеціальностей з психологами і батьками для профілактики психосоматичних станів у дітей.

ЗАСТОСУВАННЯ ТЕОРІЇ ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕСУРСІВ С.ХОБФОЛЛА В ПРАКТИЦІ ДИТЯЧИХ ЛІКАРІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

Підкова Віра Ярославівна, к.мед.н., доцент;
Соляник Олександра В'ячеславівна, к.мед.н., асистент,
кафедра пропедевтики дитячих хвороб,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Війна в Україні створила умови для виникнення масового хронічного стресу, який одночасно впливає на дітей, на батьків та спеціалістів, що з ними працюють. У клінічній практиці це проявляється зростанням психосоматичних скарг, поведінкових розладів, емоційного виснаження сімей. Для розуміння цих процесів та ефективної допомоги з боку

дитячих лікарів - педіатрів, дитячих вузьких спеціалістів, психологів, сімейних лікарів, а, інколи, й викладачів, педагогів, - особливо корисною, з нашого погляду, є ознайомлення з теорією збереження ресурсів Стівена Хобфолла (COR-theory).

Основним (ключовим) принципом положення теорії Хобфолла є розуміння стресу, що виникає тоді, коли втрачаються саме ресурси, або існує загроза їх втрати, або людина не може відновити втрачене. Серед ресурсів можна розглядати *матеріальні* (житло, гроші, базові умови); *особистісні* (відчуття контролю, самоцінність, надія); *соціальні* (сім'я, підтримка, спільнота); *енергетичні* (сили, здоров'я, час, сон). Втрата ресурсів завжди переживається сильніше, ніж радість від їх здобуття. Щодо війни, то вона постає як випробування, під час якої виникають стреси з їх особливостями: вони тривалі (бо немає швидкого завершення), непередбачувані та унеможливлюють «відновлення між подіями». Наслідком цих подій розглядається формування спіралі втрат, тобто, втрата призводить до виснаження, що провокує зниження адаптації та призводить до нових втрат. І це — не патологічний стан і не слабкість, а закономірна реакція психіки.

Діти в умовах втрати ресурсів особливо вразливі, тому що мають менше власних ресурсів, ніж дорослі, залежать від стану дорослих, не можуть контролювати ситуацію. Основними втратами ресурсів у дітей являються: відчуття безпеки; стабільність і рутина; емоційно доступний дорослий; гра, - як ресурс розвитку. Типові прояви втрат, які ми спостерігали в дітей, - регрес, страхи, порушення сну, агресія або замкненість, різноманітні психосоматичні симптоми. Такі прояви, за теорією Хобфолла, не являються «поганою поведінкою», а, навпаки, - адаптацією до втрат.

Звертає на себе увагу важливе положення COR-теорії, яке наголошує на тому, що виснажена людина не може бути ресурсом для іншого. Тому стан батьків, що перебувають в хронічній тривозі, з почуттям провини, в стані емоційного вигорання, зниженні батьківської впевненості являються виснаженим ресурсом. А робота лише з дитиною без підтримки батьків - малоефективна. Дитячі лікарі, вихователі, викладачі стикаються в своїй практиці з різноманітними скаргами, а психосоматичні симптоми - це мова тіла, коли ресурси психіки вичерпані. В цій ситуації повинен змінюватися й фокус роботи спеціаліста зі знанням дитячої психології. Практичні принципи, яких обов'язково потрібно дотримуватись, - це мінімізація зайвих обстежень; пояснення симптомів без залякування; акцент на безпеці та стабільності. Замість традиційного визначення: «Що не так з дитиною?» на перший план повинно виступати питання «Які ресурси втрачено і які можна відновити?». На цьому етапі основні завдання спеціалістів полягають в зупинці спіралі втрат, нормалізації реакцій, допомозі сім'ї відновити мінімальні ресурси. Для цього під час спілкування застосовуються: спокійний темп розмови, передбачуваність, прості пояснення, що в цілому забезпечує стабілізацію. Наступний крок, - виявлення втрат. Такі прості питання, як: «Що змінилось у житті дитини? Що зараз найбільше виснажує? Що допомагає хоча б трохи?», - допомагають це з'ясувати. Наступний етап в роботі спеціаліста, - це нормалізація та заспокоєння сім'ї. Такі фрази, як: «Це очікувана реакція на тривалий стрес», «З дитиною не "щось не так", вона адаптується», - зазвичай допомагають зрозуміти глибину процесу. Наступний етап, - мікровідновлення ресурсів за допомогою рутинних дій, виконання ритуалів, зменшення вимог до дитини, посилення близькості. В той самий час, за Хобфоллом: соціальна підтримка - один із найпотужніших захисних факторів. Для дитини найважливіше, - це присутність поряд дорослого; заняття в школі, в різноманітних гуртках; участь в спільнотах. Для батьків, - важлива підтримка спеціаліста; зняття відчуття провини; дозвіл бути «достатньо хорошими».

Таким чином, теорія Хобфолла дозволяє пояснювати симптоми без стигматизації під час війни, яка являється середовищем хронічної втрати ресурсів. Завдання всіх спеціалістів, і в першу чергу, - педіатрів, сімейних лікарів, дитячих психологів, - не лише лікувати симптоми, а й відновлювати ресурси сім'ї. Маленькі, стабільні кроки мають великий ефект. Допомагаючи дитині та батькам відновити ресурси, ми допомагаємо їм зберегти здатність жити, розвиватись і бути в контакті навіть під час війни.

ВПЛИВ УМОВ ВІЙНИ В УКРАЇНІ НА ПРОЦЕС РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Самарін Даніл Сергійович,
здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Артеріальна гіпертензія є одним із найбільш поширених хронічних захворювань серцево-судинної системи та становить суттєву медико-соціальну проблему.

В умовах війни актуальність цієї патології значно зростає, що пов'язано з тривалим психоемоційним напруженням, порушенням режиму праці та відпочинку, зниженням рівня рухової активності, змінами харчової поведінки та обмеженим доступом до систематичної медичної допомоги. Сукупний вплив зазначених чинників призводить не лише до збільшення кількості осіб з уперше виявленою артеріальною гіпертензією, але й до ускладнення перебігу захворювання у пацієнтів з уже встановленим діагнозом.

Фізична реабілітація посідає важливе місце в комплексному лікуванні артеріальної гіпертензії та розглядається як ефективний немедикаментозний метод корекції функціональних порушень серцево-судинної системи. Терапевтичні вправи чинять багатокомпонентний вплив на організм пацієнта, сприяючи нормалізації вегетативної регуляції, зниженню підвищеного судинного тонусу та покращенню адаптаційних можливостей серцево-судинної системи. Регулярна рухова активність помірної інтенсивності зменшує надмірну активацію симпатичної нервової системи, що є характерною для осіб, які перебувають у стані хронічного стресу в умовах воєнних дій [4].

Особливе значення у фізичній реабілітації пацієнтів на артеріальну гіпертензію мають аеробні терапевтичні вправи, які забезпечують поступове та контрольоване навантаження на серцево-судинну систему. Дозована ходьба, фізичні вправи, вправи циклічного характеру сприяють зниженню як систолічного, так і діастолічного артеріального тиску, покращують еластичність судинної стінки та підвищують толерантність до фізичних навантажень. В умовах війни важливою перевагою таких вправ є можливість їх виконання без спеціального обладнання, у домашніх умовах або в обмеженому просторі, що дозволяє зберігати регулярність занять навіть за несприятливих обставин [1].

Терапевтичні вправи також позитивно впливають на психоемоційний стан пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Регулярна фізична активність сприяє зниженню рівня тривожності, покращенню настрою та загального самопочуття, що є особливо актуальним у період тривалого стресу, пов'язаного з воєнними подіями. Таким чином, правильно організована рухова активність виконує не лише соматичну, а й важливу психорегуляторну функцію, опосередковано впливаючи на стабілізацію артеріального тиску.

Важливим складником програм фізичної реабілітації при артеріальній гіпертензії є дихальні вправи, спрямовані на нормалізацію вегетативного балансу. Використання діафрагмального та повільного ритмічного дихання з акцентом на подовжений видих сприяє зниженню симпатичного впливу на серцево-судинну систему, нормалізації частоти серцевих скорочень та покращенню оксигенації тканин. В умовах війни дихальні вправи можуть розглядатися як ефективний засіб саморегуляції, що допомагає пацієнтам контролювати емоційні реакції та запобігати різким коливанням артеріального тиску.

Значну роль у фізичній реабілітації пацієнтів на артеріальну гіпертензію відіграє лікувальний масаж, зокрема масаж шийно-комірцевої зони. Масажні методики сприяють зменшенню м'язового напруження, покращенню регіонарного кровообігу, зниженню тонусу симпатичної нервової системи та стабілізації судинних реакцій. У пацієнтів з артеріальною гіпертензією, що поєднується з функціональними порушеннями хребта, головним болем напруження та запамороченням, лікувальний масаж сприяє зменшенню клінічних проявів захворювання та покращенню якості життя [2].

Поєднання лікувального масажу з терапевтичними вправами підсилює загальний реабілітаційний ефект, оскільки дозволяє впливати одночасно на судинний, нейрогенний та м'язово-фасціальний компоненти артеріальної гіпертензії. Такий комплексний підхід є особливо доцільним в умовах війни, коли пацієнти часто перебувають у стані хронічного психоемоційного та м'язового напруження. Регулярне застосування засобів фізичної терапії сприяє підвищенню адаптаційних можливостей організму, зменшенню ризику ускладнень та покращенню загального функціонального стану пацієнтів [3].

Отже, фізична реабілітація є невід'ємною складовою комплексного ведення пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Використання терапевтичних вправ, дихальних методик та лікувального масажу дозволяє ефективно впливати на перебіг захворювання, знижувати рівень артеріального тиску, покращувати психоемоційний стан та якість життя пацієнтів. Адаптація програм фізичної реабілітації до воєнних умов є перспективним напрямом сучасної фізичної терапії та реабілітаційної медицини.

Список використаних джерел

1. Коваленко Н. Л. Фізична терапія при гіпертонічній хворобі ІІ ступеня на довгостроковому етапі реабілітації: магістерська дис.: 227 Фізична терапія, ерготерапія. Київ, 2020. 117 с.

2. Лікувально-реабілітаційний масаж та самомасаж: навч. посіб. для практ. занять здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я», спец. 227 «Фізична терапія, ерготерапія», спеціалізації 227.1 «Фізична терапія», освітньо-професійної програми «Фізична терапія» / І. В. Шаповалова, А. М. Гурєєва, О. Є. Черненко, Д. В. Ванюк. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2023. – 210 с.

3. Пониполяк Ю. В. Вплив заходів фізичної терапії на якість життя пацієнтів з артеріальною гіпертензією ІІ ступеня: магістерська робота зі спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія». Львів, 2023. 105 с.

4. Харківська Д., Кудімова О. В. Фізична реабілітація при артеріальній гіпертензії. Сучасні досягнення фізичного виховання: матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвячена Дню працівників освіти (19 жовтня 2021 року, Харків). Харків, 2021. С. 70-72.

КОНФЛІКТ ЯК ПРИЧИНА РУЙНАЦІЇ КОЛЕКТИВУ

Самойленко Олена Валентинівна, к.філ.н., доцент,
завідувачка кафедри теоретичних дисциплін;
Шамара Максим Олегович, здобувач освіти,
Донецький національний медичний університет

У будь-якому колективі, незалежно від його розміру, сфери діяльності чи рівня професіоналізму учасників, конфлікти є неминучими. Вони виникають через різницю поглядів, інтересів, цінностей, особистих амбіцій або стилів поведінки. Проте якщо конфлікти не усвідомлюються і не вирішуються конструктивно, вони можуть стати потужним руйнівним чинником, який поступово підриває згуртованість колективу, знижує ефективність роботи та негативно впливає на психологічний стан людей.

Однією з головних причин руйнівного впливу конфліктів є зникнення або мінімізація рівня довіри між членами колективу. За наявності нормальних умовах спільна діяльність ґрунтується на взаємній підтримці, відкритому обміні думками та відчутті безпеки. Конфлікт, особливо затяжний або прихований, поступово руйнує ці основи. Люди починають сприймати одне одного не як партнерів, а як опонентів або загрозу. З'являється підозрілість, страх помилитися, небажання відкрито висловлювати свою позицію, що негативно позначається на загальному кліматі в колективі, який поступово стає несприятливим.

Психологія людини в конфліктній ситуації має свої характерні особливості. У момент загострення конфлікту активізуються емоції, а раціональне мислення часто відходить на

другий план. Людина схильна захищати власну позицію, навіть якщо вона об'єктивно не є найкращою або відверто хибною. Вмикаються психологічні механізми захисту: заперечення, проєкція, агресія або уникання. У такому стані співрозмовник сприймається не як особистість, а як джерело проблеми, що значно ускладнює пошук компромісу.

Конфлікти також сприяють формуванню неформальних груп і «таборів» усередині колективу. Люди починають об'єднуватися за принципом «свій - чужий», підтримуючи одну зі сторін конфлікту. Це призводить до поляризації думок, поширення чуток, маніпуляцій і прихованої боротьби за вплив. У результаті колектив перестає бути єдиною командою і перетворюється на сукупність конкуруючих груп, що значно знижує продуктивність спільної діяльності.

Важливим аспектом є вплив конфліктів на мотивацію та емоційний стан працівників. Постійна напруженість, очікування чергового загострення або відчуття несправедливості викликають хронічний стрес. Людина витрачає значну частину психологічних ресурсів не на виконання професійних завдань та досягнення конкретних цілей, а на внутрішнє переживання ситуації. Це може проявлятися у вигляді емоційного вигорання, апатії, зниження ініціативності або навіть бажання покинути колектив.

