



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

КАФЕДРА СУСПІЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН
КАФЕДРА ДИТЯЧИХ ХВОРОБ

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
VI МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ ТА ДЕОНТОЛОГІЧНІ
ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ»

20-21 ЛЮТОГО 2025 РОКУ



м. Запоріжжя

Редколегія:

Л.М. Боярська – завідувач кафедри дитячих хвороб ЗДМФУ, кандидат медичних наук, професор;

І.Г. Утюж – завідувач кафедри суспільних дисциплін ЗДМФУ, доктор філософських наук, професор;

Ю.В. Котлова – кандидат медичних наук, доцент кафедри дитячих хвороб ЗДМФУ;

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 VI Міжнародної науково-практичної конференції (20-21 лютого 2025 року). – Запоріжжя: ЗДМФУ, 2025. – 226 с.

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

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

<i>Утюж І.Г.</i> ВІД БІОЕТИКИ ДО ФІЛОСОФІЇ МЕДИЦИНИ	9
<i>Моргунцова С.А., Школова О.П., Дмитрієв В.С., Ганошенко Ю.А.</i> РОЛЬ СУСПІЛЬНО-ГУМАНІТАРНОЇ СКЛАДОВОЇ ПІДГОТОВКИ ЗДОБУВАЧА У ФУНКЦІОНУВАННІ ВНУТРІШНЬОЇ СИСТЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ОСВІТИ	11
<i>Абашиник В.О.</i> ФІЛОСОФІЯ МЕДИЦИНИ У ШВЕЙЦАРІЇ: ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ	12
<i>Андрюкайтене Р., Метеленко Н.Г., Воронкова В.Г.</i> ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ ЦИФРОВОЇ МЕДИЦИНИ ПІД ВПЛИВОМ ТЕХНОЛОГІЙ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ.....	15
<i>Воронкова В.Г., Нікітенко В.О.</i> ВПЛИВ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ НА РОЗВИТОК ЦИФРОВОЇ МЕДИЦИНИ: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД	17
<i>Голубович І.В., Білогрива Д.В.</i> ОДЕСЬКІ РОКИ ІЛІІ МЕЧНИКОВА: НА ШЛЯХУ ДО ВЧЕННЯ ПРО ОРТОБІОЗ (ДО ЮВІЛЕЮ НОБЕЛІВСЬКОГО ЛАУРЕАТА УКРАЇНСЬКОГО ПОХОДЖЕННЯ)	21
<i>Добридень О.В., Колдунов Я.В., Лівенко А.І.</i> КУЛЬТУРНО-ПРОСВІТНИЦЬКА МІСІЯ ЕТИКО-ФІЛОСОФСЬКИХ ДИСЦИПЛІН У ФОРМУВАННІ МОРАЛЬНОЇ КУЛЬТУРИ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ	23
<i>Козловець М.А.</i> ДЕСТРУКТУРОВАНА СУБ'ЄКТИВНІСТЬ В УМОВАХ ТРАНЗИТИВНОСТІ СУЧАСНОГО СУСПІЛЬСТВА	24
<i>Коноваленко О.С.</i> ЕКСПОНЕНЦІЙНЕ МИСЛЕННЯ В МЕДИЦИНІ: ЯК ІНОВАЦІЇ ЗМІНЮЮТЬ НАШЕ УЯВЛЕННЯ ПРО ЗДОРОВ'Я	27
<i>Недельська С.М., Бессікало Т.Г., Лямцева О.В.</i> АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ ЯК ВИКЛИК СУЧАСНОСТІ: ФІЛОСОФІЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ В МЕДИЦИНІ	28
<i>Олексенко Р.І., Гарбар Г.А.</i> ФІЛОСОФІЯ ЦИФРОВОЇ МЕДИЦИНИ ЯК НАУКА ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ У МЕДИЧНУ СФЕРУ ТА ЇЇ ІНТЕЛЕКТУАЛІЗАЦІЮ	30
<i>Пустовіт С.В.</i> ПРОБЛЕМИ ГУМАНІТАРНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ В УМОВАХ ВІЙНИ	32
<i>Хіміч С.Д., Ольхом'як О.О., Фуніков А.В., Превар А.П.</i> СКЛАДНОЩІ ПІДГОТОВКИ ХІРУРГІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ	35
<i>Хоменчук М.О.</i> ЛЮДИНОВИМІРНИЙ СМИСЛ СУЧАСНОЇ ФАРМАЦІЇ: ЧИ МОЖЕ РОЗВИТОК ЛІКІВ ЗАЛИШИТИ ПАЦІЄНТІВ ЗА БОРТОМ?	37
<i>Цимбал А.Ю., Кузнецов П.П.</i> ФІЛОСОФІЯ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ: ПРИНЦИПИ КОМУНІКАЦІЇ З РОДИНАМИ ДІТЕЙ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ	38
<i>Череп А.В., Воронкова В.Г., Череп О.Г.</i> ІНТЕГРАЦІЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В ЦИФРОВУ МЕДИЦИНУ: ІННОВАЦІЙНІ РІШЕННЯ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	39

СЕКЦІЯ 2. ПРОБЛЕМА ЛІКАРЯ-ВИКЛАДАЧА – ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ТА ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ

<i>Vasylenko H.V.</i> THE USE OF PROBLEM-BASED LEARNING (PBL) IN PATHOPHYSIOLOGY EDUCATION AS A THEORETICAL FRAMEWORK FOR CULTIVATING CLINICAL THINKING	42
<i>Vizir V.A., Demidenko O.V., Sodomov A.S., Prykhodko I.B.</i> EXPLORING COLLABORATIVE OPPORTUNITIES WITH CHATGPT AI IN TEACHING CLINICAL SUBJECTS FOR UNDERGRADUATE AND POSTGRADUATE MEDICAL EDUCATION	46

<i>Губка В.О., Головка М.Г., Гайдаржі Є.І., Охріменко Г.І., Вайло Ю.М. ПРОБЛЕМА ЛІКАРЯ-ВИКЛАДАЧА – ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ТА ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ...</i>	48
<i>Іванченко О.З., Мельнікова О.З. РОЛЬ НАВЧАЛЬНИХ ЕКСКУРСІЙ У ПІДВИЩЕННІ ПРОФЕСІЙНОЇ МОТИВАЦІЇ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ФАКУЛЬТЕТІВ</i>	48
<i>Корнєєва О.М. ВИКОРИСТАННЯ МНЕМОНІЧНИХ ПРИЙОМІВ ПРИ ВИВЧЕННІ МЕДИЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ</i>	50
<i>Куліченко А.К., Чугін С.В. COIL ЯК ІННОВАЦІЙНИЙ ПІДХІД В МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ ...</i>	51
<i>Kucher T.V. GROUP DISCUSSION IN A SMALL SETTING AS PART OF THE TEAM-BASED LEARNING STRATEGY: A POTENTIAL METHOD FOR DISTANCE LEARNING IN PHARMACOLOGY</i>	53
<i>Левчук-Воронцова Т.О., Михайлюк Є.О. ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ У ВИКЛАДАННІ ПЕДІАТРІЇ НА ЕТАПІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ</i>	56
<i>Марушко Ю.В., Бовкун О.А., Дмитришин О.А., Хомич О.В. ОСОБИСТІСНО-ОРІЄНТОВАНИЙ ПІДХІД ДО СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ</i>	57
<i>Марушко Ю.В., Дмитришин Б.Я., Єсипова С.І., Бовкун О.А., Дмитришин О.А. АКТУАЛЬНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ mhGAR У НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ ТА ЛІКАРІВ -ІНТЕРНІВ НА КАФЕДРІ ПЕДІАТРІЇ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ</i>	59
<i>Мельнікова О.З., Іванченко О.З. ВИКОРИСТАННЯ БІОФІЗИЧНИХ МОДЕЛЕЙ ФІЗІОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ ОСВІТНИХ ПРОГРАМ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ</i>	61
<i>Мікаєлян Г.Р. СТВОРЕННЯ ІНТЕРАКТИВНОГО НАВЧАЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА У ДИСТАНЦІЙНІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ ЗА ДОПОМОГОЮ ГРАФІЧНИХ ІНСТРУМЕНТІВ</i>	62
<i>Онїщенко Т.Є., Корнієнко О.О., Рябоконт О.В. ІННОВАЦІЙНІ ОСВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ЗВО</i>	63
<i>Рижов О.А. КОГНІТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ НАВЧАННЯ В СИСТЕМІ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В ЕПОХУ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ</i>	65
<i>Самойленко О.В. СОЦІАЛЬНИЙ ІНТЕЛЕКТ ЯК СКЛАДОВА УСПІШНОГО НАВЧАННЯ У ЗАКЛАДІ ВИЩОЇ ОСВІТИ МЕДИЧНОГО СПРЯМУВАННЯ</i>	66
<i>Ureczky, E. EXPERIENCES WITH TEACHING MEDICAL ANTHROPOLOGY TO AN INTERNATIONAL GROUP OF MEDICAL STUDENTS IN HUNGARY</i>	68

СЕКЦІЯ 3. РОЗУМІННЯ РОЛІ, ЗНАЧЕННЯ, РІВНЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ТА ЦІННОСТІ ЛІКАРЯ СУЧАСНИМ СУСПІЛЬСТВОМ (ГЛОБАЛІЗОВАНИЙ СВІТ ТА УКРАЇНСЬКІ РЕАЛІЇ)

<i>Звягіна Г.О., Потоцька О.І. РОЛЬ ТА ЗНАЧЕННЯ ЛІКАРІВ У СУЧАСНИХ УКРАЇНСЬКИХ РЕАЛІЯХ</i>	69
<i>Котелевець В.В. РОЗУМІННЯ РОЛІ, ЗНАЧЕННЯ, РІВНЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ТА ЦІННОСТІ ЛІКАРЯ СУЧАСНИМ СУСПІЛЬСТВОМ</i>	71
<i>Котлова Ю.В., Великанова Т.В. ЛІКАРСЬКА ПОМИЛКА ЯК ФІЛОСОФСЬКИЙ ФЕНОМЕН</i>	73
<i>Oliynik A., Solianenko O. FEATURES OF PHYSICIAN - PATIENT COMMUNICATION IN GREAT BRITAIN</i>	74

СЕКЦІЯ 4. МАЙБУТНЄ МЕДИЦИНИ: СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКЕ ПРОГНОЗУВАННЯ

<i>Ангеловський А.В. ІНТЕГРАЦІЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ ТА РОБОТОТЕХНІКИ В МЕДИЦИНУ: МЕТОДОЛОГІЧНІ СМИСЛИ МАТЕРІАЛІСТИЧНОГО ПІДХОДУ</i>	76
--	----

<i>Крашевський А.В.</i> ВИКОРИСТАННЯ В МЕДИЦИНІ НЕЙРОКОМП'ЮТЕРНИХ ІНТЕРФЕЙСІВ: СВІТОГЛЯДНО-ЕТИЧНИЙ ПОГЛЯД	77
<i>Рудько Н.П., Іванченко Д.Г., Крісанова Н.В.</i> СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКІ ВИКЛИКИ ТА МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ МЕДИЦИНИ МАЙБУТНЬОГО	78
<i>Уварова О.О., Нігрецкул В.В.</i> ЩО СПОНУКАЄ АБІТУРІЄНТІВ ОБИРАТИ МЕДИЧНІ СТУДІЇ: МОТИВАЦІЯ ТА ІМІДЖ ПРОФЕСІЇ	79
<i>Фроленко А.М.</i> ВІДНОСИНИ ЛІКАРЯ-ПАЦІЄНТА І ЗАСТОСУВАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В МЕДИЦИНІ	80

СЕКЦІЯ 5. ДІТИ І ВІЙНА

<i>Боярська Л.М., Герасімчук Т.С.</i> ВПЛИВ ВІЙНИ НА МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ	83
<i>Іванько О.Г.</i> КВАДРОБІНГ – ЦЕ НЕ ТІЛЬКИ БІГ НАВКАРАЧКИ	84
<i>Курочкін М.Ю., Давидова А.Г., Капустін С.А.</i> РЕАБІЛІТАЦІЯ ВАЖКОХВОРОЇ ДИТИНИ: МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ	85
<i>Пацера М.В.</i> ДІЇ БАТЬКІВ ХВОРОЇ ДИТИНИ ПОЗА МЕЖАМИ УКРАЇНИ	86
<i>Редько І.І.</i> БЕЗПЕКА ТА ЗАХИСТ ДІТЕЙ В УМОВАХ ВІЙНИ	87
<i>Цупікова О.А.</i> ВПЛИВ ВІЙНИ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ	89

СЕКЦІЯ 6. ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ

<i>Haidai N.V., Shapoval O.S., Serhiienko M.Yu., Deinychenko O.V., Onopchenko S.P.</i> PRACTICE-ORIENTED TRAINING OF STUDENTS IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN A BLENDED LEARNING FORMAT	90
<i>Губка В.О., Вільданов С.Р., Гайдаржі Є.І., Головка М.Г.</i> ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ КУРСІВ ЗА ВИБОРОМ ДЛЯ СТУДЕНТІВ-ВИПУСКНИКІВ НА КАФЕДРІ ГОСПІТАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ	91
<i>Дуюн І.Ф.</i> ВИКОРИСТАННЯ ОСВІТНІХ ОНЛАЙН-ПЛАТФОРМ ЯК ЗАПОРУКА УСПІШНОГО ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ У НАДЗВИЧАЙНИХ УМОВАХ	92
<i>Земляний Я.В., Земляна Н.А.</i> ОСОБЛИВОСТІ ВІДПРАЦЮВАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК ПРИ ВИКЛАДАННІ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	94
<i>Кандибей В.К.</i> РОЛЬ ВИКЛАДАЧА В ПОБУДОВІ МОРАЛЬНО-ЕТИЧНИХ І ПРОФЕСІЙНИХ ЯКОСТЕЙ МАЙБУТНІХ МЕДИКІВ	95
<i>Козиряцька С.А.</i> ВИКЛАДАННЯ ЕЛЕКТИВНОГО КУРСУ «ОСНОВИ ХРИСТІЯНСЬКОЇ ЕТИКИ І МОРАЛІ» СТУДЕНТАМ МЕДИЧНИХ ЗВО ЯК СКЛАДОВА ГУМАНІСТИЧНОГО ПІДХОДУ В ОСВІТІ	96
<i>Крупей К.С.</i> ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ «МІКРОБІОЛОГІЇ, ВІРУСОЛОГІЇ ТА ІМУНОЛОГІЇ» В УМОВАХ ВІЙНИ: ІНТЕГРАЦІЯ НАУКОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС	98
<i>Лукіна Г.М.</i> ПЕРЕВАГИ ТА ВИКЛИКИ ВИКОРИСТАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ТА ДИСТАНЦІЙНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ У МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ УКРАЇНИ НА ТЛІ ВОЄННОГО СТАНУ	100
<i>Марушко Ю.В., Бойко Н.С.</i> МИСТЕЦТВО СПІЛКУВАННЯ В НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ	102
<i>Масік Н.П.</i> ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПЕДАГОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ НА КАФЕДРІ КЛІНІЧНОГО ПРОФІЛЮ В СУЧАСНИХ УМОВАХ	104
<i>Мурзіна О.А.</i> ФАКТОРИ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ЯКІСТЬ ДИСТАНЦІЙНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ	105
<i>Назаренко О.В., Солов'юк О.О.</i> СПІЛКУВАННЯ ЯК КЛЮЧОВИЙ ЕЛЕМЕНТ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ СЬОГОДЕННЯ	106

<i>Недельська С.М., Мазур В.І.</i> ПЕДАГОГІЧНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ VI КУРСУ ПРИ ВИВЧЕННІ «ПЕДІАТРІЇ» ПРИ ДИСТАНЦІЙНІЙ ФОРМІ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ	108
<i>Сидоренко О.В.</i> ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ У СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ»	109
<i>Соляненко О.Л.</i> АКТУАЛЬНІСТЬ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ У МЕДИЧНИХ ЗВО	110
<i>Соляник О.В.</i> СИМУЛЯЦІЙНЕ НАВЧАННЯ З ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДІАТРІЇ	111
<i>Строгонова Т.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ДИСТАНЦІЙНОГО ВИКЛАДАННЯ ВИЩОЇ МАТЕМАТИКИ І СТАТИСТИКИ У МЕДИЧНИХ ЗВО	112
<i>Трегуб С.Є.</i> ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ В МЕДИЧНИХ ЗВО	113
<i>Федько О.Ю.</i> ОСОБЛИВОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ ПОЧАТКОВОГО ЕТАПУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	114
<i>Щербак В.В., Пода О.А., Ткаченко О.Я., Бубир Л.М., Олійніченко М.О., Климко Д.О., Рубан Ю.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ДЛЯ ЗДОБУВАЧІВ МІЖНАРОДНОГО ФАКУЛЬТЕТУ НА КАФЕДРІ ПЕДІАТРІЇ №2 ПДМУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	115

СЕКЦІЯ 7. МЕДИЦИНА В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВІЙНИ

<i>Волосовець О.П., Волосовець А.О.</i> ДЕФІЦИТ МЕДИЧНИХ КАДРІВ В УКРАЇНІ В ЧАСИ ВІЙНИ	121
<i>Амма А.В.</i> ТРАНСФОРМАЦІЯ КОМУНІКАТИВНИХ СТРАТЕГІЙ ЛЮДИНИ У ВІРТУАЛЬНОМУ ПРОСТОРІ В ІНТЕРПРЕТАЦІЇ М. МАК-ЛЮЕНА	124
<i>Денисенко В.В.</i> СИНДРОМ УЛІССА: МІГРАЦІЯ, ПСИХОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ ТА ОСОБИСТІСНІ РЕСУРСИ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ	126
<i>Гречка Я.С., Черненко О.Є.</i> ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ	128
<i>Іріюглу Ю.О.</i> СУСПІЛЬНІ АСПЕКТИ ПИТАНЬ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я В СУЧАСНІЙ УКРАЇНІ	129
<i>Кочуровська А.О., Лукашенко Л.В.</i> МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ	131
<i>Моргунцов В.О.</i> МЕДИЦИНА ЯК ЗРАЗОК ТРАНСФОРМАЦІЙНИХ ЗМІН В УМОВАХ ВІЙНИ ТА РІЛЬ ОСОБИСТОСТІ В СИСТЕМІ ЗМІН	134
<i>Підкова В.Я., Зелезінська Н.Я., Катрич Ю.О.</i> СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ТА МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ТА МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ В УМОВАХ ВІЙНИ	136
<i>Семененко А.А.</i> ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ УКРАЇНЦІВ	138
<i>Сметаніна К.І., Матвійчук В.С., Півнюк М.І.</i> ФАРМАЦЕВТИЧНА ДОПОМОГА ПРИ НАЯВНОСТІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ТРАВМОЮ ТА СТРЕСОМ	139
<i>Siusiuka V.H., Pavliuchenko M.I., Soloviova N.M., Kyrychenko M.M.</i> PREGNANCY DURING MILITARY AGGRESSION: FEATURES OF PSYCHO-EMOTIONAL DISORDERS AND THEIR CONSEQUENCES	141
<i>Усачова О.В., Денискова О.М., Сіліна Є.А.</i> ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ТА ПРОБЛЕМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ В УКРАЇНІ	142
<i>Харун І.Л.</i> ЗВИЧНЕ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ: МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД	144

СЕКЦІЯ 8. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ БІОЕТИКИ. ПРОБЛЕМА ТІЛЕСНОСТІ. ФІЛОСОФІЯ ПРОФІЛАКТИКИ

<i>Марков Ю.І.</i> ПРОФЕСІЙНІ ОБОВ'ЯЗКИ ТА ЕТИЧНІ ІМПЕРАТИВИ У ДІЯЛЬНОСТІ АНЕСТЕЗІОЛОГА	147
<i>Алієва О.Г., Потоцька О.І., Таврог М.Л., Громоковська Т.С., Макєєва Л.В., Попазова О.О.</i> ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ЕМБРІОЛОГІЇ ЛЮДИНИ В КУРСІ ГІСТОЛОГІЇ, ЦИТОЛОГІЇ ТА ЕМБРІОЛОГІЇ В МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ	150
<i>Бельдій О.В.</i> ПРОБЛЕМА ТІЛА ЯК «НЕВЕРБАЛЬНОГО МОВЦЯ» В КОНТЕКСТІ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ	153
<i>Білай І.М., Білай А.І., Білай С.І.</i> ФІЛОСОФІЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПОБІЧНОЇ ДІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	156
<i>Бойко А.І., Бородай О.Д.</i> СУЧАСНІ КОННОТАЦІЇ ПРОБЛЕМИ ВИБОРУ: МІЖ СВОБОДОЮ ТА ПАРАЛІЧЕМ	157
<i>Бойченко Н.М.</i> ТЕХНОЛОГІЧНА ТІЛЕСНІСТЬ І МЕЖІ ЛЮДСЬКОГО: ФІЛОСОФСЬКІ ТА ЕТИЧНІ АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ	159
<i>Волошина К.С., Подкупко Т.Л.</i> ПРЕВЕНТИВНА МЕДИЦИНА ЯК ФІЛОСОФСЬКА КОНЦЕПЦІЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я	161
<i>Дейнега В.А.</i> ТРИВАЛЕ ГРУДНЕ ВИГODOVУВАННЯ – ЗАПОРУКА ЩАСЛИВОГО ЖИТТЯ	162
<i>Денисенко В.В., Денисенко С.А.</i> ДІТИ ФЕЙ: ОЗНАКИ АУТИЗМУ У ДІТЕЙ У ФОЛЬКЛОРНИХ ДЖЕРЕЛАХ	164
<i>Dierckxsens G.</i> HEALTH CARE AS PARTICIPATORY SENSE-MAKING: AN ENACTIVE PERSPECTIVE ON RELATIONS BETWEEN PATIENTS AND HEALTH CARE PROVIDERS	166
<i>Feeney, O.</i> DISABILITY, SELECTION & GENOME EDITING: RETHINKING (NON) IDENTITY - AFFECTING DEBATES	166
<i>Кравченко В.Ю., Кравченко О.Ю.</i> МОРАЛЬНІ ТА ПРОФЕСІЙНІ АСПЕКТИ ПРАВДИВОСТІ В СИСТЕМІ СУЧАСНОЇ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ	167
<i>Недельська С.М., Лямцева О.В.</i> ВПЛИВ АТОПІЧНОГО ДЕМАТИТУ НА ПСИХІКУ ДІТЕЙ: РОЗДУМИ ДИТЯЧОГО АЛЕРГОЛОГА	169
<i>Михайловська Н.С., Мануйлов С.М.</i> ФІЛОСОФІЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ В СУЧАСНИХ РЕАЛІЯХ СЬОГОДЕННЯ	170
<i>Перегінець М.М., Черненко О.Є.</i> СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПИТАННЯ ФІЛОСОФІЇ ПРОФІЛАКТИКИ	172
<i>Рябоконт О.В., Корнієнко О.О., Саліонов В.О., Оніщенко Т.С.</i> ВИБІРКОВІ ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я СЕРЕД МОЛОДІ В УМОВАХ ВІЙНИ..	173
<i>Самойленко О.В., Хитрук К.О.</i> АРТ-ТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ	175
<i>Самура Б.Б., Чорна І.В., Самура Т.О., Панасенко М.О.</i> ЕТИКА І ДЕОНТОЛОГІЯ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЛЕЙКЕМІЇ	176
<i>Сенетий Д.П.</i> ПРОБЛЕМА ВИЗНАЧЕННЯ КРИТЕРІЮ СМЕРТІ ЛЮДИНИ У СУЧАСНІЙ БІОЕТИЦІ	178
<i>Sevcenco N., Guzenko N.</i> ETHICAL CONSIDERATIONS IN DENTAL EXAMINATION OF CHILDREN WITH CYSTIC FIBROSIS	180
<i>Sevcenco N., Saidacari C.</i> THE ROLE OF BACTERIAL PLAQUE IN THE DEVELOPMENT OF CATARRHAL GINGIVITIS IN CHILDREN	181
<i>Taylor, J.S.</i> BLOOD AND MONEY: WHY PLASMA DONORS SHOULD BE COMPENSATED	182
<i>Фіногенова К.Ю.</i> ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИЙ ВИМІР ФІЛОСОФІЇ СТОЇЦИЗМУ	182
<i>Чуча О.Г.</i> БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПАТОЛОГІЧНОЇ АНАТОМІЇ: ВИКЛИКИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ	184

СЕКЦІЯ 9. «МЕДИЦИНА 5Р» – НОВИЙ ПОРЯДОК ДЕННИЙ ДЛЯ ТЕХНОЛОГІЙ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МАЙБУТНЬОГО

<i>Варжапетян А.С.</i> ПРИНЦИПИ МЕДИЦИНИ 5-Р ПРИ ЛІКУВАННІ ОДОНТОГЕННИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ	186
<i>Витюк В.Р.</i> ЯК ОСОБИСТИЙ ДОСВІД ПАЦІЄНТА ВПЛИВАЄ НА РОЗУМІННЯ ХВОРОБИ ТА ЛІКУВАННЯ?	187
<i>Ганчева О.В., Грекова Т.А., Мельникова О.В., Каджарян Є.В., Ісаченко М.І., Данукало М.В.</i> ЗАСТОСОВНІСТЬ ТЕХНОЛОГІЧНИХ ІННОВАЦІЙ У ТРАНСФОРМАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДО МЕДИЦИНИ 5Р	188
<i>Овчаренко Л.С., Герасімчук Т.С.</i> ПАРАДИГМА 5Р У МЕДИЦИНІ ТА ЇЇ ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ВАКЦІНАЦІЇ	190
<i>Петріщев В.В.</i> 5Р МЕДИЦИНА: НОВА ПАРАДИГМА ВЗАЄМОВІДНОШЕНЬ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ МЕДИЦИНИ	192
<i>Серіков К.В.</i> ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАНІМАЦІЇ	193

СЕКЦІЯ 10. ЕКОЦИД ТА ЗЛОЧИНИ ПРОТИ ДОВКІЛЛЯ: БІОЛОГІЧНИЙ, МЕДИЧНИЙ ТА СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКИЙ АСПЕКТИ

<i>Турос О.І., Петросян А.А., Сидоренко О.О.</i> МЕДИЧНІ АСПЕКТИ РЕГУЛЮВАННЯ ЯКОСТІ ПОВІТРЯ У М. ЗАПОРІЖЖІ	197
<i>Karpenko, K.</i> BIOETHICAL CONTEXT OF ECOCIDE	199
<i>Крючко Т.О., Литус С.І., Климко Д.О., Олійніченко М.О., Рубан Ю.В.</i> ЗАБРУДНЕННЯ ПОВІТРЯ І ЙОГО НАСЛІДКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ПІД ЧАС ВІЙНИ	202
<i>Радіонов В.С.</i> СПАЛЮВАННЯ ВІДХОДІВ ЯК ФОРМА ЕКОЦИДУ	204
<i>Сініцина А.В., Рохман Б.М., Савчук О.І.</i> ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ЕКОЛОГІЧНОГО СВІТОГЛЯДУ В УМОВАХ ВИКЛИКІВ ВОЄННОГО СТАНУ ТА ЕКОЦИДУ	206

СЕКЦІЯ 11. ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ: «CONSUMOR ALIIS INSERVIENDO»

<i>Ковтун Н.М., Ковтун Ю.В.</i> ВІДЧУЖЕННЯ ВІД ПРОФЕСІЇ І ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ ПРАЦІВНИКІВ ОСВІТИ	211
<i>Гейченко К.І.</i> ПРОБЛЕМА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ «ВИКЛАДАЧ-СТУДЕНТ» У СИСТЕМІ МОВНОЇ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМЦІВ	212
<i>Кравченко Ю.В., Гнатенко С.А.</i> СИНДРОМ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРЯННЯ: ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ, СИМПТОМИ ТА СПОСОБИ ПОДАЛАННЯ	214
<i>Крючко Т.О., Литус С.І., Щербак В.В., Олійніченко М.О., Рубан Ю.В.</i> ПРОБЛЕМА ПРОФІЛАКТИКИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ	217
<i>Савченко Д.С.</i> ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ УКРАЇНИ: ФІЛОСОФСЬКІ ТА СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ	219
<i>Regel E.</i> NAVIGATING THE ETHICAL BATTLEFIELD: ADDRESSING MORAL DISTRESS, MORAL INJURY AND BURNOUT IN HEALTHCARE PROVIDERS DURING TIMES OF WAR	223
<i>Strzqdała, A.</i> POST-TRAUMATIC GROWTH AMONG HEALTHCARE WORKERS: EMPIRICAL STUDIES AND THEORETICAL MODEL	225
<i>Хоролец О.В.</i> ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ ЛІКАРІВ. ПРИЧИНИ, ПРОЯВИ ТА ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ	224

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

ВІД БІОЕТИКИ ДО ФІЛОСОФІЇ МЕДИЦИНИ

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

Шановні колеги, гості та учасники конференції!

Щиро вітаємо вас на нашій конференції, присвяченій темі, яка набуває все більшого значення у сучасному світі, – «СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ ТА ДЕОНТОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ».

У сучасному світі медицина вже давно перестала бути лише прикладною наукою, яка займається діагностикою, лікуванням і профілактикою захворювань. Вона перетворилася на комплексну дисципліну, яка стикається з безліччю етичних, соціальних і філософських питань. Від біоетики, що вивчає моральні аспекти медичної діяльності, до філософії медицини, яка досліджує її фундаментальні основи, цей перехід є надзвичайно важливим для розуміння як ролі медицини в суспільстві, так і її майбутнього розвитку.

Медицина – це не лише наука, а й мистецтво турботи про людину. За кожним медичним рішенням стоять не лише знання та технології, але й моральні дилеми, соціальні виклики та питання професійної відповідальності. Усе це вимагає від медичних працівників високого рівня не лише професіоналізму, але й етичної свідомості.

Наша конференція об'єднала спеціалістів із різних сфер – лікарів, науковців, етиків, юристів і соціологів. Разом ми спробуємо знайти відповіді на запитання:

- Як забезпечити баланс між технологічним прогресом і гуманістичними цінностями?
- Як розв'язувати моральні дилеми, що виникають у практиці сучасної медицини?
- Яким чином підтримувати довіру між лікарем і пацієнтом в епоху швидких змін?

Сьогодні ми обговоримо багато важливих питань, які презентують нове бачення біоетики, як морального фундаменту медицини, і питання філософії медицини, як пошук смислу майбутнього медицини.

Біоетика як наукова дисципліна виникла у другій половині ХХ століття у відповідь на виклики, пов'язані з розвитком біотехнологій, трансплантології, генетики та реанімаційної медицини. Проблеми, пов'язані з абортами, евтаназією, клонуванням чи експериментами на людях, вимагали розробки нових підходів до розв'язання моральних дилем. Біоетика намагається знайти баланс між технологічним прогресом і етичними принципами, такими як повага до людського життя, автономія пацієнта, справедливість і гуманність.

Важливим внеском біоетики є її здатність ставити під сумнів моральність медичних рішень і практик.

Саме тому наша конференція стане майданчиком для обговорення таких важливих питань, як етичність використання генетичних маніпуляцій для покращення фізичних чи інтелектуальних здібностей людини. Ці теми не лише знаходяться на межі науки та моралі, але й викликають жваві дискусії, що потребують глибокого аналізу та відкритого діалогу, який пропонує на нашій конференції Доктор Оліве Фіні із університету м. Тюбінген (Німеччина) (Feeney O., Researcher in Ethics and Governance of Genome Editing, Institute of Ethics and History of Medicine, University of Tübingen, Germany), презентуючи доповідь «Інвалідність, відбір і редагування геному: переосмислення (не)ідентичності – вплив на дебати» (Disability, Selection & Genome Editing: Rethinking (non) identity - affecting debates).

В рамках нашої конференції будуть розглянуті питання справедливого розподілу обмежених медичних ресурсів і підготовки медичних кадрів в умовах сучасної України, що вимагають не лише практичних рішень, а й переосмислення етичних засад медицини. Саме

на цьому ґрунті виникає необхідність формування нових біоетичних теорій, які здатні врахувати як соціальні реалії, так і моральні принципи у сфері охорони здоров'я.

Прикладом формування нової біоетичної теорії як «Біоцентрична та екоцентрична етика» можуть слугувати пошуки українських науковців *Ковальова Олексія*, який презентує доповідь «Пріоритети боротьби з раком в Україні під час та після війни» (Ковальов О.О., професор, завідувач кафедри онкології та онкохірургії Запорізький державний медико-фармацевтичний університет), *Турос Олени* «Медичні аспекти регулювання якості повітря у м. Запоріжжі. (Турос О.І., професор, заступниця директора з наукової роботи ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМНУ») та багато інших наших колег, які своєю науковою роботою і презентованою тематикою, створюють простір філософії медицини, як простору нових сенсів розвитку майбутнього медицини.

Філософія медицини займається аналізом фундаментальних питань, які стоять за практикою та теорією медицини. Вона розглядає не тільки те, як лікувати, але й чому ми лікуємо, що означає бути здоровим, а що – хворим. Одним із ключових понять філософії медицини є природа хвороби. Хвороба не завжди є просто фізіологічним відхиленням; вона може мати соціальні, психологічні та навіть екзистенційні аспекти.

І тому, в рамках нашої конференції презентовані цікаві і глибокі теми, які, розкривають питання сучасної медицини, що часто стикається з хронічними захворюваннями, які неможливо повністювилікувати, але можна управляти їхніми симптомами. У цьому контексті виникає питання: чи є здоров'я лише відсутністю хвороби, чи це більш широкий стан благополуччя, що включає фізичний, психічний і соціальний аспекти? Це питання не тільки практичне, але й філософське, оскільки воно змушує нас переглянути наші уявлення про те, що таке здоров'я. І тому філософія ментального здоров'я, медичної профілактики, стає провідним трендом розвитку сучасної парадигми медицини «5Р»: де персоніфікована, превентивна, партисипативна, профілактична медицина доповнюється ще однією характеристикою, це – позитивність.

Позитивна медицина з'являється у відповідь на необхідність розширення традиційного підходу до охорони здоров'я, що здебільшого фокусується на лікуванні хвороб і зниженні ризиків. Вона спрямована на створення умов для повного фізичного, психічного та соціального благополуччя людини.

Основними принципами позитивної медицини ми можемо назвати:

1. Профілактика замість лікування. Позитивна медицина приділяє особливу увагу профілактиці захворювань, сприяючи здоровому способу життя та підвищенню обізнаності пацієнтів про фактори, що впливають на їхнє здоров'я.
2. Фокус на благополуччі. Здоров'я визначається не тільки як відсутність хвороби, але й як стан гармонії між тілом, розумом і соціальним середовищем. Позитивна медицина націлена на підтримку цієї гармонії.
3. Індивідуалізований підхід. Кожна людина унікальна, тому позитивна медицина враховує індивідуальні потреби, генетичні особливості, спосіб життя і соціальні умови пацієнта.
4. Соціальна відповідальність. Позитивна медицина визнає важливість соціального середовища для здоров'я. Вона спрямована на подолання нерівності в доступі до медичних послуг і створення сприятливих умов для всіх.

Отже, в рамках нашої конференції в широкому колі представлена тематика, що формує позитивну медицину сучасності, яка дозволяє перейти від реактивного до проактивного підходу в охороні здоров'я. Вона сприяє не лише збільшенню тривалості життя, а й підвищенню його якості. Її ключове завдання – допомогти людям розкрити свій потенціал і жити повноцінним, здоровим життям.

Запропоновані теми конференції відкривають нові горизонти для медицини майбутнього, акцентуючи увагу на турботі, профілактиці та особистісному розвитку кожної людини.

Хоча біоетика та філософія медицини є різними дисциплінами, вони мають багато точок перетину. Біоетика часто розглядає практичні етичні питання, які виникають у медицині, але для їхнього вирішення потрібне глибше філософське осмислення. Наприклад, запровадження нових біоетичних теорій турботи, постгуманізму, етики відповідальності, не можуть бути вирішені без філософського аналізу понять життя, смерті та автономії особистості, розуміння гідності і поваги до людини.

Так само філософія медицини часто звертається до біоетики, щоб зрозуміти, як філософські принципи можуть бути застосовані до конкретних медичних ситуацій. Наприклад, концепція справедливості у філософії знаходить своє практичне відображення у біоетиці через обговорення доступності медичних послуг для різних верств населення.

Зі швидким розвитком медичних технологій і змін у суспільстві питання, які розглядають біоетика та філософія медицини, стають дедалі складнішими. Чи повинна медицина прагнути до покращення людських можливостей або обмежуватися лікуванням хвороб? Як штучний інтелект і роботизація змінять стосунки між лікарем і пацієнтом? І чи є морально прийнятним використання новітніх технологій, таких як CRISPR, для зміни генетичного коду людини?

Відповіді на ці питання і породжують шлях «Від біоетики до філософії медицини», який дозволяє глибше зрозуміти не лише медичну практику, але й людське життя в цілому. Біоетика дає нам інструменти для вирішення моральних дилем, а філософія медицини допомагає побачити ширший контекст, у якому існує медицина. Разом вони формують основу для гуманної, етичної та ефективної медицини, яка служить на благо кожної людини і суспільства загалом.

РОЛЬ СУСПІЛЬНО-ГУМАНІТАРНОЇ СКЛАДОВОЇ ПІДГОТОВКИ ЗДОБУВАЧА У ФУНКЦІОНУВАННІ ВНУТРІШНЬОЇ СИСТЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ОСВІТИ

*Моргунцова Світлана Андріївна, проректор з науково-педагогічної, навчальної
роботи та якості освіти, кандидат біологічних наук, доцент;
Школова Олена Петрівна, керівник навчального відділу,
Дмитрієв Вадим Сергійович, керівник Центру дистанційної освіти і телемедицини
та якості освіти, кандидат технічних наук;
Ганошенко Юрій Анатолійович, керівник навчально-методичного відділу,
кандидат філологічних наук, доцент,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Криза традиційних патернів безумовної довіри населення до медичного та фармацевтичного працівника в сучасному суспільстві, пошук альтернативних шляхів лікування у плюралістичних потоках інформаційного простору, некритичне засвоєння специфічного образу медика з маскультурної квазіреальності багато в чому визначають проблеми наукового осмислення ціннісної картини підготовки працівника сфери охорони здоров'я, компетентності якого відповідали би мінливій метамодерній соціальній реальності. У сфері соціальної взаємодії по-новому актуалізуються не лише суто фахові компетентності, але й ціла низка софт-скілз, специфічних загальних внутрішніх можливостей, що дадуть змогу швидше адаптуватися до змінного соціального середовища. Софт-скілз, зокрема, виявляють здатність до успішного налагодження міжособистісного контакту, результативної комунікативної взаємодії, яка й сформує ті канали, що дадуть змогу успішно транслювати власне професійні знання без ризику їх неприйняття чи спотворення. При цьому залучається цілий комплекс різноманітних компетентностей психологічних (емпатичність, емоційний інтелект, реакція на поведінкові зміни, діагностика типологічних характеристик особистості), педагогічних (вміння мотивувати, структурувати інформацію, спрямовувати засвоєння пацієнтом нового досвіду, вміння організовувати командну роботу), мовно-комунікативних (володіння тональністю й силою голосу, правильне логічне наголошення,

ефективна паузність, мовленнєві засоби переконливості, володіння різними стилістичними реєстрами) та загальнокультурних (апеляція до різного культурного досвіду, створення спільної атмосфери залученості, спільних форм ідентичності).

Тому питання забезпечення якості освіти ЗВО медичного чи фармацевтичного спрямування як комплексний інтегративний процес обов'язково включає в себе питання моніторингу та покращення освітнього процесу формування загальних соціальноорієнтованих компетенцій, що відповідають сучасним і майбутнім запитам суспільства. Вирішення цього питання передбачає розвиток освітніх технологій (в широкому розумінні) в бік їхньої дедалі більшої гуманітаризації, що передбачає рух у двох напрямках: по-перше, це інтеграція гуманітарної складової в спеціальні клінічні дисципліни; по-друге, створення за допомогою оптимізації роботи кафедр суспільно-гуманітарного спрямування особливого культурно-освітнього середовища ЗВО. Лише поєднання цих двох підходів дасть змогу якісного формування професійно значимих рис особистості.

Для успішної інтеграції багатоспрямованих векторів розвитку софт-скілз здобувачів до освітнього процесу передбачає подолання проблеми неочевидності гуманітарної складової освітнього процесу та сумніви щодо доцільності виділення в освітньо-професійних програмах необхідної кількості годин і кредитів обов'язкового та вибіркового компоненту для дисциплін гуманітарного спрямування, які зорієнтовані саме на формування парадигми загально-соціальної компетентнісної складової професійної діяльності лікаря чи фармацевта. Варто зазначити, що внаслідок специфічних професійних функцій працівника галузі «Охорона здоров'я» (доступ до життя і здоров'я громадян, зміна соціальних тенденцій з лікування хвороби на лікування людини, комплекс заходів з впровадження принципів турботи про ментальне здоров'я тощо) гуманітарна підготовка медика суттєво відрізняється від гуманітарної підготовки фахівця іншого профілю, оскільки включає в себе цілий комплекс біоетичної підготовки, яка розвивається на перетині гуманітарно-філософського знання та природничих наук. Тому важливим кроком покращення якості освіти має стати посилення принципу гуманітаризації фахових знань – подальше впровадження до планування та практики навчання здобувачів на медико-теоретичних та клінічних кафедрах додипломного та післядипломного етапів гуманітарної компоненти, зокрема впровадження принципів mhGAP (концепції ментального здоров'я) як стратегії практичної підготовки до роботи з пацієнтом. Також важливим елементом гуманітаризації фахового знання є створення з кафедрами суспільно-гуманітарного профілю спільних наукових (конференції, круглі столи, міждисциплінарні публікації тощо) та виховних (долучення до громадських ініціатив, волонтерство, різні активності дозвільного типу) заходів.

Тому функціонування внутрішньої системи забезпечення якості вимагає розбудови чіткої архітектури освітнього процесу, у якій суспільно-гуманітарна складова підготовки здобувача медичної і фармацевтичної галузі посідає належне місце в процесі формування не лише системи фахових знань, умінь, навичок, але й розвиток специфічних соціально значимих рис і компетенцій особистості, які відповідають сучасним вимогам до професійної діяльності.

ФІЛОСОФІЯ МЕДИЦИНИ У ШВЕЙЦАРІЇ: ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ

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

Філософія медицини у Швейцарії має певні традиції, розвиток яких у другій половині 20-го століття був пов'язаний з творчістю та викладанням видатного німецького та швейцарського філософа і медика Карла Ясперса (1883–1969). Після Другої світової війни, в 1948 р. він прийняв рішення перейти з німецького Гайдельберга на професорську посаду до швейцарського Базеля. Весь свій творчий шлях, зокрема й під час швейцарського періоду,

цей мислитель присвятив плідному поєднанню природознавчих та гуманітарних наук, побудові «мосту між медициною та філософією» на благо всього людства. Про це свідчить вшанування його пам'яті, зокрема й створення «професорської кафедри імені Карла Ясперса з філософських основ психіатрії» у Гайдельберзькому університеті у 2010 р. [2].

З одного боку, Карл Ясперс був автором таких важливих праць з медицини та психології, як «Феноменологічний напрямок досліджень у психопатології» (1912), «Загальна психопатологія. Посібник для студентів, лікарів та психологів» (1913; 9-те вид., 1973), «Психологія світоглядів» (1919), «Сутність і критика психотерапії» (1955). З іншого боку, великим внеском до філософської спадщини, зокрема й до історії філософії, були його праці: «Розум та існування/екзистенція» (1935), «Ніцше. Вступ до розуміння його філософствування» (1936), «Декарт і філософія» (1937), «Екзистенційна філософія» (1938), «Про істину» (1947), «Філософська віра» (1948), «Великі філософи» (1957) та ін. В своїх публікаціях цей видатний мислитель намагався поєднати медичні та філософські знання з метою подолання травматичних та кризових станів людини в «граничних/межових ситуаціях», зокрема й шляхом запропонованого ним «екзистенційного просвітлення» (die Existenzerhellung) [1, S. 39].

Праці Карла Ясперса, а також сучасних авторів широко використовуються у викладанні курсів з філософії медицини у швейцарських університетах (Берн, Базель, Женева, Люцерн та інші). Серед нових публікацій, котрі слугують посібниками та навчальними матеріалами у викладанні філософії медицини, слід назвати книгу «Чому медицина потребує філософії. Для всебічного розуміння хвороби та здоров'я» (2020), автором якої є доктор медицини Беат Гербер із Берна [3]. У структурному відношенні ця праця складається з трьох частин, котрі в свою чергу розподілені на 19 параграфів: «I. Експозиція», «II. Переживання хвороби», «III. Розуміння медицини». В першій частині серед іншого автор розглядає питання: «Медицина та філософія», «Здоров'я, хвороба, медицина та медикалізація», «Хвороба та аспект само-провини/власної провини». Друга частина актуалізує роздуми щодо питань: «Хворий та його хвороба», «Тілесність у філософії та медицині», «Вмирання та смерть» та ін. Нарешті, в третій частині мова йде про наступні питання: «Медицина – куди йдеш?», «Ситуативне нічого-нероблення в медицині», «Пошук цілого в медицині», «Альтернативні методи лікування. Якісне поняття», «Паліативний супровід», «Медицина для людини» тощо [3, S. 7–12].

Таким чином, Беат Гербер у цій праці охоплює цілий комплекс проблем, котрі перебувають на межі медицини та філософії. При цьому швейцарський фахівець наголошує: «Ця книга показує, що наша класична медицина буде ще більш успішною, якщо вона буде займатися не тільки найсучаснішими технологіями, але і вивченням філософських питань, що стосуються її завдань та цілей. Тут обговорюються найрізноманітніші теми в контексті медицини, ставляться під сумнів і філософськи осмислюються нібито зрозумілі речі, підкріплюються експертними знаннями і доповнюються особистими оцінками» [3, S. 13]. Вказана тематика аналізується автором в подвійному сенсі – як з медичної точки зору (оскільки він є медиком за освітою), так і з філософської точки зору на підставі результатів його навчання на курсах підвищення кваліфікації з філософії медицини.

Саме такі курси, як зауважує сам Беат Гербер, він пройшов при відомому Люцернському університеті [3, S. 13]. Мова йде про «мастер-курс» під назвою «Філософія + Медицина», який постійно викладається в Люцернському університеті, починаючи з осіннього семестру 2010 р. [4, S. 2]. Цей курс розрахований на цільову аудиторію діючих лікарів та інших представників сфери охорони здоров'я, котрі вже мають медичну освіту. У змістовному відношенні викладання курсу «Філософія + Медицина» охоплює сім наступних модульних тем: 1. Вступ. Філософія і методика, 2. Медична мова та наука, 3. Медична антропологія, 4. Здоров'я та хвороба, 5. Медицина та етика, 6. Медицина між людиною та ринком, 7. Саморозуміння професії лікаря [4, S. 4]. Таким чином, учасники цього курсу отримують досить широкий спектр знань на межі філософії та медицини.

Після успішного закінчення цього курсу учасники отримують сертифікат про підвищення кваліфікації (Certificate of Advanced Studies). Як наголошує керівниця даного курсу, швейцарська професорка Християна Шільдкнехт: «Філософія і медицина тематично завжди йшли рука об руку. Незалежно від того, чи йдеться про визначення тіла та духу, чи про контраст між науковою доцільністю та етичною відповідальністю – там, де діє медицина, у гру вступає філософія. Курс підвищення кваліфікації «Філософія + Медицина» враховує цей зв'язок і поєднує спеціальні знання медицини з орієнтаційними знаннями філософії. Це створило давно назрілу платформу для інтенсивного обговорення центральних та нагальних питань сучасної медицини» [4, S. 8].

Подібні курси підвищення кваліфікації з філософії медицини викладаються й у інших університетах Швейцарії. Наприклад, Цюрихський та Базельський університети пропонують сумісний спеціалізований «Курс з філософії для фахівців у медицині та психотерапії», який серед іншого має на меті «...забезпечити різний підхід до різноманітного досвіду та труднощів у повсякденній терапевтичній медичній практиці» [5]. Тут мова йде про викладання основного курсу (лекції досвідчених викладачів), семінарські заняття (читання та обговорення оригінальних філософських текстів) та завершальну письмову роботу учасників курсу, на підставі результатів яких видається відповідний сертифікат Цюрихського університету.

На завершення можна навести показову цитату із згаданої вище праці швейцарського фахівця Беата Гербера: «Медицина, яка розуміє себе виключно як природничо-наукову медицину і засоби якої є виключно технічними, є односторонньою і дуже редукціоністською медициною. Духовним, антропологічним і культурним цінностям, з яких складається людське буття, а також чисто біологічним, природничо-науковим аспектам в сучасній медицині приділяється занадто мало уваги, або взагалі не приділяється ніякої уваги. Медицина повинна служити людині в цілому, охоплювати її у всій повноті» [3, S. 26–27]. Отже, й це слід констатувати в якості *головного висновку*, сучасна медицина потребує філософії, тобто плідного поєднання різних підходів в рамках філософії медицини, про що свідчать новітні тенденції викладання у швейцарських університетах, котрі в свою чергу можуть слугувати певними орієнтирами й для українських університетів.

Список використаних джерел

1. Busche H., Fuchs Th. Zwei Philosophen der Medizin – Leibniz und Jaspers. Berlin: Springer, 2017. 44 S.
2. Eine Brücke zwischen Medizin und Philosophie. URL: <https://www.psychologie-aktuell.com/news/aktuelle-news-psychologie/news-lesen/eine-bruecke-zwischen-medizin-und-philosophie.html> (Last accessed: 31.01.2025).
3. Gerber B. Warum die Medizin die Philosophie braucht. Für ein umfassendes Verständnis von Krankheit und Gesundheit. Bern: Hogrefe Verlag, 2020. 384 S.
4. Informationen zum berufsbegleitenden Zertifikatslehrgang. CAS Philosophie + Medizin. Luzern: Universität Luzern, 2015. 8 S.
5. Lehrgang in Philosophie für Fachleute aus Medizin und Psychotherapie. URL: <https://entresol.ch/lehrgaenge/lehrgang-basel/> (Last accessed: 31.01.2025).

ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ ЦИФРОВОЇ МЕДИЦИНИ ПІД ВПЛИВОМ ТЕХНОЛОГІЙ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ

*Андрюкайтене Регіна, 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 дослідженні розглядаються основні тенденції трансформації цифрової медицини під впливом технологій штучного інтелекту на основі опитування, проведеного Jabil у 2018 році. У рамках дослідження Jabil було опитано представників різних компаній, щоб зрозуміти їхнє ставлення до цифрової трансформації, основні тенденції та виклики, пов'язані з використанням ШІ. Дослідження показало, що в їхній основі - зростання інтересу до ШІ, який швидко розвивається і за ним майбутнє медицини. Цифрова медицина та штучний інтелект мають значні перспективи свого розвитку, які стоять перед новими викликами, можливостями.

Ключові слова: трансформація, тенденції, цифрова медицина, штучний інтелект штучний інтелект

Abstract. The study examines the main trends in the transformation of digital healthcare under the influence of artificial intelligence technologies based on a survey conducted by Jabil in 2018. Jabil surveyed representatives of various companies to understand their attitudes towards digital transformation, the main trends and challenges related to the use of AI. The study showed that they are based on the growing interest in AI, which is rapidly developing and the future of medicine. Digital medicine and artificial intelligence have significant prospects for their development and face new challenges and opportunities.

Keywords: transformation, trends, digital medicine, artificial intelligence artificial intelligence

Розглянемо основні тенденції трансформації цифрової медицини під впливом технологій штучного інтелекту на основі опитування, проведеного Jabil у 2018 році, яке було присвячене вивченню впровадження технологій штучного інтелекту (ШІ) у цифрову медицину. У рамках дослідження Jabil було опитано представників різних компаній, щоб зрозуміти їхнє ставлення до цифрової трансформації, основні тенденції та виклики, пов'язані з використанням ШІ. В їхній основі - зростання інтересу до ШІ, адже більшість компаній активно розглядали можливості застосування ШІ для підвищення операційної ефективності. Відносно автоматизації виробництва багато респондентів підкреслили, що ШІ відіграє важливу роль в автоматизації складних виробничих процесів. Основними перешкодами на шляху впровадження технологій ШІ називалися: дефіцит кваліфікованих фахівців; високі витрати на розробку та інтеграцію; проблеми з обробкою та аналізом даних. Учасники опитування заявили, що в найближчі 3-5 років вони очікують значних змін у своїх галузі цифрової медицини завдяки ШІ, особливо в галузі аналітики, персоналізації та обслуговування клієнтів. Багато компаній висловлювали стурбованість питаннями безпеки даних при впровадженні ШІ. Ці результати показують, як у 2018 році бізнес готувався до масштабної цифрової трансформації, що продовжує залишатися актуальною в умовах сучасного розвитку технологій. Тільки 21% респондентів заявили, що рішення для цифрової охорони здоров'я їхніх компаній вступили в стадію виробництва, в той час як більш ніж половина компаній перебувають на стадії концепції, розроблення або проектування рішень для цифрової охорони здоров'я. У міру того, як постачальники медичних рішень починали

адаптуватися до нових норм, багато ідей стали дозрівати.. Сьогодні 44% постачальників рішень для охорони здоров'я заявляють, що їхні цифрові продукти для охорони здоров'я вже запуснені у виробництво, що більше, ніж удвічі перевищує показник 2018 року. Сучасні рішення в галузі цифрової охорони здоров'я досягли істотного прогресу в усьому світі. Китай, який постраждав від епідемії COVID-19, швидше застосовує нові технології в медичних послугах та управлінні громадською охороною здоров'я, як-от онлайн-діагностика та лікування, 5G, штучний інтелект, великі дані тощо, які стали в центрі уваги технології в боротьбі з епідемією. Цифрові медичні рішення відкрили нові можливості для розвитку перед обличчям величезної проблеми, пов'язаної з епідемією COVID-19. Однак для того, щоб інструменти та рішення цифрової охорони здоров'я були по-справжньому ефективними, на етапі розроблення необхідно розширювати зовнішнє співробітництво, щоб гарантувати, що користувачі зможуть отримати максимальну користь із рішень. Співпрацюючи із зовнішніми сторонами, користувачі зможуть не тільки відкрити і забезпечити сумісність між різними пристроями і платформами, але також допомогти просувати інновації в галузі інтелектуальних медичних пристроїв та інших рішень. Наприклад, дані про пацієнтів, отримані в результаті внутрішнього і зовнішнього співробітництва, допоможуть медичній промисловості зробити важливі прориви у галузі прогностичного аналізу і точної медицини, покращуючи ефективність лікування пацієнтів.

Медична екосистема, яка перебувала в застої протягом багатьох років, почала розвиватися, що призвело до трансформації медичної промисловості в бік цифрових медичних рішень, медична промисловість вступила в період енергійного розвитку. Стали виникати нові бізнес-моделі, засновані на управлінні медичними даними, моделі оплати послуг на основі вартості (VBC), персоналізована медицина. У царині цифрової охорони здоров'я пристрої, що використовуються для моніторингу, передавання та аналізу медичних даних, називаються Інтернетом медичних речей (IoMT). Пристрої IoMT можуть не тільки збирати дані з широкої екосистеми охорони здоров'я, зв'язуватися з постачальниками медичних послуг і вчасно втручатися, а й скорочувати непотрібні відвідування лікарень. З появою і застосуванням IoMT-обладнання медична галузь стала стрімко розвиватися. За даними опитування Jabil, 73% респондентів заявили, що почали впроваджувати канали отримання доходу на основі даних IoMT. Очікується, що модель охорони здоров'я, заснована на цифрових цінностях, зробить революцію у догляді за пацієнтами та інфраструктурі охорони здоров'я, проте ця модель вимагає великої кількості даних для підтвердження результатів лікування пацієнтів. Тому цифрові медичні продукти і дані пацієнтів, накопичені під час використання продуктів, особливо важливі для розвитку VBC. Групи споживачів медичних послуг все частіше стають ядром цифрової сфери, вони починають відстежувати та звертати увагу на стан свого здоров'я в режимі реального часу за допомогою таких додатків, як персональні пристрої та хмари здоров'я, а попит на персоналізовану медицину поступово зростає. За даними опитування, три чверті респондентів виявили велику стурбованість персоналізованою медициною. Факти довели, що медична галузь Китаю поступово розвивається в бік децентралізації медичних ресурсів [1, с. 10-13].

Нескінченним потоком стали виникати бізнес-моделі Інтернет+, такі як лікарні Інтернет+, платформи онлайн-консультацій, медицина, медичне страхування, медичні послуги та інші моделі. Модель медичного обслуговування трансформується в модель, орієнтовану на пацієнта. Цифрове медичне середовище Китаю поступово розвивається під впливом численних факторів стимулювання політики, економічного розвитку, соціального розвитку та технологічного вдосконалення. Згідно з результатами опитування Jabil, понад 90% респондентів сподіваються використати організаційні зміни для сприяння розробці власних стратегій та рішень у сфері цифрової охорони здоров'я. . Більше половини респондентів заявили, що формують нові команди з професійними навичками для проведення організаційних змін. Ще 44% респондентів заявили, що створюють організаційні структури, які сприяють глибокій співпраці. Водночас 41% респондентів заявили, що додають новий ланцюжок поставок і постачальників компонентів, орієнтованих на закупівлі

технологій.. Опитування показало, що майже всі постачальники рішень у сфері цифрової охорони здоров'я заявили, що вони зацікавлені у пошуку партнерів з багатогалузевим досвідом цифрової охорони здоров'я. Майже половина постачальників рішень для цифрової охорони здоров'я заявили, що їм потрібні партнери, які допоможуть вирішити питання регулювання, сертифікації та схвалення. 42% респондентів вважають, що в міру того, як ланцюжок постачань медичної продукції стає дедалі глобалізованішим і складнішим, їм потрібні партнери, які можуть надати їм професійні навички та знання в цій галузі. У міру підвищення рівня взаємозв'язку в медичній галузі обладнання ІоМТ і цифрові медичні платформи стануть основою медичної галузі в майбутньому. За допомогою обладнання ІоМТ і цифрових медичних платформ медичні компанії можуть виконувати прогностичний аналіз цифрового двійника кожного пацієнта, щоб створити більш персоналізовану медичну модель, засновану на цінності для пацієнтів. Цифрова медицина – це великий крок вперед у сфері медицини ХХІ століття. Розвиток вітчизняної клінічної цифрової медицини сьогодні йде повним ходом, яка вивела роботу цифрової клінічної медицини на новий рівень, що є провідною тенденцією розвитку цифрової клінічної медицини в Україні і світі. Наразі дослідження цифрової медицини в усіх країнах швидко розвивається і за ними майбутнє медицини. Цифрова медицина та штучний інтелект мають значні перспективи свого розвитку, представляють парадигму майбутнього цифрового розвитку медицини в умовах глобальної діджиталізації, значну роль відіграють інноваційні підходи в цифровій медицині, які стоять перед новими викликами, можливостями та перспективами. Трансформація цифрової медицини під впливом технологій штучного інтелекту – це майбутнє філософії медицини як інтелектуально-наукового проекту ХХІ століття [2, с. 231-234].

Список використаних джерел

1. Воронкова В.Г., Андрюкайтене Р. Тенденції розвитку філософії медицини ХХІ століття у контексті зарубіжного досвіду. Збірник матеріалів ІІІ Всеукраїнської науково-практичної 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. Нікітенко В.О., Воронкова В.Г., Олексенко Р.І. Медицина майбутнього у контексті філософського осмислення. Збірник матеріалів ІІІ Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (24-25 лютого 2022 року). Запоріжжя: ЗДМУ, 2022. С.231-234.

УДК: 004.8:61

ВПЛИВ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ НА РОЗВИТОК ЦИФРОВОЇ МЕДИЦИНИ: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД

*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 дослідженні розглядається вплив штучного інтелекту (ШІ) на розвиток цифрової медицини, аналізується міжнародний досвід його застосування. ШІ відіграє ключову роль у трансформації медицини, сприяючи вдосконаленню діагностики, лікування, персоналізованого підходу до пацієнтів, телемедицини та розробки лікарських препаратів. Наведено приклади успішного використання ШІ в різних країнах, таких як США, Ізраїль, Китай та Велика Британія. Зазначено основні переваги ШІ, включно зі зниженням витрат і

підвищенням точності медичних процесів, визначено ключові виклики, пов'язані з конфіденційністю даних та етикою.

Ключові слова: штучний інтелект, цифрові технології, цифрова медицина, міжнародний досвід.

Abstract. The study examines the impact of artificial intelligence (AI) on the development of digital medicine, and analyzes the international experience of its application. AI is playing a key role in the transformation of medicine, contributing to improvements in diagnosis, treatment, personalized approach to patients, telemedicine and drug development. Examples of successful use of AI in various countries, such as the USA, Israel, China and Great Britain, are given. The main advantages of AI are indicated, including the reduction of costs and the improvement of the accuracy of medical processes, and the key challenges related to data privacy and ethics are identified.

Keywords: artificial intelligence, digital technologies, digital medicine, international experience.

Цифрова медицина - це наука, яка застосовує сучасні цифрові технології для пояснення медичних явищ, вирішення медичних проблем, дослідження медичних механізмів та покращення якості життя. Це поєднання сучасної медицини та цифрових високих технологій. Це нова передова міждисциплінарна область, основною частиною якої є медицина, що охоплює інформатику, математику, інформатику, електроніку, машинобудування, біомедичну, інженерію, філософію та інші дисципліни. Суть цифрової медицини полягає у використанні цифрових високих технологій для підвищення рівня клінічної діагностики та лікування. Поняття цифрової медицини має широке і вузьке значення, і навіть різні його конотації. Поняття цифрової медицини у вузькому значенні відноситься до систематичної теорії, яка використовує сучасні цифрові технології для вирішення фундаментальних досліджень та завдань клінічного застосування в клінічній, базовій, профілактичній, традиційній медицині та інших медичних категоріях, покращення розуміння життєвих явищ та природи захворювань, а також покращення рівня діагностики та лікування, знань, технологій та методів. Широке поняття цифрової медицини, крім змісту вузької цифрової медицини, також включає дослідження, розробки та застосування цифрового медичного обладнання, будівництво цифрових лікарень, цифрове медичне управління та медичну інформатику. Ринок цифрової охорони здоров'я в останні роки переживає бум, є ще багато можливостей для зростання. Широке використання штучного інтелекту, широко адаптованої інфраструктури бездротового зв'язку для технології 5G, пристроїв, що носяться, та інших нових технологій запускає справжню цифрову революцію. Цифрова охорона здоров'я прискорюється, але доведеться пройти ще довгий шлях. Цифрова медицина - найактивніша та найпредставницькіша нова міждисциплінарна дисципліна, яка оновлює теорію, знання, технології та методи в галузі сучасної медицини. Вона застосовує нові теорії, новітні технології та новітні продукти сучасної науки, представлені інформатикою та інформатикою. медицина підриває деякі традиційні теорії, концепції, технології та методи, а також моделі та процедури діагностики та лікування. Наприклад, одним із прикладів є вплив цифрового людського тіла на традиційну медичну допомогу, наукові дослідження та навчання. Цифрове людське тіло технічно перетворює людські органи та тканини на двійкові коди. Після впорядкування та об'єднання з 0 і 1 воно може бути розпізнане та оброблене комп'ютерами та широко поширене через Інтернет [1, с. 39-41].

Суть технології штучного інтелекту полягає у висновках, заснованих на ймовірності, а ключ полягає у накопиченні даних. Його прорив є революційним, оскільки комп'ютери починають відходити від правил, створених людиною, і знаходити власні правила у величезних обсягах даних. Технологія штучного інтелекту має безліч функцій: введення зображення, виведення змісту зображення – це розпізнавання зображення, виведення змісту мови – це вхідна інформація датчика, виведення положення автомобіля – це; автоматичне керування. В останні роки технології штучного інтелекту швидко розвиваються багато в чому завдяки прориву в алгоритмах нейронних мереж. Ядром цього алгоритму є висновок ймовірності, який використовує вкладення незліченної кількості функцій, і в процесі роботи

існує «чорний ящик». Коли основні алгоритми та платформи мають відкритий вихідний код, чим більше високоякісних даних, тим ефективнішою буде нейронна мережа. Існує безліч сценаріїв застосування технології штучного інтелекту, але з погляду обсягу фінансування найважливішим сценарієм є лікування. У 2019 році глобальна сума фінансування «медицина +ШІ» досягла 4 мільярдів доларів США, що вдвічі більше, ніж друге місце в рейтингу «фінанси +ШІ».

Розвиток «медицини + П» відбувається поступово, і особи, які приймають рішення, повинні орієнтуватися на практичне застосування та поважати об'єктивні закони розвитку галузі. Великий обсяг якісних даних є фундаментом розвитку «медицина + П», але період будівництва цього фундаменту може бути досить тривалим. У цьому процесі електронні медичні записи відіграють ключову роль, оскільки вони містять великі клінічні дані та записи про досвід роботи та є важливим входом та джерелом медичних даних. Сполучені Штати залишалися на першому етапі розвитку цифрової медицини, відлік якої розпочався з 2004 року, а через 11 років 96% лікарень і 87% лікарів у США використовували електронні медичні записи. Сьогодні США переходять від першої фази до другої. Китай знаходиться на першому етапі і почав впроваджувати політику, пов'язану з електронними медичними записами лише у 2018 році. Тому необхідно отримати уроки з моделі розвитку цифрової охорони здоров'я у США, проаналізувати її і знайти шляхи підвищення ефективності цифрової медицини. Це також є відображенням важливості цифрової медицини, так як з поглибленням теоретичних досліджень у галузі цифрової медицини, просуванням технічних методів та їх застосуванням по всьому світу точність клінічної діагностики та лікування, безсумнівно, і надалі покращуватимуться. Цифрова медицина робить важливий внесок у розвиток точності, персоналізації, мінімальної інвазивності у сучасній медицині в усьому світі. Штучний інтелект суттєво трансформувє цифрову медицину, пропонуючи інноваційні рішення для діагностики, лікування та управління системами охорони здоров'я. Завдяки інтеграції ШІ сучасні системи охорони здоров'я стають більш точними, швидкими й ефективними. Приведемо приклади впливу ШІ на цифрову медицину, базуючись на міжнародному досвіді (Табл.1)

Таблиця 1 - Вплив штучного інтелекту (ШІ) на розвиток цифрової медицини: міжнародний досвід

Напрямок переваги ШІ	Зміст та характеристика переваг міжнародного досвіду	Приклади міжнародного досвіду
Діагностика та раннє виявлення захворювань	ШІ використовується для аналізу великих обсягів даних, таких як: • медичні зображення (КТ, МРТ, рентген); • генетичні дані; • електронні медичні записи.	США: Алгоритми ШІ допомагають ранньо виявляти онкологічні захворювання, наприклад, рак молочної залози чи легенів, із точністю, яка перевищує людські можливості. Ізраїль: Компанія Zebra Medical Vision використовує ШІ для автоматизованого аналізу медичних зображень.
Персоналізована медицина	ШІ аналізує індивідуальні особливості пацієнта, такі як генетичні дані, спосіб життя, анамнез. Це дозволяє створювати персоналізовані протоколи лікування.	У Європі проекти на базі ШІ допомагають підбирати точну дозу препаратів для онкологічних пацієнтів залежно від їхніх біомаркерів.
Віртуальні асистенти та	ШІ-помічники (чат-боти, віртуальні консультанти)	Китай: Платформа Ping An Good Doctor використовує ШІ для

телемедицина	допомагають пацієнтам отримувати медичну інформацію й організовувати консультації.	консультацій, діагностики та рекомендацій. Індія: Технології ІІІ застосовуються для віддаленого моніторингу стану здоров'я у сільській місцевості.
Ефективність адміністративних процесів	ІІІ автоматизує управління медичними даними, страхуванням і логістикою, що знижує витрати та помилки.	Великобританія: Національна служба охорони здоров'я (NHS) застосовує ІІІ для прогнозування навантаження на лікарні.
Розробка ліків	ІІІ прискорює процес розробки лікарських препаратів.	США: Компанія Insilico Medicine використовує ІІІ для моделювання молекул нових ліків, скорочуючи час і витрати на дослідження.
Етичні та регуляторні виклики	Попри успіхи, ІІІ в медицині стикається з проблемами:	• Конфіденційності даних, упередженості алгоритмів, • необхідності створення міжнародних стандартів.

Таблиця 1 (сформована авторами)

Таким чином, аналіз засвідчив, що штучний інтелект є потужним інструментом, що змінює цифрову медицину, його впровадження в усьому світі дозволяє знижувати витрати, покращувати діагностику й лікування. Успіх таких ініціатив залежить від співпраці технологічних компаній, урядів та медичних установ. Штучний інтелект значно впливає на розвиток цифрової медицини, відкриваючи нові горизонти в діагностиці, лікуванні та управлінні охороною здоров'я. Його впровадження дозволяє: підвищити точність і швидкість діагностики; забезпечити персоналізований підхід до лікування пацієнтів; розширити доступ до медичних послуг, зокрема через телемедицину; оптимізувати адміністративні та дослідницькі процеси. Міжнародний досвід доводить, що використання ІІІ не тільки підвищує ефективність медицини, але й знижує її вартість. Проте важливо вирішувати етичні та регуляторні виклики, щоб забезпечити безпечне та етичне впровадження цих технологій [2, с. 301-303].

Список використаних джерел

1. Воронкова В.Г. Теоретико-методологічні аспекти філософії медицини як інтелектуально-наукового проекту ХХІ ст. Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині): зб. матеріалів V Міжнародної науково-практичної конференції (28-29 лютого 2024 року). – Запоріжжя: ЗДМФУ, 2024. С.39-41
2. Нікітенко В.О. Цифрова трансформація та технології в медицині. Теоретико-методологічні аспекти філософії медицини як інтелектуально-наукового проекту ХХІ ст. Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині): зб. матеріалів V Міжнародної науково-практичної конференції (28-29 лютого 2024 року). Запоріжжя: ЗДМФУ, 2024. С.301-303.

ОДЕСЬКІ РОКИ ІЛЛІ МЕЧНИКОВА: НА ШЛЯХУ ДО ВЧЕННЯ ПРО ОРТОБІОЗ (ДО ЮВІЛЕЮ НОБЕЛІВСЬКОГО ЛАУРЕАТА УКРАЇНСЬКОГО ПОХОДЖЕННЯ)

*Голубович Інна Володимирівна, д.філос.н.,
професор, завідувачка кафедри філософії,
Білогрива Данієлла Валеріївна,
випускниця магістратури зі спеціальності “Філософія”,
Одеський національний університет імені І. І. Мечникова*

У 2025 році Одеський національний університет імені І. І. Мечникова святкує подвійний ювілей - 160 річчя заснування університету в Одесі (1865) та 180-річчя з дня народження видатного вченого, лауреата Нобелівської премії Іллі Ілліча Мечникова (1845), 12 років життя якого тісно пов'язано з Імператорським Новоросійським університетом в Одесі. Наукова бібліотека ОНУ виступила з ініціативою написати колективну монографію, присвячену одеським рокам Мечникова, був створений міжфакультетський і міждисциплінарний авторський колектив (біологи, історики, філософи, бібліографи) для реконструкції значущої сторінки історії найпотужнішого на Півдні України університету, для збереження вітчизняної наукової спадщини. Як відомо, І. Мечников був вченим універсалом, коло його інтересів, глибоких знань, проблем, яких він так чи інакше торкався, вражає. При цьому є достатньо сталою думка, що в останній період життя вчений робить своїм пріоритетом саме філософію, базові фундаментальні проблеми організації всього живого, розвитку людства та окремої людини, теорія правильного життя (ортобіоз).

Добре відомі великі твори останніх років. Це “Етюди про природу людини” (Париж, 1903) [8] та “Етюди оптимізму” (Париж, 1907) [7]. Мечников зазначає у вступі до “Етюдів про людську природу”, що перші публікації, в яких висловлювались головні ідеї про природу людини, про притаманні їй біологічні дисгармонії та їх зв'язок з культурними факторами, з'явилися ще в 1870-е роки, коли він жив та працював в Одесі. Американський дослідник Ч. Кларк зазначає у своїй книзі “Одеса: велич і смерть у місті мрій”: “роки, проведені в Одесі стали найбільш бурхливими в його довгому та сповненому подіями житті. В найсумніше для нього в особистісному відношенні десятиріччя в місті, де він оселився, Мечников сформулював теорії інфекційних захворювань і фагоцитоза, це були головні теми його наукової діяльності” [6, с. 151].

Тому слід дуже уважно перечитати статті І. Мечникова одеського періода і реактуалізувати їх головні змісти. Нажаль його філософські погляди взагалі є найменш вивченими в мечникознавстві. Тематичних публікацій, присвячених рецепції філософії І. Мечникова в вітчизняній та світовій літературі, ми майже не знайдемо. В пострадянській незалежній Україні Мечников як філософ залишився в тіні. Його ім'я не згадується в єдиному поки що біобібліографічному словнику “Філософська думка в Україні” (2002), який був створений найкращими вітчизняними істориками філософії (Інститут філософії ім. Г. Сковороди НАНУ та Києво-Могилянської академії) [4]. Після виходу цього словника пройшло більше 20 років. Прийшла пора його поновити з обов'язковим включенням в нове найсучасніше видання статті про І. Мечникова. Зарубіжні публікації про філософські погляди І. Мечникова також нечисленні (згадаємо [5, 9]).

Тому слід дуже уважно перечитати статті І. Мечникова одеського періода і реактуалізувати їх головні змісти. Нажаль його філософські погляди взагалі є найменш вивченими в мечникознавстві. Тематичних публікацій, присвячених рецепції філософії І. Мечникова в вітчизняній та світовій літературі, ми майже не знайдемо. В пострадянській незалежній Україні Мечников як філософ залишився в тіні. Його ім'я не згадується в єдиному поки що біобібліографічному словнику “Філософська думка в Україні” (2002), який був створений найкращими вітчизняними істориками філософії (Інститут філософії ім. Г. Сковороди НАНУ та Києво-Могилянської академії) [4]. Після виходу цього словника пройшло більше 20 років. Прийшла пора його поновити з обов'язковим включенням в нове

найсучасніше видання статті про І. Мечникова. Зарубіжні публікації про філософські погляди І. Мечникова також нечисленні (згадаємо [5, 9]).

Вкрай актуальним завданням залишається аналіз філософії І. Мечникова, якого вважали одним з найбільш філософських мислячих вчених-природознавців його часу. Робота над колективною монографією продовжується, в даній публікації зафіксуємо попередні позиції. В фокусі уваги мають бути такі роботи одеського періоду (1870-1882): “Нарис поглядів на людську природу” (1877), “Борьба за існування в широкому сенсі” (1878), “Вступне слово при відкритті Одеського з’їзду натуралістів та лікарів» (1883). [1, 2, 3]. Абрисно накреслимо головну лінію трансформації теоретико-концептуальних та філософсько-методологічних поглядів молодого вченого: від максимально граничної констатації дисгармонії людської природи, які відповідає закону дисгармонії всього органічного світу і максимально граничного теоретичного песимізму (людська природа створена настільки погано, що і жити не варто; перемога в боротьбі за існуванні завжди належить не вищим, високоморальним представникам людського роду, а найбільш безпринципним і аморальним персонам та групам) до засад нового світорозуміння і перших кроків подолання песимізму (передчуття можливості побудови раціональної етики, яка на засадах теоретичної науки в змозі подолати недосконалість людської природи, формування перших візій теорії фагоцитозу, перші проблиски вчення про активну трансформацію нашої природи у відповідності з ідеалом щасливого життя, розуміння необхідності правил раціональної гігієни (в майбутньому - ортобіозу).

Поступова трансформація стосувалась не тільки теоретичних ідей, але й всієї життєтворчості великого вченого. І саме така метанойя (радикальна зміна розуму та способу життя) вкрай актуальна для нашого часу. Ми живемо в катастрофічні часи, які відкривають ще небачені ніколи глибини дисгармонії, брутальності, бестіарності людської природи, великих спільнот. Резонів для крайнього песимізму та відчаю більш ніж достатньо. 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 також, що його погляди органічно вписуються в сучасні парадигми та дискурси: антропокозмізму, філософії життя, синергетики, інваріантної онтології тощо. Саме це автори філософського розділу анонсованої ювілейної монографії спробують довести.

Список використаних джерел

1. Мечников И.И. Борьба за существование в обширном смысле // Вестник Европы. 1878. Кн. 7. С. 9-47; Кн. 8. С. 437-483
2. Мечников И.И. Вступительное слово при открытии Одесского съезда естествоиспытателей и врачей в 1883/Мечников И. И. Сорок лет искания рационального мировоззрения. Москва: Новое слово, 1913. С. 201-207.
3. Мечников И.И. Очерк воззрений на человеческую природу // Вестн. Европы. 1877. Кн. 4. С. 537 – 560.
4. Філософська думка в Україні: Біобібліогр. словник / Авт. Кол.: В. С. Горський, М.Л.Ткачук, В.М.Нічик та ін. Київ: Унів. Вид-во “Пульсари”, 2002. 244 с.
5. Besredka A. M. Histoire d'une Idée. L'Oeuvre de E. Metchnikoff. Embryogénie. Inflammation. Immunité. Senescence. Pathologie. Philosophie. Paris : Masson & C^{ie} Éditeurs, 1921. P. 123 – 130.
6. King Ch. Odessa. Genius and Death in a City of Dreams. New-York-London: W.W.Norton&Company, 2012.336 p.
- 7.Metchnikoff, Élie. Essais optimistes / par Élie Metchnikoff ; avec 27 figures dans le texte. Paris: A. Maloine; 1907. 438 p.
- 8.Metchnikoff Elie. Etudes sur la nature humaine. Essai de philosophie optimiste. Paris:Masson & C Editeurs. Libraires de l'academie de Medecine, 1903. 397 p.
- 9.Zalkind S. Ilya Mechnikov: His Life and Work. Reprinted from 1959 ed. Honolulu, Hawaii : University Press of Pacific, 2001. 206 p.

КУЛЬТУРНО-ПРОСВІТНИЦЬКА МІСІЯ ЕТИКО-ФІЛОСОФСЬКИХ ДИСЦИПЛІН У ФОРМУВАННІ МОРАЛЬНОЇ КУЛЬТУРИ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

*Добридень Оксана Володимирівна, к. філос. н.,
доцент кафедри мовної підготовки та гуманітарних наук;
Колдунов Ярослав Вікторович, к. філос. н.,
доцент кафедри мовної підготовки та гуманітарних наук;
Лівенко Анатолій Іванович, к. економ. н.,
доцент кафедри мовної підготовки та гуманітарних наук,
Дніпровський державний медичний університет*

Значущість світової етико-філософської спадщини набуває нових граней з огляду на можливість практичного застосування її традицій у збереженні фізичного і ментального здоров'я студентської молоді в умовах тривалого протистояння викликам сьогодення. Сьогоднішні студенти-медики вже завтра стануть новою генерацією фахівців, яким доведеться не тільки відбудовувати економіку України. Вони стоятимуть на сторожі здоров'я українців і саме на їхні плечі лягатиме відповідальність за фізичну і психічну реабілітацію понівечених війною людей.

Специфіка фаху медичних працівників вимагає від них самовідданості обраному шляху і одночасно чи не цілодобового стану готовності до виконання обов'язків лікаря, а це, в свою чергу, потребує особистого дотримання норм здоров'язбереження, щоб, зокрема, опановувати навички ефективного керування стресостійкістю і долати ризики професійного вигорання. При цьому вкрай важливим показником справжнього професіоналізму лікаря є вміння дотримуватись балансу, так званої золоті середини, аби збереження власного психофізіологічного ресурсу не перетворилось на професійну байдужість до пацієнтів. За таких умов вважаємо стратегічно корисним активне використання культурно-просвітницького потенціалу етико-філософських дисциплін у навчальному процесі закладів вищої медичної освіти.

Варто акцентувати увагу і на тому, що етико-філософські дисципліни об'єднують в собі потенції освітнього і виховного ресурсу вищої медичної школи. Жодним чином не применшуючи важливість і цінність природничих наук у формуванні професійних навичок, слід визнати, що вибудовування моральної культури студентської молоді належить до парафії етико-філософських і соціально-гуманітарних наук. Звернення здобувачів освіти до культурно-історичної спадщини, до питань ролі та походження моралі, розуміння мотивів і наслідків морального вибору сприятимуть усвідомленому використанню етичних категорій у процесі формування моральної самосвідомості та моральної регуляції власних вчинків.

Провідна роль етико-філософських дисциплін у формуванні ерудованої особистості з розвиненим механізмом моральної саморегуляції є очевидною. Проте, останні десятиріччя спостерігаємо неоптимістичні тенденції навколо статусу етико-філософських дисциплін у непрофільних закладах вищої освіти в Україні. Зміна статусу обов'язкової дисципліни на вибіркову, поступове скорочення годин викладання дисципліни і скорочення присутності етико-філософських дисциплін у низці вибіркового – основна тенденція останніх років.

Цілком справедливо охарактеризував насущну проблему О.В. Романюк, акцентувавши увагу на тому, що «у сучасній вищій освіті за деякими положеннями спостерігається посилення «антиперсоналістського тренду». Наприклад, зменшення можливості підходу у викладанні соціально-гуманітарних дисциплін шляхом збільшення чисельності студентів у групах та поєднання груп по дві, збільшення годин на самостійну роботу студента і зменшення аудиторних, скорочення годин консультацій, заміну усного дискусійного опитування з формуванням навиків логічного, послідовного, філологічно правильного викладу думки на тестування тощо» [1, с. 220]. Складно не погодитись із таким баченням ситуації. Ба більше у контексті провідної ролі етико-філософських дисциплін у формуванні моральних принципів майбутнього лікаря. Адже, фахівець із знаннями і без

духовних принципів – це байдужа машина. Лікар без морального стрижня завжди залишатиметься носієм потенційних ризиків в контексті недбалості виконання професійних обов'язків. Адже не всі українці мають можливість щиро віддячити за професіоналізм у платних приватних закладах. Хоча й ті, хто спроможний оплатити медичні послуги на комерційній основі не застраховані від професійної халатності.

Професійна халатність в медицині – це, однозначно, результат відсутності моральної самосвідомості, яка виконує роль регулятора у лікарській практиці та не дозволяє медицині перетворитися на конвеєр безвідповідальності та помилок. В свою чергу, одним з факторів, який призводить до відсутності моральної самосвідомості, є її непопулярність у студентському середовищі. Мусимо визнати актуальність тези, яка, на превеликий жаль, реально зображує стан подій у вищій школі: «філософія опинилась в становищі, що змушує її доводити свою значущість і необхідність в системі сучасної вищої освіти» [2, с. 186].

Ситуацію можна якісно змінити через збільшення кількості вибіркових дисциплін та їх часткового переведення до розряду обов'язкових. Так, зокрема, у Дніпровському державному медичному університеті студентам різних напрямів підготовки, окрім філософії, пропонуються такі вибіркові дисципліни: основи біоетики, етичні проблеми в медицині, деонтологія, медична етика, професійна етика та деонтологія.

Як свідчать опитування, проведені у студентських групах ДДМУ, опановування етико-філософського знання сприяє усвідомленню цілей і смислу власного буття в нестабільному світі, допомагає позбутися демотивації і розкриває сутність професії лікаря на засадах честі, поваги до інших і відповідальності за свої вчинки.

Список використаних джерел

1. Романюк, О. В. Проблеми антропологізації філософської освіти у сучасній українській медичній вищій школі. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 7. Релігієзнавство. Культурологія. Філософія : [зб. наукових праць] / ред. рада : В. П. Андрущенко (голова). – Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2015. – Вип. 34 (47). – С. 216-222.

2. Мегрелішвілі М.О. Місце та роль філософських дисциплін в системі медичної освіти. Сучасні підходи до вищої медичної освіти в Україні: матеріали XIV Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвяченої 60-річчю ТДМУ (Тернопіль, 18-19 трав. 2017 р.): у 2 т. Тернопіль: ТДМУ, 2017. – Т. 2. – С. 185-186.

ДЕСТРУКТУРОВАНА СУБ'ЄКТИВНІСТЬ В УМОВАХ ТРАНЗИТИВНОСТІ СУЧАСНОГО СУСПІЛЬСТВА

*Козловець Микола Адамович, доктор філософських наук, професор,
професор кафедри філософії та політології,
Житомирський державний університет імені Івана Франка*

Проблема людської деструктивності виникає в епохи нестабільності, негарантованості людського буття, його невизначеності, непередбачуваності, незавершеності, неоднозначної результативності. Вона ґрунтується не стільки на онтологічно заданому, одвічно існуючому, запрограмованому, стабільному бутті, скільки на вкрай мінливому, динамічному, часто не передбачуваному людському існуванні.

Поняттям людської деструктивності охоплюються усі специфічні для людини як особливого роду сущого обмеженості, труднощі і проблеми, пов'язані з її перебуванням у світі (онтологічно й антропологічно). Крім того, це поняття вводить важливе методологічне розрізнення: це відмінність між тим, як і яка можлива людська суть і як і яка вона дійсно є. Це своєрідне розрізнення між бажаним, можливим, потенційним і належним, дійсним, а також є критерієм виокремлення людського як специфічного феномену сущого і показником достовірності людського буття в ситуації тут-і-зараз.

Деструктивність як феномен прояву людського в людині і суспільстві має активний процесуальний характер і за своєю природою наділена активністю. Вона є джерелом і механізмом формування людського, завдяки якому людська природа з недосконалої, незабезпеченої, недостатньої перетворюється на могутню силу, здатну виходити за власні межі і утверджувати себе як унікальне буття. Так, деструкція спочатку задана людською природою і породжує можливість виходу, трансценденції людини, як за її межі, так і поза межі власного існування. Самотрансценденція – це не лише репрезентація, а й основа людської деструктивності, яка, у свою чергу, може визначатися як джерело людського в людині.

Деструктурованість буття і людини є підставами виникнення специфічного світорозуміння і світобачення, розуміння присутності у світі, «тут-буття». При цьому враховується, що людина – це не структурована особа, а екзистенція «буття-в-можливості», яка завжди «вже-поперед-себе», спрямовуючись в майбутнє. Людина – це буття, в якому головне – її власні можливості. Екзистенція вічно відкрита, вона завжди прагне реалізувати проєкт того, чим бажає бути. Тому відкритість людської екзистенції – це здатність вступати у суперечливі відносини людини зі світом не стільки як окремого індивіда, а як умови можливості його (світу) існування.

Конституювання людини в єдності деструкції і реконструкції (де-конструкція) виявляє, що людина це завжди щось тут-і-зараз виникаюче втілення людського в двох його іпостасях: і як субстанції (цілого, структури), і як умови свого перетворення за допомоги ломки «структурності». Через свою деконструючу «нерозв'язність», людина – завжди таємниця, відтворююча сама себе. Саме людська деструктивність – умова цієї таємниці й інваріантний механізм її відтворення. Тому таємниця людського (буття, природи, суті, сьогодення і майбутнього) збагнення тільки через аналіз деструктивних підстав людського. Завдяки людській деструктивності людина виявляється незавершеністю й одночасно незавершеною істотою, а сама вона (людська деструктивність) – подібно деконструкції – стає умовою і стратегією формування, відтворення, диверсифікації й оновлення людського.

Сучасний світ характеризується інтенсивним проявом суперечливих за своїм характером соціальних феноменів, які розглядаються у соціально-філософській парадигмі крізь призму понять «суспільство ризику», «деструкція суб'єктивності» та ін. Ці тенденції вказують на усвідомлену філософами XX – початку XXI ст. проблематичність людського існування в умовах наростаючої світоглядної і техногенної кризи сучасності, інтенсивної віртуалізації сучасного соціуму, що вимагає нагального вирішення складних соціальних проблем (зростання бідності і майнового розшарування, посилення екстремізму й тероризму, поширення військових конфліктів і зростання насильства, неконтрольовані міграційні процеси та ін.), серед яких чільне місце посідає деструкція суб'єктивності.

Соціальна деструктивність суб'єкта в сучасних умовах посилюється зростанням відчуття втрати сенсу життя людини суспільства споживання, усвідомлення її смертності, абсурдності й безцільності існування в світі, де панує страждання і зло. Виявилося, що і в умовах технологічної революції людина у своїх нових якостях (А. Печчеї) не здатна пристосуватись до швидкоплинних умов життя і тому відчуває «футурошок» (О. Тоффлер), що провокує її на ще жорсткіші прояви деструктивної агресивності. Надмірна індивідуалізація життя ще більше ускладнює переживання людиною будь-яких стресових ситуацій, особливо на тлі руйнування традиційних соціальних зв'язків та усталених соціокультурних ідентифікаційних практик. Відтак відбувається продукування людини з деструктурованою суб'єктивністю, яка онтологічно постає як нездатна до здійснення активної соціальної дії внаслідок усвідомлення неможливості передбачувати наслідки своєї діяльності.

Понад 30 років своєї незалежної історії Україна здійснювала й сьогодні продовжує здійснювати пошуки оптимальної моделі розвитку українського суспільства, шляхів інтеграції на рівноправних засадах до світової цивілізаційної спільноти. На жаль, державно-суспільні реформи, здійснювані українською владою упродовж багатьох років,

супроводжувалися посиленням соціальних суперечностей, етнічних, релігійних й інших протиріч. Відсутність очікуваних результатів реформ, критична їх оцінка з боку суспільства та наростання протестних настроїв, масштабна корупція на тлі популізму та державної міфотворчості зумовлювали суспільну недовіру, розчарованість, психологічну втому і втрату суспільством віри у перспективи позитивних змін.

Як наслідок, в українському суспільстві наявною є флюктууюча людська деструктивність, яка пов'язана із розгубленістю людини щодо ототожнення себе з певними цінностями і вибором орієнтирів. Класи, страти, прошарки та інші соціальні групи швидко міняють свій склад і власні кордони, динаміка та зміст сучасного життя визначаються складною взаємодією їх інтересів. Водночас спостерігається значне послаблення зв'язку окремої людини з кожною з означених груп, поглиблюється індивідуалізація. Тривалий час українське суспільство перебувало в ситуації «розмитості» твердих переконань щодо ідеалів, моральних цінностей. Потенційно мали деструктивну спрямованість свідоме уникнення активної життєвої позиції, занурення у внутрішній світ особистості, відлучення від загальнонаціональної системи цінностей.

Десятилітня російсько-українська війна та особливо її фаза повномасштабної агресії від 24 лютого 2022 року спричинила глибинні зміни в усіх царинах (суспільній, політичній, економічній, культурно-духовній, військовій та ін.) життя України, загострила та унаочнила глибокі цивілізаційні, ідентичнісні, аксіологічні, ціннісні й безпекові виклики. Вона оприсутнила визначальну екзистенційну ситуацію для України та українців, вплинувши на всі сфери й аспекти життя, суспільну свідомість і психологічний простір, ціннісні та мотиваційні орієнтири / пріоритети тощо.

Російсько-українська війна призвела до суттєвих змін у структурі населення України, зокрема через масову міграцію жінок і дітей за кордон, внутрішньо переміщених осіб. Чоловіки, в основному, залишилися для захисту країни, але значна частина літніх людей опинилася без підтримки рідних, що підвищує ризики соціальної ізоляції, емоційного виснаження та погіршення психічного стану. В таких умовах важливо забезпечити максимально активну участь людей, особливо похилого віку у соціокультурному житті країни для підтримки їхнього психічного здоров'я та соціальної адаптації.

Соціокультурний, ментальний простір сучасного українського суспільства, позначений синдромом повномасштабної війни Росії проти України, що по суті є сукупністю діаметрально протилежних якостей: з одного боку, відбувається нівелювання життєво важливих інтелектуальних, духовних, матеріальних та інших цінностей українського народу, послаблення надмірної толерантності й терплячості, зміна просторових меж, а з другого, – формується новий тип мислення, специфічне світосприйняття і світобачення, новий набір потреб і цінностей, героїзм, безкорисливість, волонтерство, загострене почуття справедливості, обов'язку і прагнення високої моральності.

Соціально-філософський аналіз феномену деструктивності як атрибутивного прояву активної процесуальності людської суб'єктивності дозволяє стверджувати, що прийнятним для суспільства способом вирішення конфлікту елементів деструктурованої суб'єктивності є соціальні рішення на користь збереження суб'єктивності особистості, прояв турботи про неї. Узагальнюється цей підхід ціннісним положенням: не людина існує для суспільства, а навпаки, суспільство – для людини. Тільки таке суспільство, яке виявляє дійсну турботу про людину може розглядатися як органічно єдине та цілісне із людською суб'єктивністю, дійсністю, про яку варто турбуватися окремій людині. Оскільки людина не просто живе, а «веде» своє життя безперервним подоланням природного в собі, то її турбота про суспільство має визнаватися як визначальна ознака людяності. Необхідні докорінні зміни за рахунок власної діяльності громадян – самоорганізації як зміни системи соціальних відносин, того соціального середовища, в якому формуються і розвиваються наступні покоління.

ЕКСПОНЕНЦІЙНЕ МИСЛЕННЯ В МЕДИЦИНІ

*Коноваленко О.С., аспірант кафедри філософії,
публічного управління та соціальної роботи,
Запорізький національний університет*

Сучасна медицина переживає революційні зміни завдяки стрімкому розвитку технологій. Впровадження штучного інтелекту, великих даних, робототехніки та біотехнологій не лише вдосконалює діагностику та лікування, а й трансформує сам спосіб мислення медичних фахівців. Один із ключових аспектів цієї трансформації – експоненційне мислення.

Експоненційне мислення – це підхід, що дозволяє сприймати технологічний розвиток не як лінійний, а як такий, що зростає в геометричній прогресії. Це означає, що зміни відбуваються не поступово, а зі зростаючою швидкістю, що потребує нового підходу до вирішення медичних завдань. У медицині цей тип мислення відкриває можливості для інновацій, які ще кілька років тому здавалися неможливими.

Як саме технології сприяють формуванню експоненційного мислення в медицині? Які перспективи воно відкриває для лікарів і пацієнтів? У цій статті ми розглянемо ключові напрямки технологічного прориву та їхній вплив на медичну сферу.

Однією з ключових інновацій є телемедицина, яка надає можливість пацієнтам отримувати медичні консультації на відстані за допомогою сучасних засобів зв'язку. Це особливо важливо для людей з обмеженими можливостями або тих, хто проживає у віддалених регіонах. Завдяки відеозв'язку та онлайн-чатам лікарі можуть спостерігати за станом пацієнта в реальному часі, надаючи рекомендації щодо лікування без необхідності фізичного візиту до медичного закладу. Це не лише економить час, але й зменшує витрати на поїздки та очікування в чергах.

Штучний інтелект (ШІ) стає невід'ємною частиною сучасної медицини, особливо в сфері діагностики. Алгоритми ШІ здатні аналізувати великі обсяги медичних даних, включаючи зображення та результати аналізів, що дозволяє швидко та точно встановлювати діагнози. Наприклад, системи ШІ можуть розпізнавати патології на рентгенівських знімках або МРТ, які можуть бути непомітними для людського ока. Це сприяє ранньому виявленню захворювань та своєчасному початку лікування, що підвищує шанси на успішне одужання.

Технологія 3D-друку відкриває нові горизонти в створенні індивідуальних імплантів та протезів. Завдяки цій технології медичні фахівці можуть виготовляти вироби, які ідеально відповідають анатомічним особливостям конкретного пацієнта, забезпечуючи максимальний комфорт та функціональність. Це особливо актуально в ортопедії та реконструктивній хірургії, де точність та індивідуальний підхід є критичними для успішного лікування.

Генна терапія є революційним підходом, що дозволяє виправляти генетичні дефекти на молекулярному рівні. Це відкриває можливості для лікування спадкових захворювань, які раніше вважалися невиліковними. Персоналізована медицина, в свою чергу, враховує індивідуальні генетичні особливості пацієнта при виборі методів лікування, що підвищує ефективність терапії та зменшує ризик побічних ефектів. Такий підхід дозволяє розробляти індивідуальні плани лікування, адаптовані до конкретних потреб та особливостей кожного пацієнта.

Впровадження новітніх технологій вимагає від медичних працівників розвитку клінічного мислення, здатності критично оцінювати інформацію та приймати обґрунтовані рішення. Дослідники Ірина Утюж та Наталія Спиця наголошують на важливості формування клінічного мислення у студентів медичних закладів через вивчення немедичних дисциплін, таких як філософія та психологія. Це сприяє розвитку системного підходу та експертної інтуїції, необхідних для ефективного застосування інновацій у медичній практиці і зрозуміло ці інновації будуть пов'язані із знанням природи людини і практичною мудрістю лікаря, яка формується за рахунок розвитку світоглядних орієнтирів [1; 2].

Отже, експоненційне мислення в медицині стимулює впровадження інновацій, які кардинально змінюють наше уявлення про здоров'я та лікування. Телемедицина, штучний інтелект, 3D-друк, генна терапія та персоналізована медицина – це лише деякі з напрямків, що розвиваються з надзвичайною швидкістю, надаючи нові можливості для покращення якості життя пацієнтів. Для успішного впровадження цих технологій необхідно не лише технічне забезпечення, але й підготовка медичних фахівців, здатних критично мислити та адаптуватися до швидких змін у галузі охорони здоров'я.

Список використаних джерел

1. Утюж, І. Г., Спиця, Н. В. (2020). Медицина та філософія: методологічний синтез реалізації нової парадигми «4Р». У Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині): Збірник матеріалів І Всеукраїнської науково-практичної конференції (с. 7-8). Запоріжжя: ЗДМУ.
2. Утюж, І. Г., Спиця, Н. В. (2019). Ренесанс соціогуманітарного знання в сучасній науці та освіті. Культурологічний вісник: науково-теоретичний щорічник Нижньої Наддніпрянщини, 40(2), 144-150.
3. Smith, J., Johnson, E. (2021). *The future of medicine: How AI and big data will transform healthcare*. Oxford University Press.
4. Brown, M., Davis, L. (2020). *Telemedicine: Bridging the gap between patients and providers*. Cambridge University Press.
5. Wilson, S., Lee, D. (2019). *3D printing in medicine: Revolutionizing personalized healthcare*. Springer.
6. Martinez, R., Clark, A. (2022). *Genetic therapy and personalized medicine: The new frontier*. Elsevier.
7. Thompson, L., White, K. (2018). *Clinical reasoning: The role of non-medical subjects in medical education*. Routledge.

АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ ЯК ВИКЛИК СУЧАСНОСТІ: ФІЛОСОФІЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ В МЕДИЦИНІ

*Недельська Світлана Миколаївна, д.мед.н., професор,
завідувачка кафедри факультетської педіатрії;
Бессікало Тетяна Григорівна, к.мед.н.,
асистент кафедри факультетської педіатрії;
Лямцева Олена Валентинівна,
асистент кафедри факультетської педіатрії,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Вступ. Антибіотики стали одним із найважливіших досягнень медицини, що врятували мільярди життів. Однак їх безконтрольне застосування спричинило формування антибіотикорезистентності (АБР), що загрожує поверненням до «доантибіотикової ери». Сьогодні інфекції, які ще нещодавно успішно лікувалися, стають стійкими до більшості існуючих препаратів. Ця проблема виходить за межі суто медичної і набуває філософського виміру: перед людством постає питання відповідального ставлення до ресурсів, які можуть бути втрачені через нашу власну недбалість. Чи можемо ми змінити своє ставлення до антибіотиків і зупинити загрозу, яку самі ж створили?

Основна частина. Антибіотикорезистентність виникає як природний процес, проте її стрімке поширення напряму пов'язане з людською діяльністю. Серед ключових причин можна виділити: Нераціональне використання антибіотиків у клінічній практиці. До 50% антибіотикотерапії є необґрунтованою: в одних випадках антибіотики призначаються без необхідності, в інших – використовуються неправильно (неадекватні дозування, короткі чи надто тривалі курси лікування). Широке застосування антибіотиків у сільському господарстві. У багатьох країнах антибіотики масово використовуються у тваринництві для

профілактики захворювань і стимуляції росту худоби. Як наслідок, вони потрапляють у харчовий ланцюг людини. Передача генів резистентності між бактеріями: бактерії мають здатність ділитися механізмами стійкості не лише між спорідненими видами, а й між абсолютно різними мікроорганізмами, що значно ускладнює боротьбу з ними.

Згідно зі звітом CDC (2013), патогени, стійкі до антибіотиків, класифікуються за рівнем загрози: термінові, серйозні та такі, що викликають занепокоєння. У свою чергу, ВООЗ у 2017 році виділила 12 найнебезпечніших бактерій, серед яких *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* та *Enterobacteriaceae*, стійкі до карбапенемів та цефалоспоринов III покоління.

Проблема АБР змушує медичну спільноту переосмислити підходи до лікування інфекцій. Необхідна зміна парадигми – від безконтрольного використання антибіотиків до їх суворого контролю та збереження для майбутніх поколінь. Принципи відповідального підходу включають: Доказова медицина. Антибіотики повинні призначатися виключно за наявності чітких показань, на основі мікробіологічного дослідження та чутливості збудника. Розумне споживання. Пацієнти повинні усвідомлювати наслідки самолікування та важливість завершення повного курсу антибіотикотерапії. Глобальна концепція «одне здоров'я». Контроль антибіотиків має охоплювати не лише медицину, а й ветеринарію, сільське господарство та довкілля. Освіта та просвітництво. Підвищення обізнаності серед лікарів і населення про загрози, які несе неконтрольоване використання антибіотиків.

Світова медична спільнота вже запроваджує різні заходи для зменшення темпів розвитку АБР а саме стратегії боротьби з антибіотикорезистентністю. Антимікробний контроль у лікарнях. Впровадження програм раціонального використання антибіотиків. Розробка нових антибіотиків та альтернативних методів лікування. За даними ВООЗ (2021), на етапі клінічних досліджень знаходяться лише 27 антибіотиків, з яких лише 6 відповідають критеріям інноваційності. Одним із перспективних напрямків є використання бактеріофагів, імунотерапії та пробіотиків.

Висновок. Антибіотикорезистентність є викликом, який людство створило власноруч, і тепер змушене з ним боротися. Це не лише медична, а й соціальна та філософська проблема, що вимагає відповідального підходу на всіх рівнях – від лікаря, який призначає антибіотики, до пацієнта, який їх приймає. Якщо не змінити підхід до використання антибіотиків сьогодні, завтра ми можемо втратити один із найпотужніших інструментів боротьби з інфекціями. Запровадження комплексних стратегій, збереження існуючих антибіотиків і пошук нових рішень – єдиний шлях до подолання цієї загрози.

Список використаних джерел

1. World Health Organization (WHO). (2017). *Global priority list of antibiotic-resistant bacteria to guide research, discovery, and development of new antibiotics*. Retrieved from <https://www.who.int>
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2019). *Antibiotic Resistance Threats in the United States*. Retrieved from <https://www.cdc.gov>
3. O'Neill, J. (2016). *Tackling Drug-Resistant Infections Globally: Final Report and Recommendations*. The Review on Antimicrobial Resistance. Retrieved from <https://amr-review.org>
4. Ventola, C. L. (2015). *The Antibiotic Resistance Crisis: Part 1: Causes and Threats*. *Pharmacy and Therapeutics*, 40(4), 277–283.
5. World Health Organization (WHO). (2021). *Antibacterial agents in clinical and preclinical development: an overview and analysis*. Retrieved from <https://www.who.int>
6. Бабаєв, С. Ю., & ін. (2016). *Антибіотикорезистентність: сучасний стан проблеми*. Медичний альманах, 8.
7. Посохова, К. Ю. (2018). *Антибіотикорезистентність: міждисциплінарний підхід*. Київ: Видавництво НМАПО.

ФІЛОСОФІЯ ЦИФРОВОЇ МЕДИЦИНИ ЯК НАУКА ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ У МЕДИЧНУ СФЕРУ ТА ЇЇ ІНТЕЛЕКТУАЛІЗАЦІЮ

*Олексенко Роман Іванович, доктор філософських наук, професор,
професор кафедри філософії, політології та психології, Центральноукраїнський державний
університет імені В. Винниченка (м.Кропивницький);*

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

Анотація. У статті досліджуються філософські аспекти цифрової медицини як науки, яка спрямована на інтеграцію цифрових технологій у медичну сферу та створення інтелектуальних систем медичного обслуговування. Аналізуються основні концептуальні підходи до цифровізації медицини, особливу увагу приділено впливу великих даних і телемедичних технологій на покращення діагностики, лікування та доступу до медичних послуг. Розглядаються перспективи трансформації традиційної медицини під впливом інновацій, а також роль філософії у формуванні концепцій гуманізації цифрових технологій у сфері охорони здоров'я.

Abstract. The article explores the philosophical aspects of digital medicine as a science aimed at integrating digital technologies into the medical field and creating intelligent healthcare systems. The author analyzes the main conceptual approaches to the digitalization of medicine, with special attention paid to the impact of big data and telemedicine technologies on improving diagnosis, treatment and access to medical services. The prospects for the transformation of traditional medicine under the influence of innovations, as well as the role of philosophy in shaping the concepts of humanization of digital technologies in healthcare are considered.

З розвитком революції інформаційних технологій та швидкими змінами в інформаційних технологіях людство вступило в епоху цифрових технологій. Цифрова медицина вивчає тенденції розвитку цифрових технологій, інформаційних технологій, комп'ютерних технологій, комунікаційних технологій, штучного інтелекту, віртуальної реальності у галузі медицини, досліджує поєднання інформатики, електроніки, філософії. З медициною формуються нові теорії, нові знання, нові технології та нові продукти, досліджуються нові моделі, нові процеси та нові механізми, що базуються на цифрових умовах, вивчаються збір, обробка, передача, зберігання, використання, обмін інформацією.. Цифрова медицина розповсюджується на всю область медичної науки та техніки. Зміст філософії цифрової медицини включає дослідження у галузі медичних зображень, супутні дослідження цифрової людини та цифрової анатомії, дослідження клінічного застосування технологій комп'ютерного проектування/виробництва/аналізу, управління цифровими лікарнями; створення бази даних регіонального медичного співробітництва та обміну інформаційними ресурсами, телемедичні консультації та телемедична освіта.. В умовах глобальної цифровізації медицина та охорона здоров'я вступили в стадію цифровізації медицини та цифрової охорони здоров'я. Розвиток цифровізації медицини включає чотири напрями, зокрема телемедичний, інтернет-медичний, медицина великих даних та медицина штучного інтелекту. Ми намагаємося зробити спробу спрогнозувати цілі та характеристики цифрової охорони здоров'я, в тому числі досягнути такі її напрями, як електронна охорона здоров'я, охорона здоров'я самообслуговування, спільна охорона здоров'я, своєчасна охорона здоров'я, охорона здоров'я, заснована на великих даних, медичне обслуговування. З метою покращення побудови та управління цифровою медичною допомогою висувуються такі пропозиції, як зробити цифровізацію медицини важливою частиною нової інфраструктури, створити систему правил цифрового медичного управління, створити спільний та ефективний механізм цифрового медичного нагляду та покращити нову модель

багатовимірною спільною управлінням цифровою медичною допомогою. Цифрова охорона здоров'я, що є новим бізнес-форматом та новою моделлю, характеризується наявністю величезних обсягів даних та багатими сценаріями застосування. Це не лише складова частина цифрового життя та цифрових державних послуг, а й невід'ємна частина цифрового суспільства та цифрової економіки. Хоча цифровізація медицини вступила у процес швидкого розвитку, а цифрові лікарні та цифрова медична допомога також були включені в національні плани розвитку, побудова цифрової медичної допомоги все ще перебуває в зародковому стані. Цифрове медичне будівництво – це грандіозний та складний системний проєкт. Постає багато питань: Як його збудувати? Які елементи та характеристики він має? Які його конкретні рамки та ключові вузли? Це поки що складно чітко визначити і конкретизувати. Тим не менш, це не заважає робити прогнози та припущення про цілі побудови та конкретні характеристики цифрової охорони здоров'я, виходячи з практичних потреб та теоретичного мислення. Цифрова охорона здоров'я, що є новим бізнес-форматом та новою моделлю, характеризується наявністю величезних обсягів даних та багатими сценаріями застосування. Це не лише складова частина цифрового життя та цифрових державних послуг, а й невід'ємна частина цифрового суспільства та цифрової економіки. Метою створення цифрової охорони здоров'я є не цифровізація задля цифровізації, а надання широким масам людей можливості користуватися зручнішими та швидшими послугами охорони здоров'я. Таким чином, ще однією особливістю цифрової медичної допомоги є медична допомога самообслуговування, яка дозволяє пацієнтам більш зручно отримувати медичні послуги за рахунок самообслуговування, дозволяє пацієнтам переважно розуміти різні дані медичного обстеження та результати тестів у максимально можливій мірі. Швидкий розвиток Інтернету дозволяє пацієнтам здійснювати самообслуговування, таких як реєстрація, оплата та перевірка результатів аналізів через мережеву систему. Хоча через технічні, політичні та правові обмеження роль штучного інтелекту в медичній самодопомозі далеко не повністю реалізована, проте зі швидким розвитком медичних технологій штучного інтелекту та вдосконаленням відповідних законів розвивається концепція штучного інтелекту. Інтелектуальна медична допомога відіграє велику роль у медичному обслуговуванні за принципом самообслуговування, щоб зробити медичне лікування зручнішим для пацієнтів.. Цифрова медицина як майбутня медична модель має бути медициною, заснованою на участі. Побудова цифрової медичної допомоги призведе до оцифрування всіх медичних зв'язків та процесів, а всі медичні записи зберігатимуться у цифровому медичному світі. У сценарії цифрової медицини цифрова медична карта пацієнта не тільки містить особисту інформацію про стан здоров'я та лікування, надану пацієнтом, але також записує результати медичного діагнозу та плани лікування всіх лікарів, які лікували пацієнта, утворюючи повну особисту інформацію пацієнта, що формує цифрову медичну інформаційну систему. Цифрова медицина як майбутня медична модель має бути медициною, заснованою на участі. Це не лише полегшить лікарям своєчасний запит та використання даних про стан здоров'я пацієнтів та медичних записів, але також полегшить їх. полегшити пацієнтам ухвалення медичних рішень. Цифрова медична інформаційна система. За підтримки такої цифрової медичної інформаційної системи пацієнти, безперечно, отримають глибші знання та розуміння свого власного стану здоров'я, розвитку та результату захворювання, можливих варіантів лікування та наслідків, що може підвищити готовність пацієнта брати участь у прийнятті медичних рішень. також може покращити здатність пацієнтів брати участь у ухваленні медичних рішень. Ці досягнення сприятимуть подальшому розвитку спільної медицини. Ці величезні медичні дані можуть не тільки допомогти пацієнтам покращити свої можливості керувати своїм здоров'ям, але також допомогти медичним установам та медичному персоналу покращити медичні технології. .У той самий час у епоху цифрової медицини вся медична діяльність має здійснюватися з урахуванням великих даних, що свідчить про те, що цифрова медицина та цифрова медична допомога є цифровізацією даних. Цифрова медична допомога побудована на основі Інтернету та інформаційних технологій, а співпраця та спільне використання є духовними

генами Інтернету. Цифрова медична допомога від початку має невід'ємну перевагу співпраці та інтеграції. Завдяки повному використанню інформаційних технологій та цифрових технологій, а також своєчасному вдосконаленню відповідних систем та механізмів управління цифрова медицина будує нову спільну та інтегровану систему медичного обслуговування. Завдяки повному дослідженню та застосуванню великих медичних даних, а також оновленню та ітерації алгоритмів штучного інтелекту цифрова медицина робить як лікарів, так і пацієнтів більш розумними у прийнятті медичних рішень. Цифрова медицина буде не тільки корисна для пацієнтів і навіть для широких верств населення для управління та керуванням здоров'ям, але також допоможе лікарям оптимізувати медичні рішення, покращувати бізнес-можливості, підвищить ефективність керування всією медичною системою. Цифрова медицина стає інтелектуальнішою і будує інтелектуальну систему медичного обслуговування. Практичне значення теми в оптимізації медичних процесів, так як використання цифрових технологій дозволяє автоматизувати рутинні завдання, покращити точність діагностики та підвищити ефективність лікування. Інтелектуальні системи, базовані на штучному інтелекті, допомагають лікарям приймати обґрунтовані рішення, забезпечуючи персоналізований підхід до пацієнтів. Цифрові технології скорочують витрати на обслуговування пацієнтів завдяки оптимізації ресурсів та запобіганню помилкам у лікуванні. Дослідження філософських аспектів сприяє розробці етичних принципів у використанні цифрових технологій, що важливо для збереження гуманності в медицині, а використання великих даних сприяє розробці нових методів профілактики захворювань і прогнозування їх розвитку на основі аналізу інформації. Інтелектуальні системи допомагають уникнути лікарських помилок, забезпечуючи кращий контроль над процесами лікування. Ця тема має безпосереднє значення для реформування сучасної медицини, роблячи її більш ефективною, доступною та орієнтованою на потреби пацієнтів [1, с.231-234].

Список використаних джерел

1. Нікітенко В.О., Воронкова В.Г., Олексенко Р.І. Медицина майбутнього у контексті філософського осмислення. Збірник матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (24-25 лютого 2022 року). Запоріжжя: ЗДМУ, 2022. С. 231-234.
2. Олексенко, Р. І., Гарбар, Г. А. Становлення і розвиток філософії цифрової медицини у контексті нових викликів і можливостей. Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині): зб. матеріалів V Міжнародної науково-практичної конференції. Запоріжжя: ЗДМУ, 2024. С. 57-59.
3. Нікітенко, В. О., Воронкова, В. Г., Олексенко, Р. І. Медицина майбутнього у контексті філософського осмислення. *Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)*, 2022. С. 24-25.
4. Олексенко, Р. І., Нікітенко, В. О., Воронкова, В. Г., Андрюкайтене, Р. (2023). Цифрові технології медицини у Китаї. Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині) : зб. Матеріалів IV Міжнародної науково-практичної конференції. 2023. 189-191.

УДК 378.937

ПРОБЛЕМИ ГУМАНІТАРНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

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

Анотація. Війна Росії проти України свідчить про збереження актуальності проблеми кризи цінностей та боротьби з насильством за допомогою гуманітарної освіти. Формування особистості лікаря як певної цілісності, здатної до формулювання та відстоювання власної

громадянської позиції, моральних та духовних засад, здатної протистояти насильству, боротися з недемократичними практиками – мета гуманітарних наук. Медична спільнота є найбільш ієрархічною та патерналістичною серед інших професійних спільнот, що ускладнює освітні та педагогічні завдання при викладанні гуманітарних наук.

Ключові слова: вища освіта, гуманітарна освіта, особистість лікаря, насильство

PROBLEMS OF HUMANITARIAN EDUCATION OF DOCTORS DURING WAR

Abstract. Russia's war against Ukraine testifies to the continued relevance of the problem of the crisis of values and the fight against violence through humanitarian education. The formation of the personality of a doctor as a certain integrity, capable of formulating and defending one's own civic position, moral and spiritual principles, capable of resisting violence, and combating undemocratic practices is the goal of the humanitarian sciences. The medical community is the most hierarchical and paternalistic among other professional communities, which complicates educational and pedagogical tasks in teaching the humanities.

Keywords: higher education, humanitarian education, physician personality, violence

Російська-українська війна крім руйнівного впливу на систему освіти України також сприяла прискоренню процесів відторгнення та спростування радянських традицій у системі середньої та вищої освіти, починаючи з більш ґрунтовного висвітлення історії колонізації України, боротьби за незалежність, визвольний рух та закінчуючи зміною застарілих освітніх стандартів класифікації, методології та викладання наук з метою більш глибокої інтеграції освітньої системи в Європейський простір.

Після прийняття Болонського процесу, Україна реформувала свою систему освіти, адаптувавши її таким чином до стандартів Європейського Союзу, але інтеграційні процеси не завершені. Так, відповідно до Постанови № 1021 Кабінету Міністрів України від 30.08.2024 р. щодо переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої та фахової передвищої освіти, до галузі знань «Культура, мистецтво та гуманітарні науки» були віднесені такі науки як: філософія, філологія, культурологія та музеєзнавство, історія та археологія, релігієзнавство, богослів'я, музичне мистецтво, образотворче мистецтво та ін. [1].

Таким чином, відповідно до Постанови, в Україні розпочався процес уніфікації системи знань та спеціальностей відповідно до європейських освітніх стандартів та практик. Європейська освітня традиція завжди на перше місце ставила вивчення філософії, латинської і давньогрецької мов, літератури та мистецтва. Початки цієї традиції сягають античності, але вирішальну роль в її утвердженні мали засновані у середньовіччі європейські університети, у яких базуку освіти складали граматики, риторика та діалектика.

Гуманізація освіти на початку 21 століття є стратегічним напрямком перетворень усього інституту освіти, як відмічають Скрипник Н.В. та Пасечко Н.В., тому концепція формування національної еліти стає однією з ефективних інноваційних педагогічних технологій, що особливо актуально у період входження України до єдиного європейського освітнього простору [2, с. 65].

Війна Росії проти України свідчить, з одного боку, про збереження актуальності розгляду проблеми кризи цінностей та проблеми боротьби з насильством (у формі воєн, масового знищення людей певної національності (геноцид), терористичних актів, тортур тощо) у контексті етико-правових і моральних норм, а з іншого – про поширення непрямих форм насильства, серед яких насамперед системне, структурне та інформаційне.

Медична освіта в Україні є невід'ємною та потужною складовою національної системи освіти і охорони здоров'я. Коли ми говоримо про гуманітарну освіту в медичних університетах та на медичних факультетах, ми маємо на увазі формування особистості лікаря як певної цілісності, яка за допомогою гуманітарних знань отримує здатність формувати власні моральні та духовні засади для подальшої продуктивної професійної діяльності та самоудосконалення протягом усього життя. Це формування навичок рефлексивного життя,

здатності аналітичного, інтерпретаційного і пізнавального звернення майбутнього лікаря до самого себе як творчої особистості. Ідеться про формування особистості, яка має не лише професійні знання та навички в галузі природничих наук, а також залучена до системи загальнолюдських, гуманістичних цінностей. Тобто мова йде про контекстуальну, герменевтичну, етичну раціональність, і навчання кваліфікованого фахівця на основі кращих гуманістичних ідеалів.

Гуманітарні науки дозволяють не тільки накопичувати знання але й перетворювати того, хто вчиться. Завдання гуманітарних наук в подвоєнні світу, створенні смислового та ціннісного універсуму особистості без будь-якого примусу та тиску. Світ людини є подвійним: це насамперед довкілля (Umwelt) - частина універсуму, редукованого до можливостей фізичного виживання та існування людини як біологічної істоти, а також світ умоглядний, істинний, що містить не тільки дійсний, а й ідеальний світ.

В результаті війни тисячі здобувачів вищої освіти навчилися отримувати знання на різних платформах он-лайн. Нові, небачені раніше, можливості та реалії віртуального інтернет-простору для його користувачів створюють унікальні умови для реалізації ідеалів гуманітаристики у соціальних мережах. Інформаційні технології вже зараз активно впливають на всі інститути суспільства, зокрема і на державну владу, вони використовуються не лише як майданчик для ведення інформаційних воєн, а й як можливості для відкритості, прозорості світу, презентації своєї громадянської позиції, обговорення сучасних підходів до феноменів справедливості та гуманізму.

У наш час не тільки здатність мислити, а й здатність говорити, відкрито викладати свою точку зору, а також політичні умови, що дозволяють реалізувати думку як особливий вид діяльності, виходять на передній план. Історичний зміст світових подій, захист та гарантії прав людини, громадянські свободи починають виступати умовою реалізації актів свідомості та думки, умовою реалізації метафізичної складової суб'єкта, його моральних початків, честі та гідності. Сучасний викладач гуманітарних дисциплін повинен заохочувати студентів-лікарів до самостійного мислення та філософування, презентації власної думки, своєї позиції. Без цього створити національну еліту неможливо. Лише базуючись на такому підході, викладач зможе досягнути активної співпраці зі студентами на заняттях, перетворивши їх із споживачів знань на здобувачів.

Особливість викладання гуманітарних наук лікарям полягає в тому, що, по-перше, багато років незалежної України в медичних ЗВО гуманітарні науки мали другорядне місце після природничих дисциплін. По-друге, медична спільнота є найбільш ієрархічною та патерналістичною серед інших професійних спільнот, і, одночасно, більш уразливою та незахищеною з точки зору прав та свобод лікаря. В цьому контексті зростає актуальність соціальної проблематизації навчального матеріалу. Мета гуманітарних наук - сформулювати у студентів здатність критичного ставлення до навчального матеріалу, до однозначних висновків, вміння застосовувати теоретичні положення до повсякденного життя, самостійно аналізувати актуальні проблеми українського суспільства на основі загальнолюдських та європейських цінностей, протистояти війні, насильству та недемократичним практикам обмеження свободи особистості, нетолерантності та неповаги до гідності особистості.

Подальший розвиток та вдосконалення гуманітарної освіти буде відбуватися в умовах війни та післявоєнного стану, що вимагає також істотного корегування державної освітньої політики стосовно критеріїв якості вищої освіти та посилення соціального захисту викладачів гуманітарних дисциплін.

Список використаних джерел

1. Перелік галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої та фахової передвищої освіти. ЗАТВЕРДЖЕНО постановою Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 р. № 266 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 30 серпня 2024 р. № 1021). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/266-2015-%D0%BF#Text>

2. Скрипник Н.В., Пасечко Н. В. Гуманітарний аспект підготовки лікарів у вищих медичних закладах освіти. *Вдосконалення вищої медичної освіти*, 2012, №1, С. 65-67.

СКЛАДНОЩІ ПІДГОТОВКИ ХІРУРГІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

*Хіміч Сергій Дмитрович, д.мед.н., професор,
завідувач кафедри загальної хірургії,
Ольхом'як Олександр Олександрович, к.мед.н., доцент,
доцент кафедри загальної хірургії,
Фуніков Анатолій Володимирович, к.мед.н., доцент,
доцент кафедри загальної хірургії,
Превар Анатолій Петрович, к.мед.н., доцент,
доцент кафедри загальної хірургії,*

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Рівень ефективності функціонування охорони здоров'я будь-якої країни значною мірою визначається кваліфікацією медичного персоналу. Практичній охороні здоров'я потрібен, перш за все, лікар, який володіє ефективними вміннями та навичками роботи для діагностики та лікування пацієнта.

Вивчення хірургії має багатовікову історію. Національна програма викладання хірургії багато в чому завдячує великому вченому, мислителю та педагогу М.І.Пирогову, який ратував за створення хірургічних клінік, наголошував на необхідності практичної підготовки медичних фахівців. Важливим вкладом Н.І. Пирогова у сфері медичної освіти є заснування етапності вивчення хірургії на кафедрах загальної, факультетської та госпітальної хірургії з обов'язковим принципом викладання предмету «біля ліжка хворого». М.І. Пирогов наполегливо проповідував мислення про те, що треба будити думку учнів, розвивати їх розумові здібності, прищеплювати навички самостійної роботи. Досвідчений вчитель має активізувати увагу учнів та розвивати в них інтерес до навчального матеріалу, і це, на думку М.І.Пирогова, найголовніше для успішності навчання. Основними дидактичними принципами, започаткованими Н.І. Пироговим є прояв інтересу учнів до предмета, свідомість навчання, активність і наочність, спонування до самостійної роботи.

Сучасний розвиток інформаційних технологій, фантомів, муляжів та віртуальних способів для освоєння мануальних навичок не є перешкодою для клінічної підготовки лікаря «біля ліжка хворого», як основного елемента навчання – виховання майбутнього фахівця, формування мотивації його професійної діяльності. Сучасні медичні технології, з одного боку, збільшують можливості діагностики та лікування хворого, а з іншого – сприяють зниженню практичного досвіду лікарів, виникненню їхньої некоммунікбельності, дистанціюють лікаря від хворого.

В даний час програми навчання у ВНМЗ часто акцентовані на поповненні теоретичних знань, досягнення сучасних інструментальних технологій, а не на покращення вміння грамотного фізикального обстеження хворого, критичне осмислення зібраної інформації, створення раціонального плану лікування. Все це послаблює зв'язок пацієнта з лікарем. В даний час також спостерігається тенденція зниження припливу молодих кадрів у таку сферу медицини, як хірургія, яка потребує тривалого та напруженого навчання і не завжди гарантує молодим фахівцям гідні матеріальні блага. Викликає на сполох і той факт, що віковий ценз практичних хірургів більшості районних лікарень досяг критичного рівня, при цьому в багатьох установах периферичної ланки не вистачає досвідчених лікарів хірургічного профілю.

За останнє десятиліття відзначається падіння престижу спеціальності лікаря взагалі та хірурга зокрема. Якість відбору претендентів за спеціальністю хірургічного профілю залишає бажати кращого, що певною мірою пов'язане із соціально-економічною обстановкою, відсутністю гідної оплати праці, невлаштованим побутом молодих

спеціалістів, недосконалістю законодавчих нормативів захисту практичного лікаря. Але нині має місце недооцінка хворого як невід'ємного та рівноправного суб'єкта лікувально-діагностичного процесу. При цьому робота з пацієнтом має стати основною як у здобутті знань, так і у придбанні практичних умінь. Водночас нормативні документи в галузі охорони здоров'я забороняють виконання хірургічних маніпуляцій студентам (інтернам, ординаторам, аспірантам), які не мають сертифікату лікаря-хірурга, що не посилює практичну підготовку молодих фахівців. Надмірний прагматизм нашого часу не може не насторожувати. Створені системи стандартів та протоколів ведення хворих, які наказують лікування пацієнтів з певним діагнозом за єдиною схемою, стандартизований підхід не сприяють формуванню та розвитку клінічного мислення у молодих спеціалістів.

Найважливішою проблемою вищої медичної освіти є навчання лікарського мистецтва, що становить суть клінічної підготовки. Однак поки що при вивченні клінічних дисциплін пріоритет надається інформаційним, а не навчальним моделям викладання, що знижує можливість проведення обстеження хворих, освоєння лікувальних технологій. У багатьох регіонах нашої країни міські лікарні у обласних центрах не в змозі вмістити велику кількість студентів, тому практичні заняття часом набувають споглядального характеру. Відсутність самостійної клінічної бази медичних університетів ускладнює повноцінну практичну підготовку кадрів.

Немаловажною проблемою у роботі хірургічних кафедр на клінічних базах є конфлікти між кафедральними співробітниками та адміністраціями ЛПЗ. Однією з причин цього є сучасне положення про клінічну лікарню, необхідні нормативно-правові документи, що дозволяють створити умови для комфортної, спільної з органами практичної охорони здоров'я роботи. Позитивним вирішенням проблеми клінічної підготовки студентів стало створення власних університетських клінік та, водночас, створення симуляційних центрів, які дозволяють відпрацьовувати базові хірургічні навички, 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.

В сучасних умовах науково-технічного прогресу, що безперервно прискорюється, постійно зростає обсяг знань, якими повинен опанувати фахівець. При цьому неминуче загострюються протиріччя між стрімко зростаючим обсягом актуальної інформації, яку мають засвоїти студенти, та обмеженим проміжком часу, відведеним на навчання. При цьому засоби інформаційних технологій виступають як нові інтерактивні прийоми навчання, що мають цілу низку дидактичних переваг, спрямованих на активацію пізнавальної діяльності студентів. Разом з тим, дистанційні технології не повинні конфліктувати із практичною складовою навчання.

Однією з особливостей підготовки молодих фахівців з хірургії є той факт, що навчання операційній майстерності передбачає індивідуальну передачу мануальних навичок та хірургічних технологій, тобто підготовка та удосконалення спеціаліста хірургічного профілю – це «штучна робота».

Отже, на нашу думку, сучасне навчання хірурга має базуватися на трьох складових: теоретичний курс, симуляційний тренінг та клінічне навчання.

У жодній іншій спеціальності роль викладача – наставника немає настільки великого значення як у хірургії, де майстерність вчителя передається учневі за принципом «з рук до рук». Роль педагогів-хірургів з великим практичним досвідом, шанованих у медичному середовищі фахівців, є одним із головних мотивів, дотримуючись якого молоді лікарі прагнуть бути схожими на своїх наставників, досягти їх висот популярності, суспільної значущості.

Таким чином, навчання хірургії повинно мати максимальну практичну спрямованість та проводитися у великих багатопрофільних університетських клініках. Для відпрацювання практичних навичок та покращення мануальної техніки лікарів хірургічного профілю ВМНЗ

повинні мати центри симуляційної підготовки та навчальні операційні. Проводити заняття з інтернами хірургами, аспірантами слід максимально доручати викладачам з великим практичним досвідом, вищою категорією та авторитетом у цій галузі. Відбір кандидатів у майбутні спеціалісти хірургічного профілю потрібно починати зі студентської лави, з наукових студентських гуртків, із залучення студентів до чергування у клініках, роботи у лабораторіях навчальних операційних. Дистанційне навчання, як нова технологія, може займати свою додаткову важливу нішу у програмі навчання хірургії, але воно ніяк не може замінити практичну складову у підготовці лікаря-хірурга. Тому поєднання досягнень науково-технічного прогресу та практичних, мануальних технологій стосовно навчання лікарів хірургічних спеціальностей стало актуальним завданням на сучасному етапі розвитку медичної освіти.

ЛЮДИНОВІМИРНИЙ СМИСЛ СУЧАСНОЇ ФАРМАЦІЇ: ЧИ МОЖЕ РОЗВИТОК ЛІКІВ ЗАЛИШИТИ ПАЦІЄНТІВ ЗА БОРТОМ?

*Хоменчук Марк Олександрович,
аспірант кафедри управління та економіки фармації
Науковий керівник - Утюж Ірина Геннадіївна,
д.ф.н., професор, завідувач кафедри суспільних дисциплін,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Сучасна фармація стоїть на роздоріжжі між швидким розвитком нових препаратів та забезпеченням етичного, ефективного і доступного лікування для пацієнтів. У центрі цього процесу має бути пацієнтоорієнтована розробка ліків, яка враховує як наукові, так і людські аспекти.

Перед тим як нові препарати стають доступними для широкого застосування, вони проходять ретельну перевірку через клінічні випробування. Регулюючі органи вимагають суворого дотримання стандартів, щоб гарантувати безпеку та ефективність ліків. Проте традиційна система клінічних випробувань поступово змінюється під тиском пацієнтоорієнтованих підходів. Пацієнти можуть брати участь у дослідженнях, надаючи важливі дані про використання препаратів у реальних умовах. Це особливо важливо для рідкісних захворювань, де через невелику кількість пацієнтів неможливо провести масштабні рандомізовані випробування. Наглядові дослідження, хоча й менш суворі, ніж традиційні, дозволяють охопити ширшу аудиторію, виявляючи побічні ефекти та збираючи дані про ефективність у реальних умовах.

Трагічний випадок смерті Абігейл Херроу став поштовхом до створення організації Abigail Alliance, яка виступає за доступ пацієнтів до експериментальних препаратів. Це викликало дискусії щодо балансу між доступом до нових ліків та збереженням суворості клінічних випробувань. Судові справи і суспільні обговорення підкреслюють необхідність врахування етичних аспектів у фармацевтичних дослідженнях [1].

Пацієнти мають право відмовитися від участі в експериментах, але їхня добровільна співпраця може суттєво підтримати наукові розробки. При цьому важливо враховувати ризики та компроміси: надмірно спрощений доступ до експериментального лікування може підірвати існуючу систему випробувань, але також може сприяти збиранню нових даних, які стануть основою для подальшого вдосконалення терапії.

Для того щоб пацієнтоорієнтовані ініціативи органічно доповнювали існуючу систему, необхідно внести зміни у підходи до досліджень. Підвищення толерантності, ефективності та розуміння нових методів лікування можливе лише за умов конструктивної співпраці між науковцями, регуляторами та пацієнтами. Фармація майбутнього має бути не лише про ліки, а й про людей, які ними користуються. Інтеграція пацієнтів у процес розробки та тестування лікування є важливим кроком до створення системи, що відповідає потребам усіх її учасників.

Список використаних джерел

1. Philosophy and Medicine | Book series home. J. Flanigan. The Jepson School of Leadership Studies, The University of Richmond, Richmond, VA, USA e-mail: jflaniga@richmond.edu © Springer Science+Business Media B.V. 2017 D. Ho (ed.), Philosophical Issues in Pharmaceutics, Philosophy and Medicine 122, DOI 10.1007/978-94-024-0979-6_2

ФІЛОСОФІЯ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ: ПРИНЦИПИ КОМУНІКАЦІЇ З РОДИНАМИ ДІТЕЙ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

*Цимбал Анна Юріївна, PhD, асистент кафедри дитячих хвороб ННІПО,
Кузнецов Павло Павлович, асистент кафедри дитячих хвороб ННІПО,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Паліативна допомога для дітей є важливою складовою сучасної медицини, особливо коли йдеться про дітей, які страждають від важких, часто невиліковних захворювань. Ключовим елементом цього процесу є взаємодія з родинами, яка потребує не тільки професійних знань, але й чуйності, емоційної підтримки та етичного підходу. Принципи медичної етики, зокрема автономія, благополуччя та справедливність, стають основою для вибору правильних комунікаційних стратегій у паліативному догляді.

Інформованість родини є критично важливою, оскільки вона дозволяє приймати свідомі рішення стосовно лікування та догляду за дитиною. Однак це також потребує високого рівня чутливості з боку медичних працівників, щоб уникнути заподіяння додаткових стресів або емоційної травми під час надання цієї інформації. Важливо, щоб лікарі надавали всю необхідну інформацію, включаючи прогнози щодо розвитку хвороби, варіанти лікування та догляду, однак також вони повинні бути готові до того, щоб поважати культурні та емоційні аспекти родини.

Етичні аспекти комунікації з родинами дітей, що потребують паліативної допомоги, полягають у підтримці автономії родичів, що виявляється в наданні їм достатньої кількості інформації для ухвалення рішень. Це передбачає не тільки відкритість та чесність в розмовах, а й врахування бажань родини щодо можливих варіантів лікування, коли це можливо, та прийняття їхнього рішення, навіть якщо воно не збігається з медичними рекомендаціями.

Принцип не завдання шкоди вимагає від лікаря прояву високої чутливості, оскільки рішення, що стосуються паліативної допомоги, часто можуть мати важкі емоційні наслідки для родини. Потрібно уникати будь-якої форми примусу, забезпечуючи родичам простір для того, щоб зробити власний вибір на основі повної та чіткої інформації.

Також важливо, щоб лікарі були готові працювати з родинами, враховуючи їхні релігійні та культурні переконання. Це допоможе уникнути непорозумінь і забезпечити більш ефективну взаємодію. Особливо це стосується рішень про припинення лікування чи надання допомоги в кінцевій стадії хвороби.

Крім того, важливою складовою паліативної допомоги є підтримка медичних працівників, оскільки вони часто стикаються з емоційно важкими ситуаціями. Для того щоб зберегти професіоналізм та емоційну стабільність, лікарі мають отримувати відповідну психологічну підтримку та тренінги з етики і комунікації. Це дозволяє не тільки допомогти родинам, а й зберегти психологічну здоров'я самих медичних працівників.

Паліативна допомога є не тільки медичним процесом, а й соціальним, емоційним, моральним і культурним аспектом, який потребує виваженого та етичного підходу до кожного окремого випадку. Правильна комунікація з родинами, яка будується на принципах взаємної поваги, чесності та чуйності, є запорукою ефективного надання паліативної допомоги.

Список використаних джерел

1. World Health Organization. (2022). *Palliative care for children: A model for integrated care*. WHO.

2. O'Connor, M. (2021). *Palliative care and communication in the pediatric setting: A practical guide*. Springer.
3. Kearney, M. H., & Pauly, B. (2020). *Communication with families in pediatric palliative care: Ethical considerations and strategies*. *Journal of Pediatric Nursing*, 35(3), 242-250.
4. Roter, D. L., & Hall, J. A. (2021). *Physician-patient communication: A review of the literature*. *Patient Education and Counseling*, 104(5), 1226-1232.
5. Breen, K., & Brown, M. (2022). *Ethics of communication in pediatric palliative care*. *Journal of Palliative Medicine*, 24(6), 951-957.
6. Hinds, P. S., & O'Connor, M. (2020). *Navigating family communication in pediatric palliative care: Approaches and strategies*. *Pediatric Clinics of North America*, 67(6), 1277-1289.
7. Chan, A., & Pimentel, E. (2021). *Cultural considerations in pediatric palliative care communication: Challenges and strategies*. *Journal of Palliative Care*, 37(4), 278-286.
8. McCabe, C., & Coyne, I. (2023). *Family-centered care in pediatric palliative settings: A review of communication strategies*. *Pediatric Nursing*, 49(1), 32-39.

УДК 004.8:61

ІНТЕГРАЦІЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В ЦИФРОВУ МЕДИЦИНУ: ІННОВАЦІЙНІ РІШЕННЯ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*Череп Алла Василівна, доктор економічних наук, професор, завідувач
кафедри фінансів, банківської справи, страхування та фондового ринку;
Воронкова Валентина Григорівна, доктор філософських наук,
професор, зав. 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. У статті досліджено актуальну тему інтеграції штучного інтелекту (ШІ) у цифрову медицину як інноваційного підходу до вирішення сучасних викликів у сфері охорони здоров'я. Розглянуто основні напрями використання ШІ, зокрема автоматизацію діагностики, персоналізоване лікування, оптимізацію управління медичними ресурсами. Проаналізовано переваги застосування ШІ для підвищення ефективності системи охорони здоров'я, а також окреслено перспективи подальшого розвитку цифрової медицини в умовах глобальної діджиталізації.

Abstract. The article explores the topical issue of integrating artificial intelligence (AI) into digital medicine as an innovative approach to solving modern healthcare challenges. The main areas of AI use are considered, including automation of diagnostics, personalized treatment, and optimization of medical resource management. The advantages of using AI to improve the efficiency of the healthcare system are analyzed, and the prospects for further development of digital medicine in the context of global digitalization are outlined.

Історія розвитку штучного інтелекту (ШІ) бере початок із 1956 року, коли на конференції в Дартмутському коледжі було офіційно визначено цю область досліджень. З 1993 року розвиток ШІ перейшов на новий етап, характеризуючись стрімким прогресом і широким впровадженням у різних сферах. Протягом своєї історії ШІ як міждисциплінарна наука, що об'єднує медицину, нейронауку, когнітивні науки, психологію та фізіологію, відіграла важливу роль у формуванні сучасних технологій. Наприкінці 1960-х років у процесі розвитку ШІ з'явилися експертні системи, які моделювали мисленнєві процеси людей, зокрема медиків. Вже на початку 1970-х років була розроблена система MYCIN - перша у світі медична експертна система, створена в Стенфордському університеті, яка стала першою в світі експертною системою, що застосовується у галузі медицини, була створена для

допомоги лікарям у діагностиці та лікуванні бактеріальних інфекцій, зокрема сепсису та менінгіту. MYCIN аналізувала ці дані за допомогою своїх правил і пропонувала можливі діагнози та рекомендації щодо лікування. Система не була впроваджена в клінічну практику через юридичні, етичні та технічні питання, хоча експериментально вона показала високу ефективність. MYCIN стала основою для розвитку сучасних медичних експертних систем і стимулювала дослідження у галузі штучного інтелекту. Сьогодні методи, вперше реалізовані в MYCIN, розвинулися у складніші алгоритми на основі машинного навчання та нейронних мереж [1]. Вивчаючи потужні функції і складну структуру мозку, питання про те, як отримати суттєве прориву в дослідженнях ШІ, є викликом, який сьогоднішня медицина ставить перед ШІ. Алгоритми штучного інтелекту, засновані на великих обсягах даних, забезпечують швидкий і оптимізований спосіб надання медичних послуг. Застосування штучного інтелекту в медичній сфері носить не тільки технологічні інновації, але і зміни в моделях медичних послуг. Провідні лікарні США, такі як клініка Мейо і клініка Клівленда, почали співпрацювати з компаніями, що займаються штучним інтелектом, сподіваючись стати центром медичних додатків штучного інтелекту для моніторингу, діагностики, лікування та контролю захворювань. Експертний інтелект може відігравати роль у багатьох аспектах медичної галузі, таких як медична візуалізація, управління здоров'ям, прогнозування ризиків захворювань, віртуальні помічники, розробка ліків, клінічна діагностика та лікування, психічні захворювання, патології та харчування. В даний час найбільш успішні додатки ШІ в медичній діяльності включають візуалізацію, розробку медичних роботів. Завдяки глибокому навчанню штучний інтелект в області досліджень і розробок лікарств завершив нові прориви в області серцево-судинних препаратів, протиопухолевих препаратів і розповсюджених методів лікування інфекційних захворювань, знизивши під час розробки ефективність ліків, підвищивши дослідження і розробку і контролюючи витрати на дослідження і розробку. Робот Да Вінчі серед медичних роботів вже давно застосовується у великих лікарнях, а з розвитком штучного інтелекту на медичний ринок поступово виходять і інші типи роботів. В області інтелектуальної діагностики та лікування IBM Watson продемонструвала можливість діагностики та лікування захворювань людини за допомогою штучного інтелекту. Великі дані про здоров'я та медицину генеруються і формуються в процесі щоденного управління здоров'ям людей. Розробка та застосування інтелектуальних носіїв і домашнього інтелектуального обладнання для виявлення та моніторингу здоров'я дозволяє здійснювати динамічний моніторинг даних про особисте здоров'я. Використання цих даних для розрахунків з використанням штучного інтелекту дозволяє точно оцінити стан здоров'я людини, стандартизувати і точно прогнозувати ризики захворювань і контролювати здоров'я людей. ШІ може забезпечити точні рекомендації з контролю рівня цукру у крові, контролю артеріального тиску, моніторингу факторів здоров'я, надавати пацієнтам високоякісну, інтелектуальну та щоденну медичну допомогу та рекомендації щодо здоров'я, надавати населенню повну інформацію про стан здоров'я. ШІ має важливе соціальне значення для підвищення ефективності лікування хронічних захворювань і економії медичних витрат. У 2008 році Google запустив службу прогнозування грипу, щоб ефективно відстежувати позначки спалахів грипу шляхом виявлення пошукових запитів користувачів у Google. Використовуючи аналіз великих даних та технологій глибокого навчання, штучний інтелект зумів передбачити хворобу Альцгеймера, серцево-судинні захворювання, рак, психічні захворювання. Ці прогнози можна використовувати для ефективного запобігання та контролю суспільних епідемій, покращення особистого здоров'я. В даний час китайські наукові дослідники беруть участь у дослідженнях і розробці медичних продуктів штучного інтелекту, медичну візуалізацію, використання хірургічних роботів, лікування пухлин та інші області. Є точки зору вчених: 1) ШІ може виконувати свою роботу краще, ніж лікарі, може використовуватись для підвищення точності діагностики та ефективності лікування. 2) ШІ не працює краще, ніж лікарі, але робить це швидше, ніж лікарі, і його можна використовувати для підвищення ефективності. 3) ШІ не працює краще, ніж старші лікарі, але він може допомогти молодшим

лікарям і лікарям у первинних медичних установах розробити більш точні плани діагностики та лікування, отримавши досвід старших лікарів і великих лікарень. У майбутньому штучний інтелект стане важливою опорою для створення нової системи медичного обслуговування і буде поєднуватися з розвитком інформатизації для комплексно побудованої якісної та ефективної нової системи цифрової медицини. Нове покоління штучного інтелекту має важливе стратегічне значення для розвитку майбутніх галузей та прискорення формування нових продуктивних сил цифрової медицини. Технології штучного інтелекту, представлені великими генеративними моделями, відкривають новий пік розвитку, особливо у сфері охорони здоров'я. Цифрові технології охорони здоров'я значно розширюються, включаючи управління даними, управління охороною здоров'я та практичне застосування технологій великих моделей, що сприяє технологічному прогресу та промислового розвитку в галузі цифрової охорони здоров'я. Величезна кількість даних клінічних досліджень, що зростає, створює серйозне навантаження на лікарів і дослідників при прийнятті рішень, заснованих на фактичних даних. Останніми роками технологія штучного інтелекту, представлена глибоким навчанням, активно розвивається. Супутні технології широко використовуються в академічних та промислових колах, які технологія генеративного штучного інтелекту привносить в інновації продуктів у системі охорони здоров'я. Генеративний штучний інтелект може зробити революцію у сфері мобільних медичних послуг. Інноваційні програми, такі як персоналізований інтелектуальний помічник зі здоров'я, управління настроєм, оптимізація сну та інші інноваційні програми. Генеративний ШІ надає користувачам комплексні послуги за умови інтелектуального досвіду медичного обслуговування; створення нової парадигми мобільного управління охороною здоров'я та її глибокого впливу на індустрію медичних послуг. Штучний інтелект можна застосовувати в охороні здоров'я, використовуючи моделі машинного навчання, які допоможуть обробляти медичні дані та надавати медичним працівникам важливу інформацію для поліпшення здоров'я та досвіду пацієнтів. Алгоритми штучного інтелекту та інші додатки використовуються для підтримки медичних працівників у клінічних умовах та поточних дослідженнях. Дослідження основних напрямів інтеграції штучного інтелекту (ШІ) у цифрову медицину в умовах діджиталізації має важливе практичне значення, оскільки сприяє покращенню діагностики; оптимізації лікування; ефективному управлінню медичними ресурсами; розвитку телемедицини; удосконаленню медичних досліджень; сороченню витрат на медицину. Використання ШІ для аналізу великих обсягів медичних даних дозволяє виявляти захворювання на ранніх стадіях з високою точністю. Алгоритми ШІ дозволяють створювати персоналізовані протоколи лікування на основі індивідуальних особливостей пацієнта. Автоматизація процесів у лікарнях, управління ланцюгами постачання та розподілом кадрів підвищує ефективність роботи медичних закладів. Інтеграція ШІ у наукові дослідження дозволяє швидше розробляти нові методи лікування та лікарські засоби. Загалом, інтеграція ШІ у цифрову медицину не лише сприяє ефективнішому вирішенню сучасних викликів у сфері охорони здоров'я, а й забезпечує нові можливості для підвищення якості життя людей [2].

Список використаних джерел

1. Андрукайтене 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.
2. 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. ПРОБЛЕМА ЛІКАРЯ-ВИКЛАДАЧА – ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ТА ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ

378.147.091.39.016:616-092]:37.015.31:159.955

THE USE OF PROBLEM-BASED LEARNING (PBL) IN PATHOPHYSIOLOGY EDUCATION AS A THEORETICAL FRAMEWORK FOR CULTIVATING CLINICAL THINKING

*Vasylenko Hlib Volodymyrovych,
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University*

Abstract: Clinical thinking is an important aspect of medical education that reflects a doctor's ability to make decisions and diagnoses. Clinical thinking allows you to make both logical and non-standard decisions in clinical practice and look at the diagnosis from different angles, that is, to make decisions under conditions of uncertainty.

Keywords: pathophysiology, clinical thinking, treatment tactics, small groups of students.

An important element of effective clinical practice is the mechanism of thinking and decision-making that doctors demonstrate when facing a particular clinical situation. Analyzing it, they rely on their own competence, a key component of which is the level of clinical thinking [20].

Clinical thinking is an important aspect of medical education that reflects a doctor's ability to make decisions and diagnoses. Clinical thinking allows you to make both logical and non-standard decisions in clinical practice and look at the diagnosis from different angles, that is, to make decisions under conditions of uncertainty. Clinical reasoning and, as a result, professional judgment should not be based solely on blind adherence to rules and ignore the most complete information available [27].

An adequate level of clinical reasoning is closely related to diagnostic insight, understanding of the possible risks and benefits of certain tests and careful analysis of the results of the diagnostic search [17]. The article by Levin M. et al. (2016) highlights the results of applying the case-based "disease scenario" methodology to form the basis of clinical thinking of medical students. The methodology included a brief description of the clinical component with a list of questions, the structure of which realistically combined fundamental knowledge of theoretical medicine and clinical (propedeutic) subjects. The use of this method elicited the following responses from students: "teaches you to reason through differential diagnosis" and "I felt like it made us think like doctors" [18].

The term "clinical thinking" does not yet have an unambiguous definition. The analysis of the literature revealed the following approaches to its definition: a) medical art, consisting of the amount of knowledge necessary to understand the causes and pathological mechanisms of diseases, as well as clinical experience and professional intuition; b) intellectual activity, thanks to which the doctor finds the features characteristic of a given pathological process in a particular person [1].

Some students do not pay due attention to the development of clinical thinking skills. They believe that by mastering sufficiently modern equipment and tools, they will be able to effectively diagnose and treat diseases [25], forgetting that the interpretation of only the results of clinical laboratory and instrumental examination can lead to diagnostic errors [12], and thus to certain errors in the choice of further treatment tactics [22]. The study conducted by Braun, L.T. et al. (2017) showed that the main reason for diagnostic errors in young doctors is the lack of ability to correctly compare the mechanisms of disease development and symptoms, which leads to errors in creating a further therapeutic circuit [4]. Elstein et al. (1978) described two main types of mistakes made by medical students when analyzing and interpreting the results of clinical and laboratory tests in the context of forming a preliminary diagnosis and a scheme of pharmacocorrection of a pathological condition: 1) overinterpretation or underinterpretation and 2) misinterpretation [8].

Thus, the understanding of the basic principles of disease development and the ability to apply them in practical medicine is formed due to studying fundamental subjects, particularly pathophysiology [3].

Pathophysiology combines the knowledge of various biomedical sciences, which provides a basic link between basic and clinical medical sciences and their application in clinical practice. An important part of this is the teaching of pathophysiology, when students can master the basic concepts of the process of disease onset and development, and deeply understand the pathogenesis of the disease. The task of pathophysiology is to identify and describe [19]:

1. causes and patterns of diseases and pathological processes (i.e. etiology).
2. 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.

Theoretical training in pathophysiology is necessary to develop students' ability to transform theoretical knowledge into solving practical clinical problems, thus acquiring the ability to make clinical correlations. Clinical correlation in basic medical education can be considered as a learning tool that allows to explore the relationship between a basic science concept and its applicability to medical practice or disease [15].

Thus, linking clinical practice with theoretical education also improves students' decision-making ability, deepens their education, and broadens the knowledge of students and teachers. Teaching pathophysiology by performing situational tasks based on pathophysiological analysis of data on a pathological process or disease is one of the effective teaching methods in medical education that contributes to the formation of clinical thinking.

The most reasonable method in the implementation of pathophysiology tasks can be the use of hybrid teaching, which involves combining traditional lectures and the study of specific cases or problems, group discussion, that is, problem-based learning (PBL) [11]. Problem-based learning (PBL) is based primarily on the integration of existing knowledge and skills [2] and promotes the development of students' critical thinking skills for independent solving of practical problems [6].

Barrett et al. (2005) defines PBL as learning that results from the process of working toward an understanding of the solution to a problem [23]. The problem arises primarily in the learning process. At the same time, Chasman et al. define PBL as a learning strategy that simultaneously develops problem-solving strategies, disciplinary knowledge and skills by placing students in the role of individuals facing a problem that reflects real-world problems.

Thus, PBL is an approach to learning that uses real-world problems as a context in which students learn critical thinking and problem-solving skills, as well as acquire the necessary knowledge and concepts from the educational material or subject.

With this in mind, the use of multilevel situational tasks in the form of cases that combine analysis, synthesis, generalization and comparison will help students to systematize information around a particular pathophysiological manifestation, for example, the peculiarities of the development of a typical pathological process, such as inflammation, in relation to a "conditional" patient. This will create conditions for the search, systematization and independent interpretation of information on a specific topic from various information sources, i.e., the formation of the ability to make theoretical generalizations [16].

To implement Problem-based learning (PBL) in pathophysiology, the methodology "case-based learning" (CBL) can be used. The essence of the "case-based learning" methodology is the use of a methodological approach based on specific cases, which involves students in the discussion of specific scenarios taken from real medical practice. One of these teaching methods is the "case study" method, which focuses on developing the ability to act in situations where there is no clear answer to a question, but several answers that can compete in terms of truth. It is advisable to use situational tasks in the form of structured (brief and accurate presentation of the situation with the necessary data) mini-cases (a mini-case is formulated in the form of one or two paragraphs, with questions to be answered), with the gradual use of such components as "analysis", "evaluation", "problem solving" and "decision making" [22].

The essence of the case method for learning pathophysiology is that students are asked to comprehend the information presented in the described situational task, which can be from several sentences on one page (short European case) to many pages (extensive American case). The description of such a situation actualizes a certain set of already acquired knowledge in other fundamental disciplines (human physiology, biochemistry, anatomy and histology, etc.) [5]. Thus, the main outcome of the case discussion should be the identification of thematic semantic keywords, phrases or instrumental and laboratory indicators that have a certain semantic load and serve as an "algorithm for finding the right answer". The use of such a methodological approach in the study of pathophysiology additionally creates the basis for the implementation of Simulation-based education (SBE), which can improve the transfer of theoretical knowledge to future clinical practice [26].

The case-study method is a tool that allows applying theoretical knowledge to solving practical problems [14]. The method promotes the development of students' independent thinking, the ability to listen and take into account an alternative point of view, and to express their own reasonably. With the help of this method, students have the opportunity to demonstrate and improve analytical and evaluative skills, learn to work in a team, and find the most rational solution to the problem.

Working with pathophysiological cases should have its own peculiarities that distinguish it from other teaching strategies. First of all, classes using this methodology in teaching pathophysiology to study clinical correlations should be conducted in small groups of students, which makes it possible to participate in discussions on specific topics of clinical importance [15]. Students should work in small groups, receiving the material directly in class [7]. Situational tasks are based on conditional clinical case histories. A case study consists of a condition in which a pathological condition is indicated with a description of the general condition of the conditional patient, characteristic symptoms, laboratory or instrumental examination data. To answer the questions of the case study, students can use not only the available resources (textbooks, pathophysiology manual), but also external sources (Internet resources).

The following chronological structure of the case may be the most effective:

- Students are divided into small groups (3 - 4 people each)
- Time to complete the task is 90 minutes (academic class time)
- Familiarization with the terms of the case and discussion of answers to the questions (30 minutes)
- Answers to the case study questions from each small group (60 min.)
- Summarizing and evaluation.

In summarizing the results of students' work with situational tasks, an important role is assigned to the teacher, who: 1. Makes a generalized conclusion about the work of each group of students. 2. Highlights incorrect answers and, most importantly, discusses with the group of students the controversial opinions that have arisen and justifies the error of certain judgments of the group in answering.

When discussing case studies, students should not be required to provide ready-made solutions. The purpose of the team's work is to put forward theoretical considerations and, as a result, form a preliminary conclusion about the case study [24]. In the process of discussing the results with students, the teacher must focus their attention on the importance of linking the pathophysiological mechanisms of the development of certain organ (tissue) dysfunctions with reference to symptoms (syndromes). In this case, it is advisable to use the strategy of Unfolding case studies (UCS) [13].

The main goal of this strategy is to develop skills and reasoning for a deeper understanding of pathophysiology. The use of UCS has been shown to increase student engagement, encourage teamwork, and promote clinical judgment [9]. Thus, students already in the initial courses develop the ability to use the method of pathophysiological analysis in the diagnostic search, determination of pharmacotherapy and disease prevention [10].

Thus, the use of the case study method in small teams in the study of pathophysiology contributes to the transformation of individual student knowledge into a single system and will certainly contribute to the formation of the foundations of clinical thinking.

The thematic structure of this discipline allows us to consider its educational topics as separate "nodes" of systematized knowledge that are logically related to each other. In addition, knowledge of the basic concepts of pathophysiology, mechanisms of development of typical pathological processes, mechanisms of cell damage will contribute to a more thorough study of clinical subjects.

References

1. Benner P., Hughes R.G., Sutphen M. Clinical Reasoning, Decisionmaking, and Action: Thinking Critically and Clinically. In: Hughes RG, editor. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2643/>
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. Brass E.P. Basic biomedical sciences and the future of medical education: implications for internal medicine. *J Gen Intern Med*. 2009 Nov;24 (11):1251-4. doi: 10.1007/s11606-009-0998-5. Epub 2009 Oct 31. PMID: 19882372; PMCID: PMC2771245.
4. 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). doi: 10.1186/s12909-017-1044-7.
5. 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). doi: 10.1186/s12909-021-02638-3.
6. 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.
7. Edmunds S., Brown G. (2010). Effective small group learning: AMEE Guide No. 48. *Medical Teacher*, 32(9), 715–726. doi: 10.3109/0142159x.2010.505454.
8. Elstein A.S., Shulman L.S., Sprafka S.A. Medical problem solving - an analysis of clinical reasoning. Cambridge: Harvard University Press; 1978.
9. 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.
10. 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. doi: 10.1016/S0959-4752(02)00025-7.
11. Guo J., Li L., Bu H. et al. 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.
12. Harasym P.H., Tsai T.C., 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.
13. 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. 103p.
14. Kim H., Hannafin M. (2008). Situated case-based knowledge: An emerging framework for prospective teacher learning. *Teaching and Teacher Education*, 24(7), 1837-1845.

15. Klement B.J., Paulsen D.F., Wineski L.E. 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.
16. Knollmann-Ritschel B.E.C., Regula D.P., Borowitz M.J., Conran R., Prystowsky M.B. Pathology Competencies for Medical Education and Educational Cases. *Acad Pathol.* 2017 Jul 24;4:2374289517715040. doi: 10.1177/2374289517715040. PMID: 28815204; PMCID: PMC5528910.
17. Lateef F. Clinical Reasoning: The Core of Medical Education and Practice. *Int J Intern Emerg Med.* 2018; 1(2): 1015.
18. Levin M, Cennimo D, Chen S, Lamba S. Teaching Clinical Reasoning to Medical Students: A Case-Based Illness Script Worksheet Approach. *MedEdPORTAL.* 2016 Aug 26;12:10445. doi: 10.15766/mep_2374-8265.10445. PMID: 31008223; PMCID: PMC6464440.
19. Li Y., Li K., Yao H., Xu X., Cai Q. (2015). Reform in teaching preclinical pathophysiology. *Advances in physiology education*, 39 4, 254-8.
20. Locke R., Mason A., Coles C. et al. The development of clinical thinking in trainee physicians: the educator perspective. *BMC Med Educ* 20, 226 (2020). doi: 10.1186/s12909-020-02138-w.
21. Plebani M. Diagnostic Errors and Laboratory Medicine - Causes and Strategies. *EJIFCC.* 2015 Jan 27;26(1):7-14. PMID: 27683477; PMCID: PMC4975219.
22. Thomas R.E. Methods of teaching medicine using cases. *Med Teach.* 1993;15(1):27-34. doi: 10.3109/01421599309029008. PMID: 8326842.
23. Understanding problem -based learning. In handbook of enquiry & problem based learning. Barrett, T., Mac Labhrainn, I., Fallon, H. (Eds). Galway: CELT.
24. Van Dijken P.C., 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.
25. 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.
26. Weller J.M., Nestel D., Marshall S.D., Brooks P.M., Conn J.J. Simulation in clinical teaching and learning. *Med J Aust.* 2012 May 21;196(9):594. doi: 10.5694/mja10.11474. PMID: 22621154.
27. Young M., Thomas A., Gordon D., Gruppen L., Lubarsky S., Rencic J., et al. The terminology of clinical reasoning in health professions education: implications and considerations. *Med Teach* 2019; 41:1277–84.

EXPLORING COLLABORATIVE OPPORTUNITIES WITH CHATGPT AI IN TEACHING CLINICAL SUBJECTS FOR UNDERGRADUATE AND POSTGRADUATE MEDICAL EDUCATION

*Vizir Vadym Anatoliiovych, MD, PhD, Professor,
Demidenko Oleksandr Viktorovych, PhD, Associate Professor,
Sadomov Anton Serhiiovych, PhD, Associate Professor,
Prykhodko Ihor Borysovych, PhD, Associate Professor,
Department of Internal Medicine 2,
Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University*

Artificial intelligence (AI) is becoming an integral part of modern medical education, especially in postgraduate medical education. As medical knowledge grows and healthcare systems become more complex, AI offers innovative solutions to improve learning outcomes, personalize educational pathways, and enhance clinical decision-making skills among medical professionals [1].

The introduction of AI into medical education allows for the creation of virtual query systems, distance learning and management, and the production of training videos, which

significantly improves the quality of education. One of the key aspects of AI is the ability to analyze large amounts of data, which allows identifying new patterns and trends in medical practice. This, in turn, contributes to the development of more effective methods of treatment and prevention of diseases. For example, AI can help diagnose complex cases by analyzing medical images and other patient data with high accuracy [2].

Overall, AI has the potential to help doctors learn more effectively and provide better medical care. The use of AI in undergraduate and postgraduate medical education opens new opportunities for development, contributing to the improvement of medical services [3]. On the other hand, it is important to note that these models do not replace practical clinical experience. For example, we have considered some possibilities of using ChatGPT, an artificial intelligence chatbot, in the study of internal medicine at the undergraduate stage.

Thus, in most cases, ChatGPT neural network provided correct answers to various types of test tasks: with one correct answer; multiple-choice; with alternative answers; matching, correct sequence, etc. Artificial intelligence has proven to be able to provide detailed, fast, and in most cases correct answers to situational tasks created in the «Крок-2» format, which focus on clinical skills, diagnosis, and treatment of various diseases of internal organs. Thus, the ChatGPT tool can be useful in creating test tasks for students (mostly simple ones with obvious correct answers). It can also help with generating questions, creating case studies, providing explanations, etc. It should also be noted that ChatGPT provides the most correct answers to questions when they are formulated in English.

The list of ChatGPT features that can be used to create learning interactions with students may include the following points. Questions and answers: you can ask questions about a specific topic in the classroom and then use ChatGPT to check the student's answers. Checking for understanding: creating tasks in which students will need to demonstrate their understanding of certain concepts or processes. ChatGPT can generate questions that test students' knowledge and understanding of the material. Explaining theoretical concepts: ChatGPT can explain complex theoretical concepts or provide additional details on a particular topic. It is also possible to generate scenarios and cases that stimulate students to think critically and analyze. Random scenarios: It is possible to generate random scenarios or cases stemming from different medical fields. This can promote the development of students' creative thinking and require them to apply knowledge from different fields of medicine.

Therefore, the use of ChatGPT artificial intelligence in teaching internal medicine in undergraduate and postgraduate medical education can be an effective tool, which must be supplemented by direct teacher participation and other assessment tools, as the model may have certain limitations and require additional editing.

References

1. Shiva Rasouli, Duha Alkurdi, Bochen Jia. (2024). The Role of Artificial Intelligence in Modern Medical Education and Practice: A Systematic Literature Review. medRxiv 2024.07.25.24311022. <https://doi.org/10.1101/2024.07.25.24311022>
2. Mishra C., Farooqui S, Shimna C. S., et al. (2024). The Role of Artificial Intelligence in Improving Medical Education: A Comprehensive Review. Advancement and New Understanding in Medical Science Vol. 7, 81–101. <https://doi.org/10.9734/bpi/anums/v7/7333B>
3. Banerjee M., Chiew D., Patel K.T. et al. (2021). The impact of artificial intelligence on clinical education: perceptions of postgraduate trainee doctors in London (UK) and recommendations for trainers. BMC Med Educ 21, 429. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02870-x>

ПРОБЛЕМА ЛІКАРЯ-ВИКЛАДАЧА – ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ТА ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ

*Губка Віктор Олександрович, професор, доктор медичних наук,
зав. кафедри госпітальної хірургії;*

*Головко Микола Григорович, кандидат медичних наук,
доцент кафедри госпітальної хірургії;*

*Гайдаржі Євген Іванович, кандидат медичних наук,
доцент кафедри госпітальної хірургії;*

*Охріменко Георгій Іванович, кандидат медичних наук,
асистент кафедри госпітальної хірургії;*

*Вайло Юрій Миколайович, кандидат медичних наук,
асистент кафедри госпітальної хірургії;*

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Широкомасштабна війна Росії проти України, яка вже продовжується кілька років, створює нові виклики до організації навчального процесу на клінічних кафедрах медичних вищих навчальних закладів (ВНЗ). Одна із актуальних проблем полягає в тому, що нашій країні необхідна достатня кількість військових лікарів, здатних надати якісну медичну допомогу пораненим на всіх етапах евакуації.

Особливо це стосується кафедр хірургічного профілю. Більшість з них знаходиться на базі лікувальних закладів, які надають кваліфіковану і спеціалізовану лікарську допомогу пораненим військовим та цивільним. Виникає можливість прискореного оволодіння професією лікаря-хірурга, лікаря-травматолога, лікаря-ангіохірурга та ін., не тільки під час проходження інтернатури, а і залучаючи студентів 3-6 курсів до практичної діяльності, за їх власним бажанням. Вони можуть якісно оволодіти знаннями у галузі військово-польової хірургії не тільки на практичних заняттях, які проводяться в режимі «он-лайн», а і зустрітися з викладачем в лікувальному закладі. Студент приймає участь в загальних лікарських обходах у відділенні, працює в перев'язувальній, асистує на операціях, приймає участь у чергуванні для встановлення діагнозу і надання невідкладної хірургічної допомоги. Одне тільки знаходження в приймальному відділенні поряд з пораненою людиною у військовій формі залишає у студентів незабутнє враження і відчуття причетності до великої справи. Допомагають оволодіти практичними навичками лікаря також заняття студентів у тренажерних залах, тренінгових центрах, створених на базі медичного ВНЗ. Тут вони відпрацьовують техніку легенево-серцевої реанімації, накладання і зав'язування швів, пункції та дренування плевральної порожнини при гемопневмотораксі, накладання джгута для зупинки артеріальної кровотечі та ін.

Таке гармонійне поєднання теорії та практики значно полегшує роботу викладача на етапі післядипломної освіти молодого спеціаліста, а на виході – лікаря, здатного ефективно працювати як на стабілізаційних пунктах, так і в лікарнях, де надається кваліфікована і спеціалізована допомога пораненим.

РОЛЬ НАВЧАЛЬНИХ ЕКСКУРСІЙ В ПІДВИЩЕННІ ПРОФЕСІЙНОЇ МОТИВАЦІЇ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ФАКУЛЬТЕТІВ

*Іванченко Олена Зенонівна, кандидат біологічних наук,
доцент кафедри медичної фізики, біофізики та вищої математики;*

*Мельнікова Оксана Зенонівна, кандидат біологічних наук,
доцент кафедри медичної фізики, біофізики та вищої математики,*

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Мотивація є одним з найсильніших рушійних почуттів людини [1]. Процес навчання вимагає стійкого позитивного ставлення всіх учасників процесу до навчально-пізнавальної діяльності. Успішність оволодіння знаннями, вміннями і навичками залежить, в першу чергу,

від студента. Необхідно, щоб сам учень виявляв бажання пізнавати нове. Дослідження проблеми мотивації навчання показують, що якість освіти найбільш висока у людини, яка має внутрішню, індивідуальну потребу стати висококласним спеціалістом. Педагогам, як організаторам навчального процесу, необхідно не просто передати інформацію своїм учням, а ще й спрямувати їх на формування позитивного ставлення до власної навчально-пізнавальної діяльності. Задачею викладача є співпраця зі студентами таким чином, щоб проаналізувати особливості мотивів навчальної діяльності кожного учня і стимулювати ті з них, які є позитивними. Це особливо важливо здійснювати у медичних ЗВО у зв'язку зі складністю професії лікаря та великим значенням медицини у житті кожної людини та суспільства у цілому, що потребує особливої уваги до підготовки майбутніх фахівців.

Дослідження [2,3] показали, що мотивація студентів медичних закладів вищої освіти (ЗВО) змінюється з роками навчання. «Здобувачі освіти старших курсів демонструють більший інтерес до медицини» [2], тобто необхідність отримати глибокі і міцні знання пов'язані, в першу чергу, з професійною мотивацією, яка містить такі складові: можливість стати висококваліфікованим спеціалістом, отримати від навчання інтелектуальне задоволення, забезпечити успішність в майбутній професії. На перших курсах медичних ЗВО студенти опановують дисципліни медико-біологічного профілю. Перед викладачами постає завдання чіткої професійної орієнтованості освітнього процесу: студенти повинні розуміти, як дисципліна, яку вони вивчають, знадобиться у подальшій роботі лікаря. Тому викладачу «необхідно не лише зацікавити предметом, а й відкрити для студента можливості практичного застосування отриманих знань» [4].

Дисципліну «Медична і біологічна фізика» студенти вивчають на першому курсі. Майбутні лікарі отримують знання про фізичні, фізико-хімічні процеси, що лежать в основі життєдіяльності на молекулярному, клітинному, органному, системному та організмовому рівнях, що лежить в основі формування уявлень про організм людини як синхронно функціонуючу «мережу біофізичних систем». Вплив на неї різноманітних фізичних зовнішніх факторів, як і те, що збудливі системи організму також є джерелами електричного і магнітних полів, які можна реєструвати з діагностичною метою – важливі питання курсу «Медичної і біологічної фізики». При вивченні дисципліни майбутні фахівці вперше знайомляться з призначенням, принципами роботи медичних приладів, які використовуються в УЗД, електрокардіографії, електростимуляції, електрофізіотерапії, фізіотерапії, термографії, МРТ-томографії, рентгенодіагностиці. Це сприяє формуванню у студентів вмінь, які безпосередньо стосуються напрямку підготовки – медицина.

З метою підвищення професійної мотивації майбутніх лікарів кафедра медичної фізики, біофізики та вищої математики ЗДМФУ проводить навчальні екскурсії до Університетської клініки. На нашу думку, вони повинні бути обов'язковим компонентом навчального процесу. Така форма роботи не тільки реалізує принцип наочності навчання та закріплює зв'язок із професією, яку обрали студенти, вона також має і виховне значення, активізує їх пізнавальну діяльність. Університетська клініка ЗДМФУ – провідний медичний заклад Запоріжжя, який надає широкий спектр діагностичних, терапевтичних послуг на самому високому рівні. В клініці також здійснюється підготовка лікарів-інтернів, серед працівників закладу багато викладачів університету. Висококваліфіковані спеціалісти із задоволенням знайомлять студентів із сучасним обладнанням, принципами його роботи, діляться досвідом практичної роботи. Такі зустрічі завжди проходять в позитивній атмосфері: поради для першокурсників, спогади про навчання в університеті, а також настанови від справжніх фахівців своєї справи. Враховуючи вищевикладене, навчальні екскурсії можна вважати одним з суттєвих факторів у підвищенні професійної мотивації студентів медичних ЗВО.

Висновки. Навчання – процес, за допомогою якого викладач передає інформацію до студента різними засобами. Для посилення практичної спрямованості навчального процесу, наближення змісту предметів медико-біологічного профілю до майбутньої професійної діяльності доцільно використовувати навчальні екскурсії. Такі заходи сприяють інтеграції

фундаментальних і клінічних дисциплін, а також позитивно впливають на емоційну сферу майбутніх медиків.

Список використаних джерел

1. Кравченко С. П. Мотивація як основа навчальної діяльності студентів-медиків / С. П. Кравченко // Медична освіта за новими стандартами: виклики та інтеграція в міжнародний освітній простір : матеріали навч.-наук. конф. з міжнар. участю, м. Полтава, 30 березня 2023 р. – Полтава, 2023. – С. 123–124.
2. Юрій Р.Ф. Навчальні мотиви студентів медичних закладів вищої освіти України різних курсів навчання / Р.Ф. Юрій, Б.Ф. Коваль, 2024. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13353407>
3. Shi Y, Gao H, Yan Y та ін Мотивація вибору кар'єри та професіоналізм студентів-медиків у Китаї: гендерно-стратифікований аналіз BMJ Open 2024; 14: e083073. doi: 10.1136/bmjopen-2023-083073
4. Мотивація студентів як запорука успішного професійного розвитку / Н. П. Коваленко, Н. О. Боброва, О. В. Ганчо, С. В. Зачепило // Медична освіта. 2020. – № 3. – С. 43–48.

ВИКОРИСТАННЯ МНЕМОНІЧНИХ ПРИЙОМІВ ПРИ ВИВЧЕННІ МЕДИЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ

*Корнєєва Олена Миколаївна,
старший викладач кафедри теоретичних дисциплін,
Донецький національний медичний університет*

Здобувачі освіти медичних ВНЗ постійно стикаються з необхідністю засвоєння великого обсягу навчального матеріалу, що може викликати складнощі. Розуміння особливостей роботи пам'яті та використання мнемонічних прийомів допомагає швидше та ефективніше запам'ятовувати інформацію.

Розглянемо декілька варіантів запам'ятовування медичних термінів при вивченні латинської мови.

1. Робота з картками. Здобувач має записати на одній стороні клаптиків паперу латинське слова, а з іншого – його переклад. Важливою умовою є виготовлення допоміжних матеріалів власноруч, написання лексем від руки. Методика роботи з картками: повторити декілька разів іншомовне слово, намагаючись образно уявити значення. Перечитати латинські відповідники, пригадуючи переклад. Перевірити себе декілька разів. Повторити навпаки, починаючи з українського варіанту терміну. Далі рекомендується письмово записати латинський переклад. Після вивчення слів, картки необхідно переглядати декілька разів на день упродовж тижня. Лексеми, які добре запам'яталися, відкладають і переглядають раз на 7 днів, на їх місце дописують нові картки.

Цей прийом добре підходить для засвоєння лексичного мінімуму саме з латини, тому що при вивченні цієї мертвої мови немає необхідності тренувати навички аудіювання та усної комунікації, а метою стає саме засвоєння термінів.

Інший момент, на який слід звернути увагу здобувачів при запам'ятовуванні медичних термінів вдома, – це образів. Доведено, що інформація засвоюється краще, якщо задіяні декілька органів сприйняття одночасно. Так, наприклад, для вивчення терміну *tibia* (великогомілкова кістка) необхідно чітко уявити де знаходиться ця кістка візуально, або яка вона була на дотик в анатомічному музеї. При необхідності можна знайти малюнок в інтернеті. Якщо мова йде про запам'ятовування назви хвороби, уявляється характерний симптом.

2. Асоціативний метод запам'ятовування. При вивченні клінічної термінології здобувачі мають засвоїти грецькі дублети латинських відповідників, наприклад: *gastr-*, *perphr-*, *alg*, *encephal-*, які використовують при утворенні складних клінічних та фармакологічних термінів. Для легшого запам'ятовування їх можна «прив'язати» до вже

добре знайомих слів та понять. Так, назви органів асоціюються з назвами галузей медицини або спеціальностями (cardi— серце, кардіологія – наука про серце; perhr— нирка, нефролог – лікар, який займається дослідженням та лікуванням нирок).

Отже, використання мнемонічних прийомів при вивченні медичної термінології може пришвидшити та покращити результативність засвоєння медичних термінів.

СОІЛ ЯК ІННОВАЦІЙНИЙ ПІДХІД В МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ

*Куліченко Алла Костянтинівна,
доктор педагогічних наук, доцент, професор кафедри іноземних мов;
Чугін Сергій Вячеславович, кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри анатомії людини,
оперативної хірургії та топографічної анатомії,
заступник декана міжнародного факультету,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Медична освіта тісно пов'язана з інноваційними підходами під час підготовки майбутніх фахівців, здатних адаптуватися та якісно працювати відповідно до викликів сучасного суспільства. Стрімкий розвиток глобалізації, демографічні зміни й поява новітніх технологій спонукають спеціалістів медичної галузі не лише вдосконалювати професіоналізм, а й комунікативну та міжкультурну компетентності. Одним з інноваційних підходів є спільне онлайн-навчання в міжнародному середовищі (Collaborative Online International Learning або COIL), що поєднує міжнародний досвід з освітнім процесом без фізичної присутності.

За визначенням зарубіжних дослідників, COIL – це педагогічний підхід, що:

- використовує цифрові технології для забезпечення міжнародного досвіду навчання. Цей підхід особливо актуальний для мультикультурного середовища роботи в галузі охорони здоров'я [3];
- використовує цифрові технології, пропонує значущі та корисні можливості для розвитку міжнародного партнерства між фахівцями медичної галузі з різних країн, долаючи економічні, організаційні та географічні бар'єри [2];
- пов'язаний з міжнародними онлайн-активностями, які сприяють розвитку універсальних компетентностей у мультикультурному середовищі без необхідності виїзду з дому [4].

Г. Аппел (H. Appel) зі співавторами зазначає, що «методологія COIL є важливим практичним рішенням, оскільки забезпечує міжкультурний обмін і глибоке опрацювання інформації як з позиції студентів, так і викладачів. Крім того, вона готує студентів до роботи у віртуальних міжнародних командах» [1].

Так, особливістю спільного онлайн-навчання в міжнародному середовищі є те, що воно дозволяє не лише обмінюватися знаннями між здобувачами освіти з різних країн, а й дає можливість професорсько-викладацькому складу взаємодіяти на міжнародному рівні. Все це допомагає, на нашу думку, як студентам, так і викладачам розвивати критичне мислення, занурюватися у навчальні матеріали та бути готовими до роботи у багатонаціональних віртуальних командах, де розуміння культурних відмінностей може вплинути на успішність професійної діяльності.

А. Е. Роль (A. E. Rault) та співавтори вказують на те, що COIL зосереджене на соціальній відповідальності, має переваги для студентів-медиків як у контексті їхньої майбутньої медичної практики, так і в особистому досвіді соціальної відповідальності, зокрема сприяє глибшій рефлексії щодо практики в галузі охорони здоров'я [3].

Д. Кігалді (D. Kiegaldie) з колегами констатує, що за допомогою COIL можна створити кілька онлайн-середовищ для сприяння співпраці, обміну ресурсами, а також розробки й впровадження нових освітніх і академічних практик для студентів та викладачів.

Використовуючи принципи COIL, науковці розробили й впровадили такі онлайн-середовища:

- віртуальна спільнота;
- віртуальна реальність/віртуальна симуляція;
- віртуальна глобальна аудиторія;
- віртуальна спільнота практиків [2].

На думку дослідників, масштабне створення та впровадження зазначених онлайн-середовищ сприятимуть:

- поглибленню глобальної взаємодії студентів і викладачів, які фізично перебувають на одному місці;
- змозі студентам і викладачам спільно працювати над розв'язанням актуальних глобальних проблем;
- розвитку самопізнання та підвищенню культурної обізнаності;
- формуванню поваги до культурного різноманіття;
- заохоченню міжнародної співпраці в освіті та дослідженнях [2].

Тож COIL створює можливість для інтеграції глобального навчального досвіду, де культурні переконання та цінності сприяють покращенню майбутніх клінічних взаємодій студентів з їхніми пацієнтами [1].

Культурний обмін допомагає студентам краще розуміти соціокультурні контексти, в яких перебувають їхні пацієнти, що може позитивно вплинути на ефективність лікування та взаєморозуміння. Це сприяє розвитку емпатії, терпимості та здатності адаптувати медичні стратегії до потреб різних груп пацієнтів, що є важливою частиною сучасної медицини.

М. Рокета-Валь-Лльосера (M. Roqueta-Vall-llosera) відзначає, що використання клінічної симуляції в межах COIL впливає на навчальні результати, пов'язані із формуванням універсальних навичок у майбутніх фахівців медичної галузі, таких як критичне мислення, впевненість у собі, культурна компетентність, робота в команді, володіння англійською мовою, а також покращення клінічних навичок [4].

COIL є інноваційним підходом, який надає студентам медичної галузі можливість розвивати міжкультурну свідомість з численними перевагами. COIL є гнучким, економічно ефективним, не вимагає подорожей і дозволяє студентам навчатися онлайн у зручний для них час. Завдяки асинхронному досвіду COIL передбачає гнучке втручання з використанням нових технологій. Співпраця в межах COIL надає можливість викладачам та студентам для міжнародної освіти та ознайомлення з досвідом, який раніше був важко доступним [1].

Отже, спільне онлайн-навчання в міжнародному середовищі (COIL) є одним з інноваційних підходів у медичній освіті, який дозволяє як студентам, так і викладачам здобувати міжнародний досвід, розвивати культурну компетентність, критичне мислення та комунікацію. Цей педагогічний підхід долає географічні та організаційні бар'єри, сприяючи покращенню клінічних навичок та взаєморозуміння між студентами з різних країн. COIL готує майбутніх медичних фахівців до роботи в мультикультурних командах, що важливо для успішної медичної практики в умовах глобалізації.

Список використаних джерел

1. Appel H. B., Martínez-Fernández M. C., Fernández-Martínez E. Implementation of COIL in mental health education: Outcomes of a collaboration between Spain and the United States nursing students. *Journal of Virtual Exchange*. 2023. No. 6(SI-IVEC2022). P. 65–82. <https://doi.org/10.21827/jve.6.39836>.
2. Kiegaldie D., Pepe A., Shaw L., Evans T. Implementation of a collaborative online international learning program in nursing education: protocol for a mixed methods study. *BMC nursing*. 2022. No. 21(1). P. 252. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01031-9>.
3. Rault A. E., Giard J., Ladner J., Kra O., Randrianarivo R., Chenault M., Leaune E. The experiences of medical and pharmacy students participating in a collaborative online international

learning on social accountability and global health: a qualitative study. *BMC medical education*. 2024. No. 24(1). P. 961. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05895-0>.

4. Roqueta-Vall-llosera M., Malagón-Aguilera M. d. C., Reig-Garcia G., Masià-Plana A., Serrat-Graboleda E., Bonmatí-Tomás A. Collaborative Online International Learning (COIL): A Teaching and Learning Experience in Nursing. *Nursing Reports*. 2024. No. 14. P. 2355–2369. <https://doi.org/10.3390/nursrep14030175>.

УДК 378.147.091.32.016:615.015]:331.544

**GROUP DISCUSSION IN A SMALL SETTING
AS PART OF THE TEAM-BASED LEARNING STRATEGY:
A POTENTIAL METHOD FOR DISTANCE LEARNING IN PHARMACOLOGY**

*Kucher Tetiana Volodymyrivna,
Candidate of Biological Sciences, Assistant,
Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University*

Abstract: Effective pharmacology teaching is necessary to ensure that medical students were especially competent in the use of drugs. A safe and effective prescription - is a fundamental skill that must be purchased by graduates of medical schools, as improper drugs prescription may cause exacerbation and prolongation of illness or damage to the patient.

Keywords: Pharmacology, student clinical thinking, team based learning, problem-based learning, analytical skills

The main task of higher education at the present stage is to prepare students who are able not only to obtain certain theoretical knowledge, but also to master the skills of applying the acquired knowledge in specific situations. Pharmacology is, first of all, an interdisciplinary subject, which results in an understanding of the drug's effects on the human body. The consequence of this is that students obtain the necessary theoretical basis for, agonistic or antagonistic effects of drugs on certain receptors in body tissues, the main biochemical pathways of interaction with relevant receptors, pharmacokinetics, drug metabolism, mechanisms of drug dependence and toxic effects of medicines, especially, taking into account the genetic variation of each person in his response to the drug.

Effective pharmacology teaching is necessary to ensure that medical students were especially competent in the use of drugs [2]. A safe and effective prescription - is a fundamental skill that must be purchased by graduates of medical schools, as improper drugs prescription may cause exacerbation and prolongation of illness or damage to the patient.

Pharmacology is the basis of medical practice, but most students perceive it as a complex subject. Given the intensive creation of new forms of drugs (drug discovery), traditional models of teaching medical students are outdated and do not contribute to the successful development of pharmacology. A certain difficulty in teaching pharmacology is caused by the constant change in the range of registered drugs, ideas about the mechanisms of drug action, side effects, dosage forms and regimens.

It should be noted that the basic postulate in the teaching of pharmacology should be based primarily on the role of the student in the process of mastering the material of the discipline [18] and the formation of the skill of independent decision-making in certain situations [8]. Most universities, including foreign ones, are still using nowadays well-established model of teaching pharmacology, based on a combination of lectures, workshops and independent work [13], which is more static, with less emphasis on the ownership interest of the student in the learning process. [17].

Providing interactive online resources for teaching pharmacology contributes to the effective students involvement in the cognitive process [11], which will motivate and shape the principles of student clinical thinking [5]. In the course of dialogic learning, students learn to think critically, solve complex problems based on the analysis of circumstances and relevant information, weigh alternative opinions, make informed decisions, participate in discussions. The use of interactive teaching methods helps to increase students' interest not only in the discipline but also in medicine

in general, allows them to better understand the goals, objectives and place of pharmacology in the system of higher medical education. This conclusion is consistent with data from other studies that have shown a positive attitude of students to the introduction of electronic technology in their studies [12]. For this purpose, may be the most reasonable to conduct online classes using the technique of group classes (TBL), which serves as a basis for discussion of the use of certain drugs in a specific pathology of an organ or system with checking the adequacy of the selected treatment and monitoring of possible side effects of the proposed drugs [14]. Team based learning (TBL) is gaining popularity among students in those medical schools where it has carried out the transition from traditional lecture programs to the use of interactive online resources [4]. Students note that the TBL strategy encourages greater participation in the learning process than traditional lectures, helps to increase the level of final preparation, which is manifested by an increase in exam scores, helps to develop problem-solving skills and critical thinking. A feature of the TBL strategy is the fact that students can rely on their own knowledge, create a discussion with other students to make a final decision [10]. Unlike classical lectures, which focus on "content coverage", the method of teaching TBL is aimed primarily at the application of knowledge in an interactive environment and also ensures the effectiveness of the use of various educational resources [6]. Moreover, one of the benefits of the TBL approach ensures that misunderstanding and/or lack of understanding of certain concepts at the individual level, is addressed in discussion and peer learning during the team readiness assurance process [9]. Team (TBL) learning is more effective than traditional didactic lecture (TDL) in improving learning outcomes [19].

One way to implement a TBL strategy using interactive online resources in the teaching of pharmacology can be the use of problem-based learning (PBL) in small groups (small group discussions, SGD) with an emphasis on the use of Case-study. The method of small group discussions (SGD) involves the use of cases (situational tasks) indicating the problem of using the drug (drugs) in a particular clinical situation for further discussion [1]. When using small group discussions (SGD) in a practical lesson, a group of students is divided into teams (2-5 students), which receive 1 "case". Students are invited to analyze a specific situation online, understand the essence of the problem, suggest possible solutions and choose the best one [15].

As an example of the SGD use in clinical pharmacology the workshop on cardiovascular diseases and risk stratification can be taken. During the workshop, students divided into small groups, each worked through three simulated patient cases in a PBL-based format. Cases were developed to represent low, intermediate, and high risk presentations for acute chest pain. Throughout the session, the students should be guided using a multidisciplinary approach to organize, synthesize and prioritize the patient's medical data into an appropriate differential diagnosis and management plan, including the discussion on the subject of prescription nitrates or ranolazine in patients suffering from microvascular angina.

The result of the case method is the actualization of a certain set of knowledge of the student, which must be implemented in solving a real clinical problem, which corresponds to the competence approach in the use of drugs or their combinations in solving professional problems, and provides maximum interaction of all students in the academic group [7].

Another method of teaching pharmacology, which can be used productively in distance learning, is the use of structural-logical schemes (SLS), which contain key concepts, phrases, formulas, illustrations, arranged in a certain logical sequence. For example, the teacher makes a blank in the form of a structural-logical scheme with empty blocks, and students fill in the empty blocks and establish connections between them. This method of visual display helps to systematize information, draw parallels between individual data, and allows you to memorize information faster and stronger, because such clarity is based on the structure and associative relationships that characterize long-term human memory.

An alternative way to implement a small group discussion (SGD) strategy may be to use the "planned mistakes" method. In this case, the task stipulates that the scheme must be intentionally errors (usually not more than 3-5). In the process of peer review, students must find and correct all planned errors. Students in small group discussions also have the opportunity to counsel the

simulated patient by covering the correct use of medication by all group members (Step-by-step Discussions).

An additional advantage of using case methodology in team (TBL) training is the fact that it standardizes certain requirements for the learning process, in contrast to, for example, classes only in certain sections of one course, improves communication and analytical skills of students [16], which will increase the level of knowledge of students, including students with learning difficulties [3].

Thus, TBL-strategy and small group discussions (SGD) act as an elements of student-centered learning, which allow to activate thinking, unleash the potential of each student, to promote the active study of pharmacology and to integrate of previously acquired basic knowledge. And, therefore, to become a new way to improve the quality of teaching pharmacology. However, innovative pedagogical technologies cannot be universal and will not completely replace the traditional form of education, but at the same time will be able to significantly increase the level of professional training of future specialists.

References

1. Arias, A., Scott, R., Peters, O., mcclain, E., & Gluskin, A. (2016). Educational Outcomes of Small-Group Discussion Versus Traditional Lecture Format in Dental Students' Learning and Skills Acquisition. *Journal Of Dental Education*, 80(4), 459-465. Doi: 10.1002/j.0022-0337.2016.80.4.tb06104.x
2. Brinkman, D., Tichelaar, J., Okorie, M., Bissell, L., Christiaens, T., & Likic, R. Et al. (2017). Pharmacology and Therapeutics Education in the European Union Needs Harmonization and Modernization: A Cross-sectional Survey Among 185 Medical Schools in 27 Countries. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 102(5), 815-822. Doi: 10.1002/cpt.682
3. Burgess, A. W., mcgregor, D. M., & Mellis, C. M. (2014). Applying Established Guidelines to Team-Based Learning Programs in Medical Schools. *Academic Medicine*, 89(4), 678–688. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000162>
4. Carrasco, G., Behling, K., & Lopez, O. (2019). Implementation of Team-Based Learning: a Tale of Two New Medical Schools. *Medical Science Educator*, 29(4), 1201-1210. Doi: 10.1007/s40670-019-00815-0
5. Charsky, D., & Ressler, W. (2011). “Games are made for fun”: Lessons on the effects of concept maps in the classroom use of computer games. *Computers & Education*, 56(3), 604-615. Doi: 10.1016/j.compedu.2010.10.001
6. Dashputra, Amruta & Srivastava, Tripti & Chari, Suresh & Date, Amit & Shende, T & Professor, Assistant. (2017). Applicability of team based learning in pharmacology. *Indian journal of Pharmacy and Pharmacology*. 4. 1-4. 10.18231/2393-9087.2017.0001.
7. Edmunds, S., & Brown, G. (2010). Effective small group learning: AMEE Guide No. 48. *Medical Teacher*, 32(9), 715–726. <https://doi.org/10.3109/0142159x.2010.505454>
8. Engels, F. (2018). Pharmacology education: Reflections and challenges. *European Journal Of Pharmacology*, 833, 392-395. Doi: 10.1016/j.ejphar.2018.06.032
9. Goolsarran, N., Hamo, C. E., Lane, S., Frawley, S., & Lu, W.-H. (2018). Effectiveness of an interprofessional patient safety team-based learning simulation experience on healthcare professional trainees. *BMC Medical Education*, 18(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1301-4>
10. Ho, C. (2019). Team-based learning: A medical student's perspective. *Medical Teacher*, 41(9), 1087-1087. Doi: 10.1080/0142159x.2018.1555370
11. Karaksha, A., Grant, G., Anoopkumar-Dukie, S., Nirthanan, S., & Davey, A. (2013). Student Engagement in Pharmacology Courses Using Online Learning Tools. *American Journal Of Pharmaceutical Education*, 77(6), 125. Doi: 10.5688/ajpe776125
12. Maclean, Joanna & Scott, Karen & T, Marshall & P, Van. (2011). Evaluation of an elearning teaching resource: What is the medical student perspective?. *Focus on Health Professional Education: A Multi-disciplinary Journal*. 13. 53-64.

13. Prober, C., & Heath, C. (2012). Lecture Halls without Lectures — A Proposal for Medical Education. *New England Journal Of Medicine*, 366(18), 1657-1659. Doi: 10.1056/nejmp1202451
14. Ross, S., & Maxwell, S. (2012). Prescribing and the core curriculum for tomorrow's doctors: BPS curriculum in clinical pharmacology and prescribing for medical students. *British Journal Of Clinical Pharmacology*, 74(4), 644-661. Doi: 10.1111/j.1365-2125.2012.04186.x
15. Sivam, S. P., Iatridis, P. G., & Vaughn, S. (1995). Integration of pharmacology into a problem-based learning curriculum for medical students. *Medical Education*, 29(4), 289–296. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1995.tb02851.x>
16. Tayem, Y. I. (2013). The Impact of Small Group Case-Based Learning on Traditional Pharmacology Teaching = أثر التعلم المبني على الحالات السريرية في مجموعات صغيرة لتدريس علم الأدوية على الطريقة التقليدية. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 13(1), 115–120. <https://doi.org/10.12816/0003204>
17. Vemuri, V., & Sukumaran, S. (2019). A comparative study of interactive and conventional teaching methods in pharmacology for better clinical application. *International Journal Of Basic & Clinical Pharmacology*, 8(10), 2309. Doi: 10.18203/2319-2003.ijbcp20194277
18. Wright, G.B. (2011). Student-Centered Learning in Higher Education. *International Journal Of Teaching And Learning In Higher Education*, 23(1), 92-97.
19. Zgheib, N., Simaan, J., & Sabra, R. (2010). Using team-based learning to teach pharmacology to second year medical students improves student performance. *Medical Teacher*, 32(2), 130-135. Doi: 10.3109/01421590903548521

ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ У ВИКЛАДАННІ ПЕДІАТРІЇ НА ЕТАПІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

*Левчук-Воронцова Тетяна Олегівна, к.мед.н.,
керівник відділу безперервного професійного розвитку;
Михайлюк Євген Олегович, к.фарм.н., доцент,
керівник відділу з питань підвищення кваліфікації,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Вступ. Необхідність впровадження телемедицини в післядипломну освіту. Зараз у педіатрії постійно зростають вимоги до якості підготовки медичних кадрів. Розвиток медичних знань та складні клінічні випадки, особливо в умовах обмеженого доступу до фахівців у деяких регіонах, потребують нових підходів у навчанні лікарів [1]. Післядипломна освіта педіатрів залишається важливим етапом для підтримки та підвищення кваліфікації, і впровадження технологій телемедицини стає одним із рішень для забезпечення безперервного процесу навчання.

Технології телемедицини відкривають нові можливості для навчання, серед яких відеоконференції, дистанційні консультації, електронні медичні записи та моніторинг пацієнтів на відстані. Ці інструменти допомагають лікарям швидко отримувати доступ до практичних випадків та експертних знань, що не прив'язано до їх географічного місцезнаходження [2]. Переваги телемедицини включають гнучкість процесу навчання, можливість оперативного отримання консультацій з обстеження та вирішення клінічних завдань, що робить цей підхід ефективним і адаптивним для педіатрії.

Можливості для інтеграції технологій телемедицини у навчальні програми. Використання телемедицини можна ефективно інтегрувати в навчальні програми для лікарів-педіатрів. Наприклад, симуляційні технології клінічних ситуацій допомагають тренувати медичний персонал без ризику для пацієнтів. Дистанційні консультації дозволяють лікарям не тільки навчатися, але й взаємодіяти з колегами та пацієнтами у реальному часі. Крім того, телемедичні кейси можуть бути частиною лекцій та вебінарів, забезпечуючи учасникам більше можливостей для здобуття практичних навичок.

Попри великий потенціал, є певні труднощі у впровадженні телемедицини у навчальний процес. Серед основних викликів – технічні проблеми, такі як нестабільний зв'язок або відсутність електрики через нестабільну роботу енергосистеми в умовах військового стану [3]. Питання захисту персональних даних також залишаються актуальними, оскільки передача інформації через інтернет вимагає дотримання високих стандартів безпеки. Окрім цього, необхідно навчати викладачів та спеціалістів ефективному використанню телемедицинських технологій.

Висновки. Технології телемедицини мають великий потенціал для покращення якості та доступності післядипломної освіти педіатрів. Їх впровадження дозволить значно розширити можливості для навчання, особливо у віддалених регіонах. Однак для успішного впровадження потрібні відповідні технічні рішення, розвиток інфраструктури та підготовка викладачів, що забезпечить ефективне використання телемедицини у медичній освіті.

Список використаних джерел

1. Жуковська, а. Ю. Інноваційні технології інклюзивної медицини // Інноваційна економіка. – 2020. – № 3-4. – С. 83.
2. Фоміна Л. В., Коньков Д. Г., Кливак В. В. Ревізія основних компонентів ОСП(К) І відповідно до принципів доказової медичної освіти // Інноваційна економіка. – 2020. – № 3-4. – С. 83.
3. Остапенко К. А., Овчаренко К. В., Бобро Л. М. Складність технологій та взаєморозуміння як фактори зниження ефективності телемедицини серед паліативних пацієнтів дорослого та похилого віку // The 2nd International scientific and practical conference “European congress of scientific achievements” (26-28 лютого 2024 р.) : зб. наук. пр. / Барселона, Іспанія : Barca Academy Publishing, 2024. – С. 91. – 435 с.