З психологічної точки зору важливо розуміти, що поведінка людини в конфлікті значною мірою залежить від її особистісних особливостей і попереднього досвіду. Одні люди схильні до відкритої конфронтації, відстоюють свою позицію жорстко й емоційно. Інші, навпаки, уникають конфліктів, пригнічують власні емоції та погоджуються зовні, зберігаючи внутрішнє незадоволення. Обидві стратегії можуть бути деструктивними, оскільки або загострюють протистояння, або переводять його в приховану форму, що з часом лише посилює проблему.

Особливу небезпеку для колективу становлять нерозв'язані конфлікти. Якщо причини протистояння ігноруються або замовчуються, напруга накопичується і може вибухнути у найменш очікуваний момент. Навіть незначний привід у такій ситуації здатен викликати різку емоційну реакцію, яка здається непропорційною зовнішнім обставинам. Це пояснюється тим, що люди реагують не лише на поточну подію, а й на весь попередній негативний досвід, пов'язаний із конфліктом.

Водночас варто зазначити, що не всі конфлікти є суто руйнівними. За умови правильного управління вони можуть виконувати й конструктивну функцію, виявляючи приховані проблеми, різні точки зору та недоліки в організації роботи. Однак для цього необхідна зріла комунікація, готовність слухати, визнавати помилки та шукати спільні рішення. Без психологічної культури та навичок конструктивного діалогу конфлікт майже завжди переходить у деструктивну фазу.

Таким чином, конфлікти здатні поступово руйнувати колектив, підриваючи довіру, згуртованість і мотивацію його членів. Психологія людини в конфліктних ситуаціях характеризується домінуванням емоцій, захисних реакцій і суб'єктивного сприйняття реальності. Усвідомлення цих механізмів є важливим кроком до збереження здорового психологічного клімату. Лише уважне ставлення до міжособистісних відносин, розвиток культури спілкування та вміння конструктивно вирішувати суперечності дозволяють мінімізувати руйнівний вплив конфліктів і зберегти колектив як цілісну та ефективну систему.

Саме тому доцільним є вивчення стратегій конструктивного розв'язання конфліктів у навчальних закладах фахової освіти.

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХІЧНОГО ТА СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я УЧАСНИКІВ ТА ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД БОЙОВИХ ДІЙ

Руднєва Віталіна Романівна,
здобувач першого (бакалаврського) рівня вищої освіти;
Сердюк Дмитро Георгійович, канд.фіз.вих., доцент,
доцент ЗВО кафедри ФРСМФВіЗ,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

В сучасній Україні пошук дієвих засобів медико-психологічної реабілітації постраждалих від військових дій є важливим аспектом комплексної допомоги людям, які зазнали значного фізичного, психологічного та соціального впливу бойових подій. В умовах тривалої російсько-української війни зростає кількість психотравматичних чинників, що зумовлює необхідність створення цілісної системи відновлення здоров'я, адаптації та реінтеграції постраждалих у повсякденне життя [1].

Медико-психологічна реабілітація постає як міждисциплінарний процес, що поєднує підходи медицини, психології, соціальної роботи, нейрореабілітації та професійної адаптації. Окремої уваги вимагає робота з ветеранами, цивільним населенням, дітьми та сім'ями, що зазнали втрат, депортацій, окупаційних дій, поранень чи полону [2].

Головною метою є відновлення фізичного та психічного здоров'я, повернення до соціально активного життя та попередження розвитку хронічних психічних розладів. До ключових завдань належать: комплексна діагностика психоемоційного стану; медичне лікування фізичних і неврологічних наслідків травм; психологічна підтримка, робота з гострим стресом; профілактика та лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії, тривожних розладів; сприяння адаптації та ресоціалізації особи [3].

Своєчасна психологічна інтервенція значно зменшує ризики стійких посттравматичних порушень. За матеріалами МОЗ України, рання допомога може знизити частоту ПТСР на 40-60% [1].

Психологічні заходи охоплюють індивідуальні консультації, кризові інтервенції, групову терапію, тренінги стрес-менеджменту, програми психологічної освіти та роботу з родинами постраждалих.

У сучасній практиці доведено ефективність таких методів: когнітивно-поведінкова терапія (КПТ); EMDR-терапія; арт-терапія; тілесно орієнтована терапія; біологічний зворотний зв'язок; майндфулнес-підходи.

Групові методи сприяють зменшенню відчуття ізоляції та нормалізують сприйняття травматичного досвіду, що є надзвичайно важливим у роботі з ветеранами та їхніми родинами [2].

Медичний компонент охоплює: лікування наслідків поранень, контузій, черепно-мозкових травм; медикаментозну терапію психічних розладів; фізіотерапевтичні та реабілітаційні заходи; ерготерапію; санаторно-курортне лікування [1].

Урядова дорожня карта, розроблена Міністерством у справах ветеранів, підкреслює важливість безперервності реабілітації від госпітального етапу до соціальної адаптації [2].

Комплексна система реабілітації постраждалих включає: психосоціальну підтримку; залучення членів сім'ї; системну психологічну допомогу; КПТ, EMDR, експозиційні методи; арт-терапію, музикотерапію, терапевтичні вправи та заняття різними видами фізичної активності; нейропсихологічну корекцію; когнітивні тренінги.

Сімейна підтримка суттєво підвищує ефективність реабілітації, сприяє швидшому відновленню психоемоційного стану та профілактиці рецидивів ПТСР у постраждалих.

У реабілітаційній роботі обов'язково застосовується індивідуальний підхід до пацієнта, який враховує: вік, стать, соціальні умови; рівень і тривалість травматичного досвіду; наявність супутніх захворювань; індивідуальні coping-стратегії; роль родини; культурні особливості [1].

З 2003 року в Україні до Національної програми спрямованої на доступність психологічної допомоги на всіх рівнях громади за ініціативою Олени Зеленської активно впроваджується Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?». Мета цієї програми – навчити українців технікам самодопомоги, подолання стресу та розвитку культури піклування про психіку під час війни. Програма пропонує практичні інструменти, курси та методики для психологічної стійкості, що базуються на міжнародному досвіді [3].

Медико-психологічна реабілітація постраждалих від військових дій є багаторівневим та міждисциплінарним процесом, що вимагає поєднання медичних, психологічних та соціальних підходів. В умовах сучасних воєнних викликів розвиток національної системи реабілітації є ключовим фактором відновлення здоров'я, збереження працездатності та повернення громадян до повноцінного життя [2].

Отже, реабілітація в умовах війни є складним багатовекторним процесом, що потребує інтеграції медичних, психологічних та соціальних підходів. Впровадження доказових методів у поєднанні з ранньою діагностикою та комплексним медичним супроводом, дозволяє не лише мінімізувати ризики розвитку хронічних розладів (зокрема ПТСР), а й забезпечити успішну ресоціалізацію постраждалих. Створення такої цілісної системи є стратегічним завданням для збереження ментального та фізичного здоров'я нації.

Список використаних джерел

1. Міністерство охорони здоров'я України. Психічне здоров'я. Офіційний вебсайт МОЗ України. URL: https://moz.gov.ua/mental-health

2. Міністерство у справах ветеранів України. Реабілітація ветеранів. Офіційний вебсайт Мінветеранів. URL: https://mva.gov.ua/rehabilitation

3. Національна програма психічного здоров'я «Ти як?» Офіційний портал програми. URL: https://tyyak.gov.ua

ДЕЯКІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ МЕДСЕСТРИНСТВА НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Сиромолот Ганна Юріївна, студентка 1 курсу, ІІІ медичного факультету;
науковий керівник – Герасимчук Ніна Миколаївна, к.мед.н., доцент,
Харківський національний медичний університет

Створення належних умов для надання якісних, ефективних і доступних медичних послуг та забезпечення медичного обслуговування населення визначено пріоритетом Стратегії розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року.

Серед очікуваних результатів досягнення Стратегічної цілі N 1 окреслено досягнення забезпечення розширення ролі первинної ланки медичної допомоги, здійснення трансформації маршрутів пацієнтів та перегляд моделі надання медичної допомоги [1, с. 23] що на нашу думку не можливо реалізувати без посилення ролі медсестринства у процесах трансформацій та удосконалення надання первинної медичної допомоги.

Серед аспектів які мають суттєвий вплив на розвиток медсестринства на рівні первинної медичної допомоги слід визначити наступні, а саме:

- орієнтація на пацієнта,
- розвиток сімейної медицини,
- фінансування за принципом "гроші йдуть за пацієнтом",
- цифровізація,
- створення мультидисциплінарних команд,
- фокус на профілактиці та громадському здоров'ї,
- підвищення якості безперервного навчання.

Сучасні виклики розвитку медсестринства в Україні мають різні виміри обумовленими як глобальним характером та світовими тенденціями, так і особливостями проведення

реформування системи охорони здоров'я, яка розпочалася в Україні у 2018 році з трансформації первинної медичної допомоги [2, с. 96] і теперішній час визначається стратегічними напрями розвитку медсестринства розробленим Міністерством охорони здоров'я України спільно з міжнародними організаціями та представленим у 2024 році в рамках роботи IV-го осіннього медсестринського форуму, який відбувся у м. Львів [3].

Визначені причини, які стримують розвиток медсестринства, ґрунтуються на аналізі статистичних даних, ідентифікованих проблем, професійних та експертних думках, визначенні напрямів спільних зусиль науковців та практиків, запровадження інноваційного управління і забезпечення безперервного професійного розвитку.

Медсестринство є фокусом уваги у проведених наукових досліджень українських вчених [4, с.13], а саме: У. Безкоровайна, О. Грицко, П. Кузьмінський, Л. Кравчук, З. Надюк, Н. Полов'ян, А. Саблук, І. Соколова, В. Шатило, Я. Шегедин та інші.

В той же час, на нашу думку, залишаються проблемні питання, які потребують свого вирішення у науковому дослідницькому просторі, які визначені у новітніх документах стратегічного планування розвитку медсестринства в Україні.

Так, акцентуючи увагу на становлення медсестринської спільноти у процесі переходу до самоврядування в сфері охорони здоров'я в Україні, на нашу думку, актуальним є розгляд трирівневої партнерської моделі «лікар-медсестра-пацієнт», для підвищення якості надання медичних послуг первинному рівні.

Такий підхід буде сприяти розв'язанню управлінських проблем не вирішених у законодавчому полі, а саме щодо надання повноважень медсестрам з самостійного прийняття управлінських рішень щодо ведення пацієнтів, можливості проведення автономного консультування з веденням фінансової мотивації за результатами ефективної роботи медсестер тощо.

Стратегічне планування розвитку медсестринства в Україні [5, с. 23] передбачає розробку дорожньої карти з переліком конкретних заходів щодо реалізації визначених цілей та завдань. У той же час погоджуємося з наданими висновками щодо актуальності функціонування системи моніторингу медсестринства у сфері первинної медичної допомоги, яка досі є невирішеною проблемою, що унеможливлює розробку цілеспрямованих заходів та інтервенцій [6, с. 25] і актуалізує необхідність проведення досліджень сфери розвитку первинної медичної допомоги, як важливого джерела інформації з фіксацією прикладів з медичної практики по всій країні.

Одже, розвиток медсестринства в Україні ґрунтується на визначених Міністерством охорони здоров'я України стратегічних напрямках, метою реалізації яких є розбудова медсестринської спільноти, здатної адвокатувати власні інтереси та потреби в Україні. На рівні первинної медичної допомоги актуальним є створення трирівневої партнерської моделі «лікар-медсестра-пацієнт» для підвищення якості надання медичних послуг.

Перспективами проведення подальших досліджень є студіювання сфери розвитку медсестринства на рівні первинної медичної допомоги, як важливого джерела інформації, з фіксацією прикладів з медичної практики по всій країні та створення сучасної системи моніторингу медсестринства у сфері надання первинної медичної допомоги.

Список використаних джерел

1.Стратегія розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року: затверджена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 р. № 34-р. URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/3b12eed8-260c-46e5-baa7-b8418d7187ee/UKR-Strategy-2030-.pdf

2. Сиромолот Г.Ю. Деякі особливості фінансування закладів охорони здоров'я України в сучасних умовах.Г3 Гендер**.** Екологія**.** Здоров'я**.** До75 річчя видання книги «Друга стать» (1949) Сімони де Бовуар: матеріали VIII Міжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції (м. Харків, 24–25 жовтня 2025 р.) / ред. кол.: О.А. Наконечна, К.І. Карпенко, В.О. Абашнік. Харків: ХНМУ, 2025. С. 95-98

3. Затверджені стратегічні напрями розвитку медсестринства – їх презентували на професійному форумі. URL: https://moz.gov.ua/uk/zatverdzheni-strategichni-napryami-rozvitku-medsestrinstva-yih-prezentuvali-na-profesijnomu-forumi

4. Соколова І., Полов'ян Н. Регуляторні механізми розвитку сестринства: міжнародний контекст. Вісник Дніпровської академії безперервної освіти. Серія: Державне управління та адміністрування. 2023, 2 (2), С. 11-16. https://doi.org/10.54891/2786-698X-2023-2-2

5. Стратегічні напрями розвитку медсестринства в Україні Київ, 2024. URL: https://moz.gov.ua/uk/zatverdzheni-strategichni-napryami-rozvitku-medsestrinstva-yih-prezentuvali-na-profesijnomu-forumi

6. Розвиток медсестринства на рівні первинної медичної допомоги в Україні. URL: https://www.who.int/ukraine/uk/publications/WHO-EURO-2021-2834-42592-59237

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД – ОДИН З ПРЕДИКТОРІВ РОЗВИТКУ ЗВИЧНОГО НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК, ЩО ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ

Харун Ірина Леонідівна, аспірантка
кафедри репродуктивної та пренатальної медицини
Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Повномасштабні військові дії призвели до суттєвого зростання психотравматичного навантаження серед цивільного населення, зокрема серед жінок репродуктивного віку, що актуалізує проблему посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у контексті репродуктивного здоров'я. ПТСР переважно розглядається сучасною медициною не лише як психічний розлад, але й як системний стан, що спричиняє тривалі нейроендокринні та імунні наслідки, які здатні впливати на функціонування різних органів і систем, зокрема репродуктивної. В умовах війни зростає частка жінок із поєднанням психотравматичних розладів і репродуктивних втрат, що зумовлює необхідність комплексного міждисциплінарного аналізу взаємозв'язку ПТСР і звичного невиношування вагітності (ЗНВ).