ОСОБИСТІСНО-ОРІЄНТОВАНИЙ ПІДХІД ДО СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

*Марушко Юрій Володимирович, д.мед.н, професор,
завідувач кафедри педіатрії післядипломної освіти,
Бовкун Оксана Анатоліївна, к.мед.н,
асистент кафедри педіатрії післядипломної освіти,
Дмитришин Ольга Андріївна, PhD,
асистент кафедри педіатрії післядипломної освіти,
Хомич Ольга Вікторівна, PhD,
асистент кафедри педіатрії післядипломної освіти,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

Вступ. У сучасних умовах симуляційне навчання стало невід’ємною складовою медичної освіти, змінюючи підходи до якісної підготовки лікаря-спеціаліста в Європейському просторі вищої освіти. У Стандарті вищої освіти зі спеціальності 222 Медицина для другого (магістерського) рівня вищої освіти зазначено, що професійна підготовка на клінічних кафедрах повинна обов’язково передбачати використання симуляційних методів навчання [3, с.14]. Методика симуляцій дозволяє штучно відтворити умови, максимально наближені до реальних клінічних ситуацій. Такий формат навчання дозволяє студентам набувати та удосконалювати практичні навички, уміння та знання у безпечному й контрольованому середовищі за допомогою сучасного навчального обладнання [2]. Особистісно-орієнтований підхід до симуляційного навчання є інноваційною освітньою стратегією, яка враховує індивідуальні особливості, потреби та можливості кожного студента, забезпечуючи таким чином унікальний навчальний досвід для формування і розвитку його особистості як професіонала. Цей підхід сприяє не лише опануванню професійних компетенцій, але й формуванню особистісних якостей, як відповідальність, стійкість до стресу та прагнення до постійного самовдосконалення [4, с.73].

Основна частина. На кафедрі педіатрії післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця при організації навчального процесу з вивчення дисциплін педіатричного циклу складовою стимуляційного навчання є відпрацювання практичних навичок, що може здійснюватись під час аудиторної та позааудиторної самостійної роботи як безпосередньо біля ліжка хворого (за умов інформованої згоди батьків чи опікунів пацієнта), так і в умовах симуляційного класу кафедри та навчального центру медичних симуляцій. Для успішної реалізації стимуляційного навчання п'ять викладачів кафедри пройшли сертифікований онлайн-курс «Симуляційні підходи в медичній освіті: міжнародний досвід», розроблений для організації роботи симуляційних центрів та їхнього застосування у викладацькій практиці. Симуляційний клас на кафедрі обладнаний сучасними муляжами та манекенами для опанування навичок від рутинних маніпуляцій та процедур до алгоритмів надання екстреної медичної допомоги згідно сучасних рекомендацій. Для студентів забезпечено доступ до описової інформації та відеоматеріалів алгоритмів практичних навичок відповідно до освітніх програм. Під час практичних занять робота в симуляційному класі проводиться в малих групах, коли кожен студент має змогу, не створюючи загрози реальним пацієнтам, багаторазово повторювати маніпулятивну техніку (наприклад, венепункція чи інтубація), що сприяє розвитку професійної впевненості та зниженню стресу студентів під час виконання перших самостійних маніпуляцій. При опануванні менеджменту невідкладних станів, розглядаючи різні імітовані клінічні сценарії, студенти вчаться швидко концентруватись на проблемі та оцінювати зміни у стані пацієнта, злагоджено вести командну роботу та вміти брати відповідальність на себе. Досвідчені викладачі не лише здійснюють оцінювання результатів навчання студента в реальному часі, а й надають негайний зворотній зв'язок з детальним аналізом дій студента щодо помилок або прогалин у знаннях, використовуючи особистісно-орієнтований підхід, тим самим враховують індивідуальні особливості та можливості кожного студента і допомагають вдосконалювати практичні й комунікативні навички. Застосування цих підходів дає змогу кожному студенту визначити власний стиль навчання і презентувати достатній рівень компетентностей, оцінити свій потенціал як майбутнього фахівця, а також розвинути лідерські якості та вміння працювати в команді [1, с.78].

Висновки. Особистісно-орієнтований підхід до симуляційних технологій навчання студентів-медиків дозволяє готувати не лише компетентних, але й емоційно стійких, професійно мотивованих і конкурентоспроможних фахівців. Набуті навички формують шлях від теоретичних знань до повної самостійності у професійному середовищі. Такий підхід створює основу для всебічного розвитку майбутніх лікарів, готуючи їх до ефективної роботи у складних умовах сучасної медицини.

Список використаних джерел

1. Марічереда, В.Г., Орабіна, Т.М., Рогачевський, О.П., & Петровський, Ю.Ю. (2024). Сценарій-орієнтоване симуляційне навчання як інструмент проблемно-орієнтованого підходу до підвищення якості невідкладної допомоги в Україні. *Одеський медичний журнал*, (1), 75–82. doi <https://doi.org/10.32782/2226-2008-2024-1-12>
2. Положення про симуляційне навчання та навчально-науковий центр медичних симуляцій. Національного медичного університету імені О.О.Богомольця. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://drive.google.com/file/d/1FrQhZZbtXsWcUNuvga4wKeIhbec2LByd/view>
3. Стандарт вищої освіти другого (магістерського) рівня, галузь знань 22 Охорона здоров'я, спеціальність 222 Медицина. Затверджено та введено в дію наказом Міністерства освіти і науки України від 08.11.2021 р. № 1197. URL: <https://mon.gov.ua/static-objects/mon/sites/1/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2021/11/09/222-Medytsyna.mahistr.09.11.pdf>
4. Perceva N.O. Gurzhiy E.V. Chub D.I. (2017). The use of personally-oriented education in the training of future physicians. *The scientific method* №3 (3), 72-75.

АКТУАЛЬНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ mhGAP У НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ ТА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА КАФЕДРІ ПЕДІАТРІЇ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

*Марушко Юрій Володимирович, д.мед.н, професор,
завідувач кафедри педіатрії післядипломної освіти,
Дмитришин Богдана Ярославівна, к.мед.н,
доцент кафедри педіатрії післядипломної освіти,
Єсіпова Світлана Іванівна, к.мед.н,
доцент кафедри педіатрії післядипломної освіти,
Бовкун Оксана Анатоліївна, к.мед.н,
асистент кафедри педіатрії післядипломної освіти,
Дмитришин Ольга Андріївна, PhD,
асистент кафедри педіатрії післядипломної освіти,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

Mental Health Gap Action Programme (mhGAP), програма дій з подолання прогалин у сфері психічного здоров'я) – це глобальна ініціатива ВООЗ, спрямована на покращення доступу до послуг у сфері психічного здоров'я. Програма передбачає залучення працівників неспеціалізованих медичних закладів, таких як сімейні лікарі та медичні сестри, для надання допомоги людям із психічними розладами [1].

Необхідність впровадження цієї програми зумовлено високою поширеністю психічних і неврологічних розладів, а також розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин (ПНПР-розладів), та обмеженим доступом таких пацієнтів до спеціалізованої медичної допомоги. Згідно з дослідженнями, на епілепсію страждають 50 мільйонів людей у світі; депресія турбує 250 мільйонів пацієнтів, а близько 3000 людей щодня скоюють суїцид. ПНПР-розлади складають приблизно 13% глобального тягаря хвороб, але 75% пацієнтів не отримують належної допомоги у сфері психічного здоров'я [1].

Саме це називається «прогалиною у сфері охорони психічного здоров'я» [2], для подолання якої експерти МОЗ України за підтримки ВООЗ розробили комплексну програму дій для імплементації в медичні заклади освіти та впровадження на первинному рівні надання медичної допомоги населенню [3]. Адже власне фахівці первинної ланки є спеціалістами першого контакту, вони є першими, хто зустрічає людину зі скаргами та може оцінити її стан, надати невідкладну психологічну допомогу, а при необхідності передати людину з розладами ментального здоров'я до відповідного «вузького» спеціаліста - психолога, психотерапевта, невролога чи психіатра. Саме тому курс підготовки з mhGAP є таким необхідним для працівників первинної медичної допомоги – сімейних лікарів, терапевтів, педіатрів, медичних сестер, і програма mhGAP активно впроваджується для навчання студентів та лікарів-інтернів.

Спеціально розроблені групою фахівців із психічного здоров'я за стандартизованою програмою ВООЗ Настанова mhGAP та Посібник з надання допомоги за гуманітарних надзвичайних станів (mhGAP-ГУМ) дають інструменти ведення ПНПР-розладів [1, 2], що стає вкрай важливим з у зв'язку з ризиком розвитку психічних захворювань, таких як депресія та посттравматичний стресовий розлад внаслідок війни.

Рішенням Вченої ради Національного медичного університету імені О.О. Богомольця 25 квітня 2024 р. затверджено оновлені редакції Освітньо-професійних програм та Навчальні плани для здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти спеціальностей 222, 225 та 221, у яких виділено від 2 до 6 кредитів на засвоєння знань і вмінь, з дисципліни «Основи клінічної практики у сфері охорони психічного здоров'я», в тому числі 2 кредити виробничої лікарської практики з підсумковим контролем по завершенні всього циклу. Для забезпечення виконання навчальної програми декілька викладачів кафедри пройшли тренінг з клінічного ведення психічних розладів за програмою mhGAP, розробленого ВООЗ для медичних

працівників, які не є спеціалістами у сфері психічного здоров'я, а також тренінг для тренерів та супервізорів з mhGAP. Підготовлена навчально-методична документація [4].

Враховуючи виклики війни для ментального здоров'я населення та зростаючі потреби у послугах із психічного здоров'я, МОЗ та НСЗУ ще у листопаді 2022 р. запровадили пакет «Супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги» в рамках Програми медичних гарантій. Заклади ПМД, в яких щонайменше 20% медичного персоналу мали відповідний рівень підготовки, могли укласти контракт із НСЗУ за цим пакетом.

З 1 січня 2025 року безоплатні послуги з охорони психічного здоров'я надаватимуть усі медичні заклади «первинки» (незалежно від форми власності), що законтрактовані НСЗУ на надання первинної медичної допомоги. Тому всі сімейні лікарі, терапевти, педіатри та медичні сестри/брати, які працюють у такому медичному закладі «первинки», повинні мати сертифікати про проходження навчання за програмою ВООЗ mhGAP, яке дає базові знання з ведення психічних розладів [5].

Тому вже в цьому навчальному році рішенням Вченої ради нашого Інституту післядипломної освіти курс mhGAP введений до навчального плану та програми інтернів-педіатрів у формі дводенного циклу лекцій та семінарських занять з проблем клінічної практики у сфері охорони психічного здоров'я. Також планується читання ознайомчих лекцій на циклах спеціалізацій, стажування та тематичних удосконалень лікарів в рамках безперервної професійної освіти [4].

Таким чином, одним з пріоритетних напрямків роботи кафедри педіатрії післядипломної освіти стає впровадження основ дисципліни «Основи клінічної практики у сфері психічного здоров'я» на додипломному та післядипломному етапах підготовки лікарів.

Список використаних джерел:

1. Керівництво mhGAP для ведення психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я. Копенгаген: Всесвітня організація охорони здоров'я, Європейське регіональне бюро; 2020. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 168с.

2. mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies. Всесвітня організація охорони здоров'я, 2016. 66 с.

3. Наказ МОЗ України від 1.08.2023 р. № 1387. Про затвердження пріоритетного проєкту Міністерства охорони здоров'я «Охорона психічного здоров'я у структурі медичної допомоги». URL: https://moz.gov.ua/uploads/9/48688-dn_1387_01082023_dod.pdf

4. Необхідність та впровадження програми mhGAP у навчальний процес кафедри педіатрії післядипломної освіти / Марушко Ю. В., Дмитришин Б. Я., Єсіпова С. І., Бовкун О. А., Дмитришин О. А. - Інновації у післядипломній медичній освіті: досвід і перспективи : збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції, м. Київ, 14 жовтня 2024 року. – Київ : Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, 2024; Львів – Торунь : Liha-Pres, 2024. – С.39-40.

5. <https://moz.gov.ua/uk/poslugi-z-ohoroni-psihichnogo-zdorov-ya-na-pervinci-sho-zminitsya-u-2025-roci>

ВИКОРИСТАННЯ БІОФІЗИЧНИХ МОДЕЛЕЙ ФІЗІОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ ОСВІТНІХ ПРОГРАМ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

*Мельнікова Оксана Зенонівна,
доцент кафедри медичної фізики, біофізики та вищої математики;
Іванченко Олена Зенонівна
доцент кафедри медичної фізики, біофізики та вищої математики
Запорізький державний медичний університет*

Вивчення природничих дисциплін є невід'ємною частиною медичної освіти: саме вони надають базові знання про організм людини, його навколишнє середовище та взаємодію між ними. Природничі дисципліни формують вміння встановлювати причинно-наслідкові зв'язки між явищами, подіями та мають велике значення у формуванні світогляду майбутніх медичних працівників. Проте все зазначене в умовах дистанційної освіти не є очевидним, причому не останнє місце в цьому має великий обсяг і складність навчального матеріалу, який мають опанувати на перших курсах навчання студенти. Тому провідне значення при вивченні природничих дисциплін має систематизація отриманих знань та демонстрація їх зв'язків з тими науками, які традиційно вважаються медичними. Прикладом цього може бути використання біофізичних моделей фізіологічних процесів, що узагальнюють відомості про фізико-хімічні явища в організмі людини та його навколишньому середовищі. Це, в свою чергу, сприяє інтеграції медичної та біологічної фізики з фізіологією людини, а далі – з більшістю спеціальних дисциплін, центром яких є процеси життєдіяльності в організмі в нормі і в процесі розвитку патології.

Однією з таких моделей є рівняння Пуазейля, що описує об'ємну швидкість ламінарного руху рідини як функцію різниці тисків на початку і наприкінці трубки та гідродинамічного опору. Застосовуючи це рівняння до опису руху крові у серцево-судинній системі, враховують, що вона представляє собою сукупність послідовно і паралельно з'єднаних судин, які мають загальний гідродинамічний (периферичний) опір. Враховуючи це, можна систематизувати фізичні фактори, що визначають артеріальний тиск людини, який є найважливішим гемодинамічним показником [1]. Таким чином, відносно просте рівняння Пуазейля, яке легко зрозуміти та запам'ятати, закладає основи розуміння регуляції кровообігу в ході вивчення фізіології, що представляє собою більш складне завдання, демонструє механізми дії фармакологічних препаратів, за допомогою яких лікують гіпертензію, та знаходить застосування у спеціальних областях медицини [2, 3].

Серед інших біофізичних моделей фізіологічних процесів треба особливо відмітити рівняння Нернста, яке стосується біоелектричних процесів в організмі людини [4]. Відомо, що вони відіграють виключно важливу роль у процесах життєдіяльності: в нервовій системі, у механізмах скорочення усіх видів м'язів, функціональній активності сенсорних систем тощо. Тому необхідно сформувати у майбутніх лікарів глибоке розуміння походження біоелектричних потенціалів, залежності їх параметрів від концентрації основних іонів в клітині і міжклітинній рідині, від стану їх транспортних систем, якими є іонні канали плазматичних мембран. Студенти в ході вивчення біофізики знайомляться з механізмами управління воротами каналів, та використовуючи рівняння Нерста можуть передбачити, в якому напрямку зміняться біоелектричні процеси та як це позначиться на збудливості клітин. Все служить основою вивчення фізіології людини, де отримані данні використовуються для характеристики функціональної активності нервової системи і здійснення нею регуляції усіх систем органів, що відбувається за рахунок впливу медіаторів та модуляторів на іонні канали мембрани, а також може бути досягнуто в разі необхідності фармакологічними препаратами. Рівняння Нерста дозволяє при цьому визначити, чи будуть вказаними впливами певні функції посилюватись або гальмуватись. В наступному навчанні ці знання є цінними у клінічних дисциплінах [4].

Вивчаючи біофізику та медичну фізику студенти опановують різні моделі, а також отримують широке коло знань стосовно фізичних явищ та їх теорій, які застосовуються в медичній діагностичній та терапевтичній апаратурі. Таким чином, забезпечується міждисциплінарна інтеграція в освітніх програмах медичних спеціальностей, метою якої є поступовий перехід від фундаментальних до спеціальних наук, що дозволяє дотримуватись принципів науковості та послідовності навчання і отримувати якісні результати, в тому числі в умовах його дистанційного формату.

Список використаних джерел

1. Klabunde, Richard E. Cardiovascular Physiology Concepts, Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business, 2022. – 256 p.
2. Rajkumar J.S., Pradeep Chopra, Chintamani Basic Physics revisited for a Surgeon // Indian J. Surg. – 2015. – Vol.77(3). – P. 169–175.
3. Pisano, A. From Tubes and Catheters to the Basis of Hemodynamics: Viscosity and Hagen–Poiseuille Equation. In: Physics for Anesthesiologists and Intensivists: Springer, Cham., 2021.
4. Han G. Ngo, Chaitu Dandu, Brianna L. Gibney, Serena Y. Kuang Six logical steps that connect the introduction of the Nernst equation to its clinical application //Advanced in physiology education. – 2022. – Vol. 46(4). – P. 540 – 543.

СТВОРЕННЯ ІНТЕРАКТИВНОГО НАВЧАЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА У ДИСТАНЦІЙНІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ ЗА ДОПОМОГОЮ ГРАФІЧНИХ ІНСТРУМЕНТІВ

*Мікаєлян Геннадій Ромеович,
старший викладач кафедри медичної фізики,
біофізики та вищої математики,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Дистанційна освіта вимагає високого рівня інтерактивності та наочності, особливо, при проведенні практичних занять. Для забезпечення цих вимог Запорізький державний медико-фармацевтичний університет запровадив використання платформи MS Teams. Її функції відеоконференцій та спільного доступу до екрану забезпечують зручну комунікацію між викладачем та студентом. MS Teams має стандартні графічні інструменти, що дозволяють зробити пояснення матеріалу доступним та наочним. Користуючись ними, зазвичай викладач застосовує звичайну «мишу», а це потребує певної вправності і додає багато незручностей.

На кафедрі медичної фізики, біофізики та вищої математики для створення наочних матеріалів на практичних заняттях використовується графічний планшет зі стандартним застосунком MS Paint в режимі спільного доступу до екрану. Вибір саме цієї програми обумовлений власним пошуком найзручнішого програмного забезпечення з точки зору швидкості роботи, простоти користування та сприйняття студентами. В інших незалежних роботах [1, с. 98, 99] серед графічних інструментів автори також надали перевагу MS Paint. Наш досвід показав, що краще використовувати налаштування кольорів та розмір полотна для отримання більш звичного – класичного виду подання матеріалу. Ми вважаємо, що саме заливка полотна чорним кольором та білий колір олівця дозволяють максимально наблизити зображення на екрані до вигляду дошки в аудиторії і, тим самим, створити таку робочу атмосферу, яка є суттєво необхідною при викладанні дисциплін кафедри – вищої математики зі статистикою і медичної та біологічної фізики – які є точними науками і потребують зосередження учасників навчального процесу. При використанні графічного редактору викладач не тільки має змогу застосовувати заздалегідь заготовлені навчальні засоби (презентації, відео тощо), а отримує додаткову можливість - створювати візуальні матеріали в реальному режимі часу.

Малювання схем, структур або ілюстрація фізичних процесів за допомогою графічного планшета підвищує увагу студентів та їхню залученість у процес. Вони можуть задавати запитання в реальному часі, а викладач - надавати пояснення, візуалізуючи їх деталі на екрані в зручній та зрозумілій формі. Таке поєднання графічного планшета, графічного редактора та MS Teams компенсує, у певній мірі, фізичну відсутність студентів в аудиторії, забезпечуючи якісний доступ до навчального матеріалу.

Інтеграція графічних інструментів в навчальний процес сприяє покращенню якості освіти, робить навчання більш адаптованим до потреб студентів, сприяє їх ефективній взаємодії з викладачем при формуванні професійних компетентностей.

Список використаних джерел

1. Яловега, І. Г. Використання графічного планшета при проведенні синхронних практичних занять з математичного аналізу в умовах дистанційного навчання [Текст] / І. Г. Яловега // Фізико-математична освіта : науковий журнал. – Суми : [СумДПУ імені А. С. Макаренка], 2020. – Вип. 1 (23), ч. 2. – С. 95–101. – DOI: 10.31110/2413-1571-2020-023-1-2-015.

ІННОВАЦІЙНІ ОСВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ЗВО

*Онiщенко Тетяна Євгенiвна, к.мед.н., доцент,
доцент ЗВО кафедри iнфекцiйних хвороб,*

*Корнiєнко Олена Олександрiвна, к.мед.н., доцент,
доцент ЗВО кафедри iнфекцiйних хвороб,*

*Рябокoнь Олена Вячеславiвна, д.мед.н., професор,
завiдувачка кафедри iнфекцiйних хвороб,*

Запорiзький державний медико-фармацевтичний унiверситет

Пошук та впровадження інноваційних технологій в освітній процес сприяє реалізації основних принципів навчання: безперервності, компетентнісного підходу, багаторівневої освітньої та виховної діяльності, впровадженні сучасних ІТ-технологій. Актуальність впровадження інноваційних технологій полягає в тому, що тренд «навчання через усе життя» протиставляється традиційному «навчанню на все життя» і передбачає постійний розвиток особистої ефективності сьогодишніх студентів, а освітні технології, методи та прийоми покликані підготувати майбутніх фахівців готових до ефективного реагування на постійні зміни [3, с.13].

Інноваційні технології це особливі форми і методи, які у поєднанні з способами і вміннями педагога, при організації навчального процесу, спрямовані на організацію активного навчального процесу для реалізації потенційних здібностей студента. Вміле застосування інноваційних технологій підвищує ефективність і якість освіти, сприяє досягненню освітніх цілей, підвищує результативність і рівень мотивації студентів до навчання, а також залучає студентів до активної діяльності у межах навчального процесу і поза ним [1, с.15].

Інноваційні освітні технології будуються за принципом взаємозв'язку трьох найголовніших, системоутворюючих складових: використання актуального навчального матеріалу, новітніх методів навчання, а також формування сучасної структури навчання [2, с.106].

Застосування сучасного навчального матеріалу передбачає чітку структурування змісту навчальної дисципліни з формуванням актуальних компетенцій та наявністю супровідних навчальних матеріалів (мультимедійних презентацій, відеороликів, аудіо файлів, тощо), саме використання яких передбачає впровадження сучасних інформаційно-комунікативних технологій. Під сучасними методами навчання розуміють методи, що спрямовані на активне залучення студентів до освітнього процесу з урахуванням специфіки навчання, розвиток активної групової творчої діяльності, колективної взаємодії (на противагу традиційному «пасивному» сприйняттю інформації) [4, с.175]. Сучасна

інфраструктура навчання є система, що побудована з ключових складових освітнього процесу - інформаційної, організаційної (управлінської), технологічної, комунікаційної та технічної, кожна з яких створює певні переваги при організації освітнього процесу. Існує багато інноваційних технологій навчання, до деяких з них належать [1, с.16]:

- Мозковий штурм є перспективним напрямом у діяльності педагога, тому, що він передбачає активізацію мозкової діяльності групи студентів через постановку проблеми, яка потребує ухвалення колективного рішення обмеженого у часі. Після закінчення часу, визначеного для розв'язання проблеми, педагог організовує обговорення і спільний вибір найкращої пропозиції студентів. Такий підхід дає змогу кожному студенту взяти участь у діяльності колективу.

- Проблемне навчання спонукає до найповнішого (точного і спланованого) комплексного розв'язання проблеми, що передбачає використання проблемних питань, які не мають однозначної «правильної» відповіді. Для цього студенти колективно розв'язують проблему, вирішення якої частіше є одним. При застосуванні даної технології особливе місце посідає активна позиція студентів і формування колективних точок зору.

- Тьюторський супровід використовується для організації самостійної роботи студентів під контролем викладача, шляхом підвищення мотивації за рахунок введення повної самостійності.

- Перевернуте навчання є одним із найперспективніших і актуальних на сучасному етапі, при ньому відбувається «зміна ролей» між педагогом і студентами. При цьому студенти самостійно вивчають лекційний матеріал у зручний час, виконують практичні завдання, беруть участь в активній спільній культурно-творчій діяльності з викладачем. Перевернуте навчання потребує активного впровадження інтернет-технологій в освітній процес, а викладач формує лекційний матеріал через сучасні технології та скеровує його до студентів.

- Дебати відносяться до ігрових технологій, сприяють формуванню особистісних і комунікативних якостей, вмінню працювати з джерелами інформації і проводяться за попередньо встановленими правилами. Основою для організації дебатів стає заздалегідь запланована тема, студенти самостійно готуються до дискусії.

- Дистанційне навчання. Цей вид інтерактивних технологій навчання має величезний потенціал в організації навчального процесу. Дистанційні технології дають змогу поєднувати практично всі перераховані вище інтерактивні технології та використовувати в освітньому процесі. Але, для їх реалізації у студентів мають бути сформовані навички самостійної роботи, активності, самоорганізації, сформований мотиваційний фон до навчання. Дистанційне навчання має переваги і недоліки, які педагог може компенсувати, вводячи інші технології в процес навчання.

У теперішній час інноваційні технології посідають особливе місце в освіті, вони активно впроваджуються педагогами в навчальний процес, постійно доопрацьовуються і поєднуються з традиційними методами, що надає можливість підвищення ефективності їх практичного застосування.

Таким чином, впровадження інноваційних освітніх технологій є невід'ємною частиною побудови комплексної системи освіти, як особистісної, так і професійної підготовки фахівців й потребує подальшого вивчення із впровадження в освітній процес.

Список використаних джерел

1. Громова Л. П., Громова О. П. Інформаційно-комунікаційні технології в освіті: переваги та виклики. Сучасні інформаційні технології: теорія та практика. 2021. № 1. С. 12-17.

2. Ковальчук О. М., Ковальчук О. М. Інформаційно-комунікаційні технології в освітньому процесі: сучасний стан та перспективи розвитку. Науковий вісник Херсонського державного університету. 2020. № 11. С. 102-107.

3. Писаренко Т. В., Куранда, Кваша Т. К. та ін. / Стан науково-інноваційної діяльності в Україні у 2020 році: науково-аналітична записка / Київ: УкрІНТЕІ, 2021. 39 с.

УДК 378.091.2:61:004.81

КОГНІТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ НАВЧАННЯ В СИСТЕМІ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В ЕПОХУ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ

*Рижов Олексій Анатолійович, д.фарм.наук, професор,
зав.кафедрою медичної і фармацевтичної інформатики та ІТ,
Запорізький державний медичний університет*

Вступ. Стрімка еволюція медичної освіти вимагає інноваційних підходів до оптимізації процесу навчання та підвищення ефективності засвоєння знань. Основою системи медичної освіти європейських університетів є теорія когнітивного навантаження (CLT) [1, 2] і теорія когнітивного навчання [3], які використовуються для структурування медичних навчальних програм. Такий підхід дозволяє керувати складністю освітніх програм, враховуючи когнітивний потенціал студентів. Рекомендації AMEE Guide, відкривають шляхи інтеграції цих когнітивних теорій у сучасну медичну освіту. В якості теоретичного підґрунтя впровадження нових концепцій ми пропонуємо застосовувати положення когнітивної інформатики для інтеграції CLT і когнітивної теорії навчання з технологіями штучного інтелекту (ШІ) через спільні структури представлення знань.

Основна частина. Теорія когнітивного навантаження фокусується на управлінні внутрішнім, зовнішнім і власне когнітивним навантаженням [1] для покращення результатів навчання. У медичній освіті, де студенти мають справу з об'ємною, складною інформацією, застосування принципів CLT допомагає розробляти навчальні матеріали, які оптимізують розумові зусилля і сприяють формуванню когнітивних структур у вигляді схем. Саме в такому вигляді структурована інформація зберігається у довготривалій пам'яті.

Когнітивна теорія навчання [3] є теоретичним підґрунтям технологій, які спрямовані на активну обробку інформації, мета пізнання та осмислене конструювання знань. Положення цієї теорії підкреслюють важливість залучення студентів до активного навчання, рефлексії та контекстуального застосування основних компонентів знань у підготовці компетентних медичних працівників.

Інтеграція зі штучним інтелектом через когнітивну інформатику: конвергенція когнітивних технологій навчання зі штучним інтелектом, особливо генеративним, пропонує трансформаційний потенціал. Когнітивна інформатика забезпечує теоретичну основу для цієї інтеграції, спираючись на загальні структури представлення знань. Когнітивний граф слугує основною структурою для представлення знань як в теоріях навчання, так і в системах ШІ. Таке поєднання дозволяє створювати технології адаптивного навчання, які відображають когнітивні структури особливості сприйняття матеріалу студентом.

Інтеграція когнітивних графів відкриває нові напрямки для адаптивних технологій навчання, в тому числі:

- персоналізовані навчальні траєкторії: динамічне коригування навчального контенту на основі когнітивних оцінок в реальному часі;
- системи рефлексивного навчання: покращення мета когнітивних навичок за допомогою зворотного зв'язку, який відповідає когнітивному стану студента;
- інтелектуальні системи навчання: впровадження технологій адаптації навчально-методичних матеріалів та траєкторії навчання до індивідуальних когнітивних потреб студента;
- моніторинг когнітивного стану: аналіз психічного стану студентів у реальному часі для оптимізації стратегій навчання
- адаптивні симуляційні середовища: налаштування клінічних сценаріїв на основі аналізу когнітивних структур свідомості для оптимізації процесу навчання та успішності студентів.

В якості інструменту практичної реалізації когнітивних технологій навчання ми пропонуємо розглянути середовище Markdown редактора Obsidian [4], яке надає гнучке середовище для управління знаннями. Можливості пов'язувати концепції, візуалізувати когнітивні структури та інтегрувати плагіни на основі штучного інтелекту роблять середовище Obsidian ідеальною платформою для впровадження когнітивних теорій навчання в систему медичної освіти. Obsidian підтримує динамічне конспектування, синтез знань і рефлексивні практики, що відповідає як принципам CLT, так і персоналізації, керованої ІІІ.

Висновок. Майбутнє медичної освіти полягає в стратегічному поєднанні когнітивних теорій навчання з передовими технологіями штучного інтелекту на основі когнітивної інформатики. Подолання існуючого розриву між традиційними освітніми моделями і новими цифровими інструментами є вкрай необхідним. Використовуючи такі середовища, як Obsidian, і застосовуючи когнітивні графи як базові структури, освітяни можуть створювати надійні, адаптивні навчальні екосистеми. Ці екосистеми дозволять не лише ефективно керувати когнітивним навантаженням, але й використовувати весь потенціал генеративного ІІІ для підвищення ефективності медичної освіти та якості навчання.

Список використаних джерел

1. Sweller, J., van Merriënboer, J.J., & Paas, F. (2019). Cognitive Architecture and Instructional Design: 20 Years Later. *Educational Psychology Review*, 31, 261 - 292.
2. Young, J. Q., Van Merriënboer, J., Durning, S., & Ten Cate, O. (2014). Cognitive Load Theory: Implications for medical education: AMEE Guide No. 86. *Medical Teacher*, 36(5), 371–384. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.889290>
3. Torre, D., German, D., Daley, B., & Taylor, D. (2023). Concept mapping: An aid to teaching and learning: AMEE Guide No. 157. *Medical Teacher*, 45(5), 455–463. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2023.2182176>
4. Obsidian. <https://obsidian.md/>

СОЦІАЛЬНИЙ ІНТЕЛЕКТ ЯК СКЛАДОВА УСПІШНОГО НАВЧАННЯ У ЗАКЛАДІ ВИЩОЇ ОСВІТИ МЕДИЧНОГО СПРЯМУВАННЯ

*Самойленко Олена Валентинівна, к.філ.н., доцент,
завідувачка кафедри теоретичних дисциплін,
Донецький національний медичний університет*

У сучасному житті важливим завданням є розвиток так званих *soft skills*, які допомагають нам підтримувати дружбу, бути задоволеними від роботи чи просто знаходити щастя в житті. Оскільки цими навичками, які ми також називаємо соціальним інтелектом, так часто нехтують у школах, незважаючи на величезну кількість досліджень, які виявляють їхні незаперечні переваги, вважаємо за необхідне прокоментувати над розвитком соціальний інтелект у закладах вищої освіти, бо у подальшому житті здобувачі освіти зможуть скористатися його перевагами.

Навички соціального інтелекту - це те, чому може навчитися кожен. Вони не залежать від генів, хоча деяким людям може бути легше їх розвинути, ніж іншим. Теорія соціального інтелекту була вперше розроблена психологом Едвардом Торндайком ще в 1920 році.

Сьогодні ми можемо сказати, що соціальний інтелект – це здатність читати та правильно реагувати на соціальні сигнали, контролювати, розуміти та керувати власними емоціями, а також вписуватися в різноманітні соціальні контексти. З часом у більшості людей ці навички розвиваються, але члени суспільства можуть мати широке уявлення про те, що означає бути соціально адаптованим, але люди відрізняються своєю здатністю дотримуватися правил соціального життя та орієнтуватися в них.

Перші ознаки соціального інтелекту у людини помітні вже на 6-му тижні життя. У віці 18 місяців діти можуть сприймати складні соціальні ознаки та розуміти наміри інших. Коли ми дорослішаємо, наше соціальне середовище стає складнішим і вимогливішим, і воно

потребує складного набору навичок і здібностей, які для більшості людей не є природними – їх потрібно навчити.

Багато людей вважають, що соціальний інтелект – це щось, що просто «приходить до вас». Оскільки він не пов'язаний безпосередньо з прибутком і фінансовим прогресом (хоча це опосередковано), його важливість і переваги легко вислизають від нашої уваги.

Розвиток соціального інтелекту має багато переваг для нашого соціального, емоційного та навіть фізичного благополуччя.

Чим більше у людині розвинутий свій соціальний інтелект, тим краще вона вміє керувати складними та мінливими соціальними умовами, а також своїми емоціями.

Оскільки соціальний інтелект значною мірою пов'язаний із декодуванням емоційних сигналів і розумінням власних і чужих емоцій, він дає нам інструменти для досягнення вищого рівня особистого та емоційного благополуччя.

Дослідження, опубліковане в 2018 році, виявило, що люди, які володіють вищим рівнем навичок соціального інтелекту, більш оптимістичні, відчувають більше позитивного впливу та більш задоволені своїм життям.

Дослідження знову й знову доводять, що люди з сильнішими соціальними зв'язками, які є більш оптимістичними та позитивними, як правило, менше страждають від проблем із психічним здоров'ям, відчувають менше стресу та, як наслідок, мають краще фізичне здоров'я.

Нарешті, одне з найпоширеніших помилкових уявлень про соціальний інтелект полягає в тому, що він не має нічого спільного з економічним успіхом. Здатність до адаптації на робочому місці, емоційна саморегуляція, розуміння складних емоцій інших людей, побудова плідних стосунків, робота в команді, а також різноманітні навички та риси, безпосередньо пов'язані з продуктивністю, можуть відігравати вирішальну роль, коли йдеться про успіх на роботі.

Все більше і більше роботодавців схильні цінувати соціальний інтелект більше, ніж звичайний показник IQ. За словами Вікі Уолліс, керівника відділу кадрів компанії Santander, якості, пов'язані з соціальним інтелектом, такі як робота в команді, спілкування та соціальні навички, є найціннішим активом, який людина може принести на нове робоче місце. Для багатьох роботодавців це може бути важливіше, ніж прийняття рішень, написання чи навіть ініціатива.

Вважаємо, що навчання у навчальному закладі, співпраця з однокурсниками та співробітниками сприятиме розвитку соціального інтелекту за допомогою таких інструментів:

- Активне слухання: розвиток навичок уважно слухати співрозмовника, стежити за складним набором сигналів, які інша особа використовує для передачі повідомлення. Саме ця навичка є важливою для майбутніх лікарів, для яких успішного лікування пацієнтів. Для розвитку цього вміння доцільним є постійне використання рольової гри «Лікар-пацієнт».

- Вільне мовлення та розмовні навички: здатність вести розмову з будь-ким, незалежно від віку, культури чи рівня освіти. Це також передбачає запам'ятовування деталей про людей. Таким чином, активне слухання є важливою базою цієї навички.

- Розуміння соціальних ролей і правил: незважаючи на те, що всі ми маємо свої природні способи поведінки та реакції, соціальний інтелект означає розуміння того, як це спрямувати, оскільки нам також потрібно розуміти норми в конкретних ситуаціях.

- Розуміння емоційного стану інших людей, емпатія: здатність поставити себе на місце іншої людини. Щоб це зробити, нам потрібно розуміти соціальні ролі та правила, уважно слухати інших людей і намагатися візуалізувати себе в їхньому становищі. Необхідно навчати студентів спостережливості, вмінню підмічати деталі, зчитувати емоції.

- Самоефективність та ініціатива: здатність мотивувати себе на продуктивність і в міжособистісних стосунках, а також в управлінні та регулюванні своїх емоційних станів і робочого процесу.

- Керування враженнями: це стосується здатності керувати враженням, яке ви справляєте на інших людей, і це тісно пов'язане з рольовою грою. Людська культура стає все більш і більш розвинутою, і соціальне функціонування вимагає практики та продуманості. Зрештою все відбувається само собою, але для того, щоб це сталося, потрібно зіткнутися з певними соціальними ситуаціями, проаналізувати їх і докласти зусиль, щоб навчитися діяти відповідно до обставин. Отже, завдання навчальних закладів – познайомити здобувачів освіти з типовими ситуаціями професійного спілкування та надати можливості для неформального спілкування, включаючи підготовку до різноманітних культурних та наукових заходах, проведення тематичних вечорів, спортивних змагань тощо.

EXPERIENCES WITH TEACHING MEDICAL ANTHROPOLOGY TO AN INTERNATIONAL GROUP OF MEDICAL STUDENTS IN HUNGARY

Eszter Ureczky, PhD, senior lecturer, head of department,
Department of British Studies, Institute of English and American Studies,
University of Debrecen, Hungary

The object of medical anthropology is the human being in the context of health and disease, healing processes, and healthcare systems. The primary method of medical anthropology is historic-hermeneutical in the sense that this discipline investigates man in historical and cross-cultural relations; it is an integrative study, and it uses the contributions of different forms of knowledge (philosophical anthropology, social philosophy, cultural anthropology, psychoanalysis, sociology); it deals with the biomedical approach as a cultural product, and in this way, it draws the attention to the relation between individual experience, cultural meaning and social structure. The medical anthropology semester consists of 15 study hours and bi-weekly seminars in two-hour blocks. Method: every student should present a short lecture (PowerPoint) on an issue from the topics listed below: Health and ill health in cultural context (Are different types of ill health naturally given or culturally constructed phenomena? What are the differences between disease, illness, and sickness? Do health and illness have the same meanings in different cultures? Is Western medicine racial and gender bias-free? Can mental disorders be objective phenomena?), Traditional, natural and alternative medicine (CAM) (What kinds of 'Weltanschauung' (image of the world) serve as backgrounds for different medical ideologies and systems? How do 'complementary and alternative' (CAM) and modern medicine define human beings? What is the attitude of modern medicine towards its predecessors? Why is CAM so popular today? How can culture influence placebo effects?), Body in Culture and Society (How do cultural norms and values influence body image? How does the body-mind problem appear in different cultures and historical periods? What can be the cultural context of eating disorders? Why does the female body have an ambivalent status in Western culture and medicine? What are the characteristics of medicalisation?), Pain, Suffering and Death (How does culture influence modes of pain and suffering? How have traits of death and dying changed in different periods of Western culture? What are the cultural aspects of suicide? What are the cultural aspects of abortion? What are the cultural aspects of euthanasia?)

СЕКЦІЯ 3. РОЗУМІННЯ РОЛІ, ЗНАЧЕННЯ, РІВНЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ТА ЦІННОСТІ ЛІКАРЯ СУЧАСНИМ СУСПІЛЬСТВОМ (ГЛОБАЛІЗОВАНИЙ СВІТ ТА УКРАЇНСЬКІ РЕАЛІЇ)

РОЛЬ ТА ЗНАЧЕННЯ ЛІКАРІВ У СУЧАСНИХ УКРАЇНСЬКИХ РЕАЛІЯХ

*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*

Серед осіб, які вдало поєднали професійну та літературну діяльність найбільша кількість саме лікарів. І не дарма, ця, пов'язана з людьми професія, стає творчим поштовхом до написання творів різних жанрів, серед яких художні, публіцистичні, поетичні та етнографічні романи, повісті, оповідання та поетичні збірки.

В Україні регулярно проводяться виставки та круглі столи, приурочені до міжнародного дня лікаря, який відзначається у жовтні. Цій тематиці присвячені публікації та довідник О. Тищенка, різноманітні мережеві публікації. Медичний дискурс в українській літературі став об'єктом дослідження В. Пустовіт.

Проте тема визначення значення лікаря, тим більше у сучасних українських реаліях, є досить багатогранною, широкою і важливою, тому потребує ретельного багатоаспектного дослідження і була обрана нами як актуальна. Беззаперечним є вплив лікарів на особливості розвитку культури різних країн.

Серед безлічі видатних особистостей лікарів-письменників варто пригадати імена авторів публікацій з питань культури здоров'я, таких як Віктор Скумін та Олександр Драгоманов; поетичних творів – Елеонора Кузнецова, Іван Липа, Олександр Фіногеев, Степан Руданський, Ярослав Кремінський; етнографів: Володимир Александров; історичних публікацій: Оксана Храцевська, Юрій Єненко.

Особливо цікавими є твори, що висвітлюють щоденну кропітку роботу лікаря, де останні постійно витупають дійовими особами. Це твори Миколи Амосова, Модеста Левицького, Наума Фогеля, Павла Бейліна та Юрія Щербака, автора у тому числі й кіносценаріїв художніх, науково-публіцистичних та документальних фільмів [4]. Проте цей список можна ще продовжувати, тому що практично кожен регіон України має свого видатного лікаря-письменника.

Роль і значення лікарів протягом усього періоду існування цієї професії неможливо переоцінити. Але існують часи, коли її надважливість виходить на передній план. Такими були пандемії коронавірусу, коли подяка лікарям за їхню складну роботу стала звичним явищем у всіх країнах.

У сучасних українських реаліях, у часи повномасштабного вторгнення на територію України, надзвичайно важливою є робота військових лікарів. Звернення до історичних подій лише підтверджує таку актуальність.

Згідно зі збереженими відомостями перші військові лікарі працювали в стародавній Індії, які лікували у тому числі евакуйованих, проте приділяли увагу лише спеціалізований касті воїнів. Історики свідчать, що лікарі у війську Олександра Македонського намагалися запобігати поширенню інфекцій.

У Римській імперії кожен загін вершників мав закріплених лікарів, що створювали медичні заклади, а на полі бою забезпечували кожного воїна індивідуальними перев'язувальними пакетами.

У Середньовіччі європейські армії супроводжували польові госпіталі, де активно працювали хірурги. У козацькому війську медична допомога була на досить високому рівні, як навички самодопомоги, так і комплексна робота лікарів щодо зупинки епідемій.

Стационарні військові лікарні функціонували при монастирях. Із 17 століття з'являються також спеціалізовані освітні заклади. Авторами перших фахових підручників були випускники Києво-Могилянської академії.

Авторами підручників з військової медицини того часу стали Яким Чаруковський із працею «Военно-походна медицина», що містила відомості про організацію роботи військового лікаря, у тому числі сортування поранених. Основи воєнно-польової хірургії заклали Єфрем Мухін, одним з учнів якого був Микола Пирогов, роботи якого про військову медицину переклали багатьма мовами.

Українська галицька армія мала потужну медичну службу, це заклало базу для подальшого вдосконалення першої допомоги військовим.

На 1920-і роки припадає діяльність Павла Тимофієвського - дослідника організації медичного забезпечення військ та Ярослава Окуневського, який розробив перший статут медичної служби військово-морського флоту, який згодом використали багато провідних європейських держав. Сестра Ярослава — Софія Окуневська — стала першою жінкою-лікарем в Австро-Угорщині та першою українкою Галичини, яка здобула ступінь доктора медицини [2, с.60].

Медична служба УПА мала назву Український червоний хрест і виконувала безліч функцій, серед яких огляд мобілізованих, підготовка медикаментів, організація лікарень, проведення санітарних курсів [5].

За актуальним визначенням, військова медицина є специфічною галуззю загальної медицини та охорони здоров'я і становить систему наукових знань (комплекс науково-практичних дисциплін) та напрямок практичної діяльності, що спрямовані на зміцнення здоров'я особового складу збройних сил в особливих умовах проходження військової служби, попередження та лікування захворювань і травм в цих умовах, а на період війни (бойових дій, збройних конфліктів) і бойових уражень, з метою збереження боєздатності військовослужбовців [1].

Також з початком російської агресії було створено велику кількість добровольчих медичних об'єднань, на зразок батальйону «Госпітальєри», створений у 2014 році волонтеркою-медиком Яною Зінкевич. Він надає допомогу як усім категоріям військовослужбовців, так і мирному населенню в зоні бойових дій. При цьому перебувають вони безпосередньо на бойових позиціях для ефективної та швидкої допомоги.

Орден госпітальєрів, розповідь капелана про який надихнула Яну Зінкевич, заснований був купцями, які збудували лікарню та притулок для допомоги паломникам до Єрусалима хворим та похилого віку. Після здобуття хрестоносцями Єрусалима 1099 надавав допомогу пораненим воїнам. І, попри свою військову історію, зараз повернувся до своєї первинної мети – допомагати людям, займаючись доброчинністю.

Цей медичний батальйон став символом самовідданості та професіоналізму для усіх українців, діяльність його також зацікавила сучасних митців — поетів, письменників, співаків, режисерів. У 2015 році було знято безпосередньо на фронті документальний фільм «War for Peace».

Отже, образ лікаря із щоденного і повсякденного у сучасний складний час перетворився на героїчний, оскільки вони перебувають зараз на передньому рубежі боротьби не лише за здоров'я, а й за саме існування незалежної держави на рівні з військовими, лише маючи свій фронт.

Сучасний медик, тим паче медик військовий користується принципом, висловленим у цитаті з видатного твору Осипа Турянського, присвяченого Першій світовій війні, «Поза межами болю»: «Любов до життя і до його вищих цінностей, переможе смерть» [3].

Список використаних джерел

1. Військова медицина: історія та особливості. URL: <https://unba.org.ua/publications/8212-vijs-kova-medicina-istoriya-ta-osoblivosti.html> (дата звернення: 05.12.2024).

2. Муза на прийомі в лікаря, або творчість професійних медиків / О. Тищенко // *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2018. № 2. С. 58-62.

3. Поза межами болю: URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%B7%D0%B0_%D0%BC%D (дата звернення: 04.12.2024).

4. Полянко В. 55 лікарів і письменників водночас: веб-сайт. URL: <https://nivrokoo.wordpress.com/2020/05/29/55%D0%B2%D0%BE%D0%B4%81/> (дата звернення: 04.12.2024).

5. Якуніна Д. Від Македонського до «Госпітальєрів». Історія військової медицини у світі та Україні: веб-сайт. URL: <https://www.platfor.ma/topic/vid-makedonskogo-dogospitalyeriv-istoriya-vijskovoyi-medytsyny-u-sviti-ta-ukrayini/> (дата звернення: 04.12.2024).

РОЗУМІННЯ РОЛІ, ЗНАЧЕННЯ, РІВНЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ТА ЦІННОСТІ ЛІКАРЯ СУЧАСНИМ СУСПІЛЬСТВОМ

*Котелевець Валентин Вікторович,
Аспірант кафедри хірургії 2;*

*Науковий керівник: д.філос.н., професор Утюж Ірина Геннадіївна,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Етика турботи Керол Гілліган [9] може бути використана при обговоренні соціальних проблем, особливо в контексті охорони здоров'я та соціального страхування. Цей підхід базується на цінностях турботи та міжособистісних стосунків. А для нас практикуючих лікарів питання відродження медичної етики стоїть на часі як ніколи, бо війна, об'єктивна ситуація біотехнологізованих рішень в медицині, дуже часто роблять медичну етику формальною і симулятивною діяльністю сучасного лікаря.

Питання медичної етики завжди було актуальним з часів розвитку ранніх цивілізацій. Так наприклад, роль і значення лікаря в «Державі» Платон вважав, що суспільство повинно бути в доброму стані і кожен повинен виконувати свій обов'язок [4].

Лікарі — це «постачальники медичних послуг», які, як і філософи в уряді, прокладають суспільству шлях до здоров'я, лікуючи його зсередини.

Сучасне суспільство сприйняло цю ідею: тому лікарі в сучасному світі – це не тільки професіонали, які лікують тіло, але й навчають людей, як поводитися, особливо в критичних ситуаціях, наприклад, під час пандемії чи війни.

Питання етики у сфері діяльності лікаря є обов'язком лікаря. Іммануїл Кант, який був відомий своїм категоричним імперативом, закликав людей діяти так, щоб дії стали загальним законом. Для лікарів це означає, що вони повинні нести повну відповідальність за кожне рішення, яке вони приймають. Лікар, який працює в умовах українських реалій, де є дефіцит ресурсів, а пацієнти через війну постраждали не тільки фізично, але й психологічно, опиняється на відповідальній посаді. Не тільки лікар лікує хворого, але й джерело сили та надії. [1].

Фрідріх Ніцше у своїй праці сказав, що тріумф людини полягає в тому, щоб панувати над своїми бажаннями та своєю долею. [3].

Прикладом цього може бути лікар, який працює в найскладніших українських умовах. Життя цінується в його руках, і це робить його ключовою фігурою в майбутньому суспільства в сучасному світі.

Сучасна Україна ставить перед собою виклик, який говорить про необхідність лікарям бути героями нинішнього покоління.

Практикуючий лікар- це не тільки високий професіоналізм і професія, це ще і представник національної еліти, який несе відповідальність за національну безпеку держави , а саме відповідає за здоров'я нації.

Визнання того, як сучасне суспільство бачить функцію, значення, ступінь відповідальності та цінність лікаря в світлі глобалізації та української дійсності є основою

сьогодення. Ця фраза охоплює як широкий фон глобалізованого світу, так і особливості українського суспільства, дозволяючи нам досліджувати як загальні тенденції, так і відмінні характеристики.

Визначення ролі та доведення рівня відповідальності та цінності лікаря сучасним суспільством, визначає стратегії, орієнтири лікарської діяльності, що реалізують принципи людиноцентризму.

У сучасному світі та в контексті України бути лікарем означає робити більше, ніж просто лікувати людей. Лікарі є найважливішими фігурами в підтримці здоров'я населення, формуванні довіри до системи охорони здоров'я та визначенні норм поведінки в суспільстві.

У сучасному суспільстві добре розуміють роль лікарів як вчителів і зразків для наслідування, які володіють знаннями та цінностями, які формують добробут суспільства, стабільність суспільства та економічне зростання.

Роль лікарів у суспільстві постійно зростає, особливо в розпал пандемії, війни чи кризи, що є чіткою демонстрацією їх цінності не лише як лікарів-практиків, але й як лідерів моралі суспільства.

Гуманістична філософія з її основними представниками, такими як Карл Роджерс, Абрахам Маслоу, наголошувала на самореалізації та психологічному здоров'ї. Такі підходи важливіші в кризовій ситуації, оскільки від здатності держави піклуватися про своїх людей залежить стабільність країни. [5, 8].

Тому, в Україні впроваджується державна програма ментального здоров'я «Як ти?» - ця ініціатива, започаткована в Україні у 2022 році під патронатом першої леді Олени Зеленської. Програма спрямована на створення комплексної системи підтримки ментального здоров'я громадян, які постраждали від наслідків війни, стресу, втрат та інших психологічних травм. Її реалізація охоплює кілька ключових напрямів, спрямованих на покращення якості життя українців.

Основні завдання програми:

1. Доступ до психологічної допомоги: створення можливостей для кожного громадянина звернутися за кваліфікованою допомогою.
2. Навчання фахівців: підвищення кваліфікації психологів, лікарів та соціальних працівників для ефективної підтримки людей у кризових ситуаціях.
3. Інформаційна кампанія: популяризація важливості ментального здоров'я та боротьба зі стереотипами, які заважають звертатися за допомогою.
4. Інтеграція ментального здоров'я у всі сфери життя: забезпечення доступу до психологічної підтримки в медичних, освітніх та соціальних установах.

Ключові аспекти реалізації:

- Навчання першої психологічної допомоги: впровадження простих технік самопомогі та навичок підтримки інших.
- Гаряча лінія психологічної допомоги: організація телефонних служб підтримки, де можна анонімно отримати консультацію.
- Підтримка у громаді: залучення волонтерів та місцевих ініціатив для створення комфортного середовища.

Програма є частиною великого проєкту зі зміцнення системи охорони здоров'я та соціального захисту в Україні [7].

Отже, лікар у сучасному суспільстві є не тільки професіоналом. Лікар це людина, яка поєднує в собі гуманізм, моральну оцінку та джерело сили та надії для суспільства.

Список використаних джерел

1. Кант І. Основи метафізики моральності. Андронум, 2020.
2. Кремень В.Г. Філософія людиноцентризму як теоретична складова національної ідеї. Дзеркало тижня. 2005. №31.
3. Ніцше Ф. По той бік добра і зла. Генеалогія моралі/ Пер. з нім. А.Онишко. Львів: Літопис, 2002.
4. Платон. Держава / Пер. з давньогр. Д. Коваль. К.: Основи, 2000.

5. Роджерс К. Погляд на психотерапію. Становлення людини, Вид: IOI, Серія: психологія, 1994р
6. Кауфман С. За межами піраміди потреб. Новий погляд на самореалізацію. Лабораторія, 2023.
7. «Ти як?» Всеукраїнська програма ментального здоров'я 2023.
8. Maslow, A. Maslow on Management. Wile 1998.
9. Carol Gilligan In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development. Published by: Harvard University Press. Copyright Date: 1993.
10. Scully, Jackie Leach Zalta, Edward N.; Nodelman, Uri Feminist Bioethics. The Stanford Encyclopedia of Philosophy. Metaphysics Research Lab, Stanford University. (вид. Fall 2023).

ЛІКАРСЬКА ПОМИЛКА ЯК ФІЛОСОФСЬКИЙ ФЕНОМЕН

*Котлова Юлія Валентинівна, к.мед.н.,
доцент кафедри дитячих хвороб ННІПО;
Веліканова Тетяна Василівна,
асистент кафедри дитячих хвороб ННІПО,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Любий вид діяльності людини супроводжується процесом формулювання проблеми чи питання, процесом їх пізнання та вирішення. Цей шлях неможливий без вдалих та невдалих спроб, перемог через помилки та набуття досвіду. Інший досвід має медицина. Сучасні знання в медицині базуються на колективних наукових спостереженнях та складаннях інформаційних баз даних про перебіг хвороб, результати та особливості їх лікування. Результати аналізу об'єднуються в метааналітичні звіти, систематичні огляди, формуються найкращі алгоритми спостереження, обґрунтовані схеми лікування та профілактики захворювань у дорослих та дітей. Формується колективний клінічний досвід лікарів, лікування стає безпечнішим. Але чи зникає ризик лікарських помилок?

Лікарська помилка визначається як дефект у роботі, який виник попри сумлінне виконання лікарем своїх обов'язків [1]. Лікарська помилка залишається невід'ємною частиною людської діяльності, викликає безліч етичних, психологічних і професійних питань. Її філософське осмислення допомагає глибше зрозуміти шляхи подолання.

Мета доповіді: розкрити вимір лікарської помилки як філософського феномену.

З професійного погляду можливі діагностично-лікувальні та технічні помилки, причини яких криються в значній складності клінічного випадку, недостатніх діагностичних ресурсах та можливостях спеціалістів, недостатнього рівня знань, досвіду, оволодіння мануальними навичками. Можливі комунікативні помилки, пов'язані з втомою, психологічним тиском, фізичним та емоційним виснаженням лікаря, а іноді можуть бути наслідком неправильної організації лікувально-діагностичного процесу.

У деяких випадках дія або бездіяльність медичного працівника може призвести до негативних наслідків для пацієнта, оцінка яких лежить в сфері правової відповідальності лікаря. В сьогоденні соціальний контекст лікарської помилки у ставленні суспільства до можливості лікарської помилки, очікувано, є вкрай негативним, зростає віра щодо безпомилковості медицини, виникає конфлікт інтересів суспільства, пацієнта та лікаря. Тому залишається відкритим морально-етичне питання, як співвідносити професійну відповідальність із правом на помилку? Залишається і екзистенційний контекст лікарської помилки, як прояв недосконалості людства.

Неможна знецінювати морально-психологічний аспект впливу лікарської помилки безпосередньо на лікаря: почуття провини, стрес, емоційне вигорання, страх перед юридичними наслідками.

Слід пам'ятати, що виникненню однієї принципової лікарської помилки передують значна кількість малих недбалостей та невеликих погрішностей в лікувально-діагностичній,

технічної, комунікативної сферах діяльності медичного колективу. Нажаль, лікарську помилку неможливо повністю виключити, але можна мінімізувати, а не перетворюється на злочин чи трагедію. Тому впровадження етичних принципів прозорості у визнанні прийняття невірних рішень перед колегами та батьками пацієнта для уникнення їх повторень, етичних принципів справедливості - забезпечення найкращого можливого виправлення наслідків невігластва, аналіз ситуації без осуду, щоб уникнути повторення помилок, є вкрай важливим для попередження майбутніх лікарських помилок. Формування культури відкритості, довіри, взаємопідтримки та постійного вдосконалення професійної діяльності в медичному колективі стає ключем до якісної медицини.

Вкрай важливим є баланс між усвідомленою відповідальністю та правом на помилку, а безумовний пріоритет безпеки пацієнтів в лікарській діяльності мінімізує ризики виникнення лікарської помилки.

Безпека пацієнта досягається системним підходом до організації професійної освіти і професійного розвитку, використанні тренінгів та симуляційних заходів, впровадженні чітких протоколів та сучасних технологій для діагностики та лікування пацієнтів, командної роботи всього колективу, не лише лікарської ланки, в ефективній комунікації між ними.

Філософський підхід до подолання лікарської помилки складається в усвідомленні, що вона є невід'ємною частиною людської природи. Для запобігання виникнення лікарської помилки вирішальним є аналіз умов, які призвели до її появи. Тоді лікарська помилка стає частиною професійного досвіду, інструментом навчання, частиною вдосконалення медичної практики.

Список використаних джерел

І. М. Рогач Морально – етичні та психологічні аспекти медичної діяльності лікарів загальної практики / Рогач І. М., Качала Л. О., Погоріляк Р. Ю. // Навчально – методичний посібник. – 2010. – Ужгородський національний університет. – 64 с.

FEATURES OF PHYSICIAN - PATIENT COMMUNICATION IN GREAT BRITAIN

*Oliynik Angelina, 2nd year student;
Solianenko Olena, senior lecturer of Foreign Languages Department,
Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University*

Effective communication between physicians and patients is essential to achieving successful medical outcomes. It should be noted that communication styles can vary significantly across cultures and impact the quality of medical care in different ways.

This paper focuses on cultural differences in doctor-patient communication in the context of the English approach. Understanding these differences can help healthcare professionals provide more culturally sensitive and responsive care to different patient groups.

The English style of communication in medical institutions is often characterized by formality, politeness, and indirectness. There is a strong emphasis on maintaining professional distance while maintaining empathy. Key features of the English approach include: formality and politeness; indirect communication; empathy and active listening; confidentiality and privacy.

Physicians in the UK often use formal titles (e.g. Madam, Doctor) and avoid overly informal language. Politeness markers such as "please" and "thank you" are often used to maintain a respectful tone.

Communication tends to be more indirect, especially when delivering bad news or discussing sensitive topics. Physicians may use euphemisms or vague language to soften difficult information. Questions may be phrased to give patients a chance to express their feelings without pressure (e.g., "How are you feeling about your treatment?" instead of "Do you like your treatment?").

Empathy is demonstrated through active listening, allowing patients to express themselves without interruption. Physicians often use phrases like "I understand" or "I see what you mean" to show that they are engaged and empathetic.

In Great Britain there is a strong emphasis on maintaining patient privacy and confidentiality, reflecting wider English cultural norms of respect for privacy and autonomy. Conversations are conducted confidentially and sensitive topics are discussed sensitively.

It is worth to note that cultural differences also influence the communication: types of communication (direct/indirect, verbal/non-verbal); decision-making method; time orientation; communication with the patient's family members.

Some cultures prefer direct communication, where physicians are expected to provide clear and understandable information. The English tendency to be indirect may seem evasive or unclear to patients from more direct cultures. This can lead to misunderstandings if the patient feels the physician is not being transparent enough.

Eye contact, body language, and physical touch also vary across cultures. In English culture, maintaining moderate eye contact is a sign of attention, but excessive eye contact can be perceived as confrontational. Physical touch, such as a reassuring touch on the shoulder, is rarely used in the English context, unlike in cultures where touch may be more common and acceptable.

Patient autonomy is often prioritized in the UK, encouraging patients to actively participate in decisions regarding their care. Physicians may offer options and expect the patient to make a choice. In other cultures, patients may expect the physician to play a more authoritative role, providing clear instructions rather than choices.

It is known that punctuality is highly valued in English culture, and appointments are often strictly scheduled. Delays or lengthy conversations may be perceived negatively. In cultures where time is more flexible, the English emphasis on time management may seem rushed or unfriendly, which may impact on the patient's comfort level.

In the English medical context, discussions are usually held directly with the patient, respecting their privacy and autonomy. In some cultures, the whole family is involved in medical decisions, which can be a challenge for British physicians who are trained to uphold patient confidentiality.

To overcome cultural gaps, it is advisable to use the following strategies: - training in cultural competence; using clear and simple language; encouraging questions from patients; using visual materials and written information; shared decision making.

In Great Britain physicians have to undergo training to understand different cultural expectations and adapt their style to suit appropriate communication. This includes learning high-context (indirect) and low-context (direct) communication styles.

Avoiding medical terminology and using clear, simple language can help bridge communication gaps, especially with patients who may not speak English or are unfamiliar with medical terminology.

Physicians should also encourage patients to ask questions and express concerns, reassuring them that their opinions are valued. It may help soften the indirect nature of English communication.

Providing diagrams, brochures, or written instructions can help clarify complex information, especially for patients from cultures that rely on visual communication.

Finding a balance between patient autonomy and direction can improve communication. Physicians should clearly communicate options while respecting the patient's cultural preferences in decision making.

Understanding cultural differences in communication is important to providing quality care. The English approach, with its emphasis on politeness, confidentiality, and patient autonomy, may not be appropriate for all patients. Adopting a flexible and culturally sensitive communication style will enable physicians to improve treatment outcomes and strengthen physician-patient relationships. This requires ongoing education, empathy, and a willingness to adapt traditional communication methods to the needs of different patient groups.

СЕКЦІЯ 4. МАЙБУТНЄ МЕДИЦИНИ: СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКЕ ПРОГНОЗУВАННЯ

ІНТЕГРАЦІЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ ТА РОБОТОТЕХНІКИ В МЕДИЦИНУ: МЕТОДОЛОГІЧНІ СМИСЛИ МАТЕРІАЛІСТИЧНОГО ПІДХОДУ

*Ангеловський Андрій Васильович
аспірант кафедри травматології та ортопедії
Науковий керівник – д.філос.н., професор Утюж Ірина Геннадіївна,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Медицина, як наука та практика, є важливою частиною соціального устрою та еволюції людського суспільства. Сучасні досягнення в галузі штучного інтелекту (ШІ) та робототехніки трансформують діагностику, лікування та хірургічну практику

Філософія медицини базується на кількох напрямках, одним із яких є матеріалізм. Як методологічний інструмент, матеріалістичний підхід відіграє ключову роль, стверджуючи, що всі явища, включаючи людське життя та здоров'я, пояснюються матеріальними процесами.

В сучасних умовах технологічної сингулярності медицина, як і будь-яка інша соціальна галузь суспільства активно змінюються. В рамках прикладу звернемося до розгляду питання, щодо використання ШІ та роботизованих технологій у медицині. Дане питання пов'язане з уявленням, що здоров'я та хворобу можна пояснити біологічними та фізичними процесами, які аналізуються та коригуються за допомогою технологій. [1]

ШІ в медицині паралельний матеріалістичній філософії, яка стверджує, що розум і свідомість є продуктом матеріальних процесів у мозку. Технології ШІ дозволяють моделювати ці процеси для діагностики, прогнозування та операцій, розвиваючи інструменти для розуміння людського організму та захворювань.

ШІ аналізує величезну кількість даних, включаючи генетичну інформацію, аналізи та медичні зображення, що допомагає лікарям ставити точніші діагнози та приймати рішення. Цей підхід відповідає погляду на медицину як науку, що базується на фактах і об'єктивних даних.

Методологічний потенціал матеріалістичного підходу підкреслює, що медичні втручання повинні базуватися на об'єктивних фактах та закономірностях, які можна спостерігати та контролювати. Використання ШІ в хірургії стає продовженням матеріалістичної думки, оскільки забезпечує точність та ефективність операцій.

Застосування мінімально інвазивних технологій, як лапароскопія та роботизована хірургія, покращує результати лікування, знижуючи травматичність і ризик ускладнень. Роботизовані системи дають хірургам інструменти для точніших операцій, зменшуючи помилки [3].

Однак, впровадження технологізованих рішень несе ряд соціальних ризиків, які сьогодні дуже активно обговорюються в просторі соціальної філософії. Так наприклад, використання ШІ піднімає проблеми, пов'язані з впровадженням некорректних алгоритмів, недоліків в даних та можливим скороченням робочих місць через автоматизацію. Штучні системи, як і людські, можуть бути схильні до помилок, і матеріалістичний підхід має враховувати та аналізувати ці помилки

На думку колектива авторів із Пітсбургського університету (США), що досліджували питання хірургії в космосі, зазначається: «Космічні місії, як польоти на Марс, вимагають вирішення унікальних проблем медицини та хірургії. В умовах мікрогравітації автономні роботи стають необхідними, продовжуючи біомеханічну та фізіологічну логіку, яку можна контролювати інженерними рішеннями. Автономні хірургічні роботи в космосі підтверджують матеріалістичний підхід, заснований на принципах фізики, біології та медицини». [2]

Зрозуміло, що із впровадженням ШІ та робототехніки в медицину виникає ряд етичних та соціальних питань. Застосування ШІ знижує ймовірність помилок людини, підвищуючи ефективність, але може викликати соціальні та економічні наслідки, як втрата робочих місць і нові ризики пов'язані з перерозподілом праці, зміною ролі людини та необхідністю регулювання таких систем. Це важливо в умовах швидкого технологічного прогресу.

Майбутнє медицини з впровадженням ШІ та робототехніки продовжує еволюцію людського суспільства через нові технології для розуміння та впливу на матеріальні процеси, пов'язані зі здоров'ям людини. Для успішної інтеграції потрібно враховувати переваги та ризики, зберігаючи баланс між технологічним прогресом і соціальною відповідальністю, забезпечуючи безпеку даних та запобігаючи шкідливим наслідкам від використання ШІ.

У контексті філософії матеріалізму медичні технології, включаючи ШІ та робототехніку, є природним продовженням наукових та технічних досягнень, заснованих на матеріальних процесах. Вони відкривають нові горизонти в медичній практиці, але потребують уважного аналізу соціальних, етичних та технічних наслідків.

Список використаних джерел

1. Martin KD. Critical and Clinical Cartographies: Architecture, Robotics, Medicine, Philosophy. Edinburg, Scotland: Edinburgh University Press; 2017. Ecologies of corporeal space; pp. 187–204.
2. Surgery in space. Panesar SS, Ashkan K. Br J Surg. 2018; 105: 1234–1243. doi: 10.1002/bjs.10908.
3. Using AI and computer vision to analyze technical proficiency in robotic surgery. Yang JH, Goodman ED, Dawes AJ, et al. Surg Endosc. 2023; 37: 3010–3017. doi: 10.1007/s00464-022-09781

ВИКОРИСТАННЯ В МЕДИЦИНІ НЕЙРОКОМП'ЮТЕРНИХ ІНТЕРФЕЙСІВ: СВІТОГЛЯДНО-ЕТИЧНИЙ ПОГЛЯД

*Крашевський Артем Володимирович, аспірант
кафедри патологічної фізіології з курсом нормальної фізіології;
Науковий керівник: Утюж Ірина Геннадіївна,
доктор філософських наук, професор,
завідувач кафедри суспільних дисциплін,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Розвиток нейрокомп'ютерних інтерфейсів (НКИ) — технологій, які дозволяють створювати прямий зв'язок між мозком та комп'ютерними системами — відкриває нові горизонти для медицини, але водночас породжує серйозні етичні та філософські питання. У медицині НКИ пропонують революційні рішення для лікування важких неврологічних розладів при таких захворюваннях, як бічний аміотрофічний склероз, інсульт головного мозку, ушкодження спинного мозку, м'язові дистрофії, хронічні периферійні нейропатії, деяких психічних хвороб, а також покращення якості життя людей з ампутованими кінцівками [2]. Серед ключових прикладів можна назвати: відновлення рухової активності через роботизовані протези, керовані думками; лікування депресії чи епілепсії за допомогою нейростимуляції; повернення мовних здібностей через декодування мозкових сигналів [3].

Попри ці досягнення, варто розглянути етичні аспекти використання НКИ:

- Автономія пацієнта (використання НКИ ставить під сумнів традиційні уявлення про автономію пацієнта — наприклад, чи залишається пацієнт автономним, якщо його рішення частково визначаються алгоритмами?);
- Ризики для приватності (НКИ збирають чутливі дані про мозкову активність, що створює ризики для приватності, адже такі дані можуть бути використані без згоди пацієнта для комерційних чи навіть злочинних цілей);

- Нерівність у доступі (доступ до НКІ може бути обмеженим через високу вартість, що посилює соціальну нерівність у сфері охорони здоров'я) [1].
Крім того, поява НКІ викликає низку філософських питань:
- Зміна уявлення про тіло (НКІ змінюють межі між тілом і технологією: чи можна вважати роботизовану руку, керовану НКІ, частиною тіла?);
- Ідентичність і свідомість (взаємодія НКІ з мозком може змінити суб'єктивне сприйняття себе — наприклад, чи залишається людина тією ж особистістю, якщо її поведінку та думки змінюють нейростимулятори?);
- Межі людської природи (НКІ можна розглядати як інструмент трансгуманізму, що прагне розширити можливості людини) [1].

Використання НКІ у медицині може також мати і соціальні наслідки. Наприклад, якщо НКІ стають засобом покращення когнітивних або фізичних здібностей, виникає ризик дискримінації між тими, хто має доступ до технологій, і тими, хто не може їх використовувати. Крім того, зміна уявлення про норму (наприклад, щодо розумових здібностей) може викликати соціальний тиск на людей, які не бажають використовувати НКІ.

Таким чином, нейрокомп'ютерні інтерфейси відкривають нові можливості для медицини, але водночас кидають виклик усталеним філософським категоріям. Питання автономії, ідентичності, відповідальності та доступності технологій залишаються відкритими і потребують ґрунтовної розробки.

Список використаних джерел

1. Gurtner, D.M. (2021). Neuralink and Beyond: Challenges of Creating an Enhanced Human. In FOLIA - Fribourg Open Library and Archive.
2. Kawala-Sterniuk, A., Browarska, N., Al-Bakri, A., Pelc, M., Zygarlicki, J., Sidikova, M., Martinek, R., & Gorzelanczyk, E. J. (2021). Summary of over Fifty Years with Brain-Computer Interfaces—A Review. *Brain Sciences*, 11(1), 43.
3. Peksa, J., & Mamchur, D. (2023). State-of-the-Art on Brain-Computer Interface Technology. *Sensors*, 23(13), 6001.

СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКІ ВИКЛИКИ ТА МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ МЕДИЦИНИ МАЙБУТНЬОГО

*Рудько Наталія Петрівна, канд. біол. наук, ст. викладач,
Іванченко Дмитро Григорович, д-р фарм. наук, професор,
Крісанова Наталія Вікторівна, канд. біол. наук, доцент,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Сучасна медицина розвивається в умовах стрімкого розвитку інформаційних технологій, біомедичної науки та загального управління здоров'ям населення. Застосування цифрових технологій у медицині як вирішує, так і створює різноманітні проблеми. У будь-якому випадку поєднання новітніх технологій та медицини має сприяти вдосконаленню лікування.

В умовах швидкого розвитку технологій та зростання обсягу даних медична парадигма поступово переходить від традиційного лікування до персоналізованої профілактики. Цей зсув фокусу зумовлений не лише новими можливостями, які надає біомедична інженерія та генетика, але й необхідністю реагувати на виклики, що постають перед системою охорони здоров'я.

Основні аспекти цієї трансформації:

- інтеграція технологій — використання штучного інтелекту, телемедицини та великих даних стає невід'ємною частиною медичного процесу, змінюючи способи діагностики та лікування;

- персоналізована медицина — розробка індивідуальних планів лікування, що враховують генетичні та екологічні фактори, відкриває нові горизонти у боротьбі зі захворюваннями;

- доступ до медичних послуг — інноваційні технології, такі як телемедицина, допомагають подолати географічні бар'єри, проте потребують уваги до проблеми нерівності доступу;

Соціальні та етичні виклики. З новими можливостями приходять і нові виклики, такі як:

- етичне регулювання використання технологій у медицині;
- генетична дискримінація та захист конфіденційності даних;
- роль лікаря в новій медичній екосистемі, що потребує перегляду медичної освіти.

Філософські аспекти. Необхідність переосмислення традиційних понять здоров'я та хвороби, а також повага до людської гідності в умовах нових технологій є невід'ємними елементами обговорення.

Майбутнє медицини — це не лише технологічний прогрес, а й складний комплекс соціальних, етичних і філософських проблем. Успішний розвиток медицини залежить від спроможності суспільства адаптуватися до швидких змін та знаходити баланс між інноваціями та гуманістичними цінностями. Для цього необхідні міждисциплінарні дослідження, активна участь громадськості у обговоренні етичних аспектів медичних інновацій та розробка ефективних механізмів регулювання.

ЩО СПОНУКАЄ АБІТУРІЄНТІВ ОБИРАТИ МЕДИЧНІ СТУДІЇ: МОТИВАЦІЯ ТА ІМІДЖ ПРОФЕСІЇ

*Уварова Олена Олександрівна, к.і.н., доцент,
доцент кафедри суспільних наук;*

*Нігрецук Віталій Віталійович,
здобувач 4 курсу медичного факультету,*

Одеський національний медичний університет

Історично професія лікаря є однією з шанованих та престижних. Імідж лікаря вимагає від людини, яка обрала медицину як сферу кар'єрного зростання, постійного вдосконалення своїх розумових здібностей і людських характеристик. Осягнення медицини - шлях довгий, складний, а лікарська справа стала ризикованою з урахуванням військових дій, які відбуваються останніми роками. То що ж спонукає молодь обирати медичні студії?

У листопаді 2024 р. 143 здобувача вищої освіти 1-го курсу медичного факультету Одеського національного медичного університету стали учасниками анонімного опитування для з'ясування факторів та умов вибору професії. Було розроблено авторську анкету, оформлену у Google-forms.

Логічно було припустити, що вплив родини та оточення може бути одним з головних. Дійсно, майже половина опитаних зазначили, що серед їхніх батьків та/чи бабусів/дідусів є лікарі (або ті, хто працює в медичній сфері). І 11,9 % відповіли «так» і 14,7 % відповіли «скоріше, так» на питання, чи вплинула на їхнє рішення наявність в родині лікарів/медичних працівників і бажання продовжити їхній шлях. 2/3 зазначили, що тиску з боку родини не було.

60 % здобувачів надихалися прикладами успіху у професії відомих лікарів. Така ж кількість опитаних зазначили, що на них вплинуло вивчення у школі природничих дисциплін.

Неможна відкидати впливи масової культури. Питання «чи подобалось вам дивитися фільми/серіали про медиків» отримало такі відповіді: «так» - 69,2 %, «скоріше, так» - 14,7 %, «складно відповісти» - 6,3 %, «скоріше, ні» 1,4 %, «ні» - 1,4 %, «взагалі не дивився/лась» - 7 %. Достатньо обізнаними на момент вступу виявилися здобувачі стосовно прикладів життя та діяльності відомих лікарів: 65,7 % відповіли «так», 34,3 – «ні». При цьому на момент

опитування здобувачі могли згадати: 25,2 % - 1-2 особи відомих лікарів/вчених у галузі медицини; 30,8 % - 3-4 особи; 25,2 % - 5-6 осіб; 10,5 % - 7-8 осіб; 2,8 % - 9-10 осіб; 5,6 % - 11 і більше.

На питання «чи відчуваєте ви, що бути лікарем – це ваше покликання» 46,9 % відповіли ствердно «так» і 32,2 % - «скоріше, так», але для 17,5 % на це було «складно відповісти», тільки у 2,8 % («скоріше, ні») і 0,7 % («ні») такого відчуття немає. Тобто необхідно звернути увагу на 1/5 здобувачів, які можуть мати проблеми з мотивацією у подальшому навчанні.

Імідж престижності професії лікаря відмітили 4/5 респондентів, а більше третини не вважають її високооплачуваною. Лише 3,5 % здобувачів пошкодували, що обрали професію лікаря.

Окрім запропонованих питань, здобувачі мали змогу висловити і свою думку. Серед отриманих відомостей: «вибір цієї професії обумовлений власним бажанням та переконанням - допомагати людям»; «мрія дитинства»; «ніколи не уявляла себе кимось іншим»; «обрання цієї професії може стати не тільки шляхом до стабільної кар'єри, але й можливістю зробити значний внесок у здоров'я жінок і розвиток медичних технологій» та ін.

Таким чином, авторська анкета охопила три основних групи факторів, які обумовлюють вибір професії лікаря – родинне оточення, культурні впливи, соціальні характеристики. Для ЗВО подібні відомості стосовно вибору медичних студій є обґрунтуванням активізації позааудиторних заходів для здобувачів та виховної роботи з метою збільшення мотивації до навчання і створення позитивного іміджу професії.

ВІДНОСИНИ ЛІКАРЯ-ПАЦІЄНТА І ЗАСТОСУВАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В МЕДИЦИНІ

*Фроленко Анатолій Миколайович,
аспірант кафедри терапії та кардіології ННПО
Науковий керівник: д.філос.н., професор Утюж Ірина Геннадіївна,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Основними принципами взаємодії між лікарем і пацієнтом є взаємна довіра, емпатія та лояльність. Важливість довіри до лікаря полягає в його знаннях про пацієнта, включаючи симптоми, надії та переконання. Лікар має бути етичним, конфіденційним, добрим комунікатором і підтримувати професіоналізм у взаємодії з пацієнтом. [1]

У сучасних українських реаліях зниження компенсації та оплати лікарям призводить до збільшення кількості пацієнтів, що обмежує час на індивідуальний огляд та прийняття клінічних рішень. Зростання значення процедур у медицині, які заміщують безпосередню взаємодію між лікарем і пацієнтом, таких як автоматизовані системи діагностики, вплив телемедицини та автоматичних вимірювань (наприклад, вимірювання артеріального тиску) призводить до скорочення контактів пацієнта і лікаря. [1] Цінним помічником в таких умовах можуть стати сучасні технології, такі як штучний інтелект.

ШІ вже сьогодні стає невід'ємною частиною сучасної медицини, впливаючи на діагностику, лікування та профілактику захворювань. Впровадження ШІ у сферу охорони здоров'я має потенціал значного покращення якості медичних послуг, зниження вигорання лікарів, поліпшення взаємодії між лікарем і пацієнтом через більш зручні інтерфейси та трансляцію медичних даних, зниження вартості та забезпечення більшого доступу до них. Особлива увага приділяється системам підтримки клінічних рішень (CDSS), які використовують ШІ для діагностики, прогнозування та надання рекомендацій щодо лікування.

Системи підтримки клінічних рішень існують з 1970-х років, але завдяки останнім досягненням у сфері ШІ та електронних медичних записів (EHR) вони змогли ефективно інтегруватися в медичну практику. [2] Системи підтримки клінічних рішень (CDSS), інтегровані зі штучним інтелектом, демонструють потенціал у покращенні діагностики та

лікування, скороченні часу на обробку даних і мінімізації помилок. Наприклад, такі системи дозволяють аналізувати складні клінічні дані та пропонувати рекомендації на основі доказів, але водночас можуть створювати ризик обмеження автономії лікарів через високу залежність від автоматичних рішень.

Діагностичні помилки є причиною приблизно 10% смертей у Сполучених Штатах.[3] Використання ШІ може суттєво зменшити кількість таких помилок, рятуючи більше життів.

Інтеграція ШІ змінює традиційні стосунки між лікарем та пацієнтом, створюючи нові виклики щодо автономії як лікаря, так і пацієнта. Важливо забезпечити, щоб рекомендації систем штучного інтелекту не перетворювали лікаря на «виконавця» інструкцій, а пацієнта — на пасивного спостерігача, таким чином уникаючи патерналізму. Принципи спільного прийняття рішень (SDM) залишаються ключовими для збереження етичної природи медичної практики і запобігання дискримінації та упереджень у медичній практиці.

Основним етичним принципом є повага до автономії пацієнтів, що сприяє їх активному залученню до процесу прийняття рішень щодо лікування. Парадигма SDM передбачає взаємоповагу та співпрацю між лікарем і пацієнтом, де лікар виступає експертом у медицині, а пацієнт — у своїх власних цінностях і інтересах. [2]

Інтеграція ШІ у клінічні процеси повинна враховувати принципи SDM, аби не знизити автономію пацієнтів та уникнути патерналістичних відносин. ШІ має слугувати допоміжним інструментом у прийнятті рішень, а не заміняти рішення лікаря або пацієнта.

ШІ не повинен замінювати лікарів, а навпаки, підтримувати їх у прийнятті обґрунтованих рішень, зберігаючи професійну автономію медичного персоналу, зокрема лікаря. Лікарі повинні мати навички критичного оцінювання рекомендацій ШІ, розуміння їхніх обмежень та уміння пояснювати пацієнтам, як ці рішення впливають на їхній лікувальний процес. Загалом роль ШІ полягає у допомозі лікарям, не втручаючись у їх клінічне судження або взаємодію з пацієнтом.

Важливо забезпечити належну комунікацію між лікарем і ШІ, щоб лікар міг зрозуміти рекомендації системи, перевірити їх на наявність помилок і правильно застосовувати. Пацієнти повинні бути поінформовані про роль ШІ у процесі прийняття рішень, щоб вони могли краще зрозуміти можливі альтернативи та прогноз.

Інтеграція ШІ в медичну практику потребує в першу чергу розробки сучасних підходів до безпеки, особливо на тлі дослідження Appolo Research 2024 року, яке показало, що сучасні великі мовні моделі (LLMs) (звичний для нас термін — ШІ) можуть використовувати стратегічно обманливі дії для досягнення поставлених цілей, навіть якщо ці цілі не узгоджуються з інтересами їхніх розробників або користувачів. [4] Швидкий доступ до інформації може призвести до неправильних інтерпретацій пацієнтами або лікарями, що вимагає ретельної перевірки алгоритмів ШІ. Тому впровадження ШІ без належного розуміння та уваги до автономії лікарів і пацієнтів, а також без належної безпеки, може призвести до зниження якості спільного прийняття рішень і навіть до небажаних подій. Збереження прозорості у взаємодії між лікарем і ШІ є критично важливим для уникнення патерналістичних відносин і підтримки автономії пацієнтів і лікарів.

Отже, ШІ має великий потенціал для покращення якості медичних послуг, однак важливо інтегрувати його в медичну систему з розробкою нових підходів до безпеки штучного інтелекту та так, щоб зберегти автономію лікарів і пацієнтів, а також підтримувати етичні принципи спільного прийняття рішень. Співпраця між ШІ та лікарями, а не конкуренція, є ключовим принципом для досягнення оптимальних результатів у медичній практиці.

Список використаних джерел

1. Kingsford PA, Ambrose JA. Artificial Intelligence and the Doctor-Patient Relationship. Am J Med. 2024 May;137(5):381-382. doi: 10.1016/j.amjmed.2024.01.005. Epub 2024 Jan 27. PMID: 38281657.

2. Lorenzini, Giorgia ; Ossa, Laura Arbelaez ; Shaw, David Martin & Elger, Bernice Simone (2023). Artificial intelligence and the doctor–patient relationship expanding the paradigm of shared decision making. *Bioethics* 37 (5):424-429.

3. Committee on Diagnostic Error in Health Care; Board on Health Care Services; Institute of Medicine; The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Balogh EP, Miller BT, Ball JR, editors. *Improving Diagnosis in Health Care*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2015 Dec 29. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK338596/> doi: 10.17226/21794

4. Meinke Alexander, et al. *Frontier Models are Capable of In-context Scheming*. Apollo Research, 2024

СЕКЦІЯ 5. ДІТИ І ВІЙНА

ВПЛИВ ВІЙНИ НА МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ

*Боярська Людмила Миколаївна, професор, завідувачка кафедри дитячих хвороб ННІПО,
Герасімчук Тетяна Сергіївна, к.мед.н., доцент кафедри дитячих хвороб ННІПО,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Війна як феномен має безумовно значний та, на жаль, частіше руйнівний вплив на психіку дітей, тому що вони не лише свідками жакіть бойових дій, а й самі переживають наслідки насильства, порушення родинних та соціальних структур. Зростання нестабільності, постійний стрес дітей та втрата звичного їм середовища перебування провокують довготривалі психічні травми, які потребують термінового втручання фахівців (медиків, психологів, соціальних працівників) для попередження важкого психічного розладу [1, с. 2]. Далі приведені тези базуються на медичному, психо-соціальному та філософському аспекті, що висвітлює не лише наслідки війни для психіки дитини, а й необхідність комплексного супроводу та втручання.

Війна та психічний розвиток дітей: деформація мирного розвитку. Зміни в психічному здоров'ї дітей, які зазнали війни, є не лише реакцією на моментальні стресові ситуації, але й глибокими деформаціями в розвитку, які можуть мати багаторічні наслідки. Посттравматичний стресовий розлад, тривожні розлади, депресія та соціальна ізоляція — це лише деякі з розладів, що можуть виникати в результаті війни. Важливо зазначити, що в дитячому віці психіка є особливо вразливою через незрілість нейропсихологічних структур і здатність до саморегуляції. Війна є потенційно травматичною подією, призводить до секвенційної травми наслідками якої для дитячої психіки є фобії, депресія, соматоформні розлади, залежності як коморбідні розлади [3, с. 86]

Діти, які зазнають травми війни, часто переживають не лише фізичний, а й емоційний та когнітивний стрес, що порушує їхню здатність до навчання, адаптації в соціумі, розвитку творчих та інтелектуальних здібностей. Війна змінює їхнє сприйняття реальності, створюючи нові паттерни страху та агресії, які можуть залишатися з ними на все життя.

Токсичний стрес та його наслідки для нейропсихічного розвитку Діти, що перебувають у стресових умовах, схильні до токсичного стресу, який має потужний негативний вплив на нейропсихічний розвиток. Токсичний стрес, на відміну від адаптивного стресу, не дозволяє організму дитини відновлюватися, створюючи тривалий фізіологічний і психологічний тиск на мозок. В результаті цього виникає втрата когнітивних і емоційних функцій, що може призвести до труднощів у соціалізації, розвитку емпатії [3, с.22] і стійкості до стресу в майбутньому.

Психологічна підтримка як необхідність: роль батьків та фахівців. В умовах війни не можна обмежуватися лише виявленням травм. Діти втрачають довіру до дорослих, які не змогли забезпечити їхній захист. Надзвичайно важливо створити середовище, яке надає дитині можливість для відновлення, розвитку та соціалізації. Психологічна підтримка в таких випадках повинна бути багатоаспектною: від сімейної та освітньої підтримки до професійної допомоги через індивідуальні та групові сеанси терапії. Мова йде не лише про медикаментозне лікування, а й про створення умов для емоційного відновлення через творчі заняття, арт-терапію [1, с. 2], соціальну підтримку та реабілітацію, для чого важливо використовувати найефективніші світові практики.

Роль батьків є визначальною в процесі психічного відновлення дитини. Неокора та особистість дитини ще недорозвинена через вік, тому дитина обмежена у можливості раціонально справитись зі стресовою ситуацією. Дорослий має раціонально пояснювати все, що відбувається [2, с. 172]. Сім'я, в якій існує стабільність, підтримка та емоційна безпека, здатна мінімізувати негативний вплив стресових ситуацій на дитину. Водночас, батьки повинні мати достатньо знань і ресурсів для того, щоб розпізнати перші ознаки психічних розладів у дитини та звернутися за фаховою допомогою на ранньому етапі.

Психосоціальна підтримка: відновлення соціальних зв'язків і нормальних життєвих умов. Війна призводить не тільки до порушення внутрішньої рівноваги дитини, але й до руйнування соціальних мереж — шкіл, друзів, громади. Однією з основних проблем є відчуття соціальної ізоляції, яке переживають діти. Втрата стабільності, переміщення, брак ресурсів для освіти й самореалізації створюють додаткові труднощі в адаптації до мирного життя. Відновлення нормальних соціальних умов є важливою частиною реабілітації дитини після війни. Дитяче психічне здоров'я неможливо відновити без відновлення соціальної підтримки. Важливу роль у цьому можуть відігравати організації, які надають допомогу та підтримку в процесі реінтеграції дітей у нормальне життя, такі як волонтерські ініціативи, соціальні проекти та програми, спрямовані на забезпечення освітніх, медичних і культурних послуг для дітей, що пережили війну.

Моральна і етична відповідальність суспільства за відновлення психічного здоров'я дітей. Відновлення психічного здоров'я дітей після війни вимагає комплексного підходу, що включає етичну відповідальність суспільства, держави та міжнародних організацій. Психологічна реабілітація має бути частиною загальної стратегії відновлення країни, де особливу увагу приділяють не тільки фізичним наслідкам війни, а й морально-психологічним. Необхідно також враховувати, що суспільство має зобов'язання не тільки до тих, хто безпосередньо пережив війну, а й до майбутніх поколінь, які можуть успадкувати травми через покоління, так званий трансгенераційний вплив. Створення ефективних механізмів підтримки та допомоги є важливим етапом в подоланні психологічних наслідків війни.

Висновок. Психічне здоров'я дітей під час і після війни потребує особливої уваги з боку медичних працівників, освітян, соціальних працівників та науковців. Своєчасне втручання і комплексна підтримка є запорукою їхнього нормального розвитку, повернення до соціального життя і психологічної рівноваги.

Список використаних джерел

1. Бондарчук О. І. Психологічне здоров'я особистості в умовах війни і повоєнний час (Україна-Польща-Ізраїль) для освітян та психологів / О. І. Бондарчук, Л. М. Карамушка // Вісник Національної академії педагогічних наук України. - 2023. - Т. 5, № 1. - 98-110.
2. Зликов В., Лукомська С., Євдокимова Н., Ліпінська С. Діти і війна: монографія. Київ.-Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М., 2023. 221 с.
3. Левченко В.В., Луценко О.В. Вплив військових подій на психічне здоров'я дітей / В.В. Левченко, О.В. Луценко // Габитус (50). – 2023. - с. 85-92.

КВАДРОБІНГ – ЦЕ НЕ ТІЛЬКИ БІГ НАВКАРАЧКИ

*Іванько Олег Григорович, д.мед.наук, професор,
зав. кафедри пропедевтики дитячих хвороб,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Торговий зал великого супермаркету. Раптово простір торгового залу пронизує приголомшливе завивання, що імітує голос тварини, напевно, собаки, в якому все ж таки вгадується голос дитини років п'яти-семи. Здивування та осуд на обличчях відвідувачей. А ось і він - рачки хлопчик квадербер, в нашійнику, «прикутий» до стійки. Обличчя дитини приховано загрозливою маскою собаки, а з-під куртки стирчить хвіст тварини. Крик повторюється. Дійсно, з собаками в магазин проходити не можна...

Хоча в Україні поширення квадробики (від лат. чотири+акробатика) можливо ще не набуло масового характеру, характерного для благополучних країн Європи, (бо українці зайняті зараз дещо іншими проблемами), все ж таки необхідно розібратися в суті існування цієї молодіжної субкультури. Бо ставлення до неї різниться від повного неприйняття та суспільно-правового осуду на території на схід від України, до невтручання та навіть заохочення у західному напрямку.

Першим *квадробером*, який дав початок цьому вельми незвичайному явищу, став японський гімнаст Кеничі Іто (народився у 1982р., Токіо), який встановив декілька рекордів Гінеса у бігу рачки. Його приклад став основою захоплення багатьох дітей у всьому світі. Мас-культура швидко одержала економічно вигідний тренд. У продажу з'явився великий вибір масок і костюмів, що імітують тварин, частіше за котів і собак. На ігрових майданчиках діти стали об'єднуватися в групи, освоюючи манери поведінки тварин і, головне, манеру пересування рачки. Пізніше у деяких дітей почали помічати порушення конструктивних взаємин із батьками через небажання розмовляти та читати. Розвага набуває характеру захоплення, перетворити яку на ресурс розвитку дитини батьками стає важко. Важливо, що якщо у дітей 3-7 років *квадробінг* все ж таки відповідає особливостям поведінки дітей на так званій передоперативній за Ж.Піаже (J.Piaget, 1886-1980) стадії когнітивного розвитку, коли дитина перебуває в постійній грі, представляючи одні явища у вигляді інших, іноді казкових, то в поведінці підлітків можна побачити реалізацію прихованих потреб і емоцій, вихід агресії і навіть часткову втрату самоідентичності. Про це можна судити з прикладів поведінки з демонстративним задоволенням фізіологічних потреб *квадробера* на очах у сторонніх людей, як це роблять тварини, або про факти нападів на велосипедистів, таких улюблених об'єктів вродженої агресії «невихованих» собак. Отже виникає питання в яких випадках *квадробінг* – це залежна від віку гра, а в яких сигнал для проведення психосоціальної корекції.

При спробі відповісти на це питання, на наш погляд, велике значення має урахування віку дитини. Безумовно, діти дошкільного віку, які мають право на гру, не підлягають засудженню. Подолати захоплення, що дуже далеко зайшло, можна колективним сімейним способом, збільшивши спілкування з дитиною суто за «людський» спосіб, а можливу нереалізовану потребу дитини пізнання тварин задовольнити, взявши на виховання четвероного вихованця. Інша ситуація простежується під час аналізу випадків *квадробінга* дітей шкільного віку. Заняття, хоч і незвичайним видом акробатики, та ще й на свіжому повітрі, відволікають дітей від сидіння в телефоні. Особливо позитивні заняття *хобіхорсингом*, що лише формально відносяться до *квадробінгу*, а насправді є гарним дитячим спортом, що не вимагає від учасника перевтілень із втратою ідентичності. Принципи *хобіхорсингу* полягають у використанні стилізованого дитячого коня-палички, на якому діти вчаться долати перешкоди, використовуючи елементи винахідливості та гімнастики. Однак у старших дітей існують і маргінально небезпечні форми самовираження, що умовно об'єднуються зараз у поняття «*квадробінгу*» як його різновидів. Так, якщо «*квадробика*» - це передусім спортивний вид розваг, спрямований на відтворення рухів і поведінки тварин, то так звані *теріани*, *азеркіни* та *дракони* - це люди, і не лише діти, які відчувають себе певними тваринами або міфічними істотами на духовному рівні, ідентифікуючи себе не як людей, а як хижаків (вовків, тигрів та інших). Зрозуміло, що таке усвідомлення перетворює його носія у соціально небезпечного індивіда, маргінала, який потребує психологічної, або майже психіатричної експертизи та лікування.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ВАЖКОХВОРОЇ ДИТИНИ: МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ

*Давидова Анна Григорівна, к.мед.н., доцент кафедри дитячих хвороб,
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*

В житті дитини, як, вірогідно, і у житті дорослої і, безумовно, літньої людини, піклування та догляд близьких людей, їх любов та витримка часто є вирішальними не тільки для комфорту та ментального здоров'я, а й для фізичного одужання, і можливо, навіть для життя. Це підтверджується наступним клінічним випадком.

Дитина О., неповних трьох років, перебувала у відділенні інтенсивної терапії протягом семи місяців. Стан дитини при надходженні до відділення був вкрай тяжкий за рахунок інтоксикації, дихальної, печінкової та ниркової недостатності. Було встановлено діагноз: «Двобічна полісегментарна деструктивна пневмонія, дихальна недостатність III ступеню. Сепсис, синдром поліорганної (дихальної, серцево-судинної, печінкової, ниркової, церебральної) недостатності». Під час проведення інтенсивної терапії основного захворювання та його ускладнень дитина також перенесла ішемічний інсульт, що ускладнився геміпарезом.

Дитина була на штучній вентиляції легень протягом чотирьох місяців. Після неодноразових невдалих спроб медичний персонал відділення спромігся перевести дівчинку на самостійне дихання. Але залишався важкий неврологічний дефіцит, а також неспроможність нирок. Дитина продовжувала потребувати гемодіалізу тричі на тиждень. Окрім проблем з нирковою недостатністю дівчинка потребувала серйозної неврологічної реабілітації.

Оскільки дитина була з асоціальною сім'єю, догляд за дитиною взяла на себе двоюрідна бабуся. Це потребувало госпіталізації бабусі до дитячого відділення інтенсивної терапії та тривалого перебування у відділенні разом з дитиною. Слід уточнити, що відділення інтенсивної терапії взагалі не є пристосованим для перебування родичів з дітьми, а отже, у цьому відділенні не передбачені навіть мінімально комфортні умови для тих, хто доглядає за дитиною. Тим не менше, бабуся погодилась виходжувати дитину. І за два місяці вона зробила неймовірно! Дитина встала на ніжки, почала бігати і розмовляти. А згодом гемодіаліз був потрібен вже не три, а два рази на тиждень, тому що функція нирок почала відновлюватись. А ще через місяць дівчинка була виписана додому з мінімальними проблемами зі здоров'ям.

Чи це не диво? Ні. Це – справді відчайдушна любов. І віра. Весь медичний персонал відділення інтенсивної терапії дякує за це людині, яка, якщо чесно, і не повинна була виходжувати дівчинку. Але ж – зробила!

ДІЇ БАТЬКІВ ХВОРОЇ ДИТИНИ ПОЗА МЕЖАМИ УКРАЇНИ

*Пацера Марина Вікторівна,
к.мед.н, доцент кафедри пропедевтики дитячих хвороб,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

В останній час в умовах численного перебування поза межами України батьків із дітьми, і необхідності отримання консультативної та лікувальної допомоги у багатьох країнах, виникла низка проблем.

По-перше, не достатнє розуміння батьками стану дитини. Особливо це стосується невідкладної допомоги. По-друге, відсутність доступних фахівців, які розмовляють з батьками зрозумілою мовою. Далі виникає ціла низка проблем, які є наслідками вище зазначених перешкод для отримання своєчасної, достатнього рівня допомоги дітям.

Для ефективного лікування пацієнтів, на мою думку, важливим є розробка дієвих і простих алгоритмів допомоги, які повинні торкатися як короткотривалої дії, а також бути розроблені на подальший супровід.

Чи можливо впливати на рівень обізнаності батьками стану дитини? Чи потрібно навчити батьків швидко розпізнавати симптоми у стані дитини, які значно впливають на розвиток хвороби і допоможуть якнайшвидше звернутися до медичного працівника? Ці питання завжди поставали і мали рішення на рівні амбулаторій. Батьки спілкувалися з дільничним лікарем, шкільним лікарем, медичними сестрами, і їх обізнаність стосовно особливостей організму зростаючої дитини поступово збільшувалися. Сьогодні зручно і швидко можна отримати відповіді на будь-які запитання стосовно особливостей змін у дитячому організмі, її поведінки, захворювань за допомогою штучного інтелекту. Але потрібно зауважити, що це лише первинна пошукова дія. Обов'язково наприкінці батькам

рекомендовано поспілкуватися з лікарем, який добре знає родину і особливості народження та розвитку дитини. Також батькам корисно опанувати «мистецтво ставити питання» стосовно важливих симптомів хвороби дитини. Важливим є те, що краще переглядати сайти, де інформацію розміщують фахівці, які доступною і зрозумілою мовою напишуть про складні процеси в організмі, дадуть поради. Але лікуватися самостійно небезпечно, і в цьому випадку краще звернутися до фахівця.

Наступна проблема отримання своєчасної діагностики щодо стану дитини пов'язана із тим, що ні батьки, ні іноземні лікарі достеменно не розуміють один одного. Пацієнти раннього віку вважаються особливою категорією, тому що ознаки захворювання змінюються швидко, і від оцінки ситуації можна отримати хибні уяви щодо стану дитини. У таких випадках зникає важлива ланка щодо обстеження пацієнта, тобто відсутність інформації про скарги хворого, і лікар переважно повинен орієнтуватися на дані об'єктивного обстеження, дані інструментальних та лабораторних методів. Але ж відому, що найголовніше, це не втратити час для необхідної допомоги дитині.

Постає питання своєчасної і фахової допомоги дитині та її батькам. Як ефективно практично можливо це реалізувати? Чи може родина розраховувати на зв'язок із лікарем через перекладачі, чи достатньо фахова відповідь може бути в таких умовах? І хто понесе відповідальність за неправильно поставлений діагноз і призначене таким чином лікування? Усі ці питання потрібно вирішувати на юридичному рівні. Якщо батьки звертаються за допомогою до лікарів іншої країни, то чи можуть вони розраховувати на перекладача? Нові випробування потребують і нових підходів у медичній сфері.

Таким чином, для отримання своєчасної і фахової допомоги дітям необхідно, з одного боку підвищувати обізнаність батьків у медичних питаннях. Це можуть бути як сайти з інформацією від фахівців, консультації з використанням телемедицини. З іншого боку, знайомий лікар, який може допомогти оцінити стан здоров'я дитини, надасть консультацію стосовно раціону харчування, питного режиму, активності дитини, а також черговості появи симптомів та їх значущості, поясне механізм дії ліків тощо. Такий комплексний підхід навчить батьків догляду за здоровою і хворою дитиною, сприятиме тісному контакту з доступними фахівцями, і, найголовніше, забезпечить достатній рівень зростання здорової дитини.

БЕЗПЕКА ТА ЗАХИСТ ДІТЕЙ В УМОВАХ ВІЙНИ

*Редько Ірина Іванівна, доктор медичних наук,
професор кафедри дитячих хвороб ННІПО,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Безпека та захист дітей в умовах війни є надзвичайно важливими і складними питаннями, що охоплюють як філософські, так і медичні аспекти. В умовах війни діти, як найбільш уразлива група населення, стикаються з численними загрозами, що ставлять під питання їхнє здоров'я, благополуччя та майбутнє. Тому необхідно глибше розглянути, як філософія і медицина можуть сприяти захисту дітей у таких умовах.

У філософії прав людини однією з основних тем є права дітей, які мають бути захищені на всіх рівнях, навіть у найскладніших ситуаціях, таких як війна. Природні права дітей, що включають право на життя, освіту, розвиток та захист від насильства, повинні зберігатися навіть у часи конфлікту. Війна, як екстремальна ситуація, порушує ці права, що ставить перед суспільством моральний обов'язок забезпечити максимально можливий захист для найуразливіших верств населення — дітей.

У світлі гуманістичних ідей важливим є розуміння того, що війна не лише порушує фізичну безпеку дітей, але й має руйнівний вплив на їхні психоемоційні та моральні засади. Важливо зберегти гідність кожної дитини, не дозволяючи обставинам знищити їхнє внутрішнє "я". Це етичне питання, яке передбачає не тільки фізичний захист, але й підтримку психічного здоров'я дітей, яке часто стає жертвою конфліктів.

Етика відповідальності відіграє важливу роль у контексті війни. У цьому контексті держава та міжнародні організації повинні не лише гарантувати безпеку дітей, але й активно сприяти відновленню їхнього нормального розвитку після пережитого. Філософи прав людини стверджують, що захист прав дітей — це не просто моральний обов'язок, але й обов'язок держави перед майбутніми поколіннями, що визначатимуть обличчя суспільства.

Медичні наслідки війни для дітей мають численні та важкі форми. Війна часто призводить до фізичних травм, таких як поранення від вибухів, обстрілів або інших видів насильства. Діти можуть отримати важкі ушкодження, які потребують термінового медичного втручання та реабілітації. Більшість дітей, що пережили військові конфлікти, страждають від хронічних захворювань, інфекцій, через відсутність доступу до належної медичної допомоги та ліків.

Крім фізичних травм, важливим аспектом є психологічні наслідки війни. Діти, що стають свідками насильства або втрати рідних, часто стикаються з посттравматичним стресовим розладом, тривогою, депресією та іншими психічними порушеннями. Психологічний стрес може серйозно впливати на розвиток дитини, створюючи довгострокові проблеми, які можуть тривати все життя.

Війна також впливає на основні умови життя дітей — доступ до їжі, води, нормальних умов для навчання та розвитку. Нестабільність, руйнація інфраструктури, біженство — усі ці фактори посилюють ризики для здоров'я дітей. Відсутність лікарень, медичних закладів і спеціалізованих лікарів в умовах війни значно ускладнює надання необхідної допомоги дітям.

У цих обставинах медичні організації, зокрема міжнародні організації, відіграють ключову роль у забезпеченні захисту та безпеки дітей. Вони повинні забезпечити медичну допомогу в зонах конфлікту, проводити кампанії з вакцинації, забезпечувати надання основних медичних послуг для дітей, а також проводити психологічну реабілітацію для тих, хто постраждав від насильства.

Успішний захист дітей під час війни неможливий без інтеграції філософських принципів та медичних підходів. Філософія прав людини допомагає зрозуміти, чому саме діти потребують особливого захисту та уваги, а медицина — це той інструмент, який дозволяє реалізувати ці принципи на практиці. Однак для того, щоб ефективно працювати в умовах війни, важливо поєднувати філософські роздуми про захист прав дітей із конкретними медичними діями, які здатні зменшити фізичні та психологічні наслідки війни для дітей.

Важливою є також роль міжнародних організацій, урядів і медичних працівників у забезпеченні максимальної безпеки дітей у зоні конфлікту. Їхні зусилля мають бути спрямовані не тільки на надання медичної допомоги, але й на збереження гідності та прав дітей, що постраждали від війни. Враховуючи величезні труднощі, з якими стикаються діти в умовах війни, це є моральним обов'язком всього світу, який не повинен бути забутий або відкладений.

Таким чином, ефективний захист дітей у часи війни можливий лише через глибоке розуміння їхніх потреб на рівні філософії прав людини та втілення цих принципів у реальну медичну практику.

Список використаних джерел

1. Кремень В. Г., Гальченко М. С., Ільїн В. В. Філософія як засіб розвитку дитини: обдарованість, знання, творчість. Навчальний посібник. Київ: Інститут обдарованої дитини НАПН України, 2023.
2. Дембіцький С., Злобіна О., Костенко Н. та ін. Українське суспільство в умовах війни. 2022: Колективна монографія. Київ: Інститут соціології НАН України, 2022.
3. Чабан О. С., Хаустова О. О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? Український медичний часопис, 4 (150), VII/VIII 2022.

ВПЛИВ ВІЙНИ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ

*Цупікова Олена Анатоліївна, кандидат педагогічних наук, доцент,
доцент кафедри мовної та загальнотеоретичної підготовки
Запорізького державного медико-фармацевтичного університету*

Війна має серйозні довготривалі наслідки для будь-якої дорослої людини. Важко витримувати щоденні тривоги, обстріли, пожежі, руйнування, вбивства. Але ще більший негативний вплив війна має на дітей, на їхню психіку, свідомість, поведінку. Діти по-різному реагують на страшні події. Хтось замикається в собі, стає пасивним, самотнім, асоціальним, а хтось, навпаки, стає гіперактивним, агресивним, схильним до насильства тощо. Пізніше психологічні травми, поведінкові зміни і психологічні розлади можуть стати перешкодою для їхньої повноцінної участі в повсякденному житті.

Особлива вразливість спостерігається сьогодні в українських дітей і підлітків, чия психіка ще не достатньо зміцніла. Вони страждають від постійної загрози обстрілів, оголошення повітряної тривоги, втрати нормального життя і навчання. Війна позбавила їх друзів, улюблених занять, свят, прогулянок, відпочинку, рідних, близьких людей. Через такі обставини діти мають труднощі з концентрацією уваги і навчанням, проблемами із соціалізацією тощо. Але попри нелюдські умови, діти мають величезний потенціал життєстійкості, що дозволяє їм вирости та стати повноцінними індивідами всупереч отриманим психологічним травмам. Допомогти і перемогти можуть батьки, здорові сімейні стосунки, дружба. Батьки є головним джерелом підтримки для своїх дітей. Проявом любові і присутності можуть бути прості обійми, дотик, щирі розмови, спільна діяльність. Важливо приділяти дитині більше уваги, ніж в мирні часи. Доречно залучати дитину до чогось корисного, цікавого, активного. Бажано знайти можливість вчитися, читати, малювати, гратися, спілкуватися, гуляти, тобто не концентруватися на страшних подіях, не залишати дитину наодинці зі своїми страхами, переключати її увагу на щось позитивне, зняти нервову напругу, відновити почуття безпеки та психоемоційного комфорту.

Батьки мають бути прикладом для своїх дітей, адже малечі дивляться на дорослих і наслідують їхню поведінку, їхню реакцію, їхнє відношення до подій. Можна розповісти дитині про те, що їм самим допомагає у складних ситуаціях, ситуації із власного досвіду.

Не менш важливим є розмови з дитиною про війну. Треба бути відкритими, відвертими до обговорення цієї теми, намагатися пояснити складні речі зрозумілою дитині мовою, разом шукати відповіді на складні питання, долучати до міркування. Дізнатися про дитячі хвилювання допомагають малюнки, в яких діти висловлюють свої почуття. Дорослі мають показати дітям, що розділяють їх. Слід налаштовувати дітей на позитив, впевненість у перемозі, у завтрашньому дні. Ще дуже важливо використовувати «правильні» слова. Не казати: «Не бійся», «Сховайся, там небезпечно». Краще сказати: «Іди сюди, тут безпечно», «Все добре», «Я поруч із тобою», «Наша армія нас захищає», «Ми переможемо». Так у голові дитини будуються позитивні асоціації, позитивне налаштування. Такими діями можливо налагодити життя дітей під час війни й створити їм перспективи для майбутнього, зберегти їхнє ментальне здоров'я.

Список використаних джерел

1. Війна впливає на дітей по-різному: як розпізнати симптоми стресу й допомогти. URL: <https://surl.li/xoijwt>.
2. Вплив війни на психологічне здоров'я дітей. URL: <https://surl.li/tpjwai>.
3. Діти і війна: поради батькам, які допоможуть вберегти ментальне здоров'я малюка. URL: <https://surl.li/afvzpk>.
4. Як війна змінила українських дітей? URL: <https://surl.li/nzenpl>

СЕКЦІЯ 6. ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ

PRACTICE-ORIENTED TRAINING OF STUDENTS IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN A BLENDED LEARNING FORMAT

*Haidai N.V., Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology,
Shapoval O.S., MD, DSc, Associate Professor
of the Department of Obstetrics and Gynecology,
Serhiienko M.Yu., Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology,
Deinychenko O.V., Doctor of Philosophy (PhD),
Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology,
Onopchenko S.P., Candidate of medical sciences,
Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology,
Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University*

The advancement of medicine, the development of modern society, and the expansion of international relations dictate new requirements for the level of professional training provided to students in higher education institutions. The primary goal of Ukrainian higher education is to enhance its overall quality and improve the global competitiveness of specialists in the labor market.

For several years, the Interdepartmental Training Center at Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University (ZSMPhU) has been operating as a modern facility that significantly improves the effectiveness and quality of students' professional training. This high-tech center is equipped with state-of-the-art simulation technology, enabling real-time simulation of various clinical conditions in a controlled environment.

The Interdepartmental Training Center comprises several divisions that simulate different hospital departments. One of its units, dedicated to obstetrics and gynecology, is designed to resemble a fully functional delivery room, with the key training component being the Noelle childbirth simulator. The realistically designed abdominal wall of the simulator allows students to practice external obstetric examination techniques with high accuracy. The childbirth simulator provides an opportunity to simulate both physiological and pathological labor, analyze various clinical situations, and study the mechanism of labor in different fetal presentations.

Future physicians, under the supervision of instructors, model various clinical scenarios that may arise during the intrapartum period. Another section of the unit is equipped with medical phantoms and manikins, which enable students to practice essential gynecological skills, including breast examination in both normal and pathological conditions, cervical examination using a speculum, sample collection for cytological analysis, and bimanual gynecological examination [2].

The Interdepartmental Training Center at Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University (ZSMPhU) is equipped with a cutting-edge interactive panel – the Body Interact virtual patient simulator, which includes a variety of clinical scenarios related to obstetrics and emergency medicine.

This advanced technology allows students to engage with a virtual patient, perform a comprehensive physical examination, conduct essential laboratory and instrumental tests, establish a diagnosis, and prescribe treatment. Additionally, students can calculate and adjust the appropriate medication dosage, considering the patient's weight, height, and overall condition.

Notably, the clinical status of the virtual patient dynamically changes based on the medical interventions performed, enabling students to observe the outcomes of their decisions in real time and refine their clinical reasoning skills in a risk-free, controlled environment [3].

Simulation-based learning contributes not only to the development of individual professional skills but also to the formation of teamwork capabilities and collaborative decision-making skills among future physicians [1].

As a result, the incorporation of simulation technologies and the Body Interact virtual patient simulator into the educational process at the Department of Obstetrics and Gynecology at ZSMPhU has facilitated the seamless integration of theoretical knowledge with practical training. This approach has significantly enhanced the preparedness of future doctors for direct patient management, equipping them with critical emergency care skills and improving their readiness for real-world clinical practice.

References

1. Oksyuta VM, Palapa VV. Development of professional competence in obstetrics and gynecology through simulation-based learning. Health & Education. 2023; 1:22-4.
2. Romanova KB. Experience of the Interdepartmental Training Center in the Context of Blended Learning at ZSMPhU. Proceedings of the Educational and Methodological Video Conference of the Central Methodological Council; 2021 May 26; Zaporizhzhia, Ukraine. Zaporizhzhia: ZSMPhU; 2021. p. 112-3.
3. Zaporozhan VM, Tarabrin OO. Simulation Medicine. Experience. Achievements. Perspectives. A Practical Guide. Sumy: PF "University Book Publishing House"; 2018. 240 p.

ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ КУРСІВ ЗА ВИБОРОМ ДЛЯ СТУДЕНТІВ-ВИПУСКНИКІВ НА КАФЕДРІ ГОСПІТАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

Губка Віктор Олександрович, професор,

Вільданов Сергій Ренатович, доцент,

Гайдаржі Євген Іванович, доцент,

Головко Микола Григорович, доцент,

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Ключові слова: освітній процес, курси за вибором.

Вступ. Оскільки в Україні запроваджено воєнний стан, освітній процес проводиться в дистанційній формі [1].

Основна частина. Для ефективної самостійної роботи студенти мають бути зацікавлені в ній. Серед переліку створених курсів за вибором студент самостійно обирає той, що складає для нього найбільший інтерес. Це мотивує до навчання, оскільки майбутній фахівець обирає ту дисципліну, якою цікавиться та хоче опанувати.

На кафедрі госпітальної хірургії на базі платформи edX ЗДМУ створено онлайн-курси «Судинна хірургія» та «Основи трансплантології» для студентів V-VI курсів. Онлайн-курси включають учбові матеріали структуровані за темами (у текстовому форматі, фото, 3D анімаційні та відеоматеріали), які оформлені на українській та англійській мові для вітчизняних та іноземних англомовних студентів відповідно. В кінці курсу студенти проходять онлайн-тестування, результати якого підраховуються автоматично та відображаються в сертифікаті закінчення курсу. Це дає можливість викладачу зосередитися на реалізації та контролі практичних навиків студентів. Впровадження комп'ютерних технологій у вивчення та контроль теоретичної частини з одного боку, надає можливість гнучкого графіку індивідуального опанування матеріалу, з іншої – дисциплінує та стимулює самосвідомість. Проходження курсів за вибором, на наш погляд, допомагає студенту свідомо ствердитися у виборі майбутньої спеціальності [2].

Висновки. Розвиток інформаційних технологій розширює можливості як для самоосвіти студентів, так і для впровадження новітніх форм викладання в педагогічний процес.

Список використаних джерел

1. Наказ МОН України від 07.03.2022 р. №235 «Про деякі питання організації роботи закладів фахової передвищої, вищої освіти на час воєнного стану».
2. Никоненко А. О., Вільданов, С. Р. Запровадження змішаної форми навчального процесу на кафедрі госпітальної хірургії Запорізького державного медичного університету // Медична освіта. - 2021. - № 2 (Додаток) : матеріали XVIII Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю "Актуальні питання вищої медичної (фармацевтичної) освіти: виклики сьогодення та перспективи їх вирішення". - С. 43-47.

ВИКОРИСТАННЯ ОСВІТНІХ ОНЛАЙН-ПЛАТФОРМ ЯК ЗАПОРУКА УСПІШНОГО ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ У НАДЗВИЧАЙНИХ УМОВАХ

*Дуюн Ірина Федорівна, PhD, старший викладач каф. клінічної фармації,
фармакотерапії, фармакогнозії та фармацевтичної хімії,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Війна змінила щоденний ритм кожного з нас, у тому числі навчальний процес та здобуття знань. Незважаючи на виклики навчання має продовжуватись, якість освіти має утримуватись на досить високому рівні. Для досягнення таких цілей освітній процес потребує трансформацій як з боку викладачів, так і з боку здобувачів освіти.

Актуальність. Сучасна освіта вимагає впровадження сучасних технологій, які передбачають використання широкого спектру методів інформаційно-комунікаційної підготовки майбутніх спеціалістів. Якість та результативність професійного навчання – головний принцип, на якому ґрунтується розвиток медичної освіти в Україні та в усьому світі. Впровадження інноваційних технологій в навчальний процес у закладах освіти дозволяє більш ефективно використовувати час для засвоєння отриманих здобувачами освіти знань за рахунок створення єдиного інформаційного простору. Військовий стан протягом останніх років призвели до необхідності переходу на дистанційне навчання та широкого застосування освітніх онлайн-платформ.

Останнім часом освітній процес зіштовхнувся із жорсткою необхідністю його коригування. Викладачам нашого університету довелося підлаштовувати дистанційне навчання, більш-менш адаптоване до умов пандемії COVID-19, а зараз під особливості повномасштабної війни. В таких умовах, педагогам доводиться враховувати небезпеку повітряних тривог, періодичну відсутність електрики та інтернету. У зв'язку з цим використання освітніх онлайн-платформ зі сфери різноманітності та розширення можливостей освітнього процесу перетворилося на крайню необхідність.

Метою роботи було оцінити ефективність застосування елементів дистанційного навчання в освітньому процесі роботи з здобувачами освіти.

Дистанційна освіта завдяки своїм перевагам надала можливість забезпечувати безперервний якісний освітній процес. Безперечними плюсами цієї форми освіти є відсутність часових рамок, вибір форми і методу навчання, відсутність великої кількості паперових підручників та заміна їх на ноутбук, планшет і навіть просто телефон, який постійно знаходиться під рукою, а також можливість нормального навчання в умовах нестабільного інтернету або перебоїв у подачі електроенергії. Дистанційне навчання дає змогу отримувати знання на відстані за відсутності викладача. Основну роль у здійсненні дистанційного навчання відіграють сучасні інформаційні технології. У ЗДМФУ використовуються можливості навчальної платформи Teams [1], що надає можливість проведення лекційних, семінарських, практичних та консультацій в асинхронному режимі. Зокрема, для проведення лекцій та співбесіди на практичних та семінарських заняттях застосовується сервіс відеоконференцій Teams [2, 3]. Цей сервіс дає змогу оперативно організувати відеозустріч або запланувати подію у календарі. Його перевагами є відсутність обмеженості у часі, наявність функції демонстрації екрану або вкладки, що надає можливість

презентації текстового та відеоматеріалів. Нарада при дистанційній формі навчального процесу та відбувається в рамках конференції із залученням таких інструментів, як Power Point; Share Point, Stream, Forms, Outlook та іншого програмного забезпечення Microsoft 365.

Сервіс Teams дає можливість проводити мультимедійні презентації, тести різного рівня складності, ситуаційні задачі з аналізом помилок, навчальні матеріали та завдання для самостійної роботи здобувачів освіти. Окрім традиційних методів навчання ефективно застосовується метод кейсів з аналізом певних ситуаційних задач. Для обговорення ситуаційних задач використовувався вибір кейсів, які створюють проблемні ситуації при вирішенні задач, різного рівня складності. Практичні заняття в умовах війни проходять у дистанційному, а для деяких слухачів і в асинхронному режимі, що дає гнучкість і доступність освітнього процесу для здобувачів освіти, які знаходяться в різних місцях чи в умовах обмеженого часу.

Викладачі нашої кафедри почали використовувати в освітньому процесі програмний продукт віртуальна аптека «Pharmacy Simulator».

Віртуальна аптека побудована на системі діалогу і має різноманітні кейс-випадки за декількома напрямками, що дозволяє адаптувати матеріал до реальних умов роботи фармацевта в аптеці. Є можливість створення власних сценаріїв та редагування існуючих. До платформи фармацевтичного симулятора додано сценарії роботи фармацевта в аптеці з урахуванням протоколів фармацевта [4], принципів фармацевтичної опіки та інших нормативних документів, що дозволяє здобувачам освіти покращити практичні навички. Сучасна платформа дозволяє опрацьовувати навички збору скарг пацієнта, аналіз його захворювання, допомагає виключити загрозливі стани при наданні фармацевтичної опіки, сприяє у виборі раціональної лікарської форми. Віртуальна аптека допомагає закріпити теоретичні знання протоколів надання фармацевтичної опіки та системно підійти до опрацювання практичних навичок. Завдяки застосуванню віртуальної аптеки збільшується вмотивованість здобувачів освіти, а це один із факторів, який визначає якісний освітній процес дистанційної освіти.

Відомо, що однією з умов якісного дистанційного навчання є наявність у здобувачів освіти свідомої самомотивації і самоконтролю. Брак у слухача самоконтролю може знизити ефективність засвоєння навчального матеріалу і формування професійних навичок та низькому рівні. Такі умови навчального процесу спонукають викладача на пошук нових підходів з використанням як зовнішньої так і внутрішньої мотивації. Для досягнення мети якісного навчального процесу необхідно, щоб кожен з учасників визнав свою частку відповідальності.

Оптимізація навчального процесу за допомогою інноваційних технологій можлива за умови безперервного професійного розвитку та підвищення цифрової компетентності викладацького складу співробітників кафедри.

Висновки: Впровадження елементів дистанційного навчання з використанням сучасних освітніх онлайн-платформ має потужний потенціал, проте в сучасних реаліях медичної та фармацевтичної освіти ще повною мірою не реалізований. Немає сумнівів, що запорукою якісної теоретичної та практичної підготовки майбутнього фахівця є безперервний освітній процес, який виявився під загрозою через запровадження обмежувальних заходів. У таких умовах, саме впровадження елементів дистанційного навчання та використання освітніх онлайн-платформ є єдиним можливим засобом створення сприятливих умов для забезпечення його безперервності, систематичності та ефективності.

Список використаних джерел

1. Положення про організацію та запровадження дистанційного навчання у Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті № 96 від 21.04.2023 р. Режим доступу:

https://nmv.mphu.edu.ua/upload/normatyvni_dokumenty_mphu/dist.pdf

2. Положення про порядок підготовки і проведення онлайн-лекцій та використання лекційних онлайн-аудиторій у Запорізькому державному медико-фармацевтичному

університеті № 96 від 21.04.2023 р. Режим доступу: https://nmv.mphu.edu.ua/upload/normatyvni_dokumenty_mphu/online.pdf

3. Положення про проведення форм контролю при організації освітнього процесу за змішаною формою навчання з повною візуалізацією у синхронному онлайн-режимі на основі MS Teams у Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті № 96 від 21.04.2023 р. Режим доступу:

https://nmv.mphu.edu.ua/upload/normatyvni_dokumenty_mphu/kontrol.pdf

4. Про затвердження протоколів фармацевта Наказ МОЗ України № 7 від 05.01.2022. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0007282-22#Text>

ОСОБЛИВОСТІ ВІДПРАЦЮВАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК ПРИ ВИКЛАДАННІ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

*Земляний Ярослав Вадимович, к.мед.н.,
доцент кафедри внутрішніх хвороб І;*

*Земляна Наталія Анатоліївна, PhD,
асистент кафедри акушерства та гінекології,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Вступ. Сучасні виклики, спричинені війною, поставили перед системою вищої освіти в Україні непрості завдання, але необхідність забезпечення її безперервності залишається поза сумнівами [1]. У сучасній медичній освіті дедалі більше поширюється використання інноваційних методик симуляційного навчання. Цей підхід дозволяє максимально реалістично імітувати різноманітні клінічні ситуації, що сприяє ефективному засвоєнню практичних навичок. Зокрема, студенти та медичні працівники мають можливість відточувати технічні вміння та освоювати алгоритми дій під час діагностичних і лікувальних маніпуляцій. Такий підхід не лише підвищує рівень професійної підготовки, але й знижує ризик помилок у реальних умовах [2].

На клінічних кафедрах Запорізького державного медико-фармацевтичного університету (ЗДМФУ) успішно впроваджується змішана форма навчання, яка поєднує дистанційні та інші формати, створюючи ефективне освітнє середовище навіть у складних умовах.

Основна частина. У ЗДМФУ навчання клінічних дисциплін в умовах воєнного стану організовано у змішаному форматі з використанням платформи MS Teams.

Проте дистанційне навчання на клінічних кафедрах має свої виклики, серед яких головною проблемою є складність викладання та засвоєння практичних навичок. Для вирішення цієї проблеми активно використовується програма Body Interact, яка дозволяє в дистанційному форматі розбирати тематичні кейси з таких клінічних дисциплін, як внутрішні хвороби, хірургія, педіатрія, акушерство та гінекологія.

Перспективним напрямом є активне використання міжкафедральних тренінгових центрів у безпечних умовах, які забезпечуватимуть можливість відпрацювання практичних навичок під безпосереднім керівництвом викладачів. Для цього в ЗДМФУ створено сучасний міжкафедральний тренінговий центр, в якому є манекени для відпрацювання практичних навичок з основних клінічних дисциплін. Це обладнання також використовується для практичного навчання з надання невідкладної допомоги.

Висновки. Змішана форма навчання, яка поєднує використання програми Body Interact та міжкафедральних тренінгових центрів, забезпечує якісне викладання клінічних дисциплін у ЗДМФУ навіть в умовах воєнного стану. Такий підхід дозволить забезпечити високий рівень відпрацювання практичних навичок при викладанні клінічних дисциплін в умовах воєнного.

Список використаних джерел

1. Козловська І. М. Переваги симуляційного навчання у відпрацюванні практичних навичок і маніпуляцій майбутніх лікарів / І. М. Козловська, О. Б. Колотило, Я. В. Кулачек // Буковинський медичний вісник. – 2022. – Т. 26, № 2. – С. 81–85.
2. Моцюк Ю.Б. Використання симуляційних методів навчання у вивченні дисципліни «Акушерство та гінекологія» / Ю. Б. Моцюк, С. О. Остафійчук, І. О. Басюга // Медична Освіта. – 2023. – № 3. – С. 73-78.

РОЛЬ ВИКЛАДАЧА В ПОБУДОВІ МОРАЛЬНО-ЕТИЧНИХ І ПРОФЕСІЙНИХ ЯКОСТЕЙ МАЙБУТНІХ МЕДИКІВ

*Кандидебей Вероніка Костянтинівна, викладачка-стажист,
аспірантка кафедри внутрішніх хвороб І,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Викладач, вчитель – людина, яка є провідником у дивовижний світ знань. Бути вчителем, бути викладачем – це, справді, потужний дар і талант. Світ змінюється, а разом із ним змінюються наші можливості щодо навчання та опанування важливими професійними навичками. Щоденно ми отримуємо велику кількість інформації, маючи для цього цілу низку різноманітних статей, тез, книжок, публікацій, журнальних видань, навчальних відео, конференцій, майстер-класів. Тож, здавалося, можна було б стати висококваліфікованим фахівцем, базуючись виключно на даних ресурсах для опанування навичками, необхідними для роботи. Але сучасний світ висуває чималу кількість вимог до фахівців сьогодення. Це не лише професійні якості, не менш важливою складовою є дотримання морально-етичного кодексу доброчесності, людяності та порядності, особливо, якщо казати про професії, що відносяться до розділу «людина-людина». Як професія викладача, так і професія лікаря посідає одне з провідних місць за даним напрямком. На лікаря-викладача покладена подвійна відповідальність щодо надання не тільки сучасної, перевіреної інформації, але й відповідальність за формування етико-деонтологічних принципів у поведінці майбутніх лікарів. Заняття – це не лише звичайний набір теоретичних засад, тестових завдань, відпрацювання практичних навичок біля ліжка хворого, але, в першу чергу, прояв людяності та співчуття до людей, які часто мають серйозні захворювання, яким так потрібно почути тепле слово підтримки та віру в те, що все буде добре.

Маючи 3 річний досвід роботи за фахом внутрішні хвороби, спілкуючись із різними пацієнтами, слухаючи їхні історії життя та захворювання, їхні скарги, кожного разу впевнюєшся в тому, що для пацієнта – людини, яка страждає, вкрай потрібним є щире співчуття та підтримка. І йдеться не стільки про високі професійні якості, які є важливою запорукою успішного лікування пацієнтів, йдеться про вміння слухати, відшукати необхідні добрі та теплі слова. Повертаючись до стін лікарні знову або вже одужавши, ці пацієнти завжди з теплотою згадують такого лікаря, прагнуть потрапити до нього. Такий лікар є не виключно досвідченим фахівцем, а людиною, яка здатна на емпатію та розуміння. Ось що закарбовується в душі назавжди. І саме лікар-викладач власним прикладом має виховувати саме таких фахівців, закладати їм ці засади людяності.

Останні кілька років нашого життя, починаючи з 2019 року, світ стикнувся з чималою кількістю викликів, зокрема, найпершим викликом була саме COVID-19 пандемія, на зміну якій прийшла найстрашніша подія – війна. Багато звичних правил, систем нашого повсякденного життя вимагали трансформації, включаючи систему освіти.

Гармонічна робота освітньої системи дала збій. Постало питання в необхідності побудувати та створити нову реальність, новий світ.

Починаючи з 2019 року все було переведено до онлайн-формату і тільки зараз відбувається перехід до змішаної форми. Онлайн-формат є, з одного боку, зручним і комфортним, як і асинхронний формат навчання, коли студент самостійно обирає свій власний темп опанування новими знаннями та виконання завдань, а, з іншого боку, він веде

до асоціальності, коли людина втрачає здатність і навички комунікації, які є вкрай необхідними для роботи в професії типу «людина-людина». Багато моментів особистого та живого спілкування втрачається, так само, як і втрачається емоційний зв'язок, зоровий контакт із викладачем. Для майбутніх лікарів, які обрали фах терапевтичного спрямування, навички комунікації, емпатії є вкрай необхідними для того, щоб стати успішним конкурентоспроможним лікарем. Ці навички може закласти викладач власним прикладом, відпрацьовуючи практичні навички біля ліжка хворого.

Як викладачка та аспірантка кафедри Внутрішніх хвороб 1 Запорізького державного медико-фармацевтичного університету я маю змогу продовжувати процес, як навчання, так і наукової активності та роботи. Багато студентів висловили велике бажання мати повноцінне очне навчання після тривалої перерви для того, щоб покращити свої вміння практичного спрямування, що є вкрай необхідним для формування особистості сучасного лікаря-фахівця.

Як викладач, я маю створити безпечні умови праці для моїх студентів, що відноситься до специфіки роботи в умовах військового часу в прифронтовому місті. Впродовж 5 академічних годин практичних занять із майбутніми лікарями і 3,5 академічних годин із лікарями-фізреабілітологами, вивчаючи дисципліну «Внутрішня медицина» (кардіологія, гастроентерологія, пульмонологія, гематологія, ендокринологія) та «Фізична терапія в клініці внутрішніх хвороб» я маю розкрити тему, зробивши нові знання та велику кількість матеріалу простими та адаптованими для розуміння. Така тривалість занять дозволяє аналізувати певну нозологію біля ліжка хворого, обираючи необхідного для цього пацієнта у відповідності до теми заняття. Слід зазначити, що не всі пацієнти є готовими та відкритими до діалогу з великою кількістю студентів і їхнього викладача, що не є безпосередньо їхнім лікуючим лікарем, а тим паче до того, щоб бути моделлю до відпрацювання практичних навичок. Тож викладач має у даному випадку взяти ініціативу в свої руки: перед тим, як вести студентів до палати, розпочати процес спілкуватися з пацієнтом, слід поговорити з ним особисто, як, в першу чергу, з людиною, в спокійній і доброзичливій атмосфері, пояснивши хворій людині мету даного огляду разом із юними колегами-лікарями. А в момент спілкування з пацієнтом у палаті лікар-викладач має бути обізнаним у захворюванні, що вивчається, для того, щоб задавати вірні та коректні питання для практичного засвоєння розібраних теоретичних знань, показати приклад ввічливого та чемного поведіння з пацієнтом із повагою до гідності людської особистості, делікатного тону бесіди та розбору практичних навичок із огляду, пальпації, перкусії, аускультатії, розбору лабораторних і інструментальних методів обстеження за історією хвороби.

Отже, сучасна система освіти вимагає фундаментальної трансформації у світлі нових реалій, що принесені пандемією та війною. Роль викладача та вчителя більше не полягає лише в звичному викладанні усім відомого та легкодоступного матеріалу, але, в першу чергу, в логічному структуруванні величезної кількості матеріалу для його практичного впровадження в повсякденне життя з великим акцентом саме на практичну складову.

**ВИКЛАДАННЯ ЕЛЕКТИВНОГО КУРСУ
«ОСНОВИ ХРИСТІЯНСЬКОЇ ЕТИКИ І МОРАЛЬ»
СТУДЕНТАМ МЕДИЧНИХ ЗВО
ЯК СКЛADOVA ГУМАНІСТИЧНОГО ПІДХОДУ В ОСВІТІ**

*Кози́ряцька Світлана Анатоліївна,
кандидат наук із соціальних комунікацій, доцент,
доцент ЗВО кафедри культурології та українознавства,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Підготовка майбутніх лікарів закладами вищої освіти передбачає використання гуманістичного підходу в освіті, орієнтованого не лише на індивідуалізацію навчання, сприяння саморозвитку особистості, забезпечення можливостей для її особистісного й професійного зростання, але й на формування моральної відповідальності, особливо в

контексті викликів воєнного часу, розвиток духовного потенціалу, виховання гуманістичних цінностей, зокрема поваги до людської гідності, до права людини на життя, з позицій справедливості та паритетності.

Українська дослідниця Г. Усатенко стверджує, що «система освіти є тією сферою, яка поєднує й загальносвітовий контекст сучасного глобалізованого світу, і локальний, національний контекст, боротьба за який має багатостолітню історію <....>. І в цьому процесі «першорядну роль відіграють гуманістичні цінності: поваги до людської особистості, її права на життя, права на освіту, знання та самореалізацію» [3]. Сьогодні «все більшої актуальності набувають ідеї толерантності, поваги до Іншого, взаємодії людини і природи, людини і техніки та технологій (зокрема загальна цифровізація і втрата приватності)» [3] – усе вищесказане також засвідчує важливість реалізації гуманістичного підходу в освіті та його актуальність. Відтак, сьогодні пріоритетом системи вищої медичної освіти є розвиток гуманістичного мислення майбутніх лікарів, а це з-поміж іншого передбачає вивчення дисциплін духовно-морального спрямування, у тому числі й елективного курсу «Основи християнської етики і моралі».

Формування нових цінностей гуманістичного спрямування включає, на думку Н. Фоменко, такі складники, як «національна спрямованість, а також відкритість системи освіти, перенесення акценту з навчальної діяльності викладача на діяльність студента, перехід від репродуктивного навчання до продуктивного, самоствердження особистості за умов педагогічної підтримки, перетворення позицій педагога і студента на особистісно рівноправні, творча спрямованість навчального процесу, перехід від регламентовано-контрольованих способів організації навчального процесу до активно-розвиваючих, наступність і неперервність освіти тощо» [4].

Усе вищесказане передбачає певну трансформацію мети, змісту, методів і засобів навчання як основних компонентів системи освіти, що також можуть забезпечити елективні онлайн-курси.

Під час викладання онлайн-курсу «Основи християнської етики і моралі» слід виходити з того, що майбутній лікар повинен мати, крім професійних знань, умінь і навичок, також моральну позицію та мотиваційно-ціннісне ставлення до своєї діяльності. Формування останнього має базуватись на продуктивній самостійній активності, що полягає, зокрема, в опануванні матеріалів курсу, вирішенні задач, що передбачають пояснення ситуації з позиції загальнолюдських морально-духовних цінностей, сконцентрованих у християнській культурі, а також у конструктивній діалогічній взаємодії студентів і тьютора.

Діалогічна взаємодія, у свою чергу, передбачає застосування на заняттях дискусійного підходу та проблемно-пошукового методу. Оскільки світська гуманістична мораль ставить у центр картини світу людину як основну цінність, а християнська мораль є теоцентричною, під час викладання курсу слід досягти балансу між цими складовими. Для вивчення моральних (християнських) чеснот слід застосовувати підхід, коли майбутні лікарі будуть вчитися обстоювати свої погляди як фахівці, виходячи з професійних знань, з необхідності надання невідкладної допомоги, медичних потреб людини, а також з принципу поваги до життя, однак не заперечуючи при цьому духовний зміст християнської моралі, що є універсальною за своєю роллю та змістом.

Врахуємо також у навчальному процесі положення гуманістичного підходу про те, що «людина – найбільша цінність» та «положення про неповторність кожної людини» [1]. Тому індивідуалізація навчання, розвиток позитивних рис студентів, їх сильних сторін, потенціалу, а також прагнення «збільшувати цінність людини означає відкривати й розвивати ці характеристики, сприяти їх виявленню та реалізації в людському житті» [1], що є важливим у контексті розгляданого онлайн-курсу.

Гуманізм у медичній освіті орієнтований не лише на професійну підготовку, спираючись на моральні засади, які «за замовчуванням» потрібно прищепити майбутнім лікарям, але й на «гармонізацію стосунків між людиною і суспільством, людиною і природою» [2], на розвиток екологічного мислення, формування соціальної зрілості як

одного з чинників професійного зростання. Відтак, вивчення цих глобальних проблем людства також необхідно здійснювати в дискусійному полі, зокрема й таких, як консюмеризм (споживацтво), індивідуалізм, консеквенціалізм, конформізм, гедонізм (як культ насолоди, а відтак, корисливого погляду на життя), сибаритство, дух вседозволеності, культ успіху, коли мета виправдовує засоби, тощо.

У контексті війни особливого значення для майбутніх лікарів набуває тема психічного здоров'я, тому обов'язковими для вивчення вбачаємо теми, що стосуються терапевтичного ефекту сповіді, молитовних практик.

У фокусі особливої уваги залишаються теми, пов'язані зі ставленням до життя, що визначає погляди майбутнього лікаря з питань абортів, у тому числі й застосування абортивної контрацепції, екстракорпорального запліднення, клонування, евтаназії, генної терапії, а також щодо різноманітних залежностей, неправильного харчування, самолікування.

Відтак, діалог, дискусія, вирішення ситуативних задач у ході опанування елективного курсу сприяють розвитку аналітичного мислення, прищеплюють мовленнєві навички, вчать аргументованому й логічно-послідовному обстоюванню професійних поглядів, формують деонтологічну культуру майбутніх лікарів, їх моральну доктрину.

Застосування проблемно-пошукового методу, завдань, що передбачають індивідуально-пошукову роботу, дискусійного підходу та висвітлення релігійних тем крізь призму сучасності дасть змогу «втримати» цікавість здобувачів освіти під час онлайн-навчання, сприятиме розвитку когнітивних здібностей, ціннісно-мотиваційних, діяльнісних та особистісних компонентів компетентності майбутнього фахівця, формуванню його духовно-морального досвіду.

Список використаних джерел

1. Арцишевський Р. А. Методологічні засади гуманістичної педагогіки. *Український педагогічний журнал*. 2015. №1. С. 69–76.
2. Кравець Н. М. Гуманізм і духовні цінності в освіті. URL.: <http://conf.vntu.edu.ua/humed/2010/txt/kravec.php>
3. Усатенко Г. О. Гуманістичний підхід в освіті: тяглість традиції і виклики сьогодення. URL.: <https://skovoroda.man.gov.ua/storage/files/gumanistichny-pidhid-v-osviti.pdf>
4. Фоменко Н. А. Педагогіка вищої школи: методологія, стандартизація туристської освіти : навч. посіб. для студ. вищих навч. закл. Київ : Слово, 2005. 216 с.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ «МІКРОБІОЛОГІЇ, ВІРУСОЛОГІЇ ТА ІМУНОЛОГІЇ» В УМОВАХ ВІЙНИ: ІНТЕГРАЦІЯ НАУКОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС

*Крупей Кристина Сергіївна, к. біол. н.,
доцент кафедри мікробіології, вірусології та імунології,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Війна суттєво змінила освітній ландшафт і поставила перед викладачами завдання адаптації до нових реалій. У цей час особливого значення набуває не лише внутрішня науково-дослідна діяльність, але й налагодження співпраці з іншими університетами, що дозволяє розширити горизонти освітнього процесу, обмінюватися досвідом та підтримувати студентів у їхньому професійному становленні.

На кафедрі мікробіології, вірусології та імунології ЗДМФУ значна увага приділяється створенню умов для залучення студентів до міжуніверситетських проєктів, експериментальних досліджень та популяризації науки через розробку відеофільмів, участь у телевізійних інтерв'ю та гуртковій роботі. Такі ініціативи забезпечують формування стійкої академічної спільноти, здатної працювати в умовах нестабільності та сприяти розвитку науки. Виходячи з цього, метою роботи було розкрити особливості інтеграції науково-дослідної діяльності студентів у навчальний процес при викладанні дисципліни «Мікробіологія, вірусологія та імунологія» в умовах війни.

Після повномасштабного вторгнення РФ в Україну наукові дослідження, спрямовані на вивчення стану довкілля, набули критичної значущості через загострення екологічних проблем. Порушення екосистем, руйнування інфраструктури та природних ресурсів вимагають негайної оцінки ризиків і розробки рекомендацій для мінімізації негативних наслідків. Одним із таких напрямків стала дослідницька співпраця студентів і викладачів ЗДМФУ та науковців-екологів Запорізького національного університету, які активно беруть участь у низці важливих екологічних досліджень на території міста, а також на тимчасово окупованих територіях.

Так, завдяки плідній співпраці з екологами, студенти ЗДМФУ проводять мікробіологічні й біоіндикаційні дослідження якості дніпровської та водогінної води у межах м. Запоріжжя, а також фітоіндикаційні дослідження якості питної води і води культурно-побутового користування на окупованій частині лівобережжя Херсонщини (після підриву греблі Каховської ГЕС) [1 – 5].

Через постійні відключення електроенергії внаслідок обстрілів російськими військами виникла нагальна потреба безпечного зберігання харчових продуктів у холодильнику і морозильній камері. Студенти ЗДМФУ та ЗНУ ініціювали дослідження динаміки змін мікробіоти в харчових продуктах при різних температурах, що дозволило оцінити ризики для здоров'я населення та розробити рекомендації щодо безпечного зберігання харчових продуктів в умовах відсутності електропостачання [6].

На практичних заняттях з «Мікробіології, вірусології та імунології» викладачі разом зі студентами, для яких вони виступають науковими керівниками, обговорюють результати досліджень, що має сильний психологічний і педагогічний вплив на інших одногрупників. Такий підхід створює атмосферу взаємної підтримки та здорової конкуренції, де студенти, побачивши успіхи однолітків, відчувають мотивацію до власного наукового розвитку та активно долучаються до дослідницької діяльності.

Ці дослідження також підкреслюють важливу участь студентів – майбутніх лікарів, фармацевтів, фахівців з лабораторної діагностики у розв'язанні екологічних проблем в умовах війни, а роль викладачів у цьому процесі – мотивувати та координувати наукову роботу здобувачів, допомагати на всіх етапах досліджень, залучати до написання наукових статей / підготовки інтерв'ю / навчальних відеофільмів, сприяти популяризації не тільки результатів наукових досягнень своїх студентів, але і їх самопрезентації.

Список використаних джерел

1. Krupiei K., Kravchenko H. Carotene synthesis changes of *Rhodotorula aurantiaca* indicator yeasts in the presence of Copper (II) salts. *Journal of Vasyl Stefanyk Precarpathian National University*. 2022. Vol. 9 (4). P. 25-32. DOI <https://doi.org/10.15330/jpnu.9.4.25-32>

2. Крупей К.С., Бобровська О.Д., Кравченко Г.В. Каротиносинтезувальні дріжджі як модельні організми у біоіндикації солей Купруму (II) в прісних водоймах / VIII Міжнародний конгрес «Сталий розвиток: захист навколишнього середовища. Енергоощадність. Збалансоване природокористування» (16-18 жовтня 2024 р., м. Львів). Львів : НУ «Львівська політехніка». 2024. С. 137.

3. Крупей К.С., Оверченко А.В. Фітотестування якості води у магістральному каналі на лівобережжі Херсонщини після підриву греблі Каховської ГЕС. *Екологічні науки*. 2023. № 49. С. 38-43. DOI <https://doi.org/10.32846/2306-9716/2023.eco.4-49.5>

4. Крупей К.С., Домбровський К.О., Рильський О.Ф., Оверченко А.В. Гігієнічна оцінка води м. Запоріжжя за деякими показниками епідемічної безпеки з гідробіологічною складовою. *Екологічні науки*. 2023. № 50. С. 67-73. DOI <https://doi.org/10.32846/2306-9716/2023.eco.5-50.10>

5. Гігієнічна оцінка води м. Запоріжжя за деякими показниками епідемічної безпеки. Навчальний відеофільм (автори – к.б.н., К.С. Крупей, студенти ЗДМФУ – А.В. Оверченко, Г.В. Кравченко; дата – 06.08.2023). Посилання: <https://youtu.be/X7QjVywscj8g>

6. Програма «Екофактор» на телеканалі МТМ від 03.12.2024 р. Збереження м'яса, сиру та молока за будь-яких умов. Дослідження науковців. Спікери – доцент ЗДМФУ Кристина Крупей, студент ЗДМФУ Тимур Семененко. Режим доступу: <https://youtu.be/HUY9AV8j6Mg?si=lvuPloHjvrY4O7po>

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*

Порівняно з традиційним дистанційне навчання має низку переваг: передові освітні технології, доступність джерел інформації, індивідуалізація навчання, зручна система консультування, демократичні стосунки між студентом та викладачем, сприятливий графік та місце роботи. Відтак, щоб досягнути поставлених цілей, українській онлайн-освіті варто мати за мету перенести плюси такого виду навчання в дійсність, модернізуючи способи навчання. Наприклад, задля цього необхідно переорієнтувати навчальну програму та методи викладання матеріалу на ті, що акцентують увагу на застосуванні здобутих знань на практиці. Можливо зменшити кількість лекційних годин з рівночасним розвитком інформаційного забезпечення учасників освітнього процесу: наповнення репозиторіїв, розроблення інтерактивних курсів і можливість проходити різноманітних платформах, застосування мультимедіа та розширених функцій програм для організації відеоконференцій, урізноманітнення методів надання теоретичного матеріалу.

Загалом, здатність забезпечити якісну освіту на національному рівні, тим більше в кризових умовах, залежить від реалізації комплексних заходів із підтримки інноваційних розробок у сфері освіти, передусім організаційного, правового та фінансового характеру. [1, с. 4-5]

В умовах цифрової економіки змінюється роль освіти. Освіта є одним з основних елементів, здатних забезпечити перехід сучасного суспільства в нову фазу розвитку. Саме освіта має бути орієнтована на розвиток здатності випускника працювати в новому світі постійних змін, багатоваріантності, невизначеності, малопередбачуваності та відповідати його вимогам. Ключові параметри нової освіти в глобальному вимірі – відкритість та публічність, що змінює консервативність традиційної освітньої моделі. Можливість оновлювати освітні програми та стратегії в онлайн-режимі стає основою інноваційних трансформацій у цій сфері. Досвід останніх років, зокрема пандемія COVID 19, російське вторгнення в Україну, підтверджує важливість онлайн-освіти в умовах кризових явищ. [2, с. 10]

Виходячи з їх переваг, використання інноваційних технологій навчання може забезпечити гнучкіший та адаптивний підхід до навчання, що забезпечить здобувачам вищої освіти формування індивідуальної освітньої траєкторії та формуватиме на цій основі їх ефективну підготовку до професійної діяльності. Учні та студенти також зможуть покращити управління та організацію змісту свого навчального курсу за допомогою інструментів електронного навчання. Крім того, онлайн-навчання пропонує окремі «команди» для обміну інформацією, яка може бути корисною для студентства задля отримання більш повного уявлення про навчальний план. Варто відзначити необмежений у часі доступ до матеріалів платформи, а також систему моніторингу, а саме контроль успішності виконання тестових завдань з окремих тем, розділів, модуля вивчення дисциплін, можливість автоматичної їх перевірки [4, с. 46]

За умови належного ресурсного забезпечення педагогів та студентів і залученості в процес усіх його учасників дистанційне навчання може бути не менш ефективним, ніж очне. Втім є певні навчальні предмети, повноцінне викладання яких з об'єктивних причин

неможливе під час дистанційного навчання. Особливо це стосується медичної освіти та засвоєння відповідних практичних навичок студентами старших курсів, що значно ефективніше в аудиторному режимі та при проходженні практики у лікарнях. [3, с. 20]

Такі процеси діалогового режиму, як онлайн-відповідь, підключення мікрофона та камери значно підвищили ефективність взаємодії в режимі реального часу, а попередній перегляд матеріалу, відтворення курсу в реальному часі, онлайн-обговорення після заняття, зворотний зв'язок із ефектом навчання, підсумкова статистика занять та інші функції мають ще більше збагатити канали взаємодії між викладачами та студентами. Інтерактивне навчання є родзинкою та особливістю навчання онлайн.

Серед проблем дистанційної форми навчання, які називають учасники освітнього процесу в закладах медичної освіти, можна виокремити виснажливість, характерну для умов воєнного стану. Це свідчить про потребу актуалізації психолого-педагогічного супроводу навчального процесу. Важливе значення для підготовки майбутнього медичного фахівця має діяльнісно-творчий елемент. Креативний складник у будь-якій освіті наразі відіграє роль одного із домінуючих факторів. Цифровий навчальний простір є сприятливим середовищем для формування таких навичок. [1, с. 58].

Виходячи з точки зору інтерактивного викладання, широкомасштабне онлайн-викладання в коледжах і університетах має також і багато проблем, спричинених характеристиками просторової дисперсії, віртуальності мережі, фізичної ізоляції, частоті взаємодії та технічній залежності. Встановлено, що дистанційне навчання призвело до значного зростання кількості часу біля екранів комп'ютерів/телефонів, що мало негативний вплив на стан здоров'я студентів: зниження рухової активності, порушення зору та опорно-рухового апарату.

Таким чином, дистанційне навчання є важливим допоміжним елементом у глобальному освітньому просторі. Поєднання комплексу різноманітних освітніх та інформаційно-комунікаційних цифрових технологій дає можливість ефективно реалізувати процес якісного дистанційного навчання і забезпечити безперервність освітнього процесу в надзвичайних ситуаціях та умовах воєнного стану. Завдяки запровадженню дистанційної форми навчання іноземні та внутрішньопереміщені здобувачі освіти мають можливість долучитися до навчання на відстані, як у власних закладах освіти, так і в закладах освіти за тимчасовим місцем проживання. [1, с. 121].

Список використаних джерел

1. Васильєва Т.А., Котенко С.І. (2023). Проблеми і перспективи розвитку онлайн-освіти. Суми: Сумський державний університет.
2. Дистанційне навчання – вимушений захід чи вимога часу (на прикладі Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України)? / М. М. Корда, А. Г. Шульгай, А. І. Машталір, А. В. Чорномидз // Актуальні питання вищої медичної (фармацевтичної) освіти: виклики сьогодення та перспективи їх вирішення : матеріали XVIII Всеукр. наук.- практ. конф. в онлайн-режимі за допомогою системи microsoft teams (Тернопіль, 20–21 трав. 2021 р.) / Терноп. нац. мед. ун-т імені І. Я. Горбачевського МОЗ України. – Тернопіль : ТНМУ, 2021. – С. 3–13.
3. Кучин Ю.Л. Основні принципи організації дистанційного навчання медиків / Ю. В. Кучин, Л. В. Лимар // Медична освіта. – 2020. – № 1. – С. 17–37.
4. Назарко, І. С. (2016). Використання засобів дистанційної освіти для підвищення ефективності навчального процесу у ВНЗ. Інноваційні технології в процесі підготовки фахівців. Вінниця: ВНТУ.

МИСТЕЦТВО СПІЛКУВАННЯ В НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ

*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 пацієнтами в навчальному процесі. Проведений аналіз використання вербальних та невербальних принципів спілкування під час практичних занять з педіатрії, які допоможуть майбутнім лікарям розвинути комунікативні навички, встановити контакт з пацієнтом/його родичами та перетворити на внутрішню потребу вдосконалювати техніку фахового спілкування. Вміння ефективно спілкуватися є складовою успішного лікування пацієнтів.

Ключові слова: вербальне та невербальне спілкування, навчальний процес.

Abstract. The article examines the features of communication with patients in the educational process. An analysis of the use of verbal and nonverbal principles of communication during practical classes in pediatrics was conducted, which will help future doctors develop communication skills, establish contact with the patient/his relatives and turn it into an internal need to improve the technique of professional communication. The ability to communicate effectively is a component of successful treatment of patients.

Keywords: verbal and nonverbal communication, educational process.

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 педіатрії, адже лікарі повинні не тільки лікувати, але й спілкуватися з пацієнтами та їх батьками.

Враховуючи, що епідемія Ковід-19 та повномасштабна війна перевела учбовий процес на он-лайн формат, 68 % студентів та 43% інтернів втратили навички будь-яких форм комунікацій. Це стало актуальним завданням при викладанні предмету на кафедрі педіатрії післядипломної освіти, де навчання починається з додипломного рівня та продовжується в форматі післядипломного освітнього процесу.

Тема ефективного спілкування медичного персоналу з дітьми та їхніми батьками є надзвичайно актуальною. По-перше, вміння лікаря встановити довірчі стосунки та заспокоїти дитину значно полегшує та пришвидшує процес лікування. Ефективне спілкування сприяє тому, що дитина буде більш охоче співпрацювати з лікарем під час огляду або проведення процедур. Ефективне опитування дитини чи його батьків допоможе отримати додаткову інформацію про стан здоров'я пацієнта і це дасть можливість поставити точний діагноз. Вчасне виявлення та вирішення психологічних проблем дитини може допомогти запобігти розвитку різних ускладнень. Таким чином, робота з дітьми вимагає від працівників вищих медичних закладів високого рівня комунікативних навичок.

За останній час змінились етико-деонтологічні підходи при викладанні педіатрії, важливим стало удосконалення різних засобів комунікації: мови, як метода вербальної комунікації та невербальних прийомів спілкування. Починаючи з молодших курсів студентам пропонуються реферати/презентації на тему комунікації в медицині, далі перевіряються теоретичні знання студента та його здатність застосовувати їх на практиці.

Вербальне спілкування – це використання мови для передачі інформації. В контексті взаємодії з дітьми та їх батьками в медичному середовищі воно має особливі характеристики. При спілкуванні з дитиною викладач кафедри під час практичних занять демонструє принципи ефективного вербального спілкування, а саме ясність і простоту мови. В діалозі

використовуються прості та зрозумілі слова, уникається використання складних медичних термінів. Мова викладача спокійна і впевнена, що допоможе заспокоїти дитину. Важливим є продемонструвати дипломатичну межу з однієї сторони між чесністю щодо діагнозу та лікування, з другої – уникнути зайву тривожність.

При зборі анамнезу викладач спостерігає за реальними ситуаціями спілкування – як майбутні лікарі уважно слухають пацієнта, які уточнюючі питання задають, як пояснюють процес діагностики та лікування, як спростовують побоювання. В разі необхідності викладач включається в процес та корегує ситуацію. Ефективним стало створення симульованих ситуацій, в яких студент повинен продемонструвати вміння спілкуватися з пацієнтами, колегами та підлеглими. Для старших курсів та інтернів практикуються групові дискусії, коли викладачем оцінюється участь майбутніх лікарів в обговоренні клінічних випадків, їх здатності аргументувати свою точку зору, слухати інших.

Невербальне спілкування часто буває більш інформативним, ніж вербальне. Це передача інформації за допомогою міміки, жестів, поведінки та інших немовних засобів. Невербальні засоби спілкування забезпечують психологічний контакт між партнерами, доповнюють та збагачують словесний текст [1, с. 16-17]. Згідно сучасних досліджень, 55% інформації сприймається через вираз обличчя, пози і жести, а 38% — через інтонації та модуляції голосу. Звідси витікає, що тільки 7% залишається на долю слів, які сприймає реципієнт. Тобто, те, як ми говоримо, важливіше того, що саме ми говоримо. [1, с. 14].

Для невербального спілкування існує досить багато засобів. Найбільш розповсюдженою формою спілкування є кінетика, а саме жести, вирази обличчя та очей, візуальний контакт, пози, рухи тіла, одяг, аксесуари і манери. Надзвичайно потужним інструментом впливу та переконання є голос та його інтонації. Завдяки голосу при спілкуванні з пацієнтом ми можемо висловити такі позитивні емоції, як ніжність, співчуття, жалість, і навіть біль.

З метою забезпечення комфортності спілкування важливим є знання правил вибору місця та відстані між лікарем і пацієнтом. Найбільш реальною та зручною для формального спілкування є персональна зона, коли відстань між лікарем і пацієнтом від 45 до 120 см. [1, с. 175]. Якщо зручно спілкуватися сидячі, то необхідно сісти на одному рівні з дитиною чи матір'ю, таким чином демонструється доступність між співрозмовниками. Навіть делікатний дотик може заспокоїти дитину, встановити довірчі стосунки та надати психологічну підтримку.

Необхідно враховувати особливості спілкування з дітьми різного віку. Для дошкільнят важливі ігри, казки, яскраві картинки, тому для пояснення процедур можна використовувати іграшки. Молодші школярі вже розуміють багато складних понять, але їм все ще потрібна проста і зрозуміла мова. Підлітки часто соромляться і не хочуть демонструвати свої почуття. Важливо поважати їхню приватність і говорити з ними як з рівними.

Таким чином, теоретичні знання органічно поєднуються з вмінням використовувати їх в практичній роботі з пацієнтами.

Другий рік навчальний процес на кафедрі педіатрії післядипломної освіти проводиться в форматі змішаної форми, коли офлайн спілкування стало більш стабільним. Це дещо змінило статистику оволодіння навичками, так на сьогодні навичками комунікації володіють 57% студентів та 68% інтернів.

Систематичне використання принципів вербального та невербального спілкування при проведенні практичних занять з педіатрії показало, що, по-перше, це визвало велику зацікавленість зі сторони майбутніх лікарів. В результаті анкетування 48% студентів та 62% інтернів відмітили, що вони стали більш впевнено встановлювати контакт з пацієнтами та їх родичами. Наші рекомендації втілюються не тільки в навчальний процес, а й практичну педіатрію через слухачів циклів тематичного удосконалення. Оскільки процес спілкування двобічний, другим важливим моментом була позитивна реакція пацієнта та його родичів на ефективну комунікацію. 87% батьків відмічали більшу довіру до лікаря, психологічну підтримку, гарну налаштованість на видужання та надію в майбутнє.

Вперше в цьому році проведення ОСКІ буде відбуватися для контролю набуття майбутніми лікарями комунікативних навичок. Планується під час ОСКІ комунікативні навички оцінювати за такими критеріями: встановлення контакту, вміння задавати відкриті та закриті запитання, вміння активно слухати, здатність підтримувати розмову та пояснити складну медичну інформацію простою мовою, відповідати на запитання пацієнта, вміння користуватися елементами невербальної комунікації, дотримання етичних норм, здатність розуміти почуття та переживання іншої людини. Це дозволить оцінити можливості майбутніх медиків взаємодіяти з пацієнтами, їхніми родичами та колегами.

Таким чином, ефективне спілкування з дітьми та їхніми батьками є невід'ємною частиною роботи медичного працівника. Воно сприяє не тільки покращенню здоров'я дітей, але й підвищенню якості медичної допомоги в цілому. Застосовуючи на практиці навички вербального і невербального спілкування, можна значно полегшити процес лікування і встановити довірчі стосунки з пацієнтами. Тому, вивчення та вдосконалення навичок спілкування має бути пріоритетним завданням для медичної спільноти.

Список використаних джерел

1. Ковалинська І. В. Невербальна комунікація. – К. : Вид-во «Освіта України», 2014. – 289 с.
2. Кузнецова І.Р. Вербальне та невербальне спілкування майбутніх лікарів. [Електронний ресурс]. Репозиторій ХНМУ
3. Мединська А.В., Коноваленко С.О. Особливості вербального спілкування медичного працівника і хворого. [Електронний ресурс]. Вісник ТНМУ імені І. Я. Горбачевського.

ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПЕДАГОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ НА КАФЕДРІ КЛІНІЧНОГО ПРОФІЛЮ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

*Масік Надія Прокопівна, д.мед.н., професор,
професор ЗВО кафедри внутрішньої медицини,
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

Війна трагічно та надовго змінила життя та долі мільйонів людей України. Кожен із нас зіткнувся з проблемами й не завжди прогнозованими наслідками, починаючи з елементарного страху як за власне життя, так і за життя своїх близьких, з певного душевного занепокоєння, неконтрольованих підсвідомих внутрішніх переживань і навіть можливих міжособистісних конфліктів. В зв'язку з цими подіями, реорганізацією охорони здоров'я, переведенням медичної допомоги на рейки військової допомоги, значним скороченням ліжкового фонду на кафедрах клінічного терапевтичного профілю стало складним провести клінічний розбір тематичних хворих. Для вирішення цієї проблеми було створено банк виписок (копій) історій хвороби (більше 100) пацієнтів з різноманітною патологією, які до цього лікувалися в терапевтичному стаціонарі, або були консультовані амбулаторно чи екстрено по сан.авіації, оглянуті консиліумом спеціалістів, тощо.

Такі виписки історії хвороби за відсутністю хворих використовуються для вивчення особливостей клінічного перебігу, диференціальної діагностики, інтерпретації результатів клініко-лабораторних і інструментальних обстежень. При клінічному розборі історії хвороби, студенти отримують з подачі викладача необхідні дані і виконують роль консультанта у даному випадку. При цьому студентом може використовуватись форма рецензування виписок з історій хвороби. В такому разі студент має оцінити повноту обстеження та лікування хворого, призначити консультації інших спеціалістів, вносити корективи в лікувальний процес, давати рекомендації щодо подальшого реабілітаційного лікування хворого, визначення його працездатності.

Відомо, що однією із слабких сторін підготовки випускників у вищій медичній школі є недостатня підготовленість їх по питаннях швидкої медичної допомоги. Для підвищення якості викладання і освоєння студентами 5 курсу тактики надання невідкладної допомоги за

необхідності проводиться демонстрація хворих, які знаходяться у реанімаційному відділенні МКЛ №2 м. Вінниця, у кардіологічному відділенні МКЛ №1, у палатах інтенсивної терапії спеціалізованих відділень лікарень, а також у приймальному відділенні.

При проведенні практичних занять по темі «Вади серця» широко використовуються магнітофонні записи аускультативних симптомів набутих і вроджених вад серця з одночасною демонстрацією ФКГ, ЕКГ, результатів ультразвукового і рентгенологічного досліджень, що при відсутності тематичних хворих дозволяє у деякій мірі покращити засвоєння матеріалу з певної теми заняття. У деяких випадках демонстрація таких хворих здійснюється до або після теоретичного ознайомлення з потрібною тематикою.

Співробітниками кафедри внутрішньої медицини підготовлено і видано навчальний посібник «Практикум по клінічній електрокардіографії», в який включено 184 ЕКГ, зареєстрованих у хворих із різноманітною патологією серцево-судинної системи. Цей посібник дозволяє студенту самостійно підготуватися до практичного заняття в домашніх умовах, розшифрувати і дати заключення по ЕКГ на практичних заняттях.

З метою допомоги студентам в освоєнні теоретичного матеріалу в домашніх умовах та вмінні застосовувати його на практиці колективом співробітників кафедри розміщено на сайті кафедри методичні рекомендації для самостійної підготовки студентів до занять з внутрішньої медицини.

Застосування вищеперерахованих форм і методів дозволяє наблизити студентів до практичної діяльності лікаря.

ФАКТОРИ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ЯКІСТЬ ДИСТАНЦІЙНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

*Мурзіна Олена, кандидат педагогічних наук, доцент,
доцент кафедри медичної фізики, біофізики та вищої математики,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Сучасні процеси інформатизації, медіатизації та цифровізації суспільства здійснюють суттєвий вплив на модернізацію системи вищої медичної освіти. Одним з варіантів такої модернізації є впровадження дистанційного навчання у закладах вищої медичної освіти. Тому постає питання трансформації традиційних методів, засобів та форм навчання з використанням комп'ютерних та медіатехнологій.

Застосування цифрових та медіатехнологій обумовлена підвищенням ефективності освітнього процесу, зокрема потребою формування навичок самостійної роботи, формування медіакомпетентності та критичного мислення [3, С. 60]. Одним із сучасних напрямів підвищення якості навчання є створення медіасередовища університету. Використання медіатехнологій і новітніх інформаційних сервісів, систем і технологій навчання, електронних освітніх ресурсів нового покоління є необхідною умовою підвищення якості підготовки студентів закладів вищої медичної освіти.

Найбільш перспективною формою навчання в кризових умовах залишається дистанційна освіта. Проте вона не зможе стати повноцінною заміною традиційного навчання. Тому що не в змозі створити студентську атмосферу і замінити спілкування з викладачем. Нами було проведено опитування студентів стосовно уподобання дистанційного навчання. В результаті даного опитування ми з'ясували, що 35% студентів вважають дистанційне навчання зручним, 20% - продуктивним, але 28% студентів не вистачає навчання в аудиторії та 17% студентів сумують за інтерактивною взаємодією з викладачами [5, С. 60].

До основних факторів які впливають на якість дистанційної медичної освіти відносимо:

- підготовку контенту навчальної дисципліни (мета, завдання, зміст та набір інструментів) [3, С. 61];

- мотивацію та зацікавленість усіх учасників освітнього процесу (задоволеність процесом та результатом навчання мотивацію на виконання завдання та зацікавленість результату) [1, С. 46];

- медіакомпетентність викладача-тьютора та студентів (сукупність знань, умінь, здатностей та поведінкових характеристик, що сприяють відбору, використанню, критичному аналізу, оцінці, створенню й передачі медіатекстів) [2, С. 21];

- матеріально-технічна оснащеність як викладача-тьютора, так і студента (що включають наявність необхідного обладнання, технічних засобів, організації робочого місця, що забезпечують використання прогресивних методів і організаційних форм роботи, раціональності засобів сучасних інформаційних технологій, що характеризує відповідність комплексу матеріальних засобів цілям і завданням навчання, змісту програми, особливостям трудової діяльності викладача і пізнавальним здібностям учнів, пристосованість засобів сучасних інформаційних технологій до організаційних форм, методів і прийомів навчання) [1, С. 46];

- медіасередовище закладу вищої медичної освіти [4, С. 49];

- фактори, які пов'язані з індивідуальними особливостями усіх учасників освітнього процесу (здатність до навчання, стан здоров'я, поведінка) [3, С. 61].

Висновки. Якість та ефективність дистанційної медичної освіти в значній мірі залежить від ряду факторів. Тому актуальним залишається розроблення навчально-методичного забезпечення, створення медіасередовища університету для взаємодії усіх учасників освітнього процесу та визначення норм навантаження викладачів-тьюторів.

Список використаних джерел

1. Кравчина Т. В. Критерії якості дистанційного навчання. Сучасні освітні технології дистанційного та електронного навчання: Матеріали Всеукраїнського науково-методичного семінару з елементами вебінару. 27 лютого 2017 р. Харків: РВВ ХТЕІ КНТЕУ, 2017. С. 45–46.

2. Мурзіна О. Сутність, зміст та структура медіакомпетентності лікаря. Неперервна професійна освіта: теорія та практика. 2021. № 1. С. 21–29. DOI: <https://doi.org/10.28925/1609-8595.2021.1.3/>

3. Мурзіна О. Формування медіакомпетентності в процесі дистанційної освіти: фактори впливу. Якість. Неперервна професійна освіта: теорія і практика. 2022. № 2 (71). С. 60–65.

4. Мурзіна О. Формування медіакомпетентності майбутніх лікарів у процесі доклінічної професійної підготовки: психолого-педагогічні умови //Continuing Professional Education: Theory and Practice. – 2024. – Т. 81. – №. 4. – С. 47-54.

5. Сергєєва Л. Н. Мурзіна О. А. Цифровізація освітнього процесу медичного університету. Досвід впровадження змішаної форми навчання у ЗДМУ, траєкторія розвитку та місце в системі вищої медичної освіти : матеріали навч.-метод. відеоконф. Центр. метод. ради (26 трав. 2021 р., м. Запоріжжя). – Запоріжжя : ЗДМУ, 2021. С. 59-61.

СПІЛКУВАННЯ ЯК КЛЮЧОВИЙ ЕЛЕМЕНТ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ СЬОГОДЕННЯ

*Назаренко Олена Валеріївна, кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри внутрішніх хвороб І,
Солов'юк Олександр Олегович, кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри внутрішніх хвороб І,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Вступ. Формування комунікативної компетентності сьогодні є важливою складовою підготовки медичних спеціалістів і передбачає здатність ефективно взаємодіяти з пацієнтами та їхніми родичами, здійснювати психологічний вплив на пацієнтів для підвищення їх

прихильності до лікування, а також працювати в команді [1, с. 84]. Лікарі часто перебувають в стресових ситуаціях навіть за звичайних умов роботи, що потребує витримки, самоконтролю та психологічної адаптивності. Війна в Україні суттєво вплинула на освітній процес, призвела до хронічного стресу, стану невизначеності й тривоги у студентів-медиків.

Основна частина. Освітній процес на клінічних кафедрах Запорізького державного медико-фармацевтичного університету (ЗДМФУ) здійснюється у змішаному режимі, гармонійно поєднуючи формат дистанційного навчання в хмарному освітньому середовищі з традиційним офлайн-навчанням. Суттєвим недоліком роботи у дистанційному режимі є складнощі у студентів при реальному спілкуванні з пацієнтами, що часто викликає стрес у майбутніх лікарів. Також студенти мають обмежені навички в таких навичках комунікації, як активне слухання, саморегуляція у спілкуванні, використання невербальних засобів, аргументація думок, переконування, гумор тощо. Важливим елементом підготовки медичних працівників є оволодіння навичками комунікативної взаємодії, зокрема у конфліктних ситуаціях.

Одним з ефективних методів вирішення цієї проблеми є використання симуляційних технологій - проведення практичних занять в умовах, що наближені до реального середовища. Міжкафедральний тренінговий центр ЗДМФУ забезпечує студентам безпечне освітнє середовище, яке максимально відтворює умови реальної лікарні [2, с. 112]. Під наглядом викладачів студенти відпрацьовують сценарії обстеження терапевтичних пацієнтів, а також набувають досвід у встановленні контакту з пацієнтом, веденні діалогу та проявах емпатії. Використання системи Body Interact має великий потенціал для покращення якості медичної освіти, оскільки вона наближає навчання до реальної медичної практики, дозволяючи моделювати різноманітні клінічні ситуації. Для оптимізації навчального процесу корисними є групові заняття, що імітують медичні консилиуми, допомагаючи студентам розвивати навички аналізу інформації, дискусій та спільного прийняття рішень на основі клінічних випадків. Це сприяє вдосконаленню комунікативних навичок, умінню працювати в команді та приймати ефективні рішення.

Також популярною є методика «одного дня», коли практичні заняття проводяться в очному режимі в один визначений день тижня. Така практика допомагає студентам знаходити спільну мову з пацієнтами, адекватно реагувати на емоції співрозмовників та покращувати комунікативні навички. Це сприяє більш глибокому залученню студентів у навчальний процес, стимулює їх пізнавальну активність і професійний розвиток.

Висновок. Зміна середовища для практичних занять є ефективною формою тренування комунікативних навичок та медичних soft skills. Проведення занять на клінічних кафедрах на базі тренінгового центру вдосконалює комунікативні компетентності у студентів-медиків та покращує ефективність їх взаємодії з пацієнтами.

Список використаних джерел

1. Дударєва, Т. В., Бількевич, Н. А. Вплив тривожності на формування соціально-комунікативної компетентності майбутніх медсестер в умовах війни. Медична освіта, 2024, (1), 84–91.
2. Романова К. Б. Досвід міжкафедрального тренінгового центру в умовах змішаного навчання у Запорізькому державному медичному університеті / К. Б. Романова // Досвід впровадження змішаної форми навчання у ЗДМУ, траєкторія розвитку та місце в системі вищої медичної освіти: матеріали навч.-метод. відеоконф. Центр. метод. ради (26 трав. 2021 р., м. Запоріжжя). – Запоріжжя: ЗДМУ, 2021. – С. 112-113.

ПЕДАГОГІЧНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ VI КУРСУ ПРИ ВИВЧЕННІ «ПЕДІАТРІЇ» ПРИ ДИСТАНЦІЙНІЙ ФОРМІ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ

*Недельська Світлана Миколаївна, д.мед.наук, професорка,
зав.кафедри факультетської педіатрії,
Мазур Вікторія Іванівна, к.мед.наук, доцент,
кафедра факультетської педіатрії,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Вдосконалення професійної і моральної підготовки студентів йде через процес спілкування з викладачем та пацієнтом. Під час розвитку цифрових технологій дуже важливо не втратити взаємовідносини між людьми, особливо під час війни, між студентом та викладачем, між пацієнтом та лікарем. Робота студентів під час практичного заняття є творчим процесом, особливо під час дистанційного навчання. Це повинно допомагати розвивати не тільки клінічне мислення, а й моральні та етичні якості.

У сфері освіти продовжує зберігатися гуманістичний підхід до навчання. Дуже важливим є емоційний аспект взаємодії викладача й студента. Його важливо зберегти в такий складний час.

Вважається, що викладач керує навчальною діяльністю студента, але такий підхід до процесу навчання вже не задовольняє потреби на сучасному етапі. Викладання здійснюється за допомогою організації навчального матеріалу (програм, підручників, навчальних посібників та ін.), особливе значення в дистанційній освіті мають алгоритми дій в різних ситуаціях, розроблені електронні схеми, якими керує також студент. Взаємодія викладача і студента завжди передбачає передачу теоретичних і практичних знань. Дуже часто навчання при дистанційній освіті зводиться просто до повідомлення інформації, яку треба запам'ятати, або вирішити тести і отримати за них бали.

Всі види діяльності студентів, викладача повинні сприяти вирішенню педагогічних завдань. Велику роль відіграє групова робота. Вирішення завдань за алгоритмами, виконання завдань on-line без контакту з хворою дитиною та її батьками не сприяє розвитку чуйності, спостережливості, співчуття. Відсутність контактів з «реальними» пацієнтами під час занять не допоможе також досягти віри в свої знання, клінічного мислення. Контакт з «реальним» пацієнтом сприяє також процесу самовиховання студента, коли він засвоює основи деонтології разом з одержанням знань, умінь.

В час розвитку цифрових технологій дуже важливо не втратити взаємовідносини між людьми, особливо між пацієнтом та лікарем. Робота студентів під час практичного заняття є творчим процесом. Це допомагає розвивати не тільки клінічне мислення, а й моральні та етичні якості.

Викладач повинен не тільки інформаційно навантажувати студентів, а й осмислювати та обговорювати з ними різні ситуації, роблячи акцент на морально-етичні та деонтологічні проблеми, особливо при дистанційній формі навчання. Цьому допомагають навчальні фільми за темою заняття з відображенням спілкування лікаря та хворої дитини, її батьками.

Велике значення має спілкування викладача та студента під час виконання індивідуального завдання, проведення консультацій, коли вирішуються не тільки педагогічні та професіональні питання, а йде виховна робота, вирішуються психологічні проблеми. У студентів формується співчуття до дитини, доброзичливість, вміння керувати своїми відчуттями. Треба звертати увагу на психологічний стан дитини в такі складні часи. Все це відіграє роль в розвитку комунікативних навичок майбутнього лікаря, культурі спілкування, як з хворою дитиною і її батьками, так і між членами студентської групи.

Постійне використання гаджетів призводить до зменшення спілкування, коли можна відчувати переймання співрозмовника, його розгубленість, емоції.

Дуже важливо показати хворому свою небайдужість, співпереживання, додати віри в одужання. Більш правильно це робити при реальному контакті з пацієнтом, дивлячись йому

в очі, взявши дитину за руку. Але, на жаль, цього не можна зробити при дистанційній формі навчання. Віртуальний пацієнт не вирішує питань живого спілкування з його психологічними проблемами. Тому викладач, дистанційно спілкуючись зі студентами, повинен наводити приклади зі своєї практики, не забувати про відчуття гумору.

Але й не треба забувати про лікарські помилки, які розглядаються не тільки, як варіант кейсу, але й з реальної практики. При цьому не забувати про психологічні і емоційні аспекти. Неприпустима байдужість. Завжди треба пам'ятати про ментальне здоров'я.

Використання високих технологій навчання та в практичній діяльності лікаря не виключає спілкування з пацієнтом. При цьому і викладачі, і студенти повинні пам'ятати про етичні та деонтологічні норми при спілкуванні з хворими дітьми та їх батьками. Тому на дистанційних практичних заняттях викладачі повинні давати не тільки «сухі» теоретичні викладки та алгоритми, а й приклади з клінічної практики про відносини між пацієнтом та хворим у різних випадках перебігу хвороби.

ВИСНОВКИ

1. Процес медичної освіти повинен орієнтуватися не тільки на отримання професійних знань і навичок, але і на виховання людяності, особливо в умовах дистанційного навчання під час війни.

2. Пріоритет у вихованні студента під час дистанційної освіти належить викладачу.

ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ У СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ»

*Сидоренко Оксана Василівна, кандидат філологічних наук, доцент,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

У парадигмі професійної компетентності висококваліфікованого фахівця медичної галузі загалом і фізичного терапевта зокрема фундаментально значимою є комунікативна компетентність, оскільки спілкування (або ж комунікація) відіграє поліфункціональну роль у житті та діяльності людини, є стимулювальним фактором для особистісного розвитку та суспільної реалізації, адже “спілкування сприяє створенню умов для розвитку мотивації тих, хто займається професійною діяльністю, надає їй творчого характеру, розвиває особистості суб'єктів спілкування, попереджує виникнення психологічних бар'єрів” [2].

Фізичний терапевт зобов'язаний володіти комунікативними вміннями, адже вони є визначальним критерієм його успішної професійної самореалізації в майбутньому, створюють позитивний імідж як фахівця тощо.

Підготовка лікаря-ерготерапевта зі сформованою комунікативною компетентністю не відбувається в межах вивчення якоїсь конкретної дисципліни, вона не обмежена лише хронологічними рамками навчання, це процес постійнотривалий. Однак закласти розуміння спілкування як системи, засвоїти теоретико-практичний базис комунікації - це прерогатива системи освіти в медичному навчальному закладі.

Власне тому цілеспрямована підготовка мовної особистості майбутнього лікаря-ерготерапевта, до його мовленнєвої діяльності, культури спілкування триває протягом усього періоду навчання. Якщо раніше комунікативна майстерність була одним із багатьох завдань при вивченні дисципліни “Українська мова (за професійним спрямуванням)”, то зараз, завдяки вибірковим дисциплінам, ця робота носить комплексний характер, вибудовується завдяки наскрізній міждисциплінарній парадигмі тощо. Так, досягненню високого рівня володіння комунікативною компетентністю сприяє вивчення “Психології”, “Психології спілкування”, “Соціальної психології”, “Теорії та практики професійної мовної комунікації”, “Культури наукової мови”, “Культури спілкування фізичного терапевта”.

Такий підхід до формування комунікативної грамотності студентів дозволяє залучати різноякісні підходи (компетентнісний, культурологічний, діяльнісний) та пропрацьовувати максимально повний спектр компонентів досліджуваної компетентності (комунікативно-ціннісний, особистісно-комунікативний, поведінково-дієвий, комунікативно-когнітивний)

[3]. Як наслідок, студенти отримують комунікативні знання (тобто теоретичне володіння мовними нормами, знання законів і принципів спілкування, базових вимог до об'єкта та суб'єкта комунікативного акту), увиразнюють свої комунікативні здібності (вміння презентувати себе, налагоджувати комунікацію, керувати або ж маніпулювати процесом спілкування, "зчитувати" реакцію співрозмовника) та відпрацьовують комунікативні вміння (під ними розуміємо готовність студента реалізовувати професійне спілкування, яке передбачає навички саморегуляції, тобто контроль власних емоцій, поведінки під час комунікативного акту, бути соціально перцептивним, тобто за певних обставин виконувати різні соціальні ролі, налагоджувати контакт зі співрозмовником, уміти слухати тощо) [1].

Отже, процес формування комунікативної компетентності у студентів спеціальності "Фізична терапія, ерготерапія" повинен здійснюватися комплексно, адже йдеться про інтегративну професійну характеристику, що має складну багатокомпонентну організацію.

Список використаних джерел

1. Носовець Н.М., Пашко Т.О. Зміст і структура комунікативної компетентності майбутнього вчителя технологій. *Вісник Національного університету "Чернігівський колегіум" імені Т.Г. Шевченка*. Чернігів, 2020. Том 164, №8. С. 221-227.
2. Професійна етика URL: <http://pe.ptngu.com/12.html>
3. Семенов О.М. Формування комунікативної компетентності майбутніх економістів. *Педагогіка вищої та середньої школи: зб. наук. пр. Кривий Ріг*, 2013. №5. С. 266-270.

АКТУАЛЬНІСТЬ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ У МЕДИЧНИХ ЗВО

*Соляненко Олена Леонідівна, ст.викладач кафедри іноземних мов,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Проблеми сьогодення внесли значні зміни в організацію навчального процесу вищої школи. Не винятком стали і медичні ЗВО. Пріоритетною формою організації навчального процесу стало дистанційне навчання, яке, в свою чергу, зумовило потребу опанування викладачами та здобувачами освіти інноваційних комп'ютерних технологій. Дистанційна форма вимагає від учасників навчального процесу вміння самостійно орієнтуватися у сучасному потоці інформації, використовувати різноманітні інтернет сервіси.

Впровадження дистанційної форми навчання має низку переваг як для студентів, так і для викладачів, а саме: безперервний освітній процес, доступність навчальної інформації, зручний індивідуалізований режим засвоєння матеріалу, можливість врахування власних здібностей та потреб кожного, вдосконалення професійних компетенцій. Серед недоліків можна зазначити недостатній рівень володіння комп'ютерними технологіями, відсутність належного обсягу навчально-методичного матеріалу, низьку мотивацію і самоорганізацію студентів, відсутність регулярного живого спілкування. Але, у свою чергу, диджиталізація суспільства дає можливість здійснення спілкування між учасниками за допомогою телефону, електронної скриньки та месенджерів.

Дистанційна форма навчання стала, безумовно, викликом для студентів, адже вимагає високої мотивації, дисциплінованості, самоорганізації, зосередженості, наполегливості та відповідальності. Активна самостійна пізнавальна діяльність є вимогою онлайн навчання для орієнтування в інформаційних потоках, опанування великого обсягу навчального матеріалу, корекції власних здобутків. При цьому роль викладача полягає в організації контролю отриманих знань, створенні комфортної атмосфери спілкування з метою відчуття студентами власної успішності і усвідомлення інтелектуальної спроможності.

Ефективність освітнього онлайн процесу ґрунтується на атмосфері доброзичливості та підтримки в опануванні нових знань, удосконаленні пізнавальної діяльності, набутті належних компетенцій. Важливими складовими дистанційних занять є актуальна інформація, цікава подача матеріалу, об'єктивність оцінювання, відсутність перенавантаження, баланс між

спілкуванням та навчанням. Саме це є запорукою позитивних результатів діяльності студента.

Впровадження платформи Teams в навчальний процес Запорізького державного медико-фармацевтичного університету забезпечує високий рівень інтерактивності учасників освітнього процесу. Програма надає можливість здійснювати колективну і індивідуальну діяльність як у реальному часі, так і асинхронно. При проведенні практичних занять в синхронному режимі спілкування викладач — студент відбувається онлайн. Сервіс дозволяє викладачу створювати команди, призначати завдання, контролювати їх виконання, фіксувати результати, оцінювання яких у більшості випадків відбувається автоматично.

Вивчення іноземних мов при дистанційній формі навчання також залежить від впровадження інформаційно-комунікативних технологій. Слід зазначити, що занурення у мовне середовище можна розглядати як один із шляхів оптимізації навчального процесу. Завдяки Інтернет-ресурсам у студентів з'являється можливість доступу до аутентичних матеріалів, здобувачі освіти можуть розвивати та вдосконалювати свої навички іншомовного спілкування, яке сприяє мовній практиці. При дистанційному навчанні платформа Teams надає можливість якісно опановувати різні аспекти мовленнєвої діяльності: аудіювання, читання, говоріння, письмо. Досвід роботи викладачів кафедри дозволяє стверджувати, що сервіс наближає відпрацювання навичок іншомовного спілкування до аудиторного формату.

Отже, реалії сьогодення (тривалий період воєнного стану в країні) не дають можливості здійснювати освітній процес у медичних ЗВО в аудиторному форматі. Дистанційна ж форма організації навчання дозволяє втілювати та успішно використовувати інноваційні інтерактивні технології, які є актуальними та перспективними для впровадження в роботі ЗВО МОЗ України.

СИМУЛЯЦІЙНЕ НАВЧАННЯ З ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДІАТРІЇ

*Соляник Олександра Вячеславівна, к.мед.н.,
асистент кафедри пропедевтики дитячих хвороб,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Медична освіта складається з отримання теоретичних та практичних знань. Навчання пропедевтики педіатрії складається не лише з вивчення анатомо-фізіологічних особливостей у дітей, а і клінічного дослідження з вивченням методів огляду, пальпації, перкусії та аускультатії різних систем організму дитини. Навчання практичним навичкам у постілі хворого та їх удосконалення, завжди, пов'язане зі складнощами організування в лікувальних установах, особливо важко домовитися з батьками хворої дитини, щоб вони дозволили з нею поспілкуватися та оглянути її.

В Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті під час воєнного стану з 2023 року навчання стало проходити в змішаному форматі, тобто частина студентів займається оф лайн, а частина онлайн на платформі Microsoft office 365 в програмі Teams. На допомогу студентам та викладачам приходить симуляційне навчання, при якому використовуються різні муляжи, манекени та тренажери для відпрацювання та удосконалення практичних навичок.

Симуляція – це імітація виконання реального процесу або роботи системи протягом певного часу. Використання симуляції як методу для набуття практичних навичок і навчання називають симуляційним навчанням [1,с.67;3,с.17] .

Симуляція в медичній освіті - сучасна технологія навчання та оцінки практичних навичок, умінь і знань, заснована на реалістичному моделюванні, імітації клінічної ситуації, для цього можуть використовуватися біологічні, механічні, електронні та віртуальні (комп'ютерні) моделі. [1,с.67-68].

Для навчання та удосконалення практичних навичок створюються симуляційні центри, навчальні кабінети з практики, в яких практичні навички можуть бути неодноразово повторені, що виробляє впевненість виконання тієї чи іншої дії. Для симуляційного навчання

використовують спеціальні тренажери, симулятори та фантоми. Викладач може не лише пояснювати, а й показувати матеріал, а студент зможе закріпити теоретичні знання з практичними. Це особливо важливо при навчанні з пропедевтики педіатрії, а саме, при вивченні методів клінічного обстеження: огляду, пальпації, перкусії та аускультації. Для цього і використовуються манекени та тренажери. [3, с.18-19].

Перевагами симуляційного навчання є: відсутність ризику для пацієнта завдяки клінічному досвіду, придбаному у віртуальному середовищі; необмежена кількість повторів для відпрацювання навичок; частину функцій викладача бере на себе віртуальний тренажер, підвищує доступність освіти; зниження стресу під час перших самостійних маніпуляцій; розвиток індивідуальних умінь і навичок; розвиток клінічного мислення; розвиток логічного мислення; заснованого на принципах доказової медицини. реалістичне навчання без ризику для пацієнта; об'єктивна оцінка практичних навичок студента.[1,с.68; 2,с.80-91].

В Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті створений симуляційний центр, де можна відпрацьовувати різні практичні навички: від огляду, перкусії, пальпації до вивчення аускультативних явищ на манекенах та тренажерах дітей різних вікових груп. В навчальних кімнатах центру студенти можуть навчитися та удосконалити виконання внутрішньо м'язевих, внутрішньо венних та крапельних ін'єкцій, та інших важливих медичних маніпуляцій.

Переваги симуляційного навчання роблять його прийнятним і необхідним при вивченні пропедевтики педіатрії студентами .

Список використаної літератури

1. Артюменко В. В. Симуляційне навчання в медицині: міжнародний та вітчизняний досвід / В. В. Артюменко // Одеський медичний журнал. -2015. - № 6 (152). - С. 67-74.
2. Душик Л. Симуляційне навчання у підготовці майбутніх лікарів як спосіб розвитку їхнього практичного досвіду / Л. Душик, В. Є. Михайличенко, О. Цівенко // Теорія і практика управління соціальними системами: філософія, психологія, педагогіка, соціологія. – 2021. – № 3. – С. 80-91.
3. Корда М. М. Симуляційне навчання у медицині-складова частина у процесі підготовки лікаря спеціаліста/ М. М. Корда// Медична освіта.-2016.-№4.- С.17-20

ОСОБЛИВОСТІ ДИСТАНЦІЙНОГО ВИКЛАДАННЯ ВИЩОЇ МАТЕМАТИКИ І СТАТИСТИКИ У МЕДИЧНИХ ЗВО

*Строгонова Тетяна Василівна, к.еон.н., доц.,
доцент кафедри медичної фізики, біофізики та вищої математики,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

В сучасній системі освіти математика відіграє особливу роль. Згідно сучасній освітній парадигми, ЗВО зосередились на єдиному завданні - формуванню предметних компетенцій у студентів. При цьому існує інший, не менш важливий аспект вивчення математики у медичних ЗВО. Справа в тому, що критичне мислення – компетенція, яка дозволить студенту у майбутньому приймати правильні клінічні рішення й забезпечувати найкращі результати в процесі лікування пацієнтів – це фактично компетенція використовувати закони логіки для висновків и вона формується перш за все такими дисциплінами як математика та філософія.

В аналітичній традиції математика і філософія тим і схожі між собою, що вивчають закони логіки. З давніх часів не тільки математики, але й філософи досліджували всесвіт за допомогою точних методів, розроблених математикою.

Так, на думку ще Платона, математика має філософське значення. Математика - це інструмент, який допомагає і навчає розум мислити. Цей процес мислення потім допоможе розуму зрозуміти і придбати ідею добра, що є кінцевою метою філософії.

Рене Декарт дав чотири правила методу у філософії, заснованого на математичній процедурі: (1) приймати як істинні лише безсумнівні (самоочевидні) положення, (2) ділити

проблеми на частини, (3) працювати в порядку від простого до складного і (4) зробити перерахування та огляди повними та загальними.

Для Ніцше математика — це мистецька та моральна діяльність, яка відіграє важливу роль у радісній мудрості. Тому, задача вивчення математики полягає ще й в долученні студента до цієї діяльності, виховання в студентах звички до логічних міркувань при вирішенні майже любых завдань

В той же час, дистанційна форма навчання, яка дозволила у скрутні часи не загубити вітчизняну систему освіти, має певні вади та недоліки, які становляться критичними для саме медичної освіти.

При дистанційній формі навчання, особистий контакт викладача та студента обмежений, що збіднює емоціональний інтелект викладача, робить процес передачі знань більш механістичним, що знижує інтерес студента до придбання знань.

Зменшення контакту викладача та студента впливає й на якість контролю знань. Дистанційно викладачу складно тримати увагу в групі студентів, практично неможливо побачити як працює студент, перевірити які помилки були допущені студентом, на якому етапі необхідно йому допомогти.

Більш того, викладач повинен шукати прийоми, щоб вдосконалитись, що студент самостійно виконав завдання. Не секрет, що розв'язки завдань можна знайти в Інтернеті. Сучасні студенти можуть онлайн вирішити найскладніші задачі, використовуючи сучасні програми Штучного інтелекту.

У зв'язку з цим виникають моральні та етичні проблеми викладання вищої математики, пов'язанні з використанням Штучного інтелекту у процесі навчання, які можуть бути адресовані філософам.

Таким чином, необхідно зосередити зусилля на розробці педагогічних методах, які дозволять підсилити емоційний контакт викладача та студента протягом дистанційних занять.

ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ В МЕДИЧНИХ ЗВО

*Трегуб Світлана Євгенівна, кандидат педагогічних наук, доцент,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Соціально-економічні зміни в Україні, процеси глобалізації та інформатизації, наміри держави щодо інтеграції в європейську спільноту посилюють увагу до якісної медичної діяльності, спрямованої на забезпечення кваліфікованої допомоги громадянам України особливо в умовах війни.

Зараз в наших реаліях, в умовах війни, дуже турбує і студентів і викладачів питання, яким чином можна отримати та надати якісну медичну освіту.

Дистанційна форма навчання дає сьогодні можливість студентам медичних ЗВО ефективно навчатись, самонавчатись, загально обмінюватись інформацією, незалежно від тимчасових і просторових поясів. Сучасні дослідники-педагоги приділяють велику увагу впровадженню дистанційних технологій у навчальний процес, оскільки результати суспільного прогресу на сьогодні концентруються в інформаційній сфері. Так, наукового-педагогічні засади дистанційного навчання розробляли вітчизняні науковці В. Кухаренко, В. Олійник, П. Стефаненко та інші; окремі аспекти щодо змісту та організації дистанційного навчання досліджували І. Бесєдіна, К. Власенко, В. Гура; проблемні аспекти дистанційної форми освіти та можливості її використання в Україні вивчали В. Толочко, Ю. Ієдведева, І. Зарічкова, Я. Панкратова. Також суттєвий інтерес з цього питання становлять праці зарубіжних науковців: Дж. Блумстук, Д. Кіган, Дж. Коумі.

Історично дистанційне навчання існує з 1840 року, коли науковець І. Пітман запропонував навчання для студентів Англії через телеграф. Першим закладом освіти, який почав повноцінно функціонувати в подібному форматі, став Відкритий Університет

Великобританії [1, с. 21]. Дистанційне навчання має певні переваги і недоліки. Щодо переваг, насамперед, відмічаємо застосування інформаційної мережі Інтернет та різних освітніх платформ (Teams, Google Meet), що є унікальним способом отримання різноманітної інформації, участі у дистанційному навчанні (відеолекції, семінари, наукові конференції і дискусії, обмін організаційно-методичною та науковою інформацією). Крім того, всесвітня мережа виступає також і як джерело інформаційних ресурсів, різноманітних баз знань, тестів, електронних бібліотек. Наступні, це- зручність; можливість навчатись як в Україні, так і за її межами; використання новітніх технологій, особливо при вивченні предметів гуманітарного блоку; індивідуальний темп і підхід до навчання, тобто студенти можуть прослухати лекцію тощо декілька разів; синхронний, асинхронний вид навчання; гнучкість.

Незважаючи на великі перспективи дистанційного навчання є і певні недоліки, а саме: неможливість відпрацювання практичних навичок і вмінь, недоступність інтернету; особливо в маленьких містечках; незадовільне технічне оснащення студентів; ідентифікація студента, тести не завжди показують реальні знання студентів; зворотній зв'язок студент-викладач.