ЗНВ залишається однією з найбільш складних проблем сучасного акушерства з огляду на мультифакторність етіології та значну кількість випадків, у яких не вдається ідентифікувати чітку органічну причину репродуктивних втрат. Поряд із генетичними, анатомічними, ендокринними та імунологічними чинниками все більшу увагу приділяють ролі хронічного психоемоційного стресу та психічних розладів, зокрема ПТСР, як предикторів ЗНВ. У сучасних англомовних дослідженнях показано, що ПТСР асоціюється зі стійкими змінами в регуляції імунної системи, які проявляються хронічним низькорівневим запаленням, дисбалансом цитокінового профілю та порушенням взаємодії між нейроендокринною та імунною системами [1, с.2; 2, с.3].

Імунні зміни при ПТСР мають особливе значення для ранніх етапів гестації, оскільки успішна імплантація та розвиток вагітності залежать від формування адекватної імунної толерантності на межі «мати-плід». За даними оглядів, у пацієнтів із ПТСР частіше виявляють підвищені рівні прозапальних цитокінів, зміни у функціонуванні Т-лімфоцитів та клітин вродженого імунітету, а також порушення глюкокортикоїдної регуляції імунної відповіді, що може створювати несприятливе середовище для імплантації ембріона [1, с. 5; 3, с. 9]. Таким чином, ПТСР може розглядатися як фактор, що підсилює або ініціює імунну дисрегуляцію у жінок зі схильністю до репродуктивних втрат.

Патогенетичний зв'язок між ПТСР і ЗНВ доцільно розглядати в межах багаторівневої моделі, що включає психоемоційні, нейроендокринні та імунні ланки. Хронічна активація стрес-реалізуючих систем при ПТСР супроводжується порушенням регуляції гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі та автономної нервової системи, що, у свою чергу, впливає на імунний гомеостаз. У контексті ЗНВ особливе значення має дисбаланс між прозапальними та регуляторними імунними механізмами, зокрема порушення співвідношення Th1/Th2 і

Th17/Treg. Зменшення кількості або функціональної активності регуляторних Т-клітин і переважання прозапальних сигналів розглядається як один із ключових механізмів невдач імплантації та ранніх репродуктивних втрат [4, с. 20].

Окрему роль у формуванні несприятливого імунного мікросередовища відіграють NK-клітини, які за фізіологічних умов забезпечують ремоделювання спіральних артерій, інвазію трофобласта та адекватну плацентацію. Порушення їх регуляції або зсув у бік цитотоксичної активності може асоціюватися з підвищеним ризиком втрати вагітності, що підтверджується сучасними систематичними оглядами [5, с. 945]. Хронічний психоемоційний стрес при ПТСР, ймовірно, модифікує активність клітин вродженого імунітету та локальний цитокіновий профіль ендометрія, впливаючи на формування матково-плацентарного середовища.

Таким чином, ПТСР може виступати не лише психосоціальним чинником ризику, а й біологічно значущим модифікатором імунних та ендокринних процесів, що беруть участь у підтримці ранньої вагітності. Це обґрунтовує необхідність комплексного підходу до обстеження жінок із ЗНВ, який включає оцінку психоемоційного стану, імунологічних показників, гормонального профілю та загалом стану організму, а також міждисциплінарну взаємодію акушера-гінеколога, психолога та психіатра.

У межах представленого дослідження було обстежено 150 жінок репродуктивного віку із попередньо діагностованим звичним невиношуванням вагітності, з урахуванням чітко визначених критеріїв включення, невключення та виключення. Діагностика ЗНВ здійснювалася відповідно до чинного клінічного протоколу. Формування груп дозволило порівняти жінок із ЗНВ на тлі ПТСР, пацієнток із ЗНВ без ПТСР та жінок із ПТСР і успішною вагітністю в анамнезі. Комплексне клінічне, лабораторне, імунологічне та психометричне обстеження, а також верифікація діагнозу ПТСР, що відбувалася згідно з уніфікованим клінічним протоколом, створили підґрунтя для аналізу взаємозв’язку між психотравматичним чинником і репродуктивними втратами.

Медико-психологічні та етико-деонтологічні аспекти ведення жінок із ПТСР та ЗНВ в умовах війни мають принципове значення для надання якісної медичної допомоги. Репродуктивні втрати часто супроводжуються інтенсивними переживаннями горя, провини та безпорадності, які у пацієнток із ПТСР можуть посилюватися симптомами гіперзбудження, уникання та повторного переживання травми. Це зумовлює необхідність травма-інформованого підходу до комунікації, дотримання принципів автономії, конфіденційності та недопущення ретравматизації під час медичних втручань і дослідницьких процедур. Інформована згода в такому контексті має розглядатися як процес усвідомленого діалогу, що гарантує право пацієнтки на відмову від участі без будь-яких негативних наслідків для подальшої медичної допомоги.

Етично обґрунтованим є також забезпечення міждисциплінарної безперервності допомоги та доступу до медико-психологічної реабілітації, що відповідає сучасним рекомендаціям щодо ведення жінок із репродуктивними втратами та психоемоційними розладами. Такий підхід сприяє не лише зниженню ризику повторних втрат, а й відновленню довіри пацієнтки до медичної системи, що є критично важливим.

Отже, ПТСР у жінок, що постраждали від військових дій, може розглядатися як предиктор розвитку звичного невиношування вагітності, який реалізується через складні нейроендокринні та імунні механізми. Отримані дані підкреслюють доцільність інтеграції психоемоційної оцінки та медико-психологічної реабілітації в алгоритми ведення жінок зі ЗНВ та формують підґрунтя для подальших міждисциплінарних досліджень у цій сфері.

Список використаних джерел

1. Katrinli, S., Oliveira, N. C. S., Felger, J. C., Michopoulos, V., & Smith, A. K. (2022). The role of the immune system in posttraumatic stress disorder. *Translational psychiatry*, *12*(1), 313. https://doi.org/10.1038/s41398-022-02094-7

2. Sun, Y., Qu, Y., & Zhu, J. (2021). The Relationship Between Inflammation and Post-traumatic Stress Disorder. *Frontiers in psychiatry*, *12*, 707543. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.707543

3. Lauten, T. H., Natour, T., & Case, A. J. (2024). Innate and adaptive immune system consequences of post-traumatic stress disorder. *Autonomic neuroscience: basic & clinical*, *252*, 103159. https://doi.org/10.1016/j.autneu.2024.103159

4. Tang, C., & Hu, W. (2023). The role of Th17 and Treg cells in normal pregnancy and unexplained recurrent spontaneous abortion (URSA): New insights into immune mechanisms. *Placenta*, *142*, 18–26. https://doi.org/10.1016/j.placenta.2023.08.065

5. Béquet, Y. L. B. N., Lashley, E. E. L. O., Goddijn, M., & van der Hoorn, M. P. (2023). The role of uterine natural killer cells in recurrent pregnancy loss and possible treatment options. *Fertility and sterility*, *120*(5), 945–947. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.08.949

PERINATAL MENTAL HEALTH OF UKRAINIAN WOMEN AFFECTED BY WAR

Larysa Shelestova, Doctor of Medical Sciences, Professor,
Department of Obstetrics and Gynecology,
Donetsk National Medical University

The full-scale invasion of Ukraine and active hostilities in February 2022, along with the imposition of martial law in the country, led to massive displacement of citizens in search of safety and protection, resulting in a significant increase in the number of internally displaced persons (IDPs) [5]. Due to active hostilities in Ukraine, refugee pregnant women to the European Union countries have been added to the existing contingent of IDPs, and therefore the issue of their adaptation is becoming particularly urgent [20]. In today's reality, the war in Ukraine is considered an additional stress factor for pregnant women [3,4,8]. The prolonged war in Ukraine has had a profound impact on various aspects of public life, particularly on the mental health of pregnant women. The perinatal period, encompassing pregnancy and the early postpartum period, is known to be a time of increased vulnerability to mental health problems such as depression and anxiety [16].

War-related stressors, such as air raid sirens and explosions, have significantly increased anxiety among Ukrainians and negatively impacted their mental health [19].

It has been proven that refugee or IDP status is associated with a significantly increased risk of psycho-emotional problems in women during pregnancy and in the postpartum period [7,8,11,15].

Analysis of literary sources [2,6,8,12,13,15] shows that due to experienced trauma, loss of loved ones, forced displacement, and constant fear for their own lives and the lives of relatives, pregnant women have a high risk of depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder (PTSD).

Research has shown that women fleeing the war in Ukraine experience significant changes in their situation, including the loss of their former way of life, daily contact with friends and family, financial losses, changes in perinatal health care due to limited access to health care, and difficulties in finding a health care provider (doctor or midwife) to meet all their health needs. All of this is a significant risk factor for the development of several mental illnesses in the perinatal period [18,21]. According to data [10], the consequences of war and migration can be particularly devastating for mothers and babies. The trauma of war and associated forced displacement can have long-term negative consequences for the mental health of pregnant women, leading to an increased risk of depression and PTSD. A systematic review and meta-analysis showed that the prevalence of current PTSD among migrants exposed to armed conflict is 31%, the current major depressive disorder is 25%, and the prevalence of generalized anxiety disorder is 14% [14].

The absence of relatives or friends, as well as family support, is considered a common situation for women who find themselves far from home, and is an important risk factor for the development of perinatal mental health problems [20]. In this regard, the critical need for support from immediate family members and the creation of a supportive environment for women's emotional well-being during this vulnerable period is emphasized [8,11,17]. Analysis of literary sources shows

that the financial and socio-economic situation of pregnant and young mothers during migration affects mental health, as unstable access to basic resources caused by wartime economic problems significantly affects the well-being of future mothers [9]. According to the results of a systematic review and meta-analysis **[20],** refugee women are twice as likely to experience symptoms of postpartum depression than non-refugee women. Factors that increase the likelihood of postpartum depression include language barriers, social isolation, financial difficulties, and discrimination.

Many studies have shown that anxiety, depression, and PTSD increase the risk of adverse birth outcomes. Premature birth, miscarriage, bleeding, preeclampsia, higher frequency of caesarean section, low birth weight, low Apgar score, fetal growth restriction, stillbirth—these are the most frequently mentioned evaluated outcomes [1, 5,12,13,17].

Scientists in the field of perinatal mental health emphasize the need for further scientific research into the impact of war on the mental health of mothers and their children [3,7,21]. In the context of the war in Ukraine, it is essential to increase research to create a scientifically sound basis for the prevention and treatment of the psychological consequences of war for pregnant women directly affected by the fighting, as well as for those forced to obtain refugee status during this vulnerable period.

References

1. Arvanitidou O, Kosmas I, Michalopoulos CK, Doumanidou M, Ierodiakonou-Benou I, Athanasiadis A, Daniilidis A. The Impact of Stress and Depression on the Outcome of Human Gestation. Cureus. 2023;15(11):e48700. doi: 10.7759/cureus.48700.

2. Awuah WA, Adebusoye FT, Tan JK, Ferreira T, Abdul-Rahman T. The silent war: PTSD in Ukraine: insights from other war-affected nations for treating intergenerational PTSD. Int J Surg. 2023;109(11):3698-3699. doi: 10.1097/JS9.0000000000000597

3. Barszcz E, Plewka M, Gajewska A, Margulska A, Gawlik-Kotelnicka O. Perinatal Depression, Labor Anxiety and Mental Well-Being of Polish Women During the Perinatal Period in a War and Economic Crisis. Psychiatry. 2025;88(2):126-141. doi: 10.1080/00332747.2024.2447219

4. Błaszczyk Z, Wyrzychowski A, Plewka M, Nowakowska-Domagała K, Strzelecki D, Gawlik-Kotelnicka O. Resilience of pregnant Polish women during the war between Ukraine and Russia. Sci Rep. 2025;15(1):16228. doi: 10.1038/s41598-025-01108-w

5. Zhabchenko IA, Korniets NG, Kovalenko TM, Tertychna-Telyuk SV, Lishchenko IS, Bondarenko OM. War, stress, pregnancy: how to reconcile problematic issues? Reproductive Health of Woman. 2023;1:21-28. https://repro-health.com.ua/article/view/276245

6. Znamenska T, Zbrozhyk E, Vorobiova O, Nikulina L, Golota T. Influence of psycho-emotional stress in pregnant women and childbirth on the condition of the newborn during military aggression. Neonatology, Surgery and Perinatal Medicine. 2023;13(4(50):5-11. doi:10.24061/2413-4260.XIII.4.50.2023.1

7. Korchynska OO, Sozanska MA, Andrashchikova S, Zhultakova S, Shlosserova A. The course of early pregnancy under the influence of stress in women – internally displaced persons. Problems of Clinical Pediatrics. 2022;4(58):26-31. doi: 10.24144/1998-6475.2022.58.26-31

8. Kostiuk O, Shunko Y, Jusiene R, Breidokiene R, Drejeriene V, Lesinkiene S, Valiulis A. Postpartum depression in Ukrainian refugee women who gave birth abroad after beginning of large-scale war. Cent Eur J Public Health. 2024;32(4):236-242. doi: 10.21101/cejph. a8003.