Підсумуємо, наразі дистанційне навчання студентів медичного закладу вищої освіти в умовах повномасштабної війни є досить великою стресовою ситуацією, як для самих студентів, так і для викладачів. На жаль, в умовах війни, виконання практичної частини заняття неможливе, тому використання сучасних інформаційно-освітніх технологій може сприяти підвищенню ефективності навчального процесу, що забезпечує розвиток когнітивної діяльності студентів та формує їх зацікавленість у навчанні. Дистанційне навчання в медичних ЗВО може бути ефективним методом, який поєднує традиційні та інноваційні підходи. Воно дозволяє студентам розвивати практичні навички та отримувати знання у більш індивідуалізованому та доступному форматі. Велику роль відіграє обрана освітня платформа для навчання. Однак для успішної реалізації дистанційного навчання необхідно вирішувати технічні та організаційні питання, а також створювати мотиваційну атмосферу для студентів. Попри те, що дистанційній освіті притаманна низка переваг, можемо стверджувати, що зазначена форма навчання, як основна, не підходить для підготовки студентів саме медичних ЗВО, особливо з клінічних предметів, більш ефективним варіантом підготовки студентів-медиків вважаємо змішане навчання.

Список використаних джерел

Новиченко С. Д. Дистанційне навчання як інноваційна форма освіти для студентів медичних університетів/ С.Д. Новиченко//Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології : наук. журнал / голов. ред. А. А. Сбруюва. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2021. – № 9 (113). – 421 с.

ОСОБЛИВОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ ПОЧАТКОВОГО ЕТАПУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

*Федько Ольга Юріївна, к.філол.н., ст. викладач,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Підготовка медичних працівників до майбутньої професійної діяльності є винятково важливим завданням системи ЗВО у будь-які часи, однак в умовах повномасштабної війни стає одним із пріоритетних. Країна потребує висококваліфікованих спеціалістів, здатних надавати медичні послуги під значним психологічним тиском, уникаючи професійної деформації та вигорання, спроможних подбати не лише про фізичне здоров'я військових та цивільних, але й забезпечити належну медичну підтримку. Процес підготовки майбутніх працівників до реалій і викликів сьогодення «передбачає не лише збереження пріоритету практичного застосування фундаментальних медичних знань у практичній діяльності, а й розроблення та втілення наскрізної програми формування психологічної компетентності

лікаря та практичних навичок надання першої психологічної допомоги населенню» [1, с. 224].

Формування психологічної компетентності – поступовий та тривалий процес, який розпочинається на загальнонауковому і теоретичному рівнях під час перших років навчання на елективних курсах «Основи психології» та «Основи соціальної психології», забезпечуючи володіння відповідним понятійним апаратом та знання основних психологічних теорій та законів. Стратегії спілкування, комунікативні ситуації студенти розглядають на заняттях з елективних курсів «Психологія спілкування» та «Теорія і практика професійної комунікації». Більш розширений курс підготовки передбачений на спеціальності «Терапія та реабілітація» завдяки обов'язковій дисципліні «Педагогіка та психологія», на вивчення якої відводиться 6 кредитів. Студенти 1 курсу магістратури спеціальності «Терапія та реабілітація» мають додаткову можливість покращити свої комунікативні навички на заняттях з елективного курсу «Культура спілкування фізичного терапевта». Названі дисципліни становлять тільки базовий етап психологічної підготовки майбутнього спеціаліста, концентруючись на формуванні теоретичної бази, розуміння загальних принципів психології, що дає можливість поглиблено вивчати цю галузь із вузькими фахівцями на старших курсах.

Психологічна компетентність є невід'ємним компонентом професійної підготовки майбутнього медичного працівника, формування особистісних якостей, власного стилю взаємодії з пацієнтами, що є запорукою успішної діяльності. Лікар повинен на основі власних спостережень укласти психологічний портрет хворого і відповідно до його потреб сформувати персоналізовану стратегію взаємодії, довірливі взаємини, знайти дієві мотиваційні чинники, співпереживати, впливати на емоційний стан пацієнта, передати свої знання та навчити правильно дбати про власне тіло з урахуванням його особливостей. Здобуті знання і навички сприятимуть самореалізації спеціаліста, його постійному самовдосконаленню, впровадженню інноваційних методик, ефективності використання наявних ресурсів, саморефлексії, аналізу труднощів, пошуків шляхів їх подолання, об'єктивному оцінюванню робочого процесу, підтриманню високого рівня мотивації, задоволення від результатів праці, запобігатимуть професійному вигоранню.

Список використаних джерел

1. Лазуренко О. О., Сміла Н. В. Психологічний супровід професійного ставлення лікаря як складова компетентнісного підходу в медичній освіті. *Наукові записки*. Серія: Психологія. Випуск 1 (13). С. 88–95.

2. Психологічні аспекти медичної праці: навч. посібник / Уклад. І. В. Федік. К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 126 с.

УДК: 378.147:616-053.2:355.01

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ДЛЯ ЗДОБУВАЧІВ МІЖНАРОДНОГО ФАКУЛЬТЕТУ НА КАФЕДРІ ПЕДІАТРІЇ №2 ПДМУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

*Щербак Вікторія Валеріївна, доктор філософії, асистент кафедри педіатрії №2,
Пода Ольга Анатоліївна, кандидат медичних наук, доцент кафедри педіатрії №2,
Ткаченко Ольга Ярославівна, кандидат медичних наук, доцент кафедри педіатрії №2,
Бубир Людмила Миколаївна, доктор філософії, доцент кафедри педіатрії №2,
Олійніченко Марина Олександрівна, асистент кафедри педіатрії №2,
Климко Дарія Олександрівна, асистент кафедри педіатрії №2,
Рубан Юлія Вікторівна, асистент кафедри педіатрії №2,
Полтавський державний медичний університет*

Анотація. Війна суттєво вплинула на організацію освітнього процесу у закладах вищої освіти, зокрема у сфері медичної освіти, вимагаючи адаптації до нових умов. Дистанційне навчання, особливо у вищих медичних навчальних установах, потребує

високого рівня методологічного підходу, що має бути забезпечений науково-педагогічними працівниками та бути спрямованим на забезпечення належного рівня професійної підготовки майбутніх лікарів, інтегруючи теоретичні знання й практичні навички відповідно до сучасних стандартів медичної освіти.

Ключові слова: дистанційне навчання, методи викладання, вища медична освіта, війна, здобувачі вищої освіти, когнітивні технології.

Abstract. The war has significantly impacted the organization of the educational process in higher education institutions, particularly in the field of medical education, necessitating adaptation to new conditions. Distance learning, especially in higher medical education institutions, demands a high level of methodological rigor, which should be ensured by academic staff. Their efforts should focus on providing quality professional training for future doctors by integrating theoretical knowledge with practical skills in alignment with modern standards of medical education.

Key words: distance learning, teaching methods, higher medical education, war, students, cognitive technologies.

Вступ. Введення воєнного стану на території України в 2022 році стало серйозним випробуванням для освітньої сфери створивши суттєві труднощі в організації традиційного навчального процесу. Найбільше це проявилось в обмеженні доступу студентів до навчальних закладів та необхідності адаптації освітнього процесу до нових умов навчання. Відповідно до чинного законодавства України, а саме статті 49 Закону України «Про вищу освіту», формою здобуття освіти в закладах вищої освіти є інституційна (очна (денна, вечірня), заочна, дистанційна, мережева) та дуальна форма [3]. Таким чином, здобуття освіти за дистанційною формою навчання є юридично закріпленою та невід’ємною частиною реалізації права кожного громадянина на освіту. Така форма навчання сприяє забезпеченню доступу до якісної освіти в умовах різноманітних соціальних та економічних обставин, зокрема в умовах воєнного стану або інших обмежень [1, с. 422]. Вона відкриває можливості для студентів з різних куточків країни та світу отримувати знання та навички, не обмежуючись фізичними межами навчальних закладів, що особливо важливо в сучасних умовах.

Водночас, незважаючи на ці виклики, Полтавський державний медичний університет (ПДМУ) ефективно адаптував свою діяльність, впровадивши змішану форму навчання (аудиторно-дистанційну), що дозволяє поєднувати традиційні методи навчання з дистанційними [6, с. 7]. Здобувачі вищої освіти нашого університету мають можливість отримувати знання та практичні навички, навчаючись на сучасно оснащених клінічних базах та у навчально-тренувальному Центрі симуляційного навчання та оцінювання ПДМУ, що сприяє високому рівню підготовки майбутніх медичних спеціалістів [4, с. 174].

На сьогодні в нашому навчальному закладі здобувачі міжнародного факультету, які були змушені покинути Україну через воєнні дії, продовжують навчання на дистанційній формі. Цей формат навчання надає можливість студентам отримувати необхідні знання, зберігаючи неперервність освітнього процесу, незважаючи на складні умови, що склалися в Україні. Дистанційне навчання в умовах війни стало для цих студентів єдиною можливістю підтримувати свою освітню траєкторію, забезпечуючи безперервність освітнього процесу.

На кафедрі педіатрії №2 здійснюється навчання здобувачів 4-го та 6-го курсу міжнародного факультету за освітньо-професійними програмами «Медицина» та «Стоматологія». Метою викладання навчальної дисципліни «Педіатрія» є формування у студентів глибоких теоретичних знань та практичних навичок, необхідних для ефективної діагностики, лікування та профілактики захворювань у дітей різного віку. Також дана освітня компонента орієнтована на розвиток здатності правильно оцінювати фізіологічний і патологічний стан дитячого організму, здійснювати своєчасну медичну допомогу та ефективно взаємодіяти з родинами пацієнтів для досягнення комплаєнсу, що є невід’ємною частиною практичної медицини.

Аналітичний огляд науково-педагогічних публікацій щодо організації освітнього процесу в умовах воєнного часу дає підстави стверджувати, що однією з ключових тенденцій у медичних закладах вищої освіти є пошук оптимальних моделей навчання, які демонструють свою ефективність у кризових ситуаціях. Цей процес супроводжується активною апробацією інноваційних технологій та інтерактивних методів навчання. Зазначене підтверджується значною кількістю публікацій, що детально розглядають організацію освітнього процесу в умовах війни в закладах вищої освіти. [2, с. 839; 5, с. 103].

Мета. Висвітлити власний підхід до організації дистанційного навчання зі здобувачами міжнародного факультету на кафедрі педіатрії №2 Полтавського державного медичного університету в умовах воєнного стану, а також визначити проблеми, що виникли під час проведення практичних занять та шляхи їх подолання.

Основна частина.

У нашій викладацькій практиці ми активно використовуємо платформу Zoom, яка за результатами наших спостережень, є однією з найбільш зручних і простих у використанні для організації дистанційного навчання. Вона надає можливість ефективно візуалізувати навчальний матеріал, залучати значну кількість учасників до конференцій та забезпечувати активну взаємодію в реальному часі. Платформа також дозволяє здійснювати ефективний контроль за процесом засвоєння знань через інструменти опитування, розв'язання ситуаційних задач та використання інших методологічних підходів, що сприяють глибшому розумінню та закріпленню матеріалу студентами.

Планування навчального процесу при використанні дистанційної форми навчання передбачає не лише визначення змісту теми, але й ретельне продумування механізмів підтримки різних видів взаємодії, які є ключовими для ефективного навчання. Такий підхід підкреслює, що навчання є не лише процесом передачі інформації, але й соціальним і пізнавальним явищем, де важливу роль відіграє взаємодія між викладачем та студентами, а також між самими здобувачами освіти. Оскільки дистанційне навчання передбачає обмежену фізичну присутність, організація саме активних форм взаємодії, таких як групові обговорення, онлайн-опитування та вирішення ситуаційних задач, стає важливою складовою процесу, що забезпечує глибоке усвідомлення матеріалу та розвиток критичного мислення.

Безперечно, навчальні ресурси при підготовці до будь-якої теми повинні забезпечувати студентів усіма необхідними ресурсами для виконання завдань та засвоєння навчального матеріалу. Текстовий контент має бути чітко структурованим, з розподілом на логічні блоки, що сприяє кращому розумінню і запам'ятовуванню інформації. Важливо, щоб матеріали містили графіку, інфографіку та інші візуальні елементи, які допомагають ілюструвати ключові концепції та полегшують сприйняття складної інформації. Крім того, текстовий матеріал завжди доповнюється відеофайлами, які дозволяють поглибити знання через візуалізацію процесів або демонстрацію практичних ситуацій.

У сучасному освітньому процесі презентації стали невід'ємною частиною навчальних матеріалів, оскільки вони дозволяють наочно подавати інформацію, систематизувати знання та ефективно підтримувати інтерактивну взаємодію між викладачем та студентами. Тому співробітниками кафедри педіатрії №2 здійснено організацію значної відеотеки, яка розміщена в папці «Здобувачу освіти» відповідно до кожної дисципліни на офіційному сайті кафедри. Дана відеотека включає навчальні матеріали, створені з урахуванням сучасних педагогічних підходів та клінічних рекомендацій, і спрямована на покращення доступу до навчального контенту в умовах аудиторно-дистанційного навчання. Представлений відеоматеріал структурований за тематичними розділами, що відповідають навчальним планам дисциплін «Педіатрія» та «Педіатрія з дитячими інфекційними захворюваннями». У відеороликах використовуються інтерактивні елементи, включаючи графічні ілюстрації, алгоритми діагностики та лікування, а також симуляції клінічних випадків. Це дозволяє здобувачам освіти засвоювати матеріал не лише в теоретичному, але й у практичному аспекті.

Розгляд ситуаційних задач і клінічних випадків, що базуються на реальних виписках пацієнтів зі стаціонару, є одним із ключових компонентів освітнього процесу, який викликає значний інтерес серед студентів. Цей підхід дозволяє не лише поглиблювати теоретичні знання, але й сприяє формуванню практичних компетентностей, необхідних для професійної діяльності лікаря. Особлива увага приділяється аналізу як типових, так і нетипових клінічних проявів захворювань, що забезпечує більш глибоке розуміння патогенезу та клінічної картини патологій. Крім того, це створює умови для вдосконалення навичок диференційної діагностики, обґрунтованого призначення інструментальних досліджень та вибору оптимальних методів лікування.

Особливо важливим є обговорення клінічних випадків із супутньою патологією, які потребують застосування системного й міждисциплінарного підходів. Робота над такими ситуаційними задачами дозволяє студентам оволодіти методологією проведення диференційної діагностики, а також навичками розробки індивідуалізованої стратегії лікування. Участь у вирішенні подібних завдань сприяє розвитку клінічного мислення, критичного аналізу та самостійності у прийнятті рішень щодо подальшого ведення пацієнтів. Таким чином, цей підхід є невід'ємним елементом підготовки компетентних фахівців, здатних ефективно діяти в умовах сучасної медичної практики та забезпечувати високий рівень надання медичної допомоги.

Відомо, що досягнення максимального ефекту при вивченні медичних дисциплін та підготовки висококваліфікованого спеціаліста можливі лише тоді, коли здобувачі освіти не тільки отримують глибокі теоретичні знання, але й повноцінно освоюють та вдосконалюють свої практичні навички. Безумовно, під час проходження навчального процесу на кафедрі педіатрії №2, важлива роль відводиться засвоєнню та відпрацюванню цілого ряду практичних навичок, оволодіння якими передбачено навчальним планом дисциплін. Обсяг опанування практичними навичками чітко регламентований силабусами відповідних навчальних дисциплін. Рівень опанування передбачає повне оволодіння алгоритмом відповідної практичної навички/лікарської маніпуляції з демонстрацією її виконання під контролем викладача. Під час оцінювання кожного практичного заняття окрім перевірки теоретичних знань здобувачів освіти обов'язковою також є перевірка засвоєння практичних навичок, які передбачені в рамках вивчення даної тематики (інтерпретація даних лабораторних чи інструментальних методів дослідження/виконання діагностичних чи терапевтичних маніпуляцій тощо), що відображається на отриманні балу за заняття.

Проте, за дистанційної форми навчання, досить проблематично забезпечити якісне відтворення практичної частини підготовки майбутніх лікарів, яка є невід'ємною складовою медичної освіти. Освоєння практичних навичок потребує безпосередньої участі студентів у клінічних процесах, взаємодії з пацієнтами та використання сучасного медичного обладнання.

На нашу думку, основними викликами в умовах дистанційного навчання є відсутність доступу до клінічних баз, що унеможлиблює відпрацювання навичок у реальному часі, а також брак прямого контакту з пацієнтами, що позбавляє студентів важливого досвіду комунікації та психологічної підготовки до роботи з хворими. Для подолання цих викликів ми використовуємо інноваційні методи навчання, зокрема моделювання клінічних сценаріїв, у яких студенти виконують ролі пацієнтів і лікарів, що дозволяє їм відпрацьовувати діагностичні та комунікативні навички й використання телемедицини як інструменту дистанційного супроводу пацієнтів під керівництвом викладачів, що забезпечує набуття практичного досвіду навіть у дистанційному форматі. Таким чином, дистанційне навчання, за умови впровадження адаптивних підходів, може слугувати не лише ефективним засобом теоретичної підготовки, але й сприяти розвитку практичних навичок, забезпечуючи зв'язок із реальним клінічним середовищем.

Особлива увага в процесі організації навчання для здобувачів вищої освіти 6-го курсу приділяється підготовці до складання ліцензійного тестового іспиту «Крок 2». Співробітники кафедри педіатрії №2 розробили загальну базу тестових завдань педіатричного профілю,

використовуючи матеріали з офіційного ресурсу <https://test.testcentr.org.ua/> та допоміжних інтернет ресурсів, зокрема <https://krok-lead.com/booklet/krok2>. Під час кожного практичного заняття здобувачам вищої освіти 6-го курсу виділяється окремий час для розбору тестових завдань, які відповідають змісту теми, що вивчається. Це дозволяє студентам глибше засвоїти матеріал та підготуватися до тестування. Крім того, було створено тематичні мультимедійні презентації, які містять тестові завдання з бази «Крок 2». У цих презентаціях ключові слова виділено таким чином, щоб допомогти студентам обґрунтувати правильну відповідь, формуючи навички логічного мислення та роботи з тестами. Також запроваджено систему інтерактивного обговорення результатів тестів, що сприяє зворотному зв'язку між викладачами та студентами. Викладачі пояснюють складні моменти, акцентуючи увагу на типових помилках, і пропонують стратегії їх уникнення. Це дозволяє не лише перевіряти рівень знань, але й активно їх вдосконалювати. Таким чином, комплексний підхід до підготовки здобувачів вищої освіти забезпечує їхню конкурентоспроможність на етапі складання ліцензійного іспиту та в майбутній професійній діяльності.

Часті повітряні тривоги змушують переривати навчальний процес, що значно ускладнює його організацію. У зв'язку з цим навчання проводиться як у синхронному, так і в асинхронному форматах. Студентам надаються завдання для самостійного опрацювання, що забезпечує певну гнучкість освітнього процесу. Проте під час виконання цих завдань студенти все частіше звертаються до штучного інтелекту, який завдяки стрімкому розвитку інформаційних технологій став невід'ємною частиною сучасного навчального процесу. Інструменти на базі штучного інтелекту дозволяють швидко знаходити відповіді та рішення, але це породжує як питання дотримання принципів академічної доброчесності, так і ризик отримання некоректних відповідей. Неконтрольоване використання таких технологій може призвести до формального підходу до навчання, коли студенти покладаються на готові відповіді замість самостійного аналізу та осмислення матеріалу. Це підкреслює важливість формування у здобувачів відповідального ставлення до використання сучасних когнітивних технологій.

Викладачі відіграють ключову роль у цьому процесі: вони не лише пояснюють важливість етичного підходу до навчання, а й адаптують завдання, щоб стимулювати розвиток критичного мислення та самостійності. Інтеграція штучного інтелекту в освітній процес має здійснюватися таким чином, щоб сприяти формуванню професійних компетенцій, підтримувати самостійну роботу студентів і готувати їх до вирішення викликів майбутньої професійної діяльності.

Висновки. Таким чином, в умовах воєнного стану система медичної освіти в Україні стикається з безпрецедентними викликами, що вимагають гнучких та інноваційних підходів до організації навчального процесу. Організація дистанційної форми навчання для здобувачів міжнародного факультету кафедри педіатрії №2 ПДМУ демонструє свою спроможність забезпечувати належний рівень підготовки майбутніх лікарів, адаптуючи зміст і методи навчання до сучасних умов. Правильно організований підхід дозволяє зберегти акцент на формуванні клінічного мислення, опануванні сучасних діагностичних і терапевтичних підходів, а також розвивати професійні навички, необхідні для роботи у складних і непередбачуваних обставинах. Це свідчить про те, що дистанційна освіта може стати ефективним інструментом підготовки конкурентоспроможних фахівців у сфері медицини, здатних діяти в умовах кризи та забезпечувати якісну медичну допомогу незалежно від зовнішніх обставин.

Список використаних джерел

1. Ahmady S, Kallestrup P, Sadoughi MM, Katibeh M, Kalantarion M, Amini M, Khajeali N. Distance learning strategies in medical education during COVID-19: A systematic review. J Educ Health Promot. 2021 Nov 30;10:421.

2. Skrypnyk Igor, Hanna Maslova, Olha Shaposhnyk, et al. "Using Innovative Technologies In Medical Education Of Ukraine Under Martial Law." *Journal of Positive School Psychology* 7.5 (2023): 838-847.

3. Закон України "Про вищу освіту" [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/155618?find=1&text=%D0%B4%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D1%86%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B0+%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0+%D0%BD%D0%B0%D0%B2%D1%87%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F#w1_1

4. Крючко Т.О., Литус С.І. Шляхи вирішення проблем медичної дистанційної освіти в умовах війни: матеріали V міжнародної науково-практичної конференції «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)». – м. Запоріжжя. 2024. – С. 173–175.

5. Локес К. П., Аветіков Д. С., Беляєва О. М. Особливості проведення практичних занять на кафедрі хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії в умовах воєнного стану: матеріали наук.-метод. конф. з міжнар. участю «Актуальні питання підвищення якості освітнього процесу», м. Яремче, 2022.– С. 103.

6. Положення про дистанційну форму навчання у Полтавському державному медичному університеті [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.pdmu.edu.ua/storage/departmentnpr/docs_links/03JNND8Ilh5H8KhDdFbMIJPEIQnAzB7UNwxCvRGy.pdf

СЕКЦІЯ 7. МЕДИЦИНА В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВІЙНИ

УДК 338.46:61

ДЕФІЦИТ МЕДИЧНИХ КАДРІВ В УКРАЇНІ У РОКИ ВІЙНИ

*Волосовець Олександр Петрович, член-кореспондент НАМН України,
доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри педіатрії №2
Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (Київ, Україна),
ORCID:0000-0001-7246-0768;*

*Волосовець Антон Олександрович, доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри медицини невідкладних станів
Національного університету охорони здоров'я України
імені П.Л. Шупика (Київ, Україна),
ORCID:0000-0002-5225-1480*

Резюме. Стаття аналізує проблему дефіциту медичних кадрів в Україні, яка стала особливо гострою в умовах війни та пандемії COVID-19. За часи війни кількість лікарів та середнього медичного персоналу в закладах охорони здоров'я зменшилась, що створює ризики для надання медичних послуг, особливо в прифронтових регіонах. У 2024 році кількість лікарів і молодших медичних спеціалістів в державних та комунальних закладах охорони здоров'я значно знизилася, що спричиняє зменшення кількості медичних кадрів на 10 000 осіб, порівняно з країнами ЄС. Скорочення прийому абітурієнтів до медичних університетів України також призводить до зменшення кадрового потенціалу, що посилює проблему дефіциту. Особливо гостро проблема стоїть у таких регіонах як Донецька, Луганська та Херсонська області. Для подолання цієї ситуації необхідно збільшити державне замовлення на підготовку медичних кадрів і покращити соціальний захист медиків.

Ключові слова: війна, пандемія, медичний персонал, медична освіта, кадрове забезпечення.

SHORTAGE OF MEDICAL PERSONNEL IN UKRAINE DURING THE WAR

Volosovets O.P., Volosovets A.O.

Abstract. The article addresses the issue of the medical workforce shortage in Ukraine, which became particularly acute during the war and the COVID-19 pandemic. During the war, the number of doctors and medical staff in healthcare institutions decreased, creating risks for providing medical services, especially in frontline regions. In 2024, the number of doctors and junior medical specialists in state and municipal healthcare institutions significantly dropped, leading to a decrease in medical staff per 10,000 people compared to EU countries. The reduction in the admission of applicants to medical universities in Ukraine further contributes to the decreasing medical workforce, intensifying the shortage issue. The problem is particularly severe in regions such as Donetsk, Luhansk, and Kherson. To overcome this situation, it is necessary to increase the state order for the training of medical personnel and improve the social protection of medical workers.

Keywords: war, pandemic, medical staff, medical education, personnel support.

Дефіцит медичних кадрів є хронічною проблемою системи охорони здоров'я України, що особливо посилювалась у час війни та подолання наслідків пандемії COVID-19 [1, 3, 7]. Це створює особливі ризики щодо можливого обмеження що необхідного обсягу та якості медичних послуг населенню, особливо у прифронтових регіонах..

За часи війни та пандемії кількість лікарів в Україні у закладах охорони здоров'я усіх форм власності зменшилась на 19,4 тис. осіб або на 10,8% і досягла найнижчої в історії країни кількості у 160,2 тис. осіб. Загальна кількість же середнього медичного персоналу у закладах охорони здоров'я усіх форм власності скоротилася на 51,2 тис. осіб або на 16,6% і у 2024 році досягла 257,5 тис. осіб.

Станом на 1.01.2024 за даними МОЗ України у державних і комунальних закладах охорони здоров'я нараховувалось лише 133,2 тис. лікарів та 229,4 тис молодших медичних

спеціалістів з медичною освітою (медичних сестер, фельдшерів, акушерок та лаборантів), що значно менше ніж до початку повномасштабного вторгнення рф (на 10,6 тис. осіб та 31,8 тис. осіб відповідно). Укомплектованість штатних посад лікарів у закладах охорони здоров'я МОЗ України також знизилась і склала у 2023 році 75,7 % проти 76,9% у 2020 році. Укомплектованість штатних посад молодшими спеціалістів з медичною освітою у закладах охорони здоров'я МОЗ України знизилась до 87,7 % проти 88,4% у 2022 році [6].

Звідси забезпеченість виключно практикуючими лікарями у галузі зменшилась до 23,4 на 10 000 населення, а молодшими спеціалістами з медичною освітою – до 55,9 на 10 000 осіб, що значно нижче відповідних показників у країнах ЄС. Співвідношення між лікарями і молодшими спеціалістами у 2023 році досягло 1:1,72, що значно нижче ніж у країнах ЄС (1:2,5) та рекомендацій ВООЗ (1:4).

За даними МОЗ України у минулому році загальна забезпеченість лікарями (включно з лікарями закладів відомчої медицини, НАМН України, закладів вищої медичної освіти та лікарями - стоматологами) зменшилась до 32,5 на 10 тисяч населення, а частка лікарів пенсійного віку зросла до 24,7%. Найгостріше проблема кадрового забезпечення стояла у Донецькій, Луганській та Херсонській областях [5].

Найбільше зменшилась чисельність лікарів стоматологічного профілю, менеджерів охорони здоров'я, лікарів-терапевтів, лікарів-педіатрів, лікарів загальної практики-сімейної медицини, акушерів-гінекологів, фтизіатрів, невропатологів. У той же час у галузі спостерігається невелике збільшення спеціалістів за спеціальностями: «Анестезіологія», «Ортопедія і травматологія», «Нейрохірургія», «Онкологія», «Епідеміологія», «Рентгенологія», «Хірургія серця і судин», «Трансфузіологія, що можна розглядати як певне реагування системи підготовки медичних кадрів внаслідок війни. Кадровий потенціал служби медицини невідкладних станів залишився практично незмінним, що є вкрай важливим у нинішніх умовах.

Особлива тривожна ситуація склалась із поповненням закладів охорони здоров'я молодими лікарями. Так, унаслідок систематичного зменшення прийому на медичні спеціальності до закладів вищої медичної освіти МОЗ України за останні 5 років. число лікарів-інтернів, які проходять підготовку у медичних університетах, зменшилось на 2475 особи і склало станом на 01.01.2024 лише 11,2 тисяч осіб при наявності у закладах охорони здоров'я державної та комунальної форм власності 32 082 вакансій [6].

Число вакансій молодших спеціалістів з медичною освітою за роки війни та пандемії зросла ще більш суттєво до 38 336 (у 2020 році – 33 704), тобто майже на 5,1 тис.

У той же час за державним замовленням у 2024 році заклади вищої медичної освіти МОЗ України в умовах 150-бального прохідного рівня, директивно визначеного умовами прийому МОН України, змогли прийняти за спеціальністю «Медицина» на перший курс лише 3009 майбутніх лікарів (у 2023 році - 3019), що складає 93,8% від затвердженого плану прийому МОЗ України. Ще 508 осіб було прийнято за спеціальністю «Медицина» на умовах контракту (у 2023 році - 630). 304 особи, які мають рівень молодшого спеціаліста, було прийнято до медичних університетів МОЗ України на другий курс за скороченою програмою навчання (у 2023 році - 466). Тобто, стало зменшення прийому абітурієнтів за спеціальністю «Медицина» спостерігається за усіма напрямками і формами підготовки (Рис.1).

За кошти державного бюджету аби вчитися за спеціальністю «Педіатрія» до 12 медуніверситетів змогли вступити тільки 125 осіб (у 2023 році - 172), що складає лише 51,2% від затвердженого на 2024 рік плану прийому МОЗ України. На контракті буде вчитись лише 10 майбутніх педіатрів. І це при наявності у системі 1237 вакансій дитячих лікарів.

Міністр охорони здоров'я України Ляшко В.К. з цього приводу зазначив: "Сьогодні ми спостерігаємо зростання державного замовлення, проте цього року не вдалося заповнити всі місця за його квотою на 100%" [4].

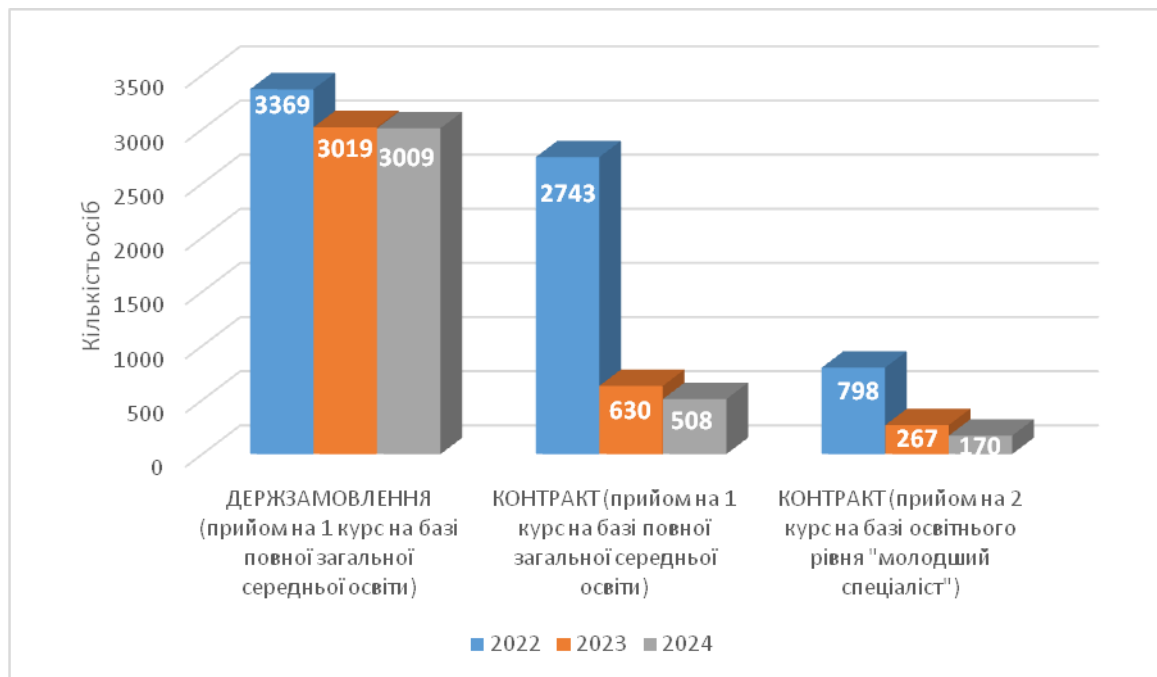


Рисунок 1. Динаміка зменшення обсягів прийому абітурієнтів за кошти державного замовлення та кошти фізичних та юридичних осіб на перший та другий курс медичних університетів МОЗ України у 2022-2024 рр. (осіб)

План прийому за спеціальністю «Стоматологія» у 86 місць держзамовлення у 2024 році був виконаний медичними університетами МОЗ України у повній мірі (у 2023 році було прийнято 69 осіб). На умовах контракту за спеціальністю «Стоматологія» було прийнято 1421 особу (у 2023 році - 1334). Тобто, мотиваційна складова, відсутність розподілу і майбутні економічні перспективи при вступі на стоматологічну спеціальність відіграють вирішальну роль у порівнянні з ситуацією з недостатніми обсягами прийому майбутніх лікарів та дитячих лікарів. Висновок, справа не лише у прохідних балах.

У цілому до усіх 32 державних та приватних університетів та інститутів, що готують магістрів медицини, у 2024 році було прийнято лише 3504 особи за кошти держбюджету (у 2023 році - 3709) та 1162 – за кошти юридичних і фізичних осіб (у 2023 році - 1258).

Нині на одного вступника до медичних університетів МОЗ України припадає приблизно 9,36 лікарів пенсійного віку, а на одного вступника на спеціальність «Медсестринство» – п'ять працюючих пенсіонерів із числа молодших спеціалістів з медичною освітою.

У таких умовах дефіцит медичних кадрів буде невпинно зростати і стане тим ризиком, що реально може обмежити надання медичної допомоги населенню, особливо у прифронтових регіонах.

Необхідно зазначити, що навіть у цих складних умовах медици країни та вища медична школа на належному рівні виконують свій професійний обов'язок щодо забезпечення населення медичною допомогою та якісної підготовки медичних кадрів [2]

Висновки:

1. Україна стала єдиною країною в Європі, що скорочує власні обсяги підготовки лікарів в медичних університетах за державним замовленням в умовах війни та наслідків пандемії.

2. Призупинення цих негативних тенденцій можливе лише за умови прийняття управлінських рішень щодо покращання соціального захисту медиків, зміни умов прийому та збільшення обсягів державного і комунального замовлення на підготовку як лікарів, так і молодших спеціалістів до 10 тис. осіб щорічно.

Конфлікт інтересів. Автори свідомо засвідчують відсутність фактичного або потенційного конфлікту інтересів щодо результатів цієї роботи. Всі автори гарантують, що

вони не отримували жодних винагород у будь-якій формі, здатних вплинути на результати роботи.

Інформація про фінансування. Зазначене дослідження виконувалось без грантової підтримки. Виконання дослідження проводилося у рамках виконання НДР кафедри педіатрії №2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Код державної реєстрації 0120U100804.

Внесок авторів. Волосовець О.П. — концепція та дизайн, збір матеріалу та його аналіз, написання тексту; Волосовець А.О. — написання тексту, редагування.

Список використаних джерел

1. Волосовець О.П., Заболотько В.М., Волосовець А.О. Кадрове забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні та світі: сучасні виклики. Українські медичні вісті. 2020. Т.13(1(84)). С. 21-26. doi:10.32471/umv.2709-6432.84.57
2. Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейський регіон. Безперервність основних послуг з охорони здоров'я під час війни в Україні Результати оцінювання. 2022-2023 pp. ВООЗ. 2024. 41 с. URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/m/item/continuity-of-essential-health-services-during-the-war-in-ukraine>
3. Заболотько В.М., Стешенко І. Є., Євдокіменко О.А., Харкевич Л. Б. Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2020–2021 роки. МОЗ України, ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України». 2021. 64 с. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/MMXX.html>
4. Ляшко В. К. В Україні бракує охочих вступати до медичних університетів <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3952248-v-ukraini-brakue-ohocih-vstupati-do-medicnih-universitetiv-lasko.html>
5. Росада М. Генеральний директор Центру громадського здоров'я Михайло Росада виступив з доповіддю на Колегії МОЗ України <https://phc.org.ua/news/generalniy-direktor-centru-gromadskogo-zdorovya-mikhaylo-rosada-vistupiv-z-dopoviddu-na>
6. Стешенко І. Є., Виходіл І.В. Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2022–2023 роки. МОЗ України, Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України» 2024. 50 с. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/MMXXIII.html>
7. Volosovets OP, Lurin IA, Naumenko OM., Volosovets AO, Kryvopustov SP. Current challenges for the health care system due to the lack of medical staff and the continuous professional development of doctors. Wiadomości Lekarskie. 2022. Tom LXXV (5), P. 1135-1138. <https://doi.org/10.36740/WLek202205115>

ТРАНСФОРМАЦІЯ КОМУНІКАТИВНИХ СТРАТЕГІЙ ЛЮДИНИ У ВІРТУАЛЬНОМУ ПРОСТОРИ В ІНТЕРПРЕТАЦІЇ М. МАК-ЛЮЕНА

*Амма Алефтіна Володимирівна, аспірантка кафедри філософії та політології,
Житомирський державний університет імені Івана Франка*

В умовах надскладних геополітичних викликів сучасності, насамперед російсько-української війни, вкрай актуальним залишається дослідження особливостей глобального віртуального комунікативного простору, який став середовищем для ефективного поширення масованої російської пропаганди. У зв'язку з цим доречним є звернення до ідей канадського дослідника Маршала Мак-Люена, який ще у 60-ті роки XX століття звернув увагу на якісно нові форми і механізми комунікації у віртуальній реальності.

Він не тільки акцентував увагу на кардинальну зміну комунікативних практик з появою друкованих текстів, радіо і телебачення та їх ще більшу трансформацію під впливом розвитку електроніки. Комунікації за його слушним передбаченням мали стати ще більш ефективними щодо формування своєрідних електронних трайбів або дигітальних угруповань.

Дослідник вказував на одночасовість зустрічі учасників комунікації у віртуальній реальності та доводив, що «електрична одночасність нівелює спеціалізоване навчання і діяльність і вимагає глибокої взаємодії, навіть від самої особистості» [1, р. 320]. Канадський науковець акцентував увагу і на тому, що люди з різних професійних сфер, які живуть у різних куточках світу, за допомогою віртуальної реальності можуть мати набагато більше спільного, ніж з їх реальними сусідами по багатоквартирному будинку.

Характеризуючи сучасну для нього епоху, Маршал Мак-Люен вказував, що вона характеризується мозаїкою «переплетінь вічно перемінних форм, що трансформуються, наче у калейдоскопі» [2, с. 11]. У свідомості сучасної людини у віртуальному просторі калейдоскопічність сприйняття стає домінуючою: у ній для людини занадто багато інформації, наративів, символів, звуків. Дослідник звертає увагу й на ще одну характеристику трансформації сприйняття інформації у технологічному світі: будь-яка технологія, розширюючи межі одного з відчуттів людини, з необхідністю змінює інші форми сприйняття інформації [2, с. 63]. Новітні технології у фізичному світі стають своєрідним продовженням людської руки, а у віртуальному світі – людського розуму і людської свідомості.

Розвиваючи ідеї Маршала Мак-Люена, який доводив, що друкарський верстат Йогана Гутенберга спричинив формування якісного нового соціального середовища – публіки [2, с. 11], зауважимо, що у віртуальному світі публікою стають мільярди людей, багато з яких перманентно, свідомо або несвідомо, змінюють свою ідентичність або взагалі залишаються анонімними. У зв'язку з цим канадський дослідник робить далекосяжний висновок, що електронні (електричні) засоби комунікації, до яких він відносив телебачення і радіо, здатні перетворити світ у єдине «глобальне село», в якому через засоби комунікації, через комплексний слуховізуальний вплив відкривається можливість тримати під контролем «емоційний клімат цілих культур».

Віртуальна епоха призвела до якісної зміни розуміння і сприйняття природи багатства і цінностей. Якщо у первісних спільнотах, на думку Маршала Мак-Люена, бідні і багаті жили приблизно на однаковому рівні, то в епоху середньовіччя різниця у їх житті була вже кардинальною. На противагу цьому в епоху електроніки найбагатші люди мають майже однакові розваги, подібну їжу і транспортні засоби, що і звичайні люди [1, р. 150]. У такому розумінні віртуальна епоха і доступність її здобутків для більшості людей у світі постає «великим зрівнювачем» сучасності.

Ще в другій половині XX століття М. Мак-Люен звертав увагу на фундаментальні зміни у сприйнятті молодими людьми інформації під впливом телебачення. Десятиліття впливу телебачення призвели до того, що зразки звичайної культури для сучасної людини видаються нереальними, нерелеватними і навіть анемічними. І пов'язується це дослідником з мозаїчністю відеоряду телевізора [1, р. 370]. Реальний світ у такому розумінні поставав у свідомості споживача телевізійного продукту як сірий, неповноцінний і аморфний. Натомість віртуальний світ тлумачився як простір можливого і простір нестримного творення.

Під впливом електронних засобів комунікації, за твердженням М. Мак-Люена, різні сфери діяльності синтезуються, маркетинг і споживання поєднуються з навчанням, освітою, сприйняттям інформації. «Електрична автоматизація об'єднує виробництво, споживання та навчання у нерозривний процес» [1, р. 387]. Колись лінійні процеси обміну інформації у віртуальному світі стали циклічними, завершившись становленням своєрідної інформаційної петлі, яка дозволяє сучасній людині часто не перетинатись з реальною природною або соціальною дійсністю.

Загалом, у розумінні М. Мак-Люена глобалізація інформаційного простору зумовлює кардинальні зміни у сфері комунікації. За її допомогою люди з різних куточків світу стають у глобальному інформаційному середовищі реальними слухачами, глядачами і співрозмовниками. У зв'язку з цим електронні (електричні) засоби комунікації, до яких він відносив телебачення і радіо, здатні перетворити світ у єдине «глобальне село», в якому

відкриваються широкі можливості для зацікавлених сторін тримати під контролем «емоційний клімат цілих культур». При цьому свідомість людини піддається деформуючому впливу надмірної кількості інформації, наративів, символів, звуків, до яких їй дуже складно пристосуватись і об'єктивно оцінити.

Список використаних джерел

1. McLuhan M., *Understanding Media: The Extensions of Man*. N.Y.: McGraw Hill, 1964. 396 р. URL: <https://archive.org/details/marshall-mcluhan-understanding-media/mode/2up> (16.01.2025).
2. Мак-Люен М. Галактика Гутенберга: Становлення людини друкованої книги. Київ: Ніка-Центр, 2008. 392 с.

СИНДРОМ УЛІССА: МІГРАЦІЯ, ПСИХОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ ТА ОСОБИСТІСНІ РЕСУРСИ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ

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

Термін «синдром Улісса» був введений до наукового обігу у 2002 р. доктором Хосеба Ахотегі Лоізате з університету Барселони за результатами його роботи з іммігрантами в Іспанії. Назва пов'язана із героєм давньогрецького епосу Одисеєм (в римській транслітерації – Уліссом), який після закінчення Троянської війни багато років не мав змоги повернутися додому. Цей феномен отримав значну увагу з боку науковців і став предметом вивчення, особливо в країнах Європи і Північної Америки [1–4], де питання міграції та адаптації мігрантів є важливим фактором внутрішньої політики. Для України актуалізація проблеми пов'язана з початком збройної агресії та вимушеним виїздом мільйонів українців за кордон [5, 6].

Синдром Улісса не є психічним захворюванням, він є нормальною стресовою реакцією людини в екстремальній ситуації в умовах еміграції. Прояви синдрому Улісса [6, с. 48–51]:

а) відчуття самотності, відчуженості від соціального оточення, обмеження соціальних контактів, сприйняття оточуючих людей як загрози, втрата приналежності, соціальна самоізоляція;

б) соціальна дезадаптація, нерозуміння своєї соціальної ролі і невміння поводитися відповідно до соціальних очікувань, як результат – зниження самооцінки, втрата ідентичності;

в) відчуття втрати і помилковості ухваленого рішення, ностальгія, часто – відчуття провини і сорому;

г) відчуття вразливості, безсилля, страху і тривоги, зосередження на негативних думках і сценаріях розвитку, відчуття близької катастрофи; більш емоційне сприйняття проблем, гіперболізація негараздів;

д) проблеми з ментальним і фізичним здоров'ям, хронічна втома, зменшення продуктивності праці. Згідно дослідженням, спостерігаються такі психосоматичні симптоми, як дратівливість, нервовість, тривожність, головний біль, втрати апетиту, безсоння, болі у шлунку тощо [7, р. 30–31].

Якщо не звертати на це увагу, подібні прояви можуть трансформуватися в важкі психосоматичні, іпохондричні, параноїдальні, депресивні розлади і призвести до різних залежностей [5, с. 4].

Як фактори, що посилюють стрес мігранта можна назвати:

а) «обнуління» соціального капіталу. Чому діти, зазвичай, сприймають переїзд до іншої країни легше за дорослих. На нашу думку, питання не в більшій адаптивності дитячої психіки. Діти не мають починати життя наново. Впродовж життя людина формує свій соціальний статус: освіта, досвід роботи, родинні зв'язки. З переїздом до нової країни

соціальний капітал, в переважній більшості, втрачається, і мігрант має змінити сферу професійної діяльності, що часто не відповідає рівню освіти;

б) руйнування соціальних зв'язків (вихід за межі своєї «соціальної бульбашки»): як другого-третього плану (сусіди, колеги по роботі, знайомі), так і сімейних. Численні соціологічні дослідження з проблем щастя демонструють кореляцію між кількістю і міцністю соціальних зв'язків особи і задоволенням особистим життям;

в) погіршення матеріального становища, відсутність налаштованого побуту, неможливість підтримувати той рівень життя, який був раніше;

г) мовний бар'єр, нездатність налагодити ефективну комунікацію з оточуючими;

д) непередбачуваність ситуації, відсутність можливості планувати наперед;

е) незвичне культурне середовище (смаки, запахи, звуки, кольори, одяг), інші звичаї, традиції, цінності. Саме тому, міграція до країн, близьких за системою цінностей (див. результати World Values Survey, 2020 р. [8, с. 8]), зазвичай є менш стресовою;

є) міграційна політика приймаючих держав, особлива увага і вимоги щодо поведінки і виконання соціальних норм мігрантами, необхідність постійно доводити свою доброчесність;

ж) зміна кліматичних умов та тривалості світлового дня.

Зміна країни проживання неминує вимагає адаптації та трансформації усталеного способу існування, мислення. Проте є певні рекомендації, що допоможуть подолати негативні прояви синдрому Улісса і зберегти ментальне здоров'я. Факторами, що зменшують прояви стресу, є:

а) свідомо підготовка і планування до переїзду (ознайомлення із новим культурним середовищем і кліматичними умовами, вивчення мови, пошук житла, роботи, влаштування дітей до освітніх закладів). Для українських біженців з початком військових дій міграція стала вимушеною і непланованою. Термінова евакуація від бойових дій принципово відрізняється від переїзду з метою професійної реалізації;

б) збереження власної ідентичності. Мігранти першого покоління завжди будуть відрізнятися від місцевого населення. Прагнення «розчинитися», максимально швидко інтегруватися і «не вирізнятися» призводять лише до екзистенціальної кризи. Величезне значення тут має діяльність місцевої діаспори і громадських організацій, мета якої – збереження національних традицій і самобутності. Для комфортного проживання у правовій демократичній країні з ефективним антидискримінаційним законодавством немає потреби втрачати власну національну ідентичність. Визнання відмінностей і використання їх, адже єдність і боротьба протилежностей є запорукою успіху і розвитку;

в) формування нових соціальних зв'язків, приєднання до різних соціальних груп, формування власної сильної соціальної мережі. Не можна обмежувати сфери комунікації тільки представниками діаспори, щоб не опинитися в «емігрантській бульбашці»;

г) піклування про себе, підтримання здорового способу життя, сон, повноцінне харчування, відпочинок, фізична активність, прогулянки, побутовий комфорт;

д) адаптація в професійному середовищі, визнання реалістичної мети для професійної реалізації;

е) відкриття для себе нових можливостей.

Таким чином, психологічні проблеми, з якими стикнулися мільйони українських біженців за кордоном, потребують розробки відповідних корекційних програм і програм психологічної підтримки, спрямованих на збереження психічного здоров'я та підвищення життєстійкості.

Список використаних джерел

1. Ferrarello S. Ulysses syndrome. The Problem of Collective Intentionality for Newcomers. 2021. URL: <https://www.incircolorivistafilosofica.it/wp-content/uploads/2021/07/InCircolo-n.11-17-Ferrarello.pdf>

2. Eguiluz I. Gender perspective in mental health and the Ulysses Syndrome studies: a literature review. *Migration and Diasporas: An Interdisciplinary Journal*. 2021. Vol. 4. No. 1. P. 61–85.
3. Christodoulou I. Immigration-induced syndromes. *International Journal of Health Science*. 2009. Vol. 2. Issue 1. P. 145–146.
4. Lundahl A., Helgesson G., Juth N. Against Ulysses contracts for patients with borderline personality disorder. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2020. Vol. 23. P.695–703.
5. Бахмутова Л.М. Синдром Улісса – психологічне порушення, характерне для біженців. *Особистісні та психофізіологічні ресурси життєстійкості: Матеріали V Науково-методичного семінару (м. Київ, 19 вересня 2024 р.)*. Київ: Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2024. С. 3–5.
6. Креденцер О. Емпіричне дослідження психологічних проблем українців, що перебувають в Німеччині у зв'язку з війною. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2023. № 1 (28). С. 45–55. URL: <https://doi.org/10.31108/2.2023.1.28.5>
7. Bianucci R., Charlier Ph. The «Ulysses syndrome»: An eponym identifies a psychosomatic disorder in modern migrants. *European Journal of Internal Medicine*. 2017. Vol. 41. P. 30-32. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28377064/>
8. Світове дослідження цінностей 2020 в Україні. Український центр європейської політики. К., 2020. URL: https://ucerp.org.ua/wp-content/uploads/2020/11/WVS_UA_2020_report_WEB.pdf

ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЗОВАНИХ ВІД ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ

*Гречка Яна Сергіївна, здобувач другого рівня вищої освіти,
Черненко Олена Євгенівна, доцент кафедри ФРСМФВіЗ,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Російсько-українська війна, яка триває з 2014 року, призвела до значного зростання випадків бойових травм, серед яких кульові поранення займають чільне місце. Ці поранення становлять серйозну проблему не лише для медичної спільноти, але й для суспільства в цілому. Аналіз епідеміологічної ситуації щодо кульових поранень серед військовослужбовців дозволяє зрозуміти масштаби проблеми, виявити ключові фактори ризику та удосконалити медичну допомогу і реабілітацію постраждалих [2].

Кожного дня ми спостерігаємо зростання кількості поранених учасників бойових дій різного ступеня та різноманітними наслідками. Вони залежать від тяжкості первинного пошкодження, від вторинних пошкоджень, а також від перебігу відновлення. Особливе значення для збереження та відновлення здоров'я мають наслідки вогнепальних поранень, контузійно-травматичних пошкоджень голови та мінно вибухових травм кінцівок [1].

Кульові поранення є однією з найбільш небезпечних і поширених форм бойових травм серед військовослужбовців. У науковій літературі зазначається, що за умов сучасної війни, яка характеризується використанням високоточної зброї, кількість поранень зростає, що призводить до значних медичних та соціальних наслідків. За даними Міністерства оборони України, близько 50-60% усіх бойових поранень мають кульовий характер. Такі поранення вимагають негайної медичної допомоги та довготривалого лікування, оскільки вони часто супроводжуються складними ушкодженнями тканин і органів [3]. Епідеміологічний аналіз цих травм дозволяє оцінити масштаби проблеми, виявити фактори ризику, визначити групи підвищеної уразливості та надати обґрунтовані рекомендації щодо реабілітаційних заходів.

За даними світової статистики та досвіду військових конфліктів, кульові поранення переважно вражають кінцівки (до 60-70% випадків), оскільки саме ці ділянки тіла є найбільш уразливими під час бойових дій. Ураження периферичних нервів часто виникає через пряме

пошкодження нервових структур або внаслідок ускладнень, таких як ішемія, набряк чи травматична компресія [1, 2].

У зв'язку з цим, важливо значення набувають вчасно проведені медичні та реабілітаційні втручання.

Реабілітація учасників бойових дій повинна бути багаторівневою і включати наступні складові:

1. Раннє втручання. Запобігання контрактурам, збереження м'язової маси та профілактика ускладнень.

2. Мультидисциплінарний підхід. Команда реабілітологів, неврологів, хірургів, психологів і соціальних працівників.

3. Індивідуалізація програм. Урахування тяжкості уражень, віку та загального стану пацієнта.

4. Постійна оцінка прогресу. Використання шкал і тестів для моніторингу функціонального відновлення.

Коли в країні вже три роки відбуваються військові дії, вкрай важливо надати цивільним та військовим медичні та реабілітаційні послуги високого рівня.

Таким чином, фізична терапія та реабілітація учасників бойових дій є складним, але надзвичайно важливим процесом. Завдяки комплексному підходу, що поєднує сучасні методи лікування, реабілітації, психологічну підтримку та соціальну адаптацію, можливо значно підвищити якість життя таких пацієнтів і сприяти їх інтеграції у суспільство.

Список використаних джерел

1. Денисюк, М., Дубров С., Черняєв, С., Середа, С., & Заїкін, Ю. (2022). Структура травматичних ушкоджень та досвід лікування поранених внаслідок бойових дій в перші дні нападу росії на Україну. *RAIN, ANAESTHESIA & INTENSIVE CARE*, (1(98), С. 7-12. [https://doi.org/10.25284/2519-2078.1\(98\).2022.256092](https://doi.org/10.25284/2519-2078.1(98).2022.256092).

2. Крук І.М., Григус І.М. Фізична терапія військовослужбовців з наслідками вогнепальних поранень. *Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини*, 2022, № 12, С. 44-51. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2022.12.6>

3. Мельников А.В., Гороховський А.В., Костян Я.М. Сучасні види реабілітації для постраждалих від війни військовослужбовців. *Молодий вчений*, 2023, №11 (123). С. 23-26. <https://molodyivchenyi.ua/index.php/journal/article/view/6020/5888>

СУСПІЛЬНІ АСПЕКТИ ПИТАНЬ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я В СУЧАСНІЙ УКРАЇНІ

*Іріоглу Юрій Олександрович, к.істор.н.,
доцент кафедри суспільних дисциплін,*

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Реалії збройної агресії рф поставили перед Україною не лише питання військово-політичного, економічного та соціального характеру, але й вивело на новий рівень проблематику ментального здоров'я, що одномоментно стало актуальним для всієї країни. Рівень стресу, що охоплює громадян України є лише зростаючим та потребує адекватної відповіді. Після 2022 року, було проведено цілу низку заходів як громадського, так й загальнодержавного спрямування, що забезпечили формування засад системи охорони ментального здоров'я в Україні [2; 3; 4].

Розуміючи ментальне здоров'я як багатокомпонентне явище, що включає в себе не лише фізичний та психічний стан, але й соціальний, варто відзначити, що саме остання компонента напряму залежить від суспільних факторів та насиченості їх дії. Одним з тих суспільних факторів є інформаційний потік. Визначаючи інформацію як одну зі складових формування позитивного стану ментального здоров'я, Міністерством охорони здоров'я України були навіть проведені заходи популяризації дотримання інформаційної гігієни, не

лише в контексті суспільної безпеки, а саме як фактору ризику для психічного стану громадян [1].

Сьогодення інформаційного простору відзначається широким доступом користувачів до різнопланової інформації та активним її побутуванням. Однак, певна теоретична невідповідність більшості населення до такого інтенсивного інформаційного потоку, призводить не лише до викривлень у його сприйнятті, але й формуванню певних захисних механізмів спрямованих на спрощене та адаптоване пояснення користувачами сутності фактів, подій, тенденцій, а також й прогнозування/передбачення. В умовах російської агресії та військових загроз, загострилася й проблематика отримання інформації та її переосмислення, зокрема, поряд з великою кількістю новино-аналітичного масиву інформації, з'явився й прошарок ірраціонального віртуального контенту, що презентує алгоритми емоційно-містичного мислення – передбачення, гадання, ворожіння тощо.

Так, в процесі опрацювання матеріалів інтерв'ювань, зібраних в межах дослідження соціокультурного досвіду проживання стресового стану війни мешканцями Запорізького регіону, було встановлено факти звернення респондентів до медіа контенту (Telegram-канали, YouTube тощо), як з метою отримання новин, так й участі у певних формах культурної колективної діяльності (молитов, виготовлення предметів сакрального характеру тощо). Варто відзначити, що згадані ресурси Telegram-каналів та YouTube контенту мають більше сотні тисяч підписників та відзначаються високою комунікативною активністю користувачів.

Основним питанням такої популярності серед громадян даного «містифікованого» контенту є потреба у відчутті стабільності та захищеності, що є недостатнім в умовах воєнного стану. Перебуваючи в пошуку психологічної підтримки у вигляді неперевіреного медіа контенту, громадяни можуть підпадати під соціокультурний вплив, що може зашкодити не лише в суспільно-політичній площині, але й поглибити кризу їх психо-емоційний стану. Зокрема, залучені до розгляду матеріали, що презентують історії мешканців прифронтових територій та вимушених переселенців Запорізької області, демонструють високий ступінь дифузії раціонального та ірраціонального, що відображає рівень стресовості в якій перебували респонденти. Разом з тим, варто відзначити, що факт звернення до «містичних практик» чітко усвідомлюється респондентами та позиціонується не лише як ерзац-інформації/новин, але й як методика антистресу, що дозволяє зняти щоденний тягар переживань.

Можна припустити, що причиною популярності серед населення медіа контенту з емоційно-містичним навантаженням є відображення недостатнього рівня розвитку культури звернення до фахівців за психологічною допомогою. Навіть в умовах розбудови з боку держави та громадських ініціатив мережі центрів ментального здоров'я, все ще залишається відкритим питання індивідуальної готовності до такого кроку.

Отже, для забезпечення максимального охоплення громадян послугами щодо охорони ментального здоров'я варто окрему увагу приділити популяризації даного напрямку. На сьогоднішній день, можна спостерігати певну насиченість згадками щодо важливості збереження ментального здоров'я та посиланнями на центри психологічної допомоги на електронних ресурсах державних інституцій та громадських об'єднань, в засобах масової інформації, що були ініційовані в межах загальної державної політики. Однак, на наш погляд варто активізувати просування ідей культури індивідуального звернення до фахівців та превентивного підходу до збереження ментального здоров'я, за допомогою тих же медіа платформ, що є популярними серед громадян (Telegram-канали, соціальні мережі, хоча на відеохостингу YouTube, останнім часом, спостерігається збільшення активності українського контенту щодо ментального здоров'я).

Список використаних джерел

1. МОЗ оприлюднило правила інформаційної гігієни. 10 жовтня 2021 // <https://konkurent.ua/publication/82007/moz-opriludnilo-pravila-informatsiynoi-gigieni/>

2. Постанова Кабінету міністрів України №301 «Про утворення Координаційного центру з психічного здоров'я» від 30.10.2023 р. // <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/301-2023-%D0%BF#Text>

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 1796 «Про затвердження Типового положення про Центр ментального (психічного) здоров'я у закладі охорони здоров'я» від 25.10.24 р. // <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1669-24#Text>

4. Центр ментального здоров'я. Університетської клініки ЗДМФУ // https://uk.zp.ua/p_1550.html

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ

*Кочуровська Анастасія Олександрівна, студентка,
Науковий керівник - Лукашенко Ланна Віталіївна, д.мед.н., професор,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

На сьогоднішній день велика частина населення України зазнала впливу травматичних подій. За даними Організації Об'єднаних Націй (ООН), з 14 квітня 2014 року по 31 березня 2020 року внаслідок бойових дій на Сході України загинуло близько 13–13,2 тисяч осіб, а ще 29–31 тисячу отримали поранення [1].

Наслідки збройних конфліктів виражаються у різноманітних формах дезадаптаційних реакцій і патологічних станів, що залежать від багатьох чинників. Більшість учасників бойових дій стикаються з посттравматичними психопатологічними змінами, які значно ускладнюють їхню адаптацію після війни [1].

Збереження здоров'я і працездатності людей є ключовим завданням комплексної медико-психологічної реабілітації. Однак соціально-психологічні аспекти цієї роботи, а також питання організації програм для окремих категорій військових, залишаються недостатньо розробленими.

Професійно-психологічна реабілітація спрямована на відновлення професійних якостей перенавчання, реінтеграцію до ринку праці й покращення фізичної та психічної працездатності [2].

Метою цієї роботи є дослідження світового досвіду медико-психологічної реабілітації постраждалих від військових дій та адаптація його до умов України.

Як показує світовий досвід програми з профілактики та контролю бойового стресу ефективніше реалізуються у Збройних силах Сполучених штатів Америки (США), Великобританії та Ізраїлю; інші країни розробляють подібні заходи на основі цих програм.

Програма управління ризиками травм (TRiM) – це програма підтримки, яка має на меті сприяти зверненню за допомогою після травматичних подій, розроблена Королівським військово-морським флотом Великобританії. Ця програма відображає процес підтримки психічного здоров'я на основі колективної допомоги, який має на меті виявлення та допомогу військовослужбовцям Великобританії з тривалими психічними розладами, пов'язаними з потенційно травматичними подіями. TRiM прагне змінити ставлення до посттравматичного стресового розладу (ПТСР), стресу та звернення за допомогою, а також навчає військовослужбовців виявляти осіб, які знаходяться в зоні ризику, та направляти їх на раннє втручання [6].

Використання TRiM може сприяти підвищенню психологічної стійкості військовослужбовців через надання соціальної підтримки; це може бути особливо корисно під час оперативних розгортань [6].

Ізраїльські сили оборони розробили тренування «YaHaLOM», щоб навчити осіб управляти реакціями на стрес у членів команди, і потім адаптували цю програму в «ICOVER» армії США. «YaHaLOM» є новою, швидкою, колективною інтервенцією, спеціально розробленою для використання під час високостресових подій [5].

Аналіз наукових джерел дозволив визначити, що найефективніша система профілактики та контролю стресу під час військових дій існує в армії США. Розглянемо цю систему детальніше. Існує специфічний термінологічний апарат для визначення термінів, пов'язаних з бойовим стресом, який використовується фахівцями з психічного здоров'я в армії США. Вони викладені в різних правових документах, які регулюють професійну діяльність цих спеціалістів: програми бойового і оперативного контролю стресу (COSC) викладені у польовому посібнику 4-02.51 "Контроль бойового та оперативного стресу" та 6-22.5 "Посібник з контролю бойового та оперативного стресу для командирів і солдатів" [3].

Таким чином, контроль бойового та оперативного стресу в армії США визначається як розроблені програми та заходи військових лідерів, спрямовані на запобігання, виявлення та управління небезпечною поведінкою та реакціями на бойовий стрес, які можуть виникати у військовослужбовців. Завдання програми COSC включають оптимізацію виконання завдань; підтримку бойової сили; запобігання або мінімізацію шкідливих наслідків реакцій на бойовий стрес для фізичного, психологічного, інтелектуального та соціального здоров'я військовослужбовців; швидке повернення солдатів до служби [3].

Також одне з основних завдань COSC – підвищення згуртованості та бойової здатності в умовах високого стресу і максимізація посттравматичного зростання. COSC включає такі заходи, як поглиблений медичний огляд (скринінг) та психодіагностика новобранців; довгострокове спостереження за проходженням служби, особливо до, під час і після бойового розгортання; постійний моніторинг і консультації фахівців з психічного здоров'я з бази США до зони бойового розгортання [3].

У минулому, коли військовослужбовці США брали участь в операціях у Кореї та В'єтнамі, наслідки негативного впливу бойового стресу призводили до майже половини психогенних втрат на полі бою, залежно від складності умов. Хоча рівень гострих (бойових) реакцій на стрес залишався високим у війнах XXI століття, втрати були значно зменшені. Це сталося завдяки впровадженню програм COSC у функціонування військових підрозділів. За словами американських фахівців з психічного здоров'я, у сучасних війнах військові лідери можуть очікувати, що 95% військовослужбовців з гострими реакціями на стрес повернуться до виконання бойових завдань [4].

COSC ефективний не тільки для військовослужбовців, але й для цивільних, включаючи значущі міжособистісні стосунки, сім'ї та зовнішні ресурси. COSC спрямований на виявлення членів збройних сил та їхніх сімей, а також цивільних осіб, які можуть потребувати допомоги через труднощі, пов'язані з участю в бойових розгортаннях, і забезпечення того, щоб вони були краще підготовлені, стабільні та надійні на всіх етапах виконання бойових завдань. Якщо розглянути особистий рівень солдата, то метою COSC є підвищення готовності кожного солдата та підрозділу в цілому до виконання бойового завдання. Це можна досягти шляхом: поліпшення адаптивних реакцій на стрес і запобігання непродуктивним стратегіям подолання; допомоги військовослужбовцям у контролі реакцій на бойовий стрес; допомоги солдатам з поведінковими проблемами [4].

В цілому, програма COSC армії США є однією з 10 медичних систем, що діють під час підготовки до бою, на полі бою та після завершення місії. П'ять професійних дисциплін у сфері психічного здоров'я та дві додаткові дисципліни спрямовані на реалізацію програми COSC. Професійні дисципліни включають соціальну роботу, клінічну психологію, психіатрію, трудову терапію та психіатричний догляд. Додаткові дисципліни включають психічне здоров'я та професійну реабілітацію [3].

Аналіз програм COSC різних армій країн-партнерів Північноатлантичного альянсу (НАТО) у сфері міжнародної безпеки показав, що вони схожі за організаційними принципами, основними цілями та завданнями. Однак ці програми структурно відрізняються від програми COSC армії США і мають свої особливості, залежно від умов місії, у яких беруть участь військовослужбовці, та виконання бойових завдань. Таке порівняння програм COSC було зроблено під час місії в Афганістані серед п'яти країн-партнерів НАТО: збройних сил Австралії, Канади, Великобританії, Нідерландів та США. Це дозволило авторам

визначити та порівняти організаційні структури та ключові практики надання психічного здоров'я та підтримки військовослужбовців, визначити проблеми та проілюструвати нові розробки в цій сфері [3].

Основними порівняльними темами програм COSC були: освіта, профілактика, раннє виявлення, втручання (догляд) та подальша підтримка у сфері психічного здоров'я. Основним методом організації підтримки психічного здоров'я військовослужбовців було навчання (психопрофілактика) та моніторинг їх психічного стану. Освітньою метою було підвищення психічної стійкості окремих військовослужбовців, забезпечуючи їм різні послуги з психічного здоров'я. Усі офіційні особи з психічного здоров'я з цих п'яти країн відмовилися від необхідності стандартного психологічного дебрифінгу після критичних інцидентів (військових смертей та великої кількості поранених). Натомість ці фахівці контролювали психічний стан військовослужбовців та їхніх командирів під час обов'язкових післябойових перевірок та інтерв'ю [2].

Для організації психологічної підтримки військовослужбовців, спеціалізовані підрозділи з психічного здоров'я були розгорнуті поблизу лінії бойових дій, основною метою яких було раннє виявлення, надання допомоги та швидке повернення до нормальної діяльності таких військовослужбовців у підрозділах. Усі країни розгорнули команди підтримки психічного здоров'я, що склалися з різних фахівців, включаючи психіатрів, психологів, соціальних працівників, медсестер та священників. Не було єдиної думки щодо розподілу дисциплін психічного здоров'я в зоні бойових дій. Усі країни, крім США, організували психологічну декомпресію для персоналу у тимчасовому розгортанні в іншому місці (поза зоною бойових дій, але в районах тимчасового розгортання підрозділів) протягом кількох днів після завершення бойового розгортання. Її основною метою було розпізнавання осіб з ознаками бойових стресових реакцій, надання їм допомоги, психологічної підтримки та підготовка до відправлення їх на постійні місця розташування (додому). Армія США проводила внутрішньогарнізонну декомпресію або реінтеграційне навчання безпосередньо в США. Але психологічна декомпресія мала досить порівнянну інфраструктуру у сфері психіатричної та психологічної допомоги [2].

Загальні проблеми, що виникали в різних країнах, включали сприйману стигму (небажання або страх військовослужбовців звертатися за допомогою до фахівців з психічного здоров'я), бар'єри до надання допомоги з психічного здоров'я та необхідність підвищення обізнаності та прийняття питань психічного здоров'я серед військовослужбовців [4].

На додаток до психологічної підтримки, всі програми COSC включали сучасне превентивне психіатричне лікування, включаючи позитивний підхід до зміцнення психічної стійкості. Також був зроблений акцент на розвитку навичок саморегуляції, наділенні військовослужбовців повноваженнями та кількох інших інноваціях, добре інтегрованих у військовий контекст. Важливою інновацією в операційній підтримці психічного здоров'я військовослужбовців було визнання ролі соціального лідерства та необхідності збільшення підтримки з боку колег.

Однак не всі дослідники позитивно оцінюють впровадження програм COSC для запобігання розвитку психічних розладів у військовослужбовців, що виникають під час і після бойового розгортання. Магліоне та інші вважають, що хоча втручання COSC можуть відігравати важливу роль у зниженні рівня стресу, зменшенні кількості прогулів та сприянні поверненню до виконання обов'язків, систематичний огляд досліджень, які включали контрольну/порівняльну групу, показав мало доказів ефективності COSC у запобіганні ПТСР або зниженні балів за симптомами ПТСР у військовослужбовців [4].

Висновок. Результати аналізу свідчать, що ефективні програми медико-психологічної реабілітації базуються на комплексному підході, який включає навчання навичкам саморегуляції, психологічну підтримку, зниження стигматизації, організацію команд підтримки психічного здоров'я та розвиток колективного лідерства. Досвід таких країн, як США, Великобританія та Ізраїль, демонструє важливість створення системних програм для

подолання наслідків бойового стресу та посттравматичних станів. Для України цей досвід може бути корисним для розробки національних програм реабілітації, спрямованих на збереження здоров'я та працездатності постраждалих від військових дій.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ООН – Організація Об'єднаних Націй.

США – Сполучені Штати Америки.

TriM – Програма управління ризиками травм.

ПТСР – Посттравматичний стресовий розлад.

COSC – програми бойового і оперативного контролю стресу.

Список використаних джерел

1. Втрати у російсько-українській війні, електронний ресурс, URL: [https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B8_%D1%83_%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B9%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%BE-%D1%83%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%81%D1%8C%D0%BA%D1%96%D0%B9_%D0%B2%D1%96%D0%B9%D0%BD%D1%96_\(%D0%B7_2014\)](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B8_%D1%83_%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B9%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%BE-%D1%83%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%81%D1%8C%D0%BA%D1%96%D0%B9_%D0%B2%D1%96%D0%B9%D0%BD%D1%96_(%D0%B7_2014))
2. Bray RM, Camlin CS, Fairbank JA, Duntzman GH, Wheelless SC. The Effects of Stress on Job Functioning of Military Men and Women. Armed Forces Soc. 2001 Apr 1;27(3):397-417. doi: 10.1177/0095327X0102700304. PMID: 20543977; PMCID: PMC2883251.
3. Cooper DC, Campbell MS, Baisley M, Hein CL, Hoyt T. Combat and operational stress programs and interventions: A scoping review using a tiered prevention framework. Mil Psychol. 2024 May 3;36(3):253-265. doi: 10.1080/08995605.2021.1968289. Epub 2021 Oct 8. PMID: 38661468; PMCID: PMC11057676.
4. Kennis M, Te Brake H. Facilitating the transition home after military deployment: a systematic literature review of post-deployment adaptation programmes. Eur J Psychotraumatol. 2022 May 26;13(1):2073111. doi: 10.1080/20008198.2022.2073111. PMID: 35957632; PMCID: PMC9359196.
5. Svetlitzky V, Farchi M, Ben Yehuda A, Start AR, Levi O, Adler AB. YaHaLOM training in the military: Assessing knowledge, confidence, and stigma. Psychol Serv. 2020 May;17(2):151-159. doi: 10.1037/ser0000360. Epub 2019 May 23. PMID: 31120293.
6. Watson, Louise & Andrews, Leanne. (2017). The Effect of a Trauma Risk Management (TRiM) Program on Stigma and Barriers to Help-Seeking in the Police. International Journal of Stress Management. 25. 10.1037/str0000071.

МЕДИЦИНА ЯК ЗРАЗОК ТРАНСФОРМАЦІЙНИХ ЗМІН В УМОВАХ ВІЙНИ ТА РОЛЬ ОСОБИСТОСТІ В СИСТЕМІ ЗМІН

*Моргунцов Владислав Олегович, аспірант кафедри урології,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Медицина, як одна з надважливих галузей в структурі держави та в значенні збереження суспільства, в умовах війни набуває додаткових функцій, зазнає разючих змін і якісно трансформується. За об'єктивними даними трьох років війни, можливо вказати, що у порівнянні з іншими галузями, трансформація системи охорони здоров'я відбулося у найкоротші терміни, що дозволило зберегти якість та значно розширити спектр виконання комплексу послуг з урахуванням зовнішніх змін.

Як показав досвід останніх трьох років, цей період став часом набуття абсолютно нових навичок: медичних, психологічних, соціальних, а часто і військово-медичних. Адже, надання медичної допомоги як ніколи раніше в Україні, змістилося за вектором невідкладності, у порівнянні з її плановим порядком у мирний час, з безумовним збереженням спектру основних заходів.

Слід вказати, що більша частина практикуючих лікарів найчастіше жодним чином не були дотичними до військової справи та не мали клінічної практики в умовах війни. Не

передбачалося і системою медичної освіти широкого набуття теоретичних та практичних навичок з військової медицини, що було б співставним з тими об'єктивними запитами, що постали перед кожним лікарем на початку війни.

Враховуючи зазначене, закономірним міг би бути період порушення системи охорони здоров'я як загальнодержавного так і особистісного рівня, адже трагедія війни не має чітких правил, не містить ознак людяності і як показує історія, часто замовчує окремі етапи диспропорцій, дисбалансу та порушень різного рівня і аспектів.

Що ж зберегло гідну системність діяльності в охороні здоров'я України, а отже – і стало прикладом для інших соціальних систем і структур держави у збереженні сталості?

Найперше, що слід вказати – це загальногалузевий та особистісний рівні професіоналізму, високоосвіченості, структурованості та саме бюрократизму- але - у позиції його ефективних характеристик.

Тобто, багаторічний досвід розбудови системи охорони здоров'я, якісно-професійний менеджмент, персональна відповідальність кожного фахівця, своєчасне розроблення та вжиття ефективних заходів в умовах війни на всіх рівнях організації діяльності, дозволило провести необхідні етапи у короткі терміни та на якісно високому рівні. З точки зору статистичних даних, можемо оперувати багатьма новими показниками, що з'явилися на всіх рівнях організаційної структури системи охорони здоров'я. Та даний підхід мав би суттєвий недолік, адже статистичні дані є закінченим в опрацюванні результатом діяльності і не відображають головного – яким чином отримано результат та ким реалізовано.

Тому, говорячи про стабільність та ефективність діяльності галузі охорони здоров'я в Україні у період війни, слід в першу чергу визначити як головний чинник і запоруку даної якості, базисну і основоположну ланку у дієвості системи, самого Лікаря - Особистість, Професіонала!

Професійні спільноти та суспільство загалом, отримало непересічні дані і приклади для врахування у діяльності у наступні періоди. Саме професіоналізм і високий рівень персональної відповідальності мав нагоду бути концентровано проявленим та виявленим суспільством і визнаним пересічними українцями, військовими, світовою спільнотою. Адже, всі ланки медицини – від профілактичної медицини до невідкладної допомоги, реабілітації зазнали змін. Пошук нових методів і підходів за всіма спеціальностями і спеціалізаціями без виключення, поєднання їх із загальновизначеними та унормованими, спонукали до дієвих змін у відповідь на виклики і катастрофічні вимоги, сформовані у вигляді нових клінічних випадків.

Окремою сторінкою слід зазначити і зберегти, як зразок, напрям наставництва у медицині - досвідчені науковці закладів вищої освіти, лікарі-практики з багаторічним багажем знань і вмінь та молодь, яка практичний досвід тільки починає формувати – зайнявши кожен своє місце у виконанні головного завдання, об'єднавши зусилля, створили надміцний каркас медичної допомоги населенню та військовим. Саме базис отриманої освіти, постійний безперервний розвиток та високі моральні людські якості кожного фахівця і стали комплексом основоположних складових у формуванні нової ери медицини України у період війни.

Світова спільнота, розуміючи високий рівень і часто унікальних професійних компетенцій лікарів України, широко їх вивчає та використовує у власній практиці. Тому, медичній спільноті України слід також його зберегти та враховувати у подальшій розбудові системи охорони здоров'я у мирний час, який буде досягнуто завдяки спільній щоденній роботі кожного.

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ТА МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ТА МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ В УМОВАХ ВІЙНИ

*Підкова Віра Ярославівна, к.мед.н., доцент кафедри пропедевтики дитячих хвороб,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,
Зелезінська Неля Ярославівна, ст.викладач, спеціаліст вищої категорії ЗДШМ №4,
Катрич Юлія Олександрівна, магістр факультету психології,
Запорізький національний університет*

У передмові до книги "На Західному фронті без змін" Еріх Марія Ремарк написав: "Це лише спроба розповісти про покоління, яке занапастила війна, про тих, хто став її жертвою, навіть якщо врятувався від снарядів". Проблема психологічної травми була найважливішою, яку автор описав у романі, адже досвід пережитої війни впливає на людину на багатьох рівнях, включаючи мозок, думки, дух, взаємини із рідними та друзями. Нажаль, тема являється надзвичайно актуальною, оскільки майже три роки українці живуть в стані повномасштабної війни, із постійним відчуттям страху, який посилюють звуки повітряних тривог, обстрілів, залпів артилерії, вибухів після розриву авіабомб, дронів та ракет. Війна являється стресовим фактором для суспільства, особливо молоді та впливає на розвиток покоління, що формує майбутнє країни. Тому в Україні зростає увага до проблем ментального здоров'я молоді в умовах війни.

Завдяки ініціативі першої леді Олени Зеленської у створенні Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, для її реалізації залучено багато різних спеціалістів, які на первинному рівні могли би надавати медичну допомогу людям, що її потребують. В нашу ініціативну дослідницьку групу по вивченню соціально-психологічного стану, ментального здоров'я та надання допомоги дітям і молодим людям під час війни увійшли, в якості організаторської громадської ланки, – вчителі мистецьких шкіл, викладачі коледжу та вишів, батьки; в якості спеціалістів, – лікарі, майбутні психологи.

Метою нашого дослідження було проаналізувати соціально-психологічні зміни та вплив війни на ментальне здоров'я цивільного населення, а саме: дітей шкільного віку та молодих людей, що проживали в межах Запорізької та Дніпровської областей з початку війни, визначити основні характеристики цих змін, запропонувати шляхи подолання та визначити їх результати.

Досліджувана група включала 30 школярів середніх класів мистецьких шкіл, 28 учеників будівельного коледжу та 6 груп студентів закладів вищої освіти м. Запоріжжя. Клінічне інтерв'ю та заповнення анкет у досліджуваній групі студентів проводилось двічі, за їх згодою, а у школярів та учеників здійснювалось за допомогою батьків та залученням батьківського комітету також двічі, за згодою.

Серед основних стресових факторів війни, які впливають на більшість із опитаних, визначаються: постійна небезпека через обстріли, сирени, відчуття безсилля перед ситуацією. Молоді люди, що проживають в районах бойових дій, стикаються з втратою житла, близьких та рідних, вимушеним переселенням. Фактором, що виснажує, вважають нескінченний інформаційний потік новин, фейків або відео з фронту. Ці сукупні обставини провокують стрес і страх за своє майбутнє, майбутнє близьких.

При вивченні основних проявів психологічних порушень найчастіше молоді люди та школярі скаржаться на труднощі із засинанням, часті кошмари або безсоння. Молодь часто втрачає інтерес до навчання, хобі чи соціальної активності, що говорить про депресивний стан. Наприклад, декілька студентів із тимчасово окупованої території відчують себе відірваними від однокласників, втрачають бажання будувати кар'єру. А школярі та студенти, що стали свідками руйнувань або обстрілів, нерідко стикаються з флешбеками та тривожними снами. Наприклад, дитина, що пережила евакуацію під час обстрілу, лякалася гучних звуків. Такі прояви, нажаль не поодинокі: більшість опитаних здригаються від гучних звуків, гучного голосу, відчують постійну внутрішню тривогу та небезпеку в зв'язку з тривогами, втрачають стабільність.

Вимушені переселенці, що були змушені змінити школу чи університет, спостерігають труднощі адаптації до нового колективу. Вони почуваються ізольованими через відмінності у культурі чи мові, особливо, якщо потрапили за кордон. Зміни у формі навчання (перехід на дистанційну) через небезпеку, сприяє зниженню соціальної взаємодії та впливає на формування комунікативних навичок. Наприклад, деякі студенти відмовляються відповідати усно при групі під час занять, але добре справляються із письмовими завданнями та добре відповідають викладачеві наодинці за межами занять. Випадки серед підлітків, що через війну втратили близьких друзів або змушені були виїхати за межі країни, часто відчувають себе самотніми. Вони уникають соціальних заходів, поступово ізолюються, що призводить до посилення їх соціальної ізоляції.

Під час війни молодь відчуває й економічний тиск. Через втрату батьками роботи, молодь (23% опитаних студентів-медиків та 15% студентів-філологів) бере на себе фінансову відповідальність, наприклад, працює паралельно з навчанням. Це створює додатковий стрес і призводить до емоційного вигорання. А студенти зі сільських місцевостей або тимчасово окупованих територій часто мають обмежений доступ до інтернету чи навчальних ресурсів, що обмежує їх доступ до якісної освіти.

Усвідомлення питань, що виникають під час війни щодо ментального здоров'я, потребують їх вирішення. Ініціативна група в своїй роботі керувалась основними документами та рекомендаціями ВООЗ: «Інструменти mhGAP для громади», «Важливі навички в періоди стресу», «Посібник mhGAP», «Керівництво mhGAP», «Управління проблемами Плюс», порадами психологів. Після повторного клінічного інтерв'ю та анкетування, ми звернули увагу, що добре працюють *індивідуальні механізми* подолання, такі, як регулярна фізична активність (підтримка фізичного здоров'я, заняття фітнесом, бігом, ходою), використання техніки релаксації: практика дихальних вправ чи йоги допомагає зменшити рівень тривоги у молодих людей, які пережили бойові дії, особливо, коли маємо справу із панічними нападами. Залучення до соціальної активності (через волонтерство, або новий вид навчання, – залучення до малювання, написання текстів чи музики, гра в театрі, заняття малюванням, хореографією, гра на музичних інструментах, особливо, в ансамблях та маленьких оркестрах), – допомагає висловити емоції, поділитися своїм досвідом війни. Вагомою складовою являється *сімейна підтримка*, коли вдається створити максимально безпечне середовище вдома та налагодити емоційну підтримку в родині. Спільний час, проведений із родиною (ігри, розмови) створює атмосферу емоційної безпеки, яка особливо важлива для підлітків, що переживають кризу. Не останню роль відіграє в цьому питанні й *суспільство*: залучення молоді до освітніх тренінгів, надання психологічної допомоги, використання культурних проєктів для подолання травм за допомогою арт-терапії, творчих зустрічей, творчих тематичних мистецьких заходів.

Повторне клінічне інтерв'ю та анкетування показало позитивний вплив комплексного підходу до психологічної підтримки молоді. Більшість школярів та студентів досить швидко адаптувалися до нових умов, стали більш стійкими до стресів, могли самостійно дати собі раду в повторних епізодах та, навіть, допомогти впоратися зі стресом оточуючих, що зазнали якихось втрат. Але 13% досліджених потребували спеціалізованої допомоги психологів та психотерапевтів.

Таким чином, вплив війни на ментальне здоров'я дітей і молоді є значним і багатовимірним. Війна посилює стрес, тривогу та ізоляцію. Комплексний підхід – індивідуальна, сімейна та суспільна підтримка – може мінімізувати негативні наслідки.

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ УКРАЇНЦІВ

*Семененко Аліна Олексіївна, студентка 2 курсу,
Сердюк Дмитро Георгійович, доцент кафедри ФРСМФВіЗ,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Повномасштабне вторгнення російських військ в Україну 24 лютого 2022 року розділило життя українців на «до» і «після». Війна вплинула, прямо або опосередковано, на всі аспекти життя і встановила нову дійсність. За місяць війни індекс емоційного напруження піднявся з 2,7 до 3,5 [2]. Найбільших змін зазнав соціально-психологічний стан українців: поширення деструктивних емоційних станів, посттравматичних стресових розладів, деструктивних способів соціальної адаптації, психологічного синдрому неповернення у біженців, деструктивних емоційних станів.

За три роки війни помітна значна втома суспільства, що проявляється у зміні настрою від оптимістичного (віра у швидку перемогу та непереможність) до песимістичного (зневіреність у можливості перемоги, усвідомлення втрат), також від згуртованості та єдності до ворожості, агресивності. Такий контраст зумовлений на тлі руйнування ілюзій та поступовим зникненням ейфорії у населення і ослаблення з кожним роком впливу пропаганди (применшення сили ворога, висвітлення тільки успішних операцій ЗСУ) та усвідомленням, що за всіма успішно виконаними бойовими завданнями Збройних сил України, покладено великі втрати у вигляді людського ресурсу. Поява ворожості також обумовлюється особистісним досвідом кожного індивіда (пережита окупація, переїзд у нове місце, втрата близьких), а також економічною ситуацією (в більшості випадків саме важкою) у межах країни, або безпосередньо у людини [1].

Групою «Рейтинг» 19 березня 2022 року було проведено опитування, ціллю якого було визначити те, як українці адаптувалися до війни. Результати якого є: 1) Захід та Центр України є більш агресивно налаштованими, в той час, як Схід є більш апатичним, депресивним; 2) жінки відчують себе більш незахищеними, більш апатичними, а чоловіки – більш агресивними; 3) високий рівень агресії було визначено у людей від 51 року, а найменший – у молоді [3]. Такі результати свідчать про залежність емоційних станів в умовах війни, від віку, статі, місця проживання.

В електронній системі охорони здоров'я фіксується значне збільшення пацієнтів зі встановленим діагнозом посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). У 2023 році кількість пацієнтів з ПТСР зросла майже в чотири рази в порівнянні з 2021 роком, а за перші два місяці 2024 року діагноз встановлено майже такій же кількості пацієнтів, як за весь 2021 рік. За даними НСЗУ, показники у розрізі цифр за роками виглядають так:

2021 рік — 3 167 пацієнтів,
2022 рік — 7 051 пацієнт,
2023 рік — 12 494 пацієнти,
2024 рік — 3 292 пацієнти (станом на 06.03.2024) [4].

Такий результат пов'язаний з тиском наслідків війни на людину, до яких можна віднести: поранення або загибель близьких людей, руйнування міст, або безпосередньо оселі людини, щоденні новини про наслідки обстрілів, втрати на фронті, переживання окупації (тортури, або психологічне насилля), що спричиняють гострі травматичні реакції.

Війна суттєво змінила життя людей і негативно вплинула на їхній психологічний стан. Зросла кількість деструктивних емоцій і випадки посттравматичного стресового розладу. Емоційні стани різняться залежно від віку, стану та місця проживання: чоловіки частіше проявляли агресію, жінки – апатію, а у мешканців східних областей частіше проявляється депресія. У період з 2023 по 2024 рік кількість людей з ПТСР значно зросла, що зумовлено пережитими травмами, зокрема втратою близьких, руйнуванням домівок, пораненнями.

Дуже важливо в таких ситуаціях надавати реабілітаційну та психологічну допомогу людям, для підтримки та покращення психологічного стану.

Список використаних джерел

1. Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології: кол. монографія / За заг. ред. В.П. Садкового, О.В. Тімченка. Харків. Вид-во НУЦЗУ, 2017. 777 с.
 2. Восьме загальнонаціональне опитування: Психологічні маркери війни (6 квітня 2022). *Соціологічна група «Рейтинг»*. URL: <https://ratinggroup.ua/research/ukraine/b29c8b7d5de3de02ef3a697573281953.html?fbclid=IwAR2MvqfCLFBxG1QLuJGD5hBKnZy1wj5maxFXRypIkS02AiSTB4F0RdSmRVk>.
 3. Гезун В. В. Психологічне благополуччя особистості в умовах воєнного стану: кваліфікаційна робота / науковий керівник – канд. психол. наук, доц. І. М. Шаповал. Кривий Ріг : КДПУ, 2022. 83 с.
- Кількість пацієнтів зі встановленим діагнозом ПТСР (12 березня 2024). *Національна служба здоров'я України*. URL: <https://nszu.gov.ua/novini/v-esoz-protyagom-ostannih-dvoh-rokiv-fiksuyetsya-znachne-zbi-1203>

ФАРМАЦЕВТИЧНА ДОПОМОГА ПРИ НАЯВНОСТІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ТРАВМОЮ ТА СТРЕСОМ

*Сметаніна Катерина Іванівна, к.фарм.н., доцент,
доцент кафедри органічної та фармацевтичної хімії,
Матвійчук Владислава Сергіївна, магістрантка,
Півнюк Михайло Іванович, старший викладач
кафедри фармації та фармакології,
Волинський національний університет ім. Лесі Українки*

Тривожні та пов'язані зі страхом та психічними травмами розлади є доволі поширеними на сьогодні серед психічних і поведінкових реакцій-відповідей організму на провокуючий чинник. Усі такі поведінкові розлади характеризуються погіршенням показників якості здоров'я та якості життя пацієнта. За МКХ-10 більшість тривожних розладів знаходиться в групі невротичних, пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів.

Об'єктом нашого дослідження був посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) як розлад психіки, що вражає на сьогодні практично усі категорії населення, незалежно від віку, статі, гендерних особливостей. ПТСР — це спроба організму пережити загрозову, іноді небезпечну для життя подію. Прояви ПТСР викликані не порушенням функціонування організму і системи загалом, а саме станом «повного здоров'я». Це звичайна відповідь організму на стрес та спровоковану ним травму психіки, захисна функція організму від ризикованої небезпечної ситуації.

Розуміння причин хвороби, раннє встановлення діагнозу, кваліфікаційна підтримка та знання різних методик ведення таких хворих, подальша реабілітація та профілактика зумовлюють необхідність надання якісної фармацевтичної допомоги згідно Протоколів ведення хворого у стаціонарах, Клінічних настанов та протоколів (уніфікованих стандартів лікування). Самолікування в даному аспекті є неприпустимим.

Аналіз літературних джерел показав, що приблизно 20% дорослих і близько 30% дітей мають ПТСР як наслідок травматичних подій. За оцінкою авторів [3, 4], 20-30% з них в подальшому можуть мати хронічний перебіг захворювання й навіть стати інвалідами.

Відмітимо, що у тактиці ведення пацієнтів з ПТСР одночасно має надаватись медична та фармацевтична допомога, які постійно доповнюють одна одну. При правильно організованій медичній та фармацевтичній допомозі хворі з такими діагнозами спроможні подолати недугу. Слід розрізняти поняття «медична» та «фармацевтична» допомога, які є різними за своєю суттю.

Так, медична допомога (МД) — це, перш за все, комплексний підхід до лікування, профілактики, реабілітації хворого, що включає фармакотерапію, психотерапію та психоосвіту. Першочергово увага приділяється травмофокусованій когнітивно-поведінковій

терапії, яка дає змогу: працювати над емоціями, пов'язаними з травмою; допомагати в подоланні поведінкових змін; забезпечувати підтримку у відновленні адаптації [1]. За рекомендаціями Acceptance and Commitment Therapy, АСТ [4], при цьому слід активно використовувати комплексну психотерапію із залученням когнітивної терапії, дихальних вправ, м'язової релаксації тощо. Паралельно хворому призначають ряд лікарських засобів (ЛЗ), які складають основу вже додаткової терапії. В основі МД лежить психологічна діагностика. У випадку ПТСР психологічна діагностика дає змогу оцінити психологічний стан особи, виявити наявність симптомів розладу адаптації та визначити його тип і важкість. Це допомагає психологу або лікарю-психіатру розробити ефективні стратегії та підходи до лікування та підтримки психічного статусу для кожного окремо взятого пацієнта.

Фармацевтична допомога (ФД) - це комплекс спеціальних (фармацевтичних) та соціально-економічних заходів, спрямованих на збереження здоров'я та життя людини, профілактику та лікування з метою усунення фізичних і, як наслідок, моральних страждань людей незалежно від їх соціального та матеріального статусу в суспільстві, расової та національної приналежності, віросповідання, громадянства, віку, статі, сексуальної орієнтації» [2, с.32]. ФД до того ж, - це відповідальне надання фармакотерапії з метою досягнення певних результатів, що покращують якість життя пацієнта [5]. Як відомо, основу фармацевтичної допомоги складають:

- фармацевтична інформація (ФІ) – фактично створює доказову базу про ефективність, безпечність та фармакологічну активність зареєстрованих та належним чином сертифікованих та стандартизованих ЛЗ (Національний перелік основних лікарських засобів України, Державний формуляр, Державна Фармакопея, Протоколи провізора (фармацевта) при відпуску безрецептурних лікарських засобів та ін.);
- фармацевтична діагностика (ФДі) – фармацевтичні дослідження раціональності призначеної терапії, яку одержує хворий, основу яких складає фармацевтичний аналіз; фармацевтична розробка ЛЗ; рецепт як документ медичний, фармацевтичний, економічний, що інтегрує процес взаємодії лікаря з фармацевтом та впливає на вибір тактики лікування з врахуванням сучасних Національних програм – реімбурсації лікарських засобів, «Доступні ліки», e-Health; історія хвороби (медична карта), тощо. ФДі тісно пов'язана з фармацевтичною опікою та фармацевтичною профілактикою;
- фармацевтична профілактика (ФП) - комплекс заходів, які відбуваються між фармацевтом і пацієнтом при належній консультації з боку лікаря, спрямований на збереження і зміцнення здоров'я, покращення якості життя, попередження виникнення патологічних станів і захворювань, а при їх появі – прогресування і погіршення стану хворого, рецидиву захворювань та їх переходу у хронічну форму, а також попередження можливих наслідків неправильного споживання ліків (побічних ефектів, ускладнень, нераціонального прийому). ФП тісно пов'язана з ФІ, ФДі;
- фармацевтична опіка (ФО) - комплексна програма взаємодії фармацевта та пацієнта (фармацевта та лікаря) протягом усього періоду медикаментозної терапії, починаючи з моменту відпуску ліків до повного припинення їх дії [5]. ФО розв'язує основні проблеми, пов'язані з відпуском лікарських засобів (вибір ЛЗ, дозування, форми відпуску, показання та протипоказання до споживання ліків, інформаційно-консультативна допомога). ФО нерозривна з ФІ, ФП, ФДі. Відбувається в рамках законодавчого поля, окресленого Етичним кодексом фармацевта та Належною аптечною практикою як основного стандарту надання фармацевтичних послуг.

Водночас, важливими елементами фармацевтичної допомоги є також фармацевтична етика і деонтологія, фармацевтична послуга, фармацевтичне забезпечення як основний елемент Належної фармацевтичної практики в цілому.

Спеціалізація фармацевтичної допомоги є одним з головних напрямків організації і економіки фармації в Україні. Базовим елементом організації спеціалізованої аптеки є їх орієнтація на інтеграцію надання медичної та фармацевтичної допомоги певному профільному контингенту хворих або при розповсюджених захворюваннях. Беручи до увагу

специфіку нашого дослідження, ФД при наявності психічних розладів, пов'язаних з травмою та стресом має бути сфокусована, перш за все, на покращення показників якості життя пацієнта як основного стандарту лікування. У вузькому розумінні цього, - фармацевт несе відповідальність за забезпечення процесу фармакотерапії стаціонарних хворих ліками належної якості відповідно до умов чинного законодавства та Державної фармакопеї України, дозволеними на фармацевтичному ринку Національним переліком основних лікарських засобів, Державним формуляром.

Список використаних джерел

1. Загора О. Тривожність під час війни: шляхи терапії. *Неврологія. Психіатрія. Психотерапія*. № 3 (66) 2023 р. URL: <https://health-ua.com/psychiatry/trivozni-rozladi/74775-trivozhnst-pd-chas-vjni-shlyahi-terap>
2. Немченко А.С., Панфілова Г.Л., Пропіснова В.В. Діалектика та методологія організації фармацевтичної допомоги за умов впровадження обов'язкового медичного страхування. *Клінічна фармація* № 1. 2009. С. 31–36.
3. Осокіна О. Сучасний погляд на діагностику та лікування посттравматичного стресового розладу. Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя». № 8 (544). 5 червня 2023 р. URL: <https://health-ua.com/psychiatry/afektivni-rozladi/72958-suchasnij-poglyad-nadagnostiku-talkuvannya-posttravmatichnogo-stresovogo-ro>
4. Романчук О.І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. *Neuronews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 1(36). 2012. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2012/1%2836%29/article-586/psihotravma-ta-sprichineni-neyu-rozladi-proyavi-naslidki-y-suchasni-pidhodi-do-terapiyi#gsc.tab=0>
5. Сметаніна К.І. Фармацевтична допомога геріатричним хворим Навчальний посібник. Львів : Вид-во Тараса Сороки, 2011. 117 с.
6. Acceptance and Commitment Therapy. URL: <https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/acceptance-and-commitment-therapy-act-therapy>

PSYCHO-EMOTIONAL DISORDERS AND THEIR CONSEQUENCES

*Siusiuka V. H., MD, DSc, Professor,
Head of the Department of Obstetrics and Gynecology,
Pavliuchenko M.I., Candidate of medical sciences,
Associate professor of the Department of Obstetrics and Gynecology,
Soloviova N.M., PhD graduate student
of the Department of Obstetrics and Gynecology,
Kyrychenko M.M., PhD graduate student
of the Department of Obstetrics and Gynecology,
Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University*

The reproductive health of the nation is the basis of the country's demographic potential, which ensures the renewal of its population through the emergence of new generations (Moiseienko R.O., et al., 2023). According to the materials of the Annual Report on the State of Health of the Population of Ukraine and the Epidemic Situation (Kyiv, 2023), our country already had one of the worst fertility rates among European countries at that time. And after the beginning of the military aggression of the Russian Federation in February 2022, according to data from the Institute of Demography and Quality of Life Problems of the NAS of Ukraine, the fertility rate further decreased to 1.0 (compared to 1.2 in 2020), that additionally negatively affected the reproductive development of our country.