9. Krupelnytska L, Vavilova A, Yatsenko N, Chrzan-Dętkoś M, Morozova-Larina O, Uka A, Rodríguez-Muñoz MF. War in Ukraine vs. Motherhood: Mental health self-perceptions of relocated pregnant women and new mothers. BMC Pregnancy Childbirth. 2025;25(1):253. doi: 10.1186/s12884-025-07346-0.

10. Lloyd A. T., Sirkeci I. (2022). A long-term view of refugee flows from Ukraine: war, insecurities, and migration. Migr. Lett. 19, 523–535. doi: 10.33182/ml.v19i4.2313

11. Lukasse M, Akhmedova F, Oommen H. Ukrainian refugee women's experience with maternity care in Norway: A qualitative study. Eur J Midwifery. 2025;9. doi: 10.18332/ejm/200613.

12. Malachynska MYo. Women's reproductive health and fertility during the war and post-war period. Reproductive Health of Woman. 2025;1:28-32. https://doi.org/10.30841/2708-8731.1.2025.323706

13. Matokhniuk LO, Overchuk VA. The effect of war on the psychological state of pregnant women. Bulletin of Vasyl' Stus Donetsk National University. Series «Psychological sciences». 2024;1(4):68-73. doi:10.31558/2786-8745.2024.1(4).7

14. Mesa-Vieira C., Haas A. D., Buitrago-Garcia D., Roa-Diaz Z. M., Minder B., Gamba M., et al. (2022). Mental health of migrants with pre-migration exposure to armed conflict: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health 7, e469–e481. doi: 10.1016/S2468-2667(22)00061-5

15. Miliutina KL, Makaruk KM. Psychological well-being of pregnant women during the war. Journal of modern psychology. 2022;3(26):92-100. doi:10.26661/2310-4368/2022-3-12

16. Natsiou, K., Karaoulanis, S. E., Dafopoulos, K., Garas, A., & Bonotis, K. (2023). The Effect of Socioeconomic Factors on Maternal Perinatal Depressive Symptoms and the Contribution of Group Prenatal Support as a Preventive Measure. Women's Health Reports, 4(1),31–38. https://doi.org/10.1089/whr.2022.0042

17. Pelekh I. War and emotional experiences of pregnant women: the aspect of gender. Visnyk of the Lviv University. Series Psychological sciences. 2023;18:76-82. doi:10.30970/PS.2023.18.10.

18. Rodríguez-Muñoz MF, Chrzan-Dętkoś M. Refugee women and perinatal mental health: the experience of war. Arch Women's Ment Health. 2025; 28:197–199. doi: 10.1007/s00737-025-01576-z

19. Stieger S, Lewetz D, Paschenko S, Kurapov A. Examining terror management theory in Ukraine: impact of air-raid alarms and explosions on mental health, somatic symptoms, and well-being. Front Psychiatry. 2023;14:Article 124433.

20. UNHCR. (2022). *Operational data portal Ukraine refugee situation* https://data2.unhcr.org/en/situations/ukraine

21. Chrzan-Dętkoś M, Rodríguez-Muñoz MF, Krupelnytska L, Morozova-Larina O, Vavilova A, López H G, Murawaska N, Radoš SN. Good Practices in Perinatal Mental Health for Women during Wars and Migrations: A Narrative Synthesis from the COST Action Riseup-PPD in the Context of the War in Ukraine. Clínica y Salud. 2022;33(3):127-135. doi:10.5093/clysa2022a14].

СИЛЬНІ ТА СЛАБКІ СТОРОНИ ВОЮЮЧИХ СТОРІН У «МИСТЕЦТВІ ВІЙНИ» СУНЬ-ЦЗИ: КЛАСИЧНА СТРАТЕГІЯ В УМОВАХ ГІБРИДНОЇ ВІЙНИ XXI СТОЛІТТЯ

Шпакович Андрій Олександрович,
студент факультету історії, права та публічного управління спеціальності С 2 Політологія;
Науковий керівник: Ковтун Наталія Михайлівна,
доктор філософських наук, професор,
Житомирський державний університет імені Івана Франка

Трактат Сунь-Цзи «Мистецтво війни», створений у глибоку давнину, залишається одним із найбільш важливих текстів про природу конфліктів, влади та людської поведінки в умовах екзистенційної загрози. Його актуальність не зменшується з часом, адже йдеться не про конкретні способи ведення бою, а про універсальні закономірності взаємодії сили та слабкості. Особливе місце в цьому контексті посідає розділ 6 трактату «Сильні та слабкі сторони», в якому війна постає як динамічний процес управління простором, часом, інформацією та моральним станом сторін. Саме через цю оптику можливо осмислити сучасну війну Росії проти України не лише як військове зіткнення, а й як стратегічну та цивілізаційну подію.

У трактаті Сунь-Цзи наголошує, що вирішальною перевагою у війні є не кількість воїнів і не потужність озброєння, а контроль над ситуацією, здатність до неї пристосовуватися та перетворювати власні слабкі сторони – у сильні. Той, хто першим займає поле бою і змушує ворога рухатися за власним задумом, здобуває стратегічний спокій, тоді як противник, що наздоганяє, приречений на втому і помилки. «Коли ж ми не бажаємо бити ся, недруг не зможе розпочати атаки проти нас, навіть якщо боронимо не більше, ніж намальовану лінію, ми змусимо змінити напрям його нападу» [1, с. 30]. У цьому твердженні закладена фундаментальна ідея: справжня сила воєначальника полягає у здатності керувати ритмом війни, нав'язувати противнику свої умови та позбавляти його свободи вибору. Саме тому, знавець битви, за Сунь-Цзи, не дозволяє ворогові контролювати свої дії, водночас примушуючи супротивника діяти реактивно, і як наслідок – собі на шкоду.

Ця логіка безпосередньо пов'язана з принципом асиметрії. Сунь-Цзи наполягає: коли ворог перебуває у спокої, його слід виснажувати; коли він ситий – морити голодом; коли врівноважений – змушувати до руху. Інакше кажучи, стратегія будується на використанні слабкостей, що виникають через різні аспекти: брак ресурсів, психологічні та організаційні слабкості. «Якщо супротивник укріплюється на фронті, його тил слабшає; зміцнюючи свій тил, він знесилює фронт; якщо ворог створює кулак на лівому фланзі, то правий – занепадає, коли ж праве крило міцнішає – ліве втрачає на моці» [1, с. 31]. Нападати слід там, де ворог змушений рятуватися, а рухатися – туди, де тебе найменше очікують. У цих положеннях Сунь-Цзи війна постає як мистецтво непередбачуваності, у якому відкритість і прямолінійність є небезпечними, особливо у протистоянні з чисельно більшим противником, що ми і спостерігаємо у найжахливішій війні з часів другої світової.

Застосування цих ідей до сучасної війни Росії проти України дозволяє побачити глибинну різницю між демонстративною та справжньою силою. Росія увійшла у війну з позицій показової могутності, покладаючись на чисельну армію, техніку та залякування. Однак така стратегія суперечить настановам Сунь-Цзи, адже надмірна демонстрація сили змушує ворога консолідуватися і шукати асиметричну відповідь, дії. Негнучка вертикаль управління, централізоване ухвалення рішень, особисті амбіція верховного головнокомандувача і зневага до людського життя зробили російську армію передбачуваною, а отже – уразливою. «Намагаючись захиститися всюди, недруг по всіх усюдах і охляне» [1, с. 31]. Отже, ворог, який змушений захищати одночасно багато напрямків, неминуче розпорошує свої сили та матеріальні ресурси, і відповідно слабшає там, де по ньому завдають удару.

На початку активної фази російсько-української війни Україна опинилася у ситуації формальної слабкості, але змогла використати її як джерело стратегічної переваги. Сунь-Цзи зауважує, що той, хто не має чисельної переваги, змушений готуватися ретельніше, тоді як кількісна сила притуплює пильність противника. Китайський стратег абсолютно слушно зауважує, що «навіть якщо в армії країни Юе дуже багато вояків, то це аж ніяк не обов'язково означає, що перемога забезпечена» [1, с. 31]. Українська стратегія знаною мірою відповідала цій логіці: гнучкість, мобільність, здатність діяти там, де ворог не очікує – в тилу, і концентрувати зусилля у вирішальних точках дозволили компенсувати брак ресурсів. Особливу роль відіграла здатність приховувати власні наміри і змушувати противника розкривати свої позиції, що, за Сунь-Цзи, є передумовою роздрібнення ворожих сил і здобуття переваги.

Ключовим елементом стратегії, за Сунь-Цзи, є відсутність фіксованої позиції. Найвищий рівень мистецтва війни полягає у тому, щоб бути невловимим, не залишати слідів і не дозволяти ворогові зрозуміти, де і як буде завдано удару. Така стратегія унеможливлює ефективну оборону противника і руйнує його здатність до прогнозування. Український досвід війни яскраво демонструє цю тезу: постійна адаптація до змінних обставин, відмова від шаблонних рішень і використання слабких місць ворога стали визначальними чинниками української стійкості.

Сунь-Цзи порівнює військо з водою, яка уникає висот і тече туди, де найменший опір. «Звитяжні війська ухиляються від сили й нападають на слабкість» [1, с. 32]. Ця метафора особливо промовиста в умовах сучасної російсько-української війни, де жорстка фіксація на територіях, символах, анонсах чи деклараціях часто обертається стратегічними втратами на полі бою. Перемога, здобута шляхом пристосування до обставин та особливостей, специфіки супротивника, ніколи не є повторюваною, адже кожна ситуація унікальна. «Тому виграшних стратегій ніколи не повторюють, їх пристосовують відповідно до нескінченно змінних ситуацій» [1, с. 32]. Саме тому переможні стратегії не копіюють, а щоразу створюють наново, або досить ретельно та виважено інтерпретують і пристосовують до якісно нових умов.

У ширшому філософському вимірі розділ «Сильні та слабкі сторони» дозволяє стверджувати, що сила у XXI столітті дедалі більше набуває етичного та смислового характеру. Я глибоко переконаний, що держава, яка не здатна легітимізувати свої дії у власних очах і в очах світу, поступово втрачає стратегічну суб'єктність і перетворюється в маріонентку в руках сучасних неоімперій. Неспровокована російсько-українська війна, яка незважаючи на вже сотні тисяч загиблих, зруйновані міста та інші населені пункти, досі має ознаки гібридної неконвенційної війни. У цій війні формальна перевага не гарантує перемоги, якщо вона не підкріплена гнучкою стратегією, моральною мотивацією та здатністю громадян протистояти агресії та геноцидним практикам ворога. Таким чином, ідеї китайського стратега Сунь-Цзи залишаються актуальними через тисячі років та постають не як історична екзотика, а як живий інтелектуальній інструмент аналізу сучасних воєн, в яких слабкість може стати джерелом сили, а сила – причиною поразки.

Список використаних джерел

1. Сунь-Цзи. Мистецтво війни. Львів: Видавництво Старого Лева, 2016. 112 с.

ПРОТИСТОЯННЯ ФІЛОСОФІЙ ЛЮБОВІ Й СТРАХУ: ПЕРЕОЦІНКА ІДЕНТИЧНОСТІ ЛЮДИНИ ВОЄННОГО ЧАСУ

Янішевський Олександр Леонідович, аспірант,
Житомирський державний університет імені Івана Франка

Людина в умовах військового часу переживає особливу онтологічно-екзистенційну кризу через стик звичної реальності прогнозованого порядку (космічний соціовимір) супроти реальності відсутності контролю та суспільної дезінтеграції (хаосний соціовимір). Людиною втрачається досі наявна — майже фонова — соціальна безпека як благо мирного часу, що в свою чергу дестабілізує її відносно стійкий (дотепер) психічний гомеостаз через посилення особливого метафізично-психічного антропологічного феномену — страху.

Понятійно, страх по-різному розглядається у біологічному, психологічному та філософському дискурсах: як "біологічна функція" для виживання; як психічна емоція-реагування на загрозу соціальному чи біологічному буттю; в якості особливого "екзистенціалу буття" людини, інтегральної частину її самоідентифікації й трансцендентності [3], [1]. Синтетичним висновком є розуміння забезпечення власного самозбереження як функції страху — тобто збереження усіх аксіологічно-фізичних ідентичностей та характеристик, що робить кожну людину особистістю, якою вона себе відчуває.

Самоідентифікація людини як соціальної істоти було б неможливим без її взаємодії з іншими, а отже і без існування *власних душевних (психічних) якостей* такої взаємодії, деякі із яких є інтегральною частиною її афективно-екзистенційних переживань та поведінок від народження (ранні якості людини), а інші — від пізнання та прийняття у більш зрілому віці через відповідний соціокультурний та правовий простір. Як і логічне осмислення важливості гармонійної взаємодії з Іншим, так і афективне сприйняття, в тій чи іншій мірі є проявами *любові* до Іншого.