That is why, at the beginning of 2025, taking into account almost 3 years of war, permanent migration and emigration processes, primarily of children and reproductive age women, the situation with the demographic development of Ukraine in the near future can be assessed as critical.

The experience of cooperation with medical institutions of Zaporizhzhia in providing assistance to reproductive age women who have been/are in the frontline zone of the Zaporizhzhia region for a long time allows us to analyze the impact of the psycho-emotional state of women on the gestation course, birth and the postpartum period. In our opinion, it is precisely the clarification of the level and characteristics of psycho-emotional problems of women in this group that can allow us to develop a comprehensive program of assistance and rehabilitation for women in the Zaporizhzhia region, taking into account their reproductive plans. Thus, the preparation and implementation of a program of psychological support for pregnant women using modern programs of preparation for childbirth, the capabilities of physical and rehabilitation medicine, should involve the coordinated work of a multidisciplinary team of medical specialists (obstetricians-gynecologists, midwives, neonatologist, psychologists, doctors of physical and rehabilitation therapy).

In order to implement this idea, at this stage, we have analyzed the data of world experience regarding the possibilities of modern methods of assessing the psycho-emotional state of the female population who became participants / victims of military conflicts in different periods of time, in different countries (starting from the 50s of the last century). Additional criteria for selecting the methods of analysis that we plan to use in our study are, firstly, that our target group of the study is exclusively women of reproductive age, and secondly, these are women who permanently or temporarily (forcedly) live in Zaporizhzhia.

The first stage of the study plans to conduct a retrospective analysis of Individual Cards of pregnant and postpartum women (form N 111/o) who were under pregnancy observation in Zaporizhzhia in the period 2022-2024 with an assessment of the results of the Edinburgh Postnatal Depression Scale to identify possible risks of developing depression in the postpartum period.

In the future, it is planned to conduct the questionnaires of women during pregnancy and in the postpartum period with a comprehensive assessment of their psycho-emotional status.

Conducting the study and initial processing of the results will allow developing algorithms for predicting the impact of psycho-emotional status on reproductive health, obstetric and perinatal consequences of birth.

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ТА ПРОБЛЕМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ В УКРАЇНІ

*Усачова Олена Віталіївна, доктор медичних наук, професор,
завідувачка кафедри дитячих інфекційних хвороб;*

*Денискова Ольга Миколаївна, психолог,
старший лаборант кафедри дитячих інфекційних хвороб,*

*Сіліна Єлизавета Андріївна, кандидат медичних наук,
асистент кафедри дитячих інфекційних хвороб,*

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Сучасні збройні конфлікти, особливо війна в Україні, мають значний вплив на фізичне та психічне здоров'я постраждалих. Військові дії спричиняють не лише фізичні травми, а й посттравматичні стресові розлади (ПТСР), депресію, тривожні розлади, соціальну дезадаптацію [1, с. 45-56]. Крім того, постраждалі стикаються з порушенням когнітивних функцій, порушенням сну, зниженням соціальної активності та втратою мотивації до життя [5, с. 45-47]. Ефективна медико-психологічна реабілітація є ключовим етапом відновлення якості життя постраждалих та їхньої інтеграції в суспільство.

Основними напрямками медико-психологічної реабілітації розроблені та наведені нижче.

1. Медична допомога:

- Лікування бойових травм та супутніх соматичних захворювань;
- Реабілітація після поранень та ампутацій, включаючи фізичну терапію та ортопедичне забезпечення;

- Медикаментозна підтримка психічного стану за необхідності, включаючи застосування антидепресантів та стабілізаторів настрою [3, с.12-23];
- Лікування хронічного болю, спричиненого травмами чи постійним стресом.
- 2. Психологічна допомога:
 - Психотерапія для подолання ПТСР (когнітивно-поведінкова терапія, EMDR, групова терапія, арт-терапія, терапія на основі майндфулнесу) [6, с.90-92];
 - Підтримка для адаптації до мирного життя, допомога у формуванні позитивного мислення та мотивації до відновлення;
 - Робота з родинами постраждалих для забезпечення стабільного соціального середовища, навчання родичів навичкам підтримки;
 - Використання сучасних методик, таких як віртуальна реальність для подолання травматичних спогадів [7, с.41-54].
- 3. Соціальна та професійна реабілітація:
 - Програми соціальної адаптації та працевлаштування для осіб, які зазнали фізичних та психологічних травм [8, с.5];
 - Навчальні курси та перенавчання для осіб, які втратили професійну здатність, включаючи цифрові навички та дистанційне навчання;
 - Реабілітаційні центри з комплексним підходом до відновлення, що включають роботу психологів, фізіотерапевтів, соціальних працівників;
 - Підтримка підприємницьких ініціатив серед ветеранів та постраждалих від війни [2].

Проте в умовах військових дій існують певні проблеми в реабілітаційному процесі, до яких відносяться недостатня кількість спеціалістів, недостатнє фінансування та низький рівень обізнаності населення щодо доступних послуг. Також існує проблема стигматизації психологічних розладів, через що багато постраждалих не звертаються за допомогою [4, с.907-1010].

Задля подолання цих проблем перспективними напрямками є:

- Розвиток багатопрофільних реабілітаційних центрів з повним спектром послуг;
- Впровадження інноваційних методик (віртуальна реальність, нейрофідбек, біологічний зворотний зв'язок);
- Підготовка кваліфікованих спеціалістів у сфері психічного здоров'я;
- Інтеграція психосоціальної допомоги в первинну медичну ланку для раннього виявлення розладів.

Висновки

1. Медико-психологічна реабілітація постраждалих від військових дій в Україні є багатокомпонентним процесом, який включає фізичне, психічне та соціальне відновлення.
2. Комплексний підхід, міждисциплінарна взаємодія та державна підтримка сприятимуть ефективному поверненню постраждалих до повноцінного життя.
3. Розширення доступу до психологічних послуг і розвиток громадських ініціатив можуть значно покращити якість реабілітації.

Список використаних джерел

1. Американська асоціація психологів. “Рекомендації щодо роботи з ПТСР” 258 с.
2. Медико-психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах російсько-української війни: етнопсихологічний дискурс, національні перспективи громадського здоров'я / М. Матяш. УКР. МЕД. ЧАСОПИС, 1 (153) Т. 2 СПЕЦВИПУСК – І/ІІ 2023, 312с. | WWW.UMJ.COM.UA
3. Міністерство охорони здоров'я України. “Протоколи лікування постраждалих від війни”, 34 с.
4. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. — К. : Наш формат, 2017. — 1068 с.

5. Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка в Україні: подолання, пошук допомоги та зміцнення систем охорони здоров'я під час війни. Міждисциплінарний кабінетний огляд, опублікований ARQ National Psychotrauma Center та VU Amsterdam лютий 2024 р. DOI: 10.13140/RG.2.2.33092.85123

6. Психологічний супровід військовослужбовців, спрямований на психологічну реабілітацію постстресових психічних розладів : метод. посіб./ Н. В. Павлик. – Київ, 2020. – 92 с.

7. ПТСР лікується. Як допомогти собі та близьким? <https://berezhy-sebe.com/wp-content/uploads>

8. Шапошникова, І. В. (2024). Соціальна реабілітація в умовах війни: світовий досвід та проблеми України. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: економіка та управління*, (12). <https://doi.org/10.54929/2786-5738-2024-12-07-0>

ЗВИЧНЕ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ: МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД

*Харун Ірина Леонідівна, аспірантка
кафедри акушерства, гінекології та репродуктології,
Національний університет охорони здоров'я імені П.Л. Шупика*

Однією з найбільш актуальних та складних проблем жіночого репродуктивного здоров'я є проблема звичного невиношування вагітності (ЗНВ) у жінок із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Ця тема є надзвичайно важливою, оскільки репродуктивні втрати мають не лише фізіологічні, але й значні психологічні, ендокринні та імунологічні наслідки.

Проблема невиношування вагітності, ранніх перинатальних втрат та звичного невиношування вагітності була відома здавна: вже тоді лікарі прагнули зменшити такі втрати, дослідити їхні причини та знайти способи профілактики.

На початку ХХ століття основними чинниками ЗНВ вважали генітальні інфекції, нейрогормональні порушення та вплив несприятливих зовнішніх факторів. Визначення причин та факторів, що спричиняють ЗНВ, ускладнювалося тим, що лікарі, як правило, мали справу не з однією конкретною етіологічною причиною, а з поєднанням кількох чинників. Варто зазначити, що раніше класифікація цих причин була доволі умовною.

У другій половині ХХ – на початку ХХІ століття завдяки прогресу в молекулярній біології та генетиці з'явилася можливість глибше дослідити молекулярні та генетичні механізми, які можуть бути основою ЗНВ.

Наше дослідження, проведене упродовж трьох років (2021–2024 рр.), було спрямоване на виявлення основних факторів ризику ЗНВ у жінок із ПТСР. Дослідження проводилось методом паралельних груп. У ньому взяли участь 150 жінок, які були розподілені на три групи: основна група – жінки із ЗНВ та ПТСР, група порівняння – жінки із ЗНВ без ПТСР та контрольна група – жінки із ПТСР, але з успішною вагітністю в анамнезі.

Вплив ПТСР на репродуктивне здоров'я.

Посттравматичний стресовий розлад є серйозною психоемоційною проблемою, яка виникає після пережитого стресового або травматичного досвіду. Повторювані репродуктивні втрати – це саме такий досвід, який може стати пусковим механізмом для розвитку ПТСР, депресії, тривожних розладів. Згідно з міжнародними дослідженнями, близько 20–30% жінок після викиднів або мертвороджень мають симптоми ПТСР, а це безпосередньо впливає на не лише психологічний стан, але й на гормональну та імунологічну регуляцію. «У жінок з діагностованим ЗНВ відмічено зростання рівня тривоги, депресії, розчарування та навіть почуття провини, оскільки такі репродуктивні втрати виступають як значне психологічне навантаження, являються фактором, що спричиняє стрес» [1, с.48].

Наші результати показали, що у жінок із ПТСР та ЗНВ спостерігалось підвищення рівня тиреотропного гормону (ТТГ) та антифосфоліпідних антитіл. Це важливий момент, оскільки дисфункція щитоподібної залози та антифосфоліпідний синдром є відомими факторами ризику невиношування вагітності.

Ще одним критичним аспектом є імунологічні зміни: у жінок із ЗНВ та ПТСР виявлено підвищений рівень NK-клітин (CD3-CD16/CD56+), що може свідчити про імунологічний дисбаланс, здатний перешкоджати імплантації ембріона та сприяти репродуктивним втратам.

Психологічні фактори та їх вплив на репродуктивну функцію.

Окрім фізіологічних змін, значну роль відіграє психологічний стан жінки. За результатами анкетування за шкалами PCL-C та Бека [2, с.687], у жінок із ПТСР та ЗНВ було виявлено вищий рівень тривоги та депресії.

ЗНВ може спричинити хронічний стрес, що має накопичувальний ефект, особливо якщо жінка переживає кілька репродуктивних втрат. При цьому емоційна підтримка часто є недостатньою, оскільки тема викиднів залишається табуованою у суспільстві. Через це багато жінок не отримують необхідної психологічної допомоги, що погіршує їхній психоемоційний стан та впливає на їхню здатність до подальшого виношування вагітності. «ЗНВ негативно впливає на психоемоційний стан жінки і є значущим стресорним фактором, у свою чергу, наявні тривожні розлади, ймовірно, впливають на клінічну картину ЗНВ» [3, с.318].

Підхід до лікування та профілактики.

Отримані нами в дослідженні результати підтверджують, що комплексний міждисциплінарний підхід є критично важливим для жінок із ПТСР та ЗНВ.

Рекомендована стратегія включає:

- Ендокринологічний моніторинг: контроль рівня ТТГ, естрадіолу, прогестерону, маркерів антифосфоліпідного синдрому.
- Імунологічний аналіз: оцінка рівня NK-клітин та інших імунних маркерів.
- Психологічна підтримка: травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія, консультації психолога та психіатра.
- Медикаментозний супровід: у разі необхідності – гормональна підтримка, антидепресанти та імунотерапія.
- Групова терапія та соціальна підтримка: створення спільнот для жінок, що зазнали репродуктивних втрат, є надзвичайно важливим фактором у подоланні психологічних наслідків ПТСР.

Актуальність проблеми в умовах воєнного часу.

Особливої уваги ця проблема набуває в умовах війни в Україні, коли жінки переживають хронічний стрес, переміщення, нестабільність, загрози фізичному здоров'ю. У цих умовах зростає ризик невиношування вагітності, що потребує особливого підходу до профілактики та лікування.

Висновки.

Жінки із ПТСР мають підвищений ризик невиношування вагітності, що пов'язано з гормональними, імунологічними та психологічними факторами.

Комплексне обстеження та лікування повинні включати не лише гінекологічний, але й ендокринологічний, імунологічний та психологічний аспекти.

Психоемоційний стан жінки відіграє ключову роль у прогнозуванні перебігу вагітності, тому надання психологічної допомоги є невід'ємною складовою лікування.

У жінок із ЗНВ та ПТСР важливо контролювати рівень ТТГ та NK-клітин, оскільки саме ці показники можуть вказувати на високий ризик втрати вагітності.

Військові дії в Україні суттєво ускладнюють ситуацію, тому вкрай важливо розробити державні програми підтримки репродуктивного здоров'я жінок та впроваджувати міждисциплінарні підходи до лікування ЗНВ у жінок із ПТСР.

Збереження репродуктивного здоров'я жінок – це не лише медична, але й суспільна проблема. Необхідно розширювати знання про вплив ПТСР на репродуктивну функцію, інтегрувати міждисциплінарний підхід у медичну практику та забезпечувати належну підтримку жінок із репродуктивними втратами.

Список використаних джерел

1. Kharun, I. (2024). Assessment of the risks of recurrent pregnancy loss in patients with post-traumatic stress disorder. *REPRODUCTIVE ENDOCRINOLOGY*, (74), 48–54. <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2024.74.48-54>
2. Шкала безнадійності Бека// Розов В.І. Психологія екстремальних ситуацій: адаптивність до стресу та психологічне забезпечення: науково-практичний посібник. Київ: КНТ, 2024. – С. 687.
3. Romanenko, I. “Relationship of Hormonal Profile and Anxiety Disorders in women – Internally Displaced Persons With Threatened Miscarriage”. *INTERNATIONAL JOURNAL OF ENDOCRINOLOGY (Ukraine)*, vol. 16, no. 4, June 2020, pp. 316-21. DOI:10.22141/2224-0721.16.4.2020.208484.

**СЕКЦІЯ 8. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ БІОЕТИКИ.
ПРОБЛЕМА ТІЛЕСНОСТІ. ФІЛОСОФІЯ ПРОФІЛАКТИКИ**

УДК 614.25:616-089.5:174

**ПРОФЕСІЙНІ ОBOB'ЯЗКИ ТА ЕТИЧНІ ІМПЕРАТИВИ
У ДІЯЛЬНОСТІ АНЕСТЕЗІОЛОГА**

*Марков Юрій Іванович, кандидат медичних наук,
доцент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії,
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ*

Анотація. За останні роки в практичній анестезіології спостерігається значний прогрес у підвищенні безпеки, комфорту та результатів лікування пацієнтів. Були розроблені та досліджені нові препарати, методики та технології, що врешті-решт дозволило оптимізувати управління анестезією та інтенсивною терапією у періопераційному періоді. У цьому контексті важливими є вирішення міждисциплінарних стратегій та критичних етичних питань, дотримання принципів автономності та справедливості щодо пацієнта. Особливого значення набувають наслідки застосування штучного інтелекту в клінічній практиці та фахова діяльність анестезіолога з етичними імперативами. Встановлення ризиків для кожного конкретного пацієнта та етика доброчесності забезпечують позитивний кінцевий результат біомедичного втручання.

Ключові слова: безпека пацієнтів, практична анестезіологія, професійні обов'язки, етичні імперативи, діяльність анестезіолога

**PROFESSIONAL RESPONSIBILITIES AND ETHICAL IMPERATIVES IN THE
PRACTICE OF ANESTHESIOLOGISTS**

Abstract. In recent years, practical anesthesiology has witnessed significant progress in enhancing the safety, comfort, and outcomes of patient care. New drugs, technologies, and methodologies have been developed and studied, ultimately optimizing anesthesia management and intensive care during the perioperative period. In this context, addressing interdisciplinary strategies and critical ethical issues, as well as adhering to the principles of autonomy and justice towards patients, are crucial. The implications of artificial intelligence in clinical practice and the professional activities of anesthesiologists, guided by ethical imperatives, are of particular importance. Assessing risks for each individual patient and maintaining the ethics of integrity ensure positive outcomes in biomedical interventions.

Keywords: patient safety, practical anesthesiology, professional responsibilities, ethical imperatives, anesthesiologist's practice

Вступ

Анестезіологія та інтенсивна терапія – ключові напрямки сучасної медицини, без яких неможливо уявити ні здійснення складних хірургічних втручань, ні успішних реанімаційних заходів, ні лікування пацієнтів з тяжкими загрозливими станами та розвиток суміжних спеціальностей. Як в медицині взагалі, так і в практичній анестезіології, зокрема, спостерігається значний прогрес у підвищенні безпеки, комфорту та результатів лікування пацієнтів (впроваджено протоколи покращеного відновлення після операції (ERAS) [1]; періопераційний моніторинг також значно покращився завдяки сучасним системам моніторингу [2]; інтеграція систем із замкнутим циклом, які автоматично коригують анестезію на основі даних моніторингу в режимі реального часу, ще більше оптимізувала управління анестезією та безпеку пацієнта [3]).

В анестезіології існує ціла низка біоетичних проблем: визначення дієздатності пацієнта чи ризику анестезії та його оцінка, періопераційна летальність, проевтаназійна

риторика помираючих хворих, марні сподівання рідних і близьких стосовно пацієнтів, які перебувають у стані агонії, і, у зв'язку з цим, безпідставні претензії до лікарів щодо безпорадності сучасної медицини, різноманітні аспекти трансплантології: від констатації смерті мозку потенційного донора до очікування черги реципієнтів, наслідки медикалізації чи самолікування пацієнтів у вигляді поліпрагмазії або ускладнень лікарської терапії та їх вплив на перебіг анестезії, що особливо важливо і часто несподівано виявляється під час проведення анестезіологічного забезпечення екстреного оперативного втручання [4]. На сьогодні розроблені та досліджені нові препарати, методики та технології, що врешті-решт дозволило оптимізувати управління анестезією та інтенсивною терапією у періопераційному періоді. У цьому контексті важливими є вирішення міждисциплінарних стратегій та критичних етичних питань, дотримання принципів автономності та справедливості щодо пацієнта. Особливого значення набувають наслідки застосування штучного інтелекту (ШІ) в клінічній практиці та фахова діяльність анестезіолога з етичними імперативами. Встановлення ризиків для кожного конкретного пацієнта та етика доброчесності забезпечують позитивний кінцевий результат біомедичного втручання.

Мета роботи: за допомогою дискурс-етичного підходу висвітлити проблему виконання професійних обов'язків лікарями-анестезіологами та дотримання при цьому етичних імперативів.

Викладення основного матеріалу

Широке впровадження сучасних технологій на основі цифрової трансформації медицини змінює традиційні підходи до діагностики й лікування пацієнтів та робить саме лікування доступнішим, ефективнішим та безпечнішим. Серед найважливіших таких змін виокремлюють: електронну медичну документацію, телемедицину, медичні інформаційні системи, мобільні додатки до здоров'я, широке впровадження ШІ в медицину тощо. Подібні підходи дозволяють: покращити доступ до медичних послуг та скоротити витрати на медицину, зменшують ризик лікарських помилок, спрощують і прискорюють процеси діагностики та лікування й зрештою підвищують якість медичних послуг.

Системи ШІ інтегруються в клінічну практику анестезіології, покращуючи навички медичних працівників у прийнятті рішень, точності діагностики та терапевтичної відповіді. Поширеними напрямками застосування ШІ в анестезіології на сьогодні є: моніторинг глибини анестезії; контроль анестезії, прогнозування подій та ризиків, ультразвукове наведення, контроль за введенням препаратів, управління болем та логістика в операційній У всіх сферах більшість протестованих методів ШІ показали кращі результати порівняно з традиційними методами [5, 6]. ШІ може вплинути на практику анестезіології в різних аспектах, починаючи від періопераційної підтримки, надання критичної допомоги і закінчуючи амбулаторним лікуванням болю [7].

Останні дані стосовно застосування ШІ свідчать про позитивні аспекти анестезії, включаючи передопераційну оцінку, інтраопераційний менеджмент і післяопераційний догляд. Дослідження підкреслюють роль ШІ в стратифікації ризиків для пацієнтів, підтримці прийняття рішень у режимі реального часу та прогнозованому моделюванні результатів лікування. Додатки з ШІ дозволяють ідентифікувати пацієнтів з високим ризиком ускладнень, попередити лікарів про наближення інтраопераційних несприятливих подій, таких як гіпотензія або гіпоксемія, або для прогнозування переносимості анестезії після процедури (потенціал, який може перевищити точність прогнозів, зроблених людиною). Незважаючи на ці досягнення, проблеми залишаються, зокрема, етичні міркування, алгоритмічна упередженість, безпека даних і потреба в прозорих процесах прийняття рішень у системах ШІ. Наслідки цих результатів свідчать на користь обережного, але поступового впровадження ШІ в клінічну практику, з дотриманням надійних етичних принципів, безперервного професійного навчання та комплексних стратегій управління даними [6].

Також слід враховувати такі супутні ризики і проблеми застосування ШІ в анестезіології як конфіденційність пацієнта та інформаційна безпека, джерела даних, етичні питання, брак капіталу і талантів, а також феномен «чорного ящика» [8].

Безпека даних, можливість інтерпретації та упередженість алгоритмів ШІ вимагають ретельного вивчення зміни відносин між пацієнтом і лікарем, що розвиваються в умовах застосування ШІ. Це потребує дотримання тонкого балансу між ефективністю і людським фактором. Досліджується інтеграція ШІ в рутинну клінічну практику і його потенційний вплив на освіту і підготовку анестезіологів, що обґрунтовує необхідність співпраці, освіти та етичних рекомендацій [9].

Впровадження цифрових технологій, викликає важливі питання, а також наукові дискусії про моральну відповідальність ШІ та людську підзвітність. Перехід від права власності на дані до управління даними потребує відповідального управління даними відповідно до нормативних вимог. Вирішення проблеми упередженості даних у сфері охорони здоров'я має вирішальне значення для уникнення несправедливості, спричиненої ШІ. Упередженість, присутня при зборі даних і розробці алгоритмів, може призвести до нерівності у сфері охорони здоров'я. Для подолання нерівності та заохочення різноманітності в дослідженнях у сфері ШІ та робочої сили пропонується підхід, орієнтований на громадську охорону здоров'я. Усвідомлення і вирішення цих проблем, дозволяють використати весь потенціал ШІ в охороні здоров'я, забезпечуючи при цьому етичні та справедливі результати [10].

Інструменти ШІ, такі як Chat Generative Pre-trained Transformer (ChatGPT), мають значний потенціал у сфері охорони здоров'я, науці та інших галузях. Тим не менш, вони повинні доповнювати, а не замінювати людський досвід. Незважаючи на багатообіцяючі можливості застосування, ChatGPT стикається з обмеженнями, включаючи завдання на критичне мислення і створення неправдивих посилань, що вимагає суворої перехресної перевірки. Виникаючі проблеми, такі як потенційне зловживання, упередженість, сліпа довіра і конфіденційність, підкреслюють необхідність прозорості, підзвітності та чіткої політики. Оцінювання контенту, створеного ШІ, і збереження академічної доброчесності є критично важливими. Для ефективного та етичного розгортання ШІ життєво важливою є співпраця між розробниками ШІ, дослідниками, освітянами та політиками [11].

Використання ШІ та допоміжних технологій у науковому письмі також суперечить етиці наукових досліджень та публікацій. Тому необхідно розробити політику та керівні принципи щодо використання таких інструментів у науковому письмі. Необхідно розробити правила для вирішення етичних проблем і проблем конфіденційності, пов'язаних з використанням ChatGPT в академічних і дослідницьких цілях [12].

У 2024 році в Мюнхені (Німеччина) відбувся конгрес Euroanaesthesia 2024 (наймасштабніший щорічний форум анестезіологів Європи) на якому було представлено кілька доповідей, що висвітлювали етичні проблеми у професійній діяльності медичних працівників, зокрема, анестезіологів. Слід виокремити наступні публічні повідомлення: «Чудовий новий світ: етичні наслідки застосування штучного інтелекту в клінічній практиці» (Robert Klitzman, професор, директор програм з біоетики Колумбійського університету (США), «Обов'язок відвертості, коли помилки криміналізуються», Eimear Bourke (Dublin, Ireland), «Викриття як етичний обов'язок» (Jean McNale (Birmingham, United Kingdom). Основний меседж, який надіслали присутнім спікери: слід ретельно виконувати свої професійні обов'язки та дотримуватися етичних імперативів у лікарській діяльності.

Висновки

1. Штучний інтелект відіграє ключову роль у трансформації медичної галузі у найближчі роки. Він буде надзвичайно корисним інструментом в руках лікарів, які прийматимуть більш обґрунтовані рішення, при цьому вони покращать загальну якість медичної допомоги.

2. Виконання професійних обов'язків у діяльності анестезіолога та встановлення ризиків для кожного конкретного пацієнта з дотриманням етики доброчесності забезпечують позитивний кінцевий результат біомедичного втручання.

3. Слід бути обережним стосовно імплементації штучного інтелекту в таку тонку і водночас широку галузь, як система охорони здоров'я. Вона має бути під пильним наглядом і постійно обговорюватись.

Список використаних джерел

1. Huang L, Zhang T, Wang K, Chang B, Fu D, Chen X. Postoperative Multimodal Analgesia Strategy for Enhanced Recovery After Surgery in Elderly Colorectal Cancer Patients. *Pain Ther.* 2024 Aug;13(4):745-766.
2. Tanaka N, Kadoya Y, Suzuka T, Yamanaka T, Ida M, Naito Y, Ozu N, Hori S, Kawaguchi M. Effect of nociception level-directed analgesic management on opioid usage in robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: a single-center, single-blinded, randomized controlled trial. *J Anesth.* 2024 Oct;38(5):631-641.
3. Coeckelenbergh S, Soucy-Proulx M, Van der Linden P, Clanet M, Rinehart J, Cannesson M, Duranteau J, Joosten A. Tight control of mean arterial pressure using a closed loop system for norepinephrine infusion after high-risk abdominal surgery: a randomized controlled trial. *J Clin Monit Comput.* 2024 Feb;38(1):19-24.
4. Марков Ю.І. Проблеми медичної етики з позиції анестезіолога. Медицина невідкладних станів. 2020. Т. 16. № 2. С. 87-90.
5. Lopes S, Rocha G, Guimarães-Pereira L. Artificial intelligence and its clinical application in Anesthesiology: a systematic review. *J Clin Monit Comput.* 2024 Apr;38(2):247-259.
6. Pardo E, Le Cam E, Verdonk F. Artificial intelligence and nonoperating room anesthesia. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2024 Aug 1;37(4):413-420.
7. Hashimoto DA, Witkowski E, Gao L, Meireles O, Rosman G. Artificial Intelligence in Anesthesiology: Current Techniques, Clinical Applications, and Limitations. *Anesthesiology.* 2020 Feb;132(2):379-394.
8. Song B, Zhou M, Zhu J. Necessity and Importance of Developing AI in Anesthesia from the Perspective of Clinical Safety and Information Security. *Med Sci Monit.* 2023 Feb 22;29:e938835.
9. Singam A. Revolutionizing Patient Care: A Comprehensive Review of Artificial Intelligence Applications in Anesthesia. *Cureus.* 2023 Dec 4;15(12):e49887.
10. Jeyaraman M, Balaji S, Jeyaraman N, Yadav S. Unraveling the Ethical Enigma: Artificial Intelligence in Healthcare. *Cureus.* 2023 Aug 10;15(8):e43262.
11. Jeyaraman M, Ramasubramanian S, Balaji S, Jeyaraman N, Nallakumarasamy A, Sharma S. ChatGPT in action: Harnessing artificial intelligence potential and addressing ethical challenges in medicine, education, and scientific research. *World J Methodol.* 2023 Sep 20;13(4):170-178.
12. Guleria A, Krishan K, Sharma V, Kanchan T. ChatGPT: ethical concerns and challenges in academics and research. *J Infect Dev Ctries.* 2023 Sep 30;17(9):1292-1299.

ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ЕМБРІОЛОГІЇ ЛЮДИНИ В КУРСІ ГІСТОЛОГІЇ, ЦИТОЛОГІЇ ТА ЕМБРІОЛОГІЇ В МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

*Алієва Олена Геннадіївна, кандидат біологічних наук, доцент,
Потоцька Олена Іванівна, кандидат біологічних наук, доцент,
Таврог Маріанна Львівна, кандидат медичних наук, доцент,
Громоковська Тетяна Сергіївна, кандидат медичних наук, асистент,
Макєєва Людмила Валеріївна, асистент,
Попазова Олена Олександрівна, асистент,
кафедра гістології, цитології та ембріології,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Вивчення ембріології є важливою частиною підготовки майбутніх лікарів, що сприяє розумінню процесів розвитку людини, причин вроджених аномалій та основ

репродуктивного здоров'я. Вона об'єднує аспекти гістології та цитології для розуміння клітинної диференціації, формування тканин і органогенезу. У процесі навчання в курсі «Гістологія, цитологія та ембріологія» студенти медичних університетів стикаються з низкою етичних питань, пов'язаних із вивченням ембріонального розвитку людини. Ці питання потребують особливої уваги та усвідомленого підходу. До них належать дебати щодо морального статусу ембріона, обґрунтованості його використання та потенційних наслідків таких досліджень. У контексті курсу гістології, цитології та ембріології в медичному ЗВО виникає необхідність розгляду й обговорення цих етичних аспектів, щоб гарантувати, що майбутні фахівці в галузі охорони здоров'я будуть не тільки науково компетентними, а й етично обізнаними.

Вивчення ембріології людини в медичному ЗВО має відповідати ключовим етичним принципам, що спрямовують медичну освіту та дослідження. Одним із головних завдань викладачів є пошук балансу між освітніми цілями та етичними нормами [1]. Під час занять з ембріології людини важливим є не лише навчання науковим аспектам ембріонального розвитку, а й обговорення пов'язаних з ними етичних питань. Студенти мають усвідомлювати відповідальність за використання отриманих знань у подальшій професійній діяльності. Викладачі повинні заохочувати студентів обговорювати такі етичні дилеми, як використання ембріональних стовбурових клітин або наслідки пренатального генетичного тестування [2].

Одним із найбільш спірних питань в ембріології є моральний статус людського ембріона. Існують різні культурні та релігійні погляди на момент початку людського життя і статус ембріона. Дехто стверджує, що ембріон має повний моральний статус з моменту зачаття, прирівнюючи його до людської особистості з невід'ємними правами. Інші стверджують, що ембріон набуває морального статусу поступово в процесі свого розвитку, особливо після формування первинної смужки (на 14 добу після запліднення), коли потенціал ембріональних клітин для формування окремого організму (близнюків) втрачається і починається індивідуалізація зародка [3, 4]. Обговорення цих питань допомагає студентам розвивати толерантність і розуміння різних точок зору, що важливо надалі для міжособистісної взаємодії з пацієнтами.

Вивчення ембріології - гарний привід для обговорення основних біоетичних принципів: принципів добродіяння (сприяння добру), ненанесення (уникнення) шкоди, автономії (поваги до прав особистості) та справедливості, що будуть важливі в усій подальшій медичній практиці. Для забезпечення етичної цілісності у вивченні ембріології на заняттях необхідно приділяти увагу питанню обговорення етичних наслідків сучасних ембріологічних досліджень. Дослідження на ембріонах призвели до значних досягнень у репродуктивній медицині, терапії стовбуровими клітинами та розумінні порушень розвитку. Однак вони також піднімають низку етичних проблем, таких як походження ембріонів людини для досліджень, проблеми дослідження ембріональних стовбурових клітин та фетальних тканин, проблеми використання надлишкових ембріонів, генетичних маніпуляцій, гібридизації та клонування людини [5, 6].

Використання ембріонів у дослідницьких цілях часто має на увазі їх створення *in vitro*, що, на думку деяких, перетворює людське життя на товар [7]. Крім того, потенційна можливість неправильного використання, наприклад клонування або генетичної модифікації, ще більше ускладнює етичний ландшафт. Стовбурові клітини, отримані з людських ембріонів, мають величезний потенціал для регенеративної медицини. Однак їх вилучення часто призводить до руйнування ембріона, що викликає моральні побоювання щодо святості життя. Також використання фетальних тканин для медичних досліджень є спірним через дебати щодо абортів і щодо того, чи варто використовувати такі тканини в наукових цілях [7, 8].

Під час проведення екстракорпорального запліднення часто виникає надлишок ембріонів, частина з яких може бути використана для досліджень. Виникають етичні питання щодо долі цих ембріонів і того, чи слід їх використовувати, зберігати або утилізувати.

Досягнення в галузі генної інженерії, включно з CRISPR-Cas9, викликали занепокоєння щодо потенціалу генетичного покращення, клонування людини та етичних меж втручання людини в ембріональний розвиток [6].

Дослідження на ембріональному матеріалі мають потенціал для поліпшення здоров'я людини та полегшення страждань, але вони мають бути збалансовані з етичними межами. У медичній освіті студентів необхідно вчити критично оцінювати етичні аспекти таких досліджень.

Вивчення ембріології є не лише набуттям наукових знань, а й формуванням професійної етики. Майбутні лікарі мають усвідомлювати свою роль у збереженні етичних стандартів у медицині. У рамках занять з ембріології необхідно обговорювати етичні питання, пов'язані з сучасними технологіями допоміжних репродуктивних технологій, генетичним тестуванням та іншими досягненнями сучасної медицини. Регулярні дискусії на етичні теми в процесі вивчення ембріології допомагають студентам розвивати здатність приймати складні рішення, ґрунтуючись на етичних принципах. Розбір етичних аспектів ембріології готує студентів до вирішення реальних клінічних ситуацій, де вони зіткнуться з необхідністю враховувати етичні міркування під час надання медичної допомоги. Необхідно прагнути до створення освітнього середовища, яке поєднує в собі наукову суворість та етичну усвідомленість, щоб підготувати фахівців, здатних не тільки лікувати, а й поважати життя в усіх його проявах.

Список використаних джерел

1. Утюж І.Г., Спиця Н.В. Реалізація гуманістичних технологій в освіті як відповідь на виклики часу. Культурологічний вісник: Науково-теоретичний щорічник Нижньої Наддніпряни. Запорізький національний університет. Запоріжжя, 2017. 38 (2). С. 140-146.
2. Beauchamp T., Childress J. Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. *Am J Bioeth.* 2019. 19(11). P. 9-12. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402>.
3. Peng Y.J., Huang X., Zhou Q. Ethical and Policy Considerations for Human Embryo and Stem Cell Research in China. *Cell Stem Cell.* 2020. 27(4). P. 511-514. <https://doi.org/10.1016/j.stem.2020.09.010>.
4. Cavaliere G. A 14-day limit for bioethics: the debate over human embryo research. *BMC Med Ethics.* 2017. 18(1). P. 38. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0198-5>.
5. Ethics in Embryo Research Task Force; Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Electronic address: asrm@asrm.org; Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Ethics in embryo research: a position statement by the ASRM Ethics in Embryo Research Task Force and the ASRM Ethics Committee. *Fertil Steril.* 2020. 113(2). P. 270-294. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.10.012>.
6. Василега П.А., Наумкіна О.А.. Біоетичні аспекти застосування генних технологій. *Філософія науки: традиції та інновації*, 2018. № 2 (18). С. 47-55.
7. Moris N., Alev C., Pera M., Martinez Arias A. Biomedical and societal impacts of in vitro embryo models of mammalian development. *Stem Cell Reports.* 2021. 16(5). P. 1021-1030. <https://doi.org/10.1016/j.stemcr.2021.03.023>.
8. Lovell-Badge R, Anthony E, Barker RA et al. ISSCR Guidelines for Stem Cell Research and Clinical Translation: The 2021 update. *Stem Cell Reports.* 2021. 16(6). P. 1398-1408. <https://doi.org/10.1016/j.stemcr.2021.05.012>.

ПРОБЛЕМА ТІЛА ЯК «НЕВЕРБАЛЬНОГО МОВЦЯ» В КОНТЕКСТІ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ

*Бельдій Оксана Вячеславівна, канд. філос.н.,
асистент кафедри фундаментальних дисциплін та інформатики,
Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика*

Нині українське суспільство переживає буремні часи, адже війна - це наймасштабніший соціальний конфлікт, наслідки якого відлунюються в усіх сферах суспільно-політичного та особистісного життя. Водночас ми перебуваємо у світі, який щосекунди ускладнюється, у зв'язку зі стрімким розвитком технологій, надвисоким рівнем швидкості та інтенсивності інформаційних потоків (які часто є не інформаційними, а просто “шумовими”), економічно-політичною нестабільністю, екологічними викликами.

Поряд з соціально-політичною, економічною мінливістю, ідейними поліфоніями, постійними пошуками сенсів буття можемо простежити й зміни у картині превалюючих видів хвороб та типів протікання нездужання, що характерні саме для сьогодення: тенденція до росту онкологічних, аутоімунних захворювань, психічних розладів, тривалих хронічних хвороб. В світлі вищезазначеного постає проблема власне людського способу буття у цьому світі й психоемоційного благополуччя зокрема. Останнє в свою чергу становить питання для медицини як для окремого соціального інституту, покликаного дбати про відновлення, підтримання, зміцнення здоров'я та життєдіяльності людей.

Неможливо оминати увагою й закономірне поглиблення медичних наукових розвідок у вузьких, спеціальних царинах, що породжує низку нових викликів, пов'язаних з фрагментарним характером та неузгодженістю отриманих наукових даних щодо явищ і процесів в людському організмі й труднощами впровадження цілісного підходу до розуміння людини в контексті медичної практики.

Наведені вище тези, на наше переконання, зумовлюють потребу вибудовування міждисциплінарних зв'язків медицини з філософськими царинами, інтерес яких зосереджується на питанні розуміння феномену людини, її тілесності та власне людського способу буття.

В контексті заявленої теми публікації, варто звернути увагу на здобуток вітчизняної дослідниці Ольги Гомілко, яка ґрунтовно розробляє теорію тілесності як універсального теоретичного концепту, з огляду на потребу осмислення різнопланових явищ людського буття, враховуючи чуттєвий його вимір. Сенс її онтоантропологічного підходу в інтерпретації феномену тілесності полягає у визначенні тілесності як онтологічного чинника людського життя та універсального філософського концепту. На переконання О. Гомілко, у такий спосіб ми можемо подолати досить поширене “уявлення про людське тіло як організм, котрий оприявнює десоматизовану природу модерної версії людини” [1, с. 394], й водночас розглянути тілесність не лише як об'єкт дослідження, але й як ефективний та необхідний інструмент будь-якого дослідження. Впровадження концепту тілесності у сучасну дослідницьку парадигму дозволяє узагальнити взаємодію природничих та гуманітарних дисциплін. З поміж іншого це простежується в популяризації студій із соціальної історії медицини, де “різні аспекти здоров'я, хвороб, медичного лікування стають предметом дослідження науковців з різних дисциплін” [1, с. 395].

Важливо акцентувати, що редукція тіла людини в медичній практиці до біологічного організму нерідко має трагічні наслідки. Адже тілесні чинники відіграють основоположну роль у світовідчутті, світосприйнятті, світорозумінні людини; у накопиченні особистісного та загальнолюдського досвіду, який карбується у різноманітних формах культури та забезпечує її тяглість. Потреба у збереженні людини як живої істоти є одночасною з необхідністю сенсонаповненості її буття. Тому попередня натуралістична настанова, для якої тіло є суто біологічною сутністю, потребує ревізії. Як доводить О. Гомілко, “надання тілу онтологічного значення стає умовою примирення духу та тіла та перетворення їх у рівнозначні буттєві чинники визначення людини” [1, с. 18].

Розуміння тілесності як ефективного інструмента дослідження дозволяє дещо інакше подивитися на інтерпретацію тих чи інших симптомів та наявність певних захворювань у конкретних людей загалом. Даний підхід видається доцільним в складних випадках (коли є низка хвороб, лікування яких постає як взаємовиключне), в ситуації тривалих хронічних розладів - в аспекті того, що традиційні види лікування будуть доповнені психологічними/психотерапевтичними заходами. Відповідно для останніх принциповим є розуміння тілесності людини як онтологічного феномену, де повною мірою здійснюється її соціокультурний та природний потенціал.

Своєрідною практичною ілюстрацією цієї теоретичної настанови, пропонуємо розглянути висновки практикуючого канадського терапевта, паліативного лікаря, автора численних науково-популярних праць Г. Мате. Зокрема він наголошує на важливості подолання дуалізму розуміння людини в медичній практиці, відокремлення людини від її середовища та зневажання приналежності органу/системі певній особистості [2, с. 13].

Мате, беручи за основу теорію стресу Г. Сельє [3], обстоює власну гіпотезу кореляції складних хвороб (бічний аміотрофічний склероз, розсіяний склероз, онкологічні захворювання, синдром подразненого кишечника, ревматоїдний артрит, аутоімунні захворювання, хвороба Альцгеймера та інші) з тривалим перебуванням людини в стресовому стані та невмінням дослухатися до симптомів свого тіла як до певних сигналів про негаразди у власному бутті в цілому. Лікування пацієнтів зі складними клінічними випадками має з необхідністю доповнюватися психотерапевтичною підтримкою, яка, передовсім, покликана допомогти досягнути людині-пацієнту власний стан як певну, значиму конкретно для неї, унікальну ситуацію.

Узагальнюючи власні спостереження під час роботи з пацієнтами, Мате виокремлює сім вагомих пунктів, необхідних для зцілення людини, наголошуючи при цьому, що здоров'я базується на трьох стовпах: тіло, психіка і духовний зв'язок [2, с. 276]. А ігнорування будь-якого з них призведе до дисбалансу та захворювання. Сім ключових концептів: *прийняття, усвідомлення, гнів, автономія, прив'язаність, самоствердження, підтвердження*. На наше переконання, уваги заслуговує саме витлумачення кожного з цих понять, а не сам їх перелік, який носить досить типовий для психотерапії характер. Адже змістовне наповнення означених концептів свідчить на користь того, що людське тіло варто розглядати як мовця, що викриває сенси, які часто суперечать тому, що вербалізується людьми в певних ситуаціях.

Здійснення *прийняття* [2, с. 259-261] полягає у чуйному ставленні до себе. Не все, про що ми дізнаємося про себе може нам подобатися, але надмірне засудження себе (зазвичай властиве людям, які надміру піклуються про інших) не сприяє здоров'ю.

Усвідомлення [2, с. 261-263] передбачає ситуацію досягнення "емоційної правди". Часто слова, які промовляються кимось (або й нами самими) не співпадають з тим, що безпосередньо переживається тілом у конкретний момент. Фізіологічна реакція на стрес - точніший вимірювальний прилад справжнього переживання організму, ніж свідоме розуміння, або поведінка, яку можна спостерігати [2, с. 263]. Бути усвідомленими, означає знати, як виглядають ознаки стресу у нашому тілі, як тіло сигналізує нам, що розум щось прогавив. Необхідно довіряти внутрішнім реакціям, звертати увагу на тон і висоту голосу мовця, відкритість/звуженість очей, напруженість/невимушеність усмішки тощо. Певні фізичні, емоційні, поведінкові ознаки варто розуміти не як симптоми, а як сигнали тіла, до яких слід дослухатися.

Пригнічення *гніву* [2, с. 264-269] розглядається як головний чинник захворювання. Подається складне розуміння переживання гніву, особливо стосовно близьких людей, яке супроводжується тривогою (адже агресивне почуття гніву поєднане з почуттям близькості, любові). Відтак виникає почуття провини за вираження гніву перед близькою людиною. Водночас гнів має когнітивну цінність - людина відчуває гнів, наголошуючи в такий спосіб на комусь/чомуś значимому у своєму житті; на втраті чи загрозі втрати в особистих відносинах.

Поняття *автономії* [2, с. 269-272] передбачає розгляд хвороби як питання меж. Якщо психічна цілісність та свобода під загрозою, то організм не витримує і починає хворіти. Особисті межі - невидимі, вони є результатом свідомого внутрішнього відчуття того, ким ми є. Нерідко проблема меж зводиться не стільки до факту їхнього порушення, скільки до їхньої несформованості з дитинства (часто через те, що батьки самі не мають цього досвіду).

Через *прив'язаність* [2, с. 272-274] виражається наш зв'язок зі світом у його природному і соціокультурному вимірах. Зцілення потребує насамперед відновлення емоційної вразливості, втраченої, коли людина емоційно закривається в певних травматичних переживаннях.

У *самоствердженні* [2, с. 274] людина повідомляє світу, що вона є та констатує, що вона є тим, ким вона є. Наголошується на важливості онтологічності, позитивній оцінці себе незалежно від історії й обставин нашого життя, здібностей, сприйняття нас у світі.

Акт *підтвердження* [2, с. 274-276] стосується двох основних цінностей, що можуть сприяти зціленню: необхідності вираження власної творчої суті людини та усвідомлення людиною зв'язку з усім, що є в цьому світі (відчуття відокремленості від світу є хибним й таким, що провокує нездужання).

Мате наголошує, що його тексти містять не готові рекомендації для розв'язання проблем в контексті терапії конкретних хвороб, а радше покликані спонукати до розмислів, пошуку сенсів в ситуації хвороби, в якій опиняється конкретна людина. Аналіз хвороби як *події* (буттєвистої ситуації) мав би здійснюватися як через діалогічну взаємодію пацієнта та лікаря, так і спонукати до саморефлексії кожного з учасників особисто.

Підсумовуючи, зазначимо, що сучасна медична практика зіштовхується з новими викликами. Суть останніх полягає в тому, що науково-технічні потужності сприяють диференціальній діагностиці, постановці низки складних діагнозів, водночас простежується відставання у розробці терапевтичного інструментарію вирішення цих проблем та у підході до аналізу особливостей генези та протікання складних захворювань зокрема. В контексті вищезгаданого, видається, що фіксація уваги лікаря на пацієнті як на унікальній особистості, розгляд історії хвороби як історії життя конкретної особи покликаний сприяти глибшому розумінню механізму взаємозв'язку симптомів чи набору певних діагнозів. Подібна настанова налаштовує розглядати тіло пацієнта не суто як біологічний організм, набір системи органів, а як онтологічний вимір людини, з його когнітивно-символічним потенціалом. "Зчитування" та інтерпретація сигналів тіла - це своєрідне балансування на межі біологічного та символічно-культурного, внаслідок якого можуть оприявнитися смисли значимі для людини-пацієнта. Усвідомлення цих сенсів, розмірковування над ними може відіграти вагомий роль у процесі одужання.

Список використаних джерел

1. Гомілко О. Феномен тілесності: дис. д-ра філос. наук, Київ, 2007. 420с.
2. Мате Г. Коли тіло каже "ні": ціна прихованого стресу /Пер. з англ. 2022. 304с.
3. Britannica, The Editors of Encyclopaedia. "Hans Selye". Encyclopedia Britannica, 12 Oct. 2024, <https://www.britannica.com/biography/Hans-Selye>. Accessed 16 January 2025.

ФІЛОСОФІЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПОБІЧНОЇ ДІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

*Білай Іван Михайлович, доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри клінічної фармації, фармакотерапії,
фармакогнозії та фармацевтичної хімії,
Білай Андрій Іванович, кандидат медичних наук,
доцент кафедри факультетської терапії,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,
Білай Сергій Іванович, доктор філософії,
медичний директор КНП «Клініки «Сімейний лікар» Широківської СР ЗР*

Без постійної уваги на філософію практично неможливо із різних частин створити теоретичну та практичну основу медицини. Фармацевт, фармаколог та лікар зможуть діяти найбільш оптимально та раціонально тоді, коли будуть знати не тільки часткові питання, але й загальні закономірності дії лікарських засобів на фізіологічні та патологічні зміни в організмі хворого та будуть розглядати людину як складну біо-соціальну систему. Застосування лікарських препаратів ґрунтується на отриманні основних лікувальних ефектів. Однак кожний лікарський засіб має побічні ефекти, які треба враховувати при проведенні фармакотерапії. Проведення раціональної, оптимальної ефективної та безпечної фармакотерапії повинно ґрунтуватися на вирішенні даного завдання через синтез філософських та медичних знань, на основі інтерпретації багатого фактичного матеріалу клінічної та експериментальної медичної науки, зокрема клінічної фармакології та клінічної медицини з позицій філософських знань, що є основою та прерогативою філософії медицини.

Побічні реакції лікарських засобів означають небажані ефекти, які викликають дискомфорт та небезпеку, яка виникає на відповідь лікарських засобів. Побічна дія позначається як непередбачувані фармакотерапевтичні ефекти, які виникають при застосуванні ліків в терапевтичних дозах. Дуже важливо проводити аналіз співвідношення користь-ризик, як вірогідність користі у порівнянні з вірогідністю ризику побічної дії лікарського засобу.

Більшість небажаних побічних ефектів є дозозалежними (прямої фармакодинамічної дії, токсичні, синдром відміни, тератогенні, парамедикаментозні). В інших випадках вони відносяться до алергічних та ідіосинкразичних реакцій. Звичайно дозозалежні побічні дії, як правило, прогнозовані. Водночас ті, що не залежать від дози є непередбачуваними.

Однією із головних труднощів призначення лікарських засобів з вузьким терапевтичним індексом є виникнення дозозалежних побічних реакцій, наприклад, кровотеча при застосуванні непрямих антикоагулянтів. Побічні дії ліків часто виникають при взаємодії один з одним або в результаті зниження кліренсу лікарського засобу у хворих з порушенням функції нирок або печінки.

Алергічні реакції часто не залежать від дози та можуть бути при повторному застосуванні лікарських засобів. Алергічні реакції виникають тоді, коли лікарський засіб може бути в якості алергену або антигену. Коли хворий сенсебілізується від препарату при його повторному введенні, може виникнути будь-яка алергічна реакція від кропив'янки до анафілактичного шоку. Збір анамнезу та проведення відповідних шкіряних проб можуть передбачити виникнення алергічних проявів.

При виникненні дозозалежних небажаних реакцій на лікарські засоби часто можливо змінити дозу або зменшити вплив факторів, які провокують розвиток реакцій. При алергічних та ідіосинкразичних реакціях необхідно припинити прийом лікарського засобу. Іноді виникає необхідність у збільшенні швидкості елімінації ліків. Водночас при алергічних реакціях та іноді при дозозалежних побічних реакціях можлива заміна лікарського засобу на інший з другого класу.

Важливе значення мають фармакогенетичні побічні реакції, які є не дозозалежними, пов'язані з різними генами. Відомо множинні ферменти печінки, які впливають біотрансформацію печінкового цитохрому Р 450 та у багатьох з них спостерігається

однонуклеотидний поліморфізм, пов'язаний з багатьма клінічними ефектами лікарських засобів. Саме в цьому випадку профілактика полягає в застосуванні фармакогеноміки, яка допомагає у мінімізації, зниженні та прогнозуванні побічних ефектів. Але такі заходи є обмежені в клінічній медицині. Так, застосування непрямого антикоагулянту варфарину можливе з урахуванням генотипу.

Основа профілактики побічних реакцій лікарських засобів потребує певних знань особливостей фармакодинаміки та фармакокінетики ліків, терапевтичного статусу пацієнта, можливих небажаних реакцій лікарських засобів. Потрібно оцінювати ризик лікарської взаємодії, використовуючи довідникові дані та комп'ютерні бази даних про лікарські засоби.

Важливо враховувати особливості фармакотерапії осіб похилого та старечого віку. Для цієї категорії хворих початкова доза повинна бути ретельно підібрана з урахування функцій нирок та печінки, основних органів елімінації. Важливо прогнозувати виявлення побічних реакцій та запобігати їх виникненню.

Дуже важливо сповіщати лікарям, фармацевтам та асистентам фармацевтів про небажані лікарські реакції у Центр фармакологічного надзору України. Тільки за допомогою такого моніторингу побічних ефектів ліків можливо визначити та дослідити несподівано виявленні небажані реакції. Онлайн-звітність у вигляді форми №137 по побічним реакціям лікарських засобів дуже важлива, та допомагає в майбутньому попередити загрозливі побічні реакції лікарських засобів.

СУЧАСНІ КОННОТАЦІЇ ПРОБЛЕМИ ВИБОРУ: МІЖ СВОБОДОЮ ТА ПАРАЛІЧЕМ

*Бойко Анжела Іванівна, доктор філософських наук, професор,
завідувач кафедри філософських і політичних наук,
Бородай Олександр Дмитрович,
аспірант кафедри філософських і політичних наук,
Черкаський державний технологічний університет*

Проблема вибору, що здається невід'ємною частиною свободи та прогресу, в сучасному світі набула нових коннотацій, часто пов'язаних з надмірним вибором (choice overload), паралічем вибору (choice paralysis) та негативними наслідками для добробуту та щастя. Ця еволюція розуміння вибору вимагає міждисциплінарного підходу, що охоплює психологію, економіку, соціологію та нейронауки.

Феномен надмірного вибору артикулюється в класичній роботі Баррі Шварца "Парадокс вибору: Чому більше – це менше" [6], що стала каталізатором для широкого обговорення негативних наслідків надмірного вибору. Шварц стверджує, що в суспільстві, де доступна безліч варіантів у будь-якій сфері життя (від йогуртів до кар'єрних шляхів), люди відчувають більше тривоги, незадоволення та навіть депресію.

Разом з тим, сучасний світ відрізняється наявністю так званого паралічу вибору, що є наслідком надмірного вибору, це фактично нездатність прийняти рішення через страх зробити неправильний вибір або пропустити більш вигідну альтернативу. Айенгар та Леппер [2] показали, що покупці в супермаркеті, яким запропонували широкий вибір джемів (24 види), менш ймовірно купували будь-який джем, ніж ті, кому запропонували обмежений вибір (6 видів). Це свідчить про те, що надмірний вибір може знижувати мотивацію до прийняття рішення.

Не менш важливим є контекст підтримки та критики теорії надмірного вибору. Хоча концепція надмірного вибору набула значної популярності, вона також отримала критику. Деякі мета-аналізи показали, що ефект надмірного вибору може бути меншим, ніж спочатку вважалося, і залежить від багатьох факторів, таких як складність вибору, індивідуальні відмінності (наприклад, прагнення до максимізації проти задоволення) та контекст прийняття рішення. [5]

В основі проблеми вибору знаходяться певні психологічні механізми, серед яких мають місце когнітивне перевантаження, коли надмірний вибір може призводити до когнітивного перевантаження, оскільки мозок намагається обробити та порівняти надмірну кількість інформації. Це може призводити до помилок у прийнятті рішень, виснаження ресурсу уваги та збільшення стресу. Страх пропущених можливостей (Fear of Missing Out – FOMO) себе проявляє в сучасному світі, завдяки соціальним мережам та постійній доступності інформації, люди відчують постійний страх пропустити щось важливе або вигідне. Це призводить до постійного перегляду альтернатив та незадоволення зробленим вибором, навіть якщо він є об'єктивно хорошим. [3]

Надмірний вибір збільшує ймовірність жалю про зроблене, оскільки люди більш схильні порівнювати свій вибір з упущеними можливостями. Це може призводити до зниження задоволення життям та негативних емоцій. [1]

Люди з перфекціоністськими схильностями та ті, хто прагне максимізувати свій вибір, особливо чутливі до негативних наслідків надмірного вибору. Вони витрачають більше часу та зусиль на вибір, часто відчуваючи більше тривоги та незадоволення. [7]

Потребують осмислення також економічні та соціологічні коннотації. Компанії використовують різні стратегії маркетингу, щоб впливати на вибір споживачів, часто створюючи ілюзію більшого вибору або підкреслюючи переваги свого продукту над конкурентами. Це може призводити до ірраціональних рішень та збільшення споживчих витрат. Доступність вибору може бути нерівномірно розподілена в суспільстві. Люди з обмеженими фінансовими ресурсами або ті, хто проживає у віддалених регіонах, можуть мати менший вибір, ніж ті, хто живе у великих містах та має більший дохід. Це може посилювати соціальну нерівність. У політичній сфері, надмірний вибір інформаційних джерел та політичних партій може призводити до поляризації суспільства та ускладнювати пошук компромісних рішень. Люди схильні вибирати інформацію, яка підтверджує їхні переконання, що призводить до утворення "ехо-камер" та посилення міжгрупової ворожнечі.

Доволі актуальним в останній час є нейронаукові перспективи проблеми свободи вибору. Дослідження з використанням методів нейровізуалізації (fMRI, EEG) вивчають нейронні механізми, що лежать в основі прийняття рішень та вибору. Ці дослідження показали, що різні області мозку (префронтальна кора, передня поясна звивина, базальні ганглії) залучені до обробки інформації, оцінки альтернатив та прийняття рішень. Деякі дослідження показують, що надмірний вибір може впливати на активність мозку, зокрема збільшуючи активність в областях, пов'язаних з тривогою та стресом. Дослідниками виявлено, що надмірний вибір активує області мозку, пов'язані з обробкою конфлікту, що може пояснювати негативні емоційні наслідки. [4]

Свобода вибору як філософська проблема XXI століття розглядається не як можливість, а як проблема, подолання якої потребує певних стратегій. У деяких випадках, обмеження вибору може бути корисним для зменшення стресу та підвищення задоволення. Це може включати встановлення чітких критеріїв для вибору, фокусування на найважливіших аспектах та уникнення постійного перегляду альтернатив. Можна використовувати різні стратегії спрощення прийняття рішень, такі як елімінація за аспектами, евристики або списки пріоритетів. Усвідомленість та прийняття можуть допомогти зменшити тривогу та незадоволення, пов'язані з вибором. Зосередження на теперішньому моменті та прийняття того, що неможливо контролювати все, може сприяти більшому спокою та задоволенню життям. Звернення за порадою до друзів, сім'ї або експертів може допомогти зменшити когнітивне навантаження та прийняти більш обґрунтоване рішення.

Отже, проблема вибору в сучасному світі еволюціонувала від простої можливості до потенційного джерела стресу та тривоги. Надмірний вибір, параліч вибору та страх пропущених можливостей ставлять перед людьми нові виклики. Розуміння психологічних, економічних, соціологічних та нейронаукових аспектів проблеми вибору є ключем до

розробки ефективних стратегій подолання негативних наслідків та використання вибору для покращення добробуту та щастя.

Список використаних джерел

1. Gilovich, T., & Medvec, V. H. (1995). The experience of regret: What, when, and why. *Psychological Review*, 102(2), 379–395.
2. Iyengar, S. S., & Lepper, M. R. (2000). When choice is demotivating: Can one desire too much of a good thing?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6), 995.
3. Przybylski, A. K., Murayama, K., DeHaan, C. R., & Gladwell, V. (2013). Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. *Computers in Human Behavior*, 29(4), 1841–1848.
4. Reutskaja, E., Hauser, J. R., Dutilh, G., & Rieskamp, J. (2013). Search dynamics in consumer choice under time pressure: An eye-tracking study. *Journal of Marketing Research*, 50(6), 740-752.
5. Scheibehenne, B., Greifeneder, R., & Todd, P. M. (2009). Can there ever be too much choice? A meta-analysis of choice overload. *Journal of Consumer Research*, 36(3), 409-425.
6. Schwartz, B. (2004). *The paradox of choice: Why more is less*. Ecco.
7. Schwartz, B., Ward, A., Monterosso, J., Lyubomirsky, S., White, K., & Lehman, D. R. (2002). Maximizing versus satisficing: Happiness is a matter of choice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1178.

ТЕХНОЛОГІЧНА ТІЛЕСНІСТЬ І МЕЖІ ЛЮДСЬКОГО: ФІЛОСОФСЬКІ ТА ЕТИЧНІ АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ

*Бойченко Наталія Михайлівна,
професор кафедри фундаментальних дисциплін та інформатики,
Національний університет охорони здоров'я імені П.Л. Шупика*

Сучасні технологічні досягнення дозволяють нам змінювати та відновлювати людське тіло так, як це ще донедавна здавалося неможливим. Однак ці зміни не лише покращують якість життя людей, а й ставлять перед нами фундаментальні питання про природу людяності та межі нашого фізичного існування. Актуальність цього питання обумовлена кількома факторами. По-перше, через війни, нещасні випадки та захворювання значно зросла кількість людей, які змушені використовувати протези та імпланти. По-друге, медичні та біотехнологічні інновації розширюють можливості реабілітації, виходячи за межі традиційного уявлення про людське тіло.

Сьогодні перед суспільством все гостріше постає питання: Як технології змінюють наше розуміння людяності, ідентичності та тіла? Якими будуть етичні та соціальні наслідки цих змін?

Слід розпочати зі з'ясування філософських аспектів тілесності та технологій. Питання про тіло та його сутність цікавило філософів протягом століть. Так, наприклад, Рене Декарт сприймав тіло як «машину», механізм, що працює за фізичними законами і підпорядковується розуму. У Моріса Мерло-Понті, навпаки, знаходимо думки, що тіло є невід'ємною частиною нашої суб'єктивності, нашого способу взаємодії зі світом. Цілісність людського тіла була важливою концепцією у філософських традиціях, однак сьогодні технології змінюють наше розуміння тілесності. У філософії та біоетиці поняття постлюдини та постгуманізму не втрачають своєї актуальності (від Френсіса Фукуями та Юргена Габермаса до Джудіт Батлер, Кетрін Хейлз та Донни Гарауей), оскільки пов'язані з розширенням, множинністю та переформулюванням біологічних та культурних меж людського тіла, викликаючи подальші дискусії та дослідження.

Протези та імпланти більше не сприймаються як зовнішні механізми, що замінюють втрачені частини тіла. Вони стали інтегрованою частиною людського організму, а інколи

навіть перевершують його природні можливості. Новим, однак, є те, що якщо раніше різні об'єкти і технології супроводжували людське тіло ззовні, то зараз, такі об'єкти можуть інкорпороватися в біологічну структуру тіла, кидаючи виклик його біологічній цілісності.

Наприклад, Донна Гарравей розглядає кіборга як нову форму ідентичності, яка поєднує біологічне та технологічне. Виникає питання про межі людського і штучного, про «розмивання» тілесності. Ми можемо поставити питання про можливості вдосконалення тіла за допомогою технологій, застосовуючи технічні новації не лише для реабілітації.

Однак розвиток медичних технологій та цифрового середовища, яке формується завдяки новітнім пристроям, зокрема смартфонам, трансформує наш досвід і, відповідно, змінює функціональність тіла. В результаті тіло – як у культурному, так і в біологічному аспекті – більше не є фіксованою межею індивідуальних можливостей. Навпаки, воно постійно розширює ці межі, інтегруючи нові матеріальні компоненти та демонструючи свою пластичність. Отже, тіло можна розглядати як динамічну структуру, кордони якої залишаються відкритими для переосмислення, а його природу необхідно досліджувати з трансдисциплінарної перспективи.

Біомедичні технології сьогодні пропонують широкий спектр рішень для реабілітації: біонічні протези з нейроінтеграцією, що дозволяють пацієнтам керувати штучними кінцівками силою думки; екзоскелети, які допомагають відновити мобільність людям із травмами хребта; імпланти для зору, слуху та кінцівок, які повертають втрачені сенсорні та моторні функції.

Слід однак відмітити, що деякі з цих технологій не лише здатні компенсувати втрати, але й можуть розширити можливості людського тіла.

Наприклад, біонічна рука може бути значно сильнішою та функціональнішою за природну, дозволяючи виконувати завдання з більшою точністю. Це викликає етичне питання: чи повинні протези лише відновлювати функції чи вони можуть «покращувати» людину? Розвиток біотехнологій, протезування, нейронаук та революція, спричинена соціальними медіа, сприяє подальшому переосмисленню наших тілесних меж.

Наше суспільство стикнулося з проблемою, що люди з протезами викликають змішані реакції в суспільстві. З одного боку, є вдячність і пошана до військових з протезами, які після поранень повертаються до активного життя, а з іншого боку, досі існує певна стигматизація та відчуження, особливо, якщо протез виглядає незвично.

Сучасні технології реабілітації змінюють наші уявлення про тілесність, ідентичність та межі людського. З одного боку, вони дають можливість людям повернути втрачені функції та покращити якість життя. З іншого боку, постає питання межі між лікуванням і вдосконаленням, між людяністю та технологічною трансформацією.

Вже сьогодні потребують обговорення наступні «чутливі» питання:

- уникнення соціальної нерівності у доступі до новітніх біомедичних технологій;
- збереження людяності у процесі технологічної трансформації тіла;
- технології виключно для реабілітації, чи вони можуть змінювати саму природу людини?

Висновок. Сучасні технології реабілітації не лише допомагають відновити втрачені функції людського тіла, а й змінюють саме уявлення про його межі, що породжує нові етичні та філософські питання. Ми стоїмо перед викликом: як зберегти баланс між технологічним прогресом і людяністю, уникаючи стигматизації або соціальної нерівності в доступі до інновацій? Важливо, щоб розвиток біомедичних технологій сприяв не лише покращенню якості життя, а й збереженню фундаментальних цінностей, що визначають людську ідентичність та гідність.

ПРЕВЕНТИВНА МЕДИЦИНА ЯК ФІЛОСОФСЬКА КОНЦЕПЦІЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я

*Волошина Каріна Сергіївна, студентка 2 курсу 8 гр.,
Науковий керівник - Подкупко Тетяна Леоніївна,
к.іст.н, доцент кафедри суспільних наук,
Одеський національний медичний університет*

Проблема профілактики є надзвичайно актуальною у сучасному суспільстві, оскільки рівень захворюваності на неінфекційні хвороби, такі як серцево-судинні захворювання, діабет та онкологія, продовжує зростати. Водночас інфекційні хвороби також залишаються значною загрозою, особливо в умовах глобалізації та зміни клімату. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 70% випадків смертності у світі пов'язані з неінфекційними захворюваннями, яких можна було б уникнути завдяки ефективним профілактичним заходам [1, с. 9]. Фінансове навантаження на системи охорони здоров'я також є значним аргументом на користь розвитку профілактичної медицини. Лікування хронічних захворювань та їх ускладнень потребує значних ресурсів, тоді як профілактичні заходи дозволяють уникнути цих витрат. Крім того, профілактика сприяє покращенню якості життя, збільшенню тривалості активного довголіття та підвищенню продуктивності населення.

Сучасна медицина спрямована не лише на лікування хвороб, а й на їх запобігання. Превентивна медицина займає центральне та провідне місце у стратегіях охорони здоров'я, оскільки запобігання захворюванням є ефективнішим та економічно вигіднішим, ніж їх лікування [2, с. 21]. Формування свідомого ставлення до власного здоров'я, своєчасна вакцинація, дотримання здорового способу життя є ключовими аспектами цієї концепції. З медичної точки зору профілактика має кілька рівнів:

Первинна профілактика – заходи, спрямовані на попередження виникнення захворювань, зокрема вакцинація, здорове харчування, фізична активність.

Вторинна профілактика – раннє виявлення захворювань, наприклад, регулярні медичні огляди та скринінгові програми.

Третинна профілактика – запобігання ускладненням у пацієнтів із хронічними хворобами.

Філософська концепція збереження здоров'я має важливе значення у боротьбі з антибіотикорезистентністю. За даними ВООЗ [1, с. 113], нераціональне використання антибіотиків призводить до розвитку стійких штамів бактерій, що робить лікування багатьох інфекцій неефективним. Уникнення хвороб та їх несвоєчасного лікування дозволяє зменшити потребу в антибіотиках, тим самим знижуючи ризик антибіотикорезистентності.

З точки зору звичайної людини, профілактика є способом покращити якість життя. Люди, які дотримуються здорового способу життя, мають менше ризиків серцево-судинних, онкологічних та інфекційних захворювань [3, с. 15]. Крім того, профілактика має економічний ефект, оскільки дозволяє знизити витрати на медичне обслуговування.

Філософія профілактики має глибоке коріння. Ще Гіппократ вважав, що здоровий спосіб життя є основою довголіття. У XIX столітті Луї Пастер та Роберт Кох довели роль мікроорганізмів у розвитку інфекцій, що призвело до впровадження гігієнічних норм і вакцинації [4, с. 31]. У XX столітті профілактична медицина отримала новий поштовх завдяки дослідженням у сфері епідеміології та громадського здоров'я.

Для ефективного поширення філософії профілактики необхідні: освітні програми – проведення лекцій, тренінгів і роз'яснювальних кампаній щодо важливості профілактики; популяризація здорового способу життя – соціальні ініціативи, які мотивують людей займатися спортом, правильно харчуватися та проходити регулярні медичні обстеження; підтримка держави – державна політика, яка включає фінансування профілактичних заходів і створення умов для їх реалізації [5, с. 310].

Превентивна медицина як філософська концепція збереження здоров'я є ключовою складовою сучасного світу. Вона дозволяє знизити рівень захворюваності, зменшити витрати на лікування та покращити якість життя населення. Розвиток профілактичної медицини потребує активної участі держави, медичних установ та самих громадян.

Список використаних джерел

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. STEPS поширеність факторів ризику неінфекційних захворювань. Україна 2019. Женева: BOOЗ, 2020. 152 с.
2. Jones M., Brown T. Preventive Healthcare: Strategies for the Future. Oxford: Oxford University Press, 2020. 280 с.
3. Miller D. History of Preventive Medicine and its Impact on Society. Cambridge: Cambridge University Press, 2018. 320 с.
4. Miller D. Chronic Disease Prevention and Management. Berlin: Springer, 2019. 256 с.
Peterson R., Smith A., Lee J. Public Health and Preventive Medicine. Hoboken: Wiley, 2021. 400 с.

ТРИВАЛЕ ГРУДНЕ ВИГОДОВУВАННЯ – ЗАПОРУКА ЩАСЛИВОГО ЖИТТЯ

*Дейнега Вікторія Анатоліївна,
асистент кафедри пропедевтики дитячих хвороб,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Здоров'я?! Найвища цінність. «Здоров'я дорожче за золото» (Уільям Шекспір), «Здоров'я- мудрих гонорар» (П'єр Жан де Беранже).

Турбота про здоров'я — це вираз поваги до власного життя та життя інших людей. Без здорових і розумних людей не може бути здорового і щасливого суспільства. Щасливе життя є прагненням кожної людини, і його основою є здоров'я, емоційне благополуччя та гармонійний розвиток.

Важливо лікувати хвороби, але найважливіше – попередити, або не допустити їх появу. Згідно з класичними принципами медицини, краще запобігти хворобі, ніж боротися з її наслідками. Ця ідея висловлювалася ще Гіппократом і залишається актуальною. Філософія профілактики закликає жити в гармонії з природними ритмами організму, уникати надмірного втручання у природні процеси (наприклад, безпідставного вживання ліків) і шукати рівновагу між фізичною та психічною діяльністю. Людина є невід'ємною частиною природи, тому відіграє ключову роль у збереженні власного здоров'я. Здоров'я — це ресурс, який потрібно берегти з раннього віку і протягом усього життя.

Грудне вигодовування, а саме тривале (особливо якщо його тривалість відповідає рекомендаціям експертів до двох років і більше) грудне вигодовування є одним із найпростіших і яскравих прикладів природного підходу не тільки до профілактики захворювань, а саме є потужним профілактичним фактором для зниження ризику багатьох хронічних захворювань у дорослому віці, бо «людське молоко розглядається не лише як їжа, а також як медичне втручання» (Проф. Діана Л. Спац), але і відіграє ключову роль у когнітивному, розумовому та емоційному розвитку дитини. Медициною доведено, що і тривалість життя залежить від тривалості грудного вигодовування.

Життя треба починати правильно. Перші 1000 днів життя – це вирішально важливий час для розвитку мозку і зараз широко визнаний як ключовий фактор, що визначає інтелектуальне, емоційне та соціальне здоров'я майбутньої дорослої людини. Довготривале грудне вигодовування сприяє кращій когнітивній функції у дітей, що простежується до дорослого віку. Це підтверджується великими лонгітюдними дослідженнями, які показують, що тривале грудне вигодовування пов'язане з підвищенням IQ у дорослому віці, з вищим рівнем освітніх досягнень та соціальної адаптації в дорослому віці, з вищим рівнем уваги та здатності до концентрації. Дослідження показують, що вищий вміст у грудному молоці жирних кислот, таких як докозагексаєнова кислота (DHA) та арахідонова кислота (ARA) є критично важливими для розвитку мозку, зору, пам'яті та здатності до навчання.

DNA сприяє формуванню та стабілізації синапсів у головному мозку, тобто сприяє нейропластичності — здатності мозку адаптуватися, створювати нові зв'язки між нейронами та відновлюватися після травм, що впливає на когнітивний розвиток дитини.

Завдяки емоційній підтримці матері під час годування, коли мама обіймає своє маля, дитина відчуває захист, відчуває себе у безпеці, це повертає її в умови утробы матері, де їй було затишно і комфортно. А поцілунок матері спричиняє виділення у мозку гормону любові та прив'язаності – окситоцину, а також таких гормонів щастя, як дофамін і сератонін.. Цей ефект є особливо важливий у перші роки життя, коли мозок дитини розвивається найінтенсивніше. І це закладається на підсвідомому рівні – імпринг. Також тривале грудне вигодовування мінімізує ризик розвитку синдрому дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ), аутизму та інших розладів нейроповедінки. Тобто має вплив і на психічний розвиток.

Продукти грудного молока впливають не тільки безпосередньо на головний мозок, а і сприяють розвитку нервових шляхів у ЦНС через прямий вплив на кишковий мозок. Кишківник містить велику кількість нервових клітин (~500 мільйонів), що утворюють ентеральну нервову систему, яку часто називають "другим мозком". Кишківник синтезує до 95% серотоніну, важливого для регуляції настрою, навчання та пам'яті. Довготривале грудне вигодовування формує здоровий мікробіом у ранньому дитинстві. Встановлено, що корисні бактерії кишківника сприяють метаболізму DNA, яка є критичною для розвитку мозку, модулюють синтез серотоніну й гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК), що сприяє розвитку когнітивних функцій. Взаємодія кишківника, мікробіома і мозку закладає основу для здорового когнітивного розвитку, регуляції стресу та емоційного інтелекту. Як природний і незамінний ресурс, грудне вигодовування закладає фундамент для щасливого життя як окремої особистості, так і суспільства загалом, а також сприяє формуванню здорових сімейних відносин.

Отже, тривале грудне вигодовування - це природний і цінний процес, який має багатогранний позитивний вплив на фізичний, емоційний і соціальний розвиток дитини у довготривалій перспективі. Сприяє формуванню гармонійної особистості та суспільства, де кожен має можливість досягти щастя. Підвищення рівня обізнаності населення, підтримка тривалого грудного вигодовування на ранніх етапах життя дитини на рівні сім'ї, громади та держави має стати пріоритетом у медичній практиці для забезпечення здоров'я і щастя майбутніх поколінь.

Список використаних джерел

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet Global Health*.- 2016- вип 387 №10017 с 475-490. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
2. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*. – 2015- 104 доп 467 с14-19. doi:10.1111/apa.13139.
3. Kramer MS, Aboud F, Mironova E, et al. Breastfeeding and child cognitive development: New evidence from a large randomized trial. *Archives of General Psychiatry*.- 2008- вип 65 №5 с 578-584. doi:10.1001/archpsyc.65.5.578.
4. Oddy, WH та ін. The Long-Term Effects of Breastfeeding on Development *The Journal of Pediatrics* – 2010- вип 156 №4 с 568–574
5. Vuong HE, Yano JM, Fung TC, Hsiao EY. The microbiome and host behavior. *Nature Reviews Neuroscience*.-2017-вип18(10) с 533-546. doi:10.1038/nrn.2017.97.
6. Wolters M, Ahrens J, Romaní-Pérez M, et al. Dietary fat, the gut microbiota, and metabolic health – A systematic review conducted within the MyNewGut project. *Clinical Nutrition*.-2019-вип 38 №6 с 2504-2520. doi:10.1016/j.clnu.2018.12.002.

ДІТИ ФЕЙ: ОЗНАКИ АУТИЗМУ У ДІТЕЙ У ФОЛЬКЛОРНИХ ДЖЕРЕЛАХ

*Денисенко Вікторія Володимирівна, к. іст. н, доцент,
старший викладач каф. суспільних дисциплін,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет;
Денисенко Світлана Андріївна, студентка 2 курсу,
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

Останнім часом у науковій спільноті підіймається дискурс про так звану «епідемію аутизму». Частота діагностування розладів аутистичного спектру (РАС) дійсно досягає свого історичного піку в останні роки (згідно досліджень, у Великобританії кількість зареєстрованих випадків таких діагнозів виросла на 787% за 20 років [1]). Існують різні думки щодо природи цього феномену. Одні експерти схилиються до того, що нейровідмінність є «трендом» серед сучасної молоді, тому вони самі ставлять собі діагнози та симулюють розлади. Інші вважають, що причиною різкого зростання кількості людей з РАС є певні зміни у навколишньому середовищі, що провокують розвиток цих розладів. Проте існує також небезпідставна думка, що нейровідмінні люди існували завжди, просто раніше було неможливо встановити відповідний діагноз. Вважається, що згадки про дітей з аутизмом можна знайти навіть у фольклорі.

У легендах народів по всьому світу існують схожі мотиви про так званих «підмінків» або «дітей фей». Суть цих легенд полягає в тому, що певні міфічні істоти (у Скандинавії це тролі, в Іспанії – німфи, в Ірландії – феї) викрадають людських дітей та залишають замість них своїх. Проте якщо порівнювати описи підмінків з сучасними діагностичними параметрами для аутизму за DSM-5 [2], можна знайти багато співпадінь.

1. Підмінки часто описуються невербальними. Згідно одних легенд, такі діти взагалі не розмовляють; згідно інших, – можуть говорити, проте роблять це надзвичайно рідко, або кажуть лише нісенітницю (розмовляють так званою «мовою фей», зрозумілою лише іншим підмінкам) [3]. Схожа поведінка є доволі розповсюдженою серед дітей з аутизмом, для яких характерні наступні поведінкові особливості:

- атипові стилі розмови;
- невикористання мови з метою соціалізації;
- аномалії мовлення (ненормальні гучність, тон, інтонації, швидкість або розстановка наголосів);
- ехололія (неконтрольоване повторення певних слів або звуків).

2. Ще однією розповсюдженою характеристикою підмінків є незвичайні харчові звички. У деяких легендах такі діти відмовлялись вживати будь-яку людську їжу, окрім якогось обраного продукту. Так у книзі фольклориста Дж. Г. Кемпбелла «The Gaelic Otherworlds» [4] описаний випадок, коли дівчина-підмінок харчувалась лише крабами та їжею, що мала кислий смак. Подібну поведінку можна прив'язати до наступних проявів аутизму:

- надмірна прив'язаність до рутини та повторення одних і тих самих дій;
- нетерпимість до певних запахів, смаків та текстур;
- надмірна вибірковість у харчуванні.

3. Згідно з легендами підмінки часто здаються недорозвиненими для свого віку, або навпаки можуть здаватись старшими за свій вік. Подібне є не рідкістю і серед дітей з аутизмом, оскільки вони часто надають перевагу взаємодії з набагато старшими або молодшими людьми та майже ніколи не проявляють зацікавленості проводити час з однолітками. Ефект невідповідності поведінки з віком може посилюватись додатковими особливостями, такими як:

- надмірна наївність у соціальних ситуація;
- нерозуміння соціальних норм та «неписаних правил»;

– своєрідне мовлення (використання занадто формальних формулювань або навпаки недоречних та неприйнятних слів).

4. У багатьох історіях згадується, що підмінки не зацікавлені у жодній звичній справі, проте мають свій особливий інтерес, як, наприклад, гра на певному музичному інструменті. Надмірна зацікавленість у певних вузьких темах та самостійне вивчення відповідних навичок є доволі розповсюдженими серед людей з аутизмом.

5. Майже завжди у підмінків описувалась доволі специфічна поведінка: вони були часто невдоволеними, починали плакати або кричати через причини, незрозумілі оточуючим, мали мінливий характер (могли бути спокійними в один момент та почати істерику в наступний) [5]. Це можна пояснити тим, що для дітей з аутизмом характерна нетерпимість та надмірна емоційна реакція на певні сенсорні подразники (занадто гучні звуки, яскраве світло, деякі текстури або кольори), які зазвичай не спричиняють дискомфорт для нейротипових людей.

6. Нерідко у легендах описується як підмінки повторюють незрозумілі дії, наприклад, плескають у долоні, трусять руками, мають дивну манеру ходи, тощо. Усе це за описами надзвичайно схоже на самостимулювальну поведінку (стиммінг), що дуже розповсюджена серед людей з РАС.

Враховуючи вищезазначені факти, можна дійти висновку, що підмінками доволі імовірно називали дітей з аутизмом до того як стало можливо сформулювати діагноз. Проте слід відмітити, що у деяких культурах описи підмінків нагадують більше не РАС, а симптоматику деяких інших захворювань, таких як синдром Дауна та розумові відсталості [6], або серповидноклітинна анемія в африканських легендах [7].

Список використаних джерел

1. Russell G., Stapley S. Time trends in autism diagnosis over 20 years: a UK population-based cohort study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2021. 19 August. URL: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpp.13505>
2. Williams Z., Lewis B. DSM-5 Symptom Checklist for Adult Autism Diagnosis. 2021, July. URL: https://www.researchgate.net/publication/353909455_DSM-5_Symptom_Checklist_for_Adult_Autism_Diagnosis
3. Course M. Changelings: Alterity beyond difference. *Folk Life*. 2017. Vol. 55. № 1. P. 12–21. URL: https://www.pure.ed.ac.uk/ws/portalfiles/portal/31044224/Course_F_2017_Changelings.pdf
4. Campbell J. G. The Gaelic Otherworld: John Gregorson Campbell's Superstitions of the Highlands & Islands of Scotland and Witchcraft & Second Sight in the Highlands & Islands. Birlinn, 2005 – 753 p. URL: https://books.google.com.ua/books/about/The_Gaelic_Otherworld.html?id=_vfZAAAAMAAJ&redir_esc=y
5. Scandinavian Changeling Legends. ed. by D. L. Ashliman. URL: <https://sites.pitt.edu/~dash/scanchange.html>
6. Levin M.B. Changelings. *S.A. Medical Journal*. 1971. 17 April. P. 444–447. URL: https://journals.co.za/doi/pdf/10.10520/AJA20785135_33946
7. Onwubalili J. K. Sickle-cell anaemia: an explanation for the ancient myth of reincarnation in Nigeria. *The Lancet*. 1983. August 27, Vol. 322, Issue 8348. P. 503–505. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6136656/>

HEALTH CARE AS PARTICIPATORY SENSE-MAKING: AN ENACTIVE PERSPECTIVE ON RELATIONS BETWEEN PATIENTS AND HEALTH CARE PROVIDERS

Geoffrey Dierckxsens
Head of the Interdisciplinary Research Lab for Bioethics (IRLaB),
Department of Applied Philosophy and Ethics,
Institute of Philosophy of the Czech Academy of Sciences, Prague, Czechia

Abstract. Participatory sense-making is already an established concept within enactivism. It is used to define the participatory nature of cognitive relations, designating that humans and other organisms make sense of their surrounding environments not just on their own. They build cooperative networks, working together, to create ways of making sense of the world. However, so far little attention has been paid to how enactive concepts, such as participatory sense-making, may apply to the field of bioethics, understood here as health care ethics. In this paper, I examine health care practices cases of participatory sense-making. The paper aims to show that relations between patients and health care providers (HCPs) can be understood as participatory sense-making relations. To make my case, I discuss the so-called phenomenological interview, as proposed technique in health care. I argue that this interview technique has essential features that can be viewed also as features of participatory sense-making. More specifically, the phenomenological interview is an open-minded, a critical, and pro-active dialogue between patient and health care provider that is meant for the patient to raise self-awareness of their body and medical condition, as well as of the social conditions that may affect that experience and condition. I will argue that phenomenological interviews are exemplary cases of patient-health care provider relations in which both parties actively work together to make sense of what the patient is going through and to find adequate medical responses to that experience. I will conclude by proposing normative guidance based on my analysis of health care practice as participatory sense-making. I argue that viewing patient-HCP relations as participatory sense-making may be helpful for both patients and health care providers in that it shows that health care practice is not just a technical exercise or routine task, but essentially relational and patient-oriented.

DISABILITY, SELECTION & GENOME EDITING: RETHINKING (NON) IDENTITY - AFFECTING DEBATES

Oliver Feeney, Ethics of Genome Editing Research Unit,
Institute of Ethics & History of Medicine, University of Tübingen, Germany

Abstract: The use of preimplantation genetic diagnosis to select against traits connected to disabilities has long been criticised by the ‘expressivist objection’ as sending out the negative and damaging message that it would be better if people with disabilities did not exist (Boardman, 2020). In his exchange with Boardman, de Miguel Beriain (2020) noted that gene editing entirely avoids this message by avoiding the genetic traits for disability, but not the (future) person. This apparent change in messaging in the move from the idea of selection to the idea of genome-editing also underpins the well-known arguments on what it is meant to benefit or harm the future offspring in light of the non-identity problem (Feeney, Shevchenko & Rakić, 2024; McMahan & Savulescu, 2023; Parfit, 1987). In this paper, I examine the assumptions of ‘identity’ and ‘disability’ that are often used in such ‘person-affecting identity preserving (gene editing)’ versus ‘non-person affecting identity changing (selection)’ debates by incorporating the insights of Rosemarie Garland-Thomson (2019), as well as Edwards (2004), MacKellar (2021) and Gregg (2022). In so doing, I highlight an additional ‘person-affecting, yet identity changing’ category that emerges when the trait changed or corrected is itself definitive of the person’s identity in important respects. While this ‘third category’ can be criticised, I argue that it is as robust and coherent a category as those underpinning the aforementioned debates. Finally, I suggest how this can have implications for the debates on disability and new genetic technologies, both in the reproductive context and beyond.

Keywords: Reproductive technologies, genome-editing, disability, non-identity problem.

References

- Boardman, F. (2020). Human genome editing and the identity politics of genetic disability. *Journal of Community Genetics* 11:125–127.
- de Miguel Beriain, I (2020). Gene editing and disabled people: a response to Felicity Boardman. *Journal of Community Genetics* 11:241–243.
- Edwards, S. D. (2004). Disability, identity and the ‘expressivist objection’. *Journal of Medical Ethics*. 30(4), 418–420.
- Feeney, O., Shevchenko, S., & Rakić, V. (2024). (Re)producing Identities: The Assumptions in (non) Identity-Affecting Debates. *Humana Mente: Journal of Philos. Studies*, 46: 99-123.
- Garland-Thomson, R. (2019). ‘Welcoming the Unexpected’ in Parens & Johnston eds. *Human Flourishing in an Age of Gene Editing*. Oxford University Press: 15-28
- Gregg, B. (2022). ‘The Person-Affecting/Identity-Affecting Distinction between Forms of Human Germline Genome Editing Is Useless in Practical Ethics’, *The American Journal of Bioethics*, 22(9), pp. 49–51.
- MacKellar, C. (2021). Why human germline genome editing is incompatible with equality in an inclusive society. *The New Bioethics*, 27(1), 19–29.
- McMahan, J., & Savulescu, J. (2023). Reasons and Reproduction: Gene Editing and Genetic Selection. *The American Journal of Bioethics*, 1-11.
- Parfit, D. (1984). *Reasons and Persons*. Clarendon Press.

МОРАЛЬНІ ТА ПРОФЕСІЙНІ АСПЕКТИ ПРАВДИВОСТІ В СИСТЕМІ СУЧАСНОЇ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ

*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,
КП «Дніпровська обласна станція переливання крові»*

Принцип правдивості є важливим елементом професійних, моральних та правових обов'язків медичних працівників, оскільки забезпечує підтримку і збереження довіри пацієнтів до медичної системи. Медичні фахівці зобов'язані надавати пацієнтам достовірну інформацію про стан їхнього здоров'я, перебіг захворювання і особливості медичної допомоги. У межах сучасної медичної етики, правдивість визнається одним із найважливіших засобів захисту автономії, прав та гідності пацієнта. Дотримання принципів правдивості та чесності дозволяє побудувати партнерські стосунки і залучити пацієнтів до ухвалення медичних рішень, які стосуються їхнього життя і здоров'я. Здатність пацієнтів ухвалювати самостійні рішення буде суттєво обмежена, якщо медичні фахівці приховуватимуть або фальсифікуватимуть інформацію про стан їхнього здоров'я. Зокрема, відсутність довіри у стосунках між медичними працівниками і пацієнтами може негативно позначитися на комунікації та погіршити результативність процесу лікування.

В системі медичної етики принцип правдивості передбачає об'єктивне, повне, всебічне і точне інформування пацієнта про стан його здоров'я, діагноз та перспективи перебігу захворювання [1, р. 195]. Для ухвалення зваженого, автономного та інформованого рішення пацієнт повинен довіряти інформації, яку він отримує від медичного персоналу. У зв'язку з цим, серед наукової спільноти поширеною залишається точка зору про те, що довіра і правдивість є невід'ємними елементами взаємовідносин між медичними працівниками і пацієнтами [2, р. 193].

Це підтверджують результати дослідження Ентоні Такетта, відповідно до яких, абсолютна більшість пацієнтів переконані, що повинні отримувати правдиву і достовірну інформацію про своє здоров'я. Опитування пацієнтів у США, Канаді та Великобританії зафіксували їхнє прагнення отримувати чесну і прозору інформацію стосовно діагнозу та

подальшого перебігу хвороби [4, р. 502]. Такі показники спростовують поширений стереотип про те, що більшість пацієнтів відмовляються отримувати погані новини про стан свого здоров'я та уникають активної участі в ухваленні автономних рішень.

Головними факторами, які підвищують необхідність правдивості в системі сучасної медичної етики є наступні:

1) автономія пацієнта – отримання достовірної інформації дозволяє компетентному пацієнту ухвалювати рішення, які відповідають його особистим цінностям, інтересам та потребам;

2) фізична користь – останні дослідження підтверджують, що пацієнти з високим рівнем довіри до медичної системи частіше дотримуються рекомендацій лікаря і демонструють кращі показники одужання;

3) психологічна користь – пацієнти, які мають обмежений доступ до правдивої інформації можуть відчувати себе зрадженими і покинутими, що призводить до соціальної ізоляції та погіршення морально-психологічного стану;

4) моральний обов'язок – сучасні етичні моделі розглядають правдивість як невід'ємну частину професійної та культурної поведінки медичних працівників, а введення пацієнта в оману не може мати жодного морального виправдання.

Останні дослідження демонструють, що дотримання принципу правдивості має базуватися на повазі до принципу автономії пацієнта, який є основою сучасної медичної етики. Під автономією прийнято розуміти «здатність пацієнта ухвалювати обґрунтоване, усвідомлене і позбавлене примусу рішення стосовно свого життя і здоров'я» [5, р. 51]. Автономна особа здатна визначати свої потреби і контролювати процес ухвалення рішень, які стосуються її життя, здоров'я та лікування. Тобто, принцип автономії описує здатність пацієнта ухвалювати самостійні рішення без зовнішнього тиску, примусу і маніпуляції інформацією.

Основними перешкодами для дотримання принципу правдивого спілкування між медичними працівниками і пацієнтами є наступні:

- проблема невизначеності і складності прогнозування перебігу захворювання;
- складність пояснення пацієнту технічних питань, які потребують глибоких спеціалізованих знань з медицини;
- вплив хвороби на обмеження когнітивних здібностей пацієнта, що знижує здатність до критичного мислення та ухвалення раціональних рішень;
- прагнення зберегти для хворого надію на одужання і захистити від стресу внаслідок повідомлення поганих новин.

Дотримання принципу правдивості в медичній системі часто супроводжується складними етичними дилемами, які пов'язані з процесом інформування пацієнтів, збереженням надії, запобіганням шкоди і захистом автономії. Все ще триває наукова дискусія з приводу можливості приховати від пацієнта частину медичної інформації з метою попередження небажаних наслідків та потенційної шкоди від негативної інформації. За таких обставин, забезпечення правдивості може суперечити іншим етичним принципам, а тому, деякі вчені вважають допустимим часткове приховування інформації, якщо це здійснюється з усвідомленим наміром захистити пацієнта, зберегти надію і мінімізувати шкоду [6, р. 137].

Дотримуючись принципів патерналізму, частина суспільства переконана, що у випадку невиліковної хвороби медична інформація може бути обмежена з метою захисту особи, попередження небажаних наслідків та підтримки надії. Дехто вважає, що погані новини можуть суттєво погіршити якість і тривалість життя пацієнта, негативно вплинути на його самопочуття, фізичний і психологічний стан. Прихильники такого підходу переконані, що якість життя пацієнта відповідає його інтересам, а отже, повинна мати перевагу над принципами автономії, інформованої згоди чи правдивості. Зокрема, Даніель Сокол висловив припущення, що якщо розголошення правди може наражати життя пацієнта на небезпеку, то у такому разі, виправданим може бути обмеження доступу до медичної інформації з метою уникнення серйозної шкоди [3, р. 132].

Серед науковців та фахівців з медичної етики існує припущення, що порушення принципу правдивості може бути етично виправданим лише за таких обставин:

- особиста відмова дієздатного пацієнта від отримання достовірної медичної інформації;
- неспроможність та недієздатність пацієнта ухвалювати автономні рішення щодо свого життя і здоров'я;
- якщо приховування інформації підвищить імовірність успішного лікування, яке покращить стан пацієнта;
- якщо обмеження доступу до медичної інформації зменшить шкоду, емоційні страждання, страх та розчарування у пацієнта від отримання поганих новин.

Правдивість є ключовим елементом сучасної системи медичної етики, який зобов'язує медичних фахівців поважати права пацієнтів та надавати достовірну інформацію про їхній діагноз, перебіг хвороби і очікувані результати лікування. Дотримання цього принципу надає можливість контролювати стандарти медичної допомоги, підтримувати довіру до медичної системи та дозволяє пацієнтам ухвалювати обґрунтовані рішення у відповідності до власних потреб. Саме тому, медичні працівники потребують додаткової обізнаності та розвитку навичок правдивого інформування пацієнтів про діагноз, особливості лікування і подальший прогноз важкого захворювання. Такі вміння сприятимуть покращенню взаєморозуміння, підвищенню якості медичних послуг і збереженню довіри між лікарями та пацієнтами.

Список використаних джерел

1. Amer A. The Ethics of Veracity and Its Importance in the Medical Ethics. *Open Journal of Nursing*. 2019. Vol. 9. P. 194-198. <https://doi.org/10.4236/ojn.2019.92019>.
2. Kiener M. Truth-Telling and Respect for Autonomy. *The American Journal of Bioethics*. 2018. Vol. 9 (3). P. 193-194, DOI: 10.1080/21507740.2018.1496169.
3. Sokol D. Truth-telling in the doctor-patient relationship: a case analysis. *Clinical Ethics*. 2006. Vol. 1 (3). P. 130-134. doi:10.1258/147775006778246531.
4. Tuckett A. Truth-Telling in Clinical Practice and the Arguments for and Against: a review of the literature. *Nursing Ethics*. 2004. Vol. 11 (5). P. 500-513. doi:10.1191/0969733004ne728oa.
5. Yaacob L. H. Should I tell her the truth? *Education in Medicine Journal*. 2019. Vol. 11. P. 49-52. <https://doi.org/10.21315/eimj2019.11.1.6>.
6. Zolkefli Y. The ethics of truth-telling in health-care settings. *Malays J Med Sci*. 2018. Vol. 25 (3). P. 135-139. <https://doi.org/10.21315/mjms2018.25.3.14>.

ВПЛИВ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ НА ПСИХІКУ ДІТЕЙ: РОЗДУМИ ДИТЯЧОГО АЛЕРГОЛОГА

Недельська Світлана Миколаївна,
д.мед.н., професор, зав. кафедри факультетської педіатрії,
Лямцева Олена Валентинівна,
асистент кафедри факультетської педіатрії,
Запорізький державний медико – фармацевтичний університет

У світі сучасної медицини все більше уваги приділяється не лише фізичним аспектам хвороб, але й їх впливу на психічний стан пацієнтів. Особливо це стосується дітей, які страждають на хронічні захворювання, такі як atopічний дерматит (АД). Ця патологія, яка супроводжується хронічним запаленням шкіри, свербіжем та іншими неприємними симптомами, має значний вплив не лише на тіло, але й на психіку дитини. Як дитячий алерголог, я хотів би розглянути цю проблему через призму філософського осмислення, акцентуючи увагу на взаємозв'язку між фізичним станом, емоційним благополуччям та соціальними аспектами життя дитини.

Атопічний дерматит — це не просто хвороба шкіри. Це стан, який суттєво впливає на якість життя дитини та її родини. Хронічний свербіж, постійний дискомфорт, обмеження у харчуванні та необхідність регулярного лікування створюють напружену атмосферу, яка

може призводити до тривожності, дратівливості та навіть депресії у дітей. Важливим аспектом є те, що психічний стан дитини залежить від ступеня контролю над захворюванням, ефективності лікування та підтримки з боку оточуючих.

Діти з atopічним дерматитом часто стикаються з почуттям відчуженості через видимі прояви хвороби, такі як висипання, лущення шкіри або сліди від почесувань. Це може призводити до зниження самооцінки, сором'язливості та уникнення соціальних контактів. У школі такі діти можуть ставати об'єктами знущань або насмішок, що ще більше поглиблює їхні психологічні проблеми. Крім того, постійний фізичний дискомфорт може спричиняти порушення сну, що негативно впливає на когнітивні функції та емоційну стабільність.

Батьки дітей з atopічним дерматитом часто відчувають себе безпорадними та тривожними через неможливість повністю полегшити страждання своєї дитини. Ці емоції передаються дитині, яка починає відчувати себе "важким тягарем" для своєї родини. У деяких випадках батьки можуть вдаватися до надмірної опіки (гіперопіка), що обмежує самостійність дитини, або, навпаки, до байдужості (гіпоопіка), що призводить до відчуття емоційної ізоляції. Обидва підходи можуть зашкодити формуванню здорової самооцінки та соціальних навичок у дитини.