Понятійне розкриття любові, як і страху, існує в біологічному (самовідтворення), психологічному ("високий ступінь емоційно-позитивного ставлення" до Іншого як "центр

своїх стійких життєвих потреб та інтересів") та філософському (активна альтруїстична діяльність людини, спрямована на себе та Іншого задля спільного духовного зростання) вимірах [2], [5]. Соціальна безпека та співрозвиток є прямими наслідками і результатами імплементації цінностей любові у соціокультурний простір людини. *Турбота*, *відповідальність*, *знання* та *повага* є визначними компонентами любові, що існують і підтримуються людиною не лише задля збереження людства як онтологічної одиниці і самих себе як індивідуумів, але й для гармонійного проживання один з одним, де кожен може бути унікальним та має право на саморозвиток *задля власного блага* та *блага всього людства* [5]. Людина, що існує сама для себе й без *дружньої* взаємодії з іншими є не лише більш психічно та фізично стражденною, але й спроможна на менше загалом, як у забезпеченні виживання, так і комфортного проживання.

Війна як мортальний деструктивний феномен людського співіснування насильницьки змушує переглянути та виявити більш істинну ідентичність особистості у її аксіологічному та суспільному вимірах: лиш у своєму сприйнятті та ставленні до смерті "людина здатна правильно організувати власне життя" [4]. Перебуваючи у безпековій кризі, людська психіка жорстко піддається екзистенційно-ціннісному психологічному бомбардуванню питаннями "що я маю зберегти?" та "що я маю зробити?" Біологічно-інстинктивна природа особистості (страх для забезпечення самозбереження) вступає в боротьбу з аксіологічно-гуманістичними принципами та переживаннями (любов'ю), в результаті чого людина позбавляється менш пріоритетних цінностей та ідентичностей на користь проявленням основним цінностям, самої есенції власної сутності.

Таким чином, бачимо різні поведінкову реакцію та реагування людей на безпеково-мортальну загрозу на прикладі російсько-української війни. У своїй більшості, українці, котрі добровільно мобілізувалися до Збройних Сил України на захист держави, обрали любов до людей, до гуманістичних цінностей любові задля власного блага, блага близьких та усіх громадян. В таких випадках етично-екзистенційного протистоянні любові й страху людина обирає любов як власну чесноту, жертвуючи своїм життям або вищими шансами власного порятунку. Для таких особистостей їх самозбереження еквівалентне не стільки збереженням власного життя, скільки збереженням любові та миру через поборення поширення деструктиву та насильництва.

У інших випадках, людина обирає захист держави лише у випадку безпосереднього її призову або соціального тиску, пріоритезуючи власне буття та буття близького оточення як вищі цінності для себе. Тим не менше, погоджуючись за державним обов'язком, людина ставить правову справедливість, гуманність та рівність перед законом вище свого власного життя, що, в свою чергу, як мінімум свідчить про цінності такого українця у його/її прагнення до соціальної гармонійності. Повага до закону, а отже, до людей, є рушієм визначеності та прийняття військового обов'язку для такої людини.

Звісно, серед військових є і такі, котрі стали на захист через потребу укорінення (соціальної приналежності), покращення соціально-матеріального статусу, недооцінки загрози, страху перед осудом чи покаранням, тощо. В залежності від кожного випадку, що є дуже різноманітними та унікальними, світоглядні позиції любові супроти страху вступають у різній мірі, і результують у різних психофізичних діях: в продовженні військової служби з розумінням необхідності й прийняттям реальності, неприйняття ситуації й виникнення психічних неврозів, самовільне залишення частини тощо. Досить частими є випадки, коли людина уникає військової служби через особливе гостре сприйняття загрози небезпеки перебування у безпосередніх чи дотичних до військових дій середовищі. Втеча від військових дій для збільшення шансів власного виживання є для такої особистості цінністю вищого порядку, де власне життя, особистісне благо ставиться вище за соціальне. Інші верстви суспільства, вільні від військової служби, часто перебувають у постійній психологічній кризі — тривозі (як формі страху) за себе, близьких, — як за виживання так і *проживання* з відповідним реагуванням: переселенням до іншої країни в цілях пошуку тимчасового або постійного проживання-притулку; залишенням в країні побоючись переїжджати в іншу, або,

навпаки, занадто люблячи соціокультурне середовище та саме життя на батьківщині. У соціальному дискурсі громадян України відповідні дії, з урахуванням контекстів, розуміються як морально-чеснотні (наближені до патріотизму), так і морально-порочні (наближені до відчуження).

Людина військового часу перебуває у загостреному психологічному стані трансформації або підтвердження власної глибинної ідентичності: цінності, принципи та афективні переживання любові до себе та до людства вступають у боротьбу з страхом різного ступеню та порядку. Страх слугує не лише як функція та інстинкт біологічно-психічного самозбереження, але й виступає особливим модусом буття людини для пізнання себе і власної природи. Вольові рішення людини по відношенню до проявленого страху вимірює ступінь її любові до себе та до людства. В межах граничних аксіологічних полюсів любові й *загостреному у військовому стані страху,* особистість проявляє як особливі *чесноти любові* (сміливість, доброта, альтруїзм, співчуття, трансцендентну самопожертву, тощо), або *вади страху* (егоїзм, негідність, ненависть, тощо). Власний вибір, проявлений через слово та дію в умовах небезпеки, а також стабільність переконань та поведінкових патернів формує більш істинне ядро людської самоідентичності у аксіологічно-духовному протистоянні філософій любові і страху. На особистість, що проживає в умовах війни, здійснюється особливий тиск, де в більш короткі строки вона змушена очищати та переосмислювати есенційну самоідентичність через обрання шляху духовної любові й антропологічної трансцеденції (за соціальним та/або особистісним сприйняттям) або любові-страху за життя через біологічного виживання.

Список використаних джерел:

1. Александров, Ю. В. Поняття страху у психології. Психологічні та педагогічні проблеми професійної освіти та патріотичного виховання персоналу системи МВС України: тези доп. наук.-практ. конф. (м. Харків, 2 квіт. 2021 р.) Харків: ХНУВС, 2021. С. 134-136. URL: http://dspace.univd.edu.ua/xmlui/handle/123456789/10382

2. Вагабова А. О. Психологічні особливості переживання любові особистістю. Актуальні проблеми науки та освіти: зб. матеріалів XXI підсумкової наук.-практ. конф. викладачів МДУ, м. Маріуполь, 1 лют. 2019 р. / за заг. ред. К. В. Балабанова. Маріуполь: МДУ, 2019. С. 182-183. URL: http://repository.mdu.in.ua/jspui/handle/123456789/1699

3. Горохова Л. В. Страх як екзистенціал буття сучасної людини. *Вісник Житомирського державного університету імені Івана Франка*. 2010. № 53. С. 33–36. URL: https://eprints.zu.edu.ua/id/eprint/4568

4. Т. С. Кириленко, К. В. Мирончак. Особливості переживання страху смерті в різних життєвих ситуаціях: когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*.Вип. 14, 2012. С. 135-145. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apspp_2012_14_20

5. Фромм Е. Мистецтво любові; пер. з англ. В.Кучменко. Харків: Книжковий Клуб "Клуб Сімейного Дозвілля", 2017. 192 с

СЕКЦІЯ 9. МАЙБУТНЄ МЕДИЦИНИ: СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКЕ ПРОГНОЗУВАННЯ

ЕКСПОСОМІКА: НОВА ОНКОЛОГІЧНА ПАРАДИГМА В ЕПОХУ АНТРОПОЦЕНА

Ковальов Олексій Олексійович
доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри онкології та онкохірургії
Запорізького державного медико-фармацевтичного університету

Анотація. У тезах розглядається експосоміка як нова міждисциплінарна онкологічна парадигма, що доповнює класичні генетичні уявлення про канцерогенез. Показано, що сукупний довічний вплив хімічних, фізичних, біологічних, соціальних і психоемоційних факторів формує багаторівневий канцерогенний тиск, особливо виражений в епоху антропоцену та в умовах війни. Обґрунтовується значення експосомного підходу для філософії профілактики, медицини 5P та сучасної біоетики.

Ключові слова: експосоміка; онкологія; антропоцен; профілактика; філософія медицини; війна.

EXPOSOMICS: A NEW ONCOLOGICAL PARADIGM IN THE ANTHROPOCENE ERA

Olexiy Kovalyov, MD, PhD, DSc, Professor,
Head of the Department of Oncology and Oncosurgery,
Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Zaporizhzhia, Ukraine

Abstract. These theses discuss exposomics as a new interdisciplinary oncological paradigm complementing classical genetic models of carcinogenesis. The exposome concept captures the cumulative lifelong impact of chemical, physical, biological, social, and psychosocial factors on cancer risk. Particular attention is given to the Anthropocene and wartime conditions, where environmental degradation and chronic stress intensify carcinogenic pressure. The exposomic approach is positioned as a conceptual foundation for preventive medicine, 5P medicine, and contemporary medical ethics.

Keywords: exposomics; oncology; Anthropocene; prevention; philosophy of medicine; war.

Вступ

Онкологія XXI століття дедалі більше стикається з обмеженнями класичної біомедичної парадигми, зосередженої переважно на генетичних механізмах канцерогенезу. Попри безперечні досягнення молекулярної біології, секвенування геному та персоналізованої терапії, більшість злоякісних новоутворень не може бути пояснена виключно мутаціями соматичного гену.

Сьогодні науковий світ погодився з тим фактом, що життя та хвороба надто складні, щоб їх можна було пояснити виключно на молекулярному та клітинному рівні. Ми є значно більшими і складнішими, ніж наші гени.

Встановлення остаточного причинно-наслідкового зв'язку між впливом навколишнього середовища та захворюванням людини є одним із найскладніших завдань сучасної медицини.

Нова наука експосоміка [1 - 3] вивчає сукупний вплив зовнішніх і внутрішніх онкогенних факторів ризику протягом усього життя людини, де рак розуміється як продукт довічних, багаторівневих, екологічних, соціальних та біологічних впливів.

Експосом як концепція та методологія

Експосом не замінює, проте доповнює геном. Але на відміну від геному, він є динамічним, мінливим і тісно пов’язаним із середовищем проживання, способом життя та соціально-економічними умовами. Експосом описує повний спектр немолекулярних впливів, що діють на організм від моменту зачаття до смерті. До них відносять хімічні, фізичні, біологічні, соціальні, психоемоційні та поведінкові фактори.

Експосоміка як науковий напрям поєднує новітні науки «оміки», молекулярну епідеміологію, токсикологію, екологічну і соціальну медицину, біоетику та філософію профілактики.

Таким чином, експосоміка виступає міждисциплінарною платформою, що розширює межі класичної онкології.

Труднощі вивчення експосому

Експосома є великою, складною та непередбачуваною за своєю природою. Її дослідження супроводжується суттєвими методологічними труднощами, оскільки важко охопити весь спектр впливу оточуючого середовища з урахуванням індивідуальних реакцій протягом всього життя людини.

Тривалі латентні періоди неінфекційних захворювань (в тому числі раку) знижують ефективність традиційних епідеміологічних підходів для розробки програм ранньої профілактики.

Сучасні моделі, розроблені для визначення причинно-наслідкових зв'язків між впливом та результатами, мають обмежену здатність і тому вимагають нових інтегративних обчислювальних аналітичних підходів.

Антропоцен як онкологічний виклик

Епоха антропоцену, яка почалася в другій половині минулого століття, характеризується безпрецедентним впливом антропогенної діяльності на біосферу планети. Індустріалізація, хімізація, урбанізація, кліматичні зміни, війни та екологічні катастрофи вже порушили 6 з 9 планетарних кордонів, в рамках яких людство може існувати відносно безпечно [4]. Усі ці процеси формують новий тип канцерогенного тиску, який не може бути адекватно оцінений традиційними класичними методами екологічного і біологічного моніторингу.

Війна в Україні є крайнім, але показовим прикладом антропоценних впливів на людину. Вона характеризується зміною клімату і всіма ознаками екоциду - забрудненням повітря, ґрунтів, води, руйнуванням систем охорони здоров'я, порушенням доступу до медичної допомоги, що призводить до хронічного психосоціального стресу.

У цих умовах експосоміка набуває не лише наукового, а й соціально-етичного значення.

Експосоміка і філософія профілактики хронічних захворювань

На відміну від традиційної онкології, орієнтованої на лікування вже сформованої пухлини, експосоміка зміщує акцент у бік ранньої профілактики, прогнозування та запобігання ризикам. Це відповідає сучасній концепції «Медицини 5P» (predictive, preventive, personalized, participatory, population-based).

З філософської точки зору експосоміка розширює поняття відповідальності лікаря, переводить онкологію з площини індивідуального лікування у площину суспільного вибору, актуалізує етичні дилеми антропоцену, ставить питання екологічної та соціальної справедливості.

Етичні та деонтологічні аспекти

Запровадження експосомного підходу змінює роль лікаря в суспільстві: він стає не лише клініцистом, а й центральною фігурою між наукою, громадськістю і політикою. Ще Рудолф Вірхов вважав, що «Лікарі є природними захисниками проблем бідних і знедолених верств населення».

В епоху антропоценних викликів виникає необхідність чесного інформування громади і владних державних структур про немодифіковані ризики хронічних неінфекційних хвороб цивілізації, участі медичної спільноти в екологічних та соціальних дискусіях.

Експосоміка вимагає нової медичної етики, заснованої на принципах солідарності, превенції, захисту вразливих груп населення та міжпоколінної відповідальності.

Висновки

Експосоміка формує нову онкологічну парадигму, яка адекватно відповідає на виклики антропоцену. Вона дозволяє поєднати біологічні та соціальні детермінанти раку, переосмислити програми профілактики як центральної цінності сучасної медицини, інтегрувати онкологію у ширший філософський та етичний контекст.

Для України, яка перебуває в умовах війни, експосомний підхід є не лише науково обґрунтованим, але й стратегічно необхідним для формування медицини майбутнього.

Список використаних джерел

1. Wild CP. Complementing the genome with an "exposome": the outstanding challenge of environmental exposure measurement in molecular epidemiology. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2005 Aug;14(8):1847-50. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-05-0456. PMID: 16103423.

2. Miller GW, Jones DP. The nature of nurture: refining the definition of the exposome. Toxicol Sci. 2014 Jan;137(1):1-2. doi: 10.1093/toxsci/kft251. Epub 2013 Nov 9. PMID: 24213143; PMCID: PMC3871934.

3. Vrijheid M. The exposome: a new paradigm to study the impact of environment on health. Thorax. 2014 Sep;69(9):876-8. doi: 10.1136/thoraxjnl-2013-204949. Epub 2014 Jun 6. PMID: 24906490.

4. Richardson K, Steffen W, Lucht W, et al. Earth beyond six of nine planetary boundaries. Sci Adv. 2023 Sep 15;9(37):eadh2458. doi: 10.1126/sciadv.adh2458. Epub 2023 Sep 13. PMID: 37703365; PMCID: PMC10499318.

МАЙБУТНЄ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ ПІСЛЯ ВІЙНИ: СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКІ ТА ЕТИЧНІ ОРІЄНТИРИ

Візір Вадим Анатолійович, професор, доктор медичних наук,
проректор з науково-педагогічної роботи;
Деміденко Олександр Вікторович, доцент, кандидат медичних наук
завідувач кафедри внутрішніх хвороб 2;
Токаренко Олександр Іванович, доктор медичних наук,
професор кафедри внутрішніх хвороб 2;
Токаренко Олександр Олександрович, кандидат медичних наук,
асистент кафедри внутрішніх хвороб 2;
Приходько Ігор Борисович, кандидат медичних наук,
доцент кафедри внутрішніх хвороб 2,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Повномасштабна війна в Україні стала глибоким соціальним і культурним зламом, що істотно вплинув на всі сфери суспільного життя, зокрема на систему медичної освіти. У воєнний період освітній процес функціонує в умовах постійної нестабільності, безпекових ризиків, кадрових втрат і психологічного напруження. Після завершення війни постає питання не лише відновлення медичної освіти як інституції, а й переосмислення її цілей, цінностей і суспільної ролі.

Медична освіта є соціальним інститутом, що формує не тільки професійні компетентності, але й світоглядні орієнтири майбутніх лікарів. Досвід війни продемонстрував обмеженість суто технократичного підходу до підготовки медичних кадрів. Професійна ефективність лікаря в кризових умовах виявляється нерозривно пов’язаною з етичною зрілістю, здатністю до рефлексії та усвідомлення соціальної відповідальності.

Соціально-філософський вимір післявоєнних трансформацій полягає в зміні уявлень про роль лікаря в суспільстві. В умовах війни лікар постає не лише як виконавець професійних функцій, а як моральний суб’єкт, діяльність якого має безпосередній вплив на соціальну

стабільність і довіру. Це актуалізує потребу в такій моделі медичної освіти, яка поєднує формування клінічної компетентності з розвитком морального мислення та відповідального ставлення до професії.

Післявоєнний період супроводжуватиметься зростанням потреб у медичній допомозі, зокрема у сферах реабілітації, психічного здоров'я та довготривалого догляду. Відповідно, система медичної освіти має орієнтуватися не лише на відтворення стандартних алгоритмів лікування, а й на розвиток емпатії, комунікативної культури та етичної чутливості. У цьому контексті особливого значення набуває збереження гуманістичних засад медицини як професії, спрямованої на людину, а не виключно на технологію.

Важливою складовою майбутнього медичної освіти є трансформація ролі викладача. Досвід війни засвідчив, що викладач медичного закладу вищої освіти виконує не лише функцію передачі знань, а й роль наставника, носія професійних цінностей і морального орієнтира. Особистий приклад, академічна доброчесність і етична позиція викладача стають ключовими чинниками формування професійної ідентичності майбутнього лікаря.

Здобувач медичної освіти у післявоєнному суспільстві також зазнає зміни статусу. Він дедалі більше постає як активний суб'єкт освітнього процесу, відповідальний за власний професійний розвиток і усвідомлення меж власної компетентності. Медична освіта має сприяти формуванню критичного мислення, готовності до безперервного навчання та здатності працювати в умовах соціальної невизначеності.

Окремої уваги потребує співвідношення інновацій і ціннісних засад у медичній освіті. Після війни очікується подальший розвиток цифрових технологій, симуляційного навчання та нових освітніх форматів. Водночас актуалізується проблема збереження цілісності медичної освіти в умовах зростання ролі технологій, що може призвести до втрати міжособистісного виміру лікарської діяльності. Соціально-філософським та етичним завданням стає пошук балансу між інноваційністю та гуманістичною спрямованістю освітнього процесу.

Значущим аспектом післявоєнного розвитку медичної освіти є відновлення соціальної довіри до медичної професії. Війна загострила очікування суспільства щодо компетентності та моральної стійкості лікарів. У цьому контексті медична освіта має виступати механізмом формування відповідальної професійної спільноти через дотримання принципів академічної доброчесності, прозорості та етичної відповідальності.

Таким чином, майбутнє медичної освіти в Україні після війни визначатиметься не лише темпами інституційного відновлення чи впровадженням нових технологій, а насамперед здатністю інтегрувати соціально-філософські та етичні орієнтири у підготовку майбутніх лікарів. Переосмислення ролі освіти, викладача та професійних цінностей є необхідною умовою формування гуманістично орієнтованої медичної спільноти, здатної відповідати викликам післявоєнного суспільства.

ЕТИЧНІ ДИЛЕМИ ТА ВИКЛИКИ СОЦІАЛЬНОЇ СПРАВЕДЛИВОСТІ В МЕДИЦИНІ МАЙБУТНЬОГО

Ганчева Ольга Вікторівна, професор, завідувачка кафедри;
Грекова Тетяна Анатоліївна, к.мед.н., доцент;
Мельнікова Ольга Валеріївна, к.мед.н., доцент;
Каджарян Єлизавета Віталіївна, к.мед.н., доцент.;
Ісаченко Марія Ігорівна, к.мед.н., доцент;
Тихоновська Марина Анатоліївна, к.мед.н., доцент,
кафедра патологічної фізіології з курсом нормальної фізіології,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Ключові слова: штучний інтелект, роль лікаря, соціально-філософське прогнозування, етика, біоетика, майбутнє медицини.

Вступ. Проблема майбутнього медицини сьогодні постає не лише як технічне чи біомедичне питання, а як багатовимірний соціально-філософський феномен. Медицина стрімко трансформується під впливом цифровізації, автоматизації, інтелектуалізації та нових біотехнологій, включаючи генну інженерію, регенеративну терапію, створення органоїдів та персоналізовану фармакотерапію. Одночасно з цим відбуваються зміни в структурі суспільного запиту на медичну допомогу, в ролі фахівців охорони здоров'я, в етичних нормах та ціннісних орієнтирах пацієнтів.

Сучасні наукові дослідження, зокрема ті, що стосуються цифрової медицини, штучного інтелекту (ШІ), пацієнтської автономії, біомедичних інновацій та соціальних аспектів трансформації медичної практики, окреслюють тенденцію переходу до нової моделі медичної системи. У статтях, присвячених застосуванню ШІ в охороні здоров'я, підкреслюється його здатність підвищувати точність та швидкість діагностики, оптимізувати лікування та персоналізувати медичні рішення. У роботах, спрямованих на вивчення біоетичних викликів, наголошується на зростанні ризиків порушення приватності та втрати автономії пацієнта, що зумовлено масовим аналізом біологічних і цифрових даних. У дослідженнях щодо професійної ролі лікаря спостерігається тенденція до зміщення акценту від традиційної експертної моделі до функції координатора, інтерпретатора та комунікатора в складній інноваційній екосистемі медицини.

Соціально-філософське прогнозування дозволяє побачити майбутнє медицини не як лінійну технічну еволюцію, а як складну мережу взаємодії технологій, суспільних інститутів, професійної етики та індивідуальної відповідальності [1, с. 57].

Мета: синтезувати дані сучасних наукових публікацій та побудувати прогностичну модель медицини майбутнього, враховуючи як позитивні перспективи, так і потенційні соціальні ризики.

Матеріали та методи. У дослідженні використано матеріали з публікацій, що аналізують розвиток ШІ в медицині, цифрові платформи охорони здоров'я, біоінженерію, генетичні технології, персоналізовану терапію, проблеми біоетики та приватності, а також трансформацію професійної ролі лікаря. Аналіз охопив публікації з 2020 по 2025 роки, що дозволило оцінити сучасну динаміку еволюції медичних технологій та зміну соціальних підходів до медицини.

Методологічною основою дослідження стали філософсько-аналітичний підхід до інтерпретації змін у медицині не лише як технічних, а й як соціальних і культурних процесів; контент-аналіз наукових джерел для виділення ключових концептів публікацій; сценарний аналіз з метою формування ймовірних моделей майбутнього розвитку медицини та порівняльно-системний метод для узгодження міжнародних тенденцій з можливими траєкторіями розвитку медичних систем різних країн.

Результати. Технологічна трансформація медицини є однією з провідних тенденцій розвитку сучасної медицини завдяки швидкому впровадженню ШІ в клінічну практику. У багатьох дослідженнях підкреслюється, що ШІ здатний забезпечити точнішу діагностику, ніж традиційні методи [2, с. 674], особливо у сферах, де аналіз зображень відіграє ключову роль, таких як радіологія, дерматологія, офтальмологія та інші. Алгоритми машинного навчання вже сьогодні демонструють високий рівень ефективності в розпізнаванні патологій, а до середини XXI століття очікується їх використання для передбачення розвитку хвороб за багато років до появи перших симптомів. Це створює передумови для моделі медицини, орієнтованої на передбачення, а не на лікування наслідків [3, с. 950].

Біоінженерія та генетичні технології становлять інший потужний напрям розвитку. Сучасні публікації показують прогрес у використанні CRISPR-Cas технологій, терапії, спрямованої на корекцію генетичних дефектів, і розвитку регенеративної медицини. Персоналізована фармакотерапія на основі генетичних маркерів дозволяє створювати препарати, оптимізовані для конкретного пацієнта, а дослідження у сфері органоїдів створюють перспективу повного заміщення ушкоджених органів штучно вирощеними структурами. Це означає перехід медицини від лікування до глибокої біологічної модифікації, що відкриває з одного боку, можливості для подовження життя, а з іншого, і значні етичні ризики.

Соціальні виклики технологічної революції постають разом з технологічним розвитком, через це змінюється й соціальна структура медичної практики. У наукових публікаціях простежується тенденція до трансформації ролі лікаря. У майбутніх моделях охорони здоров'я лікар перестає бути єдиним носієм медичного знання, адже суттєву частину його завдань виконуватимуть інтелектуальні системи, здатні аналізувати великі масиви даних, генерувати діагностичні гіпотези й пропонувати терапевтичні стратегії. Роль лікаря поступово зміщується у бік координування лікувального процесу, комунікації з пацієнтом, підтримки прийняття рішень та інтерпретації результатів, отриманих від автоматизованих систем. Це означає повернення до гуманістичного підходу, в якому центральне місце займає не технологія, а взаємодія з пацієнтом.

Матеріали публікацій з біоетики наголошують на ризиках, пов'язаних із цифровими системами охорони здоров'я. Зокрема, значну увагу приділено проблемі приватності біологічних даних, питанням контролю за їх використанням, а також феномену алгоритмічної дискримінації, коли системи можуть приймати рішення, несправедливі щодо певних груп населення. Таким чином, виникає потреба формування нової сфери етики, а саме, цифрової біоетики, яка має регламентувати використання інтелектуальних систем, захист інформації та запобігання нерівності в доступі до медичних послуг.

У низці досліджень медицини як соціальної системи майбутнього розкривається тенденція до децентралізації охорони здоров'я. Інтегровані системи домашнього віддаленого моніторингу та переносні медичні пристрої, мережі безперервного контролю параметрів та цифрові асистенти формують новий простір, в якому діагностика та спостереження за станом здоров'я здійснюються незалежно від медичного закладу. Це сприяє формуванню моделі партнерських відносин між пацієнтом і лікарем, де пацієнт активніше бере участь у прийнятті рішень і несе відповідальність за власне здоров'я.

Взаємодія лікаря та пацієнта у футуристичних моделях набуває вигляду співпраці між трьома суб'єктами: пацієнтом, лікарем та інтелектуальною системою. ШІ виступає інструментом, що доповнює обидві сторони, але не замінює їх повністю, формуючи нову комунікативну динаміку, засновану на довірі, прозорості та інформаційній відкритості.

Результати аналізу дозволяють виділити кілька можливих прогностичних сценаріїв розвитку майбутньої медицини. Один з них представляє модель технологічної сингулярності, яка передбачає повну автоматизацію діагностики й лікування, мінімальне втручання людини та високий рівень цифрової стратифікації суспільства. Водночас у контексті цього сценарію людина ризикує втратити суб'єктність внаслідок делегування ключових рішень алгоритмічним системам.

Інший сценарій подає гібридну, гуманістично-технологічна модель, та має найбільшу ймовірність. У такій моделі технології підсилюють людську експертизу, але не витісняють її, а система охорони здоров'я зберігає соціально орієнтований характер. До того ж, перевага віддається превентивній медицині, етичним рамкам використання цифрових технологій та підтримці рівного доступу до інновацій.

Третій гіпотетичний сценарій описує соціально-економічну регресія, яка може реалізуватися в разі посилення нерівності, політичної нестабільності чи надмірних біоетичних ризиків, що зупинять технологічний розвиток або призведуть до послаблення суспільної довіри до системи охорони здоров'я.