З філософської точки зору, atopічний дерматит можна розглядати як виклик, який ставить перед дитиною та її родиною питання про сенс страждання, адаптації та подолання. Хвороба стає не лише медичною проблемою, але й екзистенційним досвідом, який формує особистість дитини. Для батьків це можливість переосмислити свої підходи до виховання, навчитися підтримувати дитину в її боротьбі з хворобою та допомагати їй знаходити внутрішні ресурси для подолання труднощів.

Ефективне лікування atopічного дерматиту повинно включати не лише медикаментозну терапію, але й психологічну підтримку. Важливо, щоб лікарі, які працюють з такими дітьми, розуміли важливість емоційного стану пацієнта та його родини. Психологічна допомога може включати консультування батьків, навчання їх ефективним стратегіям підтримки дитини, а також роботу з самими дітьми, спрямовану на підвищення їхньої самооцінки та соціальних навичок.

Висновки. Atopічний дерматит — це не лише медична проблема, але й виклик, який вимагає комплексного підходу до лікування. Вплив цього захворювання на психіку дитини підкреслює необхідність інтеграції медичних, психологічних та соціальних методів допомоги. Лікарі, які працюють з такими пацієнтами, повинні бути не лише фахівцями в галузі алергології, але й підтримуючими партнерами, які допомагають дитині та її родині знаходити внутрішні ресурси для подолання труднощів. Саме такий підхід дозволяє досягти не лише фізичного одужання, але й психічної стійкості, що є основою для гармонійного розвитку особистості дитини.

ФІЛОСОФІЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ В СУЧАСНИХ РЕАЛІЯХ СЬОГОДЕННЯ

*Михайловська Наталія Сергіївна, доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри загальної практики-сімейної медицини та внутрішніх хвороб;*

*Мануйлов Сергій Миколайович, PhD-аспірант,
асистент кафедри загальної практики-сімейної медицини та внутрішніх хвороб,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Вступ. Здоров'я людини — найвища цінність, яка має важливе значення у житті кожної людини. Забезпечення належного рівня здоров'я населення є пріоритетним завданням будь-якої держави, про що наголошено в стратегічних документах міжнародного та національного рівнів. Пандемія COVID-19, повномасштабне військове вторгнення рф, загальне виснаження медиків спричиняє значний занепад профілактичних заходів, що безумовно має негативні впливи на стан здоров'я нації. Все частіше фіксуються вогнища давно забутих інфекційних хвороб, зростає захворювання та смертність від серцево-

судинних, онкозахворювань, молодшають інфаркти та інсульти. Пацієнт не усвідомлює роль профілактики, а його лікар, на жаль, не може її донести до свого підопічного. А отже залишається актуальним пошук загальної філософської ідеї для профілактичної медицини в Україні.

Мета дослідження. Дослідити розвиток філософських ідей збереження та підтримки здоров'я та встановити сучасну філософську ідею профілактичної медицини в системі охорони здоров'я України.

Матеріали та методи. Проведено аналіз історичної, наукової, художньої літератури за ключовими словами «філософія», «медицина», «профілактика», «античні філософи», «філософія епохи ренесансу», «філософи нового часу», «медична етика та деонтологія» з використанням штучного інтелекту ChatGTP, а також сервісу Google Scholar. Під час аналізу до уваги брались джерела, які відповідали наступним критеріям: були не старше 5 років, не були пов'язані з країною-агресором, мали відкритий доступ до тексту та/або його фрагментам. Узагальнення результатів проводилось авторами особисто.

Результати: Філософію профілактичної медицини можна умовно поділити на 3 етапи, що відповідають найбільш прогресивним епохам розвитку людства. Так античні європейські ідеї профілактики були представлені роботами Гіппократа, Платона та Аристотеля, що визначали необхідність укріплення здоров'я, як невід'ємної частини життя. Автори узагальнювали ідею здорового організму в 3 постулатах: необхідність дотримання гармонії та балансу, використання природи та природнього для запобігання хвороба, а також невід'ємність матеріального від духовного, тобто важливість збереження ментального стану заради здоров'я фізичного тіла. Ідеї важливості підтримки духовного стану в той самий час були основою східної медицини. «Трактат жовтого імператора» досі порівнюють за значимістю та культурним впливом з роботами Гіппократа, а також досі посиляються на нього в розрізі дослідження традиційної медицини Китаю та Японії. Текст трактату вказував на необхідність регулярних фізичних вправ, містив рекомендації для зміцнення як фізичного, так і духовного стану, а роль лікаря визначав як вчителя, що відкриває таємниці медичного знання для хворих.

Хоча Ренесанс спирався на ідеї часів античності, проте значно модифікував останні. В основі філософії медичної діяльності з'явилися нові постулати. В першу чергу увагу філософів та науковців привертала ідея навчання та дослідження. Так, наприклад, праця Андреаса Везалія "*De humani corporis fabrica*" стала основою сучасної анатомії. Лікар переходив від суто філософської роботи, роздумів над станом пацієнта та природою хвороб, до практичної діяльності і пошуку взаємозв'язків між причиною патології та її наслідками як для окремої людини, так і популяції загалом. Безумовно саме Ренесанс дав можливість лікарям вести експериментальну діяльність і започаткував еру наукових досліджень.

Новий час зберіг ідеї Ренесансу та зосередився на пошуку філософської ідеї для людства. З точки зору медичної історії найбільш визначними були роботи Іммануїла Канта та його наступника Людвіга Фейєрбаха. Кант розробив етичну систему, засновану на категоричному імперативі, що вимагала від людини діяти так, щоб її вчинки могли стати загальним законом. Його ідеї стосовно профілактики витікають з принципів моральної відповідальності перед собою та суспільством. Фейєрбах, як один із провідних представників матеріалізму, концентрувався на людині як біологічній і соціальній істоті. Його погляди на профілактику витікають із його антропологічної філософії, яка акцентувала увагу на матеріальній природі людини та важливості гармонії між тілом і духом.

Сучасна філософія профілактичної медицини враховує досвід античності та епохи Ренесансу, а також доповнює його впровадженням в практику цифрової гігієни та уніфікації медичних послуг. Боротьба за інформаційну чистоту засновується на безумовному використанні доказових джерел, вмінням швидко знаходити необхідну інформацію в наукометричних базах, а також партнерській системі взаємовідносин між лікарем та пацієнтом.

Висновки:

1. Сучасна філософія профілактичної медицини заснована на постулатах робіт філософів античності, епохи Ренесансу та Нового часу.
2. Філософія профілактичної медицини в сучасних реаліях сьогодення полягає у превалюванні доказовості над індивідуальним досвідом, партнерства над патерналізмом, ідеї уніфікації медичних послуг над концепцією «медичних шкіл».
3. Цифрова гігієна – основна мета роботи лікаря-клініциста, що забезпечує зростання обізнаності пацієнта про можливості сучасної системи охорони здоров'я в запобіганні розвитку як інфекційних, так і неінфекційних хвороб.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПИТАННЯ ФІЛОСОФІЇ ПРОФІЛАКТИКИ

*Перегінець Мар'яна Михайлівна, здобувач другого рівня вищої освіти,
Черненко Олена Євгенівна, доцент кафедри ФРСМФВіЗ,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Фундаментальні питання філософії виникають разом із її появою. Коло проблем, що відносяться до філософських, змінюється з розвитком людської культури, пізнання і практики, але завжди існують такі питання, відповіді на які за традицією очікували виключно від філософії. Якщо виходити з того, що основним питанням філософії є сукупність чотирьох головних філософських проблем – психофізіологічної, онтологічної, гносеологічної, аксіолого-праксеологічної, то в цих чотирьох головних філософських проблемах і охоплюються основні аспекти природи людини. Всі вони однаковою мірою значимі, але залежно від мети дослідження та теоретичного розгляду якийсь із них стає головним, підпорядковуючи собі інші. У медичній сфері головною з вищезазначених філософських проблем стає психофізіологічна, яка розглядає людину як індивіда.

Історія розвитку розумової дії в медицині представлена трьома етапами діалектичного взаємозв'язку медицини та філософії: натурфілософський, починаючи з часів античності (Арістотель, Гіппократ, Гален); механістичний – з епохи Нового часу (Бекон, Декарт, Локк, Парацельс); цілісний (міждисциплінарний) – наш час. На всіх рівнях функціонування медичної думки на неї періодично впливають ті чи інші філософські системи [2].

На кожному історичному етапі наукового пізнання природи і людини лідируючу позицію спонтанно займають, як правило, ті науки, які мають найбільш істотний вплив на стиль і характер мислення представників цієї епохи, формують інтелектуальний менталітет народу. Так було в XVII - XVIII ст. таку роль виконувала механіка, а XIX столітті – природознавство загалом. У першій половині XX століття у центрі уваги опинилися релятивістська фізика, квантова механіка та космологія, у другій половині – математика. У XXI столітті лідируючу позицію дедалі більше займає теоретична медицина, а всередині останньої – біологія та фізіологія.

Вони разом із філософією вже сьогодні найактивніше інтегрують нові наукові знання про людину загалом. У них виробляються і нові методологічні, теоретико-пізнавальні парадигми, які стають стандартом цілей та методів будь-якої науково-творчої діяльності. Біологія та медицина стають найбільш помітною та вагомою частиною загальнолюдської культури, впливаючи на біоетичні цінності та сучасний стиль мислення [3].

При розрізненні рівнів пізнання у медицині зазвичай відзначають два: емпіричний та теоретичний. При цьому емпіричне не зводиться тільки до чуттєвого, так як воно обов'язково включає логічне (розсудливе), проте на базі чуттєвих даних.

Головні завдання профілактичної медицини: вивчення стану здоров'я населення, попередження захворювань у здорових, загострень і рецидивів у реконвалесцентів, прогноз стану здоров'я майбутніх поколінь, вивчення впливу окремих факторів на здоров'я і життєдіяльність популяцій, розробка шляхів підвищення рівня здоров'я і соціально-трудового потенціалу населення, а також будівництво інформаційного простору з метою, мінімізації професійних захворювань, травм [1, 2].

З позиції профілактики у філософії – це усвідомлена корекція, чи усунення патологічного сприйняття окремих її напрямів, чи появи чи розвитку хибних, не творчих теорій.

Тільки з першого погляду профілактику в медицині можна прив'язати до захворювань, але профілактика стосується здорового способу життя. Профілактику також можна віднести до статичної чи пасивної дії на організм людини, а також до активної профілактики здорового спортивного способу життя. У профілактику, як невід'ємну її частину, входить гігієна - підтримка тіла в різних формах чистоти (поверхня тіла, середовища, свідомості), а також офіційна і не офіційна санітарія за допомогою асептичних та антисептичних методик (запобігання потраплянню в організм живих патологічних вірусів, бактерій, паразитів). Людина також не може існувати в стерильних умовах навколишнього середовища без вірусів, бактерій, які допомагають їй у симбіозі з ними існувати у цьому світі, тобто звикати до нових умов, що називається адаптацією [3]. При філософському підході до проблеми лікування медицина завжди стикається з проблемою лікувати хворого, лікувати людину від хвороби або лікувати хворобу у вигляді усунення її причини.

Сутність профілактики найдохідливіше можна уявити з позиції літературного висловлювання у культурі, точніше, у логічному аналізі однієї з приказок. Якщо логічно проаналізувати російську приказку: «Поки грім не вдарить, чоловік не перехреститься», то з'ясовується кілька цікавих моментів. Насамперед слід виключити психологічний стан і налаштованість людини у зв'язку з цією приказкою.

Профілактика в медицині – це комплекс заходів, спрямованих на попередження появи або попередження розвитку захворювань, що вже з'явилися, або патології в організмі на рівні адаптації до навколишнього середовища, на рівні фізичного тіла людини, душевному рівні, рівні його духовного стану та сприятливого існування в соціумі [2].

Сутністю профілактичних заходів називаються основні напрямки застосування профілактики, якими реалізуються її мети, завдання, призначення. З позиції функцій профілактики слід зазначити, що основні напрямки профілактики одноманітні і подібні.

Список використаних джерел

1. Вікторов В.П. Регулювання якості профілактики як філософська трансформація філософської освіти в контексті соціальної проблеми : автореф. дис. на здобуття філ. змін / В.П. Вікторов // Філософія освіти. – К., 2006. - 30 с.
2. Попов М.В. Сучасна наукова картина світу та методологічні проблеми розвитку теоретичної медицини. *Практична філософія*. – К., 2000. С.141-148.
3. Кулініченко В.Л. Філософсько-методологічний аналіз процесу зміни парадигм у сучасній медицині та охороні здоров'я : Автореф. дис... д-ра філос. наук: 09.00.09 / В.Л. Кулініченко ; Київ. нац. ун-т ім. Т.Шевченка. – К., 2002. – 32 с. – укр.

ВИБІРКОВІ ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я СЕРЕД МОЛОДІ В УМОВАХ ВІЙНИ

*Корнієнко Олена Олександрівна, к.мед.н., доцент,
доцент ЗВО кафедри інфекційних хвороб,*

*Рябоконт Олена Вячеславівна, д.мед.н., професор,
завідувачка кафедри інфекційних хвороб,*

*Саліонов Володимир Олександрович, к.фарм.н.,
доцент ЗВО кафедри біологічної хімії,*

*Онисьченко Тетяна Євгенівна, к.мед.н., доцент,
доцент ЗВО кафедри інфекційних хвороб,*

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Питання профілактики та формування прихильності до здорового способу життя є актуальним медико- соціальним напрямком серед населення, але вектор цих заходів, на нашу думку, залежить від особливостей вікових груп. Так, наприклад, серед молоді важливим є

актуалізація інфекцій, що передаються статевим шляхом, насамперед захворювання, що викликається вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ).

З одного боку, актуальність цього захворювання, має важливе соціальне значення, враховуючи відомі наступні шляхи інфікування ВІЛ серед дітей та підлітків в Україні: від матері до дитини - під час вагітності чи пологів, при вигодовуванні грудним молоком ВІЛ-інфікованою матір'ю; ризикована поведінка – ін'єкційні наркотики, незахищений статевий контакт, татування, пірсинг, тощо; сексуальне насильство; трансфузія крові та її препаратів; ВІЛ-інфекція внаслідок інфікування у лікувальних закладах.

З іншого, з початком повномасштабної війни на території України продовжує збільшуватись кількість людей, що страждають не тільки від дії стресових факторів, загрози фізичної шкоди, а й сексуального насильства [1].

Формування прихильності до збереження здоров'я та безпечної поведінки дітей та молоді має не тільки соціальне значення, а й державне та в умовах війни не має втратити своєї актуальності [2]. Так, відповідно до положень Указу Президента «Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні» [5] проведення масштабної первинної профілактики захворювання на ВІЛ-інфекцію/СНІД, у першу чергу має бути серед найбільш уразливих груп [3]: 1) клієнти та клієнтки людей, які надають сексуальні послуги; 2) люди, які вживають наркотичні засоби або психоактивні неін'єкційним шляхом; 3) сексуальні партнерки чоловіків, які практикують секс із чоловіками; 4) люди, які постраждали від зґвалтування, зокрема люди, що зазнали сексуальної експлуатації; 5) бездомні дорослі; 6) мігранти (внутрішні і зовнішні), зокрема внутрішньо переміщені особи; 7) діти мігрантів; діти, які перебувають у складних життєвих обставинах; діти-сироти; діти, позбавлені батьківського піклування; 8) військовослужбовці та особи, які брали участь у бойових діях. Відповідно до Положення стандарту медичної допомоги ВІЛ [3]: «Профілактика поширення ВІЛ-інфекції досягається шляхом широкого інформування населення про ризики інфікування та шляхи передачі ВІЛ; забезпечення високого рівня обізнаності населення щодо особистого ВІЛ статусу завдяки доступності тестування на ВІЛ як у суб'єктах господарювання у сфері охорони здоров'я, так і поза їх межами; забезпечення доконтактної профілактики та постконтактної профілактики, а також через доступність заходів профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини».

Будь яка вікова когорта населення має право на конфіденційну медичну, соціальну та психологічну допомоги. Щодо медичного напрямку сімейні лікарі, педіатри або лікарі навчальних закладів мають надати підлітку інформацію щодо профілактики ВІЛ-інфекції, мотивувати до дотримання здорового способу життя та, у разі наявності у підлітка досвіду ризикованої щодо інфікування ВІЛ поведінки, поінформувати його у доступний та доброзичливий спосіб про шляхи зменшення ризику та шкоди, доцільності зміни поведінки на безпечну і наголосити на анонімності тестувань до ВІЛ –інфекції [3].

Пріоритетним державним напрямком є виробництво соціальної реклами, спрямованої на профілактику ВІЛ-інфекції та її розповсюдження в навчальних закладах, закладах охорони здоров'я, у транспорті, в інших громадських місцях; активна участь засобів масової інформації та соціальних мереж у забезпеченні підвищення рівня поінформованості дітей і молоді про загрозу ВІЛ-інфекції [4]; формування серед населення толерантного ставлення до осіб із статусом ВІЛ; мотивація до здорового способу життя і безпечної поведінки; інформувати населення про мережу закладів і установ, які здійснюють профілактичну, консультаційну роботу, діагностику та лікування ВІЛ-інфекції, ресоціалізацію наркозалежної молоді [5] та забезпечити реалізацію права на освіту ВІЛ- позитивних осіб [6].

Висновки: в умовах сьогодення формування прихильності до здорового способу життя та безпечної поведінки дітей та молоді (в тому числі й щодо ВІЛ-інфекції) із впровадженням комплексу доступних як медичних, так і психологічних послуг мають бути розглянуті як пріоритетні у національному соціальному напрямку роботи.

Список використаних джерел

1. Зливков В., Лукомська С. Діти війни: теоретико-методичні і практичні аспекти психологічної допомоги. Київ.- Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М., 2022. 95 с.
2. Корнієнко О.О., Саліонов В.О. Сучасний підхід до профілактики інфікування ВІЛ-інфекцією / International scientific-practical conference “Sustainable development of society in the era of digitalization: science, education and innovation”: conference proceedings (Aarhus, Denmark, November 23, 2024): in 2 parts. Aarhus, Denmark: Scholarly Publisher ICSSH, 2024. Part 2. P. 52-53.
3. Наказ МОЗ України № 2092 від 16.11.2022 Зі змінами згідно наказу МОЗ України від 15.08.2023 № 1465 Про затвердження Стандартів медичної допомоги «ВІЛ-інфекція»
4. Ріжок А. О. Вплив соціальних мереж на формування самооцінки та ідентичності / International scientific-practical conference “Sustainable development of society in the era of digitalization: science, education and innovation”: conference proceedings (Aarhus, Denmark, November 23, 2024): in 2 parts. Aarhus, Denmark: Scholarly Publisher ICSSH, 2024. Part 1. P. 13-14.
5. Указ Президента України «Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні {Із змінами, внесеними згідно з Указом Президента N 481/2010 (481/2010) від 02.04.2010
6. Указ Президента України «Про заходи щодо забезпечення захисту прав і законних інтересів дітей {Із змінами, внесеними згідно з Указом Президента N 503/2014 (503/2014) від 06.06.2014}

АРТ-ТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

*Самойленко О.В., к.філ.н., доц.,
завідувачка кафедри теоретичних дисциплін;
Хитрук К.О., студентка 2-го курсу медичного факультету № 1,
Донецький національний медичний університет*

Наразі проблема психічного та психологічного здоров'я є однією з ключових не тільки в медицині, але й для всього нашого суспільства в цілому, бо кожен його член певною мірою постраждав від війни, багатьом людям довелося переїхати, що спричиняє великий дискомфорт не тільки для літніх, але й для молодих людей. Отже, стрес, тривожність і депресія значно впливають на якість життя і вимагають пошуку ефективних методів реабілітації. Арт-терапія є інноваційним і водночас доступним способом покращення психоемоційного стану. До того ж, такі методики є легкими для виконання.

Отже, методи арт-терапії (ізотерапія, фелт-терапія, метафоричні карти, фототерапія, кінотерапія) є ефективними для зниження рівня тривожності та стресу, покращення емоційного стану студентів та підвищення їхньої загальної стресостійкості.

Для роботи зі здобувачами освіти застосовували психологічні тестування для оцінки рівня стресу, тривожності та емоційного стану до і після курсу арт-терапії. Провели 6 сесій малювання зі студентами різних курсів (від 17 років). Для вивчення динаміки змін у психоемоційному стані використовували анкети та спостереження, було пропрацьовано наукові статті та посібники з арт-терапії.

Дослідження впливу арт-терапії на психологічне здоров'я показало, що учасники індивідуальних і групових арт-терапевтичних сесій демонстрували значне зниження рівня тривоги після завершення курсу. За результатами анкетування, 72% респондентів відзначили суб'єктивне покращення свого емоційного стану, що також підтверджувалося об'єктивними показниками тестів (зниження на 15–20 балів у шкалі тривожності Спілбергера). У 79% учасників групових занять зафіксовано зменшення частоти емоційних зривів і поліпшення комунікації з оточенням. Студенти, які регулярно відвідували заняття, відзначили підвищення мотивації до навчання та загального оптимізму. Творчий процес допоміг їм відновити почуття впевненості у власних силах. 68% учасників зазначили, що арт-терапія

допомогла їм легше переживати складні моменти, пов'язані з особистісними труднощами або навчанням. У здобувачів освіти, які регулярно відвідували арт-терапію (сесії проводилися раз на 10 днів протягом 2х місяців), спостерігалось зменшення симптомів стресу та апатії, що сприяло до покращенню психічного стану. Учасники свідчили про зростання рівню оптимізму, кращу здатність до подолання життєвих труднощів і відчуття емоційної наповненості. Групові сесії створювали атмосферу взаємопідтримки та довіри, дозволили краще пізнати один одного та самого себе. Студенти стверджували, що завдяки сесіям арт-терапії вдалося покращити комунікацію з іншими учасниками та подолати почуття самотності. Творчі заняття сприяли зміцненню соціальних зв'язків і покращенню міжособистісної взаємодії. Вважаємо, що використання арт-терапевтичних методів є доречним як для осіб із комунікативними труднощами так і для тих, хто перебуває на етапі фізичної реабілітації після травм чи операцій.

Арт-терапія є ефективним інструментом психологічної реабілітації, який сприяє зниженню стресу та покращенню емоційного благополуччя. Терапевтичний потенціал арт-терапії дозволяє застосовувати її в різних медичних сферах, включаючи психіатрію, онкологію та реабілітацію. Метод сприяє формуванню стійкості до стресу, покращенню настрою та налагодженню міжособистісної взаємодії. Наш досвід доводить, що арт-терапію можна успішно використовувати як засіб психологічної підтримки студентів у навчальних закладах, особливо студентів-переселенців.

Список використаних джерел

Практикум з арт-терапії: навчально-методичний посібник. Ч. 2. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2021. 148 с.

ЕТИКА І ДЕОНТОЛОГІЯ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЛЕЙКЕМІЇ

*Самура Борис Борисович, д.мед.н., професор,
професор кафедри внутрішніх хвороб З,*

*Чорна Інна Володимирівна, к.мед.н.,
доцент кафедри внутрішніх хвороб З,*

*Самура Тетяна Олександрівна, к.мед.н., доцент,
доцент кафедри клінічної фармакології, фармації та фармакотерапії,*

*Панасенко Марія Олександрівна, PhD,
асистент кафедри внутрішніх хвороб З,*

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Вступ. Гострі лейкемії (ГЛ) є групою злоякісних захворювань кровотворної системи, які характеризуються агресивним перебігом і високою смертністю. Лікування таких пацієнтів потребує не лише професійних знань, а й дотримання етичних та деонтологічних принципів, які забезпечують збереження людської гідності, автономії пацієнта і якість медичної допомоги.

Значна увага повинна приділятися питанню рівного доступу до лікування, особливо в умовах обмежених ресурсів. Медичні працівники стикаються з моральними дилемами щодо розподілу фінансів та вибору між стандартними та експериментальними методами лікування. Крім того, важливим аспектом є питання психологічної підтримки пацієнтів та їхніх родин, оскільки діагноз гострої лейкемії є важким випробуванням для всіх учасників лікувального процесу.

Основні етичні принципи в лікуванні гострих лейкемій передбачають автономність, благодійність, справедливість та ненанесення шкоди пацієнту [3].

Принцип автономії передбачає право кожного пацієнта на інформацію про свій діагноз, можливі методи лікування, прогноз та потенційні ризики. Інформована згода є ключовим аспектом взаємодії лікаря та пацієнта. Це включає роз'яснення можливих побічних ефектів терапії, очікуваних результатів та альтернативних варіантів лікування.

Лікарі зобов'язані забезпечити максимально ефективне лікування, спрямоване на подовження життя та покращення його якості. У разі наявності клінічних досліджень важливо оцінювати їхню відповідність інтересам пацієнта та можливість отримання від них користі.

Враховуючи високу токсичність хіміотерапії, необхідно ретельно зважувати ризики та користь лікування, індивідуалізуючи терапію для кожного пацієнта. Лікарі повинні постійно оновлювати свої знання щодо новітніх схем лікування, аби мінімізувати ускладнення та підвищити ефективність терапії [5].

Рівний доступ до медичної допомоги, новітніх методів лікування та паліативної допомоги є важливою складовою етичного підходу до лікування ГЛ. Важливим є і питання економічної доступності препаратів, оскільки сучасна терапія часто є надзвичайно дорогою.

Деонтологічні аспекти включають комунікацію з пацієнтом та його родиною, конфіденційність, забезпечення паліативної допомоги та психологічної підтримки.

Чесність та відкритість у поданні інформації про перебіг хвороби, можливості лікування та прогноз є обов'язковими під час комунікації з пацієнтом та його родиною. При цьому необхідно враховувати психологічний стан пацієнта та його сім'ї. Медичні працівники повинні проходити спеціальну підготовку щодо ведення складних розмов із пацієнтами [1].

У випадках, коли радикальне лікування є неможливим або неефективним, лікар зобов'язаний забезпечити гідний рівень паліативної допомоги, полегшуючи біль і страждання пацієнта. Це включає не лише медикаментозне лікування, а й психологічну та духовну підтримку пацієнта та його близьких [2].

Дотримання лікарської таємниці є необхідним елементом професійної етики. Відомості про діагноз та лікування можуть передаватися лише за згодою пацієнта. У випадку участі пацієнта в клінічних дослідженнях конфіденційність даних має бути суворо захищена. [4].

Хворі на ГЛ та їхні родини стикаються зі значним емоційним стресом. Лікарі повинні надавати необхідну психологічну підтримку або залучати спеціалістів відповідного профілю. Робота з онкопсихологами та соціальними працівниками є важливим елементом комплексної допомоги.

Участь пацієнтів у клінічних випробуваннях повинна базуватися на добровільній згоді, чіткій інформованості про можливі ризики та потенційну користь. Лікарі мають дотримуватися міжнародних стандартів біоетики, аби уникнути експлуатації пацієнтів у наукових цілях.

Висновки: Етичні та деонтологічні аспекти відіграють ключову роль у лікуванні гострих лейкемій. Дотримання принципів медичної етики сприяє створенню довірливих відносин між лікарем і пацієнтом, підвищує ефективність лікування та покращує якість життя пацієнтів. Необхідність гуманного підходу до лікування та забезпечення гідного ставлення до хворого є фундаментом сучасної медичної практики.

Крім того, лікарі повинні усвідомлювати свою відповідальність перед суспільством і пацієнтами, постійно вдосконалювати свої знання та навички, дотримуватися етичних норм та брати активну участь у розробці стратегій поліпшення доступу до інноваційних методів лікування. Тільки комплексний підхід до лікування, що поєднує наукові досягнення з етичними стандартами, може забезпечити найкращі результати для пацієнтів із гострими лейкеміями.

Список використаних джерел

1. Beltran-Aroca C.M., Girela-Lopez E., Collazo-Chao E. Confidentiality breaches in clinical practice: what happens in hospitals? BMC Medical Ethics. Volume 17, article number 52, (2016) 17-52.
2. El-Jawahri A., Nelson A.M., Gray T.F. Palliative and End-of-Life Care for Patients With Hematologic Malignancies. J Clin Oncol. 2020 Mar 20;38(9):944-953.

3. Pettersson M., Hedström M., Höglund A.T.. The ethics of DNR-decisions in oncology and hematology care: a qualitative study. BMC Medical Ethics. Volume 21, article number 66, 2020: 21-66.

4. Rosenthal D. S., Dean-Clower E. Integrative Medicine in Hematology/Oncology: Benefits, Ethical Considerations, and Controversies. Ethical and Clinical Controversies in Hematology| January 1, 2005. Volume 2005, Issue 1: 491-497.

5. Raina R.S., Singh P., Chaturvedi A. Emerging Ethical Perspective in Physician-Patient Relationship. J Clin Diagn Res. 2014 Nov 20;8(11): XI01–XI04.

ПРОБЛЕМА ВИЗНАЧЕННЯ КРИТЕРІЮ СМЕРТІ ЛЮДИНИ У СУЧАСНІЙ БІОЕТИЦІ

*Сенетий Дмитро Петрович, доктор філос. наук, доцент,
професор кафедри суспільних дисциплін,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Проблема визначення критерію смерті людини стала предметом гострих дискусій протягом останніх півстоліття. Це пов'язано, по-перше, з розвитком нових технологій, які дозволяють штучно підтримувати кровообіг та дихання у пацієнтів у стані незворотного припинення функціонування мозку та/або незворотної втрати свідомості в усіх її формах (включно з нейелементарнішими відчуттями) і, по-друге, (у зв'язку з першим) із впровадженням в більшості країн нейрологічного критерію смерті, відомого під назвою "смерть мозку", під яким розуміється або (у більшості країн, зокрема, в Україні [1] та США) повне припинення функціонування усього мозку, невиконання усіх його функцій, або (у Великобританії та кількох інших країнах) повне припинення функціонування стовбура головного мозку. Згаданий критерій викликає критику як із боку прибічників традиційного, кардіопульмонарного критерію (незворотне припинення функціонування серця й легенів) (див., зокрема: [2; 6; 11; 12; 13]), так і з боку багатьох авторів, які пропонують вважати смертю людини стан незворотної втрати свідомості, тобто, незворотного припинення виконання вищих функцій мозку, які локалізуються у новій корі (неокортексі) (див., зокрема: [3; 4; 5; 7; 8; 9; 10; 14; 15]).

Прийняті на сьогодні критерії встановлення смерті людини проблематичні у кількох відношеннях.

По-перше, критерій смерті людини як "смерть мозку" був впроваджений без достатнього обґрунтування. Тут йдеться не про науково-медичне питання, як (на основі яких тестів) можна встановити незворотне повне припинення функціонування мозку або стовбуру мозку, а про концептуальне, філософське питання: чому (і чи справді) саме це слід вважати смертю людини? Обґрунтування, які пропонувалися прибічниками критерію "смерть мозку" (вже після його фактичного впровадження в більшості країн), виявляються по-перше, для багатьох непереконливими і, по-друге, такими, що не узгоджуються між собою. Тобто, у питанні про те, чому саме повну "смерть мозку" (а не "кардіопульмонарну смерть" чи "смерть вищого мозку") слід приймати за смерть людини, прибічники цього критерію далекі навіть від досягнення згоди між собою, не кажучи вже про переконування інших.

По-друге, ряд авторів вказують на те, що медичні тести, на основі яких встановлюється "смерть мозку", насправді не встановлюють припинення виконання *всіх* функцій мозку, хоча у законодавстві (зокрема, в Україні та США) "смерть мозку" визначається саме як незворотне припинення виконання *усіх* функцій мозку. Тобто, практика не відповідає букві Закону. Деякі прибічники критерію "смерть мозку", визнаючи, що це справді так, говорять, що ті функції мозку, які можуть виконуватися незважаючи на проходження прийнятих тестів, є несуттєвими. Але в Законі "смерть мозку" визначається не як незворотне припинення виконання *суттєвих* функцій, а як незворотне припинення виконання *усіх* функцій.

На практиці, така неузгодженість між прийнятими тестами та законодавчим визначенням "смерті мозку" в США була предметом важливих судових справ, що й стимулювало відповідну біоетичну дискусію. Очевидно, що є два шляхи вирішення цієї суперечності.

Перший шлях – впровадити більш суворі тести, які дійсно гарантуватимуть незворотне припинення виконання геть-усіх функцій мозку. Цей шлях навряд чи є раціональним, оскільки функції, щодо яких виникає ця неузгодженість дійсно є несуттєвими, і дуже неправдоподібно, щоб людину з суворо пошкодженим мозком, який виконує лише такі несуттєві функції слід було б вважати живою. Приклад, який наводять Роберт Вітч та Лайні Рос: "нинішнє стандартне визначення смерті на основі втрати функцій мозку розглядає наявність рефлексів нижніх відділів мозку, таких як фарингальний рефлекс, як доказ функціонування мозку. Тому людину, яка втратила всі функції мозку, окрім фарингального рефлексу, потрібно класифікувати як живу, оскільки вона не втратила усіх функцій цілого мозку» [16, с. 20].

Другий шлях – переформулювання законодавчого визначення "смерті мозку": у новому визначенні мова має йти про незворотне припинення функціонування не *усіх* функцій мозку, а лише тих, які є *необхідними для життя*. Але у такому разі необхідно спочатку досягти згоди щодо того, які ж функції мозку є, а які не є необхідними для того, щоб людину вважати живою.

Якраз стосовно цього ряд авторів обґрунтовують думку, що визначальними для розмежування між життям та смертю людини мають бути функції підтримки свідомості, у широкому сенсі, який охоплює усі суб'єктивні психічні стани, починаючи від найпростіших відчуттів. Тобто, за цією пропозицією, людину слід вважати померлою, якщо вона назавжди цілковито втратила здатність хоч би щось відчувати. Це слід розглядати як необхідну й достатню умову смерті людини.

По-третє, оскільки прийнятий порядок встановлення смерті людини в усіх країнах, де впроваджений критерій "смерті мозку", передбачає, що смерть людини може встановлюватися або за цим критерієм або за кардіопульмонарним критерієм, то виникають проблеми стосовно того, який із цих двох критеріїв має застосовуватися у конкретних ситуаціях – хто і як має це вирішувати. Зокрема, в США мали місце судові позови від родичів людини, що була визнана померлою на основі критерію "смерті мозку", але її кровообіг і дихання усе ще підтримувалися штучними засобами, з вимогою відмінити таке визнання і дозволити визнавати її померлою лише за кардіопульмонарним критерієм. Хоча зазвичай, в більшості країн, медики самі вирішують, який критерій застосовувати, у кількох штатах США та кількох інших країнах встановлено, що якщо людина за релігійними переконаннями визнає лише кардіопульмонарний критерій, то її слід (офіційно) визнавати померлою лише після припинення кровообігу й дихання.

Стосовно цієї проблеми, слушною видається пропозиція Роберта Вітча та Лайні Роса поширити цю практику не лише територіально (у інших штатах та країнах), але й змістовно: по-перше, визнавати за достатню підставу не лише релігійні, але й нерелігійні, філософські сумніннєві переконання; по-друге, визнати за людиною таке право вибору не лише щодо кардіопульмонарного критерію, але й щодо "вищомозкового" критерію смерті (незворотне припинення виконання усіх функцій, відповідальних за свідомість); по-третє, у випадку відсутності експліцитного волевиявлення самої людини, дозволити приймати рішення її найближчим родичам чи уповноваженим представникам.

Список використаних джерел

1. Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я". [Онлайн] URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
2. Becker, L. 1975. Human Being: The Boundaries of the Concept. *Philosophy & Public Affairs* 4(4): 334-359.
3. Engelhardt, H. T. 1975. Defining Death: A Philosophical Problem for Medicine and Law. *American Review of Respiratory Diseases* 112(5): 587–590.

4. Gervais, K. 1986. *Redefining Death*. New Haven: Yale University Press.
5. Green, M., Wilker, D. 1980. Brain Death and Personal Identity. *Philosophy & Public Affairs* 9(2): 105-133.
6. Jonas H. 1974. Against the Stream: Comments on the Definition and Redefinition of Death. In H. Jonas, *Philosophical Essays: From Ancient Creed to Technological Man* (pp. 132-140). Englewood Cliffs, New York: Prentice-Hall.
7. Lizza, J.P. 2006. *Persons, Humanity, and the Definition of Death*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
8. Lizza, J.P. (2018). Defining Death: Beyond Biology. *Diametros* 55: 1-19.
9. Sarbey, B. 2016. Definitions of death: brain death and what matters in a person. *Journal of Law and the Biosciences* 3(3): 743-752.
10. Sarbey, B. 2024. The Advantages of the Higher Brain Criterion for Determining Death. *American Journal of Bioethics* 24(1): 116-118.
11. Shewmon D.A. 1998. "Chronic 'Brain Death': Meta-analysis and Conceptual Consequences," *Neurology* 51 (6): 1538–1545.
12. Shewmon D.A. 2001. "The Brain and Somatic Integration: Insights into the Standard Biological Rationale for Equating 'Brain Death' with Death," *Journal of Medicine and Philosophy* 26 (5): 457–478.
13. Shewmon D.A. 2004., "The 'Critical Organ' for the 'Organism as a Whole': Lessons from the Lowly Spinal Cord," [in:] *Brain Death and Disorders of Consciousness*, C. Machado, D.A. Shewmon (eds), Springer, New York: 23–41.
14. Veatch, R. M. 1975. The Whole-Brain-Oriented Concept of Death: An Outmoded Philosophical Formulation. *Journal of Thanatology* 3(1): 13-30.
15. Veatch R. M. 1978. The definition of death: Ethical, Philosophical and policy confusion. *Annals of the New York Academy of Sciences* 315: 307–21.
16. Veatch, R.M., Ross, L.F. 2016. *Defining Death: The Case for Choice*. Washington: Georgetown University Press.

ETHICAL CONSIDERATIONS IN DENTAL EXAMINATION OF CHILDREN WITH CYSTIC FIBROSIS

Sevcenco Nina, MD-PhD, associate professor,
Ion Lupan Department of Pediatric OMF and Pedodontics,
Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy,
Guzenco Nicolae, Stomatologist-therapist, Medical centre Lacteia,
Chisinau, Republic of Moldova

Background. Cystic fibrosis is a genetic disease that develops as a result of a mutation in a gene located on the long arm of chromosome 7 (Southern et al., 2007). The disease is based on a violation of the salt metabolism of epithelial cells of all exocrine glands of the body. There are many ethical issues that arise when providing medical care to patients with cystic fibrosis and their families. It is impossible to cure cystic fibrosis, but adequate drug therapy will help ensure a full life for the patient, in this regard, psychological support for the family at all stages of diagnosis verification and treatment of the child is extremely important. Along with damage to the glands of external secretion, disruption of the respiratory system, and the gastrointestinal tract, these patients also suffer from diseases of the dental hard tissues. Hyposalivation leading to stagnation of bacterial biofilm and disruption of the buffering properties of saliva lead to an increase (93% of cases) of dental caries in patients with cystic fibrosis (Castaldo et al, 2020). Among non-carious lesions, systemic enamel hypoplasia is the most common (Sinha et al, 2021).

Aim of the study: to inform parents of children with cystic fibrosis about possible diseases in the oral cavity associated with this disease and the importance of maintaining oral hygiene.

Materials and methods: 17 children affected by cystic fibrosis with a moderate form (age 4-9 years; 12 males and 5 females) were examined at the Institution of Mother and Child. The study

also involved 17 parents (7 fathers and 10 mothers). The prevalence of caries was calculated by determining the proportion of children with caries out of the number of those examined. Clinical examination of patients included of a survey, visual diagnostics, probing, as well as determining the hygienic status of the oral cavity, determining the prevalence of carious and non-carious lesions of hard dental tissues. All parents were provided with full information about possible dental diseases during cystic fibrosis in individual communication with a dentist. They also received information about methods of prevention and treatment of caries and non-carious diseases of the oral cavity.

Results. The ethics of the relationship between the doctor and the parents of a child with cystic fibrosis consisted of three strict rules: truthfulness, confidentiality, and informed consent. During examination of the oral cavity of these patients the following was found excessive plaque deposits what indicate to the poor oral hygiene. Systemic hypoplasia was in 29 % (5) cases. The study found that children with cystic fibrosis had a high prevalence of dental caries 58% (10) cases. Local hypoplasia was present in 12 % (2) cases. The high prevalence of dental lesions may be related to the metabolic disease and the long-term pharmacological therapy to which they are exposed.

Conclusions. The organization of medical care for children with cystic fibrosis and their family members should be based on the principles of truthfulness, confidentiality, and informed consent. In patients with cystic fibrosis, the number of carious teeth exceeds the number of teeth with fillings, which indicates a low level of dental care. The results obtained rightfully suggest that it is necessary to develop and actively implement a set of treatment and preventive measures aimed at increasing the effectiveness of dental care and preserving the functions of dental organs and tissues in children with cystic fibrosis. Only the desire of parents to cooperate and constant monitoring of the oral cavity status in children with cystic fibrosis will ensure a reduction in oral diseases and the prevention of caries complications in these patients.

Keywords: cystic fibrosis, hypoplasia, caries, non-carious lesions.

THE ROLE OF BACTERIAL PLAQUE IN THE DEVELOPMENT OF CATARRHAL GINGIVITIS IN CHILDREN.

*Saidacari Cătălin, 5th-year student, Faculty of Dentistry,
Sevcenco Nina, MD-PhD, associate professor,
Ion Lupan Department of Pediatric OMF and Pedodontics,
Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy,
Chisinau, Republic of Moldova*

Background. Catarrhal gingivitis is a common chronic condition, and bacterial plaque plays an essential role in its development. Bacterial plaque is a microbial biofilm that adheres to teeth and contains microorganisms and their metabolic byproducts. When the body's defense mechanisms are overwhelmed, the plaque promotes the occurrence of periodontal diseases. Factors contributing to plaque accumulation include inadequate oral hygiene, diet, low pH, and insufficient brushing. Without control measures, gingival inflammation appears within 2-3 weeks. The microorganisms in the plaque act through endotoxins, exotoxins, and enzymes, and the body's immune response causes gingival inflammation. Preventive measures, such as proper hygiene and correct brushing, can effectively prevent and treat gingivitis, quickly reducing inflammatory symptoms.

The aim of the study. To study the impact of bacterial plaque on periodontal health and the importance of early detection of clinical signs of catarrhal gingivitis.

Materials and methods. The study was based on the examination of the periodontal status of a group of 15 patients (7 boys and 8 girls) aged 10-15 years. To establish a diagnosis of periodontal disease, a comprehensive clinical extraoral and intraoral examination was performed. During the intraoral clinical examination, the condition of the gums was assessed, including changes in shape, color, texture, and volume. Using a probe, the gums were palpated, followed by slight bleeding. The following indices were determined: Silness-Loe Plaque Index, Papillary-Marginal-Alveolar Index (PMA - Parma 1960), and Inflammation Index (Schiller-Pisarev Test).

Following the examination, the children completed questionnaires, and the results contributed to establishing the periodontal status.

Results. During the study, we established a link between bacterial plaque, the intensity of the inflammatory process, and the onset of chronic catarrhal gingivitis. We used the Papillary-Marginal-Alveolar Index (Parma) and obtained the following results: mild gingivitis approximately 20% of patients (3 individuals), moderate gingivitis 30% (5 individuals), and severe gingivitis—50% (7 individuals).

Conclusions. Maintaining oral health depends on the balance between the various microbial species in the oral cavity and proper hygiene, which is essential in preventing gingivitis. Bacterial plaque, the main etiological factor in the development of catarrhal gingivitis, forms and accumulates particularly under conditions of poor oral hygiene, being favored by factors such as dento-alveolar discrepancies, low pH, and dietary characteristics. The persistence of bacterial plaque triggers an inflammatory gingival response, manifested by changes in color, texture, and bleeding, which can lead to periodontal complications. In this context, the evaluation of clinical indices is essential for establishing a diagnosis, and treatment must aim at both the removal of bacterial plaque and the prevention of disease progression through rigorous oral hygiene and appropriate local therapies.

Keywords: bacterial plaque, catarrhal gingivitis, hygiene, prevention, diagnosis.

BLOOD AND MONEY: WHY PLASMA DONORS SHOULD BE COMPENSATED

James Stacey Taylor, Professor of Philosophy at The College of New Jersey, USA

Many states ban offering financial compensation to the donors of blood and blood products, such as plasma. Often these bans are based on claims that compensating donors will decrease the amount of blood and blood products secured, or that plasma from paid donors is less safe than that from uncompensated donors. It is also claimed that if donors are compensated fewer people will donate. None of these claims are true. Worse yet, if they were true many states would have to reduce their use of plasma derived medicinal products--which are often made from plasma imported from the USA, where donors are compensated. I argue that ethics requires donor compensation--and that some states' ban on this is motivated by economic self-interest, not a concern for public health.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИЙ ВИМІР ФІЛОСОФІЇ СТОЇЦИЗМУ

Фіногенова Катерина Юріївна

студентка 1-го курсу 2 медичного факультету

Науковий керівник: Сепетий Дмитро Петрович,

доктор філос. наук, доцент, професор кафедри суспільних дисциплін,

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

У сучасному суспільстві, де стрес, тривога та емоційне виснаження стали нормою, зростає потреба в ефективних методах саморегуляції та психологічної підтримки. Перевірена часом філософія стоїцизму надає практичні інструменти для підтримки внутрішньої рівноваги серед хаотичних умов сучасного життя.

Філософія закладає основу для розвитку раціонального мислення та самосвідомості. Головні принципи стоїцизму — відокремлення того, що нам підвладно, від того, що поза нашим контролем, і прийняття зовнішніх подій такими, якими вони є, — знаходять відгук у сучасних психотерапевтичних підходах, зокрема в когнітивно-поведінковій терапії.

Стоїчні практики, такі як щоденний самоаналіз, рефлексія над власними реакціями та техніки медитації, допомагають розвинути здатність виявляти, розрізняти та контролювати емоції. Такий підхід може допомогти пацієнтам знизити рівень стресу та уникнути деструктивних емоційних реакцій, що часто і є метою психотерапії.

У роботі з клієнтами застосовується погляд стоїків, згідно з яким зовнішні події самі по собі не є джерелом страждань, однак саме наша інтерпретація та ставлення до подій визначають наш емоційний стан. Це дозволяє людині оцінити своє ставлення, подивитись на ситуацію ніби збоку та перетворити негативний досвід у можливість для власного розвитку та емоційного відновлення.

Завдяки розвитку самоконтролю люди, які практикують стоїцизм, здатні формувати здорові стосунки та ефективно адаптуватися до змін у суспільстві. Це дуже важливо в контексті психотерапії, оскільки таким чином, пацієнти краще починають справлятися з конфліктними та стресовими ситуаціями, де думати та діяти потрібно швидко і чітко.

Зокрема, роботи сучасного лікаря-психотерапевта Дональда Джона Робертсона [1,2] показують, що інтеграція стоїчних принципів у практику терапії може підвищити ефективність лікування таких станів, як тривога, депресія та посттравматичний стресовий розлад. Стоїчні уявлення про самоконтроль і розумне сприйняття життя створюють сприятливі умови для психологічного розвитку.

Філософія стоїцизму не лише допомагає долати кризові ситуації, але й сприяє формуванню більш усвідомленої, стійкої та відповідальної особистості. Такий підхід створює всі передумови для тривалого психічного благополуччя і є важливою складовою сучасних психотерапевтичних практик.

Крім того, стоїцизм пропонує низку практичних методів, які можна застосовувати в психотерапії для розвитку самоконтролю та емоційної стійкості. До них належать ведення щоденника рефлексій, що сприяє аналізу власних думок, емоцій і поведінкових реакцій, а також техніка «візуалізації негараздів» (*premeditatio malorum*), яка допомагає заздалегідь налаштуватися на можливі труднощі та зменшити їхній вплив на психіку. Подібний підхід використовується в сучасній психотерапії через метод «експозиції в уяві», що дозволяє пацієнтам програвати тривожні ситуації в думках, поступово знижуючи емоційну реакцію на них. Дослідження [3,4,5] підтверджують ефективність цього підходу у зміцненні стресостійкості та зниженні тривожності.

Стоїцизм зосереджується на внутрішньому моральному розвитку, що допомагає людині усвідомити відповідальність за власне життя та прийняті рішення. Такий підхід має значну цінність у психотерапії, оскільки сприяє розумінню власного впливу на емоційний стан та розвиток. Практика самоспостереження та свідомого прийняття життєвих обставин допомагає побачити, що багато чого в житті є підвладним людині. Такий світогляд сприяє зміцненню внутрішньої автономії, знижує залежність від зовнішніх чинників і соціального тиску, що є ключовим для психічної стійкості. До того ж, стоїчна етика підкреслює важливість взаємозв'язку між особистою відповідальністю та соціальною взаємодією, сприяючи формуванню більш автентичних і гармонійних стосунків з іншими.

Список використаних джерел

1. Robertson, D. (2020). *The Philosophy of Cognitive Behavioural Therapy (CBT): Stoic Philosophy as Rational and Cognitive Psychotherapy*. Routledge.
2. Robertson, D. (2018). *Stoicism and the Art of Happiness*. Teach Yourself.
3. Arntz, A., Tiesema, M., Kindt, M. (2007). Treatment of PTSD: a comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 38(4): 345-70.
4. Delaramoghanlou, S., Mehri, S., Molavi, P. (2015). The effectiveness of real and imaginal exposure-response prevention on obsessive-compulsive disorder. *Studies in Medical Sciences* 26(4): 281-289.
5. Johnston, D.W., Lancashire, M., Mathews, A.M., Munby, M., Shaw, P.M., Gelder, M.G. (1976). Imaginal flooding and exposure to real phobic situations: changes during treatment. *British Journal of Psychiatry* 129:372-7.

БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПАТОЛОГІЧНОЇ АНАТОМІЇ: ВИКЛИКИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ

*Чуча Олег Геннадійович, аспірант
кафедри патологічної анатомії та судової медицини,
Науковий керівник - д.філос.н., професор Утюж Ірина Геннадіївна,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Патологічна анатомія є ключовою дисципліною, що забезпечує діагностику захворювань та розвиток медицини, проте її сучасні можливості супроводжуються складними біоетичними викликами. Використання людських тканин, інформована згода, конфіденційність даних і випадкові генетичні знахідки потребують чітких етичних регуляцій [1]. Водночас зниження кількості аутопсій через соціокультурні та юридичні чинники впливає на якість діагностики. Сучасна медицина потребує оновлених етичних стандартів, які враховують баланс між науковим прогресом і правами пацієнтів, що робить цю тему вкрай актуальною.

Патологоанатомічні дослідження передбачають використання людських тканин для діагностики, досліджень і навчання. Однак це викликає питання щодо прав пацієнтів, можливості подальшого використання зразків без їхньої згоди та ризиків комерціалізації біоматеріалу. Деякі країни мають чіткі регуляції щодо біобанків та вторинного використання зразків, тоді як в інших правові норми залишаються нечіткими [2].

Отримання згоди на патологоанатомічні дослідження залишається складним питанням, особливо в екстрених випадках чи посмертному використанні тканин. У деяких країнах передбачена презумпція згоди, в інших потрібне окреме волевиявлення пацієнта або його родичів [3]. Водночас розвиток генетичних технологій загострює проблему випадкових знахідок, що можуть мати значення для родичів пацієнта, але не були предметом початкової згоди [4].

В останні десятиліття кількість аутопсій у багатьох країнах зменшується, що пояснюється як технічним прогресом у діагностиці, так і юридичними та соціокультурними факторами. Це призводить до збільшення діагностичних помилок і втрати важливих епідеміологічних даних [5]. Водночас нові методи, такі як віртуальна аутопсія (використання МРТ та КТ), пропонують альтернативу традиційному розтину, що може частково вирішити етичні та релігійні суперечності [6].

Розвиток цифрової патології дозволяє аналізувати зразки тканин із високою точністю, проте постає питання щодо безпеки та конфіденційності даних. Автоматизований аналіз зображень може знижувати суб'єктивні похибки, але водночас викликає дискусії про відповідальність за діагностичні рішення [7].

Отже, сучасна патологічна анатомія потребує не лише технологічного вдосконалення, а й глибокого переосмислення етичних принципів, що сприятиме покращенню якості медичної допомоги.

Список використаних джерел

1. Денова Л.Д. Принципи біоетики в лікуванні та реабілітації пацієнтів з хронічною хворобою нирок. *Роскі*. 2022;11(4):192-203. doi: 10.22141/2307-1257.11.4.2022.382
2. Yuille, M., van Ommen, G.-J. B., Bréchet, C., Cambon-Thomsen, A., Dagher, G., Galli, J., ... & Wichmann, H. E. (2020). Biobanking for Europe. *Nature Medicine*, 26(6), 659–662. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0849-3>
3. Grizzle, W. E., Bell, W. C., & Sexton, K. C. (2019). Issues in obtaining informed consent for tissue banking: The Opt-In vs. Opt-Out models. *Journal of the National Medical Association*, 111(1), 92–98. <https://doi.org/10.1177/0022155418822857>
4. Mascalzoni, D., Bentzen, H. B., Budin-Ljøsne, I., Byers, H., Dove, E. S., Litton, J. E., & Kaye, J. (2021). Ethics review as a key issue in the governance of data sharing in biobanking: Challenges and possible solutions. *European Journal of Human Genetics*, 29(1), 3–10. <https://doi.org/10.1038/s41431-020-00789-w>

5. Shojania, K. G., Burton, E. C., McDonald, K. M., & Goldman, L. (2019). Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time: A systematic review. *JAMA*, 321(2), 153–161. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.1571>
6. Thali, M. J., Viner, M. D., & Brogdon, B. G. (2020). The virtopsy approach: 3D optical and radiological scanning and reconstruction in forensic medicine. *International Journal of Legal Medicine*, 134(4), 1239–1254. <https://doi.org/10.1007/s00414-020-02305-3>
7. Kleppe, A., Skrede, O. J., De Raedt, S., Liestøl, K., Kerr, D. J., & Danielsen, H. E. (2021). Designing deep learning studies in cancer diagnostics. *Nature Medicine*, 27(5), 780–785. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01398-5>

СЕКЦІЯ 9. «МЕДИЦИНА 5P» – НОВИЙ ПОРЯДОК ДЕННИЙ ДЛЯ ТЕХНОЛОГІЙ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МАЙБУТНЬОГО

ПРИНЦИПИ МЕДИЦИНИ 5P ПРИ ЛІКУВАННІ ОДОНТОГЕННИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

*Варжапетян Арсен Суменович, аспірант
кафедри терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології
Науковий керівник – д.філос.н., професор Утюж Ірина Геннадіївна,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Концепція «5P» у сучасній медицині – комбінація принципів, що формує підхід до діагностики та лікування захворювань, та диктує оптимальний спосіб взаємодії між лікарем та пацієнтом.

У медицині «5P» загальною тенденцією є обробка даних шляхом зміщення барицентру інформації з системи, що зосереджена на лікарні, до системи, зосередженої на пацієнті через його медичні записи [1]. За допомогою смартфонів та все більш мініатюрних переносних пристроїв, можна проводити безперервний моніторинг параметрів, пов'язаних зі здоров'ям користувачів, що робить їх потужним інструментом для нового медичного підходу до пацієнтів із хронічними захворюваннями.[3].

На нашу думку, медицина «5P» може подарувати новий погляд на комплексний підхід лікування пацієнтів щелепно-лицевого стаціонару із одонтогенними запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки.

Професор Лірой Худ, піонер системної біології, припустив, що сучасна медицина еволюціонує від медицини «P0» до медицини «4P»: Predictive, Preventive, Personalized та Participatory. [2]

Preventive (запобіжний) – властивість медицини, що зазначає можливість передупання виникненню захворювання, а не тільки лікування наслідків. [2] Найбільш частою причиною розвитку одонтогенних запальних захворювань є нелікований карієс зубів, що поступово призводить до пульпіту. У випадку відсутності подальшого лікування, одонтогенна інфекція долає кортикальну кістку та проникає у більш глибокі структури. [4] У випадку одонтогенних запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки, принцип превентивності набуває максимальної ефективності при своєчасності стоматологічної допомоги на ранніх етапах розвитку каріозних уражень зубів та їх ускладнень. В сучасних умовах, в Україні, проведення профілактичних стоматологічних оглядів, диспансеризації та можливості превентивної медицини загалом значно зменшуються.

Personalized (персоналізований, уособлений) – принцип, що відображає необхідність брати до уваги можливості, потреби, пріоритети пацієнта. У разі необхідності оперативного втручання в естетично важливій зоні обличчя, перед лікарем стає важливе завдання довести пацієнту необхідність хірургічного лікування та забезпечити мінімально можливу хірургічну «агресію».

Predictive (передбачуваний) – принцип, що відображає властивість медицини передбачати виникнення та перебіг захворювання. У випадку одонтогенних запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки, передбачуваними мають бути терміни лікування та етіологічна терапія.

Participatory (спільний) – принцип, згідно якому пацієнт є активним учасником медичної системи, а рішення центроване навколо активної участі пацієнта у лікуванні та одужанні. Важливим для лікування запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки є власні відчуття пацієнта, його критичне відношення до власного стану, що позитивно сприяють на психологічну співпрацю між лікарем та пацієнтом.

Pravettoni and Gorini запропонували додати ще один важливий аспект медицини - психокогнітивний (Psychocognitive) в якості п'ятого P і в нову парадигму він увійшов під назвою «Позитивна медицина» [2].

Розуміння даного принципу, надає лікарю можливість розуміння гострих емоційних реакцій, що виникають у пацієнта при запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки, що, найчастіше є ускладненнями, для пацієнтів. Перед лікарем стає питання про необхідність брати до уваги емоційний стан пацієнта до оперативного лікування та у весь час післяопераційного періоду.

Отже, медицина «5P» дарує поштовх для покращення надання медичної допомоги і може бути застосована не тільки для переосмислення лікування хронічних хвороб, але й для нового погляду на хірургічне лікування.

Список використаних джерел

1. Gardes, J., Maldivi, C., Boisset, D., Aubourg, T., Vuillerme, N., & Demongeot, J. (2019). Maxwell®: An Unsupervised Learning Approach for 5P Medicine. *Studies in health technology and informatics*, 264, 1464–1465.
2. G. Pravettoni, S. Triberti. 2020 P5 eHealth: An Agenda for the Health Technologies of the Future, Cham : Springer International Publishing, p 5-
3. Pires IM, Denysyuk HV, Villasana MV, et al. Mobile 5P-Medicine Approach for Cardiovascular Patients. *Sensors* (Basel). 2021;21(21):6986. Published 2021 Oct 21. doi:10.3390/s21216986
4. Słotwińska-Pawlaczyk, A., Orzechowska-Wylęgała, B., Latusek, K., & Roszkowska, A. M. (2023). Analysis of the Clinical Status and Treatment of Facial Cellulitis of Odontogenic Origin in Pediatric Patients. *International journal of environmental research and public health*, 20(6), 4874.

ЯК ОСОБИСТИЙ ДОСВІД ПАЦІЄНТА ВПЛИВАЄ НА РОЗУМІННЯ ХВОРОБИ ТА ЛІКУВАННЯ?

*Витюк Владислав Русланович,
аспірант кафедри факультетської хірургії
Науковий керівник: Утюж Ірина Геннадіївна, д.філос.н.,
професор, завідувач кафедри суспільних дисциплін,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Особистий досвід пацієнта відіграє ключову роль у сприйнятті хвороби, виборі методів лікування та взаємодії з медичною системою. Цей досвід включає як попередні знання, так і емоційні, соціальні та культурні фактори, які формують його ставлення до здоров'я та лікування. І дані аспекти особливо актуальні в сучасних умовах розвитку позитивної медицини, де людиноцентричні принципи, є основою діяльності клініциста [1, с. 45].

Розглядаючи феномен попередній досвід захворювання, зазначимо, що пацієнт з попередніми уявленнями про захворювання значно більш складно реагує на новий випадок захворювання. Більшість з людей, хто вже хворів на будь-яке захворювання або бачив як близькі, знайомі або родичі мали таке захворювання або схожі симптоми, має власні уявлення про симптоми, причини та наслідки [2, с. 87]. Наприклад, хтось хто регулярно хворіє ГРВІ, може не серйозно оцінювати симптоми вірусу, якщо воно лише з'явилось. Проте у пацієнтів з хронічними хворобами, такими як діабет, частіше розвивається усвідомлений підхід до лікування та профілактики ускладнень[4, с. 112].

Емоціональні аспекти є важливими в сприйнятті хвороби. Позитивний досвід взаємодії із лікарем сприяє підвищенню довіри до медичної системи та легкої доступності, пацієнт стає більш відкритим до слідування та відповідальним до рекомендацій. Негативний досвід, наприклад відчуття неповаги чи помилковий діагноз, може викликати недовіру, страх слідувати рекомендаціям, відмову від лікування або уникання лікарів чи лікування[2, с. 132].

Крім того, культурні переконання впливають на сприйняття хвороби пацієнта та відповідно вибір методу лікування. У деяких субкультурах вважають, що хвороба може бути спричинена злим станом душі або аморальним способом життя: особа не знаходить для себе місця серед «нормальних» людей, які мають дотримуватися певних правил ведення. В

результаті люди вважають не потрібним звертатись до медиків й обирають нетрадиційну медицину.

Також відіграє важливу роль соціальне оточення. Підтримка з боку родини та друзів може стимулювати пацієнта дотримуватися всіх рекомендацій, однак тривожні вислови недовіри або скептицизму про медицину можуть також збільшувати вірогідність нехтуванням лікуванням [4, с. 95].

Авжеж індивідуальні почуття стосовно ризику залежать від особистого досвіду. Якщо пацієнт особисто пережив значні ускладнення хвороби або був свідком ускладнень серед родичів чи знайомих, то зростає прискіпливість до профілактики та своєчасної діагностики цієї хвороби.

Особистий досвід пацієнта має вирішальне значення в тому, як він сприймає свою хворобу та обирає шляхи лікування. Медичні працівники повинні враховувати ці фактори, щоб забезпечити індивідуальний підхід до пацієнтів, покращити комунікацію та підвищити ефективність терапії.

Залучення пацієнта до процесу лікування, врахування його емоційного стану, переконань і культурного контексту допомагає будувати довіру та сприяє досягненню кращих результатів у лікуванні.

Список використаних джерел

1. Humanizing Modern Medicine: An Introductory Philosophy of Medicine.\ James A. Marcum – Springer Netherlands, 2008. – (Philosophy and Medicine, 99).
2. Основи соціальної медицини та громадського здоров'я.\ Пономаренко В. – Київ: Медицина, 2018.
3. Why Do People Use Complementary and Alternative Medicine? / Bishop F. L., Yardley L., Lewith G. T. / British Journal of General Practice. – 2007.
4. Медична етика та комунікація з пацієнтом.\ Мойсеєнко В. – Київ: Здоров'я, 2015.

ЗАСТОСОВНІСТЬ ТЕХНОЛОГІЧНИХ ІННОВАЦІЙ У ТРАНСФОРМАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДО МЕДИЦИНИ 5Р

*Ганчева Ольга Вікторівна, д.мед.н., професор,
завідувачка кафедри патологічної фізіології з курсом нормальної фізіології,
Грекова Тетяна Анатоліївна, доцент, кандидат медичних наук,
Мельникова Ольга Валеріївна, доцент, кандидат медичних наук,
Каджарян Єлизавета Віталіївна, доцент, кандидат медичних наук,
Ісаченко Марія Ігорівна, доцент, PhD,
Данукало Максим Вікторович, доцент, PhD,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Останніми роками відбулася помітна зміна традиційного патерналістського підходу в системі охорони здоров'я в бік стратегій, орієнтованих на пацієнта та громаду. Сьогодні неможливо уявити життя без таких сучасних повсюдних технологій, як смартфони та розумні пристрої, завдяки яким та через підключення до мережі Інтернет, є можливість вимірювати різні параметри, сприяючи побудові загальної моделі особистого профілю та охорони здоров'я в цілому. Сучасні аспекти реорганізації інституційних чи лікарняних послуг у центрі медичного обслуговування бачать самих пацієнтів і їхні розширенні можливості у сенсі безпосереднього залучення до управління своїм здоров'ям.

У контексті триваючих трансформацій систем охорони здоров'я та соціального забезпечення з метою підвищення безпеки та якості медичної допомоги і покращення здоров'я населення, а також ефективності та результативності надання медичних послуг в умовах загальновідомих чисельних обмежень (пандемії, збройні конфлікти, соціальна незахищеність тощо), методологічні зміни, що підтримуються технологічними інноваціями, є неминучими. Перехід від організації допомоги через догляд, орієнтований на конкретний

контрольований процес, до піклування, орієнтованого на людину, супроводжується технологічним прогресом із застосуванням високорозподілених і мобільних технологій, нано- й молекулярних біосенсорних приладів, розумних систем, також слід згадати великі бази даних та аналітику, новітні технології навчання та штучний інтелект, до того ж автономні системи, створені за допомогою хмарних, когнітивних, периферійних, а сьогодні вже і квантових обчислень. Медична допомога еволюціонує від емпіричного загально-медичного процесу, спрямованого лише на вирішення проблем здоров'я через єдине рішення, що підходить для всіх, до заснованого на доказовій медицині цілеспрямованого спостереження за стратифікованою популяцією зі специфічними, клінічно значущими захворюваннями в комбінації з вищезгаданими новими технологіями та майстерним поєднанням холистичної і трансляційної медицини. Повне фізичне, емоційне, психічне, духовне та соціальне благополуччя втілене в холистичну медицину, зосередженій на профілактиці шляхом усунення основної причини хвороби, замість покращення лише симптомів, і розширенні компенсаторних можливостей організму. Натомість трансляційна медицина являє двонаправлену міждисциплінарну концепцію, спрямовану на перетворення біомедичних відкриттів у клінічні переваги та стимулювання експериментальних досліджень і клінічних спостережень, просуваючи медичну практику до точної науки і розгортаючи основоположну геноміку. Цілісний трансляційний медичний підхід, що включає омічні дисципліни, дозволяє враховувати індивідуальний стан здоров'я, генетичні, екологічні, професійні, соціальні умови та контекстну стратифікацію населення за профілями ризику, щоб зрозуміти патогенез захворювань з урахуванням індивідуальної схильності до захворювань і реакцій на лікування [1, с. 4].

Більше 10 років тому Лерой Гуд визначив концепцію 4-P медицини, тобто передбачення, профілактика, персоналізація та участь, щоб висвітлити майбутні зміни медичного втручання від просто догляду до профілактики. Ця концепція трансформувалася Праветтоні та Горріні в модель 5-P, яка включала психокогнітивну медицину. Поєднуючи всі інтерактоми, тобто взаємодіючі фактори та компоненти впливу на здоров'я індивідів (геноми, епігеноми, протеоми, мікробіоми, метаболоми, нутрігеноми, фармакоми, транскриптоми, когнітивно-афективні біохеїоми тощо), персоналізована, профілактична, прогнозна та спільна допомога відповідає парадигмі прецизійної медицини - 5P (Predictive, Preventive, Participatory, Personalized, and Precision Medicine [2, с. 2]. Такий підхід використовується не лише для еволюції охорони здоров'я та соціальної допомоги, але й поширює і підтримує базові наукові засади – експериментальні та клінічні дослідження. Терміном, що позначає описаний еволюційний процес, є «цифрове здоров'я», який за визначенням Товариства інформаційних та управлінських систем охорони здоров'я (HIMSS) [3, с. 5] об'єднує людей та дає можливість населенню керувати здоров'ям і благополуччям, доповнене доступними та підтримуваними командами постачальників, які працюють у рамках гнучкої, інтегрованої, сумісної та цифрової системи середовища догляду, що стратегічно використовує цифрові інструменти, технології та послуги для трансформації надання допомоги. Загалом технології можна комбінувати для створення комплексних рішень із всебічними вимірюваннями і порівняннями досягнутої ефективності. На даний момент концепція 5P-Medicine є важливою для розробки рішень для прогносної, превентивної, партисипативної, персоналізованої та точної медицини. Крім того, в рамках концепції можна виконувати кілька дій до (превентивність), під час (участь) і після вирішення проблем зі здоров'ям, але ж найважливішою є можливість медичних працівників діяти вчасно, поєднувати зусилля і прогнозувати майбутні результати, тим самим збільшувати загальну ефективність лікування щонайменше до 40% [2, с. 2]. Сьогодні 5P-Medicine є частиною майже всіх повсякденних справ, адже потенційно безмежні можливості використання мережевих сервісів, діагностичних і моніторингових пристроїв з набором вбудованих датчиків (акселерометр, магнітометр, гіроскоп, мікрофон тощо) дозволяє отримувати різні типи даних, а підключення до інших датчиків (електрокардіографія, електроміографія, тонометрія, сфігмоманометрія), серед іншого, дозволяє збирати

деталізовані медичні дані для створення шаблонів діагностичних алгоритмів різних захворювань, уможлиблюючи дистанційну оцінку стану пацієнтів. А це, своєю чергою, також передбачає комунікацію, яка сприяє телемедицині та телемоніторингу, робить пацієнтів незалежними із розширеними можливостями, сприяє зосередженню медичної уваги саме на них.

Оскільки системи охорони здоров'я модернізуються в усьому світі, звичайна медицина зазнає глибокої трансформації, і з'являються нові цифрові медичні моделі на основі 5P. Вирішальне значення набуває пошук нових методів моніторингу та профілактики захворювань із застосуванням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій. Однак залишаються деякі проблеми щодо підвищення доступності, визначення точного впливу на здоров'я, розуміння фінансових наслідків і підвищення безпеки баз даних. Мета основних перебудов полягає в тому, щоб зрозуміти та реалізувати, як традиційні медичні підходи та медицина майбутнього будуть співіснувати та взаємодіяти, полегшувати адміністрування безперервного догляду та пропонувати можливості підтримувати активну участь пацієнтів у терапевтичному процесі, сприяти розвитку психологічних навичок пацієнтів і результатів налагодженого благополуччя. Запропонована система визначається як засіб для збагачення пацієнтів і зацікавлених сторін через перетин медичної інформатики та бізнесу в галузі охорони здоров'я. Таким чином, дотримання принципів системи 5P-Medicine сприятиме новому стану розуміння медичними працівниками відзначеного глобального ставлення і наміру покращити здоров'я населення всього Світу.

Список використаних джерел

1. The Representational Challenge for Designing and Managing 5P Medicine Ecosystems/ B. Blobel et al. *Studies in health technology and informatics*, 2024. Vol. 314. P. 3–13. <https://doi.org/10.3233/SHTI240047>
2. Mobile 5P-medicine approach for cardiovascular patients/ I. M. Pires et al. *Sensors*. 2021. Vol. 21. Iss. 21. P. 6986. <https://doi.org/10.3390/s21216986>
3. Snowdon A. HIMSS defines digital health for the global healthcare industry. *HIMSS Digital Health*. 2020. Available online at: <https://www.himss.org/news/himss-defines-digital-health-global-healthcare-industry>

ПАРАДИГМА 5P У МЕДИЦИНІ ТА ЇЇ ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ВАКЦИНАЦІЇ

*Овчаренко Леонід Сергійович,
Заслужений діяч науки і техніки України,
д.м.н., професор кафедри дитячих хвороб ННІПО
Герасімчук Тетяна Сергіївна, к.мед.н.,
доцент кафедри дитячих хвороб ННІПО,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Медицина сьогодні переживає епоху трансформацій, орієнтованих на персоналізований підхід до здоров'я. Значною мірою цей розвиток обумовлений концепцією 5P-медицини, яка включає прогностичність, профілактику, персоналізацію, партисипацію та поліетичність [2, с. 144]. Вакцинація як одна із складових програми медико-соціального захисту населення, основоположний метод профілактичної медицини, також зазнає суттєвих змін під впливом цієї парадигми. Розуміння впливу парадигми 5P на організацію і проведення вакцинації дозволяє не лише підвищити ефективність імунопрофілактики, а й зміцнити довіру до медичних процедур, спрямованих на протиінфекційний захист населення, зробити їх більш етичними та адаптованими до сучасних викликів, змістити акцент від лікування до попередження хвороби, що дозволить знизити витрати на охорону здоров'я [1, с. 47]. Ці медико-соціальні аспекти є ключовими для суспільства, особливо в умовах війни, пандемій та зростаючого впливу антивакцинальних настроїв.

Парадигма 5P у медицині. Концепція 5P-медицини включає кілька основних аспектів, кожен з яких безпосередньо впливає на процес вакцинації. Прогностичний підхід передбачає використання сучасних методів мета-аналізу епідеміологічних даних для прогнозування поширеності інфекційних захворювань серед дитячого і дорослого населення, що дає можливість заздалегідь готуватися до епідемій і планувати ефективні методи захисту та програми вакцинації серед загальної популяції мешканців.

Профілактичний аспект визначає вакцинацію як один із найефективніших способів запобігання інфекційним хворобам. Активна імунізація – один з основних напрямів імунопрофілактики інфекційних хвороб, який ґрунтується на формуванні в популяції протективного імунітету шляхом створення чи посилення штучного імунітету. Метою активної імунізації є викорінення інфекцій, зниження захворюваності і смертності, збільшення тривалості та підвищення якості життя [3, с.10]. Сучасні дослідження показують, що високий рівень охоплення населення щепленнями є основою колективного імунітету, наявність якого необхідна для захисту найбільш вразливих груп населення – дітей, літніх людей, пацієнтів із хронічними захворюваннями.

Персоналізована медицина дозволяє адаптувати вакцинацію під потреби конкретної людини. Завдяки генетичним дослідженням і розвитку біотехнологій можна враховувати індивідуальні особливості організму, схильність до алергічних реакцій та особливості імунної відповіді на різні типи вакцин конкретної особи. Це сприяє зменшенню кількості несприятливих подій в післявакцинальному періоді, місцевих і загальних реакцій, ускладнень на введення біологічного матеріалу та підвищенню ефективності щеплень.

Партисипативна медицина означає залучення суспільства до ухвалення рішень щодо програм вакцинації і формуванню громадського здоров'я. Приймати активну участь в громадському обговоренні програм і проєктів, пов'язаних з вакцинацією. Люди повинні мати доступ до достовірної інформації, можливість висловлювати свої занепокоєння і брати участь у формуванні політики охорони здоров'я, тим самим, трансформуючись в активних членів вакцинального процесу. Цей підхід допомагає боротися з дезінформацією та антивакцинальними рухами, які поширюються через соціальні мережі та ЗМІ.

Поліетичний підхід підкреслює необхідність урахування культурних, релігійних та соціальних особливостей при впровадженні програм вакцинації. Наприклад, для деяких релігійних громад важливо, щоб вакцини не містили певних компонентів, а в багатьох країнах питання рівного доступу до вакцинації залишається актуальним. Дотримання або врахування географічних особливостей, етнічної приналежності, етичних норм сприяє підвищенню рівня довіри та соціальної відповідальності у суспільстві до активної імунізації.

Як 5P-медицина змінює підхід до вакцинації. Розвиток технологій та зміна суспільних пріоритетів впливають на те, як саме проводиться вакцинація. Завдяки прогностичним методам можна заздалегідь визначати групи ризику, що дозволяє оптимізувати перерозподіл вакцин і забезпечення своєчасного захисту населення від інфекційних захворювань.

Персоналізований підхід допомагає адаптувати схеми вакцинації під індивідуальні потреби людини, що є особливо важливим для пацієнтів з алергічними реакціями або специфічними медичними станами. У деяких випадках це може включати розробку індивідуальних вакцин, наприклад, для пацієнтів із рідкісними генетичними, онкологічними захворюваннями.

Партисипація громадськості в питаннях охорони здоров'я дозволяє створити більш довірливе середовище між лікарями та пацієнтами. Уряди та міжнародні організації все частіше залучають громадян до прийняття рішень щодо розробки та впровадження програм вакцинації, що сприяє можливості зробити програми більш прозорими, а громадян більш соціально відповідальними.

Етичні аспекти вакцинації також стають все більш важливими. Зокрема, питання добровільності щеплень, одночасно спрямованої боротьби з фейковою інформацією та необхідність забезпечення рівного доступу до вакцин є ключовими викликами, які необхідно враховувати при реалізації програм активної імунізації. Поліетичний підхід дозволяє

уникнути дискримінації та зробити імунізацію максимально доступною для всіх категорій населення.

Висновки. Підхід 5Р у медицині створює нові можливості для розвитку програм і методів активної імунізації як ефективного інструменту боротьби з інфекційними захворюваннями. Використання прогнозування, персоналізованих стратегій, залучення громадськості та дотримання етичних принципів сприяють підвищенню рівня довіри до вакцинації профілактики та її ефективності. Сучасні тенденції вимагають постійного вдосконалення системи вакцинації, і впровадження парадигми 5Р є важливим кроком на цьому шляху. Завдяки парадигмальному підходу можна не лише підвищити ефективність активної імунізації за рахунок щеплень щеплень, а й створити більш стійкі медико-соціальні умови для довгострокового зміцнення здоров'я населення.

Список використаних джерел

1. Семидоцька Ж. Д., Чернякова І. О., Борзенко А. Б. Здоров'я людини і сучасні біомедичні технології : навч. посібн. Харків : ХНМУ 2020. 96 с.
2. Чехун В. Ф., Россильна О. В. Сучасні драйвери медицини майбутнього в Україні: соціально-правовий аналіз. Вісник Національної академії правових наук України. 2023. Т. 30. №2. С. 142–159.
3. Чернишова Л.І., Лапій Ф.І., Волоха А.П., Бондаренко А.В., Степановський Ю.С., А.М. Гільфанова. Імунопрофілактика інфекційних хвороб.: навчально-методичний посібник /Л.І.Чернишова, Ф.І. Лапій та ін.; за ред. Л.І. Чернишової. Київ: Агат Прінт, 2020, - 304 с.

5Р МЕДИЦИНА: НОВА ПАРАДИГМА ВЗАЄМВІДНОШЕНЬ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ МЕДИЦИНИ

*Петріщев Віталій Вікторович,
очний аспірант кафедри терапії та кардіології ННІПО
Науковий керівник - д.філос.н., професор Утюж Ірина Геннадіївна,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Медицина, як наука і практична галузь, вже сьогодні зазнає кардинальних змін, переходячи від традиційних методів до більш пацієнтоорієнтованих і інтегрованих технологічних підходів. Теоретичним натхненником і систематизатором нової парадигми в медицині став професор Лірой Гуд (1938- наш час), який розробив концепцію 4Р медицини: перехід від системної біології, де патологічні зміни в організмі розглядалась як мутація клітини, до врахування соціальних, психологічних, особистісних факторів, які впливають на здоров'я і хворобу людини [1, с. 61]. Він зазначав, що медицина повинна стати прогностичною, персоналізованою, профілактичною та партисипативною. Згодом ця модель ускладнилась та розширилась до моделі 5Р, включивши психокогнітивний аспект.

Однією з ключових рис Р5 медицини є превентивність. Традиційно медицина реагувала на хвороби вже після їх виникнення, але нові технології дозволяють прогнозувати та запобігати захворюванням. За словами дослідників, системний підхід до пацієнта, в тому числі до аналізу його молекулярного профілю дозволяє виявляти ризики патології ще до їхнього прояву. Важливо, що превентивний підхід враховує не лише біологічні фактори, але й соціальні, психологічні та екологічні аспекти. Зокрема можна спрогнозувати розлади ментального здоров'я, врахувавши фізичний стан пацієнта, його соціально-економічне положення. Що у свою чергу є важливим для надання якісної медичної допомоги для осіб, що проживають на території з активними бойовими діями, техногенними та природними катаклізмами.

Основу персоналізації у свій час заклали генетичні дослідження, які дозволили індивідуалізувати лікування до молекулярної структури генома конкретної людини. Однак сучасна персоналізована медицина йде далі, враховуючи соціальний контекст, індивідуальні потреби та систему пріоритетів пацієнтів. Це означає, що лікування має не лише боротися з

хворобою, але й відповідати життєвим цілям і можливостям кожного пацієнта. Таким чином, медицина перетворюється на інструмент, який допомагає людям жити повноцінно та самодостатньо навіть під час лікування.

Прогностична медицина ґрунтується на аналізі генетичних даних, а також молекулярних і фенотипових параметрів. Вона формує базові індикатори здоров'я, які допомагають виявляти перші ознаки захворювання, як в популяції, так і в конкретній особі. Крім того, завдяки регулярному моніторингу можна помітити відхилення від установленої норми на початкових стадіях і своєчасно провести інтервенції, щоб запобігти серйозним ускладненням. Ця галузь базується на доказах, оскільки всі її підходи спираються на статистично оброблені дані та математичні моделі.

Традиційно в медицині була сформована стала взаємодія між лікарем, пацієнтом і хворобою. Сьогодні ж процес лікування охоплює значно ширше коло учасників: родичі, доглядальники, середній та молодший медичний персонал і навіть суспільство в цілому. Партисипативний підхід підкреслює важливість співпраці між усіма сторонами, що сприяє побудові ефективних і стійких систем охорони здоров'я. Активне залучення різних учасників до процесу лікування підвищує рівень комплаєнсу між пацієнтом та медичним персоналом, що сприяє досягненню кращих результатів лікування.

Включення п'ятого елемента — психокогнітивного аспекту — це яскравий приклад зміни традиційної парадигми взаємодії між пацієнтом та лікарем до сучасного її рівня. Медицина стає більш гуманною та людиноорієнтованою. Пацієнт перестає бути лише об'єктом лікування і стає активним учасником процесу, зі своїми емоціями, переживаннями та когнітивними особливостями. Психокогнітивна медицина спрямована на розробку інструментів для оцінки психологічного стану пацієнта, уваги до якості його життя та залучення до прийняття рішень. Такий підхід дозволяє не лише боротися із хворобою, а й забезпечувати психічне та емоційне благополуччя пацієнтів.

Дискутабельним залишається питання подальшого розширення парадигми «5Р» шляхом додавання ще однієї складової — публічної медицини, яка підкреслює важливість соціальної взаємодії у процесі лікування. Яскравим прикладом є історія Сальваторе Яконе, який відкрив свої медичні дані для публіки, закликаючи допомогти у пошуку ліків [1, с. 87]. Це демонструє, що медицина стає не лише індивідуальним процесом, але й суспільною справою, яка об'єднує людей навколо спільної мети. Хоча не варто забувати, що для вирішення будь-яких медичних питань, мультидисциплінарна команда має бути представлена кваліфікованими фахівцями своєї галузі з достатнім рівнем знань, умінь та навичок. Досягнення амбітних планів дилетантів самоствердження у сфері медицини за рахунок доступної медійності є неприпустимим. Життя та здоров'я людей – не простір для профанацій.

Модель P5 – це візія медицини майбутнього, де лікування маніфестних хвороб поєднується з профілактикою та підтримкою загального благополуччя. Враховуючи не лише фізичні аспекти здоров'я, але й психологічні та соціальні, цей підхід відкриває нові можливості для створення систем охорони здоров'я, які допоможуть людям жити повноцінним життям навіть за наявності хронічних захворювань.

Список використаних джерел

1. Gabriella Pravettoni, Stefano Triberti P5 eHealth: An Agenda for the Health Technologies of the Future (2020). ISBN 978-3-030-27993-6 ISBN 978-3-030-27994-3
2. James A. Marcum Humanizing Modern Medicine An Introductory Philosophy of Medicine (2008). Baylor University TX, USA. ISBN 978-1-4020-6796-9 e-ISBN 978-1-4020-6797-6

ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАНІМАЦІЇ

*Серіков Костянтин Вікторович,
доцент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Медична етика є розумною складовою моральної філософії та має справу з конфліктами у обов'язках лікаря будь якої спеціальності та їх кінцевим результатом. Щодо прийняття рішень в медичній етиці існують два концептуальних напрямки: деонтологічний та утилітарний. У деонтологічному підході результати лікування можуть не виправдовувати засоби їх досягнення, тоді як у утилітарному підході результати визначають засоби та їх вигоду [1].

В галузі інтенсивної терапії (ІТ) такі аспекти, як брак часу, складна та розрізнена медична інформація, розподіл догляду між групою осіб, які надають медичну допомогу, сприяють помилкам та упередженням у прийнятті рішень лікування. У психології людського судження та прийняття рішень слово “упередженість” використовується для позначення того, що судження не відповідає фактам або те, що рішення є неоптимальним з утилітарної точки зору, спрямованої на оптимізацію очікуваного результату в кількісному вираженні [2].

В галузі анестезіології та ІТ дії лікаря впливають на здоров'я та життя пацієнтів, що потребує приймання рішень, які оптимізують результати лікування. Цьому сприяє напрямок доказової медицини. Доказова медицина – це рух, який просуває використання заснованих на даних знань із клінічних досліджень та клінічної практики, щоб забезпечити міцнішу основу для суджень та рішень при емпіричній оцінці минулих результатів.

У той же час рух персоналізованої медицини [3] виступає за ретельнішу оцінку унікального індивідуального випадку кожного пацієнта, а не за оптимізацію результатів на основі популяції. І хоча ретельний аналіз даних з минулого може дати лікарю-анестезіологу уявлення про передбачувану ефективність анестезіологічного забезпечення та ІТ, практичний досвід, набутий лікарем, як і раніше, ставить його в найкраще положення для оцінки доцільності лікування для конкретного (і часто складного) окремого пацієнта з особливостями його здоров'я або наявної ситуації [4].

В галузі анестезіології та ІТ існують етичні міркування та компроміси, які важко застосовувати з утилітарної точки зору [5]. До них відносяться такі деонтологічні питання: чи слід припиняти і коли припиняти ІТ у пацієнтів з поганим прогнозом; якому анестезіологічному забезпеченню надати перевагу та як зіставляти ризики з перевагами інвазивних втручань у критичних пацієнтів. Ці міркування мають ґрунтуватися на аналізі фактів та ризиків, однак менш легко вимірні та кількісно визначені аспекти, такі як фізичні та психічні страждання, також мають відігравати важливу роль у прийнятті цих компромісів. Крім того, рішення про лікування впливають не тільки на пацієнта, але і на його сім'ю, і в більш широкому масштабі компроміси мають бути досягнені на громадському рівні щодо того, як розподіляти ресурси, необхідні для догляду за критичними пацієнтами.

Рішення в галузі охорони здоров'я часто мають варіанти за замовчуванням. Прикладом умовчання, який особливо актуальний для області ІТ, є пошук активного лікування, а не утримання від втручання. У відділеннях інтенсивної терапії (ВІТ) догляд за пацієнтом здійснюється бригадою медичних сестер та лікарів протягом 24/7. Оскільки прийняття рішень у ВІТ є складним і обмеженим за часом, частина їх протоколюється, щоб допомогти запобігти помилкам. Складність прийняття рішень виникає частково через те, що ВІТ є інформаційно насиченим середовищем. Використання джерел інформації дає огляд різних джерел інформації та того, як вони використовуються.

Рішення щодо варіантів проведення ІТ складні не тільки тому, що ВІТ є середовищем, насиченим інформацією, і прийняття рішень часто обмежене в часі, але й тому, що рішення щодо варіантів ІТ (переважно, ніж рішення в інших галузях медицини) зачіпають компроміси між людськими, професійними та особистими цінностями лікарів, медичних сестер, пацієнтів та їх родичів.

Конфлікти серед медичного персоналу можуть виникати щодо рішень про те, як лікувати пацієнтів із поганим прогнозом захворювання; наскільки сильно “тренувати” пацієнтів при відлученні їх від апарату штучної вентиляції легень; які знеболювальні препарати необхідно застосовувати; як визначати ризики пов’язані з інвазивними типами моніторингу у критичних пацієнтів.

У ВІТ лікар-анестезіолог зрештою несе відповідальність за здоров’я та життя пацієнта. У той час як більшість медичних спеціальностей зосереджені на діагностиці та лікуванні конкретного захворювання або стану, обмеженого ряду захворювань, лікар-анестезіолог повинен вміти працювати із широким спектром клінічних станів. Це означає, що він не може мати рівень знань фахівця по кожному з цих станів, і йому часто доводиться консультуватися з іншими фахівцями. Це призводить до того, що існує широкий спектр обладнання для моніторингу, діагностичних тестів та варіантів лікування. Лікар-анестезіолог повинен вміти інтерпретувати інформацію, що надходить від цього обладнання та цих тестів.

Медичний колектив ВІТ повинен стабілізувати загальний стан критичних пацієнтів, щоб в подальшому їх можна було перевести до загальної палати. Тому основна мета лікаря-анестезіолога та медичної сестри зводиться до визначення причини які викликають нестабільність пацієнта, та подальше її усунення. Диференціальна діагностика захворювань у пацієнтів які перебувають у критичному стані є складним завданням. Критичні пацієнти часто страждають від проблем, пов’язаних з кровообігом, диханням, порушенням функції нирок, печінки та центральної нервової системи, які мають різні основні причини, але можуть проявлятися схожим чином і мати каскадні ефекти по всьому організму.

Лікар-анестезіолог повинен вміти справлятися з цими складними ситуаціями, беручи до уваги етичні та соціальні наслідки своїх рішень та дій, перебуваючи в умовах дефіциту часу та емоційного стресу. Ця складна комбінація аспектів може легко призвести до стану когнітивного навантаження як лікаря-анестезіолога, так і інших медичних фахівців, що у прийнятті рішень.

В умовах ВІТ спостереження за пацієнтами є командною роботою, в якій беруть участь медичні сестри, лікарі-інтерни, лікарі-анестезіологи, лікарі-хірурги та лікарі-терапевти. Вони поділяють відповідальність за здоров’я та добробут пацієнта, і тому їм необхідно обмінюватися інформацією та спілкуватися один з одним щодо рішень та дій. Чимало їх комунікацій, і навіть поділу обов’язків щодо рішень та дій певною мірою структуровані.

Крім передачі інформації, ще однією проблемою в командній роботі у ВІТ є те, що гострота ситуацій не завжди дозволяє чітко розділити ролі та обов’язки. Хоча здоров’я пацієнта зрештою є відповідальністю лікаря-анестезіолога, медичні сестри є тим персоналом, який перебуває біля ліжка пацієнта 24/7 і, отже, мають можливість швидше реагувати на гострі критичні ситуації. Тому медичні сестри у ВІТ, як правило, виявляють більшу автономію, ніж медичні сестри в інших відділеннях лікарні, що може призвести до конфліктів у командах з того, який догляд є найкращим для пацієнта. Особливо треба позначити відносини між досвідченими медичними сестрами та лікарями-інтернами, які можуть призвести до конфліктів щодо відповідальності за пацієнтів.

Ухвалення експертних рішень у клінічному середовищі часто досить протокольоване. Протоколи можуть допомогти лікарям та медичним сестрам запобігти помилкам. Крім того, застосування протоколів допомагає генерувати додаткові докази, оскільки вони призводять до того, що великі групи пацієнтів лікуються однаково. Протоколи, незалежно від того, чи вони надруковані на папері або представлені на екрані комп’ютерного монітору, можна вважати формою підтримки прийняття рішень, оскільки вони надають інформацію про те, що необхідно зробити в процесі догляду та лікуванні.

Однак з точки зору персоналізованої медицини та деонтологічної етики [3, 4, 6], як і раніше, важливо залишати місце для відхилення від протоколу, щоб служити потребам окремого пацієнта. Простого надання лікарю свободи відхилення може бути замало забезпечення автономії. Брак часу та стрес знижують здатність до роздумів. Введення

втручань, які підтримують дотримання протоколу, може спричинити стан реактивності або, навпаки, стан, у якому лікар стає надто залежним від вказівок протоколу.

Оскільки лікар-анестезіолог та медична команда повинні мати можливість враховувати широкий спектр умов, джерел інформації та спостережень, існує гостра потреба у фільтрації та структуруванні інформації. Під час навчання різні члени медичної команди з догляду навчаються фільтрувати та структурувати інформацію у міру її отримання. Професійний досвід та навчання допомагають формувати ментальні моделі в довгостроковій пам'яті, які можна застосовувати для спрощення та прискорення оцінки ситуації, а також формування планів дій та їх оцінки [7].

Чим кваліфікованій лікар-анестезіолог або медична сестра, тим легше їм сформувати ментальний образ того, що відбувається з критичним пацієнтом. Але є й зворотний бік розвитку навички. Кваліфікований лікар-анестезіолог або медична сестра більш схильні до когнітивного тунелювання або сліпоти неувважності. Когнітивне тунелювання чи сліпота неувважності – це стан розуму, у якому збір нової інформації настільки сфокусований зверху донизу, що важливі сигнали знизу нагору можуть бути втрачені.

Висновки:

1. В роботі лікаря-анестезіолога такі аспекти, як брак часу, складна та розрізнена медична інформація, розподіл догляду між групою осіб, які надають медичну допомогу, сприяють упередженням у прийнятті рішень лікування.

2. Лікар-анестезіолог несе відповідальність за здоров'я та життя пацієнтів, у той час як більшість медичних спеціальностей зосереджені на діагностиці та лікуванні конкретного захворювання або стану, обмеженого ряду захворювань.

3. Беручи до уваги етичні та соціальні наслідки своїх рішень та дій, перебуваючи в умовах дефіциту часу та емоційного стресу, лікарю-анестезіологу необхідно вміти справлятися із своїми професійними завданнями.

Список використаних джерел

1. Mandal J., Ponnambath D.K., Parija S.C. Utilitarian and deontological ethics in medicine. *Trop Parasitol.* 2016 Jan-Jun;6(1):5-7. doi: 10.4103/2229-5070.175024. PMID: 26998430; PMCID: PMC4778182.
2. Hendriks, M., Willemsen, M. C., Sartor, F., & Hoonhout, J. Respecting Human Autonomy in Critical Care Clinical Decision Support. *Frontiers in Computer Science*, 16 August 2021. Volume 3, Article 690576. <https://doi.org/10.3389/fcomp.2021.690576>
3. Колесник Ю.М., Туманський В.А., Шифрін Г.А. Основи лікарської компетентності. – Запоріжжя: Дике Поле, 2013. – 376 с.
4. Шифрін Г.А., Туманський В.А., Колесник Ю.М. Віталологія. – Запоріжжя: Дике Поле, 2018. – 288 с.
5. Tseng PE, Wang YH. Deontological or Utilitarian? An Eternal Ethical Dilemma in Outbreak. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Aug 13;18(16):8565. doi: 10.3390/ijerph18168565. PMID: 34444311; PMCID: PMC8391290
6. Romash, I., Romash, I., Barbanova, J., & Barbanova, T. Psychological, ethical and deontological needs of the patients. *Mental Health: Global Challenges Journal*, 2020 3(2), 64–66. <https://doi.org/10.32437/mhgcj.v4i2.98>
7. Smith C.S. Applying a systems oriented ethical decision making framework to mitigating social and structural determinants of health. *Front Oral Health.* 2023 Jul 14;4:1031574. doi: 10.3389/froh.2023.1031574. PMID: 37521174; PMCID: PMC10382250.

СЕКЦІЯ 10. ЕКОЦИД ТА ЗЛОЧИНИ ПРОТИ ДОВКІЛЛЯ: БІОЛОГІЧНИЙ, МЕДИЧНИЙ ТА СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКИЙ АСПЕКТИ

УДК 614.2

МЕДИЧНІ АСПЕКТИ РЕГУЛЮВАННЯ ЯКОСТІ ПОВІТРЯ У М. ЗАПОРІЖЖІ

*Турос Олена Ігорівна, доктор медичних наук, професор,
заступник директора з наукової роботи,
Петросян Аріна Агасіївна, доктор біологічних наук,
старший науковий співробітник,
головний науковий співробітник лабораторії якості повітря,
Сидоренко Олена Олексіївна,
науковий співробітник лабораторії якості повітря,
ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМНУ»*

Анотація. Незважаючи на відносне покращення якісних показників стану атмосферного повітря, в зв'язку зі зниженням темпів промислового виробництва суб'єктами господарювання та відповідно, викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря, екологічна ситуація в Запоріжжі не відповідає сучасним вимогам та залишається напруженою. Проведені дослідження дозволили провести аналіз залежностей «доза-відповідь» та показати наявність широкого спектру різних негативних впливів ЗР від досліджуваних суб'єктів господарювання на критичні органи / системи експонованого населення. Це обґрунтувало результати оцінки асоційованого впливу тієї чи іншої кількості компонентів атмосферного повітря(домішок, речовин) на показники стану здоров'я.

Ключові слова: атмосферне повітря, забруднююча речовина, ризик для здоров'я.

Забруднення атмосферного повітря є однією з найгостріших екологічних проблем сьогодення, де основними причинами є недотримання суб'єктами господарювання норм природоохоронного і санітарного законодавства та низькі темпи впровадження новітніх технологій встановлено, що 99 % світового населення проживає у районах де рівень забруднення перевищує допустимі рівні, встановлені в рекомендаціях ВООЗ з якості повітря, а дев'ять з десяти людей дихають повітрям з високими концентраціями забруднюючих речовин (ЗР) [1,2].

Зважаючи на величезний промисловий комплекс м. Запоріжжя, який забруднює атмосферне повітря, було прийнято рішення щодо розробки «Програми охорони довкілля щодо поетапного зниження викидів забруднюючих речовин суб'єктами господарювання м. Запоріжжя». Ця програма спрямована на реалізацію державної політики України в галузі охорони довкілля, забезпечення екологічної безпеки, захисту життя та здоров'я населення мешканців міста від негативного впливу, обумовленого забрудненням атмосферного повітря. Для досягнення Глобальних цілей сталого розвитку в умовах промислового виробництва є комплекс природоохоронних, організаційно-технічних та інших заходів для зменшення фонового забруднення атмосферного повітря міста фенолом, загальним пилом, оксидом азоту, діоксидом азоту та формальдегідом. Під час розроблення заходів Програми щодо поетапного зниження викидів ЗР суб'єктами господарювання міста враховані результати натурних досліджень та проведено моделювання забруднення приземного шару атмосферного повітря з визначенням зон неприйнятної ризику для проживання експонованого населення, оцінено внески окремих джерел викидів, що створюють відповідні неприйнятні рівні ризику для подальшого розроблення профілактичних та природоохоронних програм. Крім того враховані основні природоохоронні заходи, що увійшли до виданих дозволів на викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря

стаціонарними джерелами суб'єктів господарювання, а також інші документи у галузі охорони атмосферного повітря [3,4].

Це, своєю чергою, вимагає вивчення можливого несприятливого впливу суб'єктів господарювання на забруднення атмосферного повітря та санітарно-гігієнічні умови проживання населення, що мешкає на прилеглих територіях, та розробки комплексу узгоджених і взаємопов'язаних природоохоронних, правових, економічних, організаційно-технічних та інших заходів щодо поетапного зниження викидів ЗР для відновлення і забезпечення сталого функціонування екосистеми м. Запоріжжя.