Висновки. Аналіз сучасних наукових публікацій дозволяє стверджувати, що майбутнє медицини визначатиметься синергією цифрових технологій, штучного інтелекту, біоінженерії та нових етичних норм. Технологічні інновації змінюють природу медичної практики, переносячи значну частину аналітичних функцій на автоматизовані системи. Разом із тим соціально-філософське прогнозування вказує на важливість збереження гуманістичного ядра медицини, яке забезпечує довіру, комунікацію, етичність та суб'єктність пацієнта. Перспективний розвиток медицини модулюється співвідношенням між технологічною ефективністю та спрямованістю медичної практики, що втілює принципи гуманізму.

Найбільш ймовірним виглядає розвиток гібридної моделі медичної системи, у якій технології та людський фактор доповнюють один одного. Водночас виникає потреба формування нової цифрової етики, яка регулюватиме використання алгоритмів, захист персональних даних та запобігання соціальній нерівності. У перспективі майбутнє охорони здоров'я залежатиме не лише від технічного прогресу, а й від здатності суспільства відповідально інтегрувати інновації, забезпечити їх справедливий розподіл та зберегти гуманістичну сутність медичної професії.

Список використаних джерел

1. Against Scientism: Corrupted Science and the Fight for Medicine's Soul / L.R. Milgrom // Complementary Medicine Research. – 2021. – Vol. 28, No. 1. – P. 56–63. https://doi.org/10.1159/000510229.

2. Doing Philosophy and the Future of the "Good Doctor" Paradigm / F. Tucker // Medicine, Health Care and Philosophy. – 2025. – Vol. 28, No. 4. – P. 669–677. https://doi.org/10.1007/s11019-025-10294-3.

3. Editorial: It's Difficult to Make Predictions, Especially About the Future: Risk Calculators Come of Age in Child Psychiatry / D.P. Dickstein // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2021. – Vol. 60, No. 8. – P. 950–951. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.12.029.

ПРОФЕСІЙНЕ САМОВИЗНАЧЕННЯ МАЙБУТНІХ МЕДИКІВ: ПОРІВНЯННЯ ОСОБИСТІСНОГО ТИПУ ТА ОБРАНОЇ СПЕЦІАЛЬНОСТІ

Іванченко Олена Зенонівна, кандидат біологічних наук, доцент;
Мельнікова Оксана Зенонівна, кандидат біологічних наук, доцент;
Мікаелян Геннадій Ромеович, старший викладач,
кафедра медичної фізики, біофізики і вищої математики
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Анотація. В статті розглядається важливість аналізу професіональних схильностей студентів в системі їх професійного становлення як майбутніх лікарів. Показано необхідність врахування психологічних особливостей задля найкращого вибору фахового напрямку в омріяній професії.

Ключові слова: професія, лікарські спеціальності, методика Дж. Голланда

Актуальність. Вибір професії — це без перевершення одне з найважливіших рішень у житті людини, адже на роботі ми проводимо більшу частину нашого свідомого часу. Давньокитайському філософу Конфуцію належать такі слова: «Обери собі роботу до душі, і тобі не доведеться працювати жодного дня у своєму житті». Якщо людина займається любимою справою, якщо робота приносить задоволення, то це надає енергію і допомагає досягти справжнього успіху, який вимірюється не лише кар'єрними здобутками чи статусом, а передусім внутрішнім відчуттям щастя та самореалізації. Праця перестає бути обов'язком, коли людина відчуває співпадіння внутрішніх цінностей, природних нахилів, власного психологічного типу з обраною спеціальністю, зі щоденною професійною діяльністю. Особливої актуальності це питання набуває при виборі професії «лікар», адже коли медик відчуває себе на своєму місці, він може бути максимально ефективним, а й ще, він має захист від професійного вигорання. Для медичної освіти є ще один дуже важливий етап професійного становлення особистості, а саме вибір медичного фаху. На першому курсі майбутні медики часто перебувають під впливом ідеалізованих уявлень про свою професію. Задачею професорсько-викладацького складу кафедр, на яких вивчаються фундаментальні дисципліни, вже на початку навчання лікарів, з перших курсів знайомити студентів з можливими майбутніми спеціальностями, які вони зможуть обрати після закінчення університету. Прикладом такої профорієнтаційної роботи серед першокурсників в Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті є співпраця кафедри медичної фізики,

біофізики і вищої математики і Університетської клініки. Студенти після опанування дисципліни «Медична і біологічна фізика» відвідують медичний заклад, де знайомляться з медичними спеціальностями лікаря-рентгенолога, лікаря- УЗД-діагностики, лікаря-офтальмолога, лікаря-дерматолога та з іншими медичними фахами. Такі заходи сприяють знайомству з багатовекторною професією лікаря, а також змушують аналізувати свої індивідуально-психологічні особливості вимогам конкретної медичної спеціалізації. Ще одним способом допомогти студентам перших курсів визначитися з майбутньою спеціальністю є проведення різноманітних конференцій, семінарів з презентацією різних лікарських напрямків, запрошенням провідних спеціалістів різних галузей медицини, а також проведення анкетувань для виявлення мотивів вибору професії, тестів на визначення професійного типу особистості.

Мета дослідження: Виявити ступінь відповідності між домінуючими психотипами студентів, які навчаються на першому і другому курсах за методикою Дж. Голланда та їхніми планами щодо майбутньої спеціалізації.

Методи: У дослідженні використано комплексний підхід, що включає анкетування для виявлення мотивів вибору професії та адаптований тест на визначення професійного типу особистості.

Основна частина: «Професійне становлення є складовою частиною, етапом загального розвитку особистості, як відомо, воно вміщує в себе чотири основні стадії: професійні наміри, професійне навчання, входження в професію та більш-менш повна реалізація особистості в праці» [1]. На етапі пізнання самого себе починається формування психологічної готовності до професійної самоіндефікації. «Цілями даного етапу є: розвиток уміння усвідомлювати свої наміри, бажання; навчитися уважно ставитися до своїх почуттів» [2]. Метою нашого дослідження було вивчення професійних намірів на етапі вибору спеціальності у вже обраній професії «лікар», а також визначення відповідності професійних намірів і психологічної готовності для їх реалізації. В опитуванні взяли участь 139 студентів 1 курсу, 2 курсу скороченого терміну навчання, 2 курсу нормативного терміну навчання. Перша група питань стосувалася мотивам обрання професії лікар. Більша частина опитаних, що склало 77% від всіх, які взяли участь в анкетуванні, зазначила, що вибір медицини був виключно самостійним, власним бажанням, 15% майбутніх медиків радилися з батьками і рішення вступити в медичний ЗВО було спільним, при цьому були і такі студенти, які визнали, що обрання майбутньою професії більшою мірою була порадою/наполяганням батьків, таких було 4% з опитаних. Більша половина учасників анкетування зазначила, що в їх родині вони перші медики (65%), всі інші мають в сім'ї лікарів і це батьки, бабусі, дідусі, тітки та ін. Обрати професійною діяльністю медицину вирішили в основному з таких причин: бажання допомагати людям (100 студентів), Високий соціальний статус професії (60 опитаних), можливість високого заробітку в майбутньому (51 студент). 16 % опитаних визначили, що вибір професії пов'язаний з цікавістю до природничих наук. Аналіз відповідей на наступну групу питань дає змогу визначити, яку спеціальність вже обрали для себе майбутні лікарі. Результати дослідження показали, що 74% опитаних мають кілька варіантів щодо майбутньої спеціалізації, 5% поки не мають жодного уявлення про те, в якій лікарський спеціальності вони можуть реалізуватися. Серед мотивів, які є провідними для обрання свого професійного напрямку студенти називали: 1. Мені подобається характер роботи (відповіли 70% респондентів); 2. Це перспективно з точки зору фінансів (12% опитаних); 3. Мені подобається допомагати певній категорії пацієнтів (діти, люди похилого віку) відповіли 18% студентів. За результатами анкетування можна визначити, що переважна частина студентів зробила усвідомлений і самостійний вибір професії, що «забезпечує професійний розвиток особистості на подальших етапах професійного самовизначення» [3]. Цікавим виявилося питання: чи готові Ви змінити свій вибір, якщо під час навчання зрозумієте, що Ваш психотип підходить для іншої галузі? Гнучку позицію в цьому питанню мають 55% опитаних: так, я буду шукати те, що мені справді ближче, відповіли вони. Але є такі студенти (37% опитаних), що відповіли: ні, піду туди, куди планував спочатку, попри труднощі. За допомогою

тестування цієї ж групи студентів за методикою Дж. Голланда (адаптований тест) визначався професійний тип особистості майбутніх медиків. «Доктор Джон Л. Голланд був видатним психологом, відомим своєю впливовою теорією професійної особистості та робочого середовища. Ця теорія класифікує людей на шість типів особистості - реалістичний, дослідницький, художній, соціальний, підприємницький та традиційний - разом відомі як модель RIASEC» [1, 2]. Методика Голланда використовується для професійного самовизначення, тест допомагає зрозуміти, з точки зору психологічних особливостей, які фахові напрямки підходять найкраще конкретній людині. Типи Голланда у медичній сфері: **R - реалістичний** (Realistic): орієнтований на роботу руками та з обладнанням (спеціалізації: хірургія, анестезіологія, ортопедія, стоматологія, реабілітологія); **I - дослідницький** (Investigative): схильний до аналізу, вирішення складних завдань та науки (спеціалізації: діагностика, інфекційні хвороби, генетика, патоморфологія, лабораторна медицина; **A - артистичний** (Artistic): потребує самовираження та інтуїтивного підходу (спеціалізації: пластична хірургія, дерматологія, психіатрія (де потрібна висока емпатія та креативність у підходах); **S — соціальний** (Social): Орієнтований на допомогу людям, спілкування та навчання (спеціалізації: педіатрія, сімейна медицина, паліативна допомога, медсестринство), **E - підприємницький** (Enterprising): схильний до лідерства, управління та прийняття рішень (спеціалізації: адміністрування лікарень, приватна медична практика, менеджмент охорони здоров'я); **C - конвенційний** (Conventional): орієнтований на порядок, деталі та чіткі алгоритми (спеціалізації: епідеміологія, фармакологія, медична статистика, радіологія). Студентам було запропоновано твердження, які згруповані по напрямках типу особистості. Треба було обрати з них такі, що підходять їм (можна декілька), якщо таких немає, то можна взагалі пропустити цю групу. За результатами опитування було виявлено, що близько 70% майбутніх медиків зробили вибір, який корелює з їхніми психологічними схильностями (особливо це стосується вибору хірургічного напрямку). Виділено три основні групи. **Група 1** (R+E) «Лідери і хірургі»: студенти показали високі бали в реалістичному і підприємницькому типах. Вибір спеціальностей хірургія, ортопедія, травматологія ідеально співпадає з психологічним типом. **Група 2** (I+C) «Інтелектуальні діагности», вони обирали спеціальності ендокринологія, неврологія; **Група 3** «Соціальні цілителі» (S+I; S+R) – це студенти, для яких допомога людині є головним мотивом. Серед спеціальностей, які обрали ці студенти були акушер-гінеколог, дерматовенеролог. Вибір спеціальностей де потрібний довгий контакт з пацієнтом у студентів з таким профілем є досить вдалий. Але поряд с цим виявлено і «проблемні зони»: близько 15 % опитаних показали рівномірний розподіл балів між усіма типами або занадто низькі показники (все по 1). Це може свідчити про кризу самовизначення, або формальний підхід до анкетування. Окрім того, спостерігається дефіцит конвенційності у студентів, які обрали спеціальність анестезіологія, тобто таку професію, яка потребує чіткого дотримання протоколу.

Висновок. Професійне самовизначення відіграє провідну роль в реалізації людини у професії. Лікар, який відчуває себе «на своєму місці», не тільки демонструє високу ефективність, а й має захист від професійного вигорання. Відчуття щастя від роботи виникає там, де є баланс між можливостями, бажаннями і реалізації своєї потреби бути потрібним людям. Саме тому глибинний аналіз професійних схильностей на етапі вибору спеціалізації є ключем до виховання не просто фахівців, а щасливих і цілісних особистостей.

Список використаних джерел

1. Теорія і практика професійного самовизначення. //Психолого-педагогічний практикум. - Методичний посібник. — К.: ПП «Діректлайн — С. 4-16.

2. Сміла Н. В. Досвід формування психологічної готовності майбутнього лікаря до професійної діяльності / Н.В. Сміла, О.О. Лазуренко // Психологічний часопис. - 2017. - № 3. - С. 117-134. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/psch_2017_3_13.

3. Психологія професійної діагностики та професійного консультування: практичний посібник / Ігнатович О. М., Татаурова-Осика Г. П., Шевенко А. М.; за ред. О. М. Ігнатович. — Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2021. - 225 с.

ФУТУРИСТИЧНІ ОБРАЗИ МЕДИЦИНИ В СУЧАСНІЙ МАСОВІЙ КУЛЬТУРІ

Іріоглу Юрій Олександрович
к.і.н., доцент кафедри суспільних дисциплін,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Проблематика співвідношення реальних можливостей сучасної медичної галузі та комплексу соціокультурних уявлень, що побутують в суспільстві щодо медицини, прямо корелюються із реалізацією парадигми «медицини 5П», де тісний контакт лікаря та пацієнта, відображає не лише напрямки досягнення позитивних результатів, але й спектр питань довіри, очікувань та готовності до співпраці. Яскравим вираженням культурних уявлень та їх проявів є галузь масової культури, що охоплює максимально все суспільство та пропонує зрозумілі для всіх одночасно формати культурної комунікації. Орієнтуючись на концепт «масової культури» з точки зору соціології, ми можемо спиратися на тезу про поширення лише такого культурного продукту, що відповідає потребам споживача [1; С.21]. В той же час, споживач має відчуття причетності до певного спільного культурного поля, що підкреслює всеохопність суспільства в усьому його багатогранстві [2; С.60-61].

В нашій науковій розвідці ми не концентруємося на окремо взятій країні, а радше оглядаємо тенденції формування футуристичних (прогностичних) форм медицини, що мали місце у хронології другої половини XX – початку XXI ст., з огляду на характеристику даного періоду як часу науково-технічної революції та швидких змін та проривів в медицині зокрема. Одним з елементів масової культури, що найбільш активно представлений в комунікативному полі сучасного суспільства, є кінематограф, що відображає не лише конкретно-прикладні потреби соціума в конкретний період, але й презентує прогностичні очікування. В своєму дослідженні ми спираємося на концепцію Марка Ферро, щодо кінематографа як інформаційної системи, яка виступає реалізацією культурного запиту і є соціокультурно обумовленим продуктом. [3].

Джерельною базою дослідження виступає комплекс художніх фільмів, створених у означений період другої половини XX – початку XXI ст., що своїми сюжетним наповненням та тематичною структурою охоплюють саме медичну проблематику в її прогностичному спрямуванні. Означений комплекс не є вичерпним та не охоплює весь спектр кінопродукції. Натомість, ми використовували дані електронного ресурсу IMDb для визначення параметрів впізнаваності кіноматеріалу аудиторією через вивчення рейтингування та означення їх тематичного наповнення [4]. Отже, за результатами проведеного аналізу змістовного наповнення кіноматеріалу, що презентує футуристичний погляд на медицину, можемо означити три основні групи проблематик – 1. Глобальні біозагрози та пандемії; 2. Генетичний «дизайн людини» та питання корпоратизації медицини; 3. Трансгуманізм та питання кібернетичних організмів. Розглянемо більш детально кожен напрямок на прикладах кіноматеріала.

Перша група представлена трьома обраними кінострічками, що окреслюють майбутні загрози пандемій та методи сучасної медицини в боротьбі з ними, а також превенції. Знаковою в цьому плані є стрічка «The Andromeda Strain» (1971), що в повній мірі демонструє очікування технологічності медицини в боротьбі з невідомим патогеном на базі ізольованої та оснащеної урядової лабораторії. Наступним прикладом є «Outbreak» (1995), що демонструє також урядові дії в боротьбі з пандемією, однак, тут технічна оснащеність відходить на другий план, поступаючись організаційній структурі військово-медичної служби. І замикає групу «Contagion» (2011), кінострічка що демонструє функціонування глобальної системи охорони здоров'я в умовах світової пандемії та зачіпає питання соціальної справедливості щодо отримання допомоги. Загалом, можна говорити, що від медичної галузі очікують певної технологічності в поєднанні з професіоналізмом персоналу та глобального охоплення загроз, однак, окремою пересторогою виступає надмірний контроль над населенням з боку державної влади під приводом охорони здоров'я. Можна лише додати, що досвід пандемії COVID-19 лише посилює дані образи.

Друга група охоплює широке поле проблем медицини, не лише технічного плану, але й етичного. Генетичні модифікації репрезентовані в низці кінострічок, що зачіпають питання не лише генетичної селекції в основі якої лежить соціальний статус, як от «Gattaca» (1997), але й клонування. Створення нових форм життя, по суті химери, з метою медичних експериментів, розкриває «Splice» (2009), піднімаючи питання медичної етики та персональної відповідальності дослідника. Натомість, «Never Let Me Go» (2010) відкриває цілу нішу етичних проблем трансплантології, зокрема, питання клонування людей з метою забору органів. Таку ж проблему, однак з елементами реалізації медицини як бізнес моделі демонструє «The Island» (2005). В більш широкому сенсі медицина як бізнес розкривається у фільмі «Repo Men» (2010), що взагалі дегуманізує питання трасплантології перетворюючи органи на товар, що можливо отримати в кредит, однак, несплата боргу веде до втрати «товару» та життя. Даний блок культурних образів майбутньої медицини, сповнений здебільшого антиутопічних мотивів, закликаючи звернути увагу на імовірне перетворення галузі охорони здоров'я на інструмент біополітики, де пріоритет визначатиметься інтересами держави як домінуючого інститута та корпораціями, що капіталізують людське тіло як ресурс.

Третій тематичний блок відображає питання трансгуманізму як реальності, що можлива в технічному плані та залишає нерозв'язаними комплекс етико-моральних аспектів. Одним з найвпізнаваніших в цьому аспекті є кінотвір «RoboCop» (1987), соціальна антиутопія, однак, велика частина хронометражу приділена саме питанням відновлення ушкодженого тіла людини засобами кібернетичної реконструкції. Продовжуючи низку питань лікування та вдосконалення людини через залучення штучного інтелекту та імплантів варто згадати «Upgrade» (2018), що яскраво окреслює коло питань: межа між людською свідомістю/тілом та технологічним гаджетом. Вкрай затребувану проблематику соціальної рівності та доступності новітніх технологій в галузі охорони здоров'я презентує «Elysium» (2013), окреслюючи майбутнє крізь призму кризи перенаселення та зцілення як привілей лише для еліти, з огляду на дороговартісне високотехнологічне обладнання. Фактично, в даному випадку, культурний образ медицини постає як процес апгрейду і відкриває низку питань, радше не межі технологічної можливості, а того, де людина залишається людиною.

Підбиваючи підсумок нашого огляду проблематики футуристичних образів медицини крізь призму масової культури, варто означити кілька магістральних тем на які в сучасному суспільстві зроблено акцент щодо очікувань та пересторог відносно медичної галузі. Перш за все, можна спостерігати повільний процес зміни погляду на медицину виключно як на галузь що лікує, натомість, додається опція «редагування», що потребує ще окремого вивчення. А другим напрямком є певна діалектичність у сприйнятті майбутнього охорони здоров'я – це галузь яка рятує, однак, створює передумови для контролю, ба навіть, дискримінації. Саме тому, вкрай важливо на даному етапі не лише оглядати такі тенденції, але й враховувати означені соціальні страхи про побудові загально державних стратегій розвитку медичної галузі.

Список використаних джерел та літератури

1. Бесараб О. Масова культура (масове мистецтво) у сучасних наукових розвідках. *Іншомовна комунікація: інноваційні та традиційні підходи: колективна монографія* / [авт. кол.: Гурко О., Бесараб О., Бовкунова О. та ін.]. Далас: Primedia eLaunch LLC, 2021. 306 с. С. 17-35.

2. Петрушкевич М.С. Інтерпретація масової культури у філософії Х.Ортеги-і-Гасета: комунікативний аспект. *Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М.П. Драгоманова. Серія 7. Релієзнавство. Культурологія. Філософія*. Вип. 29. 2013. С.59-66.

3. Ferro M. Cinema And History. Translated by Naomi Greene. Contemporary Film Studies. Detroit: Wayne State University Press, 1988. 175 pp. // https://books.google.sh/books?id=g0raJrqyDAEC&printsec=copyright#v=onepage&q&f=false

4. IMDb // https://www.imdb.com/?ref_=hm_nv_menu_home

ЦИФРОВІ ТЕХНОЛОГІЇ В МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ: МОЖЛИВОСТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ

Корнієнко Олена Олександрівна, к.мед.н.,
доцент ЗВО кафедри інфекційних хвороб;
Рябоконь Олена Вячеславівна, д.мед.н., професор,
завідувачка кафедри інфекційних хвороб;
Оніщенко Тетяна Євгеніївна, к.мед.н.,
доцент ЗВО кафедри інфекційних хвороб;
Саліонов Володимир Олександрович, к.фарм.н., доцент ЗВО
кафедри клінічної лабораторної діагностики та біологічної хімії,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Цифровізація медицини стала одним із ключових напрямів трансформації охорони здоров'я у світі, яка в Україні значною мірою прискорилася під впливом двох надзвичайно важливих факторів: глобальної пандемії COVID-19 та повномасштабної війни. В умовах реформування медичної галузі України, зростання потреби у віддаленому наданні медичної допомоги, а також впливу соціально-економічних і безпекових чинників особливої актуальності набуває телемедицина.

Предмет телемедицини — обмін за допомогою телекомунікацій і комп'ютерних технологій всіма видами медичної інформації між віддаленими пунктами [4, с. 143]. Сучасна телемедицина є багатокомпонентною системою, що включає телемедичні консультації, телемоніторинг, теледіагностику, телереабілітацію, мобільні медичні додатки, тощо, а також сприяє професійного розвитку медичних фахівців у дистанційному форматі. Значення телемедицини для України в умовах сьогодення полягає у доступності медичних послуг у віддалених або тимчасово окупованих регіонах; підвищенні ефективності управління ресурсами медичних закладів; скороченню часу очікування медичної допомоги; оптимізації логістики пацієнтів та зниженню навантаження на вторинну і третинну ланки медичної допомоги; підвищенню рівня безпеки у періоди епідеміологічних загроз, завдяки мінімізації фізичних контактів; сприяє міждисциплінарному та міжнародному обміну знаннями через дистанційне навчання та телеконсиліуми [1, с. 215-216]. Проте, попри численні переваги, впровадження телемедицини в Україні є низка структурних, нормативних, технологічних і соціальних бар'єрів, подолання яких є необхідною умовою для повноцінного функціонування телемедичних послуг як частини національної системи охорони здоров'я [1, с.216]. Так, наприклад, ефективне функціонування телемедичних сервісів неможливе без належної підготовки медичних фахівців до роботи в умовах дистанційної клінічної взаємодії. Слід зазначити, що вирішення цього проблемного питання має розпочинатися ще на етапі здобуття освіти майбутніми медичними фахівцями.

Впровадження надсучасних інноваційних інформаційних технологій в освітній процес майбутніх лікарів забезпечує підвищення ефективності підготовки висококваліфікованих фахівців. Інновації зумовлюють упровадження нових методів, форм, засобів і технологій навчання, що орієнтовані на особистісний розвиток здобувача освіти та розкриття його потенціалу. У зв'язку з цим, відбувається трансформація педагогічної ролі викладача, який постає не лише джерелом знань, а наставником чи фасилітатором освітнього процесу, здатним створювати сприятливе середовище для самостійного навчання та саморозвитку здобувачів [2, с.113].

Нажаль, однією з ключових проблем залишається формування у майбутніх лікарів навичок клінічного мислення, прийняття рішень та відповідальності за пацієнта. У цьому контексті дистанційні освітньо-інформаційні технології стають не лише засобом передачі знань, але й інструментом моделювання реальних клінічних ситуацій. Так, наприклад у Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті є можливість застосувати в освітньому процесі інтерактивну віртуальну технологію Body Interact, платформу віртуальної лабораторій та інтерактивної науки «Labster», віртуальну аптеку «Pharmacy Simulator».

Використання віртуальних пацієнтів та інтерактивних симуляційних платформ дозволяє відтворити складні клінічні сценарії, забезпечити безпечне відпрацювання діагностичних і лікувальних алгоритмів та мінімізувати ризики для реальних пацієнтів [3, с.64].

Таким чином, поєднання телемедицини з інноваційними освітніми технологіями є перспективним напрямом розвитку медичної освіти в Україні. Формування у майбутніх лікарів клінічного мислення, навичок прийняття рішень та відповідальності за пацієнта потребує інтеграції інноваційних освітніх технологій, які створюють можливості для моделювання реальних клінічних ситуацій, сприяють безпечному відпрацюванню професійних компетентностей і підвищують якість медичної освіти. Це дозволяє не лише підвищити готовність майбутніх лікарів до роботи в умовах цифрової трансформації охорони здоров'я, але й забезпечити стійкість та адаптивність національної системи медичної допомоги в умовах сучасних соціально-економічних і безпекових викликів.

Список використаних джерел

1.Лепетан І. М. Телемедицина в Україні: економічні переваги та бар'єри впровадження / І. М. Лепетан // Цифрова трансформація економіки України шляхом інтеграції європейського досвіду в умовах війни та повоєнного відновлення: колект. монографія / за ред.: А. В. Череп, І. М. Дашко, Ю. О. Огренич [та ін.]. – Рига (Латвія), 2025. – С. 210–235.

2. Михайловська Н. С., Кулинич Т. О., Стецюк І. О., Шершньова О. В., Антипенко О.О. Можливості використання сервісів Microsoft Office 365 в умовах дистанційного навчання на клінічних кафедрах // Актуальні питання дистанційної освіти та телемедицини 2020: матеріали Всеукр. наук.-метод. відеоконференції з міжнар. участю, м. Запоріжжя, 19–20 лист. 2020 р. – Запоріжжя, 2020. – С. 112–115.

3. Оніщенко Т., Рябоконь О., Корнієнко О. Інноваційні освітні технології у ЗВО // Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини: зб. матеріалів VI Міжнар. наук.-практ. конференції. м. Запоріжжя, 20–21 лютого 2025 р. – Запоріжжя, 2025. – С. 63–65.

4. Страхова О. П., Рижов О. А. Телемедицина у інформаційному суспільстві // Актуальні питання дистанційної освіти та телемедицини 2020: матеріали Всеукр. наук.-метод. відеоконференції з міжнар. участю, м. Запоріжжя, 19–20 лист. 2020 р. – Запоріжжя, 2020. – С. 142–143.

Замовлення № 10 567. Тираж 50 примірників
Видавництво Запорізького державного медико-фармацевтичного університету,
м. Запоріжжя, бульвар Марії Примаченко, 26