Враховуючи обсяги викидів промислових підприємств, територіальні особливості їх розташування, дані натурних досліджень та численні скарги населення подальші дослідження представлені у Програмі були сфокусовані на аналізі даних експозиційних навантажень (розрахунків масових концентрацій фенолу, пилю НДЗС, дрібнодисперсного пилю (PM_{10} , $PM_{2.5}$), азоту оксиду, азоту діоксиду, сірководню, сірковуглецю та формальдегіду у приземному шарі атмосфери (ПША) суб'єктів господарювання на стан забруднення атмосферного повітря та здоров'я мешканців міста (оцінок ризику для здоров'я населення).

Проведені розрахунки рівнів неканцерогенного ризику (HQ) *при оцінках гострих інгаляційних впливів 7 пріоритетних ЗР на здоров'я експонованого населення м. Запоріжжя* показали, що коефіцієнти небезпеки у вузлах рецепторної сітки (розташованих на територіях житлової забудови і прирівняних до неї об'єктів) перевищували допустимі ($HQ \geq 1$) рівні ризику лише для *азоту діоксиду* – $HQ_{acute} = 1,0 \div 3,3$. Можливого впливу (за умови *гострої експозиції*), що створюються викидами *азоту діоксиду*, може зазнавати майже все населення міста, а особливо жителі Заводського, Вознесенівського, північної частини Олександрівського, північно-західної частини Шевченківського районів та частин Дніпровського району, розташованих на лівому березі та на півночі правого берегу р. Дніпро, що наближені до промислових вузлів, де в окремих вузлах рецепторної сітки перевищення допустимих рівнів становлять від 1,5 до 3,3 рази. Водночас тільки у Хортицькому та Комунарському районах рівні ризику на більшій частині території знаходяться в межах допустимих.

Також, слід зауважити, що за умови гострої експозиції (на рівні усереднених 1-годинних концентрацій) спостерігається перевищення для *сірководню*. У зв'язку з відсутністю гігієнічних нормативів щодо його регламентування в атмосферному повітрі за добовий період усереднення та неможливістю оцінити ризик для здоров'я, вважаємо за необхідне передбачити його подальший контроль у вузлах рецепторної сітки, що розташовані на межі сельбищної зони деяких вулиць Заводського району.

Аналогічна картина спостерігається й за умови *хронічного інгаляційного впливу*, де перевищення допустимого рівня ризику спостерігаються також лише для *азоту діоксиду* та становлять – $HQ_{chronic} = 1,0 \div 1,9$. Було визначено вулиці, які знаходяться під постійною експозицією даної ЗР.

Для інших ЗР рівні неканцерогенного ризику, за умови як *гострого* так і *хронічного* інгаляційного впливів, знаходяться на допустимому (прийнятному) рівні.

Що стосується розрахунків можливих рівнів неканцерогенного ризику, обумовлених викидами *твердих часток пилю* (PM_{10} та $PM_{2.5}$), то проведені дослідження свідчать, що перевищення допустимих значень ризику як при *гострому*, так і *хронічному* інгаляційних впливах на територіях, де проживає населення спостерігаються лише від викидів $PM_{2.5}$, особливо під час виникнення несприятливих метеорологічних умов, які супроводжуються інверсійними процесами в ПША [5].

Таким чином, встановлено, що найбільш несприятливими відносно розвитку ймовірнісних шкідливих ефектів для здоров'я населення, що проживає в зонах впливу (неприйнятного ризику) досліджуваних підприємств, можна очікувати ризик розвитку хронічних та гострих ефектів з боку: *органів дихання*, $HI_{max} = 6,2$ (потребує поетапного зниження ризику максимально в 2,1 рази), переважно за рахунок викидів пилю НДЗС (в т.ч. PM_{10} та $PM_{2.5}$), азоту діоксиду та сірководню; *серцево-судинної системи*, $HI_{max} = 6,1$ (потребує

поступового зниження ризику максимально в 2,0 раза) – за рахунок викидів пилу НДЗС (в т.ч. PM_{10} та $PM_{2.5}$), азоту діоксиду та фенолу; а також розвиток *вроджених вад розвитку та онкозахворювань*, $HI_{max}=2,9$ (в межах допустимого ризику, але потребує контролю). Проведені дослідження носять мультидисциплінарний характер і дозволяють визначити коло питань для розробки комплексу медико-профілактичних заходів, а саме: медичних, санітарно-технічних, гігієнічних, педагогічних та соціально-економічних, спрямованих на попередження захворювань та усунення факторів ризику.

Список використаних джерел

1. Adamkiewicz G, Liddie J, Gaffin JM. The Respiratory Risks of Ambient/Outdoor Air Pollution. Clin Chest Med. 2020 Dec;41(4):809-824. doi: 10.1016/j.ccm.2020.08.013. PMID: 33153697; PMCID: PMC7665094.
2. Рамкова конвенція Організації Об'єднаних Націй про зміну клімату : Конвенція Орг. Об'єдн. Націй від 09.05.1992 р. : станом на 29 жовт. 1996 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_044#Text (дата звернення: 08.09.2023).
3. Health risks of air pollution in Europe – HRAPIE project. Recommendations for concentration–response functions for cost–benefit analysis of particulate matter, ozone and nitrogen dioxide. WHO Regional Office for Europe. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/153692/>.
4. Петросян А.А. Наукове обґрунтування системи гігієнічної оцінки якості атмосферного повітря : автореф. дис. ... докт. б. наук : спец. 14.02.01 «Гігієна та професійна патологія». К, 2021. 41 с.
5. Turos O., Petrosian A., Brezitska N., Maremuha T., Davydenko H., Mihina L., Tsarenok T. Risk assessment for health of the population in Kyiv from atmospheric air pollution $PM_{2.5}$. Environment & Health. 2022. No. 3 (104). P. 44–47. URL: <https://doi.org/10.32402/dovkil2022.03.044>

BIOETHICAL CONTEXT OF ECOCIDE

Kateryna Karpenko,
D., Prof., Head of the Philosophy and Social Sciences Department,
Kharkiv National Medical University



"This project has received funding through the MSCA4Ukraine project, which is funded by the European Union".

Bioethics is an interdisciplinary field that explores the moral aspects of life and the environment, including environmental ethics issue. One of the most alarming bioethical phenomena of our time is ecocide, the massive destruction of ecosystems that threatens not only biological diversity but also humanity's future. The concept of ecocide encompasses the destruction of the environment through military actions, industrial pollution, deforestation, climate change, and uncontrolled exploitation of natural resources [5, 7]. Ecocide is a consequence of an *anthropocentric approach* to the environment, where nature is viewed only as a resource for exploitation. Bioethics offers biocentric and *ecologically oriented approaches* that consider the interests of all living things and their ecosystem connections.

Bioethics examines the moral aspects of human relations with nature, focusing on ecological justice and responsibility. In recent decades, the idea of ecocide has gained international recognition. In 2021, a group of international human rights activists proposed including ecocide on a list of international crimes equal to genocide, war crimes, and crimes against humanity. "The aim of the IEP is that the definition of "ecocide" would serve as a basis for an amendment to the Rome Statute, which would make "ecocide" the fifth international crime by adding a new Article 8ter" [6].

Ecofeminism, which combines ecological and feminist perspectives, offers a new perspective on these issues, emphasizing the connection between the oppression of women and the exploitation of nature.

Ecofeminism argues that militarism – as an ideological, political, and economic system – and war are based on an unequal distribution of vulnerabilities, exploitation of natural resources, domination of nature, and marginalization of non-instrumental knowledge systems. Ecofeminists emphasize that environmental destruction, war, and militarism go hand in hand and render unprivileged groups of people, including women and children, even more vulnerable. In this context, bioethics plays a key role in shaping ethical frameworks to prevent ecocide and protect the rights of humans and nature as a moral subject [10]. The ecofeminist approach to bioethics and ecocide emphasizes the need to review the dominant economic and political models that contribute to environmental degradation. Preventing ecocide requires an ethical rethinking of the relationship between humans and nature and the recognition of environmental rights as part of fundamental human rights.

The combination of bioethics and ecofeminism allows for the formulation of new approaches to protecting nature and human rights, including consolidating ecocide as an international crime, recognizing the rights of nature at the legal level, integrating environmental justice into economic and social policies, and supporting women's environmental initiatives and movements for sustainable resource management.

An ethical attitude towards nature and its protection is not only a moral obligation of humanity but also a condition for its survival. As an American Philosopher Karen Warren noted: "Restoring harmony between humans and nature is impossible without dismantling dominant systems of power that simultaneously oppress women and destroy ecosystems" [10, p. 12].

Ecofeminists emphasize that environmental problems have a social and gender dimension, as women are often the first victims of environmental crises—from water pollution to climate change. The ecofeminist analysis of ecocide points to the need to revise the dominant economic and political models that contribute to environmental degradation. The combination of bioethics and ecofeminism allows for the formulation of new approaches to protecting nature and human rights, by introducing ethical principles into the legal system and changing public perceptions of the value of the environment.

Ecocide and ecological justice are essential categories in ecofeminist discourse, which explores the relationship between the exploitation of nature, patriarchal systems, and social inequality. The 2023 Climate Inequality Report highlights that climate change is not only an environmental issue but also a social justice issue. The poorest and most vulnerable communities bear the brunt of climate change, even though they are least likely to have contributed to the problems. This requires policies that address the needs of these communities and ensure a just transition to a sustainable economy [2].

An ecofeminist approach emphasizes that solutions to environmental problems must be fair and equitable and consider the voices of those who suffer most from ecological disasters. Adenike Oladosu is a Nigerian agricultural scientist and climate activist actively promoting ecofeminism and women's empowerment in the fight against the effects of climate change. She trains women in sustainable farming methods, helping communities adapt to climate change and reduce their environmental impact [1].

Russia's full-scale war against Ukraine intensified discussions about Ecocide, including its ecofeminist context. Approximately 30% of the total area of Ukraine has been mined. At the current pace, demining may take more than 10 years [3].

The Russian war against of Ukraine means violence, poverty, forced displacement, broken lives, insecurity and lack of a future, depletion of nature, and ecocide. Unable to win the military confrontation, Russia is purposefully implementing traditional, patriarchal dominance tactics to destroy the Ukrainian economy and environment. This is leading to the contamination of soil, surface, and underground water with various chemical components and organic compounds. Moreover, return water from settlements is flowing into the Dnieper River and further into the

Black Sea and the Azov Sea without being treated, spreading pollution to these regions. This has caused the death of many dolphins and other marine species. Ukrainian scientist Tatjana Perga concludes: “Experts, politicians, and representatives of the sciences and civil society in European countries should think about the fact that air and water pollution are transboundary” [8].

In 2016, Russia withdrew its signature from the Rome Statute, but this does not prevent it from prosecuting Russian citizens for crimes committed on the territory of Ukraine. The notion of ecocide is established in Ukrainian legislation. The Verkhovna Rada of Ukraine adopted at its meeting on August 21, 2024, the Law of Ukraine on the Ratification of the Rome Statute of the International Criminal Court and the Amendments Thereto, introduced by the President of Ukraine Volodymyr Zelensky [9]. The importance of ratifying the Rome Statute of the International Criminal Court lies in the fact that the primary international legal instrument for bringing Russian war criminals to justice is the International Criminal Court.

In Ukraine, environmental organizations are collecting evidence of Russian crimes for the International Criminal Court. The NGO “Ecology – Law – Humans” published a collection of “Winning Strategies for Communities and the Environment of Ukraine and the World”, which contains successful examples of the fight for the environment. These stories demonstrate how local communities can effectively counteract environmental threats and defend their rights to a clean environment [4].

Therefore, we can conclude that human health is intertwined with the environment’s health. Ecocide increases disease risks, food insecurity, and pollution-related illnesses, violating ethical commitments to public health and well-being. In bioethics, ecocide is more than an environmental issue it is a moral failure that demands urgent global attention. Ethical frameworks must integrate ecological responsibility to protect both human rights and the natural world.

Contemporary examples of environmental justice demonstrate the importance of integrating social, economic, and ecological dimensions in addressing global challenges. An ecofeminist approach particularly emphasizes the role of women and vulnerable communities in this struggle, emphasizing the need to involve and support them in achieving sustainable and just solutions.

References

1. Зміна клімату торкнеться кожного! md-eksperiment.org
2. Кліматична нерівність: суворі реалії та шлях до справедливих рішень. uk.council.science
3. Розмінування лише одного гектара в Україні займе 10 років — експерт. <http://www.nrcu.gov.ua/news.html?newsID=100933>
4. Українські екоактивісти випустили збірку успішних прикладів боротьби за довкілля. cs.detector.media
5. Higgins, Polly. *Eradicating Ecocide: laws and governance to prevent the destruction of our planet*, 2010 (2nd Ed 2015), pp. 61- 92.
6. Liana Georgieva Minkova (2023) The Fifth International Crime: Reflections on the Definition of “Ecocide”, *Journal of Genocide Research*, 25:1, 62-83, DOI: 10.1080/14623528.2021.1964688
7. Nielsen, C. R. (2023) *Ukraine, Ecocide, and Thinking About Environmental Justice in a Time of War*. https://www.academia.edu/105081787/Ukraine_Ecocide_and_Thinking_About_Environmental_Justice_in_a_Time_of_War
8. Perga, T. *Ukrainian Women Researchers in Europe: From Displacement to Opportunity*. <https://blog.degruyter.com/ukrainian-women-researchers-in-europe-from-displacement-to-opportunity/>
9. The Verkhovna Rada of Ukraine ratified the Rome Statute of the International Criminal Court and its amendments. <https://www.rada.gov.ua/news/razom/252711.html>
10. Warren, K. (2000). *Ecofeminist Philosophy: A Western Perspective on What It is and Why It Matters*. New York: Rowman & Littlefield.

ЗАБРУДНЕННЯ ПОВІТРЯ І ЙОГО НАСЛІДКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ПІД ЧАС ВІЙНИ

*Крючко Тетяна Олександрівна, доктор медичних наук,
професор, завідувач кафедри педіатрії №2,
Литус Світлана Іванівна, асистент кафедри педіатрії №2,
Климко Дарія Олександрівна, аспірантка кафедри педіатрії №2,
Олійніченко Марина Олександрівна, асистент кафедри педіатрії №2,
Рубан Юлія Вікторівна, асистент кафедри педіатрії №2,
Полтавський державний медичний університет*

Війна в Україні, яка триває з 2014 року і загострилася у 2022 році, принесла не лише гуманітарну, але й екологічну кризу, що в свою чергу призводить до шкідливого впливу на стан здоров'я дітей. Особливої уваги треба приділити впливу ракетних обстрілів і пов'язаного з ними забруднення повітря та тривалого перебування в підвальних приміщеннях, що суттєво впливає на респіраторну систему та загальний стан здоров'я дітей взагалі.

Згідно звіту Health Effects Institute майже 2000 дітей віком до п'яти років щодня помирають від забруднення повітря, яке стало другим найбільшим фактором ризику для здоров'я маленьких дітей у всьому світі, випередивши погані санітарні умови та брак чистої води.[1]

Ракетні атаки та вибухи спричиняють виділення в атмосферу великої кількості шкідливих речовин: токсичних газів (окисли азоту, вуглецю, сірки), тяжких металів (свинець, кадмій), а також мікрочасток пилу, які проникають у дихальні шляхи. Ці забруднення підвищують рівень дрібнодисперсного пилу (PM2.5 та PM10) у повітрі, який безпосередньо впливає на здоров'я респіраторної системи. [2]

Нижче наведено основні компоненти пилу, що утворюється внаслідок ракетних вибухів, та їх вплив на стан здоров'я дітей:

- Свинець є одним із найбільш токсичних елементів, який потрапляє у повітря під час вибухів ракет. При вдиханні його мікрочастки осідають у легенях і можуть проникати в кровоносну систему. У дітей свинець впливає на розвиток легеневої тканини, знижує імунний захист респіраторного тракту і підвищує ризик хронічного бронхіту та пневмонії. Тривала дія свинцю також може призводити до накопичення токсичних сполук у крові, що впливає на загальне здоров'я, включаючи нервову систему.

- Кадмій виділяється при згорянні паливних елементів і матеріалів ракет. Цей метал є канцерогенним і має значний вплив на органи дихання. У дітей вдихання кадмію може викликати подразнення дихальних шляхів, набряк легенів і бронхоспазм. Тривалий вплив підвищує ризик розвитку хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ) та легеневого фіброзу.

- Оксид азоту є побічними продуктами вибухів, які утворюються під час згоряння високотемпературних матеріалів. Вони подразнюють слизову оболонку дихальних шляхів, викликаючи кашель, задуху та зниження функції легень. У дітей, які мають схильність до алергій, оксид азоту можуть спричинити загострення бронхіальної астми.

- Оксид сірки утворюються внаслідок вибухів, що включають сірковмісні матеріали. Вдихання цих сполук викликає подразнення носоглотки та трахеї, а у високих концентраціях може призводити до рефлекторного звуження бронхів і асфіксії. У дітей це може призвести до серйозних ускладнень, таких як гіпоксія або гострий бронхіт.

- Мікрочастки алюмінію, які потрапляють у повітря при вибухах, осідають у верхніх і нижніх дихальних шляхах. Хоча алюміній вважається менш токсичним, його накопичення може викликати запальні процеси у бронхах і підвищувати ризик розвитку алергічних реакцій.

- Титан використовується у конструкціях ракет і при вибухах утворює дрібнодисперсні частки, які можуть осідати у легеневої тканині. У дітей тривале вдихання таких часток може викликати мікротравми альвеол і зниження дихальної функції.

- Діоксид кремнію є основною складовою будівельних матеріалів, які руйнуються під час вибухів. При вдиханні він подразнює слизову оболонку дихальних шляхів і сприяє розвитку легеневого фіброзу. У дітей це може викликати утруднення дихання та зниження насичення киснем.

- Поліароматичні вуглеводні утворюються під час згоряння органічних матеріалів і є потужними канцерогенами. Вдихання цих сполук може викликати запальні процеси у легенях і підвищує ризик онкологічних захворювань дихальної системи у дітей.

- Важкі органічні сполуки - вибухи спричиняють виділення токсичних органічних сполук, таких як діоксини та фурани. Ці речовини можуть викликати хронічні запальні процеси у легенях і сприяти зниженню місцевого імунітету.

- Дрібнодисперсний пил є найнебезпечнішими для дихальної системи дітей через його здатність проникати глибоко в легені та навіть у кровоносну систему. Вони викликають запалення, обструкцію дихальних шляхів і підвищують ризик інфекцій.

Дослідження показують, що діти є найбільш уразливою групою, оскільки їхня дихальна система знаходиться на етапі дозрівання та постійного розвитку і є більш сприйнятливою до подразників. Забруднення повітря також підсилює ризик розвитку серцево-судинних захворювань у майбутньому.[3]

Тривале перебування в умовах забрудненого повітря може призводити до гострих респіраторних інфекцій, бронхіту, ХОЗЛ, алергічного риніту, бронхіальної астми, зниження функціональної здатності легень та ризику розвитку онкологічних захворювань органів дихання.

У деяких регіонах України, особливо в зонах активних бойових дій, статистичні дані рівня захворюваності серед дітей наразі обмежені, однак беручи до уваги провокуючі чинники можна припустити що цей показник стрімко зростає. Крім того, діти, які переживають стрес через війну, можуть частіше страждати на психосоматичні захворювання, включаючи респіраторні розлади, пов'язані зі стресовими факторами. Психологічний стрес може поглиблювати стан імунодефіциту, що додатково сприяє поширенню інфекційних захворювань.

Війна має комплексний вплив на здоров'я дітей. Руйнування інфраструктури охорони здоров'я та обмеження доступу до якісної медичної допомоги стають причинами запущених випадків хвороб. Постійна небезпека, втрати близьких і переміщення змушують дітей жити в умовах хронічного стресу, що сприяє розвитку тривожності, депресії та посттравматичного стресового розладу (ПТСР)[4]. Відсутність безпечного життєвого середовища також впливає на соціальний розвиток дітей, обмежуючи їхнє право на освіту та нормальне дитинство.

Для зменшення впливу війни на здоров'я дітей необхідно забезпечити моніторинг якості повітря, розробити та впровадити системи раннього сповіщення про небезпечний рівень забруднення, створити програми масового навчання населення щодо методів зменшення впливу токсинів, зокрема через використання очищувачів повітря та масок. Забезпечення доступу до медичної допомоги через мобільні медичні пункти, гуманітарну допомогу, а також організацію дистанційної консультації лікарів є невідкладними заходами. Психологічна підтримка має стати невід'ємною частиною допомоги дітям, особливо тим, хто зазнав травматичного досвіду. Важливим є залучення міжнародної допомоги для забезпечення довгострокових програм реабілітації та підтримки постраждалих дітей.

Війна в Україні створила безпрецедентні виклики для дитячого здоров'я. Забруднення повітря внаслідок ракетних обстрілів, погіршення доступу до медичних послуг, недостатнє харчування, вплив стресу та обмеження у навчанні ставлять під загрозу майбутнє покоління. Вирішення цих проблем потребує спільних зусиль держави, міжнародних організацій і громади. Інвестування у здоров'я, освіту та психологічну підтримку дітей є інвестицією у відновлення та розвиток України.

Діти — це майбутнє країни, і забезпечення їхнього благополуччя має стати пріоритетом навіть у найскладніших умовах.

Список використаних джерел

1. State of Global Air [Internet]. Special report on global exposure to air pollution and its health impacts, with a focus on children's health; 2024. Available from: <https://www.stateofglobalair.org/resources/report/state-global-air-report-2024>
2. Goksel, O., Sipahi, M. I., Yanasik, S., Saglam-Metiner, P., Benzer, S., Sabour-Takanlou, L., Sabour-Takanlou, M., Biray-Avci, C., & Yesil-Celiktas, O. (2024). Comprehensive analysis of resilience of human airway epithelial barrier against short-term PM2.5 inorganic dust exposure using in vitro microfluidic chip and ex vivo human airway models. *Allergy*, 79(11), 2953–2965. <https://doi.org/10.1111/all.16179>
3. Antypkin YuH, Volosovets OP. (2020). Air pollution and health of children in Ukraine. *Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics*. 3(83): 31–39. doi 10.15574/PP.2020.83.31
4. Martsenkovskyi, D., Karatzias, T., Hyland, P., Shevlin, M., Ben-Ezra, M., McElroy, E., Redican, E., Vang, M. L., Cloitre, M., Ho, G. W. K., Lorberg, B., & Martsenkovsky, I. (2024). Parent-reported posttraumatic stress reactions in children and adolescents: Findings from the mental health of parents and children in Ukraine study. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, 16(8), 1269–1275. <https://doi.org/10.1037/tra0001583>

СПАЛЮВАННЯ ВІДХОДІВ ЯК ФОРМА ЕКОЦИДУ

*Радіонов Вадим Сергійович,
аспірант кафедри менеджменту і публічного адміністрування,
Харківський національний університет міського господарства
імені О. М. Бекетова*

Масштаби екологічної катастрофи, спричиненої війною в Україні, гігантські. Про це заявила Сюзанн Воршех з Асоціації міждисциплінарних досліджень по Україні в Європейському університеті Віадрина у Франкфурті-на-Одері. Як приклад вона наводить 25 000 гектарів спаленого лісу, 220 природних заповідників, що перебувають під загрозою або знищені, і майже мільйон гектарів замінованих лісів і земель [2]. Екологи все частіше використовують термін «екоцид», тобто масове руйнування природної основи життя. Екоцид, будучи концепцією, що поєднує правові, етичні та філософські аспекти, потребує комплексного аналізу.

Екоцид з точки зору онтологічного аспекту можна розуміти як руйнування буття природи як цілісної системи. У метафізичному сенсі це порушення природного порядку речей (наприклад, у дусі натуралізму Спінози або холізму Гайдеггера). Якщо прийняти погляд на природу як на рівноправного агента буття, наприклад, у концепціях екоцентризму, то екоцид стає знищенням суб'єкта. Наразі більшість справ про шкоду навколишньому середовищу будуються на антропоцентричному підході, віддаючи пріоритет дотриманню або порушенню прав людини. Так, судові процеси щодо забруднення довкілля в Європейському суді з прав людини ґрунтуються на зв'язку цього діяння з базовими правами людини, оскільки здійснення прав людини видається неможливим за відсутності сприятливого стану довкілля. Таким чином, заходи щодо захисту довкілля є необхідною складовою захисту прав людини.

Філософія моралі розглядає екоцид через призму відповідальності та шкоди. В утилітаристській традиції (Дж. Бентам, Дж. С. Мілль) екоцид – це діяння, що завдає максимальної шкоди найбільшій кількості істот. У кантівській філософії його можна розглядати як порушення обов'язку стосовно майбутніх поколінь і природи як такої. В екологічній етиці (А. Леопольд, Х. Йонас) екоцид – це порушення принципу відповідальності за довгострокове існування біосфери.

З позицій соціальної філософії К. Маркса і сучасної критичної теорії екоцид можна розглядати як результат капіталістичної експлуатації природи. Фетишизація прибутку призводить до систематичного руйнування природних ресурсів без урахування їхнього

відтворення. У роботах К. Маркса вже закладаються ідеї про те, як промислове виробництво веде до руйнування екосистем. Екоцид можна інтерпретувати як форму насильства (Ж. Дерріда). Держави і корпорації, маючи владу над природою, здійснюють «екологічне насильство», знищуючи умови життя.

З точки зору феноменології та екзистенціалізму, наприклад, М. Гайдеггер у «Бутті і часі» обговорює проблему «занедбаності» людини у світ. Екоцид можна трактувати як втрату екзистенціального дому – світу, що забезпечує нашу справжність. У контексті «екологічного відчуження» люди втрачають зв'язок із природою і сприймають її як ресурс, а не як співучасника буття [3].

Таким чином, з філософського погляду екоцид – це не просто знищення природи, а фундаментальне порушення відносин між людиною і навколишнім світом. Він зачіпає основи моралі, соціальної справедливості та екзистенціального сенсу буття. Відповідальність за екоцид уперше встановилася в міжнародному праві з метою охорони навколишнього природного середовища в період збройних інцидентів. Підставою для цього послужили справжні події, а саме, застосування хімічної зброї військами США у В'єтнамі. Проте епізоди військового екоциду зустрічаються і в історії набагато раніше. Так, ще у 146 р. римляни, які зруйнували Карфаген, посипали ґрунт сіллю, щоб зробити його непридатним для землеробства. Необхідно, проте, визнати, що сучасні здібності та засоби заподіяння шкоди природному середовищу істотно вдосконалені з часів стародавніх римлян. На наш погляд, сюди можна віднести і розвиток спалювання сміття.

Під час спалювання відходів виділяються токсичні речовини, такі як: діоксини та фурани – одні з найнебезпечніших канцерогенів. Оксиди азоту (NO_x), сірки (SO_x) і вуглецю (CO₂) – сприяють кислотним дощам і зміні клімату [1]. Дрібні частинки PM_{2.5}, які становлять серйозну загрозу для здоров'я людей і тварин. Навіть сучасні фільтри на сміттєспалювальних заводах не можуть повністю нейтралізувати шкідливі викиди. Спалювання відходів виділяє значну кількість парникових газів (наприклад, CO₂ і метан), що посилює глобальне потепління. Пластик, який часто спалюють, виробляється з нафти, і його спалювання збільшує вуглецевий слід. Зола та інші відходи, що утворюються в процесі спалювання, часто токсичні й потребують спеціального захоронення. Їхній витік у ґрунт і водні системи може призвести до отруєння екосистем. Забруднення атмосфери і води безпосередньо впливає на біорізноманіття, знищуючи флору і фауну. Спалювання сміття конкурує з переробкою відходів і вторинним використанням матеріалів. Багато матеріалів, які могли б бути перероблені (наприклад, пластик, папір, метал), просто спалюються. Це створює хибне відчуття «розв'язаності» проблеми відходів, що уповільнює розвиток більш стійких методів управління відходами, таких як компостування, переробка і скорочення споживання.

Сміттєспалювальні заводи вимагають постійного припливу відходів для підтримки роботи. Це стимулює подальше виробництво одноразових товарів і упаковки замість переходу до моделі циркулярної економіки, де відходи мінімізуються. Люди, які живуть поблизу сміттєспалювальних заводів, піддаються підвищеному ризику респіраторних, онкологічних та інших захворювань через постійний вплив шкідливих викидів. Сміттєспалювання – це дороговартісна технологія, яка потребує значних інвестицій. Ці кошти могли б бути спрямовані на розвиток інфраструктури для переробки, скорочення відходів, упровадження технологій zero-waste та просвіту суспільства.

Сміттєспалювання – це тимчасове і нестійке розв'язання проблеми відходів, що створює ілюзію прогресу, але на ділі посилює екологічні та кліматичні проблеми. Його розвиток може призвести до екоциду, знищуючи природні екосистеми, погіршуючи здоров'я людей і сповільнюючи перехід до екологічно стійкого майбутнього. Замість цього слід робити акцент на розвиток переробки, скорочення використання одноразових матеріалів, перехід до циркулярної економіки [3].

Формування міжнародного законодавства про екоцид можна розглядати як один із ключових механізмів управління відходами. Міжнародні закони, договори та угоди

спрямовані на координацію зусиль країн, встановлення єдиних стандартів і запобігання забрудненню. Міжнародні договори допомагають встановлювати мінімальні стандарти управління відходами (наприклад, безпечна утилізація небезпечних відходів). Це важливо для країн, де національне законодавство в цій сфері слабо розвинене. Багато міжнародних документів містять рекомендації щодо впровадження принципів циркулярної економіки, таких як переробка, скорочення відходів і повторне використання.

Список використаних джерел

1. Діоксини та їх вплив на здоров'я людини. URL: <https://sambircity.gov.ua/2021/11/10/dioksini-ta-%D1%97x-vpliv-na-zdorovya-lyudini/>
2. Куприков С. Німецькі вчені збирають сліди екоциду в Україні. URL: <https://www.dw.com/ru/nemeckie-ucenye-sobiraut-sledy-ekocida-v-ukraine/a-71460141>
3. Радіонов В. С. Управління органічними відходами як імператив захисту навколишнього середовища: історико-філософський контекст / Суспільство та національні інтереси. 2024. № 5(5). С. 640-653. URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/sni/issue/view/272>

ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ЕКОЛОГІЧНОГО СВІТОГЛЯДУ В УМОВАХ ВИКЛИКІВ ВОЄННОГО СТАНУ ТА ЕКОЦИДУ

*Сініцина Алла Василівна, кандидат філософських наук,
доцентка кафедри українознавства і філософії,
Івано-Франківський національний медичний університет;
Рохман Богдан Михайлович, кандидат філософських наук,
доцент кафедри філософії, соціології та релігієзнавства,
Прикарпатський національний університет ім. В. Стефаника;
Савчук Олег Ігорович, кандидат філософських наук,
доцент кафедри психології та суспільствознавчих дисциплін
імені академіка УАН отця І. Луцького,
ЗВО «Університет Короля Данила»*

Глобальні протиріччя, які характеризують взаємини «людство – навколишнє середовище» дуже часто є передумовою для виникнення екологічних проблем та криз, екстраполюються на усю без винятку соціальну сферу саме тому потребують невідкладних заходів для їх вирішення. Потужним каталізатором, який з одного боку поглибив існуючі екологічні проблеми, проте у віддаленій перспективі сприятиме їх вирішенню внаслідок відмови від радянської світоглядної парадигми, у якій природа сприймалася як ресурс, що необмежено використовує людина, стало повномасштабне воєнне вторгнення рф на територію України. Саме воєнні дії агресора спричинили до необхідності фіксації прикладів екоциду в Україні, та як наслідок потреби аналізу цього явища у тому числі з філософських позицій.

У сучасному науковому дискурсі характерним є існування двох взаємопов'язаних категорій. По-перше, це екологізація світогляду, яка передбачає зосередження більшої уваги на актуальних проблемах співіснування людини, суспільства та навколишнього середовища і при цьому не передбачає створення філософсько обґрунтованої моделі вирішення екологічної кризи та подолання таких однозначно негативних явищ як екоцид. По-друге, це власне екологічний світогляд як найвища властивість особистості, що виникає внаслідок її адаптації до навколишнього світу та являє собою систему знань про те, яке місце належить людині у взаєминах із природою. Екологічний світогляд таким чином виступає для людини внутрішнім планом дій який опирається на цінності, погляди, переконання, ідеї, судження та виявляється в активній діяльності суб'єкта. Підсилює актуальність екологічної проблематики

широкомасштабна війна, яка не тільки несе низку екокатастроф не тільки на території України, а й поширюється далеко за її межі.

Згідно із антропоцентричною світоглядною настановою людина, як вінець еволюційного розвитку, репрезентує неповторність своєї особистості, завдяки якій вона може входити у відносини як із природою, так і з людьми. Спроможність до рефлексії, творчості, інтерпретації та інші унікальні можливості людської особистості виступають суттєвими маркерами її винятковості, що перевершує фізичну і біологічну сфери її буття. Отже, з точки зору актуальної філософської антропології, у відносинах «людина – природа», людина виступає суб'єктом, а природа – об'єктом, на який суб'єкт різноманітним чином здійснює вплив.

Філософсько-антропологічне осмислення екологічної концепції здійснюється шляхом формування екоцентричної парадигми.

Формування екологічного світогляду передбачає екологічну просвіту через належні мотивації налагодження оптимальних відносин людини і природи. Важливою рисою цього світогляду є необхідність поширення екологічної етики не лише на людину, як у традиційній етиці, а й на екологічну систему в цілому. Тільки в такий спосіб можна виокремити важливість внутрішньої цінності природи як такої крізь призму діяльності людини в екосфері. Подолання екологічної кризи сучасності залежить від підвищення рівня екологічної культури людини, яка з точки зору філософської антропології пов'язана із системним впровадженням екологічного виховання, що має аксіологічне підґрунтя. Морально-етична складова екологічного світогляду базується на категорії відповідальності, що полягає у конструктивному ставленні до природного середовища.

На підставі наведеного можна стверджувати, що антропологічно зумовлене ставлення до природного середовища творить специфічну *екологічну ментальність*, яка дозволяє сприйняти гармонію природного середовища через відчуття зв'язку людського життя і природи. Філософська антропологія на теоретичному рівні інтерпретує поняття інтегральної екології, концепція якої вимагає розв'язання екологічних проблем у різних сферах людського життя шляхом визнання тісного зв'язку між питаннями довкілля та соціальною і гуманітарною сферами [1, с. 41]. Теоретичний вимір розуміння екологічної ментальності виявляється переважанням у ієрархії цінностей людини онтологічного чинника над консументарним. Саме екологічна ментальність уможлиблює поглиблення ставлення до природи як важливої системи, яке генерує не лише бажання людини керувати природою, а й усвідомлення, що вона є часткою навколишнього середовища і через культурний, естетичний та релігійний контексти здатна відшукати корені власного існування.

Філософське осмислення можливого досягнення гармонії у відносинах між природою та людиною неможливе без виховання *екологічної свідомості*, практичним результатом реалізації якої може стати підвищення «екологічної якості життя на вигідних для людини довгострокових засадах» [1, с. 41]. Тому важливим є процес неперервної екологічної освіти та виховання з метою не просто ретрансляції знань про природу, а можливого фактичного переходу до аксіологічно зумовленої і саме тому відповідальної екологічної діяльності.

Дослідник С. Дзеконський в контексті сучасної екологічно зумовленої антропологічної парадигми робить висновок, що сама людина повинна на Землі «...вчинити гідне людини помешкання, досягнення ж цієї мети вимагає співпраці із навколишнім середовищем» [1, с. 42].

Необхідність зміни людської поведінки у ставленні до природи виникає також тому, що людина часто хибно розуміє власну керівну роль у світі. Надмірна експлуатація природного середовища негативно впливає на життя людини на землі, оскільки у такий спосіб поширюється споживацька культура.

Внутрішній світ особистості дає можливість вступати у різноманітні зв'язки як з іншими людьми, так і з різноманітними формами буття в цілому. Недостатня аксіологічна обґрунтованість та глибина цих зв'язків з точки зору філософської антропологічної парадигми є екзистенційним чинником екологічної кризи, яка трактується як зовнішній вияв

проблем, пов'язаних із несприйняттям особистої гідності людини. З точки зору католицького антропоцентризму, комплексне втілення відносин людини і природи неможливе без першочергового визнання гідності людської особи та подолання різноманітних морально-етичних криз у взаєминах між людьми. Сприйняття людиною іншої форми буття робить її здатною до пізнання та діалогу зі створеним світом природи.

Можна погодитись із позицією сучасної української філософині О. Терешкун у тому, що актуальності у сучасному гуманітарному дискурсі набуває «емпатія, або співчутливе розуміння легкої вразливості органічного життя» [2, с.343]. Технократичний підхід, яким керується сучасна цивілізація, є безпосередньою причиною того, що технології значно спрощують маніпулювання свідомістю людини. Такий стан справ зумовлює те, що людина перестає розуміти природу як форму буття, натомість сприймає її виключно утилітарно, як матеріал для реалізації власної діяльності. Це призводить до послаблення цінності природи як такої та має серйозні еконаслідки. Ігнорування аксіологічно-онтологічного аспекту відносин людини і природи призводить до споживацького антропоцентризму, який загрожує перш за все самій людині, а, як наслідок, природі. Людина ставиться до природи недостатньо відповідально, керуючись економічним принципом максимального виробництва і споживання товарів та послуг.

Природа часто сприймається сучасними науковцями-технократами виключно як система, яку необхідно пізнавати, аналізувати і впорядковувати без урахування того, що кожен із елементів цієї системи має притаманну йому цінність та значення. Саме тому актуалізація екологічної проблематики повинна супроводжуватися відповідальністю людини, яка покликана до охорони природного середовища та має обов'язок розкрити власний гуманістичний потенціал. Лише у такий спосіб можна зберегти світ від ілюзії необхідності постійного техногенного розвитку, жертвою якого виступає екосистема, і це в результаті загрожує самій людині. Надмірний релятивізм та споживацька етика є характерними рисами сьогодення. Вони значно небезпечніші від філософсько обґрунтованих теоретично релятивістських концептів. Підставою для надмірного релятивізму є тотальний характер технократизму, що служить виправданням фальшивого постулату, нібито природні ресурси повинні служити винятково соціально-економічному прогресу.

Дослідник у сфері екологічної освіти та виховання М. Фогт зазначає, що необхідно конституювати сталий розвиток людини у гармонії з природою. Він передбачає неперервне екологічне виховання, що характеризується реалізацією трьох наступних етапів [3]

Перший – сенсibilітiвний – проявляється в уважному ставленні до умов навколишнього середовища, що є першим кроком до переосмислення своїх поглядів на природу, корегування системи цінностей та способів поведінки щодо неї. Цей етап особливо актуалізується у технізованому та урбанізованому світі, коли чуттєво-естетичний підхід до природи є передумовою для того, щоб спробувати поглибити власні відносини з нею. Саме сенсibilітiвне сприйняття навколишнього середовища уможливорює емпатичне ставлення до навколишнього світу і поступово трансформує особисту ієрархію цінностей у напрямку демаркації її екологічного вектора.

Другий – аксіологічний – проявляється в осмисленому розумінні проблемних зв'язків між питаннями захисту навколишнього середовища, сталого економічного розвитку та реалізації ідеї соціальної справедливості.

У результаті такого балансу можуть бути досягнуті стандарти життя, що орієнтуються не на споживання, а на екологічно відповідальний добробут.

Третій – компетентнісний – проявляється у тому, що здобуті знання мають спонукати до практичних дій.

Відповідальність науки, освіти в екологічній сфері дуже висока, з огляду на необхідність розвитку ними морально-етичної концепції, яка допоможе сформувати ареали екожиття та екотворчості.

Практичним кроком для збереження навколишнього середовища можна вважати одну з ініціатив низки недержавних організацій, згідно з якою запроваджено спеціальну

екологічну акцію – «Година Землі». Вперше цю акцію було проведено в Сідней у 2007 році, а у 2020- му до неї долучилися 152 країни світу, в тому числі Україна. У 2022 році акція проходила під гаслом «Година Землі–2022: об'єднатись заради України та Планети», заради миру та добробуту на планеті. Цивілізований світ розуміє, що «без миру неможливо побудувати майбутнє в гармонії з природою» [4].

Етизація екологічної свідомості. Важливою моральною чеснотою, яка лежить в основі екологічної свідомості, є усвідомлення людиною вдячності за довкілля. З точки зору інтегрального екологічного світогляду, моральна чеснота виступає вирішальним мотиваційним чинником у процесі збереження екологічної системи.

Формування екологічного світогляду відбувається поетапно. Перший етап передбачає зростання емпатії до природного середовища, на підставі якої відбувається необхідна адаптація людини до природи. На другому етапі відбувається осмислення можливостей самовідновлення природи після завданої їй шкоди внаслідок утилітарного підходу до використання природних ресурсів. Третій етап формування світогляду передбачає застосування на практиці екологічної культури праці та споживання дарів довкілля. У такий спосіб реалізується громадянська відповідальність за стан навколишнього середовища, що є частиною проекологічної позиції відповідальних членів суспільства

Структура екологічного світогляду містить у собі три складові елементи. Перший – інтелектуальний елемент фактично є системою узагальнених теоретичних і практичних знань, що розкривають та обґрунтовують особливості взаємодії людини (суспільства, людства) із навколишнім середовищем.

Другий – мотиваційно-ціннісний елемент, морально-етичний стрижень особистості, який визначає її екологічну свідомість та складається із суджень, переконань та ціннісних пріоритетів, які виявляються на практиці в ході взаємодії особистості з навколишнім середовищем.

Третій – праксеологічний елемент, що розкривається через щоденну діяльність особистості та її взаємодію з об'єктами та явищами середовища [3, с.78]

За умов російсько-української війни з часу повномасштабного вторгнення алармічний сценарій взаємодії людини із навколишнім природним середовищем втілюється агресором шляхом здійснення численних злочинів екоциду. Введенням у науковий обіг терміну «екоцид» завдячуємо В.Галстону який розробив юридичний механізм захисту довкілля внаслідок В'єтнамської війни (1964-1975) [13]. Найважчою формою екоциду є воєнний, оскільки він нівелює не лише цінність природи але й цінності антропологічного порядку такі як людська гідність та свобода. Предметом злочину екоциду таким чином є завдання навмисної шкоди природному середовищу через ігнорування взаємодії між біологічним і рекреаційним потенціалом яким володіє навколишнє середовище. Усвідомлення усіх негативних наслідків алармічного підходу до такої взаємодії, що спровокована об'єктивними обставинами воєнного стану, вважаємо необхідними передумовами для формування адекватного, ціннісно орієнтованого екологічного світогляду громадян та запобігання подібним екологічним кризам у майбутньому.

Формування екологічного світогляду на пряму залежить від вироблення водночас людиноцентричних та природоцентричних передумов партнерської взаємодії людина – природа та їх морально-етичного й аксіологічного наповнення. Диференціація понять «екологічний світогляд» та «екологізація світогляду» на теоретичному рівні сприяє імплементації ефективної моделі співпраці людства з навколишнім середовищем на практиці. Фіксація екологічних злочинів проти природи в Україні внаслідок воєнного вторгнення РФ має на меті привернути увагу міжнародного співтовариства до цих проблем, а також виробити ефективні механізми подолання завданої природу шкоди та унеможливити повторення алармічних сценаріїв розвитку взаємин людства із навколишнім середовищем у майбутньому.

Список використаних джерел

1. Рохман, Б., Савчук, О., Терешкун, О., & Гнатюк, Я. (2023). Антропологічний вимір екологічної концепції католицизму в умовах глобальних викликів сучасності. *Cxid*, 4(2), 38–45. [https://doi.org/10.21847/2411-3093.2023.4\(2\).293776](https://doi.org/10.21847/2411-3093.2023.4(2).293776)
<http://skhid.kubg.edu.ua/article/view/293776>
2. Терешкун О.Ф. Гуманітарно-наукові парадигми техніки: Монографія. Івано-Франківськ: Видавець Кушнір Г.М., 2016. 351 с., с. 343
3. Фогт М. Сталий спосіб життя. Приклад «церковного екологічного менеджменту». Документи консультативних нарад з питань природного довкілля Ради Єпископських Конференцій Європи (1999–2004) «Відповідальність за створіння в Європі» / [упор. і наук. ред. В. Шеремета]. Івано-Франківськ: Нова Зоря, 2022. 147 с., с.52
4. Година Землі–2022: об'єднатись заради України та планети. 26.03.2022. <https://vodaif.gov.ua/godyna-zemli-2022-ob-yednatys-zarady-ukrayiny-ta-planety>

СЕКЦІЯ 11. ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ: «CONSUMOR ALIIS INSERVIENDO».

ВІДЧУЖЕННЯ ВІД ПРОФЕСІЇ І ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ ПРАЦІВНИКІВ ОСВІТИ

*Ковтун Наталія Михайлівна, д. філос. н., проф.,
завідувач кафедри філософії та політології
Житомирського державного університету імені Івана Франка;
Ковтун Юрій Васильович, к. філос. н.,
викладач суспільних дисциплін Ліцею № 1 м. Житомира*

Праця педагогічних і науково-педагогічних працівників не лише на сучасному етапі розвитку а у всі епохи існування людства залишалася провідною не просто для суспільного і цивілізаційного прогресу, а й для простого відтворення вже наявного рівня цивілізованості і людяності. Війни сучасності, а особливо російсько-українська війна, вчергове засвідчили наскільки тонкою є межа між цивілізацією і дикістю та варварством. Відтак, актуальною залишається проблематика професійного вигорання і відчуження від професії працівників освіти не лише в Україні, а й у всьому світі.

Робота педагогічних і науково-педагогічних працівників має свої особливості. По-перше, вона вимагає високого рівня кваліфікації і тривалого навчання, адже хорошого викладача хімії або історії неможливо підготувати навіть за три роки. Окрім цього, фаховий рівень викладача має бути високим, адже він буде навчати інших людей і часто людей дорослих, які вже мають професійну кваліфікацію. Педагогічні працівники змушені постійно підтримувати і підвищувати свою кваліфікацію, адже в багатьох науках, зокрема природничого циклу, значна частка знань оновлюється кожні 3-5 років. По-друге, робота педагогічних і науково-педагогічних працівників пов'язана з високим ступенем інтенсивності розумової діяльної та емоційною напругою, високою стресогенністю. По-третє, педагогічна діяльність є ненормованою з огляду на обсяги роботи і не має чітких, усталених критеріїв оцінки результативності. Викладач не просто працює на уроці або лекції, він має тривалий час до них підготуватись. І дуже часто, зокрема в Україні, цей час не враховується в робочому навантаженні. Так само, як і перевірка різних форм контрольних завдань, заповнення журналів і документації. Результативність роботи викладача лежить у площині позитивних екстерналій, тобто вона проявляється лише через 10-15 років, коли його учні або студенти вже здійснюють свій внесок у різні галузі економіки. Більш того, цей внесок неможливо облікувати за об'єктивними критеріями. По-четверте, праця педагогічних і науково-педагогічних працівників, яка належить до групи професій у сфері відношення «людина-людина», потребує високого рівня творчої активності, свободи наукового і педагогічного пошуку.

При цьому соціум ставить перед викладачами завищені вимоги, адже вони мають чи не найпершими адаптуватися до мінливих вимог ринку праці, діджиталізації, інтернетизації, бути комунікабельними і привітними, залишатися еталоном моральної поведінки. У відповідь у спілкуванні з батьками і учнями, у соціальних мережах і навіть у виступах можновладців вони часто піддаються жорсткому булінгу та обструкції. Усі ці чинники в роботі педагогічних працівників закономірно призводять до емоційного перенапруження і виснаження. У зв'язку з цим цілком слушним є висновок української дослідниці Т. Красюк, що саме педагогічні і науково-педагогічні працівники «найбільш схильні до професійного вигорання» [1, с. 171].

Означені фактори вже серйозно вплинули на трансформацію сприйняття професії педагога. В Україні, згідно з опитуванням проведеним ГО «Освіторія» спільно з дослідницькою агенцією Fama, за останні два роки 40 тисяч вчителів залишили професію. Згідно з прогнозами брак вчителів в Україні до 2030 року буде становити від 108 до 366 тисяч, адже 40 % українських вчителів планують у найближчому часі залишити професію

[2]. Навіть в умовах демографічної кризи і війни ці дані є надзвичайно загрозливими, адже система освіти, насамперед середньої, залишається чи не єдиним фактором, який дасть можливість Україні у майбутньому вийти з пастки післявоєнної бідності і деградації. В іншому випадку наша держава має усі шанси і далі скочуватись до рівня найбільш відсталих країн «четвертого світу».

Якими ж є чинники відчуження педагогів в Україні від професії та їх професійного вигорання? До них, згідно з означеним опитуванням, належить, насамперед, вкрай низька оплата праці вчителя. В Україні, зокрема, найнижча оплата праці молодого вчителя в Європі, на рівні 190 доларів на місяць. Іншим фактором професійного відчуження є високе робоче навантаження, яке засвідчили 59 % опитаних. 94 % вчителів вказали на забюрократизованість їх роботи постійними звітами, непотрібною документацією, конкурсами, олімпіадами, які часто не мають жодного сенсу і відволікають від реальної роботи з дітьми. 80% вчителів також засвідчили, що не відчувають поваги до їх роботи в суспільстві [2]. Водночас відповідаючи на питання, що їх утримує в професії вчителя, 81% респондентів вказали, що це дружні стосунки учнями, 79 % – відносини з колегами, 74 % – відносини з адміністрацією та керівництвом школи [2]. Окрім цього, опитані респонденти-вчителі засвідчили свою відкритість до отримання нових знань, підвищення кваліфікації, прагнення опанувати або вдосконалити іноземну мову.

Загалом, можна констатувати, що ключовими причинами відчуження від професії вчителя в сучасних українських реаліях є причини, пов'язані з цілеспрямованою політикою держави щодо упослідження і приниження роботи вчителя а також високим рівнем суспільної обструкції роботи педагогічних працівників, до яких ставляться надзвичайно завищені і часто невинновдані вимоги в умовах нескінченного і несистемного «реформування» сфери освіти.

Список використаних джерел

1. Красюк Т. В., Федорченко А. О. Професійне (емоційне) вигорання працівників освітньої сфери: правовий аспект. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2023. № 5. С. 170–173.
2. Литвин З. Глобальна криза вчителів та Україна: Чи буде кому навчати дітей завтра? 24 січня 2025 р. URL: <https://biz.nv.ua/ukr/experts/kryza-osviti-v-ukrajini-doslidzhennya-pokazalo-shcho-mi-vtratili-40-vchiteliv-za-2-roki-50483467.html> (28.01.2025).

УДК 378.147:811.161.2:[378.091-051:37-052-054.6]:159.942

ПРОБЛЕМА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ «ВИКЛАДАЧ-СТУДЕНТ» У СИСТЕМІ МОВНОЇ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМЦІВ

*Гейченко Катерина Іванівна, кандидат педагогічних наук, доцент,
завідувачка кафедри мовної та загальнотеоретичної підготовки,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Проблема професійного вигорання сьогодні залишається актуальною. Багато психологів аналізують це явище і дають рекомендації, як цього уникнути. Але проблема є і тому ми хочемо звернути увагу на вигорання викладача-мовника та іноземного студента. У чому полягає різниця? Різниця між вигоранням викладача-мовника та іноземного студента, перш за все, у причинах і контексті вигорання, а також у тому, як ці процеси проявляються.

Як показує практика, причинами вигорання викладача-мовника є перевантаження роботою, часте викладання без належного відпочинку; емоційна та психічна напруга через постійний контакт із студентами, особливо якщо вони мають труднощі з мовою; недостатня підтримка та ресурси, що можуть призводити до відчуття безсилля; брак мотивації чи розвитку кар'єри в умовах одноманітності. Як це проявляється? Останнім часом психологи констатують зниження емоційного підходу та втрату інтересу до роботи;

зниження ефективності в навчанні студентів, втрату ентузіазму в професійній діяльності; почуття відчуження від студентів і колег, що може призвести до ізоляції та депресії.

У процесі вигорання іноземного студента причинами, на нашу думку, є культурний шок, адаптація до нового середовища та мови, що є стресовими факторами; нездатність зрозуміти або правильно комунікувати в новій мовній ситуації; труднощі у взаємодії з іншими студентами або викладачами, коли вони не можуть повноцінно виразити свої думки; тиск через високі вимоги до академічних результатів та мовних навичок.

Тому викладачі можуть спостерігати у студентів психологічний і емоційний стрес через нерозуміння матеріалу або проблеми в спілкуванні; підвищену тривожність і втому від постійного намагання зрозуміти нову мову та культуру; соціальну ізоляцію через мовні бар'єри або відсутність підтримки в новому середовищі. Але в обох випадках важливе значення має підтримка та усвідомлення причин вигорання, щоб можна було знайти шляхи для подолання стресу та втрати мотивації.

Шляхи подолання вигорання як у викладачів, так і у студентів можуть включати кілька стратегій, спрямованих на зниження стресу, покращення психоемоційного стану та відновлення мотивації. Якщо ми говоримо про викладачів, то певними стратегічними напрямками можуть бути:

- *Збереження балансу між роботою та відпочинком.* Важливо знаходити час для себе та відпочинку, щоб уникати перевантаження. Це може включати регулярні перерви, вихідні дні та навіть короткі канікули, переключення уваги на хобі, чередування видів діяльності.

- *Професійна підтримка та розвиток.* Пошук можливостей для професійного розвитку: участь у семінарах, тренінгах, обміні досвідом з іншими викладачами. Це допоможе поновити інтерес до роботи і знову відчути себе частиною команди.

- *Робота з емоціями та стресом,* що сьогодні як ніколи важливо.

Практикування методів релаксації, таких як медитація, дихальні вправи, щоб знижувати рівень стресу тощо. Можливість звернутися за професійною психологічною підтримкою, щоб обговорити свої переживання.

- *Управління очікуваннями та часом.* Встановлення реалістичних цілей і пріоритетів. Часто вигорання виникає через занадто високі вимоги до себе або нездатність правильно розподіляти час.

- *Підтримка колег і студентів.* Важливо мати в колективі комфортну обстановку і здорові соціальні зв'язки. Спільна робота з колегами, обговорення проблем зі студентами можуть зменшити почуття ізоляції.

А дієвими напрямками подолання вигорання для студентів можуть бути:

- *Звернення за підтримкою.* Шукати допомогу і підтримку у викладачів або у одногрупників, де можна отримати допомогу в навчанні або подоланні мовних бар'єрів. Спілкування з іншими іноземними студентами, які переживають подібні труднощі, що допоможе відчути підтримку і розуміння.

- *Використання ресурсів для адаптації.* Використання онлайн-ресурсів, програм для вивчення мови, а також пошук додаткових матеріалів, які можуть допомогти в подоланні труднощів у навчанні. Вивчення мови в неформальних умовах через бесіди, кінофільми, читання книжок українською.

- *Робота над соціальною адаптацією.* Важливо активно шукати можливості для соціалізації, наприклад, брати участь у студентських організаціях, гуртках, клубах, заходах кафедр, факультету, університету, що допомагає знайти друзів і підтримку.

- *Регулярний відпочинок та управління стресом.* Як і викладачі, студенти також повинні знаходити час для відпочинку. Заняття спортом, хобі, прогулянки на свіжому повітрі можуть допомогти знизити рівень стресу.

- *Робота з емоціями та самопідтримка.* Необхідно навчитися приймати свої почуття і не соромитися звертатися за допомогою, якщо відчувається занепад сил чи розчарування. Психологічні консультації можуть бути корисними для полегшення процесу адаптації.

Важливим також є *планування навчання*. Розподілення навчальних завдань, ведення розкладу або використання методів тайм-менеджменту допоможе уникнути почуття перевантаження та хаосу.

Таким чином, загальна різниця в тому, що викладачі-мовники можуть вигоряти через професійне перевантаження і емоційний виснаження через постійну взаємодію з інофонами, тоді як іноземні студенти часто вигорять через культурні та мовні труднощі, а також адаптаційний стрес; вигорання викладачів зазвичай стосується їхнього робочого процесу та взаємодії з інокомунікантами, тоді як останні можуть вигоряти через намагання адаптуватися до навчання в незнайомому середовищі.

А загальними стратегіями для обох груп, на нашу думку, можуть бути наступні:

– *Підтримка позитивного мислення*. Фокусування на позитивних досягненнях, навіть якщо вони здаються маленькими, може допомогти відновити мотивацію.

– *Розуміння своїх меж*. Важливо навчитися визнавати свої фізичні та емоційні межі і не боятися звертатися по допомогу або попросити відпочити.

– *Зміна середовища*. Іноді просто саме зміна обстановки (коротка подорож або навіть зміна робочого чи навчального місця) може допомогти подолати вигорання.

Успішне подолання вигорання потребує часу та зусиль, але з правильною підтримкою і стратегіями це цілком можливо.

Список використаних джерел

1. Емоційне вигорання або синдром двадцять першого століття. (2020, June 6) Delta Med. <https://delta-med.com.ua/emotsijne-vygorannya-abo-syndrom-dvadtsyat-pershogo-stolittya/>

2. Калошин В.Ф. Як долати стрес у педагогічній діяльності. Практична психологія та соціальна робота. 2004. №9. С. 60-66

3. Разумна А.Г. Управління формуванням нормативної професійної ідентичності майбутніх медиків. Теорія і практика управління соціальними системами. Щоквартальний науково-практичний журнал. 2018. №1. С. 26-38

4. Як впоратись з емоційним вигоранням медичним працівникам [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uk/jak-vporitis-z-emocijnim-vigorannjam-medichnim-pracivnikam>

СИНДРОМ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРЯННЯ: ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ, СИМПТОМИ ТА СПОСОБИ ПОДАЛАННЯ

Кравченко Юлія Володимирівна, канд. філол. наук, старший викладач кафедри мовної та загальнотеоретичної підготовки, Гнатенко Світлана Анатоліївна, старший викладач кафедри мовної та загальнотеоретичної підготовки, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Агресія Російської федерації кардинально змінила наше життя і стала причиною трансформації системи освіти. З одного боку перехід на дистанційне навчання є альтернативою до офлайну і має свої переваги, за умови відповідального ставлення як викладачів, так й студентів. З іншого ж боку, якщо в цьому ланцюжку випадає один сегмент – студенти, то відповідно виникають супутні проблеми, які проявляються в додатковому навантаженні викладача: пошук нових методів, форм і засобів подачі інформації, постійна самоосвіта, розробка нових матеріалів для різних видів аудиторної та позааудиторної роботи тощо. Відповідно, усе це призводить до перевтоми, нервових зривів і, як наслідок, до суцільного вигорання, що згодом може перерости у діагноз.

Актуальність обраної теми є безперечною, оскільки професія викладача – це одна з «груп ризику» працівників, у яких відсутня надійна система психологічних технологій запобігання розвитку синдрому емоційного вигорання.

Метою роботи є визначення й узагальнення причин емоційного вигорання викладачів вишів та винайдення способів запобігання, відновлення емоційно-психологічного стану.

Особливого ставлення серед дослідників різних галузей наук ця тема набула з моменту повномасштабного вторгнення Росії в Україну. Так, проблему синдрому «професійного вигорання» у свої роботах розглядали Л. Карамушка, Н. Левицька, М. Буриш, Г. Діон, М. Лейтер та ін.; методи діагностики синдрому «професійного вигорання» висвітлені в праці С. Джексон тощо.

Професія педагога – одна з тих, де синдром «професійного вигорання» є найбільш поширеним. Тому дуже важливим є вивчення особливостей його виникнення, розвитку та перебігу саме у педагогічній діяльності [1].

У науковій літературі «професійне вигорання» визначається за трьома чинниками:

- 1) почуття виснаження / спустошення / браку енергії;
- 2) відстороненість від своєї роботи або почуття негативу / цинізму;
- 3) знижена професійна ефективність / байдужість до своєї роботи.

Щоб визначити рівень свого емоційно-психологічного стану, нам потрібно дати відповідь на кілька запитань:

1. Чи відчуваю я апатію до роботи?
2. Чи дратують мене колеги по цеху?
3. Чи вистачає мені енергії для виконання обов'язків?
4. Чи відчуваю я постійне бажання відпочивати?
5. Чи важко мені зосередитися?
6. Чи приносять робота мені задоволення або я відчуваю розчарування, безпорадність, безнадійність?
7. Чи турбують мене головні болі, порушення сну та безсоння, проблеми зі шлунком чи кишківником?

Згаданий синдром може з'явитися з двох причин:

1) складні стосунки вдома (в родині): непорозуміння, роздратованість, перевантаженість, нестача грошей тощо;

2) розвивається із стресової ситуації на роботі: позапланове навчальне навантаження, виконання громадських обов'язків по кафедрі, розробка навчально-методичної літератури, матеріалів контролю, наукова робота та ін. Якщо викладач має слабку нервову систему, яка не поєднується або погано поєднується із вимогами професії, то усе це швидко спровокує виснаження організму людини. Причини вигорання на роботі обумовлені різними факторами, наприклад:

1. Нестача контролю.
2. Неясні очікування від роботи.
3. Токсичне робоче середовище.
4. Відсутність чи нестача активності.
5. Відсутність соціальної підтримки.
6. Дисбаланс між роботою та особистим життям [2].

О.Чайковська вважає, що синдром «професійного вигорання» має свої яскраво виражені симптоми:

- 1) відсутність мотивації;
- 2) втома;
- 3) фрустрація (своєрідний емоційний стан, характерною ознакою якого є дезорганізація свідомості й діяльності в стані безнадійності, втрати перспективи), цинізм та інші негативні емоції;
- 4) когнітивні проблеми;
- 5) відсутність задоволеності роботою і життям;
- 6) погіршення якості роботи [3].

Проте, цьому складному процесу можна запобігти: змінити своє ставлення до речей. Треба навчитися розділяти професійні обов'язки і родину, не нести негатив з роботи додому

і навпаки – з дому на роботу.

На шляху до вирішення проблеми нам можуть стати у нагоді наступні поради:

1) оцініть ваші варіанти виходу із ситуації: обговоріть конкретні проблеми зі своїм керівником або у родині;

2) шукайте підтримки: зверніться до колег, друзів, підтримка та співпраця можуть допомогти вам впоратися;

3) займіться вправами: регулярні фізичні навантаження можуть допомогти краще боротися зі стресом та відволікти від повсякденної рутини;

4) сон відновлює самопочуття та допомагає захистити ваше здоров'я: спробуйте практики майндфулнес – це фокусування на диханні та глибоке усвідомлення того, що ви відчуваєте у цей момент, без тлумачення чи судження.

Якщо ці кроки не допомагають, ваш стан не покращується або навіть погіршується – зверніться за допомогою до фахівця із психічного здоров'я, такого як психолог або психотерапевт [4].

Проведене анкетування емоційно-психологічного стану колег допомогло визначити різні показники на початку й в кінці навчального року. Із запропонованих схем видно, що літній відпочинок пом'якшує емоційне напруження.

Схема 1

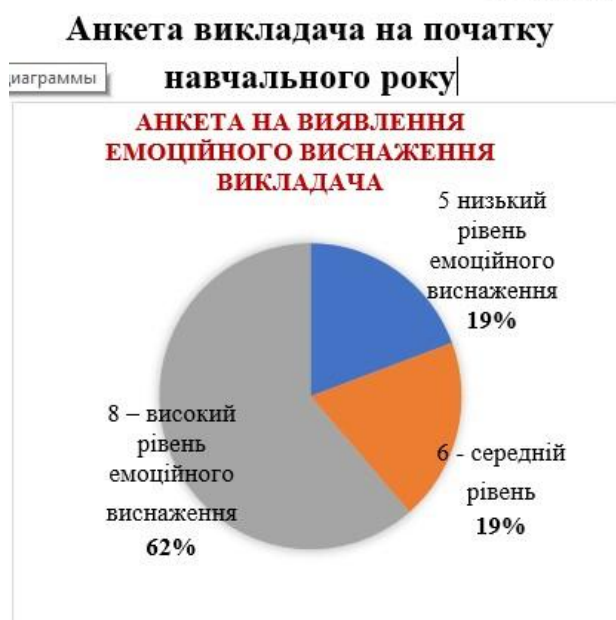


Схема 2



Отже, зберегти своє психологічне здоров'я і здоров'я колег є актуальним завданням на сьогодні. Дослідження причин виникнення «професійного вигорання» та створення умов для попередження цієї проблеми, сприятиме гармонійній атмосфері не лише у навчально-виховному процесі, а й у родинному колі.

Список використаних джерел

1. Перепелюк Т. Психологічні особливості професійного вигорання вчителя середньої школи [Електронний ресурс]. – URL: https://library.udpu.edu.ua/library_files/ukr-turkmen_visnuk/2018_1/26.pdf

2. Синдром професійного вигорання: що робити, якщо ти «перегорів»? [Електронний ресурс]. – URL: <https://doc.ua/ua/news/articles/sindrom-professionalnogo-vygoraniya-chto-delat-esli-ty-peregorel>

3. Чайковська О. Синдром емоційного вигорання [Електронний ресурс]. – URL: <https://lcpodcz.lviv.ua/news/14-33-35-07-05-2019/>
4. Що таке вигорання і яким воно буває [Електронний ресурс]. – URL: <https://www.mh4u.in.ua/shukayu-dopomogu/shho-take-vygorannya-i-yakym-vono-buvaye/>

ПРОБЛЕМА ПРОФІЛАКТИКИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ

*Крючко Тетяна Олександрівна, доктор медичних наук,
професор, завідувач кафедри педіатрії №2,
Литус Світлана Іванівна, асистент кафедри педіатрії №2,
Щербак Вікторія Валеріївна, доктор філософії, асистент кафедри педіатрії №2,
Олійніченко Марина Олександрівна, асистент кафедри педіатрії №2,
Рубан Юлія Вікторівна, асистент кафедри педіатрії №2,
Полтавський державний медичний університет*

Повномасштабне вторгнення Росії в Україну створило багато безпрецедентних викликів та суттєво вплинуло на українське освітнє середовище. Тривалий перебіг війни створив надзвичайні випробування для науково-педагогічних працівників та академічних установ, перервавши традиційне навчання та змусивши їх адаптуватися до нестандартних умов праці [1].

У сучасному освітньому та медичному просторі науково-педагогічні працівники кафедри педіатрії стикаються з численними викликами, які впливають як на їхнє професійне, так і особисте життя. Постійна робота зі здобувачами, пацієнтами та їхніми родинами, високі вимоги в науковій та методичній роботі вимагають високого рівня професіоналізму, емоційної відданості та стресостійкості. В умовах інтенсивного навантаження та відповідальності викладачі можуть стикатися з професійним вигоранням, яке проявляється у вигляді емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження професійної ефективності [2].

Професійне вигорання – це емоційне виснаження, що виникає на тлі стресу в процесі міжособистісного спілкування, а не лише втрату творчого потенціалу.

Причини виникнення професійного вигорання науково-педагогічних працівників в сучасних реаліях:

- Емоційне навантаження – постійний перегляд новин про обстріли, поранених, руйнування цивільної інфраструктури, невизначеність майбутнього - створюють психологічне виснаження.
- Зміна умов праці - перехід до змішаного режиму навчання, високі вимоги в науково-дослідній роботі, нестабільний інтернет-зв'язок, тривале перебування в укриттях під час повітряних тривог, перебої з електропостачанням - ускладнюють виконання професійних обов'язків.
- Недостатність взаємодії - обмежені можливості для спілкування з колегами й професійними спільнотами позбавляють працівників підтримки та обміну досвідом.
- Фінансові труднощі – скорочення робочих місць, зменшення заробітної плати чи затримки у виплатах додають стресу до вже складної ситуації.

Важливою ланкою для подолання стресу та професійного вигорання є забезпечення психологічної підтримки викладачів та здобувачів вищої школи [3]. Науково-педагогічні працівники кафедри педіатрії активно долучаються до проходження курсу mhGAP (Mental Health Gap Action Programme). Це міжнародна програма, ініційована Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), яка спрямована на розширення доступу до послуг з охорони психічного здоров'я та підтримку професійної підготовки фахівців у цій сфері [4].

Основними темами що висвітлюються під час проходження курсу є обізнаність щодо психічного здоров'я, співчуття та турбота, соціальне сприйняття та особистісний розвиток. Крім того, програма враховує специфіку роботи медичних працівників, акцентуючи увагу на запобіганні професійному вигоранню та розвитку стресостійкості.

Викладачі отримують сучасні знання та навички з охорони психічного здоров'я, навчаються використовувати інструменти для подолання професійного вигорання, розробляти ефективні стратегії управління стресом а також навчати студентів правильному підходу до підтримки ментального здоров'я пацієнтів.

Під час занять розглядаються короткі модулі з оцінки та ведення таких станів: гострого стресу, горя, помірного/тяжкого депресивного розладу, посттравматичного стресового розладу, психозу, епілепсії/судом, інтелектуальних порушень, зловживання алкоголем і наркотиками.

Враховуючи реалії сучасності науково-педагогічні працівники найбільше піддаються стресовим ситуаціям. Програма mhGAP пропонує різноманітні прості, ефективні техніки подолання стресу на індивідуальному рівні. Індивідуальна здатність справлятися зі стресом залежить від особистості. Стратегії подолання стресу спрямовані на мінімізацію стресу, пов'язаного з негативними емоціями.

Першим елементом є турбота про власне благополуччя, ми не можемо дбати про інших, доки не потурбуємося про себе. Розрізняють такі способи турботи як:

- Звичний розпорядок дня, тобто налагодження режиму сну та харчування, заняття фізичними вправами, зменшити тривалість користування смартфоном та інше.
- Улюблена та звична соціальна активність: творча діяльність, фізична активність, перегляд кінофільмів, читання книг, слухати музику чи радіо, поговорити з другом чи членом родини.
- Створіть нову рутину: розпорядок дня, техніка повільного дихання, кола контролю, релаксація, медитація тощо.
- Уникайте шкідливих стратегій подолання стресу: зловживання алкоголю, психоактивних речовин.
- Практика вдячності собі та іншим. Відчувати та висловлювати вдячність – це не лише хороші манери, але й покращення свого фізичного та психічного самопочуття.

Турбота про інших у щоденному спілкуванні: не тільки те, що ми говоримо, але і те як ми говоримо, впливає на комфорт нашого оточення. До навичок турботливого спілкування відноситься:

- мова тіла (зоровий контакт, жести, поза, тон голосу);
- активне слухання (уважно слухати, повторювати, підсумовувати);
- прийняття почуттів інших (розуміти почуття й демонструвати турботу);
- похвала та вдячність;
- підтримка та повага гідності людини.

Практична допомога людині: діємо на основні її потреби. Виокремлюють такі способи та методи практичної допомоги:

- визначаємо види потреб співрозмовника;
- посилюємо соціальну підтримку;
- допомагаємо в інформуванні людини – базові навички психоосвіти;
- перенаправляємо людей до служб підтримки;
- допомагаємо іншим допомагати собі: метод «стій – думай – дій».

Допомога у зміні негативних думок може значно полегшити стан людини. Навчіть фокусуватися на тому, що знаходиться під контролем, і замінювати ірраціональні думки більш реалістичними. Правильна організація часу робочого дня допомагає зменшити перенавантаження.

Турбота про людей, які переживають сильний стрес. Даній категорії людей рекомендовані прості вправи, наприклад, релаксація, заземлення, дистанціювання від негативних думок (відчепитися від гачка), майндфулнес та усвідомлене пиття. Підтримка таких людей вимагає терпіння та уваги до їхніх потреб.

Допомога людям у специфічних ситуаціях. Іноді стрес може переходити у важчі стани, як-от посттравматичний стресовий розлад чи депресія. У таких випадках необхідно

звертатися до спеціалістів для діагностики та лікування, зокрема для застосування когнітивно-поведінкової терапії чи медикаментозної підтримки. Турбота про тих, хто переживає важкі життєві обставини, має базуватися на повазі та конфіденційності.

Тренінг mhGAP для науково-педагогічних працівників є важливим кроком у забезпеченні їхнього ментального здоров'я. Це не тільки допомагає підвищити їхню професійну ефективність, але й слугує прикладом для студентів, які дізнаються про важливість піклування про власне психічне здоров'я та здоров'я своїх пацієнтів. Участь у таких програмах допомагає створити здорове і продуктивне освітнє середовище, що є необхідною умовою для підготовки висококваліфікованих фахівців у галузі охорони здоров'я.

Список використаних джерел

1. Mayer, A., Yaremko, O., Shchudrova, T., Korotun, O., Dospil, K., & Hege, I. (2023). Medical education in times of war: a mixed-methods needs analysis at Ukrainian medical schools. *BMC medical education*, 23(1), 804. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04768-2>
2. Agyapong, B., Obuobi-Donkor, G., Burbach, L., & Wei, Y. (2022). Stress, Burnout, Anxiety and Depression among Teachers: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, 19(17), 10706. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710706>
3. Дуткевич Т.В., Савицька О.В. Психологічний супровід професійної діяльності викладача вищої школи (з досвіду роботи соціально-психологічної служби університету). *Проблеми сучасної психології*, 2011. Випуск 11. С. 381–392.
4. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. Third edition; 20 November 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278>

ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ УКРАЇНИ: ФІЛОСОФСЬКІ ТА СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ

*Савченко Дар'я Сергіївна, аспірант кафедри госпітальної педіатрії,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Актуальність. Професійне вигорання серед медичних працівників залишається важливою проблемою, що впливає як на особисте життя, так і на якість медичної допомоги. Згідно з "Medscape Physician Burnout & Depression Report 2023", понад половину лікарів (53%) повідомили про відчуття вигорання, а майже кожен четвертий (23%) зазначив, що страждає від депресії, що на 11% більше, ніж 5 років тому. В Україні офіційної статистики щодо поширеності професійного вигорання серед медичних працівників немає. Проте, за різними оцінками, від 30% до 50% українських медиків стикалися з цим явищем.

Мета. Дослідити проблему професійного вигорання серед медичних працівників України через призму філософських і соціальних аспектів.

Матеріали і методи. Визначення наявності професійного вигорання медичних працівників України проведено шляхом анонімного анкетування за допомогою Burnout Assessment Tool (BAT). BAT - сучасний інструмент оцінки професійного вигорання, розроблений під керівництвом Вілмара Шауфелі як альтернатива Maslach Burnout Inventory (MBI). BAT включає чотири основні виміри: виснаження, розумову дистанцію, когнітивне порушення та емоційне порушення. Оцінювання здійснюється за 23-пунктовою анкетною, де відповіді варіюються від 1 (ніколи) до 5 (дуже часто), що дозволяє визначити рівень вигорання та ризики його розвитку. Опитування проводилось серед 88 медичних працівників України різних спеціальностей та рівнів медичної допомоги. Аналіз отриманих даних здійснювався за допомогою методів дескриптивної статистики та порівняльного аналізу.

Результати. Оскільки стандартизованих референтних значень для рівнів професійного вигорання в Україні немає, нами було використано підхід внутрішньої нормалізації даних. Для цього було розраховано середнє значення (М) та стандартне

відхилення (SD) для ключових показників вигорання. На їх основі визначено значення відсутності та три рівні вигорання, а також значення рівнів для кожної складової анкети. Результати наведені в таблиці 1.

	Загальна оцінка	Виснаження	Ментальна дистанція	Когнітивні порушення	Емоційні порушення
Відсутність	1,00 - 1,73	1,00 - 2,20	1,00 - 1,21	1,00 - 1,29	1,00 - 1,37
Низький рівень	1,74- 2,44	2,21 - 3,02	1,22 - 2,05	1,3 - 2,08	1,38 - 2,24
Середній рівень	2,45 - 3,15	3,03 - 3,85	2,06 - 2,89	2,09 - 2,87	2,25 - 3,13
Високий рівень	3,16 - 5,00	3,86 - 5,00	2,90 - 5,00	2,88 - 5,00	3,14 - 5,00

Таблиця 1. Референтні значення професійного вигорання для України у балах.

Такий підхід дозволив провести аналіз з урахуванням особливостей вибірки. На основі отриманих референтних значень було встановлено, що серед опитаних: 14 (15,9%) осіб не мають вигорання, 34 (38,6%) – мають вигорання легкого ступеня; 25 (28,4%) – з середнім ступенем вигорання; 15 (17,1%) – з високим ступенем вигорання.

В результаті подальшого аналізу було виявлено, що рівень вигорання є різним у медичних працівників різних вікових груп. Було встановлено, що загальний бал в середньому у віковій категорії від 18 до 25 років склав 2,35 (1,76; 2,76), у медичних працівників віком від 26 до 35 років – 2,43 (2,02; 3,09), від 36 до 60 років на тому ж рівні 2,43 (2,00; 2,91), в той же час загальний бал у медичних працівників більше 61 року був меншим і склав 1,85 (1,77; 2,00).

Вищий рівень професійного вигорання у молодших працівників можна пояснити меншим досвідом, великим навантаженням і відчуттям невизначеності, яке особливо загострюється у воєнний час. Вони часто стикаються з ситуаціями, що перевищують їхні професійні навички, змушені приймати складні рішення без належної підтримки та працювати в умовах невизначеності, не знаючи, що на них чекає завтра. Відсутність стабільності, страх зробити фатальну помилку та розуміння того, що їхнє майбутнє залишається невідомим, стають основними факторами емоційного виснаження й професійного вигорання.

Існують певні відмінності в рівнях вигорання серед медичних працівників із різних областей України. Відповідно до результатів, найбільший рівень вигорання серед респондентів зафіксовано в Одеській області – 3,33 (2,96; 3,57).

Нижчий рівень вигорання спостерігається в медичних установах Київської області 2,93 (2,70; 3,12), Дніпропетровської області 2,91 (2,43; 2,91), Миколаївської області 2,35 (1,96; 2,87), Запорізької області 2,11 (1,75; 2,63).

Обговорення.

Згідно з останніми дослідженнями рівень вигорання суттєво відрізняється залежно від медичної спеціальності: найвищий рівень вигорання спостерігається серед емергенс-медицини (65%), лікарів сімейної медицини (61%), педіатрів (59%). Середній рівень мають гінекологи (53%), анестезіологи (51%), неврологи (50%). Найменш уразливі до вигорання пластичні хірурги (37%), дерматологи (43%) та офтальмологи (45%).[1] Основними

причинами професійного вигорання вважаються: бюрократичні завдання (61%), тривалі робочі години (37%), нестача поваги від колег (38%). Депресія серед лікарів: 23% медичних працівників повідомили про депресивні стани.[2]

Професійне вигорання має вагомі соціальні наслідки, адже впливає на якість медичних послуг, стосунки в колективі та соціальне становище медичних працівників. За різними науковими даними, основними соціальними факторами, що впливають на вигорання, є: низький рівень соціальної підтримки на робочому місці; нестабільні робочі умови, зокрема перевантаження і недооцінка праці; брак кар'єрного розвитку і можливостей для професійного зростання. [3,4,9]

З філософської точки зору, вигорання можна розглядати як наслідок внутрішнього конфлікту між прагненням до самореалізації та обмеженнями, накладеними зовнішніми обставинами. Феномен вигорання тісно пов'язаний з концепцією екзистенційної кризи, коли людина втрачає сенс у своїй професійній діяльності, втрачає мотивацію до роботи, що може призвести до відчуття депресії та безвиході. Філософські теорії, зокрема екзистенціалізм, дають можливість осмислити вигорання як природну реакцію на непосильне навантаження і відсутність внутрішньої гармонії між особистими прагненнями та реальними можливостями. [5,13]

Жан-Поль Сартр, екзистенціаліст, підкреслював, що людина здатна створити власний сенс через свободу вибору, навіть у найскладніших обставинах. Проте, якщо свобода вибору обмежена обставинами, людина може відчувати "гніт" або втрату внутрішньої автономії. В сучасних умовах праці, коли соціальні норми часто диктують "правильний" шлях, людина може опинитися у пастці не лише бюрократії, але й власних страхів та сумнівів.

Професійне вигорання часто є наслідком глибокого відчуття кризового сенсу праці та існування, що також може бути проаналізовано через філософські концепції абсурду та стоїцизму.

Альбер Камю, у трактаті "Міф про Сізіфа", описує абсурдне існування людини, що безнадійно шукає сенс у світі, позбавленому явного значення. Вигорання можна розглядати як внутрішній конфлікт людини між її бажанням знайти сенс в однотипній праці та свідомістю безглуздості цих зусиль. Камю вважає, що, визнаючи абсурдність життя, людина може досягти свободи. Однак на практиці, коли людина стикається з безперервною рутинною та відсутністю змін, це може призвести до відчуття безвиході. Лікарі щодня стикаються з одноманітними завданнями: прийом пацієнтів, заповнення документації, повторювані діагностичні процеси. Насправді, медицина – це не лише порятунок життів, а й нескінченний потік однотипних завдань: ті самі симптоми, ті самі рекомендації, ті самі розмови з пацієнтами. В той же час робота з документацією займає майже половину робочого процесу. Ця повторюваність поступово знижує відчуття значущості роботи, викликає втому та апатію. Сізіф ніколи не досягає вершини, так само й лікар може не побачити результат своєї праці: пацієнти можуть бути невдячними, не дотримуватись рекомендацій, а захворювання повертаються, хронічні стани виходять із ремісії. Відчуття замкненого кола позбавляє мотивації. [11,12]

З точки зору Стоїцизму, представники якого, такі як Епіктет і Марк Аврелій, вчили про необхідність контролювати лише те, що знаходиться в межах нашого впливу, професійне вигорання можна трактувати як наслідок втрати здатності керувати своїми реакціями на зовнішні фактори. Якщо людина стає "жертвою" зовнішнього світу (нереалістичних вимог, поганого менеджменту або соціальних зобов'язань), це призводить до втрати внутрішнього спокою, що може стати причиною вигорання.

Професійне вигорання не можна розглядати лише як особисту проблему, оскільки це явище часто відображає глибші соціальні та структурні проблеми, особливо коли ми кажемо про роботу медичних працівників.

Макс Вебер у своїх працях про бюрократію та «залізну клітку» наголошував на тому, що бюрократичні структури можуть призводити до того, що працівники почуваються як частина бездушної машини, що викликає емоційне виснаження і вигорання. Бюрократичні

ієрархії, автоматизація та стандартизація робочих процесів можуть значно обмежити внутрішнє почуття свободи, що призводить до втрати мотивації і продуктивності. Недосконалість медичних протоколів, нестача інформації щодо регіональних особливостей захворювань, бюрократизація, відсутність дозволу на застосування певних лікарських препаратів, «підгонка під рамки», хоча кожен випадок є особливим, адже кожен організм є різним, з різною адаптацією, з різною відповіддю на патологічний процес. [8, 10]

Гі Дебор, засновник ситуаціоністського руху, у своїй роботі "Суспільство спектаклю" говорить про те, що сучасне суспільство фокусується не на реальній діяльності, а на її споживанні і представленні через медіа та рекламу. Праця стає лише елементом цього "спектаклю", що призводить до її нудності, рутинності і, зрештою, вигорання. Це особливо небезпечно і викликає занепокоєння, коли мова йде про медичну сферу.[14]

Однією з важливих проблем для України є професійне вигорання серед медичних працівників під час війни. Військові дії створюють додаткові стресові фактори, що підсилюють ризик емоційного та фізичного виснаження. В умовах війни медична система стає критично важливою складовою підтримки цивільного населення. Особливу роль відіграють педіатри, які, попри небезпеку, залишаються працювати у прифронтових містах. Незважаючи на можливість переїзду в більш безпечні міста, багато з них усвідомлено приймають рішення залишитися, адже їхня мета — рятувати життя дітей.

Лікарі, які працюють у прифронтовій зоні, стикаються з низкою серйозних труднощів. Навантаження, фізичне та емоційне виснаження, а також відсутність можливості для повноцінного відпочинку призводять до високого рівня професійного вигорання серед лікарів. [15]

Висновок. Таким чином, результати анонімного опитування, що вказують на високий рівень професійного вигорання серед респондентів, слід трактувати не тільки як індивідуальну проблему, але й з позиції більш глибоких соціальних і філософських питань. Вигорання є відображенням не лише психологічних і особистісних чинників, а й соціальних структур, організаційних практик і філософських уявлень про працю, сенс життя та свободу вибору.

Список використаних джерел

1. Leslie Kane, MA | January 27, 2023. 'I Cry but No One Cares': Physician Burnout & Depression Report 2023
2. Leslie Kane, MA | January 21, 2022 Physician Burnout & Depression Report 2022: Stress, Anxiety, and Anger
3. Bahrs, Ottomar 2021/04/25 Burnout from a social scientist's perspective. The International Journal of Person Centered Medicine
4. Menderes Tarcan, Neşet Hikmet, Benjamin Schooley, Mehmet Top, Gamze Yorgancioglu Tarcan, An analysis of the relationship between burnout, socio-demographic and workplace factors and job satisfaction among emergency department health professionals, Applied Nursing Research, Volume 34, 2017, Pages 40-47, ISSN 0897-1897, <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.02.011>.
5. ER - Ryan E, Hore K, Power J, Jackson T. The relationship between physician burnout and depression, anxiety, suicidality and substance abuse: A mixed methods systematic review. Front Public Health. 2023 Mar 30;11:1133484. doi: 10.3389/fpubh.2023.1133484. PMID: 37064688; PMCID: PMC10098100.
6. Wilmar Schaufeli, Hans De Witte & Steffie Desart, Belgium, 2020 USER MANUAL BURNOUT ASSESSMENT TOOL
7. Angelini, G., Buonomo, I., Benevene, P., Consiglio, P., Romano, L., & Fiorilli, C. (2021). The Burnout Assessment Tool (BAT): A contribution to Italian validation with teachers. Sustainability, 13(16), 9065. <https://doi.org/10.3390/su13169065>
8. West CP, Dyrbye LN, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Nedelec L, Carlasare LE, Shanafelt TD. Resilience and Burnout Among Physicians and the General US Working Population.

JAMA Netw Open. 2020 Jul 1;3(7):e209385. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.9385. PMID: 32614425; PMCID: PMC7333021.

9. Титова Т.А., Бухановська Т.М. Професійне вигорання та методи його подолання, 28 жовтня 2024 УДК:614.25:612.391:159.942 DOI: 10.32471/umj.1680-3051.165.259310

10. Renzo Bianchi, James F. Sowden, A paradigm shift from burnout to occupational depression, Journal of Affective Disorders, Volume 303, 2022, Pages 230-232, ISSN0165-0327, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.02.049>.

(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032722001987>)

11. Dyasi O, Agbenyeku EE, Kuhudzai AG, Moloi TA. Impact of burnout on depression among nurses at a private hospital in Johannesburg, South Africa. S Afr Fam Pract (2004). 2024 Aug 28;66(1):e1-e7. doi: 10.4102/safp.v66i1.5906. PMID: 39221729; PMCID: PMC11369583.

12. Chu WM, Ho HE, Lin YL, Li JY, Lin CF, Chen CH, Shieh GJ, Chan WC, Tsan YT. Risk Factors Surrounding an Increase in Burnout and Depression Among Health Care Professionals in Taiwan During the COVID-19 Pandemic. J Am Med Dir Assoc. 2023 Feb;24(2):164-170.e3. doi: 10.1016/j.jamda.2022.12.010. Epub 2022 Dec 14. PMID: 36592937; PMCID: PMC9747695.

13. Birhane R, Medhin G, Demissie M, Tassew B, Gebru T, Tadesse B, Jebena MG, Teklu AM, Deyessa N. Depression and Burnout among Health Extension Workers in Ethiopia: A Cross-Sectional Study. Ethiop J Health Sci. 2023 Apr;33(Spec Iss 1):63-74. doi: 10.4314/ejhs.v33i1.7S. PMID: 38362477; PMCID: PMC10866296.

14. Bahrs, Ottomar 2021/04/25 Burnout from a social scientist's perspective. The International Journal of Person Centered Medicine

15. Rusanov V. Професійне вигорання медичних працівників в умовах війни: історичний аналіз, сучасні дослідження та авторське визначення. PMGP [інтернет]. 30, Вересень 2024 [цит. за 09, доступний у: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/529>

NAVIGATING THE ETHICAL BATTLEFIELD: ADDRESSING MORAL DISTRESS, MORAL INJURY AND BURNOUT IN HEALTHCARE PROVIDERS DURING TIMES OF WAR

Eva Regel, DBE, MBE, MS,

*Assistant Professor, Department of Medical Humanities and Bioethics
University of Arkansas for Medical Sciences College of Medicine
Clinical Ethicist (UAMS & Arkansas Children's Hospital)*

Healthcare clinicians in war zones face unique ethical and psychological challenges. While much attention is given to the physical risks of working in conflict areas, the moral and emotional burdens experienced by the clinicians are often overlooked. This presentation explores moral distress and moral injury, two critical but distinct phenomena that affect clinicians in healthcare settings under conditions of armed conflict, and their connection to burnout, professional disengagement, and long-term psychological harmful consequences.

Moral distress occurs when clinicians recognize the ethically appropriate action but are unable to act due to external constraints such as scarce medical resources, institutional policies, or security threats. Over time, repeated exposure to moral distress can escalate into moral injury, profound psychological and ethical wounds resulting from perpetrating, witnessing, or failing to prevent acts that violate deeply held moral beliefs. Moral injury is frequently rooted in guilt, shame, and a sense of moral failure, often leading to depression, emotional disengagement, and existential crisis.

The presentation will also examine how moral distress and moral injury contribute to burnout, frequently leading to emotional exhaustion, diminished professional efficacy, and depersonalization, leading many healthcare professionals to leave the workforce, which will have significant negative implications on the healthcare system in need of experienced clinicians.

To mitigate these effects, a proactive and multi-level approach is needed. This approach would include ethics training as part of the medical school curriculums and pre-deployment, on-the-ground support system, institutional and policy interventions, and post-war rehabilitation programs designed to address specific needs of healthcare professionals working in zones of armed conflicts.

By addressing these ethical and psychological burdens, we can help clinicians maintain moral resilience, professional integrity, and long-term being in the face of war's most difficult challenges. This presentation will offer practical insights and solutions for healthcare leaders, organizations, and policymakers committed to supporting those who provide care in conflict zones.

POST-TRAUMATIC GROWTH AMONG HEALTHCARE WORKERS: EMPIRICAL STUDIES AND THEORETICAL MODEL

*Agata Strzdała, assistant professor at Wrocław Medical University,
Division of Medical Humanities and Social Science*

Post-traumatic growth (PTG) refers to positive psychological changes that occur as a result of struggling with highly challenging life circumstances. Among healthcare workers, who are frequently exposed to death, suffering, and emotional stress, PTG is a particularly relevant concept. Empirical studies have shown that healthcare professionals, despite facing significant risks of compassion fatigue, secondary traumatic stress, and burnout, often experience growth in areas such as improved interpersonal relationships, greater inner strength, and deeper appreciation of life.

Theoretical models, such as Tedeschi and Calhoun's PTG framework, highlight five key dimensions of growth: enhanced relationships, recognition of new possibilities, increased personal strength, spiritual development, and a greater appreciation for life. Factors influencing PTG in healthcare workers include cognitive reflection, social support, spirituality, and the ability to find meaning in work.

Empirical research, especially during the COVID-19 pandemic, has documented how healthcare workers reported positive changes despite heightened stress levels, citing a renewed sense of purpose, professional motivation, and community support as pivotal contributors. Spirituality, in particular, emerges as a protective factor, aiding in resilience and fostering growth through reflection and meaning-making.

This abstract underscores the duality of challenges and opportunities faced by healthcare workers, emphasizing the need for institutional support, mental health resources, and fostering reflective practices to enhance PTG. Understanding the interplay between trauma and growth offers a promising avenue for improving well-being and professional satisfaction among healthcare professionals.

ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ ЛІКАРІВ. ПРИЧИНИ, ПРОЯВИ ТА ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ

*Хоролець Ольга Володимирівна, PhD,
асистент кафедри патологічної фізіології з курсом нормальної фізіології,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

Лікарі, що працюють у таких надзвичайних умовах сьогодення, піддаються додатковим стресам і ризикам війни, що значно посилює загрозу професійного вигорання.

Професійне вигорання (від англ. burnout) — це стан фізичного, емоційного та психічного виснаження, яке виникає внаслідок тривалого стресу та надмірного навантаження на робочому місці. Це явище зазвичай пов'язане з професіями, що вимагають високої емоційної залученості, особливо у тих сферах, де працівники мають безпосередній контакт з людьми, наприклад, у медицині, соціальних службах, освіті. Важливо розуміти, що вигорання — це не просто втома чи стрес, а серйозний психологічний стан, що має довготривалі наслідки для здоров'я працівника і якість виконуваної ним роботи.

Основною характерсткою професійного вигорання є емоційне виснаження. Лікарі, які перебувають у стані вигорання, часто відчують велику емоційну виснаженість через постійний стрес і тривалий тиск. Це проявляється в тому, що працівники не можуть більше віддавати свою емоційну енергію пацієнтам, їх здатність до співпереживання знижується, і вони відчують байдужість до роботи. Це явище можна порівняти з "вичерпаністю" від постійного емоційного навантаження. Лікарі більше не відчують радості від виконання своїх професійних обов'язків і часто сприймають роботу як тягар. Лікарі, що страждають від професійного вигорання, можуть почати ставитися до своїх пацієнтів як до "об'єктів", а не людей, що потребують допомоги. Це проявляється в зниженому рівні співпереживання, ставленні до пацієнтів як до неперсональних випадків. Цинізм стає способом захисту від емоційного навантаження: лікарі дистанціюються від пацієнтів і стають менш уважними до їхніх потреб. Професійне вигорання неминуче призводить до зниження якості роботи. Лікарі стають менш ефективними, не можуть швидко реагувати на зміни в стані пацієнтів, втрачають інтерес до професійного розвитку. Це може призвести до медичних помилок, адже лікар, що переживає вигорання, часто не здатний приймати правильні рішення, не помічає важливих симптомів чи змін у стані пацієнта. Професійне вигорання часто супроводжується фізичними симптомами, такими як постійна втома, головні болі, порушення сну, серцево-судинні проблеми, нервові зриви, проблеми з травленням. Психологічно, лікарі починають відчувати втрату інтересу до роботи, депресію, відчуття безнадійності та безсилля. Це може призвести до тривожних розладів або навіть психосоматичних захворювань, таких як депресія або посттравматичний стресовий розлад. Фізичні наслідки вигорання можуть бути серйозними. Хронічний стрес і відсутність відпочинку призводять до розвитку різних захворювань, зокрема серцево-судинних, гастроінтестинальних, психосоматичних розладів. Лікар може почати страждати від безсоння, безапетитності, головного болю, підвищеного артеріального тиску, зниження імунітету. Психічні наслідки вигорання можуть включати розвиток депресії, тривожних розладів, панічних атак, що значно знижує загальну якість життя медичного працівника. Лікар, який страждає від професійного вигорання, починає працювати менш ефективно. Це може призвести до помилок у діагностиці, затримок у наданні допомоги, невірному виборі методів лікування, що в свою чергу може погіршити результати лікування пацієнтів. Також лікарі можуть стати менш чутливими до потреб пацієнтів, що знижує рівень їхнього задоволення від наданої допомоги та загалом погіршує довіру до медичних установ.

Наслідками професійного вигорання лікарів є погіршення якості медичної допомоги. Пацієнти, які стикаються з лікарем, що переживає вигорання, можуть відчувати знижену увагу до їхніх проблем, неправильну діагностику або недостатньо уважне ставлення до симптомів. Це може призвести до затримки в діагностиці, неправильного лікування, або навіть до погіршення стану здоров'я пацієнта через недогляд лікаря. Емоційне відчуження та зниження довіри до медичного персоналу: пацієнти, з якими лікар не має емоційного контакту або, навпаки, ставиться до них цинічно, можуть відчувати відчуження та невдоволення. Відсутність емпатії та співпереживання може значно погіршити взаєморозуміння між лікарем та пацієнтом. Це не лише знижує ефективність лікування, але й може призвести до того, що пацієнт більше не довірятиме медичному закладу або лікарю, що може погіршити загальний стан медичних установ. Зростання ризику медичних помилок: вигорання може стати фактором, що збільшує ймовірність медичних помилок. Лікар, який відчуває емоційне і фізичне виснаження, може не помітити важливих змін у стані пацієнта або помилитися в діагностиці та лікуванні. Це може призвести до серйозних наслідків, таких як неправильне лікування, ускладнення здоров'я пацієнта, а іноді й до летальних наслідків. Лікарі відчують страх за свою безпеку, а також за безпеку своїх колег і пацієнтів, що постійно збільшує психічне навантаження. Проблеми з соціальними зв'язками: лікарі часто відриваються від своїх сімей і рідних, що призводить до соціальної ізоляції і погіршення емоційного стану. Постійна нестача ресурсів, медикаментів, та інструментів для роботи, що спричиняє почуття безсилля у лікарів і відчуття фрустрації від неможливості надати

необхідну допомогу. Навантаження на медичний персонал: зростання кількості пацієнтів, що потребують негайної медичної допомоги через поранення, травми, що виникли під час військових дій.

Погіршення умов праці: лікарі працюють без належних перерв, в умовах постійних тривог, ризику обстрілів, недостатньої підтримки з боку держави і медичних установ. Важкість прийняття рішень: лікарі часто вимушені робити важкі етичні та медичні рішення (наприклад, розподіл ресурсів або визначення, кому надавати допомогу), що додає стресу та емоційного навантаження. Зниження моральної підтримки з боку суспільства: недостатня увага з боку державних органів, громадських організацій, громадян до роботи медичних працівників, що посилює відчуття недооцінення та безпорадності. Психологічна травма: лікарі можуть ставати свідками важких ситуацій, зокрема смерті пацієнтів, що веде до посттравматичного стресового розладу.

Висновок

Професійне вигорання є серйозною проблемою як для самих лікарів, так і для пацієнтів. Воно впливає на фізичне і психічне здоров'я медичних працівників, знижує їхню ефективність та якість надання медичних послуг, що, у свою чергу, позначається на пацієнтах. У зв'язку з цим важливо розвивати програми підтримки медичних працівників, що допоможуть їм запобігти вигоранню і зберегти високий рівень професіоналізму, що в кінцевому підсумку сприятиме поліпшенню стану здоров'я пацієнтів